

Onkologie 2021 · 27:783–789

<https://doi.org/10.1007/s00761-021-00974-z>

Angenommen: 11. Mai 2021

Online publiziert: 20. Mai 2021

© Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

Jan P. Weber¹ · Jannik M. Tielker¹ · Nilab Kamandi¹ · Steffen T. Simon² · Claudia Bausewein³ · Stephanie Stiel¹ · Nils Schneider¹¹ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland² Medizinische Fakultät, Zentrum für Palliativmedizin und Centrum für Integrierte Onkologie Aachen Bonn Cologne Düsseldorf (CIO ABCD), Uniklinik Köln, Universität zu Köln, Köln, Deutschland³ Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin, LMU Klinikum München, München, Deutschland

Ambulante Betreuung onkologischer Patienten in palliativer Behandlungssituation und ihrer Angehörigen in der COVID-19-Pandemie

Erfahrungen, Herausforderungen und Lösungsansätze niedergelassener Onkologen

Die Covid-19-Pandemie stellt das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen. Primäres Ziel in der Pandemie ist der Schutz der Bevölkerung vor Ansteckung und die medizinische Betreuung von an der Infektion Erkrankten. Gleichzeitig müssen die Versorgung und medizinische Betreuung von nichtinfizierten Patienten und der Bevölkerung sichergestellt werden. So wie Menschen an der pandemischen Erkrankung sterben, werden weiterhin Menschen an Krebs- oder anderen fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen sterben, ohne an der pandemischen Infektionserkrankung zu leiden.

Ziel der vorliegenden Arbeit

Gegenstand der vorliegenden Arbeit ist die Exploration von Erfahrungen, Herausforderungen und Lösungsansätzen niedergelassener Onkologen in der Betreuung onkologischer Patienten in palliativer Behandlungssituation (mit/

ohne COVID-19) und ihrer Angehörigen.

Methoden

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Projekts „Nationale Strategie für Palliativversorgung in Pandemiezeiten (PallPan)“, das im Rahmen des Nationalen Forschungsnetzwerks der Universitätsmedizin zu COVID-19 durchgeführt wird [7]. PallPan hat zum Ziel, eine nationale Strategie für die Betreuung schwer kranker, sterbender sowie verstorbener Erwachsener und deren Angehörige in Pandemiezeiten zu entwickeln und zu konsentieren.

Rekrutierung von Teilnehmenden

Im Zeitraum von September bis Oktober 2020 wurden niedergelassene Onkologen zu qualitativ-leitfadengestützten Interviews eingeladen. Die Rekrutierung erfolgte primär über Empfehlungen aus dem Projektkonsortium PallPan, über einen Rundbrief des Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland (BNHO e. V.)

und mittels eines Schneeballsystems von Empfehlungen der Teilnehmenden. Angestrebt wurden insgesamt 8–12 Interviews unter Berücksichtigung einer Variation von Geschlecht, Alter, Berufserfahrung, Praxisform und Bundesland.

Material

Für die Interviews wurde ein Leitfaden auf Basis der Literatur und unter Einbeziehung von Praxispartnern entwickelt. Der Leitfaden umfasst 3 Sektionen:

1. Einleitung vor dem Interview: Studienziel und Interviewablauf, Einwilligungserklärung, Anonymität/Datenschutz u. a.
2. Hauptteil: Gesprächsimpulse bezüglich des Erlebens der Pandemiesituation, den dabei gemachten Erfahrungen und begegneten Herausforderungen; insbesondere mit Blick auf die Bedarfe onkologischer Patienten in palliativer Behandlungssituation und ihrer Angehörigen sowie hierzu erprobten oder gewünschten Lösungen
3. Abschluss des Interviews: Abfrage soziodemografischer Daten,

Die Autoren Stephanie Stiel und Nils Schneider haben zu gleichen Teilen zum Manuskript beigetragen.

Tab. 1 Soziodemografische Daten der teilnehmenden Ärzte

Ärzte		
Alter (in Jahren), n = 13	Median	58
	Minimum	38
	Maximum	65
Geschlecht, n = 13	Weiblich	2
	Männlich	11
Berufserfahrung seit Approbation (in Jahren), n = 13	Median	27
	Minimum	10
	Maximum	36
Praxisform, n = 13	Gemeinschaft	12
	Tagesklinik	1
Bundesland, n = 13	Baden-Württemberg	2
	Bayern	1
	Berlin	1
	Niedersachsen	1
	Nordrhein-Westfalen	4
	Rheinland-Pfalz	3
	Thüringen	1
Dauer der Interviews (in Minuten), n = 13	Median	53
	Minimum	13
	Maximum	70

Empfehlung von potenziellen Interviewpartnern (Schneeballprinzip) u. a.

Durchführung

Im Zeitraum von September bis Oktober 2020 wurden niedergelassene Onkologen telefonisch mit Audioaufzeichnung zum vorab vereinbarten Zeitpunkt nach Wunsch interviewt. Die Audiotonspuren wurden wörtlich und nach dem Verbatimstandard detailliert transkribiert.

Datenauswertung

Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgte mit einer Inhaltsanalyse nach Kuckartz [10]. Als A-priori-Grundlage für die Auswertung wurden die Themenabschnitte des Interviewleitfadens als Kategorien definiert und im Verlauf der Codierung mit MAXQDA (VERBI, Berlin, Deutschland; [1]) induktiv erweitert.

Soziodemografische Daten der teilnehmenden Ärzte wurden mit IBM Microsoft Excel 2010 (Microsoft Cooperation, Redmond, WA, USA) ausgewertet und deskriptive Statistiken (Median, Mi-

nimum, Maximum) sowie absolute und prozentuale Häufigkeiten berechnet.

Ethische Anforderungen

Ein positives Ethikvotum (Nr. 9232_BO_K_2020 vom 24.07.2020) für das Projektvorhaben wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover erteilt.

Ergebnisse

Teilnehmer

Insgesamt 13 niedergelassene Onkologen (Durchschnittsalter 54,4 Jahre) aus sieben Bundesländern nahmen an einem Interview teil. Im Median blickten die Interviewten auf 27 Jahre Berufserfahrung zurück (Spanne 10–36). Die durchschnittliche Interviewdauer betrug 48,3 min (Spanne 13–70; **Tab. 1**).

Kontinuität von Therapiesteuerung und Versorgungsqualität

Die Interviewten gehen in Bezug auf die ambulante Versorgung ihrer unheilbaren onkologischen Patienten unter palliativ intendierten Therapien nicht von pandemiebedingten Qualitätseinbußen aus. Laufende palliative (Chemo- und Transfusions-)Therapien seien nahezu ausnahmslos fortgeführt worden. Zurückblickend werden die im Einvernehmen mit Patienten entschiedenen Absagen oder Verzögerungen von Erst-, Nachsorge- und Kontrolluntersuchungen am Beginn der ersten pandemischen Hochphase zu Jahresbeginn 2020 kritisch gesehen, da die Nachholtermine sich nur schwer in den laufenden Betrieb integrieren lassen. Betroffen waren demnach Patienten, bei denen keine dringende Behandlungsindikation bestand, deren Krankheitsverlauf und Laborparameter als stabil galten, die sich nicht in einer intensiven Phase der Therapie befanden oder orale Medikationen erhielten. Terminabsagen durch Patienten wegen Angst vor Ansteckung in der Praxis wurden offenbar eher im Zusammenhang mit der Abklärung oder Behandlung von weniger ernsten Diagnosen oder Erkrankungen beobachtet. Nur in Ein-

zelfällen seien Patienten verspätet von Hausärzten überwiesen und Therapien mit vermeidbaren Verzögerungen begonnen worden. Den Angaben der Befragten zufolge mussten Praxen zusätzliche Patienten versorgen, da manche Krankenhäuser schneller als üblich entlassen oder keine ambulanten Therapien mehr durchgeführt haben (**Tab. 2, A**).

Personelle und strukturelle Maßnahmen zur Versorgungsicherung

Von Beginn an und durchgehend war das Tragen von medizinischen Mund-Nase-Schutzmasken (MNS) in den onkologischen Praxen obligatorisch. Es wurden Hygienepläne erstellt und Hygienehinweise, Aerosolbarrieren und auch für Patienten und Besucher im Eingangsbereich zugängliche Desinfektionsmittelpender installiert. Vielerorts wurden separate Ein- und Ausgänge geschaffen und das Abstandhalten durch die Reorganisation von Wartebereichen und Laufrouuten in den Praxen ermöglicht. Zur Senkung des Infektionsrisikos haben einige Befragte ihre Praxisteams geteilt und in wechselnden Wochenschichten im Homeoffice beschäftigt bzw. in Bereitschaft gestellt, um bei einer Infektion unter den Mitarbeitern die Versorgung der Patienten aufrechterhalten zu können. Auch wurden die Sprechzeiten der Praxen ausgedehnt und die Teams in Früh- und Spätschichten eingeteilt. Dies sei aufgrund zu geringer Personalstärke allerdings nicht in allen Praxissettings umsetzbar gewesen. Positiv wird die Erfahrung bewertet, dass auch im Praxiskontext administrative Tätigkeiten ins Homeoffice verlagert werden konnten. Vereinzelt wurde kurzfristig zusätzliches Personal für die Betreuung der Kinder von Praxismitarbeitern oder zur Steuerung der Patientenwege engagiert. Als belastend wurde der Umgang mit Infektionsverdachtsfällen empfunden, da nicht überall ausreichend Ausweichmöglichkeiten zur Schaffung von „Infektionszimmern“ zur Verfügung standen (**Tab. 2, B**).

Onkologie 2021 · 27:783–789 <https://doi.org/10.1007/s00761-021-00974-z>
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2021

J. P. Weber · J. M. Tielker · N. Kamandi · S. T. Simon · C. Bausewein · S. Stiel · N. Schneider

Ambulante Betreuung onkologischer Patienten in palliativer Behandlungssituation und ihrer Angehörigen in der COVID-19-Pandemie. Erfahrungen, Herausforderungen und Lösungsansätze niedergelassener Onkologen

Zusammenfassung

Hintergrund. Neben Schutzmaßnahmen muss das Gesundheitssystem in der aktuellen Pandemiesituation die Fortführung der Regelversorgung sowie zusätzlich die Behandlung von Patienten mit Covid-19-Infektionen sicherstellen. Auch Praxen niedergelassener Onkologen sind betroffen.

Ziel der Arbeit/Fragestellung. Die Arbeit untersucht Herausforderungen, Erfahrungen und Lösungsansätze in der Betreuung onkologischer Patienten in palliativer Behandlungssituation und ihrer Angehörigen durch niedergelassene Onkologen in der Pandemiesituation. Die Erkenntnisse dienen als Informationsbasis für die Strategieentwicklung in der ambulanten onkologischen Versorgung.

Material und Methoden. Inhaltsanalytische Auswertung 13 leitfadengestützter telefonischer Interviews mit niedergelassenen Onkologen.

Ergebnisse. Stabile lokale Netzwerke, personelle und strukturelle Anpassungen sowie Infektionsschutzmaßnahmen halfen bei der Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität onkologischer Patienten in palliativer Behandlungssituation. Notwendige onkologische Therapien wurden fortgesetzt. Als problematisch gelten entstandene Barrieren in der Angehörigenkommunikation und das Nachholen verschobener Erst-, Kontroll- und Nachsorgeuntersuchungen. Weitere Herausforderungen waren der Umgang mit infektionsverdächtigen Mitarbeitern und Patienten, die zeitweise mangelnde Erreichbarkeit und Information von öffentlichem Gesundheitsdienst und Kassenärztlichen Vereinigungen sowie Mehrkosten für Infektionsschutzmaterial und Personal.

Diskussion. Durch die entschlossene Implementierung von Infektionsschutz-

maßnahmen und die strukturelle und personelle Reorganisation in Praxen konnte die ambulante Betreuung onkologischer Patienten und ihrer Angehörigen in der Pandemiesituation aufrechterhalten werden. Die Hygienekonzepte scheinen praktikabel und reaktivierbar. Eine stärkere Verwendung digitaler Lösungen (z. B. Videosprechstunden) sowie Lösungen, um dem finanziellen und personellen Mehrbedarf zu begegnen, sind dennoch notwendig. Differenzierte Konzepte zur Vermeidung von gesundheitlichen Nachteilen durch Besuchsverbote für Angehörige und körpernah arbeitende Therapeuten sind zu entwickeln.

Schlüsselwörter

Versorgungsforschung · Palliativversorgung · Ambulante Versorgung · Krebsbehandlung · Onkologie

Outpatient care of oncological patients in palliative treatment situations and their relatives during the COVID-19 pandemic. Resident oncologists' experiences, challenges and approaches

Abstract

Background. During the current pandemic situation, the public health care system must ensure the ongoing provision of regular medical care as well as the treatment of severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2 (SARS-CoV-2) infected patients. Resident oncologists and their practices are equally affected.

Objectives. The study examines resident oncologists' challenges, experiences and approaches in the delivery of care for oncological patients receiving palliative treatment and their relatives during the pandemic. Findings will support future pandemic preparedness for cancer treatment in outpatients.

Materials and methods. Content analyses of 13 guideline-based telephone interviews with resident oncologists.

Results. Solid local networks, staff and structural rearrangements and infection control within offices helped oncologists maintaining quality of care. Required treatments have been continued. The interrupted information flow towards patients' relatives and catching up on previously postponed primary, control or follow-up consultations have been reported as a challenge. Other issues have been linked to suspected SARS-CoV-2 infection in patients and staff. The lack of information, temporal inaccessibility of health care authorities and physicians' associations, and additional costs for infection control material caused further problems.

Conclusions. Due to the firmly implemented infection control and the re-organisation of facilities and staff, oncologists have been able to maintain treatment and care for

cancer patients and their relatives. Hygiene procedures proved to work well and might be re-activated. An increased use of digital applications for treatment monitoring might be considered. Furthermore, solutions to meet additional financial and personnel demands caused by infection control must be identified. The design of suitable concepts for the prevention of health-related hazards due to visiting bans for relatives and therapeutic staff such as physio- and occupational therapists is inevitable.

Keywords

Health services research · Generalist palliative care · Outpatient care · Cancer care · Oncology

Gestaltung, Organisation und Inhalte von Patientenkontakten

Als zentrale und für alle Seiten herausforderndste Änderung bei der Gestaltung der Patientenkontakte beschrieben die

Onkologen die dem Infektionsschutz geschuldete Abwesenheit von Angehörigen bei Patientengesprächen. Zwar gab es Ausnahmen und pragmatische Regelungen, z. B. wenn Angehörige als Übersetzer, zur Betreuung oder im

Rahmen der Besprechung von Therapiestrategien oder Diagnosen über unheilbare Erkrankungsstadien als unverzichtbar galten, dennoch schilderten die interviewten Ärzte Informationsverluste. Diesen wirkten sie z. T. mit

Tab. 2 Ausgewählte Befunde und exemplarische Aussagen der interviewten Onkologen

<i>A: Kontinuität von Therapiesteuerung und Versorgungsqualität</i>	
Notwendige Fortführung ambulanter (Chemo- und Transfusions-)Therapien	„Wir haben keine Einschränkungen herbeigeführt. Wir haben bei Patienten, bei denen vielleicht die Therapieinitiierung jetzt nicht ganz dringlich war, versucht, zu überlegen, ob man das etwas hinauszögern kann. Aber ich sage mal so: Wesentliche Unterschiede zur üblichen Versorgung haben wir eigentlich nicht vorgenommen.“ (Interview 5, 20)
Aufrechterhaltung der Versorgungsqualität	„Ich würde sagen, dass bei uns die Versorgung der palliativen Patienten, weil wir ja auch eine Menge palliative Chemotherapie machen, sich nicht groß verändert hat dadurch.“ (Interview 10, 188)
Gefahr von angstinduzierten Terminabsagen durch Patienten	„10 haben insgesamt gesagt, dass sie wegen COVID nicht kommen mögen und melden sich wieder, wenn sie das sozusagen für sich verantworten können.“ (Interview 10, 59)
Gefahr verspäteter Überweisungen durch Hausärzte	„Die einzigen Probleme, die wir gehabt haben, waren Patienten, die uns zu spät überwiesen worden sind durch Corona.“ (Interview 9, 31)
<i>B: Personelle und strukturelle Maßnahmen zur Versorgungssicherung</i>	
Planung und Implementierung struktureller Maßnahmen zur Senkung des Infektionsrisikos	„Aber das ist wichtig, dass man da eine Strategie hat, die eingehalten wird und an die man sich halten kann und die durchführbar ist.“ (Interview 3, 89)
	„In den sechs Wochen haben wir natürlich hier die ganzen Hygienemaßnahmen aufgebaut, mit Plastikscheiben, die man überall sieht.“ (Interview 7, 2)
	„Ja, wir haben unser Wartezimmer komplett umgestellt. Wir hatten vorher so Sitzgruppen, die sind aufgelöst worden.“ (Interview 10, 53)
	„Wir hatten ja wie gesagt 12 h statt 8 h ... und dadurch war sogar für die Patienten mehr Zeit da.“ (Interview 09, 47)
Implementierung personeller Maßnahmen zur Senkung des Infektionsrisikos	„Wir haben die Schichtdienste eingeführt, das heißt die eine Schicht kam um 7 Uhr, um halt den Behandlungszeitraum da zu expandieren, damit wir bei weniger Platz genauso viele Patienten haben durchschleusen können.“ (Interview 13, 16)
Implementierung von Maßnahmen zur Sicherung personeller Ressourcen	„Als die Kitas geschlossen worden sind, habe ich eine Kindergärtnerin eingestellt, weil ich einen überproportionalen hohen Anteil an alleinerziehenden Müttern mit Kind habe sozusagen.“ (Interview 04, 25)
<i>C: Gestaltung, Organisation und Inhalte von Patientenkontakten</i>	
Implementierung praxisorganisatorischer Maßnahmen zur Minimierung des Infektionsrisikos	„Und dann zu den Lockdown-Zeiten hatten wir auch noch eine Regel, dass jeder Patient, der einen Termin hat, dass wir die einen Tag vorher anrufen und fragen, ob sie Risikozeichen haben. Sodass sie dann nicht hierherkommen.“ (Interview 8, 59)
	„Das haben wir in der Weise geändert, dass nur noch eine Mitarbeiterin einen Patienten betreut, jeden Tag, und wenn der am nächsten Tag gekommen ist, wieder, der Patient, auch da der Patient von der gleichen Mitarbeiterin betreut wird. Damit da wirklich nur der Kontakt zu der einen Mitarbeiterin ist.“ (Interview 7, 2)
	„Sie haben Husten, sie haben Schnupfen, sie haben irgendwas. Zack – abgestrichen. Wir haben das Zeug da gehabt und haben dann getestet.“ (Interview 4, 67)
Technische und datenschutzassoziierte Hürden sowie mangelnde Nutzerkompetenz der Patienten bei telemedizinischen Anwendungen	„Wir haben bis heute keine Video-Dinger aus Datenschutzgründen an unseren PCs dran.“ (Interview 13, 18)
	„Aber wir haben es alle versucht. Unsere Patienten können aber nicht mit uns in der digitalen Welt mithalten.“ (Interview 08, 71)
Erhöhte Nachfrage nach Influenza- und Pneumokokkenvakzinen	„Ja, also Pneumokokken-Impfungen gibt es gerade mehr. Also und jetzt gibt es auch keine Gripeschutzimpfung. Also wir haben 450 Dosen bestellt für unsere Praxis, wir haben 70 bekommen.“ (Interview 04, 113)

telefonischen Angehörigengesprächen entgegen. Die MNS wurden von ihnen als störende Einschränkung der nonverbalen Kommunikation erlebt, die durch kurzzeitiges Zeigen des eigenen Gesichts zu Gesprächsbeginn abgemildert wurde.

Teilweise wurden Patienten vor dem Praxisbesuch angerufen und zu möglichen Symptomen befragt und vor Eintritt Temperaturmessungen durchgeführt. Symptombelastete oder aus Risikogebieten zurückgereiste Patienten wurden separat und mit Infektionsschutz-ausrüstung behandelt. Die Onkologen schilderten zudem, dass Patienten unter

Chemotherapie in der Praxis von festen Ansprechpartnern betreut und die Belegung der Therapieplätze zur möglichen Nachverfolgung von Infektionsketten dokumentiert wurden.

Während der Konsultationen war das Thema COVID-19-Pandemie omnipräsent. Patienten und Angehörige wandten sich vermehrt mit Fragen zu ihren Ängsten an die Ärzte. Dies betraf das Ansteckungsrisiko in den ärztlichen Praxen oder im Krankenhaus. Angesichts des Pandemiegeschehens fürchteten sie sich zudem vor der Isolation während eines Krankenhausaufenthaltes sowie vor

einem möglichen Therapieabbruch. Die Ärzte berichteten, wie sie den Bedenken durch aufklärende Gespräche begegneten und dabei den zeitlichen Aufwand hierfür sowohl in der Praxis als auch in telefonischen Beratungen zur Therapieüberwachung steigerten.

Telemedizinische Angebote seien aufgrund des technischen Aufwands, der Unsicherheit beim Datenschutz und mangelnder Nutzerkompetenz der Patienten kaum umgesetzt worden. Berichtet wird zudem von einer erhöhten Nachfrage nach Influenza- und Pneumokokkenvakzinen, für die Onkologen jedoch

Tab. 2 (Fortsetzung)**D: Kooperation mit anderen Versorgern**

Fortführung der Kooperation mit Haus- und Fachärzten in der Pandemiesituation	„Es gab bei uns Fachärzten tatsächlich keine Probleme. Alle haben durchgearbeitet. Alle haben entsprechend Schutzmaßnahmen ergriffen, und ich kenne keinen, der auch nur irgendwie von der Fahne gegangen ist.“ (Interview 9, 77) „Und in dieser COVID-Zeit war das eben schon sehr angenehm, dass viele Praxen dann halt eben die Werte abgenommen haben und haben uns das gefaxt. Das verändert dann die Arbeitsstruktur, weil man ja man muss die Werte dann abgleichen und hat eine andere Art von Arbeit, das hat man sonst direkt mit dem Patienten besprochen. Nur das denke ich ist ein positiver Nebeneffekt, dass man auch wirklich vielleicht die Ressourcen der anderen mit für sich nutzt, man muss sich nur anders organisieren. Und es ja Changemanagement ist das glaube ich.“ (Interview 1, 146)
Krankenhaus- und Hospizeinweisungen sowie Umsetzung von SAPV-Verordnungen	„Also ne, da gab es nie ein Problem. Wir haben da einfach angerufen, Formulare ausgefüllt, das alles vorbereitet und dann lief das.“ (Interview 13, 56)
Divergierende Anforderungen und unklare Zuständigkeiten bzgl. Covid-19-Tests bei Krankenhausesweisung	„Es wäre gut, wenn die [Krankenhäuser] einheitliche, sinnvolle Regelungen haben. Viele Krankenhäuser haben keine sinnvollen Regelungen, finde ich.“ (Interview 8, 188)
Belastungen durch Besuchseinschränkungen für Angehörige von stationär versorgten Patienten sowie Praktikierverbote für medizinnahe Therapeuten	„... wir dürfen in die Heime nicht rein und das Ehrenamt ist auch komplett eingeschlafen. Das hospizliche Ehrenamt ist ja auch komplett weg gewesen plötzlich.“ (Interview 04, 127)
E: Zusammenarbeit mit und Unterstützung durch ÖGD und KV	
Unklare Testprozedere bei Infektionsverdacht unter Patienten und Personal	„Was wir auch brauchen, ist, Kapazitäten schnell zu testen, um sowohl beim Personal als auch beim Patienten ausschließen zu können, dass er befallen ist.“ (Interview 09, 125)
Patientenseitige Mängel bei Verständnis und Compliance bei Quarantäneanordnungen	„Also da denke ich mir, muss mehr/da denke ich muss man auch mal sagen: Das ist wichtig und auch wenn es bisher keinen Fahrdienst des Gesundheitsamtes gab, da muss so ein Fahrdienst her, der so eine relevante Information auch vor Ort lässt sozusagen. Dass der Patient das dann in der Hand hat und es A nochmal langsam durchlesen kann und B dem nächsten auch zeigen kann sozusagen, als Nachweis.“ (Interview 04, 39)
F: Finanzieller Mehraufwand für Personal und Material	
Temporäre Nichtverfügbarkeit von bzw. unverhältnismäßige Preissteigerungen bei Masken, Schutzkleidung und Aerosolbarrieren	„... die FFP-2-Masken abends mit nach Hause genommen und gewaschen und gebügelt und am nächsten Tag wieder angezogen. So wurde damit verfahren.“ (Interview 09, 29) „Das hat sich etwas verschärft, weil dann eben die Lieferketten auch unterbrochen waren. Weil eben in der Tat viele von diesen Medikamenten in Asien eben produziert werden.“ (Interview 05, 111)
Koordinationsmängel und bürokratische Hürden bei der Verteilung von Infektionsschutzmaterial durch KV	„Also wir haben zum Teil, wir hatten immer ein, zwei Tage, wo wir dachten, mmh, mmh, Aber dann kam tatsächlich von der KV was an, so eine Kiste. Und eben vor allem die Mund-Nasen-Schutz- und FFP2-Masken auch. Aber auch Kittel dabei waren. Also eigentlich, war es, was das angeht, nicht wirklich eine Knappheit.“ (Interview 11, 52) „Das ist natürlich die Vorratshaltung, dass die entsprechenden Firmen bzw. die KV da ein Auge drauf hat. Das ist denke ich das Wichtigste überhaupt ..., das darf so nicht mehr vorkommen.“ (Interview 12, 77)
Mehrkosten durch Lohnfortzahlungen für in häusliche Bereitschaft entsandtes Personal	„Wenn Sie das jetzt mit Stunden berechnen, werden Sie herausbringen, dass das für die Angestellten – und das haben wir denen auch gesagt – bei gleichbleibendem Lohn, die wurden nicht reduziert, 20 h weniger Arbeit waren in 2 Wochen. Das ist nicht wenig. Und die mussten aber die andere Woche auch zur Verfügung stehen, wenn etwas passiert wäre und das Gesundheitsamt hätte und irgendwie dicht gemacht wegen Corona-Fällen oder sowas, dann hätten wir natürlich mit der Gruppe 2 weitermachen können.“ (Interview 09, 131)

meist an die Hausärzte verwiesen. Bei vorhandenen eigenen Laborkapazitäten wurden Personal und, bei begründetem Verdacht, Patienten in den Praxen auf COVID-19-Infektionen getestet (Tab. 2, C).

Kooperation mit anderen Versorgern

Die Zusammenarbeit mit Haus- und anderen Fachärzten wird von den Befragten rückblickend als weitestgehend problemlos und kollegial beschrieben. Positiv gesehen wird die mancherorts praktizierte Übernahme der Blutentnahme für Routinelaboruntersuchungen durch Hausärzte. Durch etablierte Netzwerke

und persönliche Kontakte konnten notwendige Krankenhaus- oder Hospizeinweisungen sowie Verordnungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) ausnahmslos realisiert werden.

Probleme bereiteten divergierende Anforderungen und unklare Zuständigkeiten in Bezug auf COVID-19-Test. Von Krankenhäusern seien elektive Eingriffe teilweise abgesagt worden. In Arzt-Patienten- und Angehörigen-Gesprächen

haben sich Sorgen und Belastungen über Besuchsverbote in Krankenhäusern und Heimen offenbart. Hier und bei dem zeitweiligen Praktikierverbot für medizinnahen Therapeuten sei „über das Ziel hinausgeschossen worden“ und „Schaden“ entstanden, was künftig zu vermeiden sei (■ Tab. 2, D).

Zusammenarbeit mit und Unterstützung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und Kassenärztliche Vereinigungen (KV)

Die erste pandemische Hochphase im Frühjahr 2020 wurde auch vor dem Hintergrund mangelnder Erreichbarkeit und fehlender Informationen von KV und dem ÖGD von den Interviewten als „sehr intensiv“ beschrieben. Die lokalen Gesundheitsämter (GesA) wurden offenbar häufig als überfordert und überlastet erlebt. Den Aussagen zufolge standen bei den GesA nicht ausreichend infektiologisch geschulte Ansprechpartner zur Verfügung. Einzelne Befragte loben jedoch auch die schnelle Reaktion und fundierte Informationspolitik der GesA. Als Herausforderung werden unklare Testprozedere bei Infektionsverdacht sowohl bei Patienten in Palliativsituationen wie auch bei medizinischem Personal angeführt. Beide Gruppen seien im Rahmen zukünftigen Pandemiegeschehens bei Testungen zu priorisieren. Zudem wird von den Befragten neben der schriftlichen eine zusätzliche persönliche Übermittlung von Quarantäneanordnungen der GesA sowie die routinemäßige Information behandelnder Ärzte bei positiven Testbefunden ihrer Patienten favorisiert (■ Tab. 2, E).

Finanzieller Mehraufwand für Personal und Material

Bei den Onkologen entstanden Frustrationen und finanzieller Mehraufwand besonders am Anfang der ersten pandemischen Hochphase im Frühjahr 2020 im Zusammenhang mit der Beschaffung von Masken, Schutzkleidung, Aerosolbarrieren und Desinfektionsmitteln. Für Unmut sorgten enorme Preissteigerungen für „Pfennigartikel“ (Masken,

Schutzkleidung, Desinfektionsmittel). Der dadurch entstandene betriebswirtschaftliche Schaden für die Praxen hielt sich jedoch offenbar zumeist in Grenzen. Mehrkosten seien durch Lohnfortzahlungen für in häusliche Bereitschaft entsandtes Personal entstanden. Die interviewten Onkologen erwarten hierfür eher keine Kompensation für Mehrkosten, betrachten die Kosten als ihren Beitrag zur Krisenbewältigung bzw. kritisieren Kollegen, die Kompensationsforderungen stellen, wollen dies jedoch für zukünftige Ereignisse geregelt sehen. Ähnlich wie bei wiederkehrenden Lieferengpässen bei essenziellen onkologischen Medikamenten [11] fordern sie, auch die Verfügbarkeit von Infektionsschutzmaterial durch inländische oder innereuropäische Produktion sicherzustellen. Ungeachtet einzelner Berichte über die improvisierte Produktion von Desinfektionsmitteln durch lokale Apotheken oder die Wiederverwendung von (z. T. in Autoklaven sterilisierter) Einwegschutzausrüstung wollen sie die Bevorratung und Verteilung essenzieller Medikamente und Infektionsschutzmaterialien für pandemische Situationen durch ÖGD, KV und Zentralapotheken gesichert wissen (■ Tab. 2, F).

Diskussion

Die Ergebnisse dieser qualitativen Interviewstudie deuten darauf hin, dass die ambulante Versorgung onkologischer Patienten unter palliativer Therapie in onkologischen Praxen unter Pandemiebedingungen weitestgehend ohne Qualitätsverluste funktioniert hat. Diese Einschätzung wird mit Einschränkung auch von der gemeinsamen *Task Force* des Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ), der Deutschen Krebshilfe (DKH) und der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) geteilt. Sie befürchtet allerdings eine „Bugwelle“ von Patienten durch ausgesetzte Abklärungs- und Früherkennungsuntersuchungen [4]. Einer Einschätzung aus der Spitze des BNHO zufolge ist für das 2. Quartal des Jahres 2020 von einem Rückgang der Scheinzahlen wegen Terminverschiebungen sowie einer Zunahme von intravenösen Chemotherapien in onko-

logischen Praxen auszugehen [9]. Diskutiert wird aktuell, inwiefern mit jeder Terminverschiebung das Risiko gravierender gesundheitlicher Folgen durch sich potenzierende Behandlungsverzögerungen steigt. Hierauf weist auch die *Task Force* von DKFZ, DKH und DKG hin und appelliert an die Patienten, verschobene Abklärungs- und Therapietermine schnellstmöglich nachzuholen. Den Versorgungseinrichtungen wird geraten, ihre Kapazitäten durch regionale Koordinierungsstellen zu steuern. Diese sollten an den Krebszentren angegliedert werden (vgl. erneut [2]). Von besonderer Bedeutung ist deshalb eine adäquate Risikokommunikation gegenüber Patienten, wobei pandemiebedingte und andere gesundheitliche Risiken in Beziehung zu setzen sind.

Die befragten Onkologen haben sich nach anfänglichen Unsicherheiten in ihren Praxen schnell auf die Pandemiesituation eingestellt (ähnlich [12]). Mit den berichteten Veränderungen wurden offenbar adäquate Infektionsschutzmaßnahmen umgesetzt. Auch die ohnehin erhöhte Sensibilität für Hygienemaßnahmen vieler onkologischer Patienten und des Personals kann hierbei hilfreich gewesen sein. Als Achillesferse hat sich das enge Personalportfolio der Praxen herausgestellt. Auch Gemeinschaftspraxen mit größerem Personalstamm konnten Schichtmodelle nicht oder nur temporär umsetzen. Die für viele Patienten zwingend notwendige Behandlungskontinuität [8] sowie Lösungsstrategien für den Fall eines dennoch möglichen Lockdowns einzelner onkologischer Praxen müssen in Pandemieplänen berücksichtigt werden. Priorisiertes Testen sowie klare Prozedere für infektionsverdächtige und positiv getestete Mitarbeiter und Patienten gehören dazu. Zu prüfen ist ferner, ob Reservistenlisten mit aktuell nicht aktivem oder bereits im Ruhestand befindlichem Fachpersonal hilfreich sein können. Die Arbeit spezialisierter Versorgungsbereiche, wie der ambulanten Onkologie, muss auch in einer Pandemiesituation gesichert sein.

Das Tragen von MNS sowie die Exklusion von Angehörigen zur Senkung des Infektionsrisikos haben sich als Kommunikationsbarrieren herausge-

stellt. Gleichzeitig war es wichtig, erkrankungs- und pandemiebedingte Ängste zu adressieren (vgl. auch [12]). Das Ausweichen auf telefonische Kontakte hat sich bewährt. Die (bessere) Wahrnehmbarkeit nonverbaler Kommunikationsinhalte spricht jedoch dafür, dass die Praxen im Rahmen der Therapieüberwachung und Angehörigenkommunikation (nicht nur in Pandemiesituationen) zukünftig auch telemedizinische Anwendungen nutzen sollten. Durch generationale Effekte ist perspektivisch mit einer Steigerung der Nutzerkompetenz bei Patienten und ihren Angehörigen zu rechnen. Auch werden videogestützte Konsultationen, beispielsweise in der Psychotherapie, längst erfolgreich eingesetzt (im Überblick [3]). Neben der (derzeit) gewährleisteten Abrechenbarkeit [6] sind technische und datenschutzrechtliche Anforderungen geregelt [2]. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung stellt eine Liste zertifizierter Videodienstleister bereit [5].

Positive Rückmeldungen zur Kooperations-, Überweisungs- und Verordnungspraxis sprechen für die Funktionsfähigkeit und Stabilität der professionellen Netzwerke vor Ort. Die mancherorts praktizierten wohnortnahen Laborkontrollen und Bildgebungen (vgl. auch [12]) haben zudem Eingang in die Leitlinien der Fachgesellschaften für die Therapie von onkologischen Patienten mit Covid-19-Infektionen gefunden [8]. Unsere Ergebnisse stützen die Reaktivierung paneuropäischer Produktionskapazitäten für essenzielle Medikamente und Infektionsschutzmaterialien sowie deren zentrale Bevorratung und Verteilung.

Stärken und Limitationen der Arbeit

Aufgrund des qualitativ-explorativen Studiendesigns ist die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Die empfehlungsgeleitete Rekrutierung begünstigt die Teilnahme von besonders interessierten und engagierten, den zeitlichen Aufwand für die Interviews deshalb eher in Kauf nehmenden Onkologen. Dies kann mit einer Verzerrung zugunsten einer zu positiven Beschreibung der Versorgungssituation

verbunden sein. Dennoch bieten die Daten viele Anknüpfungspunkte für die Pandemievorsorge in der ambulanten Onkologie. Die spezifische Versorgung onkologischer Patienten in palliativen Behandlungssituationen lässt sich oftmals nicht getrennt vom allgemeinen Praxisalltag betrachten.

Fazit für die Praxis

Die Hygienepläne und Maßnahmen der onkologischen Praxen haben sich als praktikabel und reaktivierbar erwiesen. Die ambulante Versorgung von Patientinnen in Palliativsituationen wurde aufrechterhalten. Allerdings könnte den der Pandemiesituation geschuldeten Einschränkungen bei der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen durch eine stärkere Verwendung digitaler Lösungen (z. B. Videosprechstunden) begegnet werden. Zudem muss die Pandemievorsorge zukünftig Wege aufzeigen, wie die Praxen Niedergelassener im Ernstfall beim Umgang mit hygienebedingtem Mehraufwand sowie diesbezüglichen Mitarbeiter- und Patientenschulungen unterstützt und Patienten vor negativen Auswirkungen von Besuchs- und Praktikerverboten ihrer Angehörigen und Therapeuten geschützt werden können. Neben zusätzlichen finanziellen und personellen Ressourcen ist die Entwicklung pandemiegerechter Besuchs- und Therapiekonzepte für Pflegeeinrichtungen und Häuslichkeit gefragt.

Korrespondenzadresse



Jan P. Weber
Institut für Allgemeinmedizin,
Medizinische Hochschule
Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1,
30625 Hannover,
Deutschland
weber.jan@mh-hannover.de

Danksagung. Wir bedanken uns bei allen teilnehmenden Onkologen für ihre Unterstützung des Projekts und ihre engagierte Studienteilnahme trotz der COVID-19-Pandemie.

Förderung. Dieses Projekt wird gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung im Rahmen des Netzwerks Universitäts-

medizin (Laufzeit: 01.08.2020–31.12.2021;FKZ: 01KX2021).

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J.P. Weber, J.M. Tielker, N. Kaman, S.T. Simon, C. Bausewein, S. Stiel und N. Schneider geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Von allen an der Befragung Beteiligten liegt eine schriftliche Einverständniserklärung vor. Ein positives Ethikvotum (Nr. 9232_BO_K_2020 vom 24.07.2020) für das Projektvorhaben wurde von der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover erteilt.

Literatur

- (1989–2016) MAXQDA. Software für qualitative Datenanalyse. VERBI Software Consult Sozialforschung GmbH, Berlin
- https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_31b_Videosprechstunde.pdf. Zugegriffen: 26. Febr. 2020
- Haun MW, Hoffmann M, Tönnies J, Dinger U, Hartmann M, Friederich H-C (2020) Videokonsultationen durch Psychotherapeuten in Zeiten der COVID-19-Pandemie: Wirksamkeit, Gestaltung des Settings und erste Erfahrungen aus einer Machbarkeitsstudie sowie mit dem Routineangebot im Krankenhaus. Psychotherapeut. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00438-6>
- <https://www.ciobonn.de/aktuelle/termine/176-aktuelle/news/archiv/news-archiv-2020/385-onkologische-versorgung-waehrend-der-covid-19-pandemie>. Zugegriffen: 26. Febr. 2021
- https://www.kbv.de/media/sp/Liste_zertifizierte-Videodienstleister.pdf. Zugegriffen: 26. Febr. 2021
- https://www.kbv.de/media/sp/Videosprechstunde_uebersicht_Verguetung.pdf. Zugegriffen: 26. Febr. 2020
- <https://www.netzwerk-universitaetsmedizin.de/projekte/pallpan>. Zugegriffen: 26. Febr. 2021
- <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/coronavirus-infektion-covid-19-bei-patienten-mit-blut-und-kreberkrankungen/@guideline/html/index.html>. Zugegriffen: 26. Febr. 2021
- Knauf W (2020) Niedergelassene Onkologen sind und bleiben für ihre Krebspatienten da. InFo Hämatol Onkol 23(10):82–83
- Kuckartz U (2016) Grundlagentexte Methoden, 3. Aufl. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
- Wörmann B, Lüftner D (2017) Arzneimittelengpässe am Beispiel der Hämatologie und Onkologie. Mit Übersicht zur Situation in anderen Fachgebieten. Gesundheitspolitische Schriftenreihe der DGHO, Bd. 9. Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie, Berlin
- Wörmann B, Rührich MM, Einsele H, Tamm I, de Wit M, Trümper L, von Lilienfeld-Toal M (2020) COVID-19 und Onkologie: Anpassungsfähiges System. Dtsch Arztebl 117(33-34):27–29. <https://doi.org/10.3238/PersOnko.2020.08.17.07>