

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Impressum	2
Programmübersicht	3
Die Behandlung des Glioblastoms	6
Radiotherapie benigner und maligner Hirntumore einschließlich Stereotaxie	8
Pflege von Kinder mit Hirntumoren	10
Therapien bei kindlichen Hirntumoren	11
Mukositis- neue Erkenntnisse und Auswirkungen	13
Das lebensverändernde Ereignis: Krebs	15
Wo ist Schwester Gertrud?	17
Comprehensive Cancer Center	19
Primary Nursing	21
Einführung eines integrativen Führungsmodells	23
Querschnittgelähmt durch Tumorerkrankung	24
Wundmanagement bei tumorbedingten Wunden	25
Hautpflege während der Strahlentherapie	27
„Care-o“ Integrierte Behandlungsplanung	28

Veranstalter

Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie

Kongresspräsident:

Herr Prof. Dr. med Johann H. Karsten

Veranstalter des Pflegeprogramms

Degro-n

Veranstaltungsort

Hannover Congress Centrum
Theodor-Heuss-Platz 1-3
30175 Hannover

Programm DEGRO-N Hannover 2007

Freitag, 08.06.2007 von 13.00-16.30 Uhr

13.00-13.15 Uhr: **Begrüßung** (AG-Vorsitzende, DEGRO-,
Kongresspräsident)

Medizin update: Hirntumore bei Kindern und Erwachsenen

(Vorsitz: U. Kopp, Freiburg; M. Ohrmann, Marburg)

13.15-14.00 Uhr: **Die Behandlung des Glioblastoms aus der
Sicht des Neurochirurgie**
(A. König, Karlsruhe)

14.00-14.45. Uhr: **Therapie bei kindlichen Hirntumoren -
Rehabilitation nach einer Tumor-
erkrankung**
(G. Janssen, Düsseldorf)

14.45-15.30Uhr: **Pflege bei Kindern und Erwachsenen mit
Hirntumor**
(M. Schreiber, Hannover)

15.30-15.45 Uhr: Pause

15.45-16.30 Uhr: **Radiotherapie benigner und maligner
Hirntumoren einschließlich Stereotaxie**
(M. Bremer, Hannover)

Ab 17:00 Uhr Treffen: AG MTRA, AG Office, AG Pflege

Ab 19:00 Uhr

Eröffnung der Industrieausstellung

Samstag, 09.06.2007 von 08.30-12.45 Uhr

Cancer Survivership – Strategien zum Überleben nach Krebs

(Vorsitz: S. Kolb Karlsruhe; K. Meier, Hannover)

08.30-10.00 Uhr: **Cancer Survivership– Strategien zum
Überleben nach Krebs**
(gemeinsame Veranstaltung aller
Berufsgruppen)

10.00-10.30 Uhr: Pause

10.30-11.15 Uhr:

Mukositis - neue Erkenntnisse und Auswirkungen auf die Praxis

(D. Steinmann, Hannover)

11.15-12.00 Uhr:

Dicker Arm, was nun?

(M. Altenhofen, Karlsruhe)

12.00-12.45 Uhr:

Das lebensverändernde Ereignis: KREBS- psychische Auswirkungen auf die

Lebensqualität; Erfahrung einer Betroffenen

(gemeinsame Veranstaltung mit AG Office)

(K. Gerberding, Marburg)

12.45-14.00 Uhr:

Pause

Samstag, 09.06.2007 von 14.00- 16.15 Uhr

Pflege in Bewegung

(Vorsitz: U. Kopp, Freiburg; C. Sommer-Gann, München)

14.00-14.45 Uhr:

"Wo ist Schwester Gertrud?!"

- Selbstdarstellung in der Pflege zwischen
Tradition und Moderne –

(M. Schmied, München)

14.45-15.30 Uhr:

Comprehensive Cancer Center – Auswirkungen auf Pflegende in der Radioonkologie

(B. Lebert, Heidelberg)

15:30-16:15 Uhr:

Primary Nursing

(U. Ulrich, Freiburg)

16:15-16.30 Uhr: Pause
16.30 Uhr: Mitgliederversammlung mit Vorstandswahl
Ab 19:30 Uhr Gemeinsame Schifffahrt (Anmeldung erforderlich)

Sonntag, 10.06.2007 von 08.30-14.30 Uhr

Aktuelle Themen

(Vorsitz: S. Kolb, Karlsruhe R. Groschke, Hamm;)

09.00-09.45 Uhr: **Einführung eines integrativen Führungsmodells**
(A. Möller, Rothenburg a.d. Wümme)
09.45-10.30 Uhr: **Querschnittgelähmt durch eine Tumorerkrankung-Rehabilitation unter anderen Vorzeichen**
(I. Targan, Heidelberg)
10.00-10.45 Uhr: **Atem macht Lebenswert**
(M. Altenhofen, Karlsruhe)
10.45-11.15 Uhr: Pause
11.15-12.00 Uhr: **Wundversorgung bei exulzierenden Tumor**
(V. Gerber, Spelle)
12.00-12.45 Uhr: **Hautpflege während der Strahlentherapie**
(U. Kopp, Freiburg)
12.45-13.30 Uhr: **Careo – Integrierte Behandlungsplanung**
(T. Sautter-Strelczuk, Freiburg)
13:45 Uhr Kongressende

Die Behandlung des Glioblastoms (*Glioblastoma multiforme*) aus der Sicht des Neurochirurgen

Dr. Albrecht König

Leitender Oberarzt der Neurochirurgischen Klinik
Städtisches Klinikum Karlsruhe

Das Glioblastom (*glioblastoma multiforme*) entsteht aus Großhirngewebe und ist die bösartigste Form aller sogenannter „hirneigener“ Tumoren. Der Tumor bildet sich entweder primär aus den Zellen des Gehirns oder sekundär aus vorbestehenden, weniger bösartigen „hirneigenen“ Tumoren. Er wird in einem Viertel aller im Schädelinneren auftretenden Tumoren gefunden und tritt am häufigsten im Alter zwischen 45 und 65 Jahren auf. Der Tumor tritt in der Regel nur an einer Stelle im Großhirn auf, selten an mehreren Stellen gleichzeitig; Metastasen sind eine Rarität. In der Namengebung wird der Tumor durch den Begriff „*multiforme*“ charakterisiert, was sich aus dem „bunten“ histologischen Bild des Tumors mit unterschiedlichen Zell- und Kernatypien, Nekrosebezirken und pathologischen Gefäßen ableitet. Der Tumor wächst im Gehirn sowohl verdrängend, als auch infiltrierend, stellenweise mit weitreichender Durchwanderung einzelner Zellen. Das „bunte“ histologische Bild ist Ausdruck des schnellen Tumorwachstums, das sich auch in der kurzen Anamnese der Glioblastom-Patienten widerspiegelt. In der Regel vergehen nur wenige Wochen zwischen dem ersten Auftreten von Symptomen und der Diagnosestellung. Zwar kann gelegentlich ein Krampfanfall am Anfang des

Krankheitsgeschehens stehen, meist ist es aber eine progrediente neurologische Symptomatik, wie motorische Ausfälle oder psychische Veränderungen, die auf die Erkrankung hinweist. Die kernspintomografische Untersuchung reicht aus, um mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose eines Glioblastoms zu stellen.

Die wichtigste Behandlungsmethode stellt die möglichst radikale operative Tumorentfernung dar. Die radikale Tumorentfernung zielt einerseits auf eine Entlastung des normalen Gehirns, um neurologische Störungen zu verbessern und andererseits auf eine Reduktion der Tumorzellen, um das Nachwachsen des Tumors zu verzögern. Vor und nach der Operation wird dem Patienten Kortison zur Behandlung des, durch den Tumor hervorgerufenen Hirnödems gegeben. Eine Woche nach der Operation kann der Patient weiteren Behandlungen wie Bestrahlung und/oder Chemotherapie zugeführt werden.

Wenn ein Patient an dem vermuteten Glioblastom nicht operiert werden kann, lässt sich zur histologischen Diagnosestellung auch eine Gewebeprobe mittels eines Zielgerätes (Stereotaxie) in örtlicher Betäubung gewinnen. Aufgrund der Malignität des Tumors kommt es — unabhängig welche Behandlungen stattgefunden haben — immer zu einem lokalen Rezidiv, das zum Tode führt.

Ohne Behandlung versterben Glioblastom-Patienten innerhalb eines Vierteljahres nach der Diagnosestellung. Durch eine ausgedehnte Operation kann eine Überlebenszeit bis zu einem Jahr erreicht werden; durch zusätzliche Bestrahlung und Chemotherapie können noch einige, wenige Monate gewonnen werden.

Radiotherapie benigner und maligner Hirntumoren einschließlich Stereotaxie

PD Dr. med. Michael Bremer

Klinik für Strahlentherapie, Medizinische Hochschule Hannover

Die Strahlentherapie hat bei der Behandlung von hirneigenen Tumoren im Erwachsenen- und Kindesalter einen besonderen Stellenwert. Von hirneigenen Tumoren sind Hirnmetastasen abzugrenzen. Ebenfalls müssen primäre ZNS-Lymphome unterschieden werden. Das therapeutische Vorgehen bei hirneigenen Tumoren erfolgt in jedem Fall fachübergreifend unter Einbeziehung von Neurochirurgie, Neuroonkologie und Radioonkologie. In Tumorkonferenzen wird das Vorgehen auf Grundlage der Histologie besprochen. Nicht jeder bösartige Hirntumor muss auch bestrahlt werden. Ziel der Therapie ist die lokale Tumorkontrolle und der Erhalt einer möglichst beschwerdefreien eigenständigen Lebensführung. Abhängig vom Tumortyp bestehen einerseits hervorragende Heilungschancen (z.B. intrazerebrale Keimzelltumoren), andererseits aber kaum beherrschbare Situationen (z.B. Glioblastome oder Hirnstammgliome). Bei der stereotaktischen Bestrahlung von gutartigen hirneigenen Tumoren (z.B. Meningeome, Akustikusneurinome) werden sehr gute langfristige Tumorkontrollraten erreicht. Die Größe des Zielvolumens (Teilhirnbestrahlung, Ganzhirnbestrahlung, Neuroachsenbestrahlung, kleinvolumige stereotaktische Hochpräzisionsbestrahlung und die Gesamtdosis hängt von dem jeweils zugrunde liegenden Tumortyp ab.

Insbesondere im Kindesalter erfolgt die Behandlung im Rahmen von Therapieoptimierungsstudien.

Die Bestrahlung erfolgt heute grundsätzlich individuell auf CT-Basis mittels rechnergestützter (3D) Bestrahlungsplanung und Maskenfixation unter Einbeziehung von MRT-Bildgebung. Typischerweise dauert eine fraktionierte Bestrahlung mehrwöchig (4-6 Wochen). In bestimmten Fällen erfolgt je nach Tumortyp und Behandlungsprotokoll zusätzlich die Gabe einer Chemotherapie. Bei der Bestrahlung der Neuroachse können bis zu 80% des blutbildenden Knochenmarks im Bestrahlungsbereich liegen, weshalb auf engmaschige Blutbildkontrollen zu achten ist. Das Hirngewebe zählt zu den besonders strahlenempfindlichen Normalgeweben, so dass die Verträglichkeit einer Teilhirnbestrahlung unter Beachtung der Toleranzdosen langfristig gut ist. Das reifende Gehirn von Kleinkindern hingegen weist eine hohe Empfindlichkeit gegenüber ionisierenden Strahlen auf, so dass der Zeitpunkt der Bestrahlung — soweit vertretbar — möglichst aufgeschoben wird. Haarausfall gehört zu den häufigsten Akutnebenwirkungen, die Haare wachsen in der Regel innerhalb von 3 Monaten nach Therapieende wieder vollständig nach. Eine langfristige Nachbetreuung von Hirntumorpatienten ist zwingend nötig, um Spätnebenwirkungen rechtzeitig zu erfassen und behandeln zu können.

Pflege von Kinder und Erwachsene mit Hirntumoren **M. Schreiber**

Fachkraft für onkologische Pflege, Klinikum Hannover,

Die pflegerische Versorgung von Kindern mit Hirntumoren ist eine spezielle Herausforderung für das Pflegepersonal.

Es gibt einige Besonderheiten in der Betreuung und Überwachung bei Kindern, die eine andere Aufmerksamkeit darstellen.

Kinder sind im Allgemeinen viel häufiger von Tumoren des ZNS betroffen, als Erwachsene. Bei der Häufigkeit der Krebserkrankungen im Kindesalter stehen Tumore des ZNS an zweiter Stelle. Bei Erwachsenen spielen die Hirntumore eine nicht so große Rolle. Hier sind es häufiger Metastasen und nicht so häufig ein Primärtumor.

Bei Kindern fallen auch die Therapiefolgen und die Spätschäden mehr ins Gewicht, da sie oft noch in der Entwicklung stehen und dadurch mehr mit den Folgen eines Hirntumors und den Behandlungsfolgen zu kämpfen haben.

Insgesamt haben Kinder eine bessere Prognose diese Erkrankung dauerhaft zu überleben, aber sie haben dadurch auch mehr Probleme mit den Folgeschäden der Behandlung.

Natürlich gibt es auch Gemeinsamkeiten wie Hirndruckprobleme und die Nebenwirkungen der Strahlentherapie.

In meinem Vortrag möchte ich auf Unterschiede in der Pflege und Spätschäden eines Hirntumors eingehen.

Im Besonderen auf die Folgeerkrankungen bei Kindern und die Maßnahmen ihnen entgegenzuwirken.

Therapie bei kindlichen Hirntumoren- Rehabilitation nach einer Tumorerkrankung.

Gisela Janssen

Universitätsklinikum Düsseldorf Klinik für Kinder-Onkologie, -
Hämatologie und Klin. Immunologie

Jedes Jahr erkranken in Deutschland 1.800 Kinder und Jugendliche an bösartigen Erkrankungen. Mehr als 20 % diese Patienten leiden an Hirntumoren. Die Symptomatik bei Hirntumorerkrankungen ist vielfältig und führt daher nicht selten verzögert, manchmal auch erst nach jahrelangem Verlauf, zur Diagnose. Motorische Störungen, Krampfanfälle, Verhaltensauffälligkeiten, aber auch hormonelle Störungen stehen im Vordergrund. In diesem Vortrag wird die wegweisende Symptomatik, in Abhängigkeit von der Lokalisation des Tumors, dargestellt. Eine umfangreiche praetherapeutische Diagnostik ist unerlässlich, da sie manchmal sogar zum Verzicht auf eine Operation führen kann. Während gutartige Hirntumoren häufig durch eine alleinige Operation geheilt werden können, ist bei bösartigen Tumoren, adaptiert an das Alter des Patienten und an die Ausdehnung der Erkrankung eine Nachbehandlung mit Chemotherapie und Radiatio notwendig. Da die Heilungsraten bei malignen Hirntumoren in den letzten Jahren deutlich zugenommen haben, stehen zunehmend die Lebensqualität des Patienten und die Rehabilitation im Vordergrund. Rehabilitationsmaßnahmen beginnen bereits frühzeitig postoperativ noch in der Akut-Klinik und werden im ambulanten Bereich fortgesetzt. Hier kann der natürliche, spielerische Bewegungsdrang eines Kindes, der die weitere kindliche Entwicklung erheblich beeinflusst, genutzt werden.

Anhand eines Fallbeispiels werden die Möglichkeiten der Rehabilitation einer Patientin mit Hirntumorerkrankung dargestellt.

Mukositis – neue Erkenntnisse und Auswirkungen auf die Praxis

Dr. med. Dr. rer. nat. Diana Steinmann,
Ärztin und Dipl.-Biochemikerin,
Abt. Strahlentherapie der MHH, Hannover

Die orale Mukositis (Stomatitis) ist bei über 80% der Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren Folge der Radio- oder/und Chemotherapie. Verschiedene Ausprägungsgrade werden unterschieden, wobei unter kombinierter Radiochemotherapie und mit hyperfraktionierten Protokollen höhergradige Mukositiden auftreten. Ausserdem hängen die Toxizitätsstadien auch von patientenbezogenen Kriterien, wie z.B. Nikotin- und Alkoholmissbrauch ab. Durch Bestrahlung der Speicheldrüsen entsteht eine Mundtrockenheit, die zusätzlich eine Stomatitis begünstigt. Durch verminderte Regenerationsfähigkeit der oralen Schleimhaut stellt diese eine Eintrittspforte für Keime dar. Durch eine zusätzliche Immuninkompetenz wird das Risiko lebensbedrohlicher Folgen wie Sepsis oder Pneumonie erhöht. Eine höhergradige Stomatitis kann außerdem zum Therapieabbruch führen, mit hohen Kosten verbunden sein und mindert nicht zuletzt in erheblichem Maße die Lebensqualität des Patienten. Somit nimmt die Prophylaxe und Therapie der Stomatitis einen hohen Stellenwert in der Strahlentherapie ein. Dabei ist eine Aufklärung des Patienten über richtige Mund- und Zahnpflege sowie Ernährungsberatung sehr wichtig. Die weitere Mukositistherapie umfasst die lokale Behandlung mit antiseptischen, antimikrobiellen und schmerzlindernden Substanzen, wobei deren Wirkung nicht wissenschaftlich belegt ist.

In der Praxis werden bei höheren Stomatitisgraden verschiedene supportive Maßnahmen mit parenteraler Ernährung bis hin zu systemischer Antibiotikatherapie und intensiver Schmerzmittelgabe angewandt. Dabei ist vor allem eine ausreichende Ernährung mit genügenden Trinkmengen auch im Hinblick auf nephrotoxische Chemotherapien wichtig. Verschiedene neuere Substanzen wurden auf Ihre prophylaktische oder therapeutische Wirkung zur Verminderung einer Stomatitis in Studien geprüft. Der mögliche Einsatz dieser Substanzen in der Praxis wird diskutiert.

**Das lebensverändernde Ereignis:
KREBS - Psychische Auswirkungen auf die Lebensqualität
Erfahrungen einer Betroffenen
Karin M. Gerberding**

Ich werde meinen Vortrag in sechs Teile untergliedern.

In der Einleitung stelle ich mich ihnen mit ein paar Worten zu meiner Person vor.

Im zweiten Teil fasse ich den Ablauf vom ersten eigenen Verdacht, Bösartigkeit erahnen, den Ängsten und der Verunsicherung bis zur Diagnosestellung zusammen, erzähle unter welchen Umständen ich die Diagnose erfahren habe und wer sie mir wie mitgeteilt hat.

Die stationären Aufenthalte und die Operationen nebst Chemotherapie werden den dritten Teil bestimmen. Im Besonderen schildere ich meine Wut, Ohnmacht und Verunsicherung, als mir mitgeteilt wurde dass die Brust abgenommen werden muss. Ich gehe dabei auch auf das zum Teil unprofessionelle Verhalten der Ärzte ein.

Über meine inneren eigenen psychischen Prozesse wie: Ängste; Schuldfragen; Überbringerin von schlechten Nachrichten zu sein, anderen Sorgen bereiten; Zukunftsängste; Dogmen (positiv Denken, für sich sorgen) aber auch über meine Erfahrungen in der Einzel- und Gruppentherapie und später in der Selbsthilfegruppe „Leben mit Krebs Marburg e.V. „ werde ich im vierten Teil ausführlich erzählen.

Und dass die Krebserkrankung nicht nur negative Aspekte besitzt, es hat auch etwas mit anhalten, innehalten, überdenken zu tun; „Krankheit als Chance“ .

Dem schließt sich der fünfte Teil an, in dem ich die Reaktionen anderer, meines unmittelbaren und erweiterten Umfeldes genauer erörtere und die damit einhergehenden Abgrenzungen und Ablehnungen, welche wieder Rückwirkungen auf meine eigene Psyche haben.

Das Fazit beschließt den Vortrag mit einer Reflektion über einschneidende Veränderungen durch meine Tumorerkrankung im persönlichen Leben.

Wünsche an das Pflegepersonal im speziellen Umgang mit TumorpatientInnen, sollen zu einer Diskussion auffordern

Wo ist Schwester Gertrud ?

Selbstdarstellung in der Pflege zwischen Tradition und Moderne

Manuela Schmied

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxisanleiterin,
Heilpraktikerin, Uniklinikum München

Schafft eine neue Berufsbezeichnung neue Realitäten? Gesundheits- und Krankenpfleger/in – das klingt für die meisten Berufsangehörigen immer noch sehr fremd und wird im Berufsalltag oft als praxisuntauglich empfunden. Vielerorts wird dem Schwesternbegriff nachgetrauert, häufig heizen die verschiedenen Meinungen zur persönlichen Anrede laute Diskussionen an oder führen zu regelrechten Grabenkämpfen in den Pflgeteams.

Wie sollen wir uns in Zukunft ansprechen lassen? Vorname, Nachname, Frau, Herr, Schwester, Pfleger? Ist die Anrede „Schwester“ in einem hochtechnisierten Dienstleistungsberuf wie dem der/des Gesundheits- und Krankenpflegerin/pflegers noch zeitgemäß? Die Reformulierung des beruflichen Selbst- und Fremdverständnisses ist somit eingeleitet worden, und es macht Sinn darüber nachzudenken ob der Abschied von der Schwester und dem Pfleger ein Verlust oder ein Gewinn für die Berufsentwicklung sein wird.

Die Pflege entwickelt sich zunehmend zu einem eigenständigen Bereich in dem die Anforderungen schon lange nicht mehr auf die dienende Zuarbeit der Medizin begrenzt sind. Es wird propagiert sich von alten Zöpfen und Ritualen zu trennen, die Anrede „Schwester“ ist aber immer noch selbstverständlich und vertraut. Schwierigkeiten in der Umsetzung bereiten uns oft das Festhalten an Traditionen, die Darstellung des Berufs in den Medien, sowie der hohe Anteil an alten Menschen als Klientel.

Aus soziologischer Sicht besteht die Angst Ansehen zu verlieren, denn die Schwester hat sich als ausdrucksstarker Begriff und selbsternannter Titel etabliert.

Dem gegenüber steht die stetige Professionalisierung und Reformierung eines Berufes der zwar ein hohes Maß an sozialer Kompetenz fordert, jedoch heute weniger mit Berufung und barmherziger Nächstenliebe zu tun hat. Ein Erfahrungsbericht innerhalb eines Pflgeteams auf einer Radioonkologischen Station mit wissenschaftlichem Hintergrund und Diskussion.

Comprehensive Cancer Center –
Auswirkung auf Pflegende in der Radioonkologie
Burkhard Lebert

Das Versorgungsangebot krebskranker Menschen in Deutschland verändert sich in den letzten Jahren dahingehend, dass namhafte onkologische Zentren Comprehensive Cancer Center (CCC) eröffnen. Die Pflege in CCC's wird auch Auswirkungen auf die Pflege in der Radioonkologie haben.

Fragestellung: Welche Qualifikationen und Aufgabenbereiche haben spezialisierte Pflegende in einem Comprehensive Cancer Center und welche Ergebnisse den Einsatz spezialisierter Pfleger in einem CCC begründen.

Methode: Eine Literaturrecherche über verschiedene Quellen und ein halbstrukturiertes Interview mit der pflegerischen Leitung eines CCC in USA soll hierüber Aufschluss geben.

Ergebnisse: Für Deutschland gibt es keine Dokumente, die den Einsatz spezialisierter Pfleger in CCC's beschreiben oder begründen. Bei der Auswertung von 14 Studien und dem Interview zeigt es sich, dass es sehr viele verschiedene Qualifikationen und Aufgaben der spezialisierten Pflege in der Onkologie gibt. Diese Qualifikationen und Aufgaben werden näher betrachtet. Unter Berücksichtigung der hohen Patientenzufriedenheit spielen gerade spezialisierte Pflegende eine große Rolle.

Diskussion: Der Vergleich zwischen den jetzigen Qualifikationen und dem Kompetenzprofil onkologischer Fachpflege in Deutschland ergibt, dass viele Aufgabenfelder übernommen werden können, wenn entsprechende spezialisierte Pflegende eingeplant werden.

Das Symptommanagement und die Forschung sind als eigenständige Aufgabenbereiche noch nicht in der Pflege realisiert.

Schlussfolgerung: Eine spezialisierte Pflege in CCC's ist notwendig. Symptommanagement und Forschung sind unverzichtbare Aufgabenfelder der spezialisierten Pflege in CCC's.

Primary Nursing

Ulf Ulrich

Projektleiter zur Implementierung von Primary Nursing in der Radioonkologie am Uniklinikum Freiburg.

Ein Pflegesystem aus den USA bewegt und verändert die Pflegelandschaft in Deutschland.

In meinem Vortrag zum Thema Primary Nursing möchte ich darstellen, wie wir in unserer stationären radioonkologischen Abteilung des Uniklinikums Freiburg den Auftrag des Pflegemanagements annahmen und Weg zur Veränderung bewältigten. Diesen Schritt, Abschied einer Ära, möchte ich praxisnah anhand des bewährten Teamuhrmodells nach Bruce Tuckman darstellen.

Desweiteren werde ich u.a. die vier Säulen des Primary Nursing vorstellen, sowie unseren Aktivitätenplan in Auszügen vorstellen. Ich möchte Ihnen Mut machen sich den potentiellen Veränderungen die sich unserer Berufsgruppe stellen anzunehmen um sich auch berufspolitisch gut positionieren zu können.

Hier die Definition von Primary Nursing:

Primary Nursing ist eine Form der Pflegeorganisation, in der eine Pflegeperson, die so genannte Primary Nurse, rund um die Uhr über den ganzen Krankenhausaufenthalt des Patienten hinweg für seine Pflege verantwortlich ist. Diese Pflegeperson baut eine Beziehung zu dem Patienten und zu seinen Angehörigen auf, plant die Pflege für ihn, führt sie innerhalb ihrer Schicht auch durch, evaluiert sie und koordiniert den Behandlungsplan von der Aufnahme bis zur Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus

oder der Abteilung. Dabei verfügt die Primary Nurse über Autorität und trifft Entscheidungen über die Pflege und der Planung ihres Patienten auf professioneller Basis. (vgl. Ersser/Tutton 2000, S. 5)

Primary Nursing beinhaltet dabei auch eine Pflegephilosophie: es geht darum dem Patienten eine kontinuierliche Pflege anzubieten, die ihn als Individuum sieht und seine Autonomie respektiert. Der Patient steht damit im Mittelpunkt des pflegerischen Handelns.

Primary Nursing wurde Ende der 60er Jahre von Marie Manthey und anderen entwickelt und

verbreitete sich in den siebziger Jahren in den USA, bevor es in den 80er Jahren durch Pflegende in Großbritannien, Australien, den skandinavischen und afrikanischen Ländern übernommen wurde. Erst Mitte der 90er Jahre erwachte das Interesse daran auch in deutschen Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, ambulanten Pflegediensten und Altenheimen. Inzwischen gibt es auch aus Deutschland Erfahrungsberichte über die Implementierung des Pflegesystems Primary Nursing.

In unserer Abteilung haben wir im Februar 2007 mit der Umsetzung begonnen.

Einführung eines integrativen Führungsmodells

Andreas Möller

Pflegedirektor, Diakoniekrankenhaus Rotenburg Wümme gGmbH
und Geschäftsführer, Akademie für Erfolg in der Pflege GbR,
Rotenburg

Ziel der Maßnahmen: Organisations- und Qualitätsentwicklung in einer stationären Einrichtung, die den wachsenden Anforderungen im Gesundheitssektor gerecht wird und sich im Gesundheitsmarkt behauptet. Die Umsetzung des entwickelten Konzepts kommt direkt dem internen und externen Kunden zu gute.

Wesentliche Aspekte des Führungsmodells:... „es geht darum, aus Teamarbeitern Solisten zu machen, die wiederum teamfähig sein müssen. Vergleichbar ist hier ein Symphonieorchester, in dem Jeder Solist seine Aufgabe zum Meisterwerk beiträgt und der aufmerksame Zuhörer begeistert das Gesamtwerk feiert.“

Multiplikation von Wissen und Qualität werden kontinuierlich weiterentwickelt und direkt am Kunden umgesetzt und weitergegeben. Die Expertenkreise stehen für einen äußerst dynamischen Prozess.

Die Messbarkeit ist gegeben und die Übertragbarkeit auf andere Einrichtungen nicht nur möglich sondern wünschenswert. Der volkswirtschaftliche und betriebswirtschaftliche Nutzen kann exemplarisch erbracht werden.

Messbarkeit der Ergebnisse : Ausbildung von 35 Hygieneexperten mit einem Spitzenwert der Mängelbeseitigung auf den Stationen von 92 % in den ersten 8 Wochen bis zur Kontrolle.

Zusammenführung von Theorie und Praxis in der Anleitung von Schülern in der Krankenpflege. Neue Abgestimmte Konzepte und Standards. Nullfehlermanagement bei Notfallkoffern und –wagen
Messbare Erfolge bei Wundheilungsstörungen. Etc.

Querschnittgelähmt durch Tumorerkrankung

- eine Rehabilitation unter anderem Vorzeichen -

Ilona Targan

Strahlenklinik der Uniklinikum Heidelberg

Traumatisch Querschnittgelähmte durchlaufen ein aufwendiges, mehrmonatiges Rehabilitationsprogramm, in dem sie lernen, mit dem gelähmten Körper neu zu leben und mit viel Aufwand an Kraft und Zeit Komplikationen zu verhindern. Dadurch haben sie inzwischen eine fast normale Lebenserwartung und können – abhängig von der Lähmungshöhe - ihre Selbständigkeit in allen Lebensbereichen wiedererlangen.

Im Gegensatz dazu sieht die Situation der durch maligne Tumore Gelähmten ganz anders aus. Ihre Ressourcen an Kraft und Zeit sind begrenzt und damit kostbar, eine Rehabilitation ist oft nicht durchführbar; Bedürfnisse und Prioritäten verschieben sich. Doch gerade sie können durch gezielte, auf Querschnittgelähmte ausgerichtete Pflegemaßnahmen profitieren. Leben zuhause ermöglichen, dabei möglichst wenig Aufwand für den gelähmten Körper betreiben müssen, Ressourcen der Patienten und Angehörigen schonen, und doch Lebensqualität und Fähigkeit zur Aktivität zu schaffen, sind die Ziele.

Im Vortrag wird erläutert, wie spezielle „Querschnittpflege“ die Lebensqualität auch von Tumorpatienten mit ihren anderen Ressourcen und Bedürfnissen deutlich erhöhen kann. Nach einer kurzen Wiederholung der Anatomie des Rückenmarks und der Lähmungsformen werden die neurologische Ausfälle erklärt, und es wird aufgezeigt, mit welchen Maßnahmen ihnen gezielt begegnet werden kann.

Wundmanagement bei tumorbedingten Wunden

Veronika Gerber,

Wundexpertin, Vorsitzende der Initiative Chronische Wunden e.V., Spelle

Die Wundversorgung erfordert ein hohes Maß an fachlicher Kompetenz. Viele Pflegende haben diese Kompetenz erworben und arbeiten im interdisziplinären therapeutischen Team nach definierten phasenbezogenen und problemorientierten Standards, die gemeinsam erarbeitet wurden. Gerade die Vorgehensweisen bei tumorbedingten Wunden erfordert sehr viel Überlegung. Der Grad der evident basierten einheitlichen Vorgehensweise ist niedrig, weil sehr viele individuelle patientenbezogene Faktoren bei der Behandlung berücksichtigt werden müssen. Dies gilt in besonderem Maße für onkologische Patienten, weil ein kritischer Allgemeinzustand einen ungünstigen Einfluss auf die Wundheilung hat. Medikamente, die den Stoffwechsel und die Zellteilung beeinflussen, wirken sich ebenfalls ungünstig auf den Wundzustand aus. Eiweißmangel und Elektrolytverschiebungen, Zink- und Vitaminmangel sowie eine gestörte Flüssigkeitsbilanz sollten wenn möglich behoben werden, um den gewünschten Erfolg zu ermöglichen.

Die Behandlung unterscheidet sich gravierend, wenn noch Tumorgewebe im Wundgebiet vorhanden ist. Dann dürfen keine Hydroaktivverbände angewandt werden, weil sie das Wachsen der Tumorzellen ebenso fördern wie das Wachstum der Granulationszellen. Einzige Ausnahme: Palliativpatienten, die durch den komfortablen Verband eine höhere Lebensqualität erreichen können. Ist der Tumor bis ins gesunde Gewebe entfernt worden und es kommt zu einer sekundären Wundheilung, besteht kein Unterschied in der Behandlung gegenüber Wundtaschen aus

anderen Gründen. Auch lokale Faktoren sind bei der Wundbehandlung mit zu berücksichtigen:

- Sind Beläge auf der Wunde?
- Sind Keime auf der Wunde?
- Gibt es Infektionszeichen?
- Wie ist die Durchblutung?
- Wie viel Exsudat sondert die Wunde ab?
- Wie schmerzhaft ist die Wunde?
- Wo ist die Wunde – hat die Lokalisation Einfluss auf die Therapiewahl?
- Wie sieht der Wundrand aus?
- Die Behandlungsmethode infizierter Wunden ist von verschiedenen Faktoren abhängig:

Auswirkung der Infektion auf den Organismus

- Lokalisation der Wunde
- Beschaffenheit der Wunde: oberflächlich, tief, Taschenbildung Fistelgang
- Kooperationsfähigkeit und -Bereitschaft des Patienten

Unter Berücksichtigung der genannten Faktoren erfolgt die Therapieauswahl phasengerecht.

Anhand verschiedener Behandlungsbeispiele werden die unterschiedlichen Behandlungskonzepte aufgezeigt.

Die Beispiele zeigen auch, dass Wunden selbst unter ungünstigen Bedingungen bei stimmigen Behandlungskonzepten heilen, wenn Störungen wie Infektionen, Druck und Beläge beseitigt werden können. Voraussetzung hierfür ist eine konsequente einheitliche Vorgehensweise unter Beachtung der jeweiligen Wundphase und der individuellen Probleme.

Hautpflege während der Strahlentherapie

Ursula Kopp

Krankenpflegerin mit onkologischer Fachweiterbildung,
Praxisanleiterin Strahlenheilkunde Universitätsklinikum Freiburg

In meinem Vortrag möchte ich ihnen praxisnah die aktuellen Erkenntnisse und evidenzbasierte Pflegehandlung bei der Versorgung von bestrahlter Haut nahebringen.

Im Uniklinikum Freiburg versorgen wir unsere bestrahlten Patienten bei Hautreaktionen nach geregelten evidenzbasierten Vorgaben. Diese sind in einer Verfahrensweisung (zuletzt aktualisiert 06/2006) festgehalten und haben somit im gesamten Uniklinikum Freiburg Gültigkeit. Wir blicken auf eine langjährige Erfahrung mit der von uns in Freiburg angewendeten Hautbehandlung.

Desweiteren werde ich ihnen vermitteln, welchen Effekt eine begleitende bzw. zeitverzögerte Chemotherapie auf die bestrahlte Haut hat.

Die vermittelten Anleitungen basieren aus unseren Erfahrungen in dem Klinikum Freiburg und sind nur als Empfehlung zu verstehen.

„CARE-O“ Integrierte Behandlungsplanung am Universitätsklinikum Tübingen

Thomas-Sautter-Strelczuk, Joachim Erhardt

Projekt „CARE-O“

Ziele: Digitale Unterstützung des Pflegeprozesses bei Anamneseerhebung, Planerstellung, Evaluation und Anpassung der Pflegeinterventionen. Integration eines pflegediagnostischer Ansatzes. Wiederverwendbarkeit pflegerischer Daten bei Verlegung, Entlassung und Wiederaufnahme, Schrittweise Integration aller an der Behandlung beteiligter Berufsgruppen in der Art eines „data-warehouse“ Konzeptes.

Projektstand: Die Integration eines klinikumsübergreifenden Anamneseformulars im Klinischen Arbeitsplatzsystem i.s.h. med ist technisch realisiert.

Dieses Formular ist als multiprofessionelle Informationsplattform für anamnestische Patientendaten konzipiert.

Eine Synchronisation mit dem medizinischen Datenmanagement erfolgt. Dadurch entfallen Redundanzen bei der Dateneingabe.

Das Formular eignet sich in besonderer Weise, Versorgungsbrüche beim Übergang der Patienten in nachfolgend behandelnde Fachbereiche zu vermeiden. Das Formular unterstützt Belegungs- und Entlassmanagement, generiert Vorschläge für die Codierung pflegebedingender Nebendiagnosen und Prozeduren, liefert Daten zu Dekubitus- und Sturzrisiko. Mittelfristig wird die Integration der gesamten Pflege- und Behandlungsplanung in i.s.h. med folgen.