

Aus der Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie / Plastische Operationen
(Direktor: Univ.- Professor Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Robert Metelmann)
der Universitätsmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

**Thema: Tumornachsorge - Die Rolle des Pharmazeuten im Gesamtkonzept am
Beispiel einer häufigen Tumorentität**

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung des akademischen

Grades

Doktor der Naturwissenschaften in der Medizin

(Dr. rer. med.)

der

Universitätsmedizin

der

Ernst-Moritz-Arndt-Universität

Greifswald

2011

vorgelegt von:

Gisela Sproßmann-Günther

geb. am: 29.06.1953

in: Gelsenkirchen

Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Heyo K. Kroemer

1. Gutachter: Prof. Dr. Dr. H.-R. Metelmann

2. Gutachter: PD Dr. M. Hartmann (Jena)

Ort, Raum: Greifswald, Konferenzraum der Klinik für Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie /
Plastische Operationen (Raum O 0.221), Sauerbruchstr.

Tag der Disputation: 07. März 2012

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	5
1.1	Krebserkrankungen	5
1.1.1	<i>Krebs</i>	5
1.1.2	<i>Prognose</i>	6
1.1.3	<i>Nachsorge</i>	6
2	Problemstellung und Zielsetzung	8
2.1	Betreuung durch Ärzte und Apotheker	8
2.2	Pharmazeutisches Arbeiten – Pharmazeutische Betreuung	9
2.2.1	<i>Definitionen</i>	9
2.2.2	<i>Pharmazeutisches Arbeiten weltweit</i>	10
2.2.3	<i>Pharmazeutisches Arbeiten in Deutschland</i>	11
2.2.4	<i>Betreuung von Krebspatienten durch Apotheker</i>	13
2.2.4.1	Arzneimittelbezogene Fragestellungen	14
2.2.4.2	Arzneimittelbezogene Probleme in der Onkologie	15
2.3	Nationaler Krebsplan	16
2.4	Patienten	17
2.4.1	<i>Allgemeines</i>	17
2.4.2	<i>Patientenzufriedenheit</i>	18
2.4.3	<i>Patientenwünsche/Patientenbedürfnisse</i>	20
2.5	Zielsetzung	21
3	Material und Methoden	22
3.1.	Rechtlicher Status dieser Untersuchung	22
3.2	Evangelisches Waldkrankenhaus Berlin - Spandau	22
3.2.1	<i>Allgemeines</i>	22
3.2.2	<i>Interne Situation Ev. Waldkrankenhaus Spandau</i>	23
3.2.3	<i>Externe Situation Ev. Waldkrankenhaus Spandau</i>	24
3.2.4	<i>onkologische Versorgung im EWK</i>	24
3.2.5	<i>Vergleich zur Situation im niedergelassenen Bereich</i>	25
3.3	Material	26
3.3.1	<i>Entwicklung der vorliegenden Arbeit als Beobachtungsstudie</i>	26
3.3.2	<i>Entwicklung des Fragebogens</i>	27
3.4	Methodik	28
3.4.1	<i>Festlegung der Art der Durchführung</i>	28
3.4.2	<i>Rekrutierung und Information</i>	28
3.4.3	<i>Ablauf</i>	31
3.4.3.1	Pilotphase	31
3.4.3.2	Grundsätzliches	31
3.4.3.3	Zeitlicher Ablauf	33
3.4.3.4	Auswertung der Unterlagen	33
3.4.3.5	Verblindung/Nachweisbarkeit/Archivierung der Unterlagen	34
4	Ergebnisse	35
4.1	Charakterisierung des Patientenkollektivs	35

4.2	Auszählungsergebnis	35
4.2.1	Altersverteilung	36
4.2.2	Ausbildung	37
4.2.3	Persönlicher Hintergrund	38
4.2.4	Religiöser Hintergrund	39
4.2.5	Aktuelle Situation des Patienten	40
4.2.6	Medizinische Situation	43
4.2.6.1	Medizinische Ist-Situation.....	43
4.2.6.2	Medizinische Wunsch-Situation.....	47
4.2.6.3	Frei geäußerte Wünsche.....	49
4.2.7	Finanzielle Aspekte.....	55
4.2.8	Pharmazeutische Betreuung.....	57
4.2.8.1	Beratung durch einen Apotheker	57
4.2.8.2	Beratungsthemen.....	58
4.2.8.3	Bekanntheitsgrad der Beratungsmöglichkeiten durch einen Apotheker	59
4.2.9	Umgang und Kenntnis mit/von Medikamenten.....	61
4.2.10	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	64
5.1.	Ist-Situation	68
5.2.	Wunsch-Situation	70
5.2.1	Einfluss der Situation auf die Bedürfnisse der Patienten	70
5.2.2	Bedarf nach Veränderung der Betreuung	70
5.3	Bewertung der Patientenwünsche	73
5.4	Ressourcen	73
5.4.1	Räumliche Ressourcen.....	73
5.4.2	Personelle Ressourcen.....	74
5.4.3	Finanzielle Ressourcen.....	75
5.5	Ergebnisqualität.....	76
5.6	Bewertung der Studie	77
5.6.1	Strategische Sicht für die Patienten des EWK	77
5.6.2	Strategische Sicht für die Patienten im niedergelassenen/ambulanten Bereich	78
5.6.3	Strategische Sicht für alle Patienten	78
5.6.4	Ausblick.....	79
5.7	Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren.....	79
6	Zusammenfassung	80
7	Literaturverzeichnis	82
8	Abkürzungsverzeichnis / Begriffe	90
	Eidesstattliche Erklärung.....	92
	Lebenslauf.....	93
	Danksagung	94
	Anlagenverzeichnis.....	97

1 Einleitung

1.1 Krebserkrankungen

1.1.1 Krebs

Krebs und damit Tumorprävention und Tumornachsorge betreffen einen ständig wachsenden Anteil der Bevölkerung. Wie Metelmann 2009 gezeigt hat, wird das Verhalten der Patienten hinsichtlich Prävention und Nachsorge in den einzelnen Situationen stärker durch subjektive Überzeugung geprägt als durch objektive Parameter (01). In einer vorhergehenden Veröffentlichung im Jahr 2007 zeigten Metelmann und andere, dass das Bewusstsein und Verhalten einzelner Krebspatienten und somit die Behandlungsergebnisse zusätzlich durch politische Programme beeinflusst werden können (02).

Bezogen auf alle Patienten ist die Krankheit Krebs die zweithäufigste Todesursache nach den Herz-Kreislauf-Erkrankungen (03). Die Anzahl der Primärerkrankungen ist in den einzelnen Tumorentitäten sehr unterschiedlich. So stellen z. B. Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren eine relativ kleine Anzahl dar. "Im Jahr 2004 lebten in Deutschland etwa 25 600 Männer und 9 900 Frauen mit einer maximal 5 Jahre zurückliegenden Diagnose eines bösartigen Tumors im Bereich der Mundhöhle und des Rachens. Tumorlokalisationen in Mundhöhle und Rachen wurden in Deutschland seit der Jahrtausendwende bei etwa 2800 Frauen und 7600 Männern diagnostiziert" (04).

Dagegen zählen die gynäkologischen Tumore zu den häufigen Tumorentitäten. Brustkrebs ist die häufigste Krebserkrankung von Frauen, die mit 29 % die höchste prozentuale Rate an Neuerkrankungen in Deutschland darstellt (05, 06). In Deutschland erkranken jährlich circa 58000 Frauen an einem Mammakarzinom. Das durchschnittliche Alter der Patienten bei Erstdiagnose liegt bei 64 Jahren. Gynäkologische Tumore wie Ovarialkarzinome und Gebärmutterhalskarzinome stehen in der Krebshäufigkeitsskala der Deutschen Krebsgesellschaft an fünfter und zehnter Stelle der malignen Erkrankungen bei Frauen. Im Jahr 2006 betrug die Anzahl der diagnostizierten Primärfälle mit Eierstockkrebs 9670 und die Anzahl der

diagnostizierten Primärfälle mit Gebärmutterhalskrebs 11 140 (06). Das durchschnittliche Alter der Patienten bei der Erstdiagnose liegt bei 68 Jahren (07).

1.1.2 Prognose

Krebs ist eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung. Die Prognose ist abhängig von der Tumorgröße, der Anzahl an befallenen Lymphknoten und dem Ergebnis des Staging (Metastasierung) zum Zeitpunkt der Diagnosestellung. Mit steigender Anzahl von befallenen Lymphknoten und/oder steigender Anzahl an Metastasen sinkt die Überlebenszeit. Daher ist für die zukünftige Lebenserwartung der Zeitpunkt der Diagnose, also die Früherkennung von besonders großer Bedeutung. Das ist – wie von der DKG 2011 veröffentlicht wird - unabhängig davon, ob es sich um die Primärerkrankung oder ein Rezidiv handelt (08).

Durch diese potentiell lebensbedrohliche Situation ist die Zufriedenheit, die die Patienten während der Behandlung empfinden, für die persönliche Lebensqualität wichtig. Vor der Wahrscheinlichkeit einer potentiell verkürzten Lebenszeit von Krebspatienten sollte es ein selbstverständliches Ziel aller Berufsgruppen die Krebspatienten betreuen sein, dazu beizutragen den Patienten zu helfen die restliche Lebenszeit mit höchst möglicher Zufriedenheit und persönlicher Lebensqualität zu verbringen.

1.1.3 Nachsorge

Die Betreuung in der Nachsorge der gynäkologischen Patienten ist in der S3 Leitlinie von 2008 festgeschrieben (09). Dort heißt es, dass nicht nur die onkologisch erfahrenen Fachärzte, sondern auch andere Berufsgruppen an der Nachsorgebetreuung beteiligt sind. Dabei werden einerseits einzelne Berufsgruppen wie z.B. Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Fachkrankenschwester genau benannt, andererseits werden weitere Berufsgruppen wie z.B. Apotheker mit dem Begriff „und andere“ beteiligt.

Da in einem Brust- und gynäkologischen Zentrum wie z. B. dem Evangelischen Waldkrankenhaus in Berlin 10 % (10) der gynäkologischen Patienten ein Rezidiv erleiden werden, spielt nicht nur die Zeit der Chemotherapie und Operation eine

Rolle, sondern auch die Zeit nach der Primärbehandlung. Auf Grund dieser Tatsache ist es für Patienten wichtig, dass eine verlässliche Nachsorge betrieben wird, um letztlich ein potentielles Rezidiv frühzeitig zu erkennen. Die Nachsorge wird in Deutschland entsprechend der oben genannten gültigen S3 Leitlinie (09) durchgeführt. Das bedeutet für die Patienten nach 5 Jahren ein Ende der onkologischen Betreuung im Rahmen der Nachsorge. Für Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren ist die Nachsorge nicht in einer S3 Leitlinie festgeschrieben, sondern erfolgt nach allgemeinen Richtlinien und Empfehlungen der Deutschen Krebsgesellschaft.

Die Erfahrung einer Krebsdiagnose in der eigenen, persönlichen Geschichte und das Wissen um Rezidive oder Neuauftreten von Tumorerkrankungen durch die Laienpresse und/oder privatem Umfeld macht es Patienten schwer, sich mit der Tatsache „Ende der Nachsorge“ zufrieden zu geben. Für die Patienten ist es von großer Bedeutung, dass eine lebenslange Nachsorge betrieben wird, um davon letztlich im Sinne einer Früherkennung zu profitieren. Vor dem Hintergrund der potentiell lebensbedrohenden Situation der Patienten sollte das Ziel jeglicher Betreuung sein, dass die Patienten nicht nur die Zeit der Primärbehandlung und festgelegten Nachsorge, sondern auch die Zeit danach zufrieden erleben und somit mit maximal möglicher Lebensqualität verbringen können. Um dieses Ziel sollten sich alle betreuenden Berufsgruppen gleichermaßen bemühen. Das schließt neben Medizinerinnen und Pflegepersonal auch die Psychoonkologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter und Apotheker ein.

2 Problemstellung und Zielsetzung

2.1 Betreuung durch Ärzte und Apotheker

Die Aufgaben der Ärzte beziehen sich auf Prävention, Diagnose, Behandlung und Nachsorge von Erkrankungen. Apotheker sind Fachleute für Arzneimittel. Das Aufgabenfeld der Apotheker ist in erster Linie die Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln. Das bedeutet Apotheker haben das Wissen rund um Arzneimittel, das auch Bereiche der Chemie, Biochemie, Biologie, Medizin und Mikrobiologie sowie der Betriebswirtschaft beinhaltet.

Durch die Bildung von Organkrebs- und Onkologischen Zentren wird die medizinische Betreuung der Krebspatienten durch Mediziner auf einem sehr hohen Niveau und sehr Patienten-zugewandt betrieben. Während die kontinuierliche Betreuung der Krebspatienten durch den Arzt eine notwendige und bekannte Selbstverständlichkeit ist, ist eine pharmazeutische Betreuung in Deutschland bisher nur punktuell vorhanden. Apotheker werden von der Bevölkerung heutzutage im Wesentlichen als Händler von Arzneimitteln wahrgenommen, die man zusätzlich noch, ergänzend zum Arzt, zu Wirkungen, Nebenwirkungen und Einnahmeweisen befragen kann. Die Tatsache, dass Apotheker auf Grund ihrer Ausbildung und auf Grund ihres Berufsverständnisses mehr leisten können, ist entweder nicht flächendeckend bekannt oder wird nicht flächendeckend genutzt.

2.2 Pharmazeutisches Arbeiten – Pharmazeutische Betreuung

2.2.1 Definitionen

Entsprechend der Definition von Hepler und Strand 1990 (11) ist pharmazeutische Betreuung eine Dienstleistung, die sich an den Bedürfnissen der Patienten orientiert: „Pharmaceutical care is the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life“. Auch wenn diese Definition bereits mehr als 20 Jahre alt ist, gilt sie als weltweiter Standard für den Begriff „pharmaceutical care“. In der deutschen Definition wird laut Wikipedia pharmazeutische Betreuung als „die konsequente Wahrnehmung der Mitverantwortung des Apothekers bei der Arzneimitteltherapie mit dem Ziel, konkrete therapeutische Ergebnisse zu erreichen, die geeignet sind, die gesundheitsbezogene Lebensqualität des Patienten verbessern“ definiert (12). Dabei wird in der Originalarbeit der Apotheker nicht ausdrücklich als derjenige genannt, der die pharmazeutische Betreuung ausübt (11). Die Internationale Pharmaceutical Federation (FIP) nennt keine Berufsgruppe, sondern erklärt in der FIP Erklärung zu Berufsrichtlinien im Jahr 1998: „Pharmaceutical Care ist die verantwortungsvolle Versorgung mit Pharmakotherapie um definierte Ergebnisse zu erzielen, die die Lebensqualität des Patienten verbessern oder erhalten. Es handelt sich um einen Prozess der Zusammenarbeit, der darauf abzielt, Probleme mit medizinischen Produkten oder Gesundheitsprobleme zusammenhängend zu verhindern oder zu identifizieren und zu lösen“ (13).

Im gelebten pharmazeutischen Alltag verstehen Apotheker durch diese bekannten Definitionen unter pharmazeutischer Betreuung einen Prozess bei dem der Apotheker die Verantwortung für den Erfolg einer Arzneimitteltherapie – zusammen mit dem behandelnden Arzt – mit übernimmt, und durch seine Arbeit zur Verbesserung der Lebensqualität der Patienten beiträgt. Dabei handelt es sich nicht um eine „kurze“ Aufgabe, sondern um einen ständigen fortdauernden Prozess in der Patientenversorgung. Dies ist im Rahmen einer gelebten stetigen Verbesserung ein kontinuierlicher Prozess in der Patientenversorgung, der gleichzeitig als Qualitätssicherungsmerkmal bei der Anwendung von medizinischen Produkten und Arzneimitteln dienen kann.

2.2.2 Pharmazeutisches Arbeiten weltweit

Im Ausland wird die von der FIP veröffentlichte interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Durchführung der pharmazeutischen Betreuung seit vielen Jahren gelebt. Diese Zusammenarbeit erfordert eine gemeinsame tägliche Arbeit von allen Berufsgruppen, die sich um Patienten kümmern: Ärzte, Pflegemitarbeiter, Apotheker, Physiotherapeuten, Psychoonkologen, Sozialarbeitern und andere. Um in dieser Weise kooperativ arbeiten zu können, ist es wichtig, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit vertrauensvoll auf der Basis gegenseitiger Anerkennung der jeweiligen fachlichen Kompetenz und einer zuverlässigen, guten Kommunikation beruht.

Interessant ist dabei, dass 2009 in Kanada die „National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA)“ in ihren Berufsstandards die pharmazeutische Betreuung als primäre apothekerliche Aufgabe veröffentlicht. „These roles can be categorized into: patient care – drug information – drug distribution – management – education“(14,17). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erwartet von der Berufsgruppe der Pharmazeuten eindeutig mehr, als die in Deutschland vorherrschende Aufgabe der Arzneimittelabgabe. Bereits 1997 fordert die WHO einen „Seven-Star-Pharmacist“. Aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation WHO soll der Apotheker Aktivitäten in der Betreuung der Patienten zeigen. Darüber hinaus fordert die WHO die Beteiligung von Apothekern an Entscheidungsprozessen zum sicheren und effizienten Gebrauch von Ressourcen sowie die Mitgliedschaft in interdisziplinären Teams (15, 16, 17). Die Weltgesundheitsorganisation WHO versteht unter dem Begriff „Seven-Star-Pharmacist“: „care-giver, decision-maker, communicator, manager, life-long-learner, teacher and leader“. (Betreuer → Entscheider → Kommunikator → Manager → lebenslang Lernender → Lehrer → Führender). Von der frühen Veröffentlichung im Jahr 2006 an, wird auf diesen Begriff des „Seven-Star-Pharmacist“ in den Folgejahren (2009, 2011) immer wieder verwiesen (15,16,17). Dabei wird die aktive Betreuung von Patienten gleichermaßen gefordert, wie die Mitgliedschaft in multiprofessionellen Teams. „Es wird erwartet, dass Apotheker das eigene Wissen durch gezielte Fort - und Weiterbildung immer auf dem neuesten Stand halten und dieses Wissen auch an die nachfolgenden Apotheker-Generationen weitergeben“ (17).

2.2.3 Pharmazeutisches Arbeiten in Deutschland

In Deutschland sind die Aufgaben des Apothekers im Krankenhaus genau wie in einer öffentlichen Apotheke durch die Apothekenbetriebsordnung geregelt. In § 20 der Apothekenbetriebsordnung ist die Pflicht des Apothekers zur Beratung vorgegeben (18). Hier heißt es: „Der Apotheker hat Kunden und die zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigten Personen zu informieren und zu beraten, soweit dies aus Gründen der Arzneimittelsicherheit erforderlich ist. Durch die Information und Beratung der Kunden darf die Therapie der zur Ausübung der Heilkunde Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigten Personen nicht beeinträchtigt werden“ (18). Das heißt, die Beratung zu Arzneimitteln ist eine gesetzlich festgelegte Aufgabe von Apothekern, die zu einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung dazugehört. Dennoch ist diese Beratung durch Apotheker beschränkt und gegebenenfalls ohne therapeutische Konsequenz, denn die Verantwortung der Therapie liegt in Deutschland ausschließlich beim Arzt.

Die reine Abgabe von Arzneimitteln wird von vielen Menschen als eigentliche Aufgabe von Apothekern wahrgenommen. Entgegen dieser Wahrnehmung, trotz der Zulassung des Versandhandels von Arzneimitteln und trotz der Einschränkungen und Begrenzungen, die durch die Vorgaben der Apothekenbetriebsordnung vorgegeben sind, entwickeln sich in den letzten Jahren zum Nutzen der Patienten immer mehr Apotheker vom Händler zum Anbieter pharmazeutischer Serviceleistungen, wie Eickhoff und Schulz 2006 in einer Arbeit feststellen(19). Dabei spielen die begrenzten finanziellen Ressourcen, die eingeschränkte Verordnungsmöglichkeit und der dadurch bedingte, erhöhte Wunsch nach Selbstmedikation sicherlich eine Rolle.

Auf Grund der Vielschichtigkeit von medikamentösen Therapien und der eingesetzten Arzneimittel ist eine Bereitstellung von Informationen, persönliche und individuelle Beratung und Betreuung durch Apotheker hilfreich und sinnvoll. Im Kommentar der Apothekenbetriebsordnung wird die pharmazeutische Betreuung von der Information und Beratung deutlich abgegrenzt. Demnach ist die pharmazeutische Betreuung eine Optimierung der Arzneimittelanwendung beim Patienten zur Sicherung des Erfolges und zur Steigerung der Lebensqualität. Im Gegensatz zu Information und Beratung ist pharmazeutische Betreuung entsprechend der

Apothekenbetriebsordnung eine freiwillige Dienstleistung, die die Therapie systematisch begleitet und entsprechend dokumentiert wird (20). Die zusätzliche Betreuung durch einen Apotheker ist in der Patientenversorgung ein kontinuierlicher Prozess, in dem die Bedürfnisse des Patienten im Mittelpunkt stehen. Unterschiedliche individuelle Situationen der einzelnen Patienten begründen unterschiedliche Anforderungen an Gestaltung und Kommunikation der Apothekenarbeit. Die Basis der praktischen Arbeit orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten wird im Evangelischen Waldkrankenhaus in Berlin 2011 veröffentlicht (21). Damit wird die Verbesserung der Lebensqualität eines Patienten durch diese zusätzliche pharmazeutische Betreuung angestrebt. Eventuell können die diversen Konzepte der integrierten Versorgung sinnvolle Rahmenbedingungen bieten. „Ziel der vom Gesetzgeber geforderten Konzepte ist die Überwindung der sektoralen Grenzen im deutschen Gesundheitssystem zur flächendeckenden Verbesserung der Patientenversorgung.“ Es wird vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im Jahr 2007 ausdrücklich die „stärkere Einbeziehung nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe“ in die Versorgung und eine „größere Handlungsautonomie der nicht-ärztlichen Berufe“ von Heilberuflern gefordert.“ Hierzu ist laut Sozialgesetzbuch V eine „Kooperation und Verantwortung aller Heilberufler im Gesundheitswesen“ notwendig (22,17).

2007 veröffentlicht der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen ein Gutachten mit dem Titel „Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ (22). In diesem Gutachten wird dargestellt, dass „besonders vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung die Versorgung chronisch Kranker zunehmend die Einbindung und Übernahme von Verantwortungen durch nicht-ärztliche Berufsgruppen erforderlich wird. Dabei muss die Effizienz im Gesundheitswesen durch den Einsatz personeller Ressourcen entsprechend ihrer Qualifikation optimiert werden. Gerade Pharmazeuten sollten sich durch ihre vielseitig aufgestellte Ausbildung besonders angesprochen fühlen“ (23,17). Im Aktionsplan 2008/2009 nennt das Bundesministerium für Gesundheit die besondere Verantwortung des Apothekers da diese die einzigen Personen sind, die Informationen über alle eingesetzten Therapien/Medikationen erlangen können (24).

2.2.4 Betreuung von Krebspatienten durch Apotheker

Durch das Herstellen der applikationsfertigen Zytostatika, ist es gerade in der Onkologie sinnvoll eine pharmazeutische Betreuung zu beginnen. Durch die Plausibilitätskontrollen der jeweiligen Anforderungen wird die Sicherheit von Chemotherapien verbessert. Innerhalb des Versorgungsbereiches onkologischer Patienten sind für Apotheker die Möglichkeiten der pharmazeutischen Betreuung vielfältig. Wie in allen anderen medizinischen Bereichen wird auch in der Onkologie von Apothekern das Ziel verfolgt, die Sicherheit der medikamentösen Therapie zu verbessern, das Erreichen der Therapieziele sinnvoll zu begleiten und zu unterstützen und dabei möglichst die Lebensqualität der Patienten zu verbessern. Das kann z.B. einerseits durch den Arzt ergänzende Aufklärungsgespräche, durch Bereitstellung von Informationen, andererseits durch praktische Hinweise wie „Eiswürfel lutschen bei anthrazyklinbedingter Mucositis“ geschehen.

Während einer onkologischen Behandlung, sei es Chemo -und/oder Radiotherapie befindet sich der Patient in einer Arztpraxis, Krankenhausambulanz oder einem Krankenhaus. Der Patient ist somit unter ärztlicher Aufsicht und erhält durch die intensive Betreuung aller an der Patientenversorgung beteiligten Personen nicht nur eine wirksame, sondern auch eine sichere Therapie, was Viele 2007 in einer Arbeit beschreibt (25). Dabei können neben den Onkologen auch Pflegemitarbeiter, Physiotherapeuten, Psychologen, Ernährungsberater und Apotheker sinnvoll an effektiven Betreuungsprogrammen mitarbeiten. In den USA wird in einer Arbeit von Cohen und anderen 1996 die routinemäßige Einbeziehung von Apothekern in multidisziplinäre Teams der Onkologie seit vielen Jahren gefordert (26). Auch Ignoffo und King forderten 1995 die wissenschaftliche Evaluierung von Resultaten pharmazeutischer Interventionen mittels Studien in der „cancer community“ (27, 17). Ebenfalls bereits 1995 - zuletzt veröffentlicht 2006 - fordert das englische Gesundheitsministerium im Calman Hine Report regional zu entwickelnde onkologische Strukturen unter Einbeziehung von Pharmazeuten (28,17).

Eine 24 stündige Versorgung mit Arzneimitteln ist weltweit gesichert und in Deutschland durch die Apothekenbetriebsordnung geregelt (29). Darüber hinaus wird in Kongressen die Ausweitung der pharmazeutischen Dienstleistung im onkologischen Bereich empfohlen - zuletzt auf dem Norddeutschen Zytostatikaworkshop NZW in Hamburg im Januar 2011. Punktuell entwickelt sich in

Deutschland die pharmazeutische Betreuung von Krebspatienten, zum Teil schon seit vielen Jahren. So sind z.B. Apotheker des Universitätsklinikums Freiburg bereits seit 1994 zusammen mit Ärzten und Pflegepersonal Bestandteil des Good clinical practice –Teams /GCP), das in interprofessioneller Zusammenarbeit Krebspatienten gemeinsam behandelt und betreut (30, 17).

Wird pharmazeutische Betreuung gelebt, kümmern sich Apotheker neben der eigentlichen Chemo- und Supportivtherapie auch um die Bereiche alternative Heilmittel, enterale Ernährung und Adherence. Unterlagen, die Apotheker als praktische Hilfsmittel bzgl. Theorie und Praxis zur Betreuung und Dokumentation für den pharmazeutisch-onkologischen Alltag einsetzen können sind im 2006 erschienenen „Manual zur Pharmazeutischen Betreuung maligner Erkrankungen“ (31) veröffentlicht.

Wie bei allen Berufsgruppen mit der Aufgabe Patienten zu betreuen, steht auch bei Apothekern der Patient im Mittelpunkt der täglichen Arbeit und nicht etwa das Arzneimittel oder das applikationsfertige Zytostatikum. Mit der Erweiterung der Approbationsordnung für Apotheker um das Fach „klinische Pharmazie“ wurde eine pharmazeutisch-klinische Ausbildung von Apothekern festgelegt (32). In diversen Diplomarbeiten und Studien der Universität Bonn im Fach klinische Pharmazie wurde der Nutzen der pharmazeutischen Betreuung für die Patienten belegt. Diese Arbeiten zeigten, dass Apotheker die Lebensqualität onkologischer Patienten verbessern können, indem sie im Rahmen multidisziplinärer Teams ihren pharmazeutischen Beitrag zu Prävention und zum Nebenwirkungsmanagement leisten (33 -35, 17).

Für die spezielle Situation der lebenslangen Nachsorge gibt es bisher keine Untersuchungsergebnisse.

2.2.4.1 Arzneimittelbezogene Fragestellungen

Auf Grund der pharmazeutischen Ausbildung liegt es in der Natur der Sache, dass sich der Apotheker um die Fragestellungen „rund um Arzneimittel“ kümmert.

Bei jedem Einsatz von Arzneimitteln können immer wieder arzneimittelbezogene Probleme auftreten. 1990 definierten Strand und andere Autoren ein „arzneimittelbezogenes Problem“ als „ein auftretendes oder wahrscheinlich

auftretendes Ereignis in Form einer Krankheit oder eines Symptoms, welches aktuell oder potentiell mit der Anwendung eines Arzneimittels in Zusammenhang steht“ (36).

Bei den arzneimittelbezogenen Problemen (ABP) kann es sich inhaltlich um verschiedene Dinge handeln, wie zum Beispiel:

- Auftreten von unerwünschten Wirkungen (AEs)
- falscher oder unzureichender Umgang mit unerwünschten Wirkungen
- Toxizitäten
- Dosierungsfehler
- falscher Einnahmezeitpunkt
- Interaktionen
- Einnahmefehler

Solche Probleme können durch die Therapie an sich, durch die Qualität bei der Abgabe und Beratung oder durch die Anwendung auftreten. Das heißt, die Ursachen sind vielfältig. Die Identifizierung der auftretenden Probleme, sowie deren Verhinderung und Lösung wird in der Definition von Hepler und Strand (11) als wesentlicher Bestandteil des pharmazeutischen Betreuungsprozesses beschrieben. Apotheker haben durch die inhaltlich vielseitig ausgelegte Ausbildung das notwendige Wissen arzneimittelbezogene Probleme zu identifizieren und im Rahmen von pharmazeutischer Betreuung gegebenenfalls zu verhindern bzw. so gering wie möglich zu halten.

2.2.4.2 Arzneimittelbezogene Probleme in der Onkologie

Im Rahmen der Betreuung von onkologischen Patienten geht es nicht ausschließlich um die Chemotherapeutika, Supportivmedikation und die Arzneimittel der Primärbehandlung sondern um die Gesamtmedikation der Patienten.

Auf Grund der weltweiten Therapiestandards wird in der Onkologie eine Vielfalt von Arzneimittel eingesetzt, die ein hohes Toxizitätspotential und eine geringe therapeutische Breite haben. Damit entsteht von vorn herein eine große Wahrscheinlichkeit für das Auftreten arzneimittelbezogener Probleme. Neben dem Auftreten der unerwünschten Wirkungen, sind Wechselwirkungen mit der

Hausmedikation und dadurch bedingte Einnahmefehler zu erwarten. Das Auftreten von unerwünschten Wirkungen neben den erwünschten Wirkungen ist in der Onkologie bekannt und unvermeidbar. Zusätzlich kann auch die Supportivtherapie zu unerwünschten Wirkungen (Adverse Events) führen. Zum Beispiel können zur Schmerztherapie eingesetzte Betäubungsmittel zu Atemproblemen führen oder zur Antiemese eingesetzte Glukocorticoide die Glucosespiegel von Diabetikern deutlich verändern.

Die Tatsache, dass die Therapiestandards aus komplexen Standards bestehen, Supportivtherapien zur Therapie dazu gehören, Komorbiditäten behandelt werden müssen und eventuell noch eine zusätzliche Selbstmedikation durchgeführt wird, bedeutet im Einzelfall, dass verschiedene Arzneimittel am gleichen Tag eingesetzt werden. Je höher die Anzahl der angewendeten Arzneimittel ist, desto höher ist das Risiko von Wechselwirkungen der Arzneimittel untereinander. Das Erleiden unerwünschter Reaktionen erschwert die Compliance von Patienten. Bei onkologisch behandelten Patienten können demnach besonders viele arzneimittelbezogene Probleme auftreten.

Apotheker können bei der Identifizierung und dem Lösen dieser Probleme helfen. Wie für alle Patienten mit schweren, chronischen oder therapieintensiven Erkrankungen hat die Vermittlung von Informationen für Krebspatienten einen hohen Stellenwert. Daher ist die Einbeziehung des Pharmazeuten in die Therapie in diesem Therapiebereich besonders sinnvoll.

2.3 Nationaler Krebsplan

Angesichts steigender Inzidenz maligner Erkrankungen hat das Bundesministerium für Gesundheit zusammen mit der DKG, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren den Nationalen Krebsplan ins Leben gerufen und diesen erstmalig im Juni 2008 vorgestellt. Damit sollen in Deutschland entsprechende Empfehlungen der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation umgesetzt werden, was in den Jahren 2010 und 2011 bestätigt wurde (37, 38, 39).

Ziel dieses nationalen Krebsplanes ist die langfristige Verbesserung der Krebsfrüherkennung und der onkologischen Versorgung der betroffenen Patienten.

„Der Nationale Krebsplan ist als Koordinierungs- und Kooperationsprogramm entwickelt worden. Akteure sind eine Steuerungs- sowie diverse Experten-Arbeitsgruppen.

Der Nationale Krebsplan ist in vier Handlungsfelder gegliedert:

1. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
2. Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und Qualitätssicherung
3. Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (Onkologische Arzneimitteltherapie)
4. Patientenorientierung / Patienteninformation“ (37)

Die Handlungsfelder 3 und 4 sollen eine effiziente Versorgung sicherstellen. Diese effiziente Versorgung wird in Deutschland u.a. in von der Deutschen Krebsgesellschaft zertifizierten Zentren geleistet. Interprofessionelle Zusammenarbeit ist dabei eine von der DKG vorgegebene Struktur dieser Zentren. Die Zusammenarbeit zwischen dem onkologisch tätigen Pharmazeuten und den einzelnen Fachärzten hat hier einen festen Platz. Wie diese Zusammenarbeit realisiert wird, ist nicht vorgegeben und obliegt den Möglichkeiten der einzelnen Zentren. Das heißt, dass zurzeit eine Patientenorientierung durch Pharmazeuten einerseits in einer direkten Betreuung wie z.B. Beschaffung, Verständlich machen von Informationen umgesetzt wird, andererseits sich die Patientenorientierung der Apotheker auf die indirekte Betreuung wie z.B. der Herstellung von individuellen applikationsfertigen Zytostatika beschränkt.

Hier sind Politik und Leistungsträger gleichermaßen gefragt, zusammen mit den Berufsverbänden ein Konzept zu entwickeln, welches das Umsetzen dieses Nationalen Krebsplanes möglich macht.

2.4 Patienten

2.4.1 Allgemeines

Um die Patientenwünsche in Behandlungszentren wie z. B im Ev. Waldkrankenhaus zu evaluieren, wird jedem einzelnen onkologischen Patienten die Möglichkeit gegeben, sich an einer Patientenbefragung zu beteiligen. Die Organisation der

Fragebögen erfolgt über die Pflegemitarbeiter (Fragebogen siehe Anlagen). Im Alltag wird die persönliche Betreuung und Zuwendung des medizinischen und pflegerischen Personals als besonders positiv in den Vordergrund gestellt. Beim Auftreten von Problemen oder einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und aufkommenden Fragen hat es sich gezeigt, dass Patienten gerne zu ihren vertrauten Betreuern kommen wobei es sich nicht in jedem Einzelfall um den Arzt handelt. Mit der Etablierung von Angeboten im psychoonkologischen Bereich im Rahmen von Physio - und anderen Therapieformen haben die Patienten die Möglichkeit bei einem Betreuer ihrer eigenen Wahl ihre momentanen und aktuellen Probleme anzusprechen. Durch die Besprechung jedes einzelnen Patienten in der Tumorkonferenz können die individuellen Probleme von jedem Betreuer angesprochen werden und ggf. mit Hilfe von Qualitätszirkeln generelle Problemlösungen angeboten werden.

2.4.2 Patientenzufriedenheit

Der Umgang mit der eigenen Erkrankung und die Betreuung im Umfeld bestimmen das Krankheitserleben der Patienten.

Im Rahmen der allgemeinen Qualitätsvorgaben aller Wirtschaftsbetriebe stellen Kundenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit wesentliche Faktoren des Lebens dar. Im Rahmen der Veränderungen des Gesundheitswesens und des veränderten Patientenverhaltens gewinnt die Zufriedenheit von Patienten auch im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung.

Darüber hinaus werden Ergebnisse im Rahmen der Ökonomie bewertet indem die Kosten der Therapie mit den Ergebnissen verglichen werden. Ökonomische Ergebnisqualität wird in der Zukunft aufgrund der immer weniger vorhandenen Mittel im Gesundheitswesen an Bedeutung gewinnen. Daher scheint es sinnvoll, den ökonomischen Nutzen von pharmazeutischer Betreuung onkologischer Patienten zu untersuchen.

Blanchard et al (40) haben bereits 1990 drei Erwartungen veröffentlicht, die die Patientenzufriedenheit beeinflussen. Dies sind:

- konkrete Erwartungen wie z.B.: eine Linderung vorhandener Entzündungen

- nicht konkrete (erhoffte) Erwartungen an die Empathie des Arztes, zum Beispiel wie er emotionale Hilfe bietet,
- Erwartungen an die Gesprächsführung oder Einbeziehung des Patienten selbst, zum Beispiel in die Therapieentscheidung

Diese unterschiedlichen Erwartungen beeinflussen die Wahrnehmung und damit die Zufriedenheit des Patienten. Somit hat die Qualität des persönlichen Kontaktes zwischen Patient und Betreuer einen hohen Stellenwert. Zurzeit wird in Deutschland in Studien mittels der handelsüblichen Fragebögen zur Lebensqualität (siehe Anlagen) u. a. auch die Patientenzufriedenheit bewertet. Darüber hinaus werden im Rahmen von diversen Diplomarbeiten und Dissertationen der letzten Jahre im Fachbereich klinischer Pharmazie die Patientenzufriedenheit wie auch die diversen Beurteilungsmöglichkeiten der Patientenzufriedenheit untersucht (41, 42, 17).

Es ist zu hoffen, dass die Ergebnisse zukünftig in der medizinischen und in der pharmazeutischen Ausbildung vorgestellt werden und in der gesamten Patientenbetreuung Anwendung finden.

2.4.3 Patientenwünsche/Patientenbedürfnisse

Wie die Arbeiten von Cassileth und anderen Autoren 1980, sowie von Pimentel und anderen Autoren 1999 gezeigt haben, sind für Tumorpatienten nicht nur die Aufklärung über die individuelle Erkrankung sondern auch die allgemeinen Informationen über die Krankheit, Therapiemöglichkeiten und Therapiegrenzen von einem hohen Stellenwert. Unabhängig davon, ob Informationen inhaltlich als gut oder schlecht bewertet werden, möchten gerade Tumorpatienten besonders viele Informationen erhalten (43, 44). Dabei scheint die Suche und Beschaffung von Informationen eine wichtige Verarbeitungsstrategie der Diagnose Krebs zu sein, was bereits in einer Arbeit von van der Molen 1999 veröffentlicht wurde (45). Für einen Teil der Patienten wirkt die Informationsbeschaffung und die Mitbestimmung bei den Therapieentscheidungen wie eine Wiedererlangung von durch die Diagnose verloren gegangener Kontrolle, stellen Bakker und andere Autoren 2001 fest (46, 42).

In der Arzneimittelsprechstunde im Ev. Waldkrankenhaus wünschen sich die Patienten als Ergänzung und Bestätigung der ärztlichen Beratung Informationen zur Erkrankung und Therapie, zu alternativen Methoden, Heilungschancen und Rückfallquoten, Wirkungen und Nebenwirkungen auch im Kontext einer vorhandenen Gesamtmedikation. Informationen zu diagnostischen Möglichkeiten werden häufig geäußert, allerdings werden diese Informationen ausschließlich vom betreuenden Arzt erbeten.

Der praktische Alltag zeigt, dass gut informierte Patienten eher zur Therapie bereit sind als schlecht informierte Patienten besonders dann, wenn die Therapie eine Vielzahl unangenehmer Nebenwirkungen einschließt. Darüber hinaus gibt es trotz dieser Tatsachen auch einzelne Patienten, die sich zufriedener mit weniger Informationen fühlen. Diese Patienten können mit ihrer Krebserkrankung besser umgehen, wenn sie möglichst wenig oder keine Informationen erhalten, wie eine Veröffentlichung von Butow und weiteren Autoren 1997 zeigt (47, 42).

Die Patientendokumentation im Ev. Waldkrankenhaus belegt, dass die Patienten die sich gut informiert fühlen, weniger Ängste durch die Diagnose Krebs erleiden und damit ihre eigene Lebensqualität als höher ansehen als schlecht informierte Patienten. Dabei ist diese Patientenwahrnehmung unabhängig vom objektiven medizinischen Kenntnisstand.

Untersuchungen und Studien zu Informationsbereichen und Informationsbedürfnissen sind bisher noch nicht systematisch durchgeführt worden. Das beinhaltet auch den Bereich der Nicht-Informationsbedürfnisse. Ebenso gibt es keine systematischen Untersuchungen zu diesem Thema mit einer Differenzierung nach dem Geschlecht. In der diesbezüglich noch nicht systematisch und vollständig durchgeführten Patientendokumentation des EWK scheint der Informationsbedarf von Frauen höher als von Männern zu sein. In Deutschland gibt es zu dieser Thematik bisher keine wissenschaftlichen Untersuchungen.

2.5 Zielsetzung

Ziel dieser Untersuchung ist, die Wünsche und Wahrnehmungen von Krebspatienten besonders im Rahmen der Nachsorge zu evaluieren und festzustellen ob durch Apotheker eine sinnvolle Ergänzung in der onkologischen Betreuung vorgenommen werden kann. Da sich diese Fragestellung bei Patienten mit Tumorerkrankungen eines weitverbreiteten Tumors (4) aussagekräftiger untersuchen lässt als bei Tumorerkrankungen mit geringen Fallzahlen, wird in der vorliegenden Arbeit die Nachsorgesituation von Patienten mit gynäkologischen Tumoren untersucht. Diese Untersuchung betrifft den Bereich, der von den Patienten als Gynäkologie wahrgenommen wird und schließt die Senologie mit ein. Dabei wird davon ausgegangen, dass sich die Ergebnisse auf alle Tumorpatienten beziehen, auf Patienten mit gynäkologischen Tumoren gleichermaßen wie auf Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren.

Vor dem unter 1. geschilderten Hintergrund soll in der vorliegenden Arbeit untersucht werden, welche Rolle ein Apotheker in der pharmazeutischen Betreuung vor allem in der speziellen Situation der Nachsorge übernehmen kann, um die onkologische Betreuungssituation des Patienten zu verbessern.

3 Material und Methoden

3.1. Rechtlicher Status dieser Untersuchung

Nach Einsicht in den auszuwertenden Fragebogen stuften das Ethikkomitee des EWK, die Chefärztin des Brust- und Gynäkologischem Zentrums und Sprecherin des Onkologischen Zentrums des EWK, Frau Dr. Martina Dombrowski, sowie der medizinische Koordinator des Ambulanten Onkologischen Zentrums (AOZ) des EWK Herr Dr. Potenberg diese Untersuchung als Beobachtung ein. Unter Berücksichtigung dieser Darstellung wurde diese Studie als Beobachtungsstudie durchgeführt

Es handelt sich um eine offene einarmige Beobachtungsstudie.

3.2 Evangelisches Waldkrankenhaus Berlin - Spandau

3.2.1 Allgemeines

Das Evangelische Waldkrankenhaus Spandau Krankenhausbetriebs gGmbH wurde 1947 auf dem Gelände der ehemaligen Arbeiterstadt Todd vom Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser (VzE) gegründet. Es ist heute mit 505 Betten das größte freigemeinnützige Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung in Berlin. Dabei ist es gleichzeitig akademisches Lehrkrankenhaus des Universitätsklinikums Charite in Berlin. In den Kliniken für Akutgeriatrie, Allgemein, Viszeral- und Gefäßchirurgie, Anästhesie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Pädiatrie/Neonatologie, Orthopädie/Traumatologie und den medizinischen Zentren werden jährlich 19 000 Patienten stationär und 40 000 Patienten ambulant versorgt.

Bei den onkologischen Zentren werden mehrere Tumorentitäten unter Berücksichtigung definierter fachlicher Anforderungen betrachtet. Da die Organkrebszentren ein zentrales Fundament Onkologischer Zentren bilden (48), können Synergien unter den einzelnen Versorgungsstrukturen genutzt werden. Im Rahmen der ständigen Qualitätsverbesserung hat sich seit einigen Jahren ein multiprofessionelles Team zur onkologischen Betreuung etabliert. Diesem multiprofessionellen Team gehören neben den Ärzten die Psychoonkologen

gleichermaßen an wie Physiotherapeuten, Pflegemitarbeiter, Ernährungsassistenten, Sozialarbeiter und eine onkologische Pharmazeutin. Alle ärztlichen Mitarbeiter bemühen sich, die Patienten umfassend über die gültigen Leitlinien und Therapiestandards zu informieren, damit diese, wenn sie wollen, bei ihrer Therapie mitentscheiden können. Dabei gehört es seit 2010 zum medizinischen Standard auf die erweiterte Informationsmöglichkeit durch die onkologische Pharmazeutin hinzuweisen (49). Zusammen mit niedergelassenen Ärzten wird ein Ambulantes Onkologisches Zentrum betrieben. Hier erhalten die Patienten ihre Chemotherapien und die dazugehörige Untersuchungen. Alle niedergelassenen Kooperationspartner sind in das Gesamtkonzept integriert und verwenden die gleichen Standards.

3.2.2 Interne Situation Ev. Waldkrankenhaus Spandau

Im Ev. Waldkrankenhaus wurde vor circa 30 Jahren begonnen eine strukturierte onkologische Behandlung aufzubauen. Auf Grund der Struktur des Hauses und der Patientenzahlen war im EWK die gynäkologische Abteilung die erste Abteilung in der Strukturänderungen und Qualitätsmaßnahmen systematisch umgesetzt wurden. Um die strukturierte Behandlung zu belegen, wurden von Beginn an Zertifizierungen als Qualitätssicherungsmerkmal angestrebt. Für die Zulassung zur Zertifizierung eines Organzentrums spielt nur die Anzahl der behandelten Primärfälle eine Rolle - die behandelten Rezidive spielen keine Rolle. In Onkologischen Zentren dagegen werden alle behandelten Fälle berücksichtigt. In den Jahren 2009 und 2010 wurden im Brustzentrum des EWK 805 Patienten im Gynäkologischen Zentrum des EWK 150 Patienten als Primärfälle und im Onkologischen Zentrum des EWK 445 Patienten mit Brust-, oder gyn. Tumoren behandelt. (Quelle: Alcedis Tumordokumentation EWK und Zenzy Chemotherapie-Auswertung)

Die Deutsche Krebsgesellschaft fordert eine Mindestanzahl an Fällen bei Erst- und Rezertifizierungen – zum Beispiel mindestens 75 Fälle bei Erstzertifizierung eines Gynäkologischen Krebszentrums und mindestens 100 Fälle bei der folgenden Rezertifizierung. Das heißt alle Zentren müssen stetig die Fallzahlen der Primärerkrankungen halten oder steigern. Diese Fallzahlhaltung/-steigerung wird für das EWK angekurbelt durch Marketingaktivitäten mit Flyern, Veranstaltungen für

Einweiser und/oder Patienten, Werbeartikel, Zeitungsberichte u.ä. Jede Fallzahlsteigerung bei Primärerkrankungen führt zur Erhöhung der Fallzahlen der Folgeerkrankungen und somit des Betreuungsbedarfs als Leistung aller kooperierenden Berufsgruppen. Dieser wachsende Betreuungsbedarf gilt somit auch für die Zeit der Nachsorge. Das generelle ständige Wachsen des Betreuungsbedarfs wird auch belegt durch eine Veröffentlichung von Becker im Jahre 2003. Er hat Zahlen vorgestellt, die belegen, dass 40-50% aller Tumorpatienten nicht von ihrem Tumorleiden geheilt werden und somit kontinuierliche weitere Betreuung brauchen (50).

3.2.3 Externe Situation Ev. Waldkrankenhaus Spandau

Um die bestmögliche Versorgung nach einem stationären Aufenthalt sicherzustellen wird der Übergang von der stationären zur poststationären Versorgung neben den Ärzten und Pflegemitarbeitern von Sozialarbeitern und/oder Entlassungskoordinatoren begleitet. Entlassungskoordinatoren sind Mitarbeiter von externen kooperierenden Sozialstationen, wobei die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern über Kooperationsverträge geregelt wird. In diese Entlassstruktur oder besser gesagt Übergangsstruktur in Nachsorgesituationen werden andere Fachärzte und bei Bedarf auch Pflegedienste, Pflegeheime sowie ambulante und stationäre Hospize einbezogen.

Kritisch ist aus persönlicher Sicht der Autorin die Tatsache, dass über solche geregelten Strukturen individuelle, spezielle Patientenwünsche und Patientenbedürfnisse zum Beispiel nach weiteren Betreuungsdiensten der eigenen Wahl nicht oder nur schlecht berücksichtigt werden können.

3.2.4 onkologische Versorgung im EWK

Die Kompetenzen im Bereich der onkologischen Versorgung werden im EWK gebündelt und kommen als wichtigstes Entscheidungsgremium in der wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenz zusammen, an der alle Fachdisziplinen beteiligt sind. Mit engen Kooperationspartnern sind auch die niedergelassenen, einweisenden Ärzte in die Tumorkonferenz und in die Behandlung im Krankenhaus eingebunden.

Die Tumorkonferenz ist als „eine für alle“ Tumorkonferenz organisiert, in der jeder Patient des EWK mit einer Tumorerkrankung im interprofessionellen Team besprochen wird. Im Ev. Waldkrankenhaus wird ein Netzwerk an Betreuung von Tumorpatienten gepflegt. Von Beginn an – seit 1993 -, war die Apothekerin in die Betreuung der Tumorpatienten eingebunden. Das stellt eine besondere Situation dar. In den Krankenhäusern ist es bis heute kein genereller Standard und nicht üblich, dass ein onkologisch ausgebildeter Apotheker ein selbstverständliches Mitglied im onkologischen Betreuungsteam ist.

Unabhängig von der apothekenüblichen Aufgabe applikationsfertige Zytostatika herzustellen haben der leitende Onkologe und die Pharmazeutin für ihre Zusammenarbeit das Ziel formuliert, onkologische Therapien nicht nur für Ärzte, sondern auch für die Patienten transparent und sicher zu machen, und zwar als kontinuierliche Maßnahme an Qualitätssicherung und als Qualitätsmerkmal für die Patienten. Aus dieser Zusammenarbeit heraus, hat sich eine Arzneimittelsprechstunde entwickelt, in der Patienten sich bei der onkologische Pharmazeutin zu ihren Therapien, zu ihrer Gesamtmedikation und zu alternativen arzneimittelmäßigen Möglichkeiten informieren. Diese Informationsweitergabe erfolgt in Absprache mit den ärztlichen Kollegen und wird in den Patientenakten seit 2010 dokumentiert. Dem Patient werden im Aufklärungsangebot und zusätzlich mittels Flyern und Behandlungsordnern die Möglichkeiten der Betreuung inklusive der Beratungsmöglichkeit durch die onkologische Pharmazeutin vorgestellt (siehe Anlagen). Dabei stehen die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten im Vordergrund.

3.2.5 Vergleich zur Situation im niedergelassenen Bereich

Im niedergelassenen Bereich ist im deutschen Gesundheitssystem auf Grund der vorhandenen Strukturen eine Betreuung – wie sie im EWK stattfindet – nur punktuell und in Ausnahmefällen möglich. Patienten mit gynäkologischen Tumoren werden von den behandelnden Ärzten in ein Krankenhaus zur Operation und/oder Vorstellung in einer Tumorkonferenz in ein Krankenhaus eingewiesen. Im Krankenhaus wird die Entscheidung „sofortige Operation“ oder „neoadjuvantes Behandlungskonzept entsprechend der krankenhauseigenen Therapiepfade“ – die auf den gültigen

Leitlinien basieren - getroffen. Für den einzelnen Patienten wird in der Tumorkonferenz eine Empfehlung für den weiteren Therapieweg ausgesprochen. Nach der Entlassung des Patienten bespricht der behandelnde Arzt mit dem Patienten diese Empfehlung und beschließt in Absprache mit dem Patienten die weitere Therapie. Dabei erfolgt keine Rückkopplung an das Krankenhaus.

Je nach der jeweiligen Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten gibt es Kooperationsmöglichkeiten, die den einweisenden Arzt in die Tumorkonferenz einbezieht. Auf Grund der unterschiedlichen Arbeits- und Gehaltssituation von Ärzten aus Krankenhaus und Praxis, ist es jedoch den niedergelassenen Ärzten nicht flächendeckend möglich, solche Kooperationen einzugehen. Regelungen, die solche Zusammenarbeiten festschreiben, gibt es bisher noch nicht, so dass es nicht nur am Engagement sondern auch an den organisatorischen und finanziellen Möglichkeiten der Beteiligten liegt wie Kooperationen gelebt werden. Es ist ein Anliegen aller Beteiligten in alle Entscheidungs- und Behandlungsprozesse einbezogen zu sein, unabhängig davon, ob dass im Alltag gelebt werden kann.

Auf Grund der Strukturen im niedergelassenen Bereich ist es bisher nicht üblich, dass ein Apotheker generell an Tumorkonferenzen teilnimmt oder onkologische Betreuungsaufgaben übernimmt.

In der Rathaus Apotheke in Mönchengladbach stellt die Apotheke die applikationsfertigen Zytostatika für die Patienten von Arztpraxen her. Der onkologische Pharmazeut arbeitet mit dem Arzt in einer Weise zusammen, die sich auf den reinen Lieferservice von applikationsfertigen Zytostatika und Supportiva beschränkt.

3.3 Material

3.3.1 Entwicklung der vorliegenden Arbeit als Beobachtungsstudie

Aus der Situation heraus, dass Patienten im Rahmen der Qualitätsvorgaben (51) zu ihrer Zufriedenheit befragt werden, wuchs die Erkenntnis, dass sich die Patienten nach der Hauptphase der Behandlung, allein gelassen fühlten. Das wurde besonders

im Rahmen der von der onkologischen Pharmazeutin durchgeführten Arzneimittelsprechstunde artikuliert.

Die Darstellung und Diskussion innerhalb des multiprofessionellen Teams führte zu dem Entschluss diesen Sachverhalt näher zu untersuchen.

3.3.2 Entwicklung des Fragebogens

Der Entwicklung dieses Fragebogens lag folgende Arbeitshypothese zugrunde:

- Im Rahmen der Primärbehandlung sind die Patienten im Regelfall durch die Vorgaben der DKG durch die diversen Professionen ausreichend betreut.
- Im Rahmen der Nachsorge sind die Patienten mit der Betreuung nicht zufrieden.
- Diese Unzufriedenheit in der Betreuung ist nicht einer speziellen Berufsgruppe und auch nicht einer speziellen Fragestellung zuzuordnen.
- Eine Betreuung durch onkologische Pharmazeuten passiert in Deutschland nur punktuell.

Auf Grund dieser Hypothese wurden im Rahmen der Gespräche von Patienten mit der onkologischen Pharmazeutin im Evangelischen Waldkrankenhaus in Berlin die diversen Unzufriedenheitspunkte benannt.

Da die bisher im Handel und in Studien erhältlichen Fragebögen zur Lebensqualität (siehe Anlagen) zwar die Lebenssituation der Patienten nicht jedoch ihre individuellen Bedürfnisse und Wünsche erfassen, wurde ein diesbezüglicher Fragebogen von der onkologischen Pharmazeutin des EWK selbst entwickelt.

Der in diesem Projekt eingesetzte Fragebogen wurde im Zeitraum Januar 2009 – April 2009 zusammen mit Patientinnen entwickelt.

Aufnahme in den Fragebogen fanden daher Fragen, die den im Dialog geäußerten Bedürfnissen der Patienten entsprachen. Durch die Tatsache, dass die geäußerten Unzufriedenheiten und Bedürfnisse der Patienten nicht einer speziellen Berufsgruppe und auch nicht einer speziellen Thematik zugeordnet werden konnte, entstand der Fragebogen in der vorliegenden multivariablen Form.

3.4 Methodik

3.4.1 Festlegung der Art der Durchführung

Patienten werden heute in der Primärbehandlung je nach ihrem persönlichen Status unterschiedlich betreut. Je nach der momentanen Einzelsituation erfolgt die medizinische Behandlung stationär, ambulant im Krankenhaus oder ambulant in einer Arztpraxis. Um dieser Tatsache gerecht zu werden und um Patienten aus allen Bereichen befragen zu können, erfolgten folgende Festlegungen zum Ablauf:

- Es wird ein Informationsgespräch geführt.
- Nach einem ausführlichen Informationsgespräch erhält der Patient Einverständniserklärung, Fragebogen und 2 Rückumschläge.
- Der Patient entscheidet ob er an dieser Studie teilnehmen will.
- Entscheidet sich der Patient zur Teilnahme wird ihm die Anonymität seiner Antworten zugesichert.
- Um eine nachvollziehbare Belegbarkeit des Einverständnisses der Patienten sicher zu stellen, erklärt der Patient sein Einverständnis an dieser Beobachtungsstudie teilzunehmen, schriftlich.

3.4.2 Rekrutierung und Information

Die Patientenanzahl mit Kopf-Hals-Tumoren stellt zahlenmäßig eine kleine Gruppe dar, die Patienten mit Tumoren aus dem Gynäkologischen Bereich stellen eine besonders große Gruppe dar. Deshalb erfolgte die Festlegung die Beobachtungsstudie im Patientenkollektiv der gynäkologischen Tumore durchzuführen.

Als Arbeitshypothese wurde angenommen, dass Patienten, unabhängig vom Wohnort gleiche Bedürfnisse haben. Das gilt für Patienten aus der Großstadt Berlin mit allen für Patienten leicht erreichbaren medizinischen Möglichkeiten gleichermaßen wie für Patienten aus kleineren Orten, die auf Grund einer ländlicheren Gegend – im Verhältnis zu Berlin – nur zu eingeschränkten Versorgungsstrukturen leichten Zugang haben.

Um Patienten aus beiden Wohnorttypen befragen zu können wurde eine Kooperationsvereinbarung mit dem onkologisch tätigen Apotheker Herrn Thomas Schubert aus der Rathaus-Apotheke in Mönchengladbach getroffen (siehe Anlage).

Um eine ausreichende Anzahl Patienten im Projektzeitraum befragen zu können wurde festgelegt 150 Fragebögen auszugeben. Als ausreichende Anzahl zur Bewertung wurden mindestens 75 ausgefüllte Fragebögen definiert. Das entspricht einer Rücklaufquote von mindestens 50%.

Es wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

- Patient hat die Diagnose eines Brusttumors oder gynäkologischen Tumors
- Patient hat die in einer Tumorkonferenz beschlossene Primärtherapie abgeschlossen oder mindestens bereits begonnen
- Mindestalter 18 Jahre
- Schriftliche Einwilligung zur Beteiligung an dieser Untersuchung liegt vor
- Kenntnis der deutschen Sprache

Es wurden die Patienten des stationären und ambulanten Bereiches des Ev. Waldkrankenhauses Berlin sowie des ambulanten Bereiches der Rathaus Apotheke in Mönchengladbach befragt.

In Berlin informierte die onkologische Pharmazeutin die Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten über das geplante Projekt und verteilte die Fragebögen des Ev. Waldkrankenhauses im Rahmen der Arzneimittelsprechstunde.

In Mönchengladbach wurde der Fragebogen von dem onkologischen Apotheker an Patienten verteilt, nachdem der behandelnde Arzt die Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, über das Projekt informiert hatte.

In diesem Zusammenhang wurde mit folgenden Kooperationspartnern zusammengearbeitet:

- Dr. med. M. Dombrowski, Chefärztin der Abteilung für Gynäkologie und Leiterin des Brustzentrums und Gynäkologischem Zentrums des Ev. Waldkrankenhauses Berlin, Stadtrandstr. 555, 13589 Berlin

- Dr. med. Jochem Potenberg, Koordinator des Onkologischen Zentrums und Oberarzt der Klinik für Innere Medizin I des Ev. Waldkrankenhauses Berlin, Stadtrandstr. 555, 13589 Berlin
- Dr. med. Ilona Blau, Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie, Badstr. 11, 13357 Berlin – Kooperationspartnerin des EWK Berlin
Dr. Benno Mohr, Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin, Klosterstr. 34/35, 13581 Berlin, Kooperationspartner des EWK Berlin
- Dr. med. Swen Holger Quasdorff, Facharzt für Innere Medizin, Dünnerstr. 201, 41061 Mönchengladbach
- Dr. med. Jochen Sistermanns, Facharzt für Strahlentherapie, praktiziert als Oberarzt Krankenhaus St. Franziskus, Viersener Str. 450, 41063 Mönchengladbach

Im Informationsgespräch wurden standardmäßig mit den Patienten folgende Themen besprochen:

- Anamnese Gespräch unter Berücksichtigung der individuellen Erfahrungen mit den unterschiedlichen Experten Rahmen der Krebsbehandlung
- Entwicklung des Fragebogens
- Machbare Ziele im Rahmen von pharmazeutischer Betreuung
- Potentielle Wunsch-Ziele für die Zukunft
- Freiwilligkeit der Teilnahme

Dieses Gespräch wurde je nach Patient um zusätzliche, für den einzelnen Patienten relevante Inhalte ergänzt (zum Beispiel: Persönliche Erfahrungen, Wünsche). Im Anschluss an das Informationsgespräch wurde den Patienten zugesagt, dass sie sich jederzeit mit ihren Fragen und Wünschen zu der Studie und der in dem Fragebogen Thematik persönlich an die onkologische Pharmazeutin wenden könnten.

3.4.3 Ablauf

3.4.3.1 Pilotphase

Den in dieser Arbeit vorgelegten Ergebnissen, ging eine Pilotphase voraus. Ziel dieser Pilotphase war es herauszufinden, welche Fragestellungen Patienten bewegen, damit diese sich motiviert fühlen, an dieser Untersuchung mit einem zusätzlichen Fragebogen mitzumachen.

Da im Rahmen der allgemeinen Qualitätsmaßnahmen von zertifizierten Zentren jeder einzelne Patient gebeten wird, mindestens einen Fragebogen auszufüllen, der das Erleben der eigenen Behandlung und der Therapie sowie die Lebenssituation betrifft, bedeutet ein zusätzlicher Fragebogen ein mehr an Aufwand für den einzelnen Patienten. Ein diesbezüglicher Mehraufwand wird nur angenommen, wenn die Patienten Motivation und ein persönliches Interesse haben an einer solchen Beobachtungsstudie teilzunehmen.

3.4.3.2 Grundsätzliches

Zusammen mit der Information über das geplante Projekt erhielten die Patienten eine Einwilligungserklärung mit der Bitte über eine Teilnahme an diesem Projekt zu entscheiden, sowie den Fragebogen und zwei an die onkologische Apothekerin adressierte Rückumschläge (siehe Anlagen).

Die Identität der Patienten ist aus dem Fragebogen nicht ersichtlich. Persönliche Angaben werden jedoch zur Nachweisbarkeit in der Einwilligungserklärung erfragt. Um die Anonymität der Patienten innerhalb dieser Beobachtungsstudie zu gewährleisten, wurde wie folgt verfahren:

- Der Patient dokumentiert sein Einverständnis und legt dieses in einen vorbereiteten Umschlag und verschließt diesen, um die Einverständniserklärung vom eigentlichen Fragebogen zu trennen.
- Der Patient beantwortet die Fragen und legt den Fragebogen in den zweiten, vorbereiteten Umschlag.
- Der Patient gibt die Umschläge der Person ab, die für ihn am leichtesten erreichbar ist. Das sind entweder der behandelnde Arzt, die Pflegemitarbeiter,

oder die Apothekerin. Im Rahmen der täglichen Zusammenarbeit werden die verschlossenen Umschläge an die Apothekerin übergeben.

- Alternativ werden die Umschläge per Post an die onkologische Pharmazeutin des Evangelischen Waldkrankenhauses geschickt.
- Das Verfahren in Mönchengladbach ist analog. Die in der Rathaus Apotheke gesammelten Umschläge werden per Post nach Berlin weitergeleitet.

Bis auf eine Ausnahme, füllten die Patienten die Fragebögen selbstständig in ihrem häuslichen Umfeld aus. Eine Patientin hat wegen körperlicher Schwäche die onkologische Pharmazeutin um Hilfestellung beim Ausfüllen gebeten. Daher hat die Pharmazeutin die Antworten der Patientin im Beisein einer Angehörigen in den Fragebogen eingetragen.

Die Rückgabe der Fragebögen erfolgte teilweise durch Übergabe an die Apothekerin im Rahmen der Arzneimittelsprechstunde, teilweise an Ärzte oder Pflegemitarbeiter im Rahmen von medizinischen Untersuchungsterminen, teilweise per Post. Da die Rückgabe gebündelt erfolgte, wurde nicht die Höhe des Rückgabeanteils pro Berufsgruppe ermittelt.

Für Rückfragen und zur Hilfestellung stand die Apothekerin des EWK telefonisch jederzeit zur Verfügung. In der Einverständniserklärung war die dienstliche Telefonnummer hinterlegt – zusätzlich wurde bei der Übergabe der Unterlagen mündlich auf die 24stündige Erreichbarkeit über die Telefonzentrale des Krankenhauses hingewiesen. Über diese 24 h - Telefonnummer war die onkologische Apothekerin für diesen Zeitraum auch außerhalb der Dienstzeiten immer erreichbar.

Alle Patienten dieser Beobachtungsstudie beantworteten Fragen zu:

- Aktuellen Situation
- Nachsorgeuntersuchungen
- Umgang mit Medikamenten
- Beratung durch Apotheker
- Beratung durch weitere Fachleute
- Individuellen Aspekten
- Interdisziplinären Zusammenarbeit

- Finanziellen Aspekten
- Zukünftigen Möglichkeiten
- Demographischen Angaben

3.4.3.3 Zeitlicher Ablauf

Um das Ergebnis der Fragebögen bewerten zu können, wurden im Vorfeld folgende Festlegungen getroffen:

- Es müssen 50% der ausgeteilten Fragebögen ausgefüllt zurückkommen.
- Die Rekrutierungsphase dauert 4 Monate, von Mai bis August 2009.
- Die Beobachtungsdauer dauert 4 Monate von September bis Dezember 2009.

Die Erfahrung im Umgang mit Studien innerhalb des EWK hat gezeigt dass ein Rücklauf von 50% von Fragebögen eine auswertbare Größe darstellt. Ein höherer Rücklauf ist wegen der Vielzahl der Fragebögen nicht vorauszusetzen. Darüber hinaus werden einzelne Fragebögen immer wieder nachgeschickt. Um einen Bewertungszeitpunkt festlegen zu können, wurde die Rekrutierungsphase festgelegt. Die Datenauswertung erfolgte durch die onkologische Apothekerin des Ev. Waldkrankenhauses seit Januar 2010.

3.4.3.4 Auswertung der Unterlagen

Die statistische Datenanalyse und die graphische Darstellung der Ergebnisse wurde mit Hilfe der Software Microsoft Excel® sowie Microsoft Word (Microsoft Corporation, USA) durchgeführt.

Die ausgefüllten Fragebögen aus Mönchengladbach und Berlin sind gemeinsam ausgewertet worden

- auf Grund der Arbeitshypothese der gleichen Patientenbedürfnisse unabhängig vom Wohnort

- auf Grund der Tatsache, dass die ausgefüllten Fragebögen z. Teil per Post zurückgeschickt worden sind und dadurch der Ort des Absendens nicht eindeutig festgestellt werden konnte.

3.4.3.5 Verblindung/Nachweisbarkeit/Archivierung der Unterlagen

Die Verblindung erfolgte durch die getrennte Abgabe der Einverständniserklärung und des Fragebogens. Somit liegen alle Einverständniserklärungen, sowie die demographischen Daten der Patienten vor, sind jedoch nicht mehr zu den beantworteten Fragebögen zurückverfolgbar.

Die für die Nachweisbarkeit dieser Beobachtungsstudie erforderlichen Patientendaten und die Originale der ausgefüllten Fragebögen sind im Archiv der Zentralapotheke des Ev. Waldkrankenhauses archiviert. Diese werden gemäß der gesetzlich festgelegten, allgemeinen Studienbedingungen datenschutzgerecht 15 Jahre lang aufbewahrt und anschließend vernichtet (52).

4 Ergebnisse

4.1 Charakterisierung des Patientenkollektivs

Von insgesamt 150 verteilten Fragebogen, nahmen insgesamt an der Untersuchung 120 Patientinnen teil. Das entspricht einer Rücklaufquote von 80%. In die Bewertung gingen 120 Fragebögen ein, die innerhalb der Rekrutierungszeit beantwortet zurückgegeben wurden. Das bedeutet 80 % der ausgegebenen Fragebögen konnte bewertet werden. Die Rücklaufquote wird als sicher angesehen, da durch die persönliche Übergabe des Fragebogens an die Patientinnen sichergestellt war, dass der Fragebogen die Patientinnen tatsächlich erreicht hat.

Patientinnen, die nicht bereit waren an der Befragung teilzunehmen, sind nicht systematisch erfasst worden, da eine diesbezügliche Dokumentation der Fragebogen-Ausgabe an die Patientinnen durch die unterschiedlichen Verteiler nicht sicher gestellt werden konnte.

Durch die Tatsache, dass die befragten Patienten ursächlich in verschiedenen Arztpraxen und Krankenhäusern behandelt wurden, liegen keine Daten vor, wie viele Patienten mit Krebs und der Diagnose Brustkrebs oder gynäkologischer Tumor in diesem Zeitraum überhaupt behandelt wurden. Deshalb kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob durch die behandelnden Ärzte eine gewisse Vor-Auswahl der Patienten stattgefunden hat.

4.2 Auszählungsergebnis

Bei den Fragen, die eine Mehrfachnennung bei den Antworten implizierten, ist in der Auswertung einer Angabe von mehr als 100% Antworten nachvollziehbar und sichtbar. Prozentangaben sind ganzzahlig gerundet.

4.2.1 Altersverteilung

Die meisten befragten Patienten waren zwischen 50 und 80 Jahre alt. Die jüngste der befragten Patienten war jünger als 39 Jahre alt, die älteste der Patienten war älter als 79 Jahre. Die angegebenen Altersgruppen der befragten Patienten entsprechen dem durchschnittlichen Alter der Patienten mit gynäkologischen Tumoren in Deutschland.

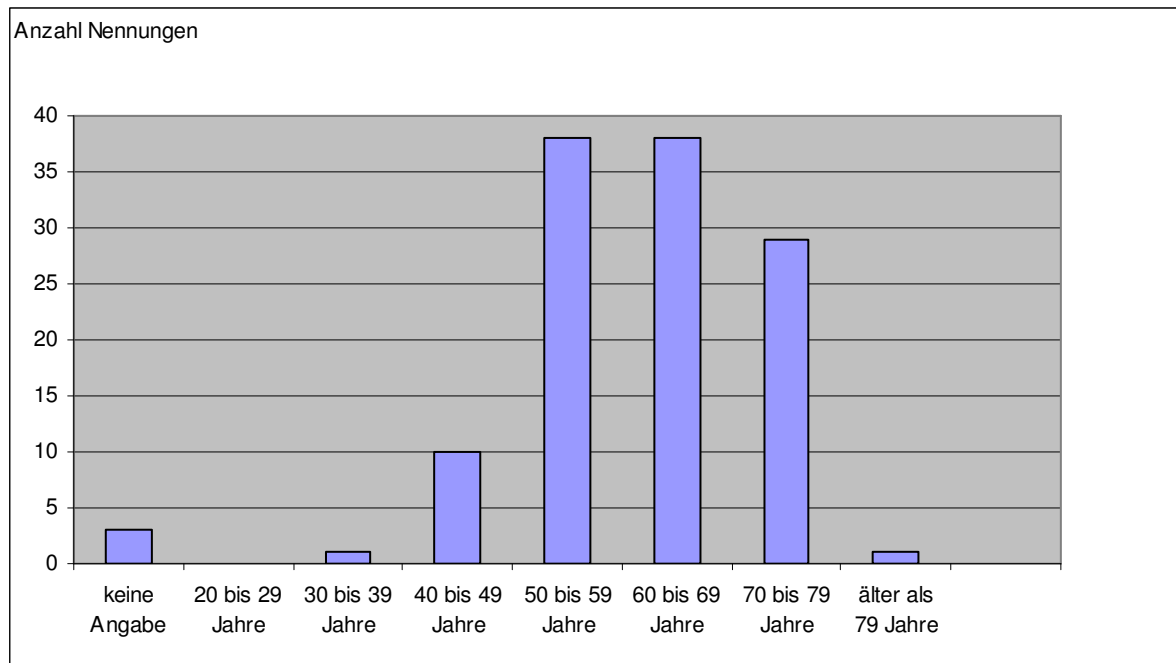


Abb.1 - Quelle Frage 29: Welcher Altersgruppe gehören Sie an?

4.2.2 Ausbildung

101 von 120 (85 %) aller befragten Patienten haben eine abgeschlossene Schulausbildung (Haupt-, Real, Fachoberschule oder Gymnasium). 77 von 120 (65 %) der Patienten haben eine Berufsausbildung in irgendeiner Form (allgemein, FH oder Universität) durchgeführt.

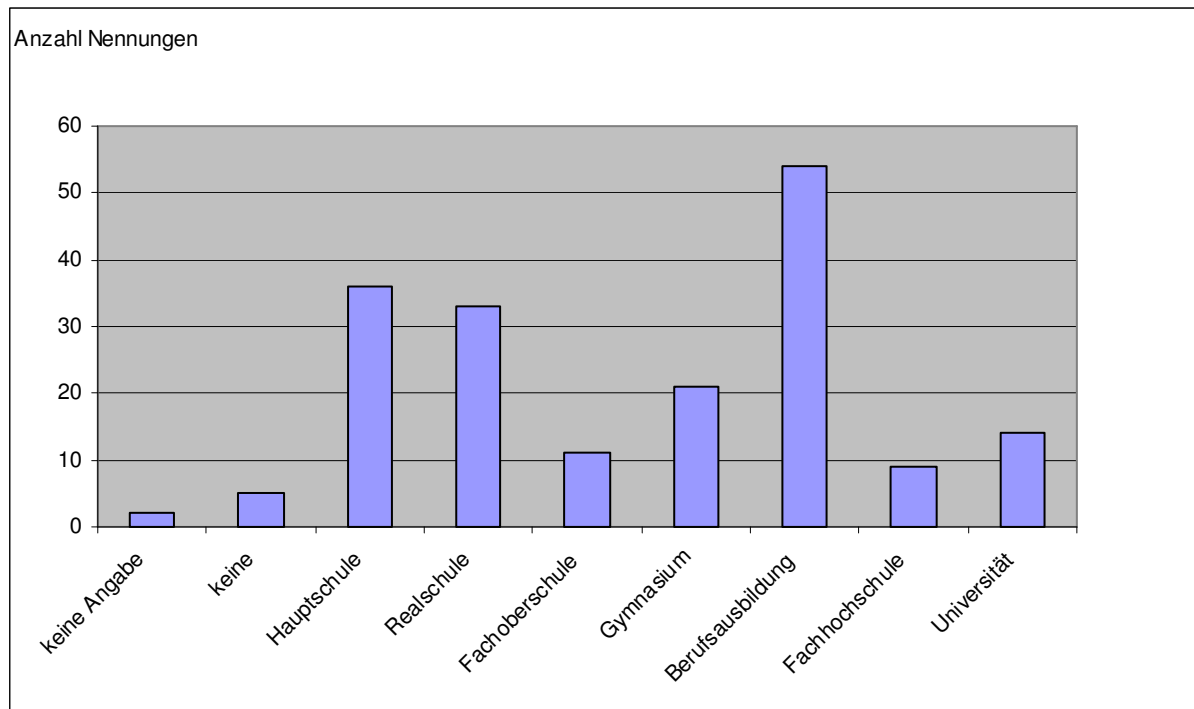


Abb.2 - Quelle Frage 30: Welche Ausbildung haben Sie abgeschlossen? (Mehrfachantworten möglich)

4.2.3 Persönlicher Hintergrund

39 Patienten (33%) leben allein. D.h. die Mehrzahl der Patienten lebt in einer Partnerschaft gegebenenfalls mit Kindern. Dabei sind bereits 50% der Patienten (60 Nennungen) im Ruhestand. Das entspricht der Altersverteilung.

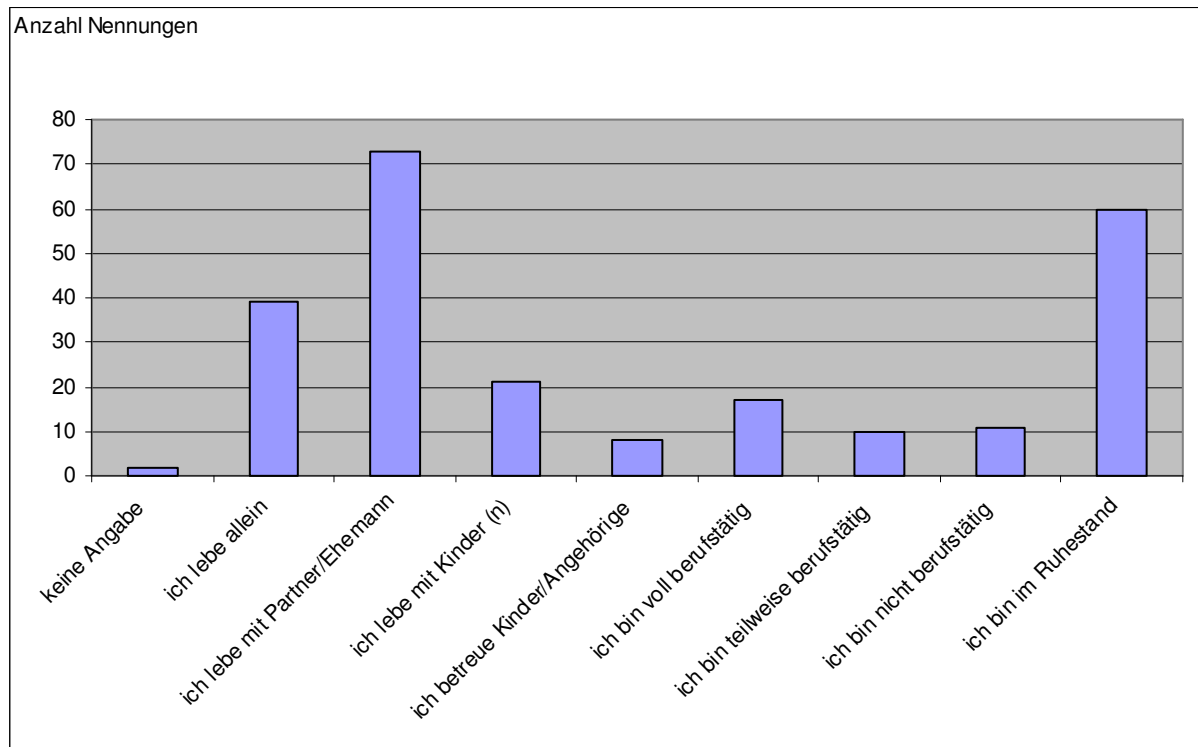


Abb.3 - Quelle Frage 31: Wie ist Ihre Lebensweise?

4.2.4 Religiöser Hintergrund

Die Auswertung der Fragen zum religiösen Hintergrund zeigt dass der religiöse Hintergrund für die Wünsche und Bedürfnisse innerhalb der Tumornachsorge für 36% (43 "Ja" - Nennungen) der Patienten eine wesentliche Rolle und für 23 % (27 „Wenig“ – Nennungen) der Patienten wenig Bedeutung hat. Für 38 % (46 „Nein“ – Nennungen) spielt die religiöse Orientierung keine Rolle.

Der religiöse Hintergrund ist bei 78% (94 von 120) der Patienten christlich orientiert.

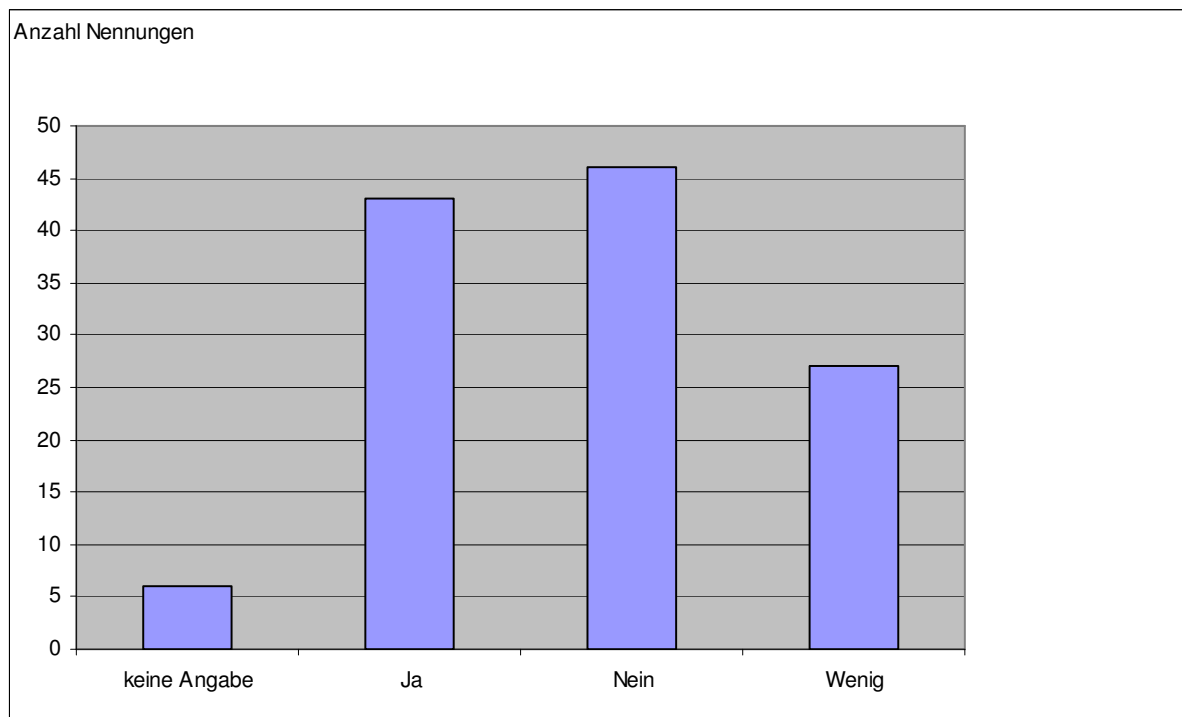


Abb.4 - Quelle Frage 33: Spielt in Ihrem Leben, besonders bei der Behandlung von Krankheiten, eine religiöse Orientierung eine Rolle?

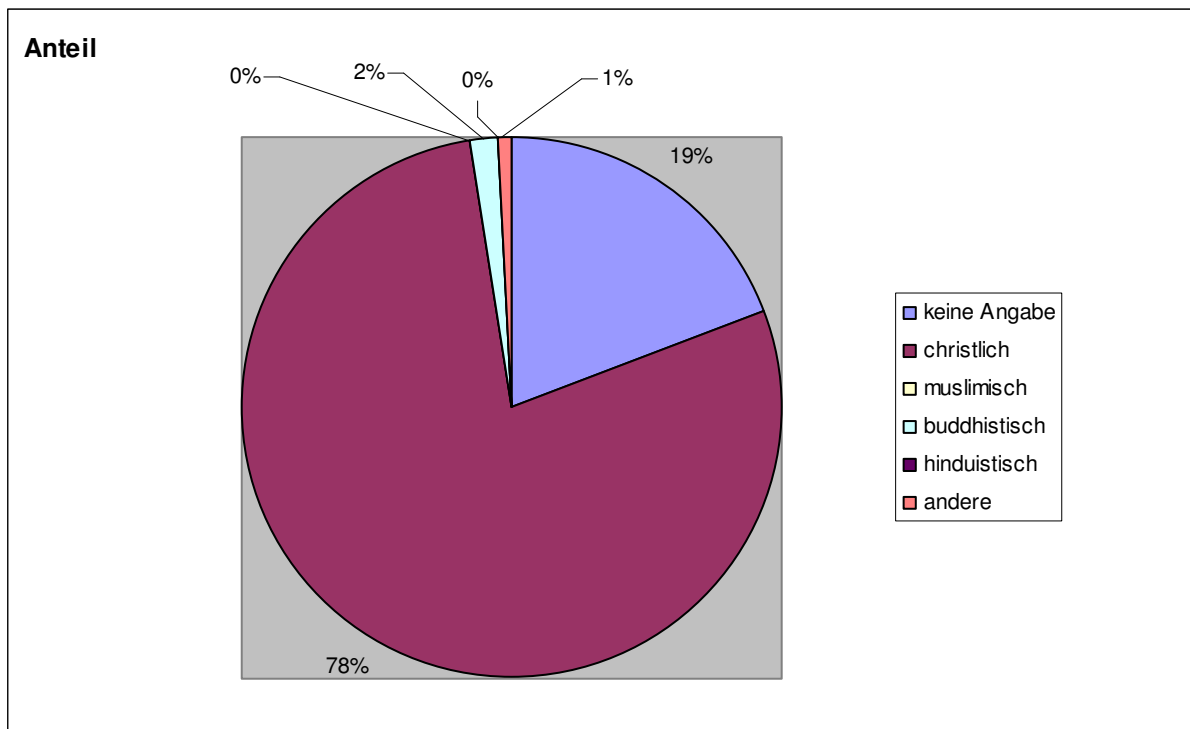


Abb.5 - Quelle Frage 34: Ist die religiöse Orientierung eher....?

4.2.5 Aktuelle Situation des Patienten

Mit einer Angabe von 50 und mehr Skalenpunkten wird die persönliche Einschätzung der eigenen Situation als „mittel bis gut“ angegeben.

Verhältnis körperliche Situation: seelische Situation = 84% : 82%.Skalenpunkte

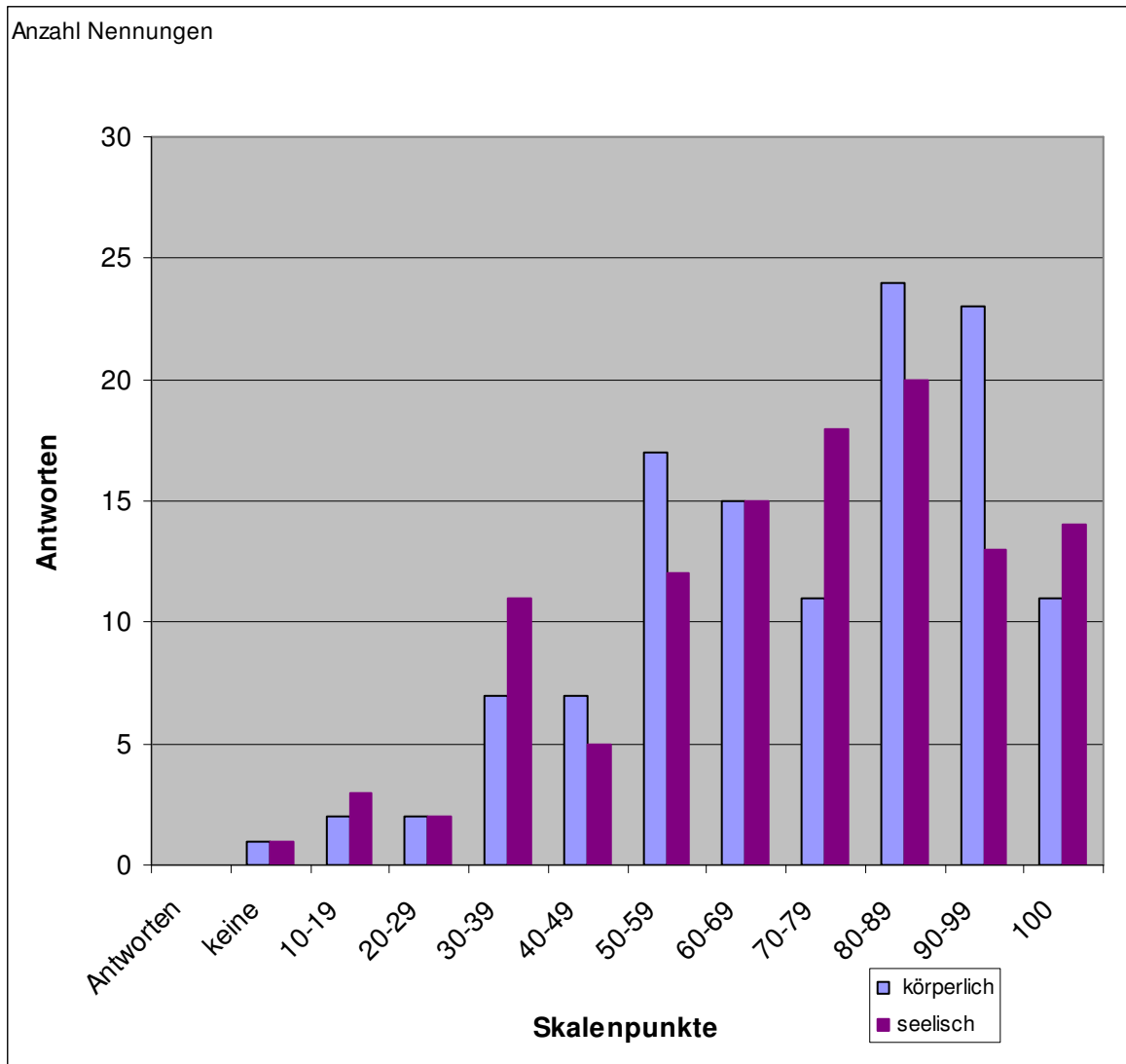
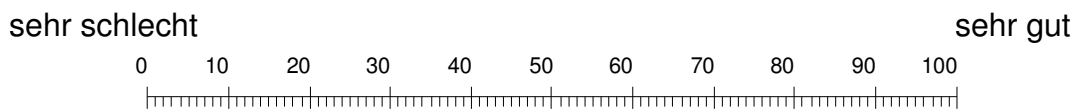


Abb.6 - Quelle Frage 1 und Frage 2: Wie geht es Ihnen heute körperlich? Wie geht es Ihnen heute seelisch? - Bitte bewerten Sie Ihr Befinden auf der angegebenen Scala, wobei 0 sehr schlecht und 100 sehr gut und bedeutet.



Die eigene Einschätzung der jeweiligen Situation erfolgte in den unterschiedlichen Phasen während oder nach der Primärbehandlung/ Rezidivbehandlung (nach Bestrahlung/Chemotherapie, Hormonbehandlung, Antikörpertherapie).

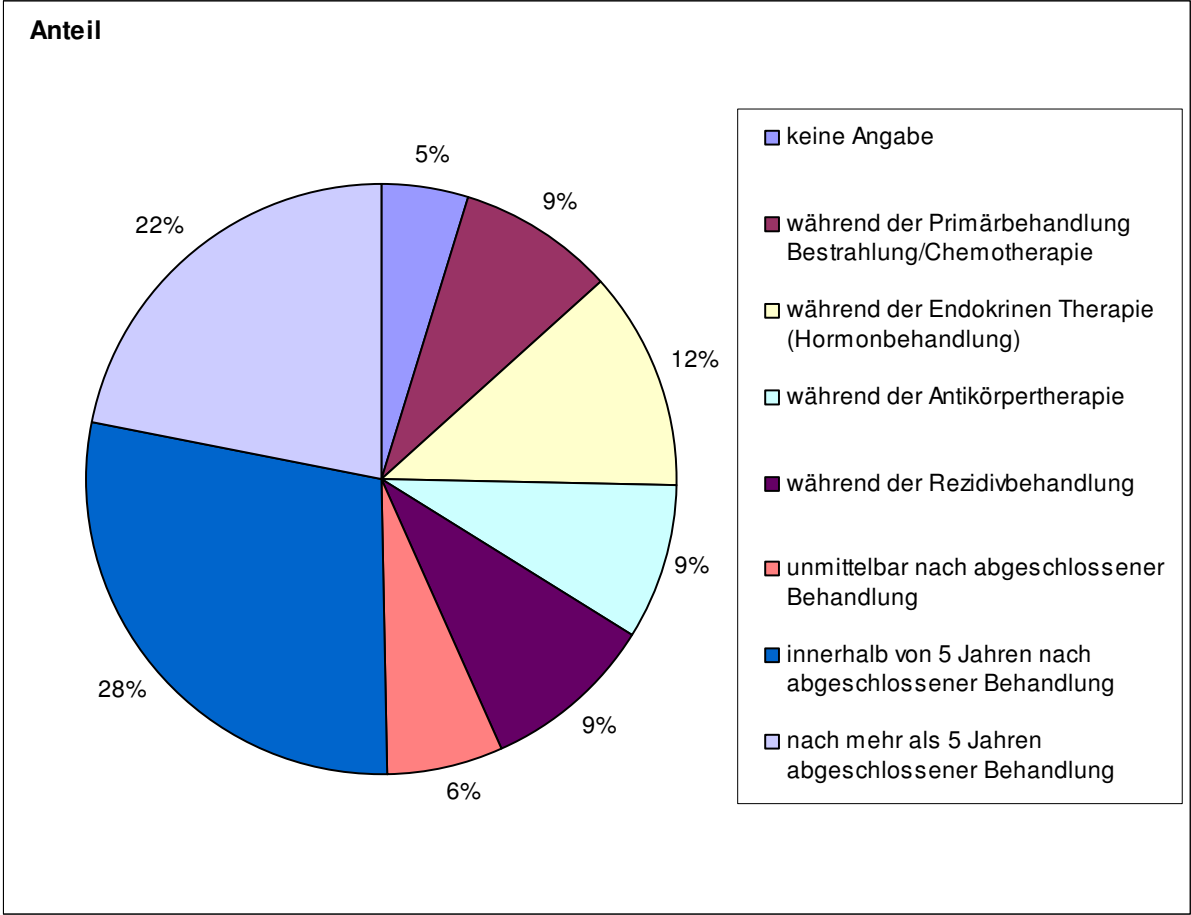


Abb.7 - Quelle Frage 3: In welcher Phase der Tumorerkrankung befinden Sie sich?

4.2.6 Medizinische Situation

4.2.6.1 Medizinische Ist-Situation

Wie in Abb. 8 zu erkennen ist, nehmen die physiotherapeutischen Maßnahmen (48 Nennungen – 40%), gefolgt von den psychoonkologischen Begleitungen (30 Nennungen - 25%) den größten Anteil an Leistungen ein, die zusätzlich zur ärztlichen Therapie in Anspruch genommen werden.

Die pharmazeutische Betreuung in der Nachsorge ist mit 17% (20 Nennungen) erkennbar vorhanden.

Zum Befragungszeitpunkt spielen die Kunst, Musik und Ernährungstherapie eine untergeordnete Rolle. Mit der Antwort „Andere“ wurde keine Berufsgruppe genannt.

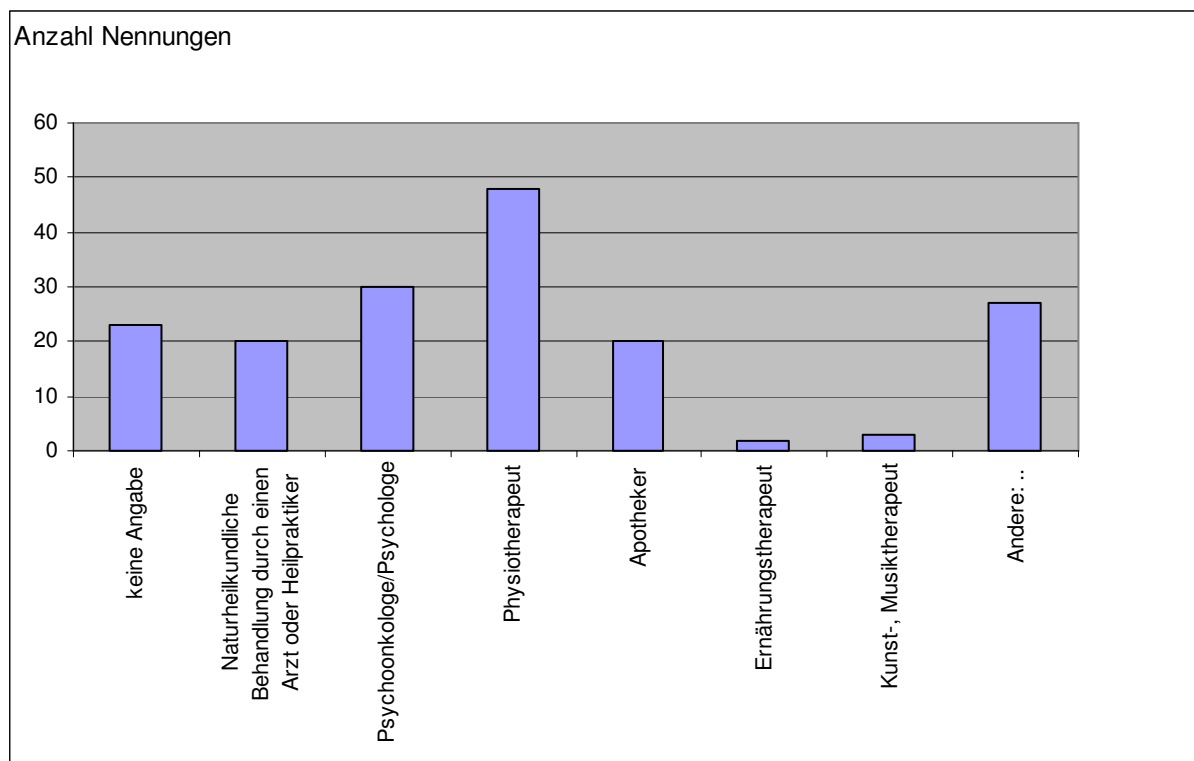


Abb.8 - Quelle Frage 32: Bisher nehme ich neben der medizinischen Betreuung im Rahmen der Nachsorge meiner Tumorerkrankung folgende fachliche Betreuung in Anspruch

Wie zu erwarten war, werden alle angebotenen medizinischen Termine von 113 von 120 Patienten (94%) innerhalb der Nachsorge wahrgenommen. Daher ist es verwunderlich, dass sich 35 Patienten (29%) nur teilweise und 10 Patienten (8%) nicht über die Untersuchungen und Termine informiert fühlten.

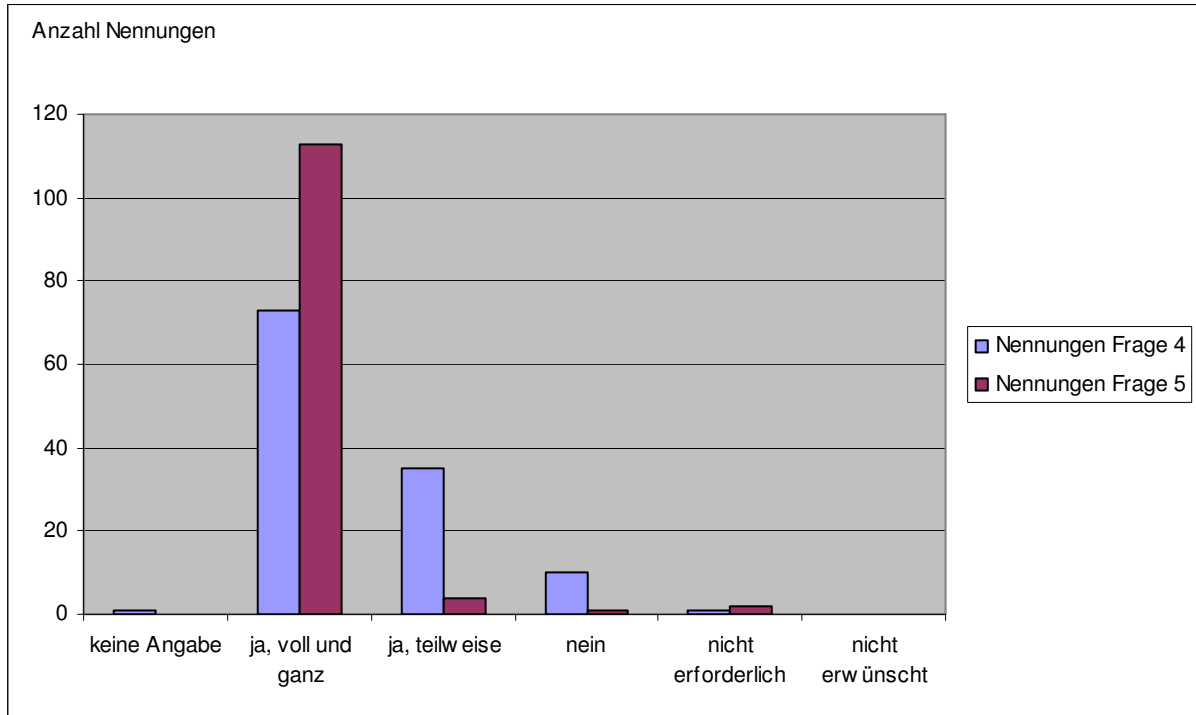


Abb.9 - Quelle Frage 4 und Frage 5: Fühlen Sie sich über die Untersuchungen und Termine in der Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung ausreichend informiert? Nehmen Sie alle angebotenen Nachsorgetermine für Ihre Tumorerkrankung wahr?

Auch wenn 71 Patienten (59 %) alle Fragen mit ihrem Arzt besprechen konnten, ist es dennoch auffällig, dass 24% der Patienten (21 +7 Nennungen) angaben, dass sie sehr viele Fragen nicht besprechen konnten und 16% (19 Nennungen) aller Patienten sich darüber nicht sicher waren.

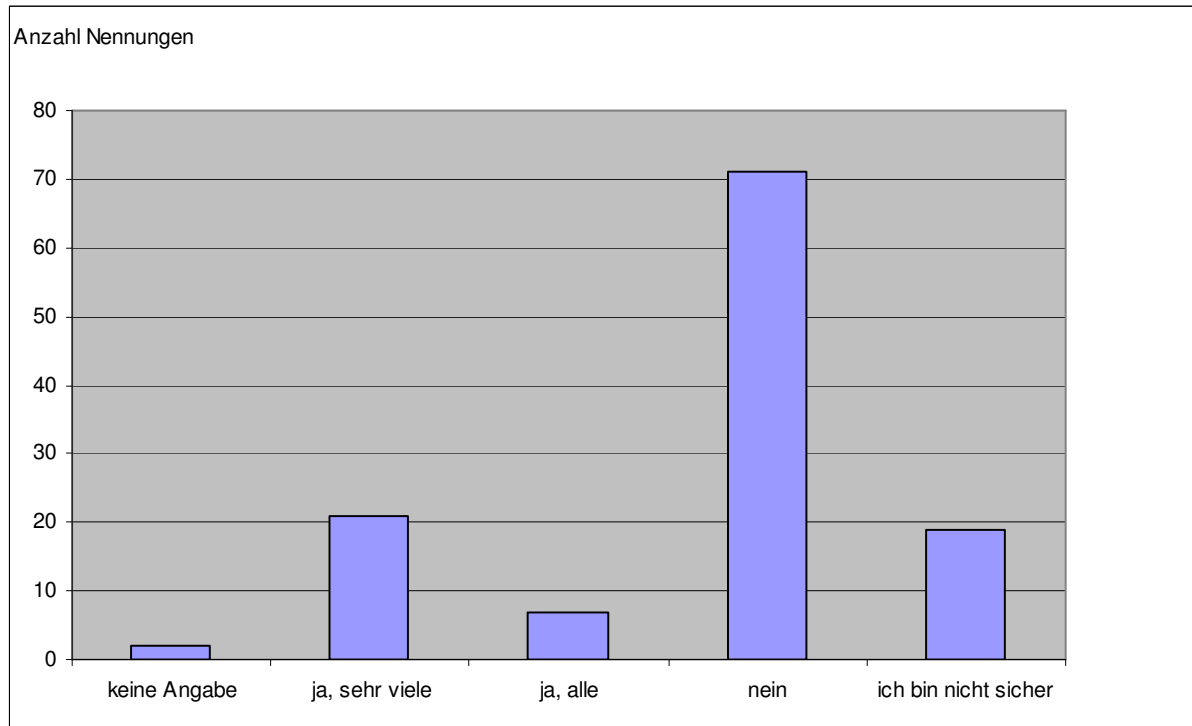


Abb.10 - Quelle Frage 21: Haben Sie im Rahmen der Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung Fragen an einen Arzt oder Fachtherapeuten die Sie gerne besprechen würden jedoch nicht besprechen konnten?

Mit 48 Nennungen machten 40% der Patienten keine Angabe, aus welchen Gründen sie ihre Fragen nicht stellen konnten.

Wie die Abbildung 11 zeigt, gab es verschiedene Gründe, Fragen nicht zu stellen, die in der Organisation des medizinischen Alltags lagen.

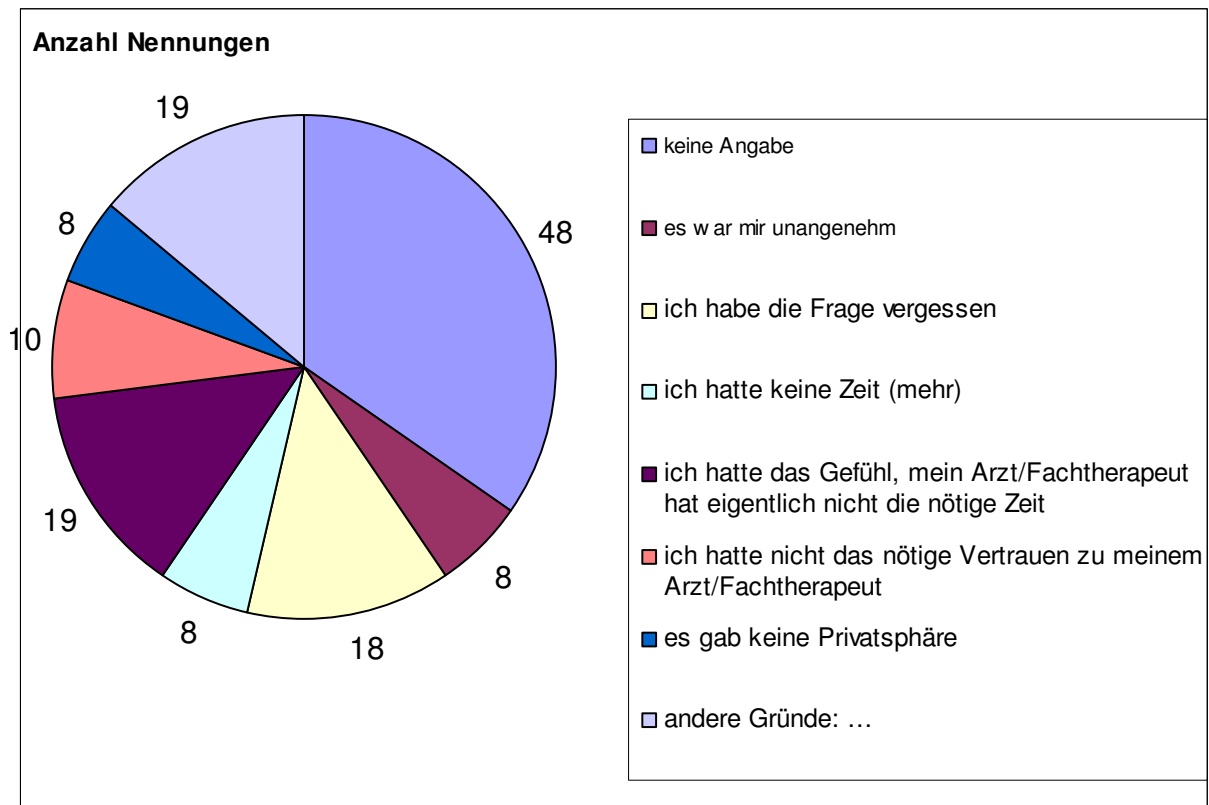


Abb.11 - Quelle Frage 22. Diese Fragen haben Sie im Rahmen der Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung nicht besprochen weil

4.2.6.2 Medizinische Wunsch-Situation

62 Patienten (52%) wünschen sich Untersuchungen in der Nachsorge länger als 10 Jahre. Dies geht deutlich über die bisher übliche Nachsorgezeit von 5 Jahren hinaus. Es fällt auf, dass mit 6 Nennungen nur 5% der Patienten gar keine weiteren Nachsorgeuntersuchungen wünschen.

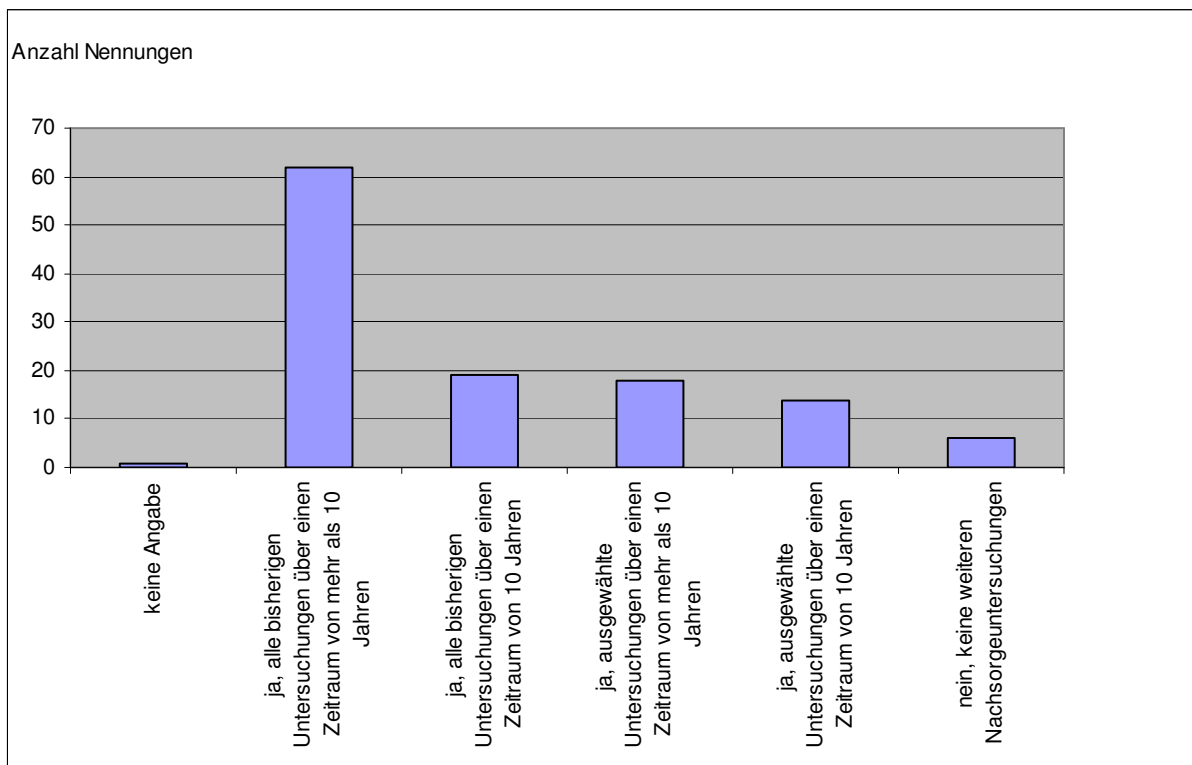


Abb. 12 - Quelle Frage 6: Wünschen Sie sich weitere Nachsorgeuntersuchungen über den bisher gültigen Zeitraum von 5 Jahren hinaus?

Die Mehrzahl der Patienten gibt konkret an, welche Untersuchungen für sie in der Nachsorge wichtig sind. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um bildgebende und spezielle Verfahren sowie um Laboruntersuchungen.

Nur 17 Patienten (14%) wünschen sich keine zusätzlichen zu den bisher durchgeführten Nachsorgeuntersuchungen.

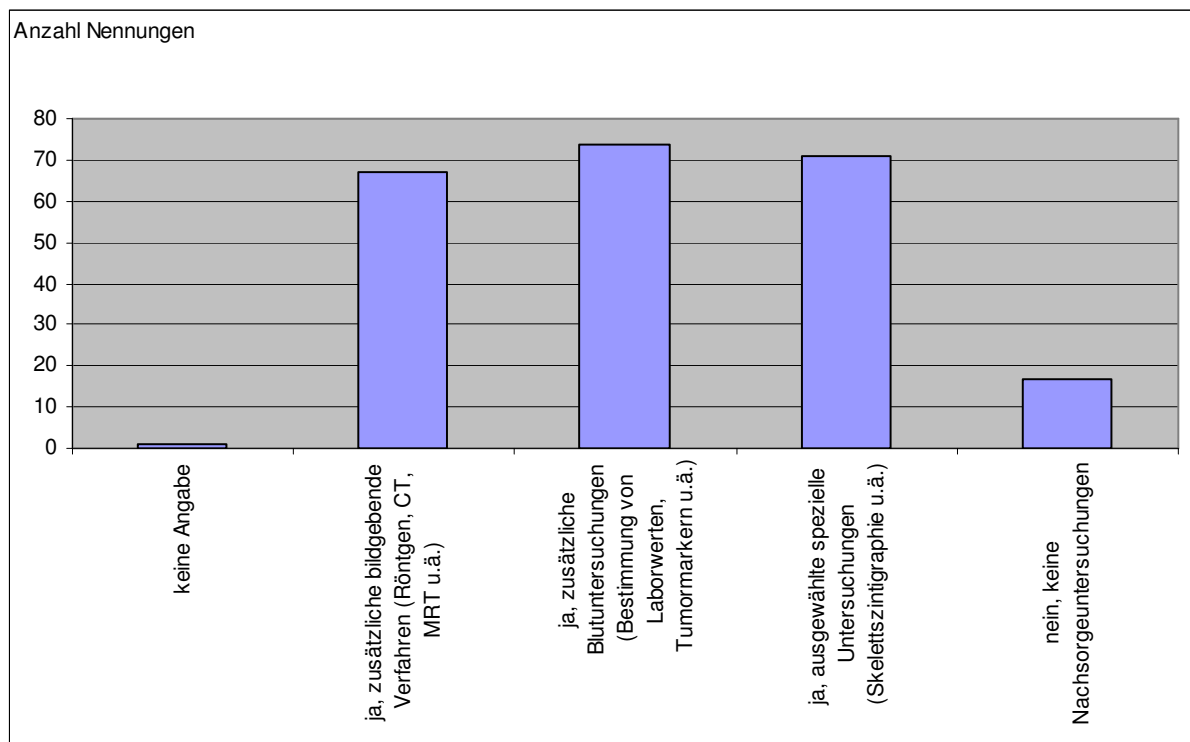


Abb. 13 - Quelle Frage 7: Wünschen Sie sich zusätzliche Nachsorgeuntersuchungen während der gesamten Nachsorge (Mehrfachantworten möglich)?

Da nur 3 Patienten zur Frage 27 nach den eigenen Wünschen keine Angabe gemacht haben bedeutet das, dass sich die meisten Patienten für die Zukunft jährliche Untersuchungen und die Kostenübernahme aller Untersuchungen durch die Krankenkassen wünschen. 47 Patienten (39%) sind an einem einfachen Test interessiert. Dabei spielt die Tatsache, dass es so einen Test momentan nicht im Handel gibt offenbar keine Rolle.

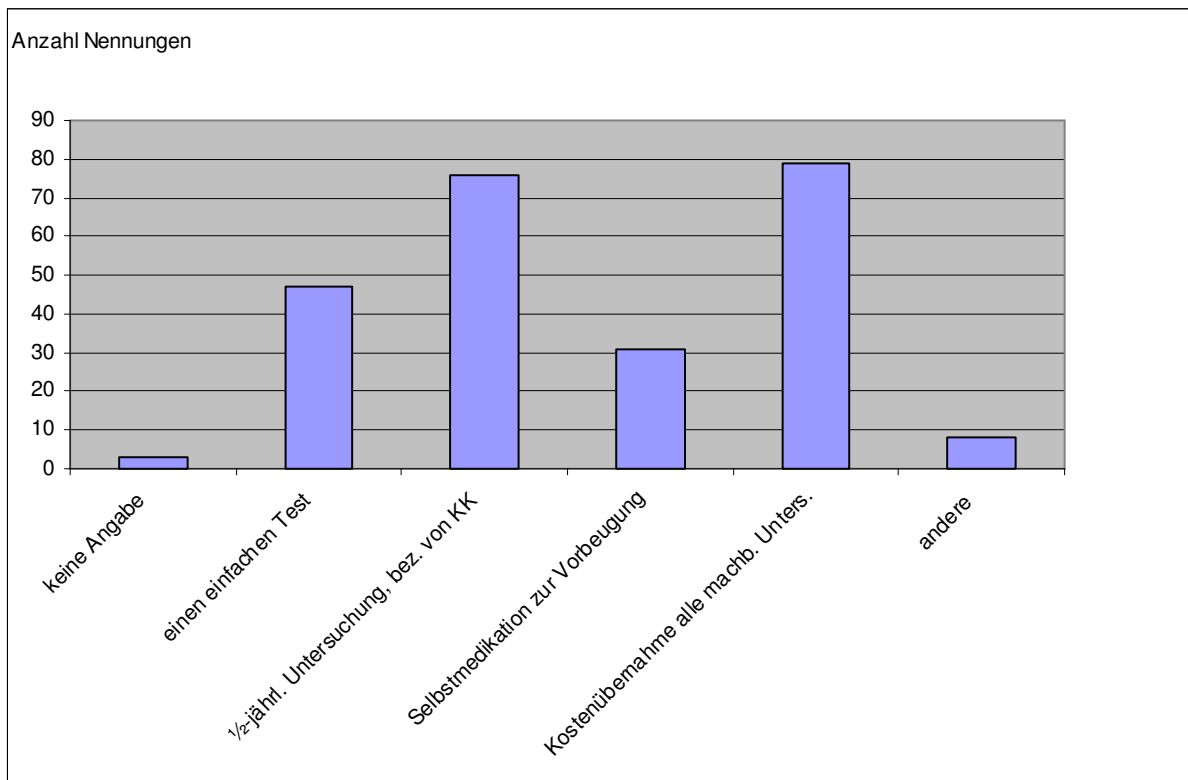


Abb.14 - Quelle Frage 27: Was würden Sie sich selbst für die Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung wünschen?

4.2.6.3 Frei geäußerte Wünsche

Die Möglichkeit ihre Wünsche als Freitext (Quelle Frage 28) zu nutzen, ist von 53 (44 %) der Patienten genutzt worden.

Zusammenfassend wird deutlich, dass es in der Betreuung von Krebs- Patienten – gerade in der Situation der Nachsorge – aus der Sicht der Patienten noch viel zu verbessern gibt.

Durch die Vielfältigkeit der Antworten lässt sich kein generelles Ergebnis dieser Freitexte darstellen. Deshalb sind hier die Antworten, die sich inhaltlich als Zusammenhang ergaben, als jeweilige Antwortgruppe dargestellt.

7 Antworten(6%) zeigen, dass ein Bedarf an mehr psychoonkologischer Betreuung besteht:

→ Zitate:

- „Psychologe für circa 3 Jahre“
- „Psychologische Betreuung, Vermeidung von schädlichen Aktivitäten z.B. sich sonnen und bestimmte Hausarbeiten nach der Erkrankung“
- „psychoonkologische Betreuung vor und nach der OP“
- „Sprechstunden beim Psychoonkologen auch noch bei Bedarf im 10 Brustzentren und sich regelmäßig über Nachsorge informieren müssen - als Pflichtveranstaltung mindestens 1 x jährlich“
- „genügend Psychoonkologen zur Verfügung stellen bzw. ausbilden“
- „Es ist leider sehr schwierig einen Seelendoktor zu finden, der Gespräche führt und zuhören kann. Leider sind alle Doktoren total überlaufen. Die meisten haben nur Zeit Psychopharmaka zu verschreiben und dann ist man entlassen“
- „Psychoonkologische Betreuung vor und nach der OP“

Der Bedarf an weiteren Erklärungen und Informationen wird von 11 Patienten (9%) angegeben. Die Art der gewünschten Information betrifft einerseits die eigene Erkrankung, die Möglichkeiten der Behandlungsoptionen und andererseits generelle, zum Teil gesundheitspolitische Dinge.

→ Zitate:

- „eine bessere Aufklärung darüber, welche Gefahren über ein Rezidiv bestehen“
- „Erklärung aller Befunde, Verlauf der op, weitere Therapiemöglichkeiten“
- „auf jeden Fall mehr Zeit für Fragen + Therapien, Pläne für weiteres Vorgehen in Bezug auf die Krankheit“
- „dem Patienten zu erklären, welches die möglichen Hauptursachen für seine Krebserkrankungen waren und sie zu beraten wie er dahingehend sein Leben ändern sollte, um a) die Krankheit zu besiegen bzw. b) ein Rezidiv möglichst zu verhindern helfen“
- „mehr Informationen über Vorbeugemöglichkeiten, auch wenn sie selbst bezahlt werden müssen. Ehrliche Infos über Nebenwirkungen von Medikamenten und eventuellen Alternativen durch die Ärzte“

- „damit es zur Erkrankung/Nachsorge nicht kommen muss: Mehr Prophylaxe im täglichen Leben: Ernährung; Umwelt- Aufklärung als Ergebnis sozialen-medizinischem Denken und Handeln von Menschen mit Verantwortung innerhalb einer Gemeinschaft“
- „klären, welche naturheilkundlichen Maßnahmen einem Rezidiv wirklich entgegenwirken - Misteltherapie auch nach abgeschlossener Behandlung sinnvoll?“
- „Im Gespräch Risiken und Prognosen zu erfahren. Abwägen des Nutzens von Medikamenten zu den Nebenwirkungen, weil diese gern in Kauf genommen werden, wenn der Nutzen groß ist“
- „mehr Unterstützung in der heißen Phase der aggressiven Therapie (Chemo und Bestrahlung), sowie mehr Aufklärung über Nebenwirkungen in Bezug auf die Therapie und die Hormontherapie, psychologische Unterstützung – Angabe der Telefonnummer, Patientin wünschte persönliches Gespräch!“
- „Forschung/Ursache über Tumorerkrankungen“
- „Die Gesellschaft zu informieren, dass es sich um eine lebensbedrohliche und lebensverkürzende Krankheit handelt, Arbeitgeber zu mehr Menschlichkeit bewegen“

Ein genauer Vorgehensplan ist 5 Patienten (4%) wichtig.

→ Zitate:

- „nach Krankenhausaufenthalt unaufgefordert vom Arzt ein Strategieplan für das weitere Vorgehen“
- „regelmäßige Kontrolle beim Gynäkologen oder Onkologen, 1 x im Jahr im Brustzentrum, Physiotherapie in der Nachsorge“
- „Weiteren Werdegang schriftlich vom Gynäkologen, nach Therapie - wann Mammographie, Hormontherapie und gyn. Untersuchungen die nötig sind“
- „Timer für Nachsorgeuntersuchungen“
- „selbst alle halbe Jahre zur Untersuchung, sich selbst zu tasten“

Ein inhaltlich und zeitlich verändertes Nachsorgeverhalten haben 8 Patienten (7%) angegeben, die im Freitext Wünsche äußerten.

→ Zitate:

- „weitere Betreuung - kein Abbruch nach 5 Jahren“
- „ständige Nachsorge“
- „Regelmäßig Kontrolle auch nach 10 Jahren“
- „mehr Heilverfahren, mehr Physiotherapie“
- „Kontrolluntersuchungen auf andere Tumore und Metastasen“
- „Ich wünsche mir, der Onkologe würde mehr für mich tun“
- „ganzheitliche medizinische Betreuung“
- „Weitere regelmäßige Kontrolluntersuchungen, um die Angst einer weiteren Erkrankung zu mindern“

Veränderungen im Umgang mit den Patienten und der Organisation wünschen sich 13 von 120 Patienten (11%).

→ Zitate:

- „das es möglich ist, alles was zur Gesundheit beiträgt von der Kasse übernommen wird z.B. Psychosynthese“
- „Termine für MRTS + Cts schneller vergeben werden können (Anruf und 1 Woche später ist der Termin. Die Krankenkasse besser mitarbeitet und vor allem schneller, viel schneller“
- „Die Kosten für die Mammographie - die Kasse übernimmt“
- „Ich bin zufrieden so, Kostenübernahme im jährlichen Abstand“
- „Ein Eigenbeitrag von... € in Abhängigkeit vom Einkommen - Schlüssel >> Krankenkasse zahlt alles“
- „Eine guten Onkologen vorschlägt, evtl. eigene Zuzahlung“
- „vermehrte Kuraufenthalte“
- „Einrichtung von Zentren, in denen alle benötigten Fachleute z.B. Gynäkologen Radiologen, Heilpraktiker, Apotheker adhoc ansprechbar sind - auch an Wochenenden.“
- „Kontinuität des betreuenden Teams“
- „man will ernst genommen mit seinen Beschwerden – Schulung der Ärzte zur Sorge im Sinne des Wortes“

- „Dass die Ärzte/Fachleute eigentlich sich die nötige Zeit mit den Patienten nehmen“
- „Medizinische Fachkompetenz mit interdisziplinärer Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen am Fall orientiert. Weniger arrogantes Gehabe der meisten Chefärzte ausschließlich am Prestige orientiert“
- „Feststellen häufiger Nebenwirkungen, mit dem Ziel diese zu vermeiden“

5 Patienten (4%) drückten die eigene Zufriedenheit in der Antwort aus:

→ Zitate:

- „ich bin mit der Nachsorge bei der Onkologie in Goslar (Name) sehr zufrieden“
- „bei Feststellung eines Tumors unbürokratische Hilfe > das wurde mir zuteil und war sehr gut“
- „Ich werde von meinem Arzt gut betreut und brauche daher keine anderen Behandlungen weiter.“
- „Bin in sehr guter ärztlicher Obhut - sowie bekomme ich Lymphdrainagen. Seit 9 Jahren besuche ich eine Selbsthilfegruppe (14tägig) Humboldt-Krankenhaus. Da bin ich auch operiert worden“
- „Zusätzlich (17 Operationen) habe ich Darmprobleme nach 4 Darmops , Devertikel, Verwachsungen, Totalop usw.- Darm- Transport Schwierigkeiten oft Einläufe Lactulose, Darmmedikation 5 x am Tag. Während Chemo und Bestrahlung $\frac{3}{4}$ Jahr Stillstand, täglich Einläufe –Nuklearschäden: beide Vorderfüße taub und trotzdem schmerzempfindlich, Lauschwierigkeiten. Diäten zum Abnehmen geht nichts ohne Fett und Öle sonst kein Transport (Darm). Nach Port-Ein + Aus – OP ständig Schmerzen. Heuschnupfen - Das sind meine ständigen Begleiter, damit kann ich leben und bin dankbar für jeden Tag, den ich leben darf, dank der medizinischen Hilfe. Wir sind im Ev. Waldkrankenhaus sehr gut betreut worden. Auch weiterhin Fr. Dr. Blau – Finger + Fußnägel verloren“

Darüber hinaus wurden 4 (3%) diverse Wünsche geäußert, die Entwicklungen für die Zukunft betreffen.

→ Zitate:

- „Entwicklung von Tumormarkern, die Anfangsstadien offenbaren“
- „Rechtzeitiges Erkennen eines Fortschreitens“
- „freiverkäufliche Medikamente, die vorbeugen>> Zukunftsmusik“
- „Eine einheitliche Dokumentation der Patienten und ihrer Krankheitsverläufe in allen Bundesländern, um bessere Vergleiche zu haben und so die Forschung und Behandlung zu verbessern. In den Kuranstalten bessere Betreuungs- und Ernährungsangebote mehr Mitentscheidungsrechte bei der Auswahl der Kurklinik durch den Arzt bzw. Das Krankenhaus. - Bessere Beratung und Aufklärung durch das Krankenhaus vor der Entlassung, eine bessere psychologische Betreuung in den ersten Jahren der Krankheit, wenn man aus dem Krankenhaus entlassen wird, steht man hilflos da, die wenigsten Ärzte nehmen sich genügend Zeit für die Ängste der Patienten. Ich selbst hatte das große Glück einen für mich guten Onkologen zu finden, der mir die 5 Jahre sehr geholfen hat. Leider habe ich von vielen anderen Patienten sehr viele negative Auskünfte erhalten. Spezielle Sportangebote mit gut ausgebildeten Therapeuten für Brustkrebspatienten, die durch die Krankenkasse gefördert werden. Viele können sich keine teuren Kurse leisten.“

Quelle Frage 28: Was gäbe es – aus Ihrer Sicht – im Rahmen der Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung besonders Wichtiges und/oder besonders dringendes zu tun? → Freitext

Zusammenfassend wird deutlich, dass es in der Betreuung von Krebspatienten Möglichkeiten zur Verbesserung gibt. Der Bereich Vermittlung und Verständlichmachen von Informationen könnte für Apotheker ein Einsatzgebiet für onkologische Betreuung darstellen.

4.2.7 Finanzielle Aspekte

Die folgenden beiden Abbildungen zeigen, dass die finanzielle Übernahme der Kosten für 57% (68 Nennungen) der Patienten selbstverständlich ist -zumindest für ausgewählte, festgeschriebene Untersuchungen sagen 39 Patienten (33%).

Dennoch sind 25 Patienten (21%) bereit, sich an den Kosten zu beteiligen. 52 Patienten (43%) lehnen eine finanzielle Beteiligung ab.

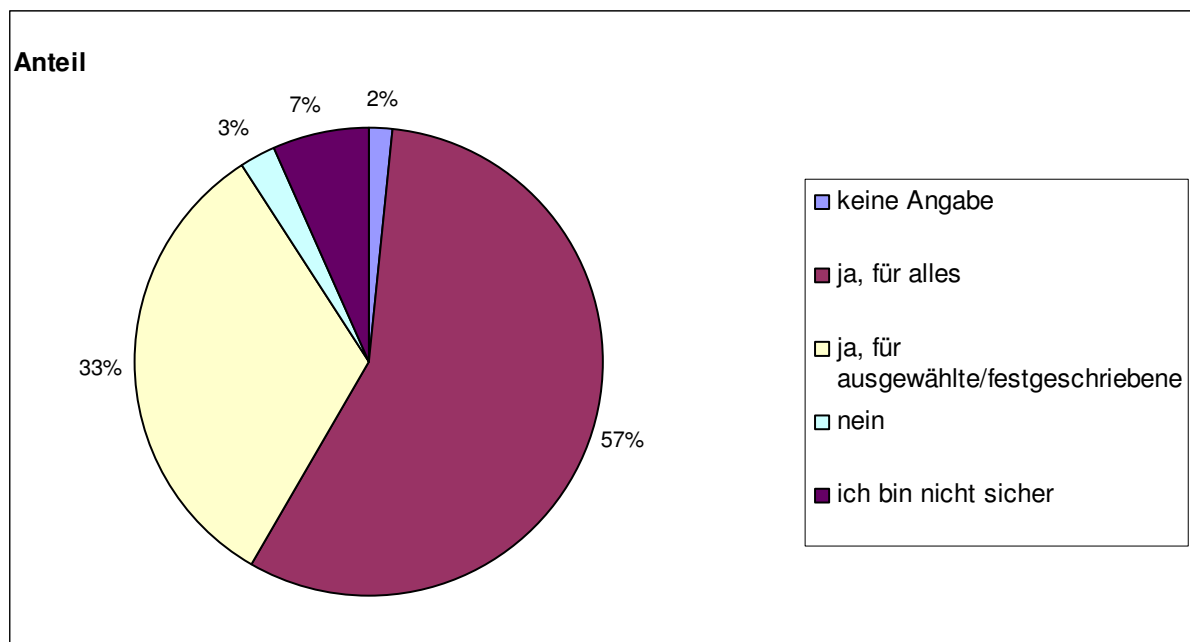


Abb.15 - Quelle Frage 25: Ist es Ihnen selbstverständlich, dass alle Betreuungsangebote und Leistungen im Rahmen der Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung von Ihrer Krankenkasse bezahlt werden?

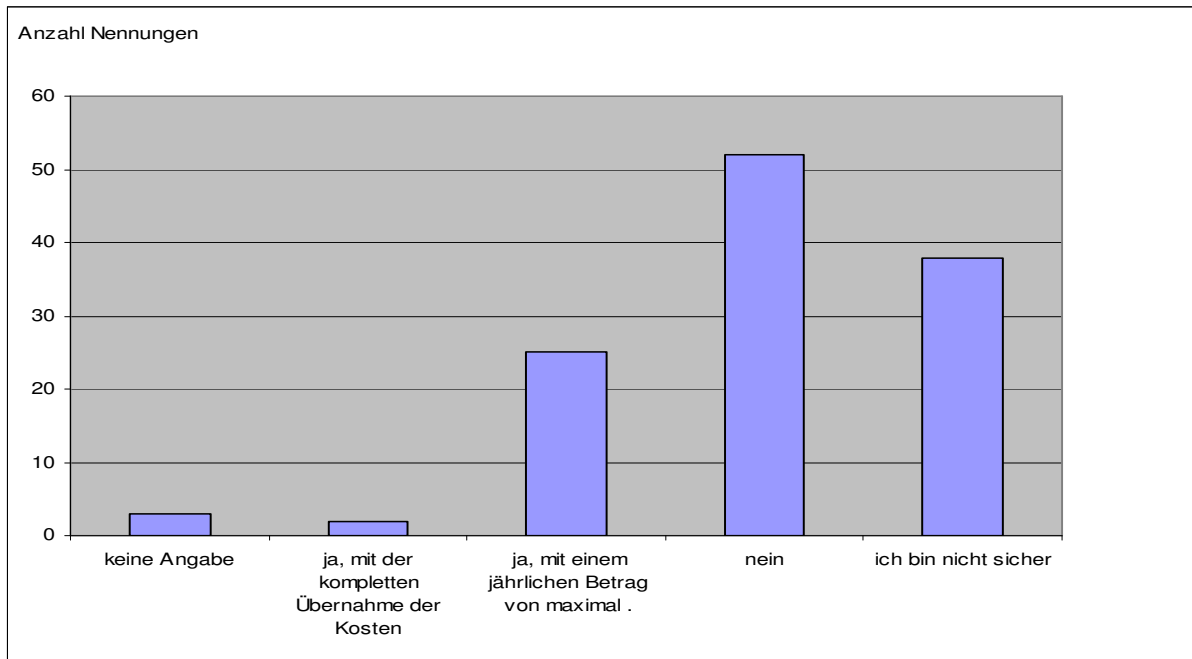


Abb. 16 - Quelle Frage 26: Wären Sie bereit, sich finanziell an der Nachsorge zu beteiligen?

4.2.8 Pharmazeutische Betreuung

4.2.8.1 Beratung durch einen Apotheker

Aus der Abbildung 17 ist ersichtlich, dass sich 24 Patienten in jedem Fall und 66 Patienten bei Bedarf (20% + 55%) gern von einem Apotheker beraten lassen würden. Dabei ist für 40 Patienten in jedem Fall und für 50 Patienten bei Bedarf/spez. Fragen (75%) die Zusammenarbeit und Abstimmung mit dem jeweils behandelnden Arzt von Wichtigkeit. Darüber hinaus spielt für 83 Patienten (69%) die spezielle onkologische Fachausbildung des beratenden Apothekers eine Rolle.

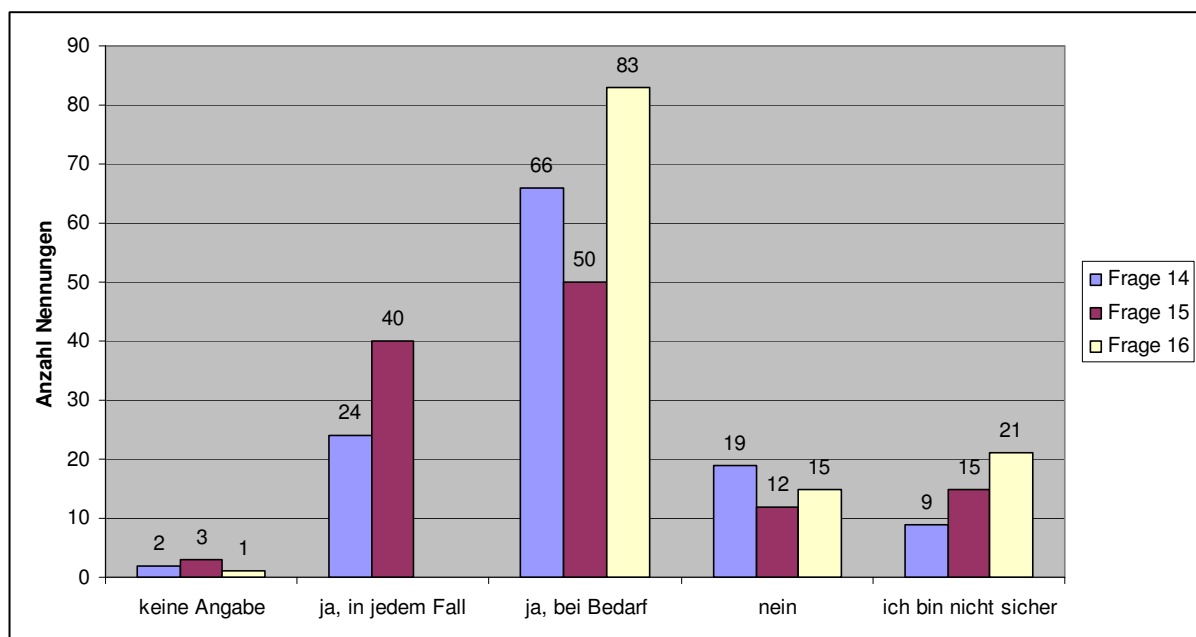


Abb.17 - Quellen Fragen 14,15 und 16:

Würden Sie sich zusätzlich zu Ihrer ärztlichen Nachsorgebetreuung von einem Apotheker/in beraten lassen?

Wäre Ihnen die Zusammenarbeit und Abstimmung Ihres Arztes mit Ihrem betreuenden Apotheker wichtig?

Wäre Ihnen dabei eine spezielle pharmazeutisch-onkologische Fachausbildung Ihres Apothekers wichtig?

4.2.8.2 Beratungsthemen

Die Antworten zu den jeweiligen Beratungsthemen zeigen, dass 48 der befragten Patienten (40%) nicht mit ihrem Apotheker über alle Medikamente sprechen, die sie einnehmen und somit auch nicht über ihre Gesamtmedikation sprechen. Diese Tatsache ist auffällig, da der Apotheker die Gesamtmedikation beschafft. 11 der befragten Patienten (9%) sprechen nicht mit ihrem betreuenden Apotheker über ihre Medikation, würden es sich jedoch wünschen.

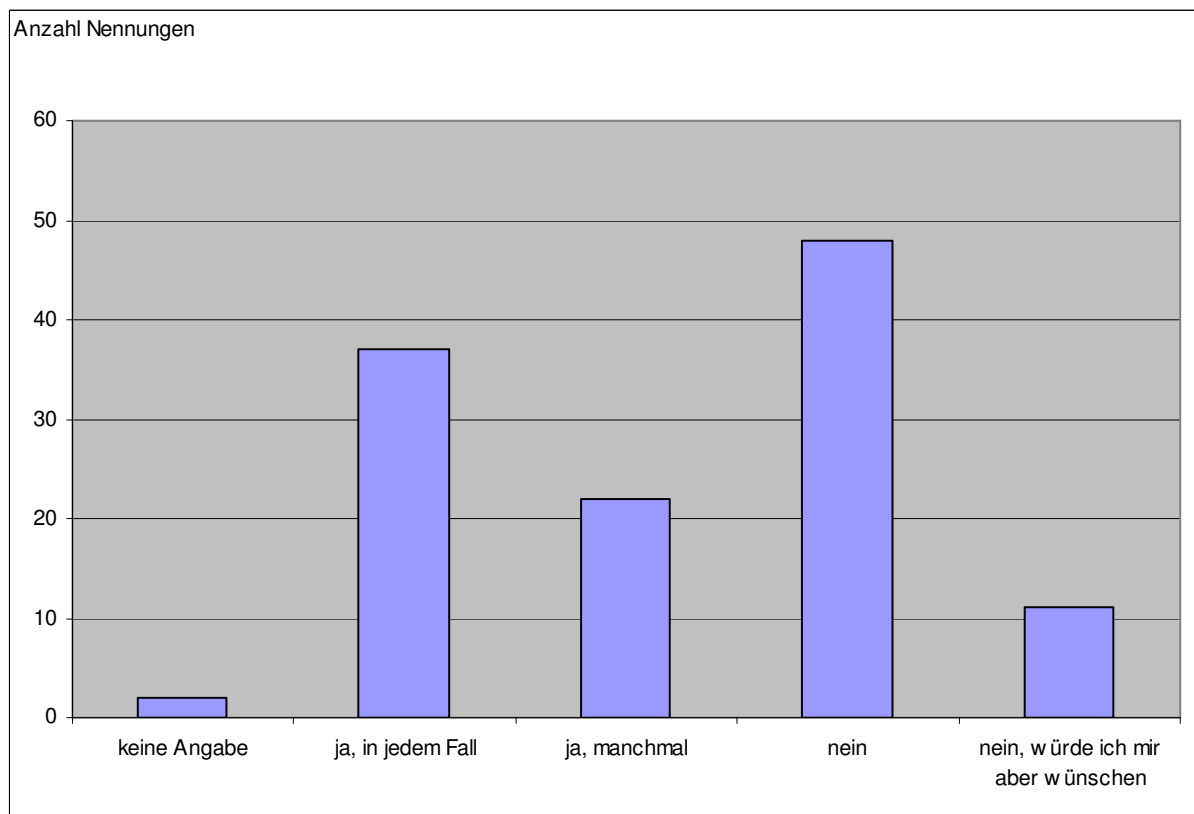


Abb.18 - Quelle Frage 13: Sprechen Sie mit Ihrem betreuenden Apotheker über alle Medikamente, die Sie einnehmen, auch wenn diese nicht von einem Arzt verordnet wurden?

4.2.8.3 Bekanntheitsgrad der Beratungsmöglichkeiten durch einen Apotheker

77 Patienten (64%) sind die Themen der Beratungsmöglichkeiten bekannt, wogegen 24 Patienten (20%) sich nicht sicher waren und 18 Patienten (15%) angaben, die möglichen Beratungsthemen nicht zu kennen.

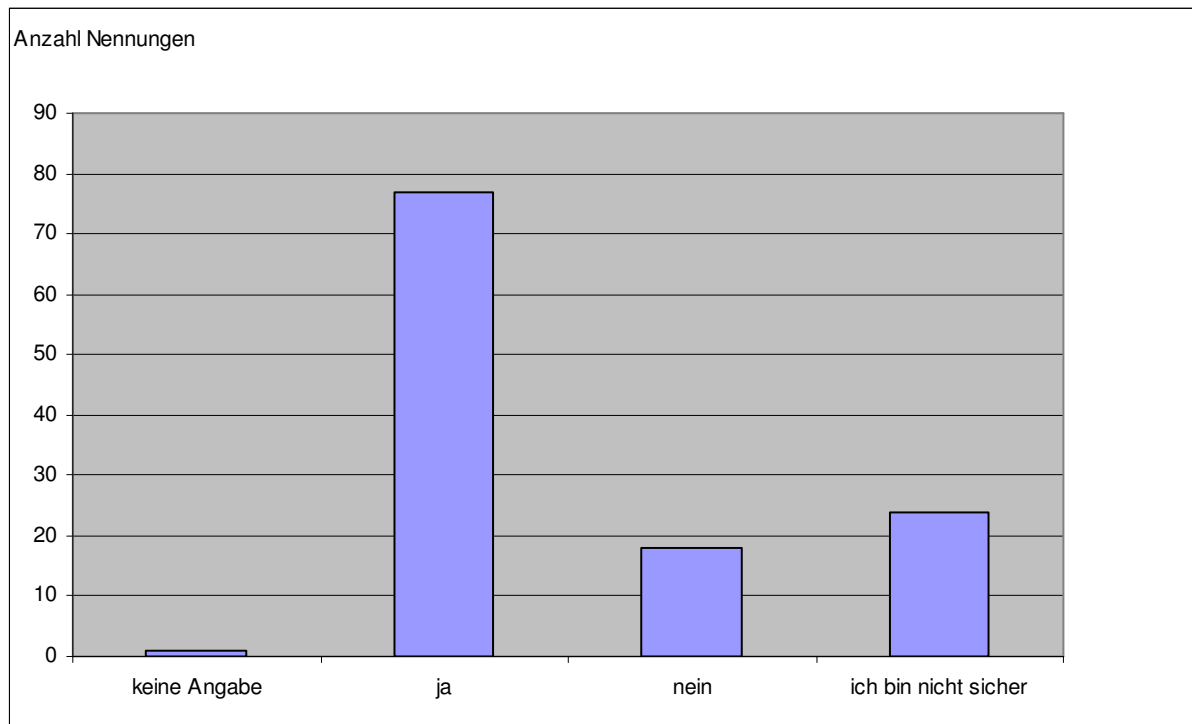


Abb.19 - Quelle Frage 17: Ist Ihnen bekannt, dass ein Apotheker Sie über das Zusammenwirken aller Ihnen verordneten Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel beraten kann?

Die gewünschten Beratungsthemen sind vielfältig und betreffen neben dem klassischen Bereich der Pharmazie (Wirkungen/Nebenwirkungen) auch die Anwendung und besonders die Bereiche der Selbstmedikation, gefolgt von finanziellen Aspekten.

Im Bereich der Selbstmedikation haben neben der Schulmedizin auch die Alternativmethoden, die Nahrungsergänzungsmittel und die Ernährung an sich einen hohen Stellenwert.

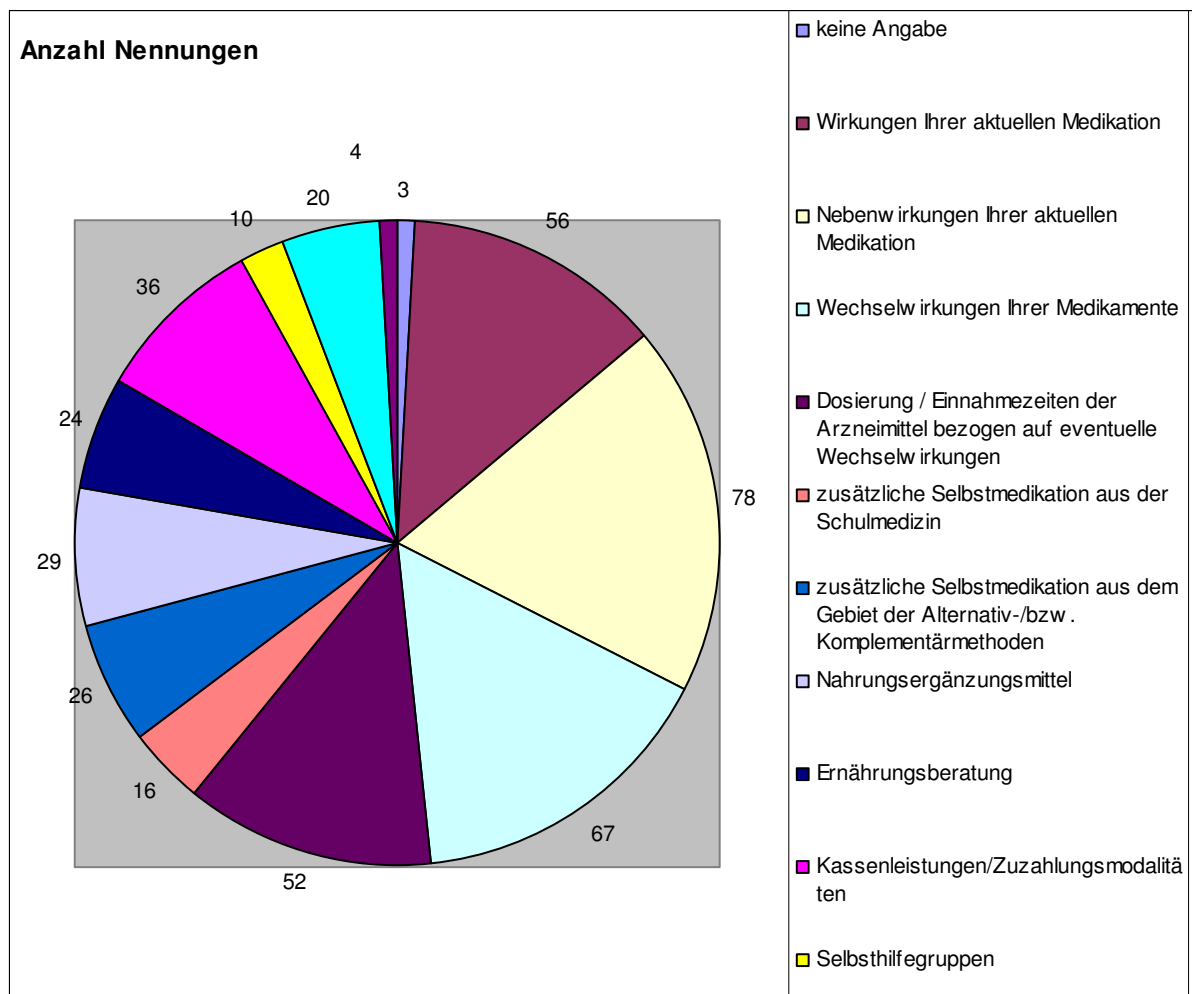


Abb.20 - Quelle Frage 18: An welchen Themen wären Sie bezüglich einer Beratung durch Ihren Apotheker interessiert?

4.2.9 Umgang und Kenntnis mit/von Medikamenten

Wie bereits in Abb. 10 dargestellt, werden von 24% der befragten Patienten viele Fragen an den Arzt nicht gestellt, und 16% der Patienten waren sich nicht sicher, ob alle Fragen gestellt worden sind. Daher ist es nicht weiter verwunderlich, dass nicht in 100% aller Fälle mit dem Arzt über alle eingenommenen Medikamente gesprochen wird.

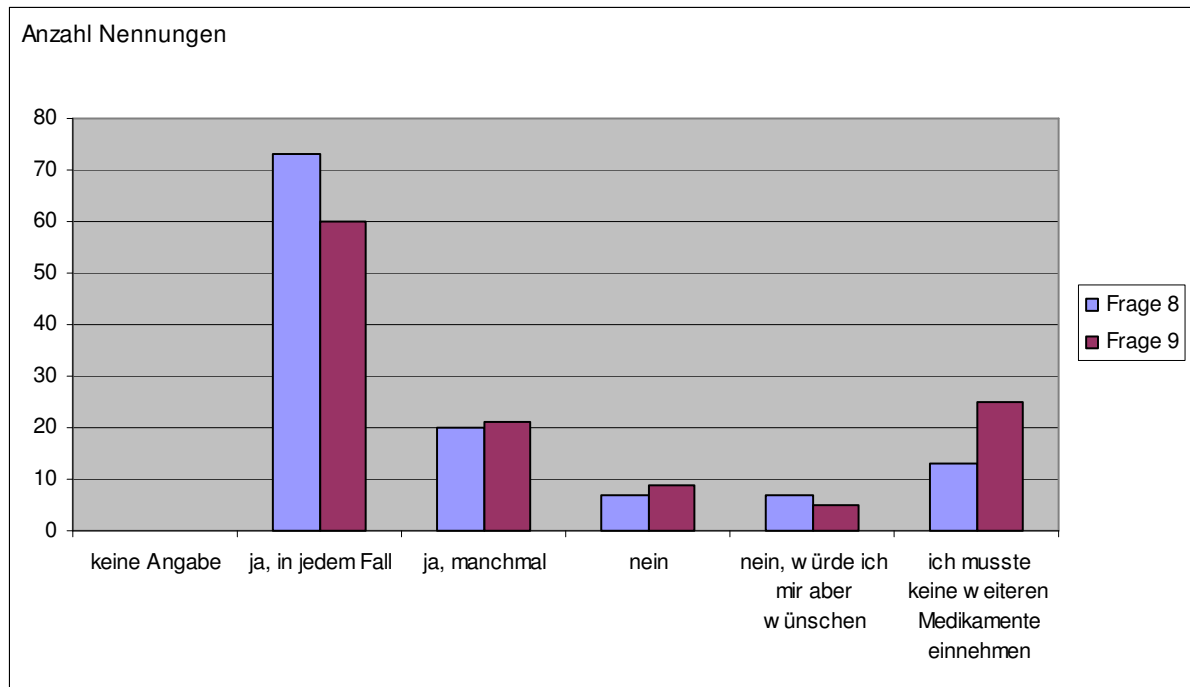


Abb.21 - Quellen Frage 8 und 9: Sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt über alle Medikamente, die Sie einnehmen, auch wenn diese von einem anderen Facharzt verordnet wurden?

Sprechen Sie mit Ihrem behandelnden Arzt über alle Medikamente, die sie einnehmen, auch wenn diese nicht von einem Arzt verordnet wurden?

47 Patienten (39%) sind sich ihrer Compliance nicht sicher und nur 39 Patienten (33%) würden ihre Medikation trotz auftretender Nebenwirkungen zuverlässig weiter einnehmen.

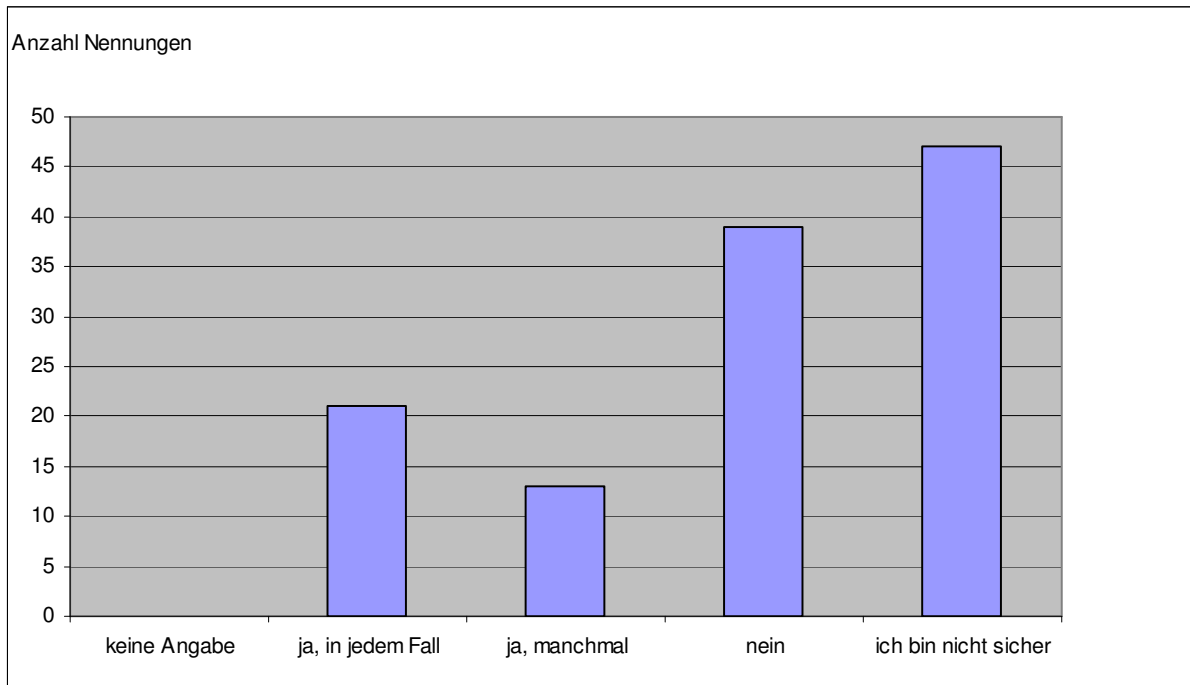


Abb.22 - Quelle Frage 10: Würden Sie verordnete Medikamente während der Primärbehandlung oder Nachsorge nicht mehr zuverlässig einnehmen, wenn diese Ihnen zu viele Beschwerden bzw. Nebenwirkungen verursachen (z.B. Gelenkschmerzen)?

Wie Abbildung 23 zeigt, wird die Kenntnis über die Medikation hinsichtlich Applikation und Interaktion Patienten als nicht ausreichend empfunden. 26 und 32 Patienten (22% und 27%) geben den Wunsch nach mehr Information ausdrücklich an.

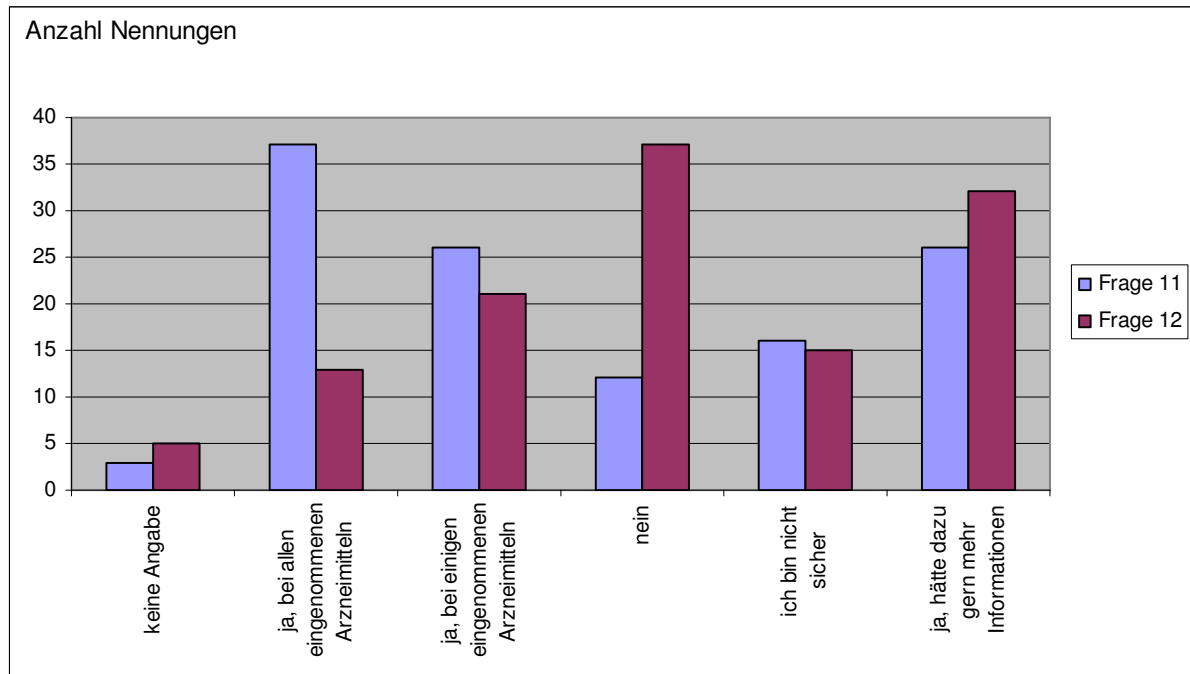


Abb.23 - Quellen Frage 11 und 12: Ist Ihnen bewusst, dass einige Arzneimittel und gegebenenfalls Nahrungsergänzungsmittel/Nahrung zeitlich voneinander getrennt eingenommen werden sollten?

Ist Ihnen bekannt, dass einige Naturheilmittel/Nahrungsergänzungsmittel Einfluss auf die Wirkweise von Arzneimitteln haben, die Ihnen zur Tumornachbehandlung verordnet wurden?

4.2.10 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Für eine zusätzliche Betreuung durch Ernährungstherapeuten in unterschiedlicher Form gab es 73 Nennungen, wogegen 42 Patienten keine Betreuung durch Ernährungstherapie wünschen.

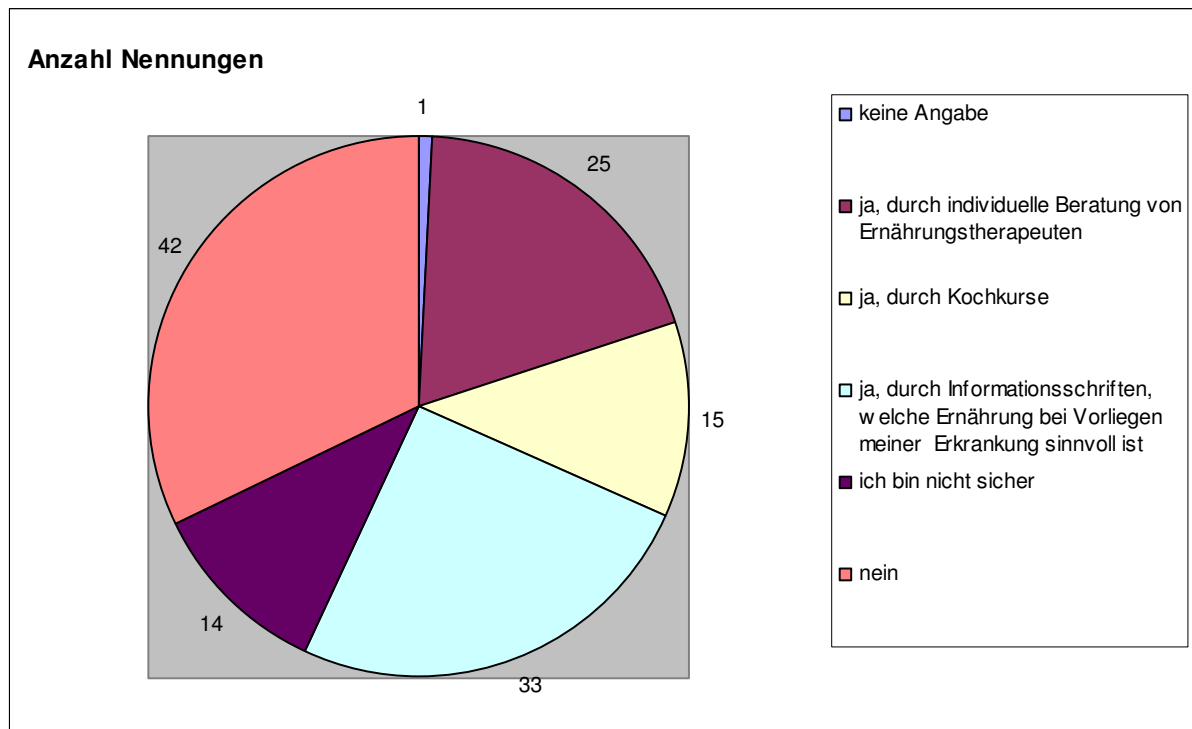


Abb.24 - Quelle Frage 19: Würden Sie im Rahmen der Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung gerne von Ernährungstherapeuten betreut werden?

Die Physiotherapeuten spielen mit 50% (60 Nennungen) – neben der medizinischen Betreuung durch den Arzt - die wichtigste Rolle für den Patienten, gefolgt von den Psychoonkologen mit 38% (46 Nennungen), gefolgt von den Ernährungstherapeuten mit 33% (39 Nennungen). Alle anderen Therapeuten wie Apotheker; Heilpraktiker und Kunst- und Musiktherapeuten spielen mit Angaben zwischen 22% und 28% insgesamt eine untergeordnete, jedoch wahrzunehmende Rolle.

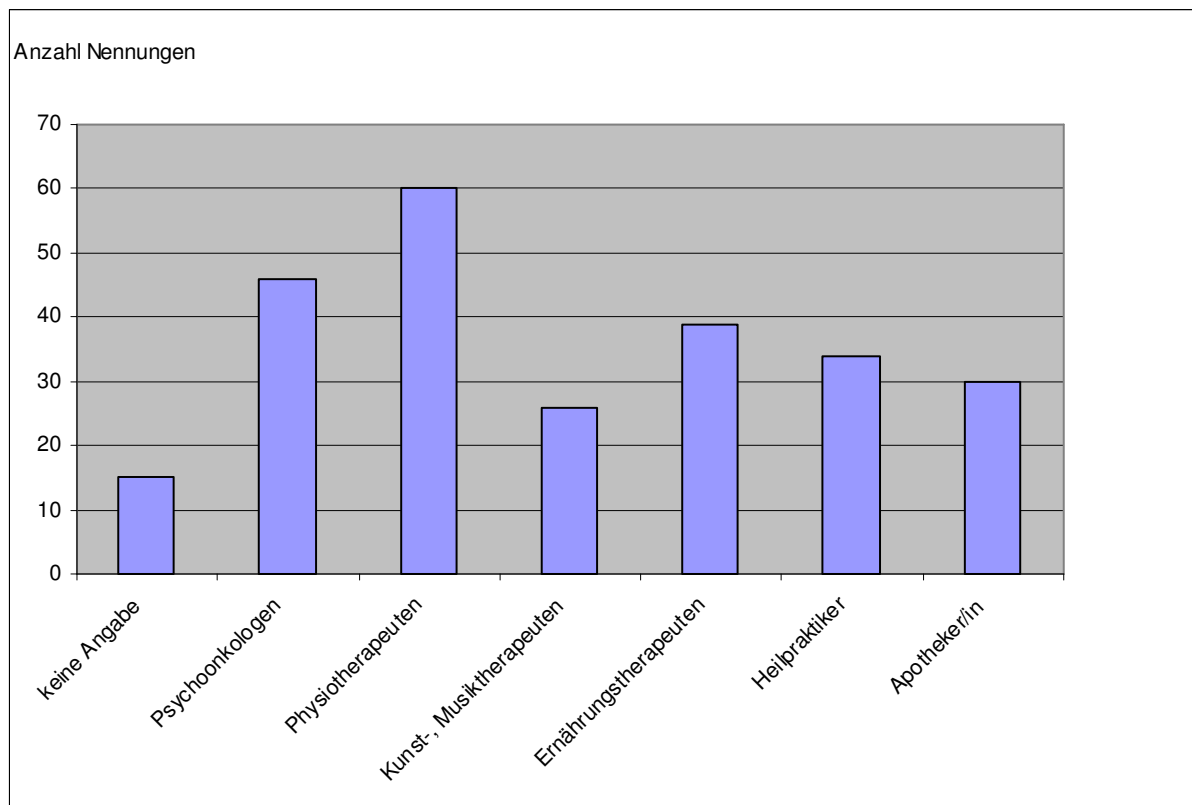


Abb. 25 - Quelle Frage 20: Welche anderen Therapeuten/Spezialisten würden Sie selbst für eine Beratung im Rahmen Ihrer Tumorerkrankung aufsuchen wollen?

Wie die Abbildungen 26 und 27 zeigen, sind den Patienten das interdisziplinäre Team, ein interdisziplinäres Gesamtkonzept und die entsprechenden Informationen äußerst wichtig.

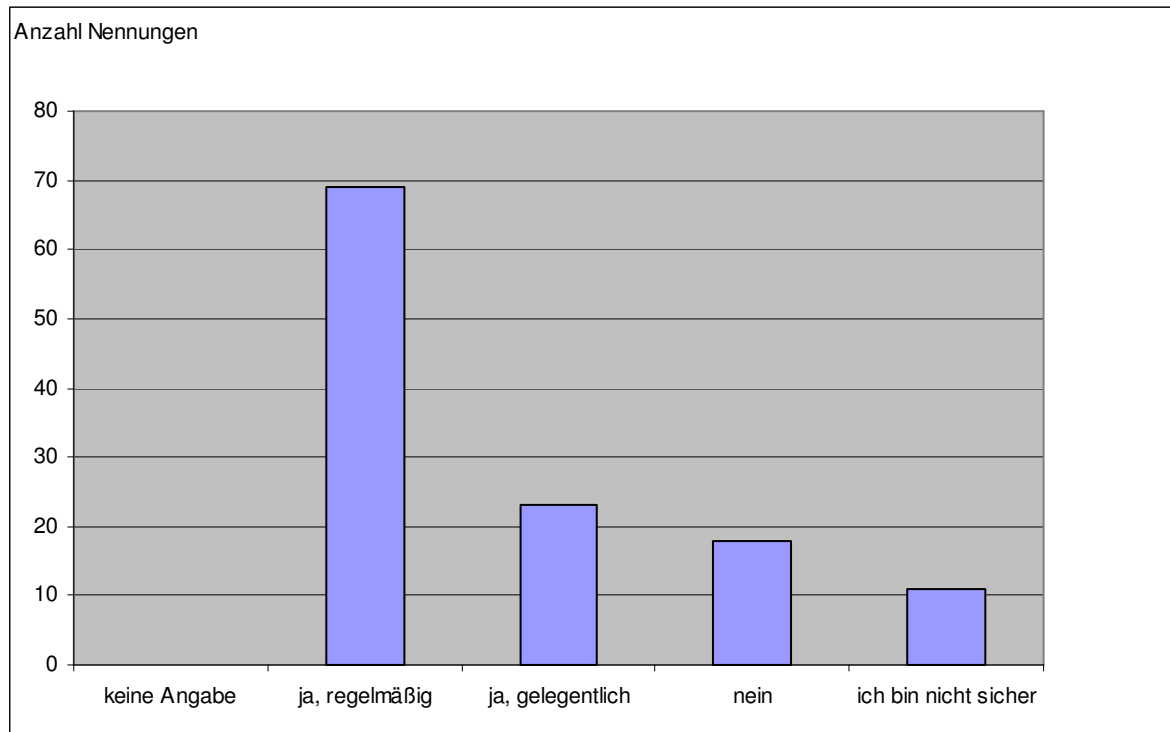


Abb.26 - Quelle Frage 23: Wäre es Ihnen im Rahmen der Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung wichtig dass wie bisher Angehörige diverser Berufsgruppen im Rahmen der Tumorkonferenz Ihre weitere Behandlung besprechen und dazu ein individuelles Gesamtkonzept entwickeln?

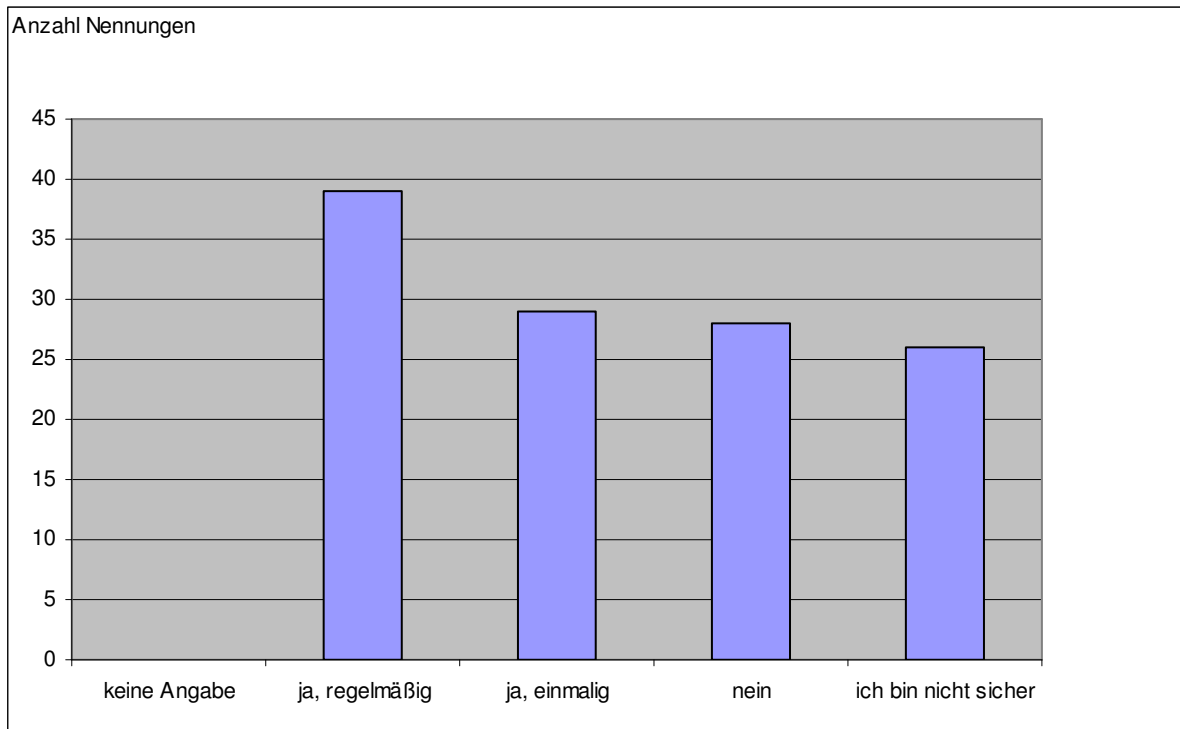


Abb.27 - Quelle Frage 24: Hätten Sie gerne gebündelte Informations- und Beratungsmöglichkeiten zur Nachsorge Ihrer Tumorerkrankung vom interdisziplinären Team zum Beispiel auch als Tagesveranstaltung?

5 Diskussion

5.1. Ist-Situation

In der vorliegenden Arbeit wurde die Situation von 120 Patienten ermittelt. Eine Verknüpfung der Fragen/Antworten untereinander führte zu keinen signifikanten Aussagen und wurde daher nicht weiter verfolgt.

Die Primärbehandlung ist in den Behandlungszentren, Arztpraxen und Krankenhäusern gut organisiert und von den Patienten akzeptiert. Nach Abschluss der Primärbehandlung wird die weitere Betreuung als unzureichend wahrgenommen. Das ist völlig unabhängig vom jeweiligen aktuellen Status der Behandlung. Die befragten Patienten befanden sich in den unterschiedlichsten Phasen der jeweiligen Behandlung. Bei dieser Arbeit/Befragung handelt es sich um die direkte persönliche Situation der jeweiligen Patienten, die das bisherige Handeln und ihre Wünsche und Bedürfnisse einschließt. Die Abweichungen der Antworten zeigen eine bedeutende Patientenvariabilität. Dennoch ist deutlich darstellbar, dass - aus der Sicht der Patienten – die tatsächliche Betreuungssituation besonders in der Zeit nach der abgeschlossenen Primärbehandlung nicht zufriedenstellend ist. Die Angst um die Gesundheit, vor einer erneuten Erkrankung oder dem Fortschreiten der Krankheit ist deutlich ersichtlich. Zusätzliche Betreuung ist für die Patienten wichtig. Dazu können Apotheker einen Beitrag leisten und Betreuungsaufgaben in dieser speziellen Patientensituation übernehmen. Für eine wissenschaftliche Nutzenbewertung von pharmazeutischer Betreuung ist eine Standardisierung von Betreuungsprozessen wichtig. Nach einer Arbeit von Mullins et al. sollte sich jede Entwicklung von pharmazeutischen Betreuung nach Möglichkeit mit strukturellen Parametern (Patientendaten, Patientenakten), Prozessparametern (z.B. fortlaufende Arzneimittelbegleitung) und tatsächlichen relevanten Ereignissen (aufgetretene Nebenwirkungen) beschäftigen (53).

Die Information und Aufklärung von Patienten und allen an der Patientenversorgung beteiligten Partnern ist ein elementarer Bestandteil jeder Betreuung. Um sich durch interprofessionelle pharmazeutische Betreuung effektiv für das Erreichen optimaler Behandlungsziele einzusetzen fordert eine Arbeit von Eisert und Günther bereits im Jahre 2003 das Arbeiten „nach den Prinzipien von evidenzbasierter Pharmazie“ (54).

Um pharmazeutische Betreuungsprozesse zu entwickeln, zu standardisieren, zu implementieren und kontinuierlich auf hohem Niveau zu betreiben, wäre eine Vernetzung im Sinne von schnell und unkompliziert zugreifbaren, datenschutzsicheren Systemen von Bedeutung. Dazu gehört eine im Alltag belastbare und funktionierende Vernetzung von Klinikärzten, Hausärzten, Klinikapothekern und niedergelassenen Apothekern. Dass für eine solche Arbeitsweise ein höherer Zeitaufwand als bisher üblich für alle Beteiligten eingeplant werden muss, ist jedermann verständlich. Dokumentationen und entsprechende Veröffentlichungen in Einzelfällen zeigen, dass eine zusätzliche Gesprächszeit von circa 30 Minuten pro Patient realistisch sein kann. Sicherlich spielt der Zeitaufwand für diese Betreuungsaufgaben eine große Rolle.

Gesprächszeiten und dazugehörige Zeiten für Literaturrecherchen, Interaktionschecks, Studienprüfungen u.ä. wurden in dieser Arbeit nicht untersucht. Ebenso wenig wurden die Zeiten von Informationsgesprächen des Patienten versorgenden Personals erfasst. Diverse nationale und internationale Arbeitsgruppen haben sich mit verschiedenen pharmazeutischen Betreuungsmöglichkeiten zur Implementierung besserer Versorgungssysteme beschäftigt. Hier werden als Beispiele Art und Umfang der Ausbildung, Verständnis des Berufes der Verantwortlichkeiten, Kommunikationsfähigkeiten und -möglichkeiten genauso genannt wie finanzielle und organisatorische Aspekte. Die Ergebnisse solcher Arbeitsgruppen, die auf Kongressen immer wieder dargestellt werden, zeigen, dass letztlich nur eine kontinuierliche persönliche Betreuung zum Erfolg führt.

Es ist die persönliche – im wissenschaftlichen Sinne nicht belegbare – Meinung und Erfahrung der Autorin dieser Arbeit dass Kontinuität, nicht nachlassendes Bemühen und persönlicher Einsatz zum Profit der Behandlung führen. Ein Vertrauensverhältnis vom Patienten zum Arzt und zum Apotheker, sowie zum ganzen Betreuungsteam führt in der Folge zum Vertrauen in die Behandlung. Diese Basis des Vertrauens schafft die Möglichkeit, alle notwendigen Informationen zeitnah zu erhalten und zu bewerten, dass die Therapie jeweils in allen Einzelschritten optimiert werden kann.

5.2. Wunsch-Situation

5.2.1 Einfluss der Situation auf die Bedürfnisse der Patienten

Die Befragung dieser Patientengruppe hat gezeigt, dass sich alle befragten Patienten in irgendeiner Form nicht wirklich zufrieden fühlten. Dabei ist zu berücksichtigen, dass das Kollektiv aus Patienten mit gynäkologischen Tumoren bestand, in dem der Anteil an Brustkrebspatienten hoch ist. Die Diagnose Krebs und die dazugehörige Therapie sind für Frauen ein bedeutender Eingriff in ihr Persönlichkeitsempfinden und in ihr Selbstverständnis (55, 42). Wenn es zu einer Mastektomie kommt, ist der Patientin ihre Krankheit durch den eigenen Anblick täglich bewusst.

Durch die Tatsache, dass die Anzahl der Patienten mit gynäkologischen Tumoren und besonders der Anteil an Patienten mit Brustkrebs hoch ist, hat zur Folge, dass die Bedürfnisse und Erlebnisse dieser Patienten in Erfahrungsberichten und in den öffentlichen Medien wie Presse, Fernsehen und Internet häufig dargestellt werden. Darüber hinaus gibt es für interessierte Brustpatientinnen Patientenveranstaltungen, bei denen Patienten nicht nur über medizinische, sondern auch über rechtliche und soziale Themen informiert werden. Durch die hohe Anzahl an gynäkologischen Patienten und die dadurch bedingte Präsenz dieser Krankheit in den diversen Medien entsteht die Situation, dass gerade diese Patienten viele Informationen erhalten, die Erwartungen an eine Art von Betreuung wecken, die zwar gefordert, jedoch bisher nicht umgesetzt wird oder nicht umgesetzt werden kann (42).

Nicht untersucht ist bisher der Einfluss des persönlichen Umfeldes auf diese Situation. Ebenfalls ist nicht untersucht, welcher Einfluss durch das direkte, persönliche Umfeld, durch Familie und Freunde ausgelöst wird. Es ist zu vermuten, dass dieser Einfluss nicht unerheblich ist.

5.2.2 Bedarf nach Veränderung der Betreuung

Nur 5% (Abb.12) aller befragten Patienten gaben an, dass sie sich keine weiteren Untersuchungen wünschen, d.h. 95% der Patienten wünschen sich zusätzliche Betreuung. Wie in Abb.12 dargestellt, sind die gewollten Mehr-Untersuchungen die gleichen Untersuchungen, die für den 5-Jahreszeitraum der Nachsorge festgelegt

sind. Dabei ist das Sicherheitsbedürfnis sicher ein wesentlicher Motor für den Wunsch nach Veränderung. Wie die Befragung gezeigt hat, sind die Veränderungswünsche vielseitig. Sie betreffen nicht nur einen Mehrbedarf an medizinischer Diagnostik und Behandlung, sondern auch mehr Zeit der Betreuer, mehr finanzielle Möglichkeiten u.ä. Dabei sprechen die Ergebnisse der Befragung für sich.

Aus Abb.17 wird ersichtlich, dass sich mit 75% $\frac{3}{4}$ aller Patienten eine zusätzliche Beratung durch einen speziell onkologisch ausgebildeten Apotheker wünschen, um den persönlichen Mehrbedarf an Informationen zu decken (56). Dabei kann die ganze Bandbreite des pharmazeutischen Wissenstandes genutzt werden. Patienten stellen ihre Fragen zu ihrer Therapie dem Arzt, zunächst beim Aufklärungsgespräch und in der Folge immer wieder bei der folgenden Behandlung. Das ist medizinischer Alltag. Durch die Diagnose Krebs, den Einfluss der diversen Informationen und der unterschiedlichsten Informationsquellen ergeben sich jedoch häufig weitere Fragen. An dieser Stelle können onkologisch tätige Apotheker als zusätzliche Informationsquelle genutzt werden. Durch die Tatsache, dass der Apotheker die Arzneimitteltherapie der Krebsbehandlung zusammen mit einer potentiellen Arzneimitteltherapie anderer Erkrankungen kennt, kann er einen Gesamtplan erstellen und diesen mit dem Patienten, und auch mit den behandelnden Ärzten koordinieren und absprechen. Ebenfalls kann ein Apotheker durch seine pharmazeutische Ausbildung auf die häufig gewünschte Form der Selbstmedikation Einfluss nehmen. So kann auch diese in einen Gesamtplan eingehen, der damit für Patienten und behandelnde Ärzte sichtbar wird.

Um eine für alle beteiligten Personen zuverlässige und sichere Situation zu schaffen, hat bei einem derartigen Handeln die Transparenz für alle Beteiligten eine große Bedeutung. Im Interesse der Patientenbetreuung ist die zuverlässige Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker unerlässlich.

Punktuelles Umsetzen solcher Wünsche z.B. in einem Projekt des Universitätsklinikums Ulm haben gezeigt (57), dass die aktive Stationstätigkeit des Apothekers zu einer verbesserten Patientenversorgung beigetragen hat. Die entsprechende Dokumentation belegt, dass die direkte Kommunikation gefördert wird und daraus ein positiver Nutzen gezogen werden kann.

Für zukünftige Untersuchungen und Studien zu interprofessioneller Zusammenarbeit wäre eine feste Beteiligung des Apothekers in die Abläufe der onkologischen Behandlung in jedem Krankenhaus und im niedergelassenen Bereich wünschenswert. Hierdurch würde die Wahrscheinlichkeit erhöht, sich generell verbesserten Prozessen anzunähern und spezifischere Betreuungsmöglichkeiten anzubieten.

Als Voraussetzung für solche Arbeiten muss sichergestellt sein, dass der Apotheker jederzeit Zugriff auf die für die Betreuung notwendigen Patientendaten hat. Dabei wäre dann auch der Austausch mit Ärzten, Pflegepersonal, Psychoonkologen und allen anderen Betreuern unkompliziert, effektiv und weniger zeitaufwendig. Eine selbstverständliche, regelhafte pharmazeutische Beteiligung würde eine bisher eher seltene, selbstverständliche Integration in die multiprofessionelle Betreuung vereinfachen und wahrscheinlicher werden lassen.

5.3 Bewertung der Patientenwünsche

Die Vielseitigkeit der Patientenwünsche und auch die Tatsache, dass sich mit 95 % die deutliche Mehrheit „mehr“ wünscht, zeigt deutlich, dass es einen Bedarf nach „Mehr“ an Betreuung im Sinne von „Mehr an Information und Mehr an Sorge“ des Bereichs Nachsorge geben sollte. Ob alle Patientenwünsche dabei eine medizinische Sinnhaftigkeit zeigen, ist fraglich. Ob ein Mehr an Untersuchungen sinnvolle medizinische Alternativen darstellt, ist weder medizinisch geprüft noch untersucht worden.

Das große Bedürfnis nach Wünschen zeigt jedoch, dass die Patienten sich mit der Tatsache „Ende der Nachsorge“ nicht abfinden wollen und sich in ihrer Situation allein gelassen fühlen. Offensichtlich ist den Patienten nicht bewusst, dass jeder Routine-Arztbesuch nach dem festgelegten 5 –Jahreszeitraum ein Stück Nachsorge bedeuten kann. Ebenfalls ist ihnen nicht bewusst, dass jede Form der Betreuung von allen Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Psychologen, Pharmazeuten, Ernährungsberatern u.a. im Rahmen einer „Nachsorge“ durchgeführt wird. Es ist die Frage zu stellen, warum die Situation so ist und an welchen Stellen die entsprechende Kommunikation versagt. Die Tatsache, dass es sich nach der Nachsorge nicht mehr um vorgegebene, festgelegte Maßnahmen handelt, scheint vergessen zu lassen, dass jede gesundheitliche Betreuung in der besonderen ärztlichen Verantwortung liegt und auch alle ergänzenden Betreuer auf hohem Niveau verantwortlich handeln.

5.4 Ressourcen

5.4.1 Räumliche Ressourcen

Für die Umsetzung pharmazeutischer Betreuungsangebote sind keine besonderen räumlichen Voraussetzungen notwendig. Um eine gewisse Form der Privatsphäre und den Diskretionsabstand zu gewährleisten ist es jedoch notwendig, die vorhandene Beratungsecke oder ein separates Beratungszimmer zu nutzen. Da solche räumlichen Bedingungen Voraussetzungen für die allgemeine behördliche Betriebserlaubnis für alle Apotheken darstellen, sind keine zusätzlichen räumlichen Ressourcen zu schaffen.

Darüber hinaus können im Krankenhaus und in den Arztpraxen vorhandene Beratungs- und Gesprächsräume für diese Betreuungsaufgaben genutzt werden.

5.4.2 Personelle Ressourcen

Es ist selbstverständlich, dass für diese Art an pharmazeutischer Betreuung der Apotheker ausreichend Zeit zur Verfügung haben muss. Ob solch pharmazeutische Leistungen zur Verfügung gestellt werden können bestimmt im stationären Bereich das Krankenhausdirektorium, im niedergelassenen Bereich der Apothekenleiter.

Patienten, die im niedergelassenen Bereich behandelt werden sind in einer nicht immer vergleichbaren Situation zu Krankenhauspatienten. Niedergelassene Onkologen und Pharmazeuten unterliegen einem anderen Besoldungssystem als Krankenhausärzte und Krankenhausapotheker. In einem Krankenhaus kann die Geschäftsführung eines Hauses festlegen, wie viele personelle Anteile, in die Betreuung von Patienten fließen. Dabei bekommt das medizinische und pharmazeutische Personal ein festes Gehalt unabhängig von der Patientenanzahl. Im niedergelassenen Bereich erfolgt die Honorierung von Medizinern und Pharmazeuten nach Anzahl der Patienten bzw. nach Anzahl der Verordnungen. Das könnte einen Einfluss auf die Betreuungsart - besonders hinsichtlich des zeitlichen Aufwandes – ausüben.

Zur personellen Leistung pharmazeutischer Betreuung gibt es derzeit keine Empfehlungen. Erfahrungswerte Einzelner sind nur im Rahmen von Promotionsstudien veröffentlicht. Die Erfahrung einzelner Personen zeigt, dass der personelle Bedarf sehr vom Angebot und dem Umfang der Leistung abhängt. Eine Erfassung solcher Betreuungsleistung im Rahmen einer Studie wäre sinnvoll. Auf Grund der Vielschichtigkeit der Behandlungen und der sich ständig wechselnden Therapien muss der zeitliche Aufwand für die regelmäßige Teilnahme des Apothekers an Tumorkonferenzen und Fortbildungen mit einbezogen werden.

Die pharmazeutische Betreuung von Tumorkranken erfordert die Arbeit in einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Pflegemitarbeitern, Psychologen, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern und anderen. Diese Art der Arbeit setzt Bereitschaft, Kommunikations - und Konfliktfähigkeiten voraus.

Da diese Aspekte nicht zur allgemeinen pharmazeutischen Ausbildung gehören, ist eine spezialisierte onkologische Ausbildung der Pharmazeuten nötig. Diese onkologische Spezialisierung von Pharmazeuten ist im Rahmen der Fachapothekerausbildung (analog Facharzt) in jedem Bundesland möglich.

5.4.3 Finanzielle Ressourcen

Die finanziellen Ressourcen sind im Bereich der Untersuchungskosten, Kosten für bildgebende Verfahren und Kosten für den personellen Einsatz zu ermitteln.

Die wirtschaftliche Seite einer zusätzlichen Betreuung der onkologischen Patienten durch Apotheker ist in dieser Arbeit nicht untersucht worden. Es ist zu erwarten, dass durch die vermehrte Informationsweitergabe an Patienten in der Zusammenarbeit von Ärzten und Apothekern Therapieempfehlungen für den medizinisch sinnvollen, rationalen und ökonomisch sinnvollen Einsatz erstellt werden, was einerseits die Compliance der Patienten erhöht und andererseits finanzielle Vorteile für alle Beteiligten bewirkt.

Die Befragung hat ergeben, dass eine Kostenübernahme, zumindest für den wesentlichen Teil der Kosten, für die meisten Patienten eine Selbstverständlichkeit darstellt. Da sich immerhin 21% der befragten Patienten eine finanzielle Beteiligung vorstellen könnten, wäre es sicherlich eine Untersuchung wert, ob man diese Anzahl der Patienten, die sich finanziell an einer verbesserten Betreuung beteiligen würden, durch mehr Information erhöhen könnte. Dabei wäre eine interessante Fragestellung, inwieweit man das Gesundheitssystem dadurch entlasten könnte.

5.5 Ergebnisqualität

Ziel jeder onkologischen Betreuung ist die Wiederherstellung der Gesundheit im medizinischen Sinne. Ist die Herstellung der Gesundheit nicht möglich, ist das Ziel die Linderung von Beschwerden und die Stabilisierung der Krankheitssituation sowie die Begleitung der Patienten in ihrer verbleibenden Lebenszeit. Dabei ist die enge Zusammenarbeit mit den entsprechenden Fachleuten und Einrichtungen ein selbstverständliches Muss.

Um die Qualität des Ergebnisses in der Praxis, um den Nutzen der Bemühungen erkennen zu können, ist es wichtig die Ergebnisqualität zu kennen oder zu definieren. Die Ergebnisqualität der Betreuung der onkologischen Patienten wird einerseits durch die Bewertung vorgegebener medizinischer Ereignis-Dokumentationen bewertet, andererseits durch die zentrale Auswertung von Lebensqualitätsfragebögen im Rahmen von Studien. Die Ergebnisqualität durch Auswertung der Dokumentationen im Rahmen des nach § 137 SGB V gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätsberichtes der zugelassenen Krankenhäuser wird von den Krankenhäusern seit 2005 jährlich durchgeführt (58). Eine wissenschaftliche Bewertung dieser Ergebnisse ist bisher nicht bekannt.

Zur kontinuierlichen Verbesserung der Behandlung im Ev. Waldkrankenhaus Berlin sowie zur Sicherung und Dokumentation der vorhanden Qualität ist das EWK an der weiteren Entwicklung der Patienten im Rahmen der Nachsorge interessiert. Die Nachsorgedaten werden einmal jährlich erhoben. Praktisch wird dies durch das Zurücksenden von vorbereiteten, bereits bei der Entlassung mitgegebenen Faxen durchgeführt, die Patienten, Angehörige oder betreuende Arztpraxen zurücksenden. Auf Grund der Leitlinien geschieht das jedoch nur für den Zeitraum der etablierten Nachsorge, im Regelfall 5 Jahre. Alle Zeiträume, die dahinter liegen werden nicht mehr betrachtet, d.h. es gibt für diese Zeit keine fundierten, belegbaren Daten. Aussagekräftige Auswertungen dieser Daten gibt es bisher noch nicht. Qualitätssicherungsmaßnahmen sind im Zeitalter von Qualitätsmanagementsystemen allen Einrichtungen empfohlen. Dabei ist die Beteiligung an externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zum Beispiel dem Hope-Dokumentationssystem bzw. Liverpool care Pathway ([www. Onkozert.de](http://www.Onkozert.de)) besonders erwähnenswert.

In Berlin wird ein klinisches Krebsregister als Instrument zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Patienten mit Krebserkrankungen ausgebaut und gefördert. Da bisher noch nicht ausreichend Daten in diese Systeme Eingang gefunden haben, bleibt es im Interesse eine Bewertung der Ergebnisqualität zu wünschen, dass diese Form der Qualitätssicherung kontinuierlich weiter umgesetzt wird, um letztlich daraus Verbesserungsmöglichkeiten für die Patienten zu entwickeln.

5.6 Bewertung der Studie

5.6.1 Strategische Sicht für die Patienten des EWK

„Für die Paul Gerhardt Diakonie erscheint es unter dem Gesichtspunkt der vom Vorstand vorgegebenen „Qualitätsführerschaft“ sinnvoll vorhandene Strukturen zu stabilisieren und weiter auszubauen. Darüber hinaus ist es sinnvoll sich unter dem Gesichtspunkt „Profilierung des Leistungsangebotes“ durch Ausbau vorhandener und Etablierung neuer medizinischer Schwerpunkte und Zentren mit einem Angebot auf dem Berliner Gesundheitsmarkt zu positionieren (59)“. Im Vergleich zu den anderen Krankenhäusern der PGD weist das EWK mit den bereits zertifizierten Organkrebszentren und dem zertifizierten onkologischen Zentrum eine starke onkologische Struktur auf. Durch die vorhandene Struktur und Versorgung der Berliner Häuser durch die Apotheke des EWK ist die onkologische Betreuung aller Patienten der Berliner PGD Häuser durch die onkologische Pharmazeutin möglich. Das Krankenhausdirektorium fördert die direkte Patientenbetreuung durch eine onkologische Pharmazeutin und stellt die Ressourcen zur Verfügung. Die onkologische Pharmazeutin ist selbstverständliches Mitglied des onkologischen Teams. Damit ist für die Patienten des EWK und der kooperierenden Arztpraxen eine ständige pharmazeutisch onkologische Betreuung sichergestellt.

5.6.2 Strategische Sicht für die Patienten im niedergelassenen/ambulanten Bereich

Durch die festgelegten Strukturen des niedergelassenen Bereiches liegt es am Engagement des jeweils einzelnen Arzt und Apothekers inwieweit mehr Betreuung entwickelt und gelebt werden kann.

Für die Patienten der Rathaus Apotheke in Mönchengladbach ist dieses Studienergebnis der Auslöser für den Aufbau einer onkologischen pharmazeutischen Betreuung. In 2011 werden nach Absprache mit den behandelnden Ärzten Möglichkeiten geschaffen, Patienten ergänzend zum Arzt pharmazeutisch zu betreuen, wobei der Schwerpunkt auf dem Bereich „Informationen beschaffen und verständlich machen“ liegen soll. Dieser Prozess ist zurzeit noch in der Entwicklungsphase und organisatorisch noch nicht umgesetzt.

5.6.3 Strategische Sicht für alle Patienten

Patienten mit der Diagnose Krebs brauchen auf Grund ihrer besonderen Situation eine optimale Betreuung über die bisher in Deutschland übliche Betreuung hinaus. Das vorhandene Potential von Pharmazeuten wird diesbezüglich zu wenig gefordert und bisher nicht genutzt. Darüber hinaus sind solche und/oder ähnliche Überlegungen für alle Bereiche, in denen schwerkranke Patienten behandelt werden, zu betrachten.

Um einen Nutzen hinsichtlich Kosten, Ressourcen und Effekten für die Patienten darzustellen, ist es unbedingt notwendig Untersuchungen und Studien zu pharmakoökonomischen Fragestellungen durchzuführen.

Eine systematische, selbstverständliche Integration der pharmazeutischen Betreuung entspricht den Forderungen des Nationalen Krebsplanes nach mehr Patientenorientierung und mehr Patienteninformation. Dennoch wird eine diesbezügliche flächendeckende Betreuung nur unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte möglich sein.

5.6.4 Ausblick

Bestätigen sich diese Ergebnisse in weiteren Untersuchungen, bedeutet das eine Veränderung der täglichen Arbeit von Apothekern. Die Apotheker können einen wesentlichen Beitrag in der Patientenbetreuung leisten und damit zu mehr Zufriedenheit und Lebensqualität der Patienten beitragen. Dabei ist es wichtig darauf zu achten, dass die Informationsbedürfnisse der Patienten richtig ein- und abgeschätzt werden. Ebenso ist darauf zu achten, dass sich die Betreuung von Krebspatienten durch Ärzte und Pharmazeuten in sinnvoller Zusammenarbeit ergänzen. Darüber hinaus sollten Möglichkeiten gesucht bzw. gefunden werden, dass im Bewusstsein von Krebspatienten die Wahrnehmung des Apothekers als Informationsquelle und zusätzlicher Betreuer erhöht wird.

In diversen Diplomarbeiten, Dissertationen und Projekten wurde der Nutzen von Apothekern in einzelnen unterschiedlichen Projekten belegt (17, 30, 33, 34, 35, 44, 57). Die hier genannten Veröffentlichungen zeigen Ergebnisse pharmazeutischer Arbeit innerhalb einzelner Projekte zum Nutzen von Patienten und Betreuern. Aus den positiven Ergebnissen hat sich jedoch in Deutschland bisher keine standardisierte pharmazeutische Aufgabe entwickelt.

5.7 Übertragbarkeit der Ergebnisse auf Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

Die Ergebnisse zeigen den generellen Nutzen eines Apothekers im Betreuungsteam. Bei Patienten mit Kopf- Hals-Tumoren spielt zusätzlich zur Behandlung und Betreuung die Ästhetik eine große Rolle. Das lässt vermuten, dass weitere Fragen und Hilfestellungen zum Bereich Mund- Hautpflege und Hygiene vom Apotheker ergänzend zum Arzt beantwortet werden können. Vielleicht könnte damit ein verbessertes Präventivverhalten erreicht werden.

Eine Veränderung des Präventivverhaltens wurde in dieser Arbeit nicht berücksichtigt. Allerdings befindet sich derzeit eine Dissertation zu einem Thema der Primärprävention bei Kopf-Hals-Tumoren im Promotionsverfahren der Universität Greifswald (60).

6 Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden die Bedürfnisse gynäkologischer Patienten in der Situation nach der Primärbehandlung erfasst und analysiert. Dabei hatte diese Arbeit das Ziel, herauszufinden, welche Aufgaben ein Apotheker für Tumorpatienten sinnvoll übernehmen kann. Da es sich um generelle Aufgaben handelt, gelten die Ergebnisse nicht nur für Patienten mit gynäkologischen Tumoren, sondern für Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren wie für Patienten mit anderen Tumorentitäten gleichermaßen.

Die Bündelung von Kompetenzen durch besondere Qualifikationen im Bereich der onkologischen Behandlung sowie umfassende Versorgungsangebote und Nutzung vorhandener Strukturen machen es den Patienten leicht, während der Primärbehandlung, über den gesamten Krankheitsverlauf professionelle Partner für eine festgelegte Zeit an der Seite zu haben. Danach ist die Betreuung entsprechend der Leitlinien und Vorgaben abgeschlossen und die Patienten empfinden sich dann wie „in ein Loch gefallen“. Für diese Situation wünschen sich Patienten veränderte Betreuung und Nachsorgemöglichkeiten.

Apotheker spielen eine große Rolle bei der Beschaffung, Bereitstellung und dem Erklären/Verständlich - Machen von Informationen. Das „Benutzen des Apothekers“ als zusätzlichen Betreuer und das Wissen der dadurch erlangten Informationen können den Patienten helfen, besser mit der Erkrankung Krebs in ihrem Alltag umzugehen. Durch die Tatsache, dass der Apotheker der „Versorger“ für alle Arzneimittel ist, auch der Arzneimittel, die durch Komorbiditäten von anderen Fachärzten verordnet oder die durch Selbstmedikation gewünscht wurden, kann der Apotheker eine Übersicht über die gesamte Medikation für den Patienten und die behandelnden Ärzte erstellen und daraus einen Plan für die optimale Anwendung entwickeln mit dem Ziel die Wirkungsweise zu optimieren, die Nebenwirkungen zu vermindern und die Compliance der Patienten zu fördern.

Um diese Aufgaben für alle Beteiligten zuverlässig ausüben zu können, ist eine Zusammenarbeit zwischen den behandelnden Ärzten und den Apothekern unerlässlich. Gleichzeitig ist eine Transparenz in der Kommunikation zwischen Arzt/Apothekern und Patienten zu fordern, damit sich alle Beteiligten als zuverlässige

Partner akzeptieren können. Um all diese geforderten Arbeiten dem Kunden Patient und dem Kunden Arzt gegenüber auch inhaltlich kompetent durchführen zu können, ist eine spezielle zusätzliche onkologische Ausbildung für die pharmazeutische Betreuung von Krebspatienten unerlässlich. Dabei wünschen sich die Patienten ein kontinuierliches interprofessionelles Team. Diese Forderung entspricht den von der Politik im Nationalen Krebsplan geforderten Voraussetzungen.

Im Alltag und retrospektiven dokumentierten Arbeitsgesprächen lässt sich feststellen dass die Aktivität und Einbindung des Apothekers in die pharmazeutische Betreuung die direkte Kommunikation aller Beteiligten wesentlich fördert. Aus der intensiven Zusammenarbeit ziehen nicht nur die verschiedenen Berufsgruppen, Abteilungen, sondern auch die Patienten im Sinne einer optimierten Pharmakotherapie ihren Nutzen.

Bisher sind in Deutschland solche Strukturen punktuell, jedoch nicht flächendeckend vorhanden. Die generelle Einbindung eines onkologisch ausgebildeten Apothekers ins onkologische Betreuungsteam ist deshalb wünschenswert. Um diese generelle Einbindung eines Apothekers ins onkologische Team zu ermöglichen und um den hier nachgewiesenen Nutzen erreichen zu können, sollte zusätzlich die wirtschaftliche Rentabilität untersucht werden.

7 Literaturverzeichnis

01. Metelmann, H.-R., Kuitto, K. Attitudinal and socio-structural determinants of attendance at cervical cancer screening and HPV-vaccination. *Onkologische Pharmazie* 2009; 11(2): 20
02. Metelmann, H.-R., Kaduk, W., Beier, K., Buchstein, H., Flessa, S. The impact on oral cancer survival rates. AACR American Association of Cancer Research, Annual Meeting 2007: 34 Abstract LB-139
03. Statistisches Bundesamt. Todesursachen in Deutschland; Suchbegriff: Todesursachen
http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2010/10/PD10__371__232,templateId=renderPrint.psml
letzter Zugriff 6.5.2011
04. Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland 2006; Suchwort: Ergebnisse zur Prävalenz - Kapitelnummer; Kapitel 3.1 Mundhöhle und Rachen: 13-14; Kapitel 3.6 Kehlkopf: 53
gbe-bund.de/gbe10 letzter Zugriff 10.4.2011
05. Anzahl Brustkrebserkrankungen in Deutschland
www.brustkrebs-studien.de/haeufigkeit
letzter Zugriff 4.5.2011
06. Husmann, G., Kaatsch, P., Katalinic, A., Bertz, J., Haberland, J., Kraywinkel, K., Wolf, U.. Krebs in Deutschland 2005/2006; Häufigkeiten und Trends. 7. Ausgabe. Robert-Koch-Institut (Hrsg) und die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg). Berlin, 2010: 56
07. Frauen-Krebsvorsorge; Gebärmutterhalskrebsvorsorge; Google - Suchbegriff: Gebärmutterhalskrebs Durchschnittsalter
www.wissen-gesundheit.de
letzter Zugriff 7.5.2011

08. www.krebsgesellschaft.de Suchbegriff: glossar rechtzeitig erkennen letzter Zugriff 5.5.2011

09. Kreienberg, R., Kopp, I., Albert, U., Bartsch, H.H., Beckmann, M.W., Berg, D., Bick, U., du Bois, A., Budach, W., Dunst, J., Engel, J., Ernst, B., Geraedts, M., Henschler, U., Hölzel, D., Jackisch, C., König, K., Kreipe, H., Kühn, T., Lebeau, A., Leinung, S., Link, H., Lück, H.-J., Madjar, H., Maiwald, A., Maiwald, G., Marschner, N., Marx, M., von Minckwitz, G., Naß-Griegoleit, I., Possinger, K., Reiter, A., Sauerbrei, W., Schlake, W., Schmutzler, R., Schreer, I., Schulte, H., Schulz, K.-D., Souchon, R., Thomssen, C., Untch, M., Wagner, U., Weis, J., Zemmler, T.
Statement Nachsorge -1; Interdisziplinäre S3 Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, 1. Aktualisierung 2008. Deutsche Krebsgesellschaft DKG, 2008: 155
www.awmf.de letzter Zugriff 6.5.2011

10. Tumordokumentation EWK Datenauswertung Alcedis 2010 - F. Meier 1/2011

11. Hepler, C.D., Strand, L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care .1. AM J Hosp. Pharm 1990; 47 : 533-543

12. Pharmazeutische Betreuung – Wörterbuch, Webdefinition
www.wikipedia.org

13. International Pharmaceutical Federation (FIP). Erklärung zu Berufsrichtlinien Pharmaceutical Care am 4.9.1998: 1-3
www.fip.org → statements and guidelines letzter Zugriff 4.5.2011

14. Introduction, Model Standards of Practice for Canadian Pharmacists. National association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA) (Hrsg). 2009: 4
www.napra.org → letzter Zugriff 6.5.2011

15. Wiedenmayer, K., Summers, RS., Mackie, CA., Gous, AGS., Everard, M.,

- Tromp, D. Developing pharmacy practice – A focus on patient care .Handbook – edition 2006 . WHO, Genf, 2006:15-17
16. WHO: The Role of the Pharmacist in the Health – care – System - Preparing the Future Pharmacy
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2214e/3.2.html>
letzter Zugriff 6-5-2011
 17. Simons S. Blick ins Ausland. Simons, S., Pharmazeutische Betreuung onkologischer Patienten unter Therapie mit Capecitabin - Dissertation Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität, Bonn, 2009: 16 -25, 128 -132
 18. Hügel, H. Information und Beratung § 20, Apothekenbetriebsordnung. Pharmazeutische Gesetzeskunde. Fischer, J., Kohm, B. (Hrsg). Deutscher Apotheker Verlag, Stuttgart 2004: 193
 19. Eickhoff ,C., Schulz ,M. Pharmaceutical Care in community pharmacies, practice and research in germany. Ann Pharmacother 2006; 40 (4): 729-735
 20. Rotta, C., Information und Beratung §20-Randnr. 10 Apothekenbetriebsordnung. Apothekenbetriebsordnung in der Fassung vom 26.9.1995, Kommentar. Cyran, Rotta (Hrsg), Deutscher Apotheker Verlag Stuttgart 2010: 6
 21. Sproßmann-Günther, G., Kundenorientierung. QM- Handbuch der Apotheke EWK; EWK (Hrsg). Berlin, 2011: 5.2, 1-2
 22. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Gutachten 2007). Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Bonn, 2007:15-19
www.svr-gesundheit.de letzter Zugriff 6.5.2011
 23. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. § 140b – Verträge zu integrierten

Versorgungsformen 2008

www. §140b SGB(Sozialgesetzbuch V-Gesetzliche Krankenversicherungen)

letzter Zugriff 4.5.2011

24. Bundesministerium für Gesundheit. Aktionsplan 2008/2009 zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) in Deutschland
www.ap-amts.de. letzter Zugriff 4.5.2011
25. Viele, CS. Managing oral chemotherapy: the healthcare practitioner's role. AM J Health Syst Pharm 2007; 64 (9 Suppl 5): 25-32
26. Cohen, M.R., Anderson, R.W., Attilo, R.M., Green, L., Muller, R.J., Pruemer, J.M. Preventing medication errors in cancer chemotherapy. AM J Health Syst Pharm 1996; 53 (7): 737- 746
27. Ignoffo, R.J., King, R. Pharmaceutical care and the cancer patient. J Oncol Pharm Practice 1995; 1 (4): 7 – 19
SAGE journals online – letzter Zugriff 5.5.2011
28. Haward, R.A. The Calman – Hine report: a personal retrospective on the UK's first comprehensive policy on cancer services. Lancet Oncol 2006; 7 (4): 336 – 346
29. Cyran, C. et al. Dienstbereitschaft § 23 Apothekenbetriebsordnung
Apothekenbetriebsordnung. Apothekenbetriebsordnung in der Fassung vom 26.9.1995, Kommentar. Cyran, Rotta (Hrsg), Deutscher Apotheker Verlag
Stuttgart 2010: 26-27
30. Markert A, Chevalier N, Thierry V et al. Optimierung der Therapiesicherheit und – kontrolle von Tumorpatienten durch das GCP-Team. Krankenhauspharmazie 2007, 28: 122 -128
31. Westfield, M., Liekweg, A., Bornemann, K., Scharfenberg, H., Jaehde, U.
Manuale zur pharmazeutischen Betreuung. Band 8: Maligne Erkrankungen.

Eschborn, Govi-Verlag, 2006: 1 - 228

32. Bundesministerium für Gesundheit. Approbationsordnung für Apotheker AAPPO1989 zuletzt geändert 24.7.2010 durch Art.9 G v. 24.7.1983:10
www.juris.de letzter Zugriff 5.5.2011
33. Liekweg, A. Summary. Liekweg,A.; Pharmaceutical Care for Patients with gynaecological malignancies in the outpatient setting – A pilot study. - Dissertation.
Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität, Bonn, 2004: 155
34. Simons, S. Pharmaceutical Care Delivery in the Quality Assurance of Cancer Chemotherapy - Diplomarbeit. Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität Bonn, 2004: 72 -73
35. Westfeld, M. Zusammenfassung. Nutzen einer Pharmazeutischen Betreuung von Mamma – und Ovarialkarzinompatienten – Dissertation.
Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität, Bonn, 2006: 175 -177
36. Strand, L.M., Morley, P.C., Cipolle, R.J., Ramsey, R., Lamsam, G.D.
Drug related problems: their structure and function. DICP 1990; 24 (11): 1093 - 1097
37. Liebing, T. Krankenhaus und Krankenhausapotheke – ein update.
Krankenhauspharmazie, 2011; 32 (2): 109 - 114
38. Sproßmann-Günther, G., Potenberg ,J. Nationaler Krebsplan und interprofessionelle Zusammenarbeit, Onkologische Pharmazie, 2010,12 (2): 47
39. Bundesgesundheitsministerium: Nationaler Krebsplan für bessere Versorgung : 1-26
Suchbegriff: Nationaler Krebsplan
www. bmg.bund.de letzter Zugriff 5.5.2011

40. Blanchard, C.G, Labrecque, M.S., Ruckdeschel, J.C., Blanchard, E.B. Physician behaviors, patient perceptions and patient characteristics as predictors of satisfaction of hospitalized adult cancer patients. *Cancer*, 1990; 65 (1): 186 -192
41. Glasmacher, A. Zusammenfassung. Glasmacher,A.; Erfassung und Kategorisierung arzneimittelbezogener Probleme von Mammakarzinom – Patientinnen- Diplomarbeit. Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität Bonn, 2008: 13 - 17, 90 – 91
42. Eckhardt ,M. Die Rolle des Therapieortes und des Diagnosezeitraumes. Adaption eines kanadischen Fragebogens zur Anwendung im deutschsprachigen Raum und Bestimmung der Patientenzufriedenheit mit der Information zur Krebsbehandlung. Diplomarbeit . Rheinische Friedrich-Wilhelms Universität Bonn, 2002: 54 - 57
43. Cassileth BR, Zupkis RV, Sutton-Smith K, March V. Information and participation preferences among cancer patients. *Ann Intern Med* 1980; 92 (6): 832 -836
44. Pimentel, F.I., Ferreira, J.S., Vila, R.M., Mesquita, N.F., Maia-Goncalves , J.P. Quantity and Quality of information desired by Portuguese Cancer patients. *Support Care cancer* 1999; 7 (6): 407 - 412
45. Van der Molen, B. Relating information needs to the cancer experience: 1 information as a key coping strategy. *Eur. J Cancer Care (Engl)* 1999; 8 (4): 238 - 244
46. Bakker, D.A., Fitch, M.I., Gray, R., Reed,E., Bennett ,J. Patient-health care provider communication during chemotherapy treatment: the perspectives of women with breast cancer. *Patient Educ Couns* 2001; 43 (1): 61 -71
47. Butow ,P.N., Maclean, M., Dunn, S.M., Tattersall, M.H., Boyer, M.J. The

- dynamics of change: cancer patients`preferences for information, involvement and support. Ann Oncol 1997; 8 (9): 857 - 863
48. Basisinformation Zertifizierungen der Zertifizierungsgesellschaft OnkoZert im Auftrag der DKG
www.onkoZert.de - persönliche Anfrage 8.12.2010
 49. Potenberg, J., Sproßmann-Günther, G.
Arzneimittelberatung/Patientenaufklärung,
QM- Handbuch des Onkologischen Zentrums . EWK, Berlin; 2010: 1-8
 50. Becker,G., Momm, F., Baumgartner, F. Palliativmedizin Bedarf und Umsetzung. Dtsch Med Wochenschr, 2003; 128 (42): 2209-2212
 51. Neumeyer, E. Patientenbefragung. KTQ Handbuch des Ev. Waldkrankenhauses Berlin. 2010, 6.2.1.01: 1-2
 52. Schmidt, H. Archivierung QM- Handbuch der Apotheke EWK; EWK (Hrsg), Berlin, 2011: 4.2.1.2; 1
 53. Mullins, C.D., Baldwin, R., Perfetto, E.M. What are outcomes? J Am Pharm Assoc (Wash) 1996; NS 36 (1): 39 -49
 54. Eisert, A., Günther, J. Evidenzbasierte Pharmazie in Offizin – und Krankenhausapotheke – Eine Zukunftsvision? Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2003; 97 (4): 263 - 270
 55. Berg, C. Mit der Krankheit leben. Pharmazeutische Zeitung, 2002; 147 (9): 10 - 15
 56. Meier, K. Der Apotheker betrachtet durch die Augen des Patienten. Onkologische Pharmazie 2009, 11 (2): 12-14
 57. Dörje ,F., Orcsz, P., Gonnermann, Ch., Blumenstock, G., Selbmann, H.K.

Interne Kundenbefragungen, Mikrointerventionen. Pharmakotherapie
Evaluierung der Beiträge eines Pharmazeuten auf Station zur
Qualitätssicherung der Pharmakotherapie; Abschlußbericht Projekt P 254 ,
Projektförderung des Universitätsklinikums Ulm 1996: 120 - 124

58. Bundesministerium der Justiz. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – §
137, Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern und
Qualitätsbericht der Krankenhäuser - gemeinsamer Bundesausschuss
www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/05/index.php?norm_ID=0513700 und
google: Qualitätsbericht der Krankenhäuser
letzter Zugriff 7.5.2011
59. Wergen, Anja: persönliche Mitteilung über EWK-Strategien im Zusammenhang
mit Masterthesis zum Thema Palliativversorgung, Oktober 2010
60. Schug, Andreas. Perspektiven einer HPV-Impfung zur Primärprävention von
Kopf-Hals-Karzinomen unter besonderer Berücksichtigung der
pharmakoökonomischen und gesundheitspolitischen Erfahrungen aus der
Einführungsphase der Zervixkarzinomimpfung. Dissertation im
Promotionsverfahren.
Ernst-Moritz-Arndt Universität Greifswald, 2011

8 Abkürzungsverzeichnis / Begriffe

ABP	Arzneimittelbezogenes Problem
AE	Adverse Event Unerwünschtes Ereignis
Alcedis	Medizinisches Tumordokumentationssystem
AOZ	Ambulantes Onkologisches Zentrum
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
EWK	Evangelisches Waldkrankenhaus Berlin
FIP	International Pharmaceutical Federation Internationale pharmazeutische Gesellschaft = Vereinigung der nationalen Fachgesellschaften
GCP	Good Clinical Practice
HRS	Herausgeber
NZW	Norddeutscher Zytostatikaworkshop größter onkologisch-pharmazeutischer Fachkongress
Onkoziert	Unabhängiges Institut, dass im Auftrag der DKG Zertifizierung onkologisch-medizinischer Abteilungen/Zentren betreut
PGD	Paul Gerhardt Diakonie – Krankenhausholding
S3 Leitlinie	„S3: Leitlinie mit zusätzlichen/allen Elementen einer systematischen Entwicklung (Logik-, Entscheidungs- und „Outcome“-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und

regelmäßige Überprüfung)“ (65)

SGB Sozialgesetzbuch

VzE Verein zur Errichtung evangelischer Krankenhäuser
= Krankenhausholding heute Paul Gerhardt Diakonie

WHO World Health Organisation
Weltgesundheitsorganisation

z.B. zum Beispiel

Zenzy Zentrale Zytostatikazubereitung
= Dokumentationssystem der zentralen applikationsfertigen
Zytostatikaherstellung

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Dissertation selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Die Dissertation ist bisher keiner anderen Fakultät, keiner anderen wissenschaftlichen Einrichtung vorgelegt worden.

Ich erkläre, dass ich bisher kein Promotionsverfahren erfolglos beendet habe und dass eine Aberkennung eines bereits erworbenen Doktorgrades nicht vorliegt.

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

entfällt

Danksagung

Mein ganz besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. Dr. Hans-Robert Metelmann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/plastische Operationen des Universitätsklinikums Greifswald, für die freundliche Überlassung des Themas und die hervorragende, stets motivierende Betreuung während der Erstellung dieser Arbeit.

Danken möchte ich ebenfalls Herrn Professor Dr. Wolfgang Sümnick aus der Klinik und Poliklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie/plastische Operationen für die fachliche Beratung und Hilfestellung.

Für die tatkräftige Unterstützung beim Verteilen der Fragebögen, für hilfreiche Diskussionen, und die immerwährende Motivation, die sehr zum Fertigstellen der vorliegenden Arbeit beigetragen haben sowie für die Bereitschaft zur Begutachtung danke ich sehr herzlich

Frau Gabriele Bergemann-Adam	Berlin
Frau Dr. med Ilona Blau	Berlin
Frau Dr. rer.med. Karla Domagk	Cottbus
Frau Dr. med. Martina Dombrowski	Berlin
Herrn PD Dr.rer.nat./ med.habil. Michael Hartmann	Jena
Herrn Dr. med. Benno Mohr	Berlin
Herrn Dr. med. Jochem Potenberg	Berlin
Herrn Dr. med. Swen Holger Quasdorff	Mönchengladbach
Herrn Thomas Schubert	Mönchengladbach
Dr. med. Jochen Sistermanns	Mönchengladbach
Herrn PD Dr. med. Ulrich Wahnschaffe	Berlin

Mein ganz persönlicher Dank geht an alle Patienten, die mitmacht haben und an die Mitarbeiter der Zentralapotheke, des Onkologischen Zentrums, des Brust- und Gynäkologischen Zentrums, der Stationen 31 und 53 und des QM des Evangelischen Waldkrankenhauses Berlin, die mich jederzeit in meiner täglichen onkologisch-pharmazeutischen Arbeit in einer Weise unterstützen, dass diese Arbeit überhaupt möglich wurde.

Besonders danke ich meiner Schwester Renate fürs Korrekturlesen.

Ein besonderes Dankeschön gilt meinen Nichten für die Motivation und vor allem meinem Mann für das stets entgegengebrachte Verständnis und die ständige Unterstützung zu Hause, denn ohne sie hätte ich diese Arbeit niemals begonnen.

Thesen

1. Die Arbeit zeigt die Ergebnisse einer multivariablen Befragung gynäkologischer Tumor-Patientinnen zum Thema Nachsorge. Während der Primärbehandlung werden Tumorpatienten engmaschig und nach festgelegten Regeln betreut. Trotz des Abschlusses der Primärbehandlung wünschen sich die Patienten mehr Sicherheit für die nachfolgende Zeit. Dabei wird der Zeitraum der Nachsorge unterschiedlich wahrgenommen. Neben diversen Wünschen, die von den Patienten als „unzureichende Nachsorge“ wahrgenommen werden, hat diese Arbeit die spezielle Bedeutung einer pharmazeutischen Betreuung innerhalb der Tumornachsorge zum Inhalt. Die Untersuchungsergebnisse lassen sich inhaltlich auf Patienten mit allen Tumorentitäten übertragen.
2. Im Rahmen der Nachsorge einer Tumorbehandlung wird die Betreuung auch durch einen Apotheker von den Patienten gewünscht.
3. Im Regelfall wird mit dem Apotheker nicht nur die Medikation besprochen die Ärzte verordnen, sondern auch die Medikation die Heilpraktiker, Ernährungs- und andere Berater empfehlen zusätzlich zur Selbstmedikation. Das beinhaltet nicht nur die Arzneimitteltherapie innerhalb der Nachsorge, sondern auch die Therapie von Begleiterkrankungen und die Therapie zur Vorbeugung von Erkrankungen und Beschwerden. Durch diese Vielschichtigkeit in der Arzneimitteltherapie nimmt der Apotheker im Rahmen der Gesamtbehandlung eine besondere Stellung ein. Da alle medikamentösen Behandlungsschritte innerhalb der Gesamtmedikation als pharmazeutische Leistung geprüft, abgestimmt und festgelegt werden können, wird die medikamentöse Behandlung durch eine solche pharmazeutische Betreuung in ihrer Qualität gesichert.
4. Bei der Umsetzung der Patientenbetreuung innerhalb der Tumornachsorge durch einen Apotheker ist die Zusammenarbeit und Abstimmung der pharmazeutischen Arbeit mit dem behandelnden Arzt unerlässlich. Durch die sich ergänzenden und sich bestätigenden Informationen über und für den Patienten ergibt sich eine besondere Qualität in der Behandlung.
5. Eine spezielle onkologische Zusatzausbildung des betreuenden Apothekers ist den Patienten wichtig. Im Rahmen der Gesamtausbildung nimmt die

Onkologie nur einen Teil der Ausbildung ein. Durch eine zusätzliche onkologische Fachausbildung als qualitative Basis wird der Apotheker zum pharmazeutischen Fachmann in der Onkologie und kann von den Patienten auch als solcher wahrgenommen werden.

6. Die Betreuung der Tumorpatienten in der Nachsorge durch Apotheker umfasst inhaltlich das gesamte Gebiet der Pharmakologie für den Bereich der aktuellen medizinischen Behandlung und für den Bereich der eventuellen Zusatzmedikation. Da der Apotheker auch als Kaufmann wahrgenommen wird, wünschen sich die Patienten vom Apotheker zusätzlich zu pharmazeutischen Informationen auch Informationen über Kassenleistungen und Zuzahlungsmodalitäten.
7. Im Rahmen der Nachsorge wird eine regelmäßige interprofessionelle Betreuung zur Abstimmung des Gesamtkonzeptes von den Patienten gewünscht. Im Rahmen eines interprofessionellen Betreuungs-Konzeptes zur Nachsorge ist der Apotheker dann selbstverständlicher Teil des Teams. Die Entwicklung solcher Nachsorgestrukturen entspricht dem Nationalen Krebsplan und wird – auch wenn der Apotheker als Berufsgruppe nicht explizit genannt wird – bereits jetzt politisch gefordert, um die onkologische Patientenversorgung zu verbessern.
8. Auch wenn es bereits einzelne Ansätze der pharmazeutischen Betreuung speziell von Tumorpatienten gibt, reicht die vorhandene Betreuung durch Apotheker nicht aus. Nur in Einzelfällen ist der Apotheker Teil eines onkologischen Behandlungsteams. Die pharmazeutische Betreuung von Tumorpatienten auch in der Nachsorge sollte zum selbstverständlichen Bestandteil der Nachsorge werden.

Anlagenverzeichnis

Anlagen siehe Anlagenband

Fragebogen

Auszählungstabellen

Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

Kooperationsvereinbarung zwischen EWK-Apotheke, Berlin und Rathaus
Apotheke, Mönchengladbach

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit EWK, Berlin

Fragebogen zur Lebensqualität

Flyer Arzneimittelberatung

Flyer Onkologisches Zentrum EWK

Flyer Brustzentrum EWK

Flyer Gynäkologisches Krebszentrum EWK