

## MOBILER ONKOLOGISCHER DIENST

# Unterstützung für den Hausarzt



Ein Projekt des Onkologisch-Palliativmedizinischen Netzwerkes Landshut zielt auf die Verbesserung der onkologischen Versorgung schwerstkranker Patienten im ländlichen Raum ab.

Foto: Your Photo Today

**B**ei der Versorgung maligner Erkrankungen zeichnete sich in den letzten Jahren ein zunehmender Trend zur oralen und subkutanen antiproliferativen Therapie ab. Orale und subkutane Zytostatikatherapien sowie die neuen oralen Tyrosinkinaseinhibitoren (TKI) kommen immer mehr bei der Versorgung hämatologischer und onkologischer Krankheitsbilder zum Einsatz. Diese Therapieformen ersparen den Patienten häufig lang andauernde intravenöse Therapien; gleichwohl muss eine Kontrolle der Therapie und der damit verbundenen Nebenwirkungen nach wie vor engmaschig erfolgen, um gravierende Komplikationen zu verhindern. Gerade die Behandlung mit TKI ist mit zahlreichen Nebenwirkungen und häufig diffizilen Einnahmever-schriften verbunden.

Der onkologische Patient sollte gerade unter Berücksichtigung der vielfältigen Komplikationen nach wie vor regelmäßig in der Facharztpraxis gesehen werden. Sowohl in der Einnahme der oralen Medikation als auch in der Applikation

der Subkutan-Medikamente ist der Therapieerfolg entscheidend von der Compliance und dem Verständnis des Patienten abhängig.

Folgende Probleme stehen in der Therapie maligner Tumoren mit oralen und subkutanen Präparaten im Vordergrund:

- Patient verharmlost Therapie (es sind ja nur Tabletten!).
- Patient nimmt Medikamente nicht regelmäßig oder nicht zeitgemäß ein.
- Patient will oder kann die oft lange Anfahrtstrecke zur Kontrolluntersuchung in die Facharztpraxis nicht wahrnehmen.
- Unzureichende Vergütung – Aufklärung des Patienten, Erhebung von Nebenwirkungen und Nebenwirkungsmanagement durch den Arzt werden nicht oder nur unzureichend vergütet.

Neben diesen Problemen, die sowohl für Patienten aus dem städtischen als auch ländlichen Bereich zutreffen, kommen für die Patienten aus der ländlichen Region noch folgende Probleme hinzu:

- mangelnde spezialisierte onkologische Einrichtungen auf dem Lande
- Anstieg der Lebenserwartung mit Zunahme der damit verbundenen onkologischen Erkrankungen bei älteren Patienten
- geringe Motivation von Spezialisten, auf dem Lande zu arbeiten
- unzureichender öffentlicher Nahverkehr
- Landärztemangel.

Um die Versorgung onkologischer Patienten im ländlichen Raum zu optimieren, wurde vor einigen Jahren mit dem Aufbau des Onkologisch-Palliativmedizinischen Netzwerkes Landshut begonnen, das vor allem auf einer intensiven Kooperation zwischen ambulantem und stationärem Bereich beruht ([www.onkologie-netzwerk.de](http://www.onkologie-netzwerk.de)). Dieses Netzwerk hat ein Projekt initiiert, das die orale und die subkutane Therapie für onkologisch/hämatologische Patienten, die neben ihrer Tumorerkrankung noch schwerwiegende weitere Komplikationen aufweisen, sicher gestaltet und die Ver-

sorgung dieser kleinen Patienten-Gruppe optimiert. Dazu wurde der „Mobile Onkologische Dienst“ (MOD) in den Landkreisen Lands-hut und Dingolfing errichtet. Zu den engeren Problemen der in diesen Landkreisen wohnenden onkologischen Patienten gehören:

- Trotz Einrichtung von peripheren Standorten betragen die Anfahrtswege zum Spezialisten häufig mehr als 20 Kilometer.

- Die öffentlichen Verkehrsverbindungen sind, wenn überhaupt, nur spärlich vorhanden und mit langen Fahrzeiten verbunden.

- Zusätzlich zum Verdienstaufschlag des erkrankten Patienten kommen die hohen finanziellen Belastungen durch die erforderlichen Fahrten zur Behandlungsstätte.

- Krebskranke Patienten sind häufig älter und leiden an Komorbiditäten.

- Die familiäre Unterstützung nimmt auch im ländlichen Bereich deutlich ab (weniger Kinder, Kinder sind berufstätig oder verzogen).

Die Fahrten zum Spezialisten werden von der Krankenkasse in Form von Taxifahrten oder Kilometerpauschalen nur für Bestrahlungen und intravenös verabreichte Chemotherapien übernommen. Für eine verantwortungsvolle onkologische Versorgung der Patienten ist es aber unbedingt erforderlich, dass bei ihnen das Blutbild, das Auftreten von Nebenwirkungen, die Schmerzpumpe und deren Applikation sorgfältig kontrolliert werden. Diese Kontrollen müssen regelmäßig erfolgen.

Im Rahmen der ärztlichen Regelversorgung ist eine adäquate onkologische Betreuung für diese Problempatienten – auch wegen der fehlenden Vergütung – nur unzureichend umzusetzen. Hier soll der Mobile Onkologische Dienst Abhilfe schaffen. Dieser wurde im Juli 2013 vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit in Erlangen als Projekt anerkannt und für förderungswürdig erachtet. Er nahm im August 2013 seine Tätigkeit auf und ist über einen Zeitraum von drei Jahren als Förderungsprojekt vorgesehen. Kernpunkt dieses Projekts

ist die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an besonders ausgebildetes und qualifiziertes medizinisches Personal. Hierzu gehört insbesondere die Kontrolle des Auftretens von Nebenwirkungen der Tumorthherapie.

Voraussetzung ist eine entsprechende Schulung der teilnehmenden Medizinischen Fachangestellten (MFA)/Pflegekräfte, eine kontinuierliche Kommunikation des betreuenden Onkologen mit den Mitarbeitern des MOD, eine Kontaktaufnahme

## AUFGABEN MFA/PFLEGE

- Kontrolle der oralen Chemotherapie/Antikörpertherapie sowie der subkutanen Tumorthherapie  
Hierbei handelt es sich um die Delegation einer ärztlichen Tätigkeit an das entsprechende Fachpersonal. Die Kontrolle der oralen Chemotherapie und Antikörpertherapie muss nicht in der Praxis, sondern kann in gleicher Qualität vor Ort erfolgen, zumal es die Möglichkeit einer Fotodokumentation gibt. Eine regelmäßige Kontrolle, etwa alle vier Wochen in der Praxis oder Klinik, soll jedoch erhalten bleiben.
- Kontrolle Haut (Hand-Fuß-Syndrom)
- Kontrolle Schleimhaut (Mukositis et cetera)
- Kontrolle Übelkeit/Erbrechen/Durchfall
- Labor- und Blutbildkontrollen/Blutabnahmen
- Fotodokumentation bei Bedarf
- Kontrolle neutropenischer Patienten, Kontrolle der Mund- und Rachenschleimhaut, Kontrolle der Haut, Kontrolle der Temperatur, Blutbildkontrolle, gegebenenfalls Neulasta-/Neupogen-Gabe, Kontrolle Antibiotika-Prophylaxe (oral), Dokumentation
- Versorgung von Portpatienten:  
Portversorgung, Portnadelwechsel, Pumpen (Chemo) – Abhängen und Portspülen, Dokumentation
- Parenterale Ernährung/Elektrolytlösung: Portkontrolle, Portnadelwechsel, Gewichtskontrolle, Blutentnahme, Verträglichkeitskontrolle, Angehörigenschulung, Dokumentation
- Schmerzpumpen:  
Portnadel-/Subkutannadelwechsel, Pumpenwechsel, Kontrolle der Schmerzstärke (entsprechende Schmerzskala 1–10), Dokumentation
- Interaktive Kommunikation: Besuchsbesprechung mit betreuendem Onkologen, Kontaktaufnahme mit dem Hausarzt und Info-Austausch über den Patienten, bei Bedarf Kontaktaufnahme mit dem Pflegedienst, bei Bedarf Kontaktaufnahme mit der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativversorgung), bei Bedarf Kontaktaufnahme mit stationären Einrichtungen (Krankenhaus, Pflegeheim, Hospiz)
- Klärung sozialer Fragen, zum Beispiel Schwerbeschädigtenausweis, Krankengeld, Rente

mit dem zuständigen Hausarzt und eine spezielle Dokumentation der Untersuchungsergebnisse des Patienten. Eine wissenschaftliche Begleitung sowie eine von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns durchgeführte Evaluation vervollständigen das Projekt.

Der MOD soll nicht den Arzt ersetzen oder gar Therapieentscheidungen treffen, sondern als unmittelbarer Beobachter vor Ort den behandelnden Ärzten ohne Zeitverlust Probleme, die in der Versorgung des onkologischen Patienten auftreten, mitteilen. Zusätzlich können den Patienten durch die Übernahme delegierbarer Aufgaben (zum Beispiel Blutabnahmen, Portnadelwechsel, Schmerzpumpenwechsel oder Verabreichung oraler Chemotherapie) mühevollere Wege und Wartezeiten beim Arzt erspart und die behandelnden Ärzte entlastet werden. Gleichzeitig wird durch die entsprechend engmaschig geführte Dokumentation eine lückenlose Verlaufskontrolle möglich. Die Dokumentation kann im Computer dem jeweiligen Patienten zugeordnet werden und spielt damit sowohl eine wesentliche Rolle in der Beurteilung des Krankheitsverlaufs als auch später für den Nachweis erbrachter Leistungen.

Die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des MOD müssen über folgende Qualifikation verfügen:

- *Medizinische Fachangestellte*: onkologische Weiterbildung für MFA und dreijährige Tätigkeit in einer onkologischen Praxis/onkologischen Station. Die Teilnahme an einer Fortbildung zur oralen und subkutanen Tumorthherapie ist dringend erwünscht.

- *Pflegefachkraft*: zweijährige Tätigkeit auf einer onkologischen Station oder in einer onkologischen Schwerpunktpraxis.

Bei weitem nicht alle onkologischen Patienten erfüllen die Voraussetzung für die Aufnahme in den Mobilien Onkologischen Dienst. Da die personellen und finanziellen Ressourcen begrenzt sind und diese nur den tatsächlich betroffenen onkologischen Patienten zugutekommen sollen, gelten folgende Aufnahmekriterien für den MOD: ▶

- reduzierter Allgemeinzustand
- fehlende Fahrmöglichkeit (schlechte öffentliche Verkehrsmittel, keine verfügbaren Angehörigen, finanzielle Belastung)

- erhöhte Infektionsgefahr
- Mangel an Compliance.

Der MOD bietet für alle Beteiligten Vorteile. Für die betroffenen Patienten wird die heimatnahe Versorgung verbessert. Sie haben weniger Fahraufwand und Wartezeiten – Stresssituationen werden vermieden. Die familiäre Belastung wird ebenfalls reduziert. Gleichzeitig wird eine hochqualifizierte onkologische Versorgung auch für Schwerkranken und ältere Patienten im ländlichen Bereich gewährleistet. Die fehlende Verfügbarkeit qualifizierter Onkologen auf dem Lande wird durch qualifizierte MFA/Pflegefachkräfte kompensiert. Diese sorgen mit ihrem MOD-Einsatz für eine verbesserte Compliance bei oraler Chemotherapie/Antikörpertherapie und subkutanen Therapien; es gibt weniger Nebenwirkungen.

Durch den MOD wird besonders auch der Hausarzt in seiner Tätigkeit unterstützt und entlastet. Es kommt zu einer engeren Kooperation zwischen Hausarzt und Onkologen.

Für die Krankenkassen bedeutet MOD Kostenreduktionen, weil es weniger Krankenhausaufenthalte und weniger Begleitmedikation wegen Infektionen gibt; das Komplikationsrisiko sinkt. Es fallen weniger Fahrtkosten an. Die Patientenzufriedenheit nimmt infolge der intensiven Betreuung zu. Insgesamt ermöglicht MOD eine bessere Kontrolle über die kostenintensive onkologische Therapie.

Der MOD könnte ohne größere Probleme in die Regelversorgung implementiert werden, da die Probleme des Flächenstaates Bayern stellvertretend für den gesamten ländlichen Bereich Deutschlands betrachtet werden können. Aus diesem Grunde ist vorgesehen, eine bundesweite Abrechnungsmöglichkeit mit den Kassen zu ermöglichen. ■

*Dr. med. Ursula Vehling-Kaiser,  
Dr. med. Tobias Weiglein, Florian Kaiser  
Onkologisch-Palliativmedizinisches  
Netzwerk, Landshut*

## PLACEBO

# Wirkungen sind messbar

Krankheitsspezifische Ausprägung von Placeboeffekten: das Ergebnis zweier Expertisen

**P**laceboeffekte lassen sich auch mit objektiven Parametern messen, und es besteht weiterhin ein absoluter Mangel an Studien, die Placeboeffekte unter Alltagsbedingungen untersuchen. Zu diesen Kernaussagen kommen zwei Expertisen, die im Rahmen des Förderungsprogramms Versorgungsforschung der Bundesärztekammer zum Thema Placebo verfasst wurden.\* Die Expertisen näherten sich mit sehr unterschiedlichen Ansätzen den aktuellen Forschungsfragen.

## Placeboeffekt ist unzureichend erforscht

Priv.-Doz. Dr. med. Karin Meissner und Prof. Dr. med. Klaus Linde stellen zunächst grundsätzliche Überlegungen zum Placeboeffekt an und differenzieren zwischen der in klinischen Studien beobachteten Placeboresponse (= Behandlungseffekt in der Placebogruppe) und dem eigentlichen Placeboeffekt, der nicht durch Spontanänderungen, Regression to the mean oder Kointerventionen erklärt werden kann. Basierend auf diesem Konstrukt können nur Studien, in denen neben der Placebogruppe auch eine unbehandelte Kontrollgruppe mitgeführt wird, als höchste Evidenzstufe ak-



zeptiert werden. Demgegenüber steht die Expertise von Prof. Dr. med. Ursula Gundert-Remy et al., in der das Ausmaß der Placeboresponse aus randomisierten, kontrollierten klinischen Arzneimittelprüfungen in verschiedensten Indikationen ermittelt und die Placeboresponse zum Behandlungseffekt in der Verumgruppe ins Verhältnis gesetzt wurde. Dieser Ansatz kann als pragmatische Vorgehensweise auf eine breitere und – wie unten aufgeführt – qualitativ hochwertigere Datenbasis zurückgreifen.

Die von den Autoren Meissner und Linde vorgelegte Expertise macht deutlich, wie unzureichend die Forschungslage zu der Fragestellung des Placeboeffektes ist. Es ist immer noch zu wenig darüber bekannt, welche Erkrankungen besonders placebo-sensitiv sind. Gleichwohl versuchen die Autoren anhand einer aufgestellten Hierarchie von Evidenzstufen, Antworten auf die gestellten Fragen zu finden. Dazu dient auch eine kritische Reflexion über Definition, Theorien und die Ermittlung von Placeboeffekten.

Die Expertise beruht auf der Auswertung einer Fülle von Metaanalysen, insbesondere auf den von Hörbjartsson und Gøtzsche vorgelegten Analysen (1). Zur Beantwortung der Fragen wurden die zahlreichen, zusammengetragenen Übersichtsarbei-

\*Expertisen unter:  
[www.aerzteblatt.de/14936](http://www.aerzteblatt.de/14936)