

## **Inhaltsverzeichnis**

	<u>Seite</u>	
Impressum	2	
Programmübersicht	3	
Die Aufgaben der Stomatherapeuten und die chirurgische Pflege beim Rectumkarzinom	7	
Konfliktlösung	8	
Pflegemanagement bei Hautreaktion unter Cetuximab und Radiotherapie	10	
Schmerzen - Ängste und Vorurteile im Umgang mit Opioiden	12	
Risikomanagement-Theorie und Praxis	14	
Entlassungsmanagement im stationären Bereich	16	
Wir können Ihn doch nicht verdursten lassen?	18	
Bericht über den Aufenthalt eines Kindes mit Rhabdomyosarkom in der Brachiytherapie	19	
"Komplementäre Pflegemaßnahmen mit Wickel & Co"	20	
Gesundheitsförderung – ein notwendiger Paradigmenwechsel	22	
Aktuelle Bildungsentwicklung-Chance für den Pflegeberuf	24	

## **Veranstalter:**

Österreichische Gesellschaft für Radioonkologie, Radiobiologie und medizinische Strahlenphysik (ÖGRO)  
und  
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO e.V.)

## **Kongresspräsident:**

Herr Prof. Dr. Richard Potter  
Herr Prof. Dr. Wolfgang Hinkelbein

## **Veranstalter des Pflegeprogramms:**

Berufsverband Pflegender in der Radioonkologie (BVPRO e.V.)  
Universitätsklinik für Strahlentherapie  
Allgemeines Krankenhaus Wien ,Pflege (AHK)

## **Veranstaltungsort:**

Austria Center Wien  
Bruno-Kreisky-Platz 1  
A-1220 Wien

## Programm Pflege DEGRO ÖGRO 2008 Wien

### Freitag, 02.05.2008 von 13.15-16.30 Uhr

13.15-13.20 Uhr: **Begrüßung** (Kongresspräsident, Vorsitzende der Pflegeverbände)

### Medizin update: Rectumkarzinom

(Vorsitz:; I. Kofler, Ö-Klagenfurt; F. de la Fuente, D-Schorndorf)

13.30-14.00 Uhr: **Das Rektumkarzinom aus chirurgischer Sicht**  
(A. Stift, Ö-Wien)

14.00-14.30 Uhr: **Das Rektumkarzinom aus strahlentherapeutischer Sicht**  
(A. De Vries, Ö-Feldkirch)

14.30-15.00Uhr: **Die Aufgaben der Stomatherapeuten und die chirurgische Pflege beim Rektumkarzinom**  
(E. Semijalac, Ö-Wien)

15.00-15.30 Uhr: Pause

15.30-16.00 Uhr: **Radioonkologische Pflege beim Rektumkarzinom**  
(B. Hassmann, D-Magdeburg)

16.00-16.30 Uhr: **Lebensqualität beim Rektumcarcinom**  
(G. Sarein-Hahn D-Freiburg)

Ab 17:00 Uhr Mitgliederversammlung BVPRO e.V.  
Ab 20:00 Uhr Gesellschaftsabend- *Heuriger Fuhgasslhuber*

## Samstag, 03.05.2008 von 08.30-16.00 Uhr

### Interdisziplinäre Veranstaltung: *Humor als Therapie*

(Vorsitz: W.Hinkelbein; D-Berlin; R.Pötter, Ö-Wien; L.Wagner, Ö-Wien)

08.30-09.00 Uhr: **Konfliktlösung**

- **Der Konstruktive Weg eines Konfliktgespräches**
- **Umgang mit Agression**  
(K. Kirchheiner, Ö-Wien)

09.00-09.30 Uhr: **Therapeutischer Humor  
Bewusster Einsatz von Humorinterventionen bei der Arbeit mit den Patienten**  
(S. Sassenrath, Ö-Wien)

09.30-10.00 Uhr: **Clinic Clowns - Humor als Resource**  
(E. Ernst, Ö-Wien)

10.00-10.30 Uhr: Pause

**Pflegerische Maßnahmen in der Strahlentherapie**  
(Vorsitz: K. Meier, D-Hannover; E. Komarek Ö-Wien)

10.30-11.00 Uhr: **Thromboembolie-Risiken bei Tumorpatienten**  
(A. Kranz, Ö-Wien)

11.00-11.30 Uhr: **Pflegemanagement bei Hautreaktionen unter Cetuximab +Radiotherapie**  
(J. Imself, Ö-Wien)

11.30-12.00 Uhr: **Schmerzen – Aufgaben in der Pflege und Vorurteile im Umgang mit Opiaten**  
(B. Langmaier, Ö-Wien)

- 12.00-12.30 Uhr: **Einfluss der Ernährung auf die Wundheilung**  
(U. Salomon, Ö-Wien)
- 12.30-13.30 Uhr: Mittagspause
- Organisatorische Aufgaben**  
(Vorsitz: M. Ohrmann, D-Marburg; L. Konecny, Ö-Wien)
- 13.30-14.00 Uhr: **Risikomanagement Theorie + Praxis**  
(C. Kaliner Ö-Wien)
- 14.00-14.30 Uhr: **Entlassungsmanagement im stationären Bereich**  
(L. Konecny, Ö-Wien)
- 14:30-15:00 Uhr: Pause
- Palliativ –Hospiz –u. Allg. Aufgaben**  
(Vorsitz: M. Ohrmann, D-Marburg; L. Konecny, Ö-Wien)
- 15:00-15:30 Uhr: Hospizarbeit in Österreich  
(C. Heiss, Ö-Wien)
- 15:30-16:00 Uhr: **„Wir können ihn doch nicht verdursten lassen“ ?**  
Flüssigkeitssubstitution in palliativen  
Betreuungssituationen  
(K. Brummel, D-Freiburg)

### Sonntag, 04.05.2008 von 09.00-12.00 Uhr

#### Freie Vorträge

(Vorsitz: U. Kopp, D-Freiburg; J. Imself, Ö-Wien;)

- 09.00-09.30 Uhr: **Bericht über den Aufenthalt eines Kindes mit Rhabdomyosarkom in der Brachytherapie**  
(D. Zaunfuchs Ö-Wien)
- 09.30-10.00 Uhr: **Resistente Erreger – eine Herausforderung für Pflege und Ärzte**  
(G. Sarein-Hahn D-Freiburg)
- 10.00-10.30 Uhr: **Komplementärpflege –Wickel & Co**  
(B.Buchmayr, Ö-Eggelsberg)
- 10.30-10.45 Uhr: Pause
- 10.45-11.15 Uhr: **Gesundheitsförderung – ein notwendiger Paradigmenwechsel?**  
(H. Steinbach, Ö-Wien)
- 11.15-11.45 Uhr: **Aktuelle Berufsentwicklung – Eine Chance für den Pflegeberuf**  
(D. Müller-Fröhlich, D-Freiburg)
- 11:45-12.00 Uhr Posterpreisverleihung/Verabschiedung  
  
Kongressende

## **Die Aufgaben der Stomatherapeuten und die chirurgische Pflege beim Rectumkarzinom**

**Eva Semijalac**

DGKS, Kontinenz und Stomaberaterin, Patientenschulung für Stoma und Kontinenz; Allgemeines Krankenhaus der Stadt Wien; Währinger Gürtel 18 – 20; 1090 Wien

Das Ziel der Stoma und Kontinenzberatung ist die Selbständigkeit und körperliches Wohlbefinden der Betroffenen zu erhalten.

Die Stomapflege besteht aus drei Versorgungsphasen:

Präoperative Phase:

Aufklärung und Stomamarkierung gemeinsam mit dem Chirurgen  
Beurteilung der Gesamtsituation des Patienten inklusive Risiko- und Ressourceneinschätzung und Maßnahmenplanung

Postoperative Phase:

Kontrolle des Stomas und der parastomalen Haut; Anlernphase  
Pat/Bezugsperson; Produktberatung – Aufklärung über die Materialbeschaffung; Entlassungsmanagement

3. Ambulante Phase:

Stomakontrolle ev. Neuanpassung der Stomaversorgung;  
Beratung bei der Alltagsbewältigung; Zusammenarbeit mit extramuralen Pflegediensten

Wir, die Kontinenz- und Stomaberater im Allgemeinen Krankenhaus bleiben sowohl während des Aufenthaltes als auch in der ambulanten Betreuung der Patienten immer die Ansprechpartner bei verschiedenen Anliegen und Problemen. Somit bleibt die Kontinuität und Vertrauensbasis zu den Patienten und Angehörigen aufrecht.

## **Konfliktlösung**

Umgang mit Aggression

Der Konstruktive Weg eines Konfliktgespräches

**Kathrin Kirchheiner**

Mag. Klinische Psychologin; Univ. Klinik für Strahlentherapie  
Währinger Gürtel 18 – 20, 1090 Wien

Ein nicht zu unterschätzendes Phänomen in der Behandlung und Pflege von krebskranken Patienten stellt der Umgang mit Wut, Ärger und Aggressivität dar.

Selten zeigen sich diese Emotionen bei onkologischen Patienten in offener Aggression oder Gewaltanwendung. In den meisten Fällen äußern sie sich in einer gereizt feindseligen Grundstimmung, die zu „schwierigem“ Verhalten führen kann:

Patienten können übermäßig fordernd auftreten, sich ablehnend und unzufrieden zeigen, provozieren und unsachlich argumentieren, misstrauisch und uneinsichtig erscheinen, Untersuchungen oder Therapien ablehnen.

Der Umgang mit diesen Emotionen birgt Konfliktpotential: Häufig frustrieren sie das Behandlungsteam und lösen innere Widerstände aus, kosten viel Zeit und stören die klinische Routinearbeit; und können im schlimmsten Fall Beschwerden oder Klagen nach sich ziehen.

Um Patienten durch Gespräche und andere Maßnahmen befriedigend führen zu können, ist es für das Team oft hilfreich die häufigsten zugrunde liegenden Motive und Ursachen für aggressives Verhalten zu kennen.

Es werden kommunikative Techniken und psychologische Strategien vorgestellt, die im Sinne einer Deeskalation das Konfliktpotential reduzieren, die persönliche Souveränität stärken und die Therapiecompliance erhalten können.

Als Ziel wird eine kooperative Problemlösung angestrebt, um eine Basis für die weitere gemeinsame Zusammenarbeit mit dem Patienten zu schaffen.

## **Pflegemanagement bei Hautreaktion unter Cetuximab und Radiotherapie**

**Josefa Imsel**

Mag. Stat.Sr., 14E, Univ. Klinik für Strahlentherapie  
Währinger Gürtel 18 – 20, 1090 Wien

Cetuximab (Erbix) ist ein monoklonaler Antikörper, welches seit 2006 an unserer Klinik verabreicht wird. Dieser wirkt selektiv gegen den Wachstumsfaktor-Rezeptor. Dies verhindert die Ausbreitung von Tumorzellen in das gesunde Gewebe und die Bildung von Metastasen.

Patienten und Indikation: Patienten mit lokal fortgeschrittenen Plattenepithelkarzinomen der Kopf- und Halsregion im Stadium III und IV in Kombination mit einer primären Strahlentherapie die aufgrund ihrer Begleiterkrankungen oder einer schlechten Kreatininclearance kein Cisplatin erhalten können. Ebenso bei Rezidive/Zweitumoren oder Fernmetastasen in Kombination mit einer neuerlichen Bestrahlung, Chemotherapie oder als Monotherapie.

Bisher wurden an unserer Klinik ungefähr 60 Patienten mit Cetuximab behandelt, wovon 36 Patienten eine primäre Strahlentherapie erhielten, 5 Patienten eine neoadjuvante Strahlentherapie und 19 Patienten mit Rezidiven/Zweitumoren oder Fernmetastasen in palliativen Intention.

Art und Dauer der Anwendung: Die Verabreichung von Erbitux muss stets unter ärztlich- und pflegerischer Aufsicht auf der Station erfolgen. 30 Minuten vor jeder Infusion wird als Prämedikation 2 Ampullen Dibondrin und 100 mg Solu-Dacortin verabreicht um allergische Reaktionen die in ca. 3% der Fälle schwerwiegend auftritt. Bei der Erstinfusion wird der Patient am Montior angeschlossen und engmaschig überwacht.

Die notwendige Ausrüstung zur Durchführung von Notfallmaßnahmen muss einsatzbereit sein. Erbitux wird einmal wöchentlich während der gesamten Radiatio verabreicht.

Pflegemanagement: Bei über 80% der Patienten treten Hautreaktionen (Akne) im verschiedenen Ausmaß auf. Die meisten Hautreaktionen entwickeln sich in den ersten drei Behandlungswochen. Sie bilden sich nach Therapieende im Laufe der Zeit zurück. Der akneähnliche Ausschlag betrifft Gesicht, Oberer Brust- oder Rückenbereich. Die Behandlung erfolgt je nach Schweregrad lokal mit antibiotischen Salben oder oraler Gabe von Antihistaminika und Antibiotika.

Durch die wöchentliche Aufnahme der Patienten zur Erbituxinfusion können die Mucositisprophylaxe, die Hautpflege im Bestrahlungsbereich, der Ernährungszustand u. a. selektiver durchgeführt bzw. überwacht und evaluiert werden.

## **Schmerzen - Ängste und Vorurteile im Umgang mit Opioiden** **Bianka Langmaier**

Stat. Sr. Vertretung, PA; Universitätsklinik für Strahlentherapie  
14 E; Währinger Gürtel 18-20; 1090 Wien

### Zusammenfassung:

Zusammenspiel von Wirkung und Nebenwirkung der Opioiden und mit welchen Ängsten und Vorurteilen alle Betroffenen konfrontiert sind.

### Einleitung:

Im Vortrag ist das Thema Ängste und Vorurteile im Umgang mit Opioiden gewählt. Im Stationsalltag ist dieses Thema immer wieder präsent.

Es werden zum Beispiel Therapiereserven nicht gezielt ausgeschöpft und Opioiden sparsam eingesetzt. Zu Beginn werde ich anhand eines Praxisbeispiels die „unsichtbare Grenze“ aufzeigen und einen Weg zeigen um die Ängste und Vorurteile im Umgang mit Opioiden abzubauen.

### Hauptteil:

Opioiden - Zusammenfassung Wirkung und Nebenwirkungen  
Vorurteile und Ängste im Umgang mit Opioiden

Interdisziplinärer Erfahrungsaustausch (Schwestern & Ärzte)

Wie wirke ich den Vorurteilen entgegen? Vermitteln & Weitergabe von Wissen an Pflegende die Opioiden verabreichen

### Schlussfolgerung und persönliche Empfindungen:

Pflegeleitlinie für den Umgang mit Opioiden auf unserer Station wird erstellt.

In dieser Leitlinie wird dem Team bei Unklarheiten geholfen den korrekten Einsatz der Opioiden zu kennen, Nebenwirkungen zu

erfassen und entsprechend zu handeln.

Diese Vorgangsweise basiert auf einer Interdisziplinären Zusammenarbeit und stellt im täglichen Umgang immer wieder eine große Herausforderung dar.

Persönliche Empfindungen:

„Sie hat lieber ihre Schmerzen ausgehalten als Schmerzmittel zu nehmen. Dafür aber ununterbrochen gejammert! Eine schwierige Patientin!“

## **Risikomanagement-Theorie und Praxis**

**Birgit Kaliner**

Mag. KAV-GD, Qualitätssicherung, Thomas-Klestil-Platz 7/1;  
1030 Wien

Wo Menschen arbeiten, passieren auch Fehler! Daher kann es nicht Ziel sein, fehlerlose Menschen zu verlangen, es muss Ziel sein, nach einem sicheren System zu streben!

Risikomanagement bildet einen wesentlichen Teil aktiver Qualitätsarbeit. Im Gesundheitswesen befasst sich Risikomanagement vor allem um die Minimierung von Schadensfällen im Kernprozess, da hier immer die PatientInnen, manchmal auch die MitarbeiterInnen, betroffen sind. Somit wird die Qualität des Unternehmens durch ein systematisches Risikomanagement unmittelbar beeinflusst.

Fehlerquellen müssen rechtzeitig erkannt, in Folge analysiert und beseitigt werden. Dem Praktiker stehen hierfür verschiedenen Methoden und Werkzeuge zur Verfügung. An die Bedürfnisse der jeweiligen Organisation angepasst, helfen sie mit vertretbarem Aufwand die Abläufe und Behandlungen für PatientInnen und MitarbeiterInnen sicherer zu gestalten.

... und was macht der Wiener Krankenanstaltenverbund?

Seit 2006 arbeitet der Wiener Krankenanstaltenverbund in einem Pilotprojekt daran, verschiedenste Methoden des Risikomanagements zu implementieren.

Auf bisher 10 Abteilungen wurden Sicherheitsaudits durchgeführt und anschließend ein CIRS (Critical Incidence Reporting System; dt. „Fehlerberichtssystem“) eingeführt. Ebenfalls abteilungsweise werden Analyseteams gebildet, die Ursachen analysieren und Lösungen entwickeln.

Durch die Etablierung einer Erfahrungsdrehscheibe und Erfahrungsschatzkiste wird zudem ein von einander Lernen ermöglicht. Hierbei werden die Erkenntnisse Einzelner in anonymisierter Form auf einer Intranetplattform allen MitarbeiterInnen zur Verfügung gestellt.

Für Sicherheitslücken, die im gesamten Unternehmen als Risiko erkannt werden, werden zusätzlich KAV-weite Lösungen erarbeitet und verpflichtend eingeführt.

Der Effekt der gesetzten Maßnahmen, vor allem der Zusammenhang von Fehlerkultur, RM-Modellen und den sicherheitsrelevanten Ergebnissen, wird mit Hilfe von Begleitforschung wissenschaftlich evaluiert.

## **Entlassungsmanagement im stationären Bereich**

### **Erfahrungsbericht**

**Lydia Konecny**

Stat. Sr. 14D; Univ. Klinik für Strahlentherapie; Währinger Gürtel  
18 – 20, 1090 Wien

Entlassungsmanagement dient der rechtzeitigen Planung und Organisation der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Realistisch betrachtet ist allerdings festzustellen, dass Erhebung und Einschätzung des Pflegebedarfs bei der Entlassung sowie der beteiligten Personen und dessen sozialen Umfeldes nicht früh genug begonnen werden kann.

Case Management ist eine spezifische Arbeitsweise, mit deren Hilfe psychosoziale und medizinisch-pflegerische Dienste für bestimmte Personen oder Zielgruppen koordiniert werden. Das Case Management übernimmt die Verknüpfungsaufgabe zwischen den Anbietern von Diensten und den Klientinnen in ihren sozialen und gesundheitlichen Belangen.

Woran erkennt man einen guten Pflegedienst?

Beratung wird von vielen Einrichtungen und Diensten als integrierte Leistung angeboten. Trotzdem gibt es häufig Unsicherheit bei Ratsuchenden über die tatsächlich örtlich vorhandenen Hilfsangebote und über die im Bedarfsfall verfügbaren Leistungen.

Obwohl es heute in den meisten Kliniken Konzepte zur Überleitung und zur Weiterversorgung gibt, existieren keine allgemeingültigen Richtlinien, die die Rolle und Funktion der Pflegefachkräfte festschreiben und den evidenten Qualitätskriterien genügen würden.



Familie als Pflegedienst?!

Es ist der Wunsch der meisten Menschen, ihren Lebensabend in der eigenen Wohnung zu verbringen und auch dort sterben zu können. Ob und wie lange ein pflegebedürftiger Mensch in der eigenen Häuslichkeit versorgt werden kann, hängt von mehreren Faktoren z. B. Art und Dauer der Erkrankung oder soziales Umfeld ab.

Die aufgezeigten Beispiele zeigen, dass eine gelebte Kooperation zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheits- und Sozialsystems vieler kleiner und kontinuierlicher Schritte bedarf. Grundvoraussetzung ist vor allem ein Vertrauensverhältnis zwischen den Akteuren.

### **Wir können Ihn doch nicht verdursten lassen? - Zur Frage der Flüssigkeitssubstitution in der palliativen Betreuung**

**K. Brummel**

Fachkrankenschwester Onkologie, Dipl. Pädagoge, Pflegeexperte, Uniklinik Freiburg

Die angemessene Versorgung von sterbenden Menschen mit Ernährung und Flüssigkeit ist immer wieder Gegenstand intensiver Diskussionen aller am palliativen Betreuungsprozess beteiligten Personen. Schwierig ist die Frage der Nahrungs- und Flüssigkeitssubstitution insbesondere in Situationen, in denen die betroffenen Menschen nicht mehr in der Lage sind, ihre Wünsche selbst klar gegenüber den Betreuenden zu äußern. Auch in der Palliative Care - Fachliteratur werden die Begriffe terminale Hydratation (Flüssigkeitsszufuhr) und im Gegensatz dazu terminale Dehydratation (Flüssigkeitsreduzierung) kontrovers diskutiert. Diese Kontroverse erklärt sich daraus, dass es bei dieser Entscheidung neben pathophysiologischen Erwägungen immer auch um ethischen Grundeinstellungen aller Beteiligten geht, sowohl auf Seiten der betroffenen Familie wie auf Seiten der professionellen Betreuer.

Im Vortrag werden sowohl die ethischen wie pathophysiologischen Aspekte dieses Themas anhand einer Übersicht der zur Verfügung stehenden Literatur sowie anhand von Fallbeispielen erörtert. Eine besondere Herausforderung für die Betreuenden stellt in diesem Kontext die Beratung und Aufklärung der Patienten, ihrer Angehörigen und gegebenenfalls auch anderer Berufsgruppen dar. Schließlich wird kurz auf die Subkutantherapie als in Deutschland immer noch relativ zurückhaltend eingesetzte therapeutische Möglichkeit zur palliativen Symptomkontrolle eingegangen. Hierbei stehen dann praktische Gesichtspunkte im Mittelpunkt der Ausführungen.

## **Bericht über den Aufenthalt eines Kindes mit Rhabdomyosarkom in der Brachytherapie**

**Doris Zaunfuchs**

DGKS; 3U Brachytherapie; Univ. Klinik für Strahlentherapie  
Währinger Gürtel 18 – 20; 1090 Wien

*Daniel – Ein Kind in der Brachytherapie.* Schilderungen eines Fallbeispiels

Kinder in der Brachytherapie sind nicht der Regelfall und somit immer wieder eine Herausforderung für das gesamte Team, insbesondere für die Pflege. Die Betreuung benötigt bei weitem mehr Vorbereitung als bei Erwachsenen.

In dieser einen Therapiewoche herrscht sowohl physisch als auch psychisch eine Art „Ausnahmestand“ für das gesamte Team.

Daniel war eines dieser Kinder. Sein Vater hat den „familiären Ausnahmestand“ in Form eines Buches mit dem Titel, Daniel – Ein Kind besiegt den Krebs, aufgearbeitet.

„Die letzte Schlacht“ ist ein Kapitel daraus, welches von der Brachytherapie 3U handelt.

Anhand der Pflegeplanung möchten wir über die entstandenen Probleme, Sorgen und Ängste aller Beteiligten berichten.

Da der Kontakt zu Daniel und seiner Familie weiterhin bestand, war es uns möglich über den Therapieerfolg am laufenden gehalten zu werden.

Dies motivierte und bestärkte uns in unserem Tun. Es half sehr dabei, wenn es wieder einmal für uns hieß: „Kind zur Brachytherapie!“

## **10"Komplementäre Pflegemaßnahmen mit Wickel & Co" Bärbl Buchmayr**

DKKS, Wickelfachfrau, Aromapflegeexpertin,  
Fußreflexzonentherapeutin

Komplementäre Pflegemaßnahmen erfreuen sich immer größerer Beliebtheit als ergänzende Maßnahmen in der Pflege. Gerade diese Art der Zuwendung wird von den Patienten sehr geschätzt. So können Bäder, vor allem Teilbäder als Fußbad eine einfache Anwendung für viele Symptome im Alltag der Patienten hilfreich sein, in der Unterstützung z.B. bei Kopfschmerzen, Einschlafstörungen, Harnwegsinfekten uvm.

Die Wickel und Kompressen werden bei akuten und chronischen Schmerzen, Verdauungsproblemen, Einschlafstörungen, Ängsten usw. als warm feuchte Dampfkompresse, Kartoffelwickel oder temperierte Ölkompresse angewendet. Diese Maßnahmen sind manchen Patienten noch aus seiner Kindheit vertraut. Die Ölkompresen werden sehr gerne angewendet, weil sie gut duften, ätherische Öle und fette Basisöle wie Oliven-Sesam- oder Johanniskrautöl werden dafür verwendet.

Die ätherischen Öle erfreuen sich auf Grund des ( meist ) guten Duftes großem Interesse, auch von Seiten der Pflege und der Angehörigen. Nicht nur in der Begleitung von Sterbenden ist die Aromapflege im Einsatz. Die Anwendungen reichen von Raumbeduftung, als Bade- oder Waschzusatz, zur Hautpflege bis hin zur Prophylaxe von Dekubitus, Intertrigo, Pneumonie usw. Lavendel als ätherisches Öl, in der Wirkung ausgleichend und entspannend, wundheilungsfördernd und schmerzlindernd, kann nun als Badezusatz, zur Raumbeduftung, als Duftfleckerl, Wickelzusatz etc. angewendet werden. Aber Lavendel ist nicht gleich Lavendel, es gibt viele Lavendelsorten – jeder davon hat

eine andere Wirkweise. Ebenso zur Anwendung kommen die Bergamotte – stimmungsaufhellend, der Cajeput schmerzlindernd und auswurfördernd usw., so könnte diese Liste noch beliebig fortgeführt werden.

Für die Implementierung ist es wichtig zu wissen daß die Anwendung komplementärer Pflegemethoden zum großen Teil in den eigenverantwortlichen Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege und zum Teil in den mitverantwortlichen Bereich fällt.

### **Gesundheitsförderung – ein notwendiger Paradigmenwechsel Steinbach Herlinde**

MSc, akad. Lehrerin für Gesundheits- und Krankenpflege  
Schule für Gesundheits- und Krankenpflege Wilhelminenspital,  
Montleartstraße 37, A-1160 Wien

Einer der wesentlichsten, wenn nicht überhaupt der wesentlichste Aspekt unseres Lebens ist die Gesundheit. Wer aber ist verantwortlich für unsere Gesundheit?

Für Gesundheit gilt das Prinzip der Mehrfachverantwortung: nicht einzelne, ausgewählte Personen oder Institutionen, sondern alle Mitglieder der Gesellschaft tragen Verantwortung für den Zustand „Gesundheit“. Das wiederum bedeutet, dass Gesundheit sowohl die Sache des Einzelnen wie auch ein politischer Auftrag ist.

Diese Verantwortlichkeiten werden aber nicht immer wahrgenommen. Die Bedeutung eines Themas oder eines Umstandes wird häufig erst dann bewusst, wenn es in Form eines Scheiterns oder Misslingens in Erscheinung tritt. Dies trifft ganz besonders auf das Thema „Gesundheit“ zu. Erst dann, wenn der Leidensdruck groß genug ist, kommt es zu Umgestaltungen und Verhaltensänderungen, die Verbesserung bringen sollen.

Im gesellschaftlichen Bereich setzte in Bezug auf das Thema, „Gesundheit“ ein lang anhaltender Prozess ein, der mit gesellschaftspolitischen Entwicklungen und Entdeckungen einherging. Es kam zur Entstehung von Krankenanstalten, es entwickelte sich ein Versicherungswesen, die Medizin etablierte sich als Wissenschaft und Berufe, die sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigten, bildeten sich heraus. Man erkannte die politische Bedeutung des Begriffs, „Gesundheit“, die öffentliche Hand übernahm immer mehr Aufgaben aus dem Gebiet des

Gesundheitswesens. *Dieser Prozess dauert noch heute an.*

Im Rahmen dieses Prozesses steht die Frage im Vordergrund, wie für den Einzelnen „Gesundheit“ erreicht, sichergestellt und verbessert werden kann. Eines der dominierenden Konzepte aus der jüngeren Vergangenheit war und ist dabei die Vorbeugung. Dieses Konzept weist aber stark bewahrende und passive Seiten auf. Dem fortwährenden gesellschaftlichen Wandel folgend und die jeweiligen Verantwortlichkeiten betonend, wurde daher das Konzept der „Gesundheitsförderung“ entwickelt.

Es setzt auf Befähigung, Verantwortung, Gemeinschaftlichkeit, Ganzheitlichkeit, aktives und proaktives Handeln.

### **Aktuelle Bildungsentwicklung-Chance für den Pflegeberuf Christa Müller-Fröhlich**

MNS; Fachliche Leitung der Weiterbildung Pflege in der Onkologie, Universitätsklinikum Freiburg im Breisgau, Einsteinstrasse 9, D-79108 Freiburg im Breisgau

Mail/Tel/Fax: [christa.mueller-froehlich@uniklinik-freiburg.de](mailto:christa.mueller-froehlich@uniklinik-freiburg.de)  
0049(0)761 270 9257

Veränderungen sind die Regel – dies gilt auch für die Bildung in der Pflege. In den letzten Jahren hat im Bereich der Pflegepraxis ein Veränderungsprozess begonnen, bei dem mancherlei Diskussionspunkte, Informationsbedürfnisse und auch Unsicherheiten entstanden sind. Die Pflege in der Onkologie hat international und in deutschsprachigen Ländern ein zunehmendes Profil entwickelt. Um den verschiedenen Herausforderungen der onkologischen Praxis gerecht zu werden, sind dabei zunehmend unterschiedliche Qualifikationsprofile entstanden und noch weiterzuentwickeln.

Der Vortrag soll über die aktuellen Entwicklungen in der europäischen Bildungslandschaft informieren und anschaulich Wege aufzeigen, wie durch diese aktuellen Entwicklungen ein Mehrwert für die onkologische Pflegepraxis entstehen kann.