

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Impressum	2
Programmübersicht	3
Strahlentherapie in der Palliativsituation	7
Qualitätsmanagement in der Pflege	8
Der multimorbide Patient in der stationären radioonkologischen Behandlung	12
Nebenwirkungsmanagement beim jungen und alten Patienten	14
Ethische Konflikte im Kontext Palliative Care	16
Angst und Trauer bei Angehörige onkologisch erkrankter Menschen	17
Ethischen Fallbesprechung- am Beispiel Diakoniekrankenhaus Rotenburg	19

Notizen

Programm Pflegekongress BVPRO 2010 Magdeburg

Freitag, 04.06.2010		
11.00-12.00	Vorstandssitzung BVPRO	Vorstand BVPRO
13.30-13.45	Begrüßung BVPRO Vorstand DEGRO-Vorstand Kongresspräsidenten	
	Medizin Update: HNO-Tumore Moderation: F. de la Fuente, Heidelberg D. Haßmann, Magdeburg	
13.45-14.15	Radioonkologische Behandlung von HNO-Tumoren	H. Würdehoff, Magdeburg
14.15-14.45	Hautpflege während der Radiatio	U. Ueberschaer, Heidelberg
14.45-15.15	Tracheostoma-Management während der Radiatio	S. Staps, Magdeburg
15.15-15.45	Kaffeepause	
15.45-16.15	Orale Mukositis - Empfehlungen zur Prävention und Behandlung	A. Beylich, Pinneberg
16.15-16.45	Gestörtes Körper- und zerbrochenes Selbstbild	I. Nothdurft, München
20.00-23.00	Gesellschaftsabend	

Samstag 05.06.2010		
09.00-10.00	<p>Gemeinsame Veranstaltung aller Berufsgruppen:</p> <p>Wie komme ich mit dem Schicksal meiner Patienten zu Recht?</p> <p>Moderation:</p> <p>A. Kleine, Kassel</p> <p>M. Köhler, Magdeburg</p>	
10.00-10.30	Kaffeepause	
	<p>Pflegealltag im Focus</p> <p>Moderation:</p> <p>U. Kopp, Freiburg</p> <p>A. Rohleder, Heidelberg</p>	
10.30-11.00	Ist die protektive Isolation bei Neutropenie noch zeitgemäß? - Neue Erkenntnisse -	M. Eikenberg, Fulda
11.00-11.30	Sport als Krebsprävention - Welche Rolle hat regelmäßiger Sport?	J. Wiskemann, Heidelberg (angefragt)
11.30-12.00	Arzneimitteltherapiesicherheit als Aufgabe der Fachpflegenden – Ergebnisse einer Patientenumfrage	S. Münster, Fulda
12.00-13.00	Mittagspause	



Wir vertreten die Interessen aller Pflegenden in der Radioonkologie

Unser Angebot für Mitglieder

- Information- und Erfahrungsaustausch
- Leitlinien, Empfehlungen, Standards
- Kongresse
- Fortbildungsveranstaltungen
- Interessenvertretung auf allen politischen Ebenen
- Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Wir wollen etwas bewegen.
Damit wir das können
brauchen wir **SIE**

PROFITIEREN SIE VON DEN VORTEILEN

WERDEN SIE MITGLIED

www.bvpro.org

- Aufeinander hören
- Geduld miteinander haben
- Fragen darf jeder
- Am konkreten Fall bleiben
- Keine Monologe
- Keine moralischen vorschnellen Bewertungen
- Kein Tadel, keine Zurechtweisung oder Besserwisserei

Folgende Ziele wurden angestrebt:

- Steigerung der Fachkompetenzen
- Steigerung der Methodenkompetenzen
- Steigerung der Sozialkompetenzen
- Steigerung der Personalen Kompetenzen
- Steigerung der Handlungskompetenzen

In einem späteren Fazit wurden die Erwartungen weit übertroffen. Wir haben gelernt, wie wir die Dialogbereitschaft fördern können, die Hierarchien abbauen, die Mitarbeiter motivieren, wie wir kooperativ miteinander umgehen, wie wir wieder Patienten besser versorgen und wir uns zu einem Medizinethischen Kompetenzzentrum entwickeln können.

Samstagnachmittag, 05.06.2010		
13.00-14.00	Mitgliederversammlung BVPRO mit Wahlen	Vorstand BVPRO
	Freie Vorträge Moderation: K. Meier, Hannover B. Lebert, Heidelberg	
14.00-14.30	Vorstellung des Protonentherapiezentrum Heidelberg	D. Habermehl Heidelberg
14.30-15.00	Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und Pflege in der Onkologie	B. Lebert, Heidelberg
15.00-15.30	Wie viel Verantwortung hat die Pflege im Schmerz-Management?	D. Wechselmann, Hannover
15.30-16.00	Kaffeepause	
16.00-16.30	Pflegekammer und dann?	M. Mantwill, Hannover
16.30-17.00	Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund	M. Nekoui, Mannheim
20.00-21.15	Orgelkonzert	

Sonntag 14.06.09		
	Freie Vorträge Moderation: Frau U. Kopp, Freiburg Fr. M. Ohrmann, Marburg	
09:00-09:30	Gedanken zur Zeit - Zeit in unserem Erleben	Fr. K. Gerberding Marburg
09:30-10:00	Grundlagen der Antikörpertherapie	Hr. A.Kuenemund, Freiburg
10:00-10:30	Neue Aufgabenfelder für Pflegende in der Onkologie - Beispiel England	Fr. H. Pundt, Bremen
10:30-11:00	Kaffeepause	
11:00-11:30	Schmerzmanagement in der Pflege- Professionalität und Sensibilität	Fr. E. Krull Goslar
11:30-12:00	Ethischen Fallbesprechung - am Beispiel Diakoniekrankenhaus Rotenburg	Hr. A. Möller, Rotenburg
	Kongressende	

Ethischen Fallbesprechung - am Beispiel Diakoniekrankenhaus Rotenburg

Andreas Möller

Pflegedirektor, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Wümme gGmbH
Geschäftsführer, Akademie für Erfolg in der Pflege GbR
Oldenhöfener Weg 2, 27356 Rotenburg

In den Ethikseminaren unter Prof. Baitsch wurden Ideen entwickelt, die bestehenden Instrumente zu einem hausübergreifenden einheitlichen Konzept einer Institutionenethik zusammenzufassen und dieses als spezifische Qualität unseres Hauses darzustellen. Durch die Beteiligung von allen Berufsgruppen wurden Fördermittel der Robert-Bosch-Stiftung zur Verfügung gestellt.

Die Einführung von ethischen Fallbesprechungen hat die Kommunikation einer ganzen Klinik verändert. Ausgangspunkt war ein Chefarztwechsel. Die Klinik des scheidenden Chefarztes war geprägt durch hierarchische Strukturen wie zu „Sauerbruchs Zeiten“. Ein Zitat aus der damaligen Zeit soll hier den Umgangston in der Klinik verdeutlichen: „Tatsächlich konnte man die Launen des Chefarztes schon auf dem Flur wahrnehmen und jeder, der nicht angeraunt wurde, musste sich hinterfragen, ob er überhaupt wahrgenommen wurde.“ ...

Dieser Kommunikationsstil führte zu Anpassung, Angst, Resignation, Fluktuation und Nachahmung!

In den ethischen Fallbesprechungen wurden allgemeine Regeln für die Kommunikation aufgestellt, von denen jeder nur eine wage Ahnung hatte, was sie den bedeuten würden.

- Achtung des / der Anderen
- Keine Titel

Das setzt allerdings voraus dass die Pflege sich mit der Thematik der Angehörigenbegleitung beschäftigt und mit Fragen wie:

- Was ist Trauer und wie lässt sich Trauer begleiten?
- Woher rührt Angst und wie kann man entgegen wirken?
- Welche Besonderheiten sind bei Kindern zu beachten?
- Welche Interventionsmöglichkeiten gibt es?

Unerlässlich für die Begleitung anderer Menschen im Trauerprozess ist zudem die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema Tod und Sterben. Denn nur dies kann zur Entwicklung der eigenen Meinung, Haltung und Einstellung führen.

Strahlentherapie in der Palliativsituation

Dr. med. Voica Ghilescu

Chefärztin der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie in Heidenheim an der Brenz

Schloßhaustraße 100, 89522 Heidenheim

Fortschritte in der onkologischen Behandlung führen bei einer zunehmenden Zahl von Tumorerkrankten zu einer Verlängerung der Krankheitsdauer. Progredientes Tumorwachstum, verbunden mit unterschiedlichen Metastasierungsformen, sind häufig verbunden mit direkten und indirekten, tumorbedingten Symptomen. 70% aller Tumorpatienten brauchen im Verlauf ihrer Erkrankung eine palliative Strahlentherapie. Für diese Patienten hat die Palliation die Aufgabe, Symptome zu lindern und die Lebensqualität zu verbessern und zu erhalten.

Die Ziele der palliativen Strahlentherapie bei Tumorpatienten sind die effektive und anhaltende Schmerzkontrolle, die Beseitigung von tumorbedingten Beschwerden, die Lebensverlängerung und die Hoffnung des Patienten auf Besserung der Erkrankung, ohne dass sich die Lebensqualität verschlechtert.

Um diese Ziele zu erreichen, werden alle Formen und Techniken der Strahlentherapie eingesetzt und die Dauer der Behandlung so gewählt, dass das Verhältnis der Therapiezeit zur Lebenserwartung der Patienten günstig ist.

Am häufigsten wird die Indikation zu einer palliativen Bestrahlung bei Knochenmetastasen (60%) gestellt, insbesondere um Schmerzen zu lindern, die Frakturgefahr zu beseitigen, die Pflege zu erleichtern und die Mobilität des Patienten zu erhalten.

Hirnmetastasen treten bei ca. 20-30% der Patienten mit Tumorerkrankungen auf. Sie führen u.a. zu Kopfschmerzen, Krampfanfällen, Wortfindungs- und Orientierungsstörungen.

Mit Hilfe der Strahlentherapie kann bei 55-80% der Patienten die Beseitigung oder eine erhebliche Besserung der Symptome erreicht werden.

Aderhautmetastasen, Lokalrezidive des Rektumkarzinoms, obere Einflußstauung, Rückenmarkverengungen, Lebermetastasen, blutende Tumore in den Bronchien, im Ösophagus, im Corpus- und in der Zervix Uteri, Tumorkompressionssymptome, Abflußbehinderungen, mutilierende Tumore sind häufig mit dem Einsatz einer palliativen Bestrahlung zu beseitigen.

Die Palliative Strahlentherapie muss für den Patienten wenig belastend sein und soll rasch ihre Wirkung entfalten.

Angst und Trauer bei Angehörigen onkologisch erkrankter Menschen

Sarah Marquardt,

Fachkrankenschwester für Onkologie, Krankenschwester auf der Palliativstation,
Klinikum Links der Weser, Senator- Weßling- Str. 1 28277
Bremen

90% aller Menschen wünschen sich Umfragen zufolge zuhause in vertrauter Umgebung zu sterben inmitten der ihnen nahe stehenden Personen, die sie begleiten, umsorgen und ins Alltagsleben einbinden. 70-80% der Menschen sterben heute allerdings in Krankenhäusern, Pflegeheimen oder ähnlichen Einrichtungen und werden dabei von professionellen Pflegekräften versorgt. Die Pflege fokussiert sich häufig jedoch ausschließlich auf die Patienten und vernachlässigt die Einbindung der Angehörigen. Dabei sind es die Angehörigen, die dem Patienten die notwendige private und emotionale Unterstützung geben. Durch soziale Einbindung und durch Vermittlung des Gefühls der Vertrautheit verbessert sich das Wohlbefinden des Patienten und die Compliance wird gesteigert.

Die Phase des Sterbens löst bei vielen Angehörigen große Unsicherheit und existentielle Ängste aus, denn im Gegensatz zu professionellen Pflegenden sind sie nicht täglich mit dieser Ausnahmesituation konfrontiert. Aufgabe der Pflege ist es hier die Angehörigen in ihren Ängsten und ihrer Trauer zu begleiten und zu unterstützen.

Ethische Konflikte im Kontext Palliative Care

J. Gattermann

Diplom-Berufspädagoge (Pflegewissenschaft),
Leiter der Fachweiterbildung Onkologie und von Palliative Care-
Lehrgängen, Klinikum Bremen-Mitte, IBF
Aktuell: Berater für Ethik im Gesundheitswesen

Im Kontext von Palliative Care nimmt das Thema Ethik einen hohen Stellenwert ein. Dies begründet sich bereits durch die Zielsetzung Betroffene in ihrer Autonomie und Würde bis zuletzt zu unterstützen. Doch auch wenn das Behandlungsziel klar als palliativ deklariert ist, kommt es immer wieder zu Konflikten.

Im Verlauf des Vortrags werden typische ethische Konfliktfelder im Palliative Care-Kontext vorgestellt. Diese beziehen sich u.a. auf unterschiedliche Interpretationen hinsichtlich des definierten Therapiezieles, Unklarheiten bezüglich des Begriffes der Lebensqualität, die Rolle der Angehörigen und verschiedene Fragen zu (Pflege-) Themen wie Lagerung, Ernährung oder Obstipation. Neben praktischen Beispielen zur Verdeutlichung der vorgestellten Problematik werden mögliche Lösungsansätze präsentiert.

Literatur:

Bartels, Sandra (2006): „Verbesserung der Lebensqualität – ein klares Ziel?“. In: Pflegezeitschrift 5/2006, 291-294.

Beck, Dietmar (2008): „Der onkologische Patient“. In: Cekib (2008): Fernlehrgang – Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen, Nürnberg, Modulordner 2.

Kern, Martina/ Ostgathe, Elke (2008): „Palliative Care“. In: THIEMES Onkologische Pflege, 359-376.

Rumbke, Carsten (2009): „Er muss doch wenigstens etwas trinken“. In: pflegen:palliativ 2/2009, 20-23.

Paul Enders

Leiter der Selbsthilfegruppe Prostatakrebs Rhein-Neckar e. V.
Stv. Vorsitzender des BPS (Bundesverband Prostatakrebs
Selbsthilfe e. V.) Mozartstr. 3 74909 Meckesheim

Eine Selbsthilfegruppe für an Prostatakrebs Erkrankte weist Parallelen aber Besonderheiten gegenüber anderen Selbsthilfegruppen auf.

„Informieren, Helfen, Einfluss nehmen“ lauten die Schlagworte, welche in kurzer Form die Ziele des Bundesverbandes Prostatakrebs Selbsthilfe kennzeichnen. „Selbsthilfe macht selbstbewusst, Krankheitsbewältigung durch Information und Erfahrungsaustausch in Fachvorträgen und Gesprächen“ Diese Worte finden sich auf der Stellwand des Informationsstandes der SHG Prostatakrebs Rhein-Neckar.

Wege, wie diese Ziele verwirklicht werden, sollen an Hand der Aktivitäten einer Selbsthilfegruppe und ihres Bundesverbands aufgezeigt werden.

Qualitätsmanagement in der Pflege

U. Ueberschaer

Exam Krankenschwester, Heilpraktikerin, Qualitätsmanagerin in Gesundheits- und Sozialwesen, Pflegedienstleiterin Kinderhospiz, Heidelberg

Würde man gegenwärtig einen für alle Bereiche der Arbeit in der Pflege einen verbindenden Begriff suchen, so kämen dafür sicherlich die Begriffe Qualität, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement in Betracht. Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind in vielen Mündern. Allerdings gibt es über die Begriffe unterschiedliche Auffassungen und Sichtweisen; z. T. lösen sie auch Unsicherheit und Ängste aus.

Doch eines scheint sicher: Die Diskussionen über die Qualität der zu erbringenden Dienstleistungen, stärkere Kundenorientierung sowie mehr Transparenz über Leistungen und Kosten machen vor keinem Arbeitsbereich mehr halt. Sie verdeutlichen, dass Qualität beschrieben, gesichert und fortentwickelt werden muss. Natürlich gab es auch schon bisher Qualität in der sozialen Arbeit. Das Neue an der Qualitätsdiskussion ist aber deren Rigorosität, mit der inzwischen viele gesetzlichen Vorhaben - wie z. B. die Pflegeversicherung - ausdrücklich eine Qualitätssicherung vorsehen und damit ein Qualitätsmanagement verlangen.

Ein Weg dazu wird für den Bereich der Pflege hier vorgestellt. Dabei wird auf die gestiegenen Anforderungen im Hinblick auf die Qualitätssicherung verbunden mit den spezifischen Aufgaben in der Pflege, wie z.B. bei unterschiedliche QM-Systeme, Zertifizierungs- und Bewertungssysteme, Prozessmanagement usw. eingegangen.

Bei einigen Chemotherapien sollte ggf. aufgrund des höheren Alters mit reduzierter Dosis behandelt werden.

Des Weiteren muss insbesondere bei älteren Patienten bei der Behandlung von Nebenwirkungen die Begleitmedikation berücksichtigt werden. Eine Verringerung der Radiotherapiedosis ist aus tumorbiologischen Gründen nicht sinnvoll. Bei höherem Alter oder reduziertem Allgemeinzustand kann ggf. eine Anpassung der Bestrahlungsfraktion im Sinne einer Hypofraktionierung zur Verringerung der Behandlungszeit sinnvoll sein. Grundsätzlich besteht auch bei älteren Patienten keine Kontraindikation zur Radio- und/oder Chemotherapie. Die Lebenserwartung einer 80-jährigen Patientin mit durchschnittlichem Komorbiditätslevel liegt zum Beispiel noch bei ca. 8,5 Jahren, nach Primärdiagnose einer onkologischen Erkrankung ohne Therapie aber nur bei wenigen Monaten, daher ist die Einleitung einer onkologischen Therapie unverändert sinnvoll.

Daniela Trog

Fachärztin für Strahlentherapie
Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie,
Werler Str. 110, 59063 Hamm

Unter einer Supportivtherapie versteht man unterstützende und begleitende therapeutische Maßnahmen, um das Auftreten unerwünschter Nebenwirkungen unter einer onkologischen Therapie zu verhindern oder zu minimieren. Ziel einer adäquaten Supportivtherapie ist die Optimierung der Voraussetzungen zur Durchführung einer Behandlung, um dadurch die angestrebten Behandlungsergebnisse zu verbessern. Darüber hinaus soll aber auch die Lebensqualität der Patienten erhalten oder gesteigert werden bzw. sollen tumorbedingte Symptome gelindert werden. Eine Supportivtherapie ist abhängig von den auftretenden bzw. zu erwartenden Symptomen, deren Intensität und Zeitverlauf sowie der zugrunde liegenden Pathogenese. Bei multimodalen Therapiekonzepten kommt es oftmals zur Potenzierung von Nebenwirkungen. Grundsätzlich sollte bei schweren Nebenwirkungen im Rahmen von multimodalen Therapiekonzepten die Chemotherapie primär reduziert werden oder eine Pausierung erfolgen, eine Unterbrechung der Radiotherapie ist aufgrund der Gefahr einer Repopulierung möglichst zu vermeiden. Das Management der Nebenwirkungen orientiert sich vorrangig nach den organspezifischen Symptomen und nicht nach dem Alter des Patienten. Ferner ist bei älteren Patienten bei der Indikationsstellung zur Therapie nicht das biologische Alter sondern vielmehr der Allgemeinzustand und die begleitenden Nebenerkrankungen entscheidend.

14

Generell gilt aber: Qualität hat ihren Preis. Die allgemein in der politischen Diskussion heute gängige Formel: „Weniger Geld,

mehr Qualität“ muss deshalb kritisch hinterfragt werden. Qualitätssicherung darf nicht allein unter dem Diktat von Einsparungen und Kürzungen stehen.

Der multimorbide Patient in der stationären radioonkologischen Behandlung

11

Dr. Andreas Meyer

Oberarzt Strahlentherapie und spezielle Onkologie der MHH Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover

Durch die soziodemographische Entwicklung ist in den nächsten Jahren von einer deutlichen Zunahme älterer Patienten > 65 Jahre mit einer Krebserkrankung auszugehen. Auf die Lebenszeit berechnet beträgt das Risiko der Erkrankung an einem bösartigen Tumor ca. 40 %. Dabei stellen Krebserkrankungen neben den Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache in der westlichen Welt dar, wobei mehr als die Hälfte der Patienten mit Erstdiagnose einer Krebserkrankung über 65 Jahre alt ist. Durch die heute statistisch bedingte höhere Lebenserwartung im Vergleich zu früher sollte allerdings keinesfalls auf eine adäquate Therapie bei älteren Patienten verzichtet werden. Da lokoregionäre Rezidive oftmals innerhalb der ersten 2-4 Jahre nach Therapie auftreten, sollte älteren Patienten eine Strahlentherapie nicht vorenthalten werden, da diese Rezidive vielfach noch erlebt werden.

Die auftretenden akuten Nebenwirkungen werden als Besonderheit im Alter vor allem auch durch die zugrunde liegenden Begleiterkrankungen wie z.B. eingeschränkte Lungenfunktion bei COPD, Niereninsuffizienz, Diabetes mellitus oder Herzinsuffizienz verstärkt. Wichtig vor allem bei älteren Patienten ist auch die Vermeidung einer längeren Hospitalisierung. Insbesondere sollte bei der Indikationsstellung einer Strahlentherapie im Alter eine klare Definition des

Bei der Untersuchung der strahlenbiologischen Eigenschaften bösartiger Tumore im Alter ließ sich keine geringere Heilungstendenz demonstrieren, es wird eine vergleichbare Rate an Tumorkontrolle und tumorfreiem Überleben berichtet. Weiterhin kann insbesondere im Alter durch die Strahlentherapie ein Funktionserhalt eines erkrankten Organs erreicht werden. Dabei bietet sich gerade die Strahlentherapie als ein lokales Verfahren in der Therapie bösartiger Tumore an, da sowohl in der kurativen als insbesondere auch in der palliativen Situation mit einem guten therapeutischen Verhältnis als Ausdruck der Relation von Wirkung zu Nebenwirkung zu rechnen ist, welches vor allem auch durch die technischen Entwicklungen der Geräte, präzisere Bestrahlungstechniken und Erlangung neuer strahlenbiologischer und klinischer Erkenntnisse bedingt ist.

Wichtig ist eine angepasste Supportivtherapie, die insbesondere die Begleiterkrankungen älterer Patienten mit einbezieht wie zum Beispiel Verschlechterung eines Diabetes mellitus durch Applikation von Steroiden bei einem cerebralen Ödem, wogegen das Risiko der Entwicklung von radiogenen Spätnebenwirkungen mit zunehmendem Lebensalter des Patienten in den Hintergrund tritt. Daher kann und sollte die Strahlentherapie älteren Patienten nicht vorenthalten werden aufgrund der unbegründeten Vermutung einer zu hohen Rate an Nebenwirkungen und dadurch bedingter deutlich schlechterer Verträglichkeit.