

Applikation von Zytostatika durch das Pflegepersonal

(Ein Konzept gibt Sicherheit)

Dr. Sabine Semrau,

Oberärztin, QM-Verantwortliche, Strahlenklinik Universität
Erlangen-Nürnberg

Die medikamentöse Tumorthherapie ist in den letzten zwei Jahrzehnten zu einem wesentlichen Standbein der Strahlentherapie geworden. Bei vielen frequent auftretenden Tumoren gehören kombinierte Therapiekonzepte zu den Goldstandards der Behandlung. Neben der exakten Indikationsstellung, Therapieverschreibung und Therapieüberwachung obliegt wegen des Toxizitätspotentials die korrekte Ausführung der Therapie dem onkologisch tätigen Arzt.

Es bietet es sich allerdings an, die eigentliche Verabreichung der Zytostatika dem Arbeitsbereich der Krankenpflege zuzuordnen um reproduzierbare Abläufe sicherer und Ressourcen schonender zu gestalten. Für die beteiligten Ärzte stellt die Entlastung von Aufgaben aus dem nicht-medizinischen Bereich eine Reduktion des Risikopotentials dar.

Als Voraussetzung dafür, dass eine neue Aufteilung nicht zu Lasten der Patienten geht, müssen Pflegende für die Aufgabe qualifiziert werden, die Arbeitsabläufe transparent gestaltet und Kontrollmaßnahmen eingeführt werden. Zur rechtlichen Absicherung dieser Delegation sind Verfahrensanweisungen unabdingbar, die die Voraussetzungen definieren, unter denen eine Delegation stattfinden kann und darf.

In dem Vortrag wird auf rechtliche Grundlagen zur Delegation von Zytostatikagaben an die Pflegenden, wie diese in der Ampelrichtlinie formuliert werden, eingegangen. Ebenso wird das Konzept zur Qualifikation vorgestellt (Einarbeitungskonzepte, Erstqualifizierungskurs, wiederkehrende Qualifikationen). Es wird dargestellt, wie die Arbeitsabläufe auf die einzelnen Berufe aufgeschlüsselt, mit Standardarbeitsanweisungen unterlegt und ein Fehlermanagementsystem installiert wurde.

Inhaltsverzeichnis

	<u>Seite</u>
Impressum	02
Programmübersicht	03
Kommunikation -Mit 4 Ohren hört man besser-	06
Professioneller Umgang mit Angehörigen	07
Schwierige Gesprächssituationen	08
Supervision im Stationsteam	09
Therapie des Rektumkarzinoms aus Sicht des Chirurgen	10
Therapie des Rektumkarzinoms aus Sicht des Strahlentherapeuten	12
Dermatologische Pflege bei strahleninduzierten Hautveränderungen	13
Pflegeinterventionen unter Strahlentherapie zur Steigerung der Lebensqualität	14
Das Verständnis von ‚Nachhaltigkeit‘ in pflegerischer Qualitätsentwicklung	15
Gelebtes Qualitätsmanagement zur Steigerung der Lebensqualität	16
Dienstübergabe unter dem Aspekt der Qualitätssicherung	17
Umgang mit Medikamenten in der Tumorthherapie	18
Notfälle in der Onkologie	19
Applikation von Zytostatika durch das Pflegepersonal	20

Veranstalter:

Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO e.V.)

Kongresspräsident:

Prof. Dr. R. Fietkau

Universitätsklinikum Erlangen, Strahlenklinik

Universitätsstraße 27, 91054 Erlangen

Tel.: 0 91 31 / 85-33968

Fax: 0 91 31 / 85-33996

E-Mail: degro2012@uk-erlangen.de

Veranstalter des Pflegeprogramms:

Berufsverband Pfleger in der Radioonkologie (BVPRO e.V.)

Organisation Pflege:

BVPRO-Geschäftsstelle

Hindenburgdamm 30

12200 Berlin

Tel.: (030) 8431 8990

Fax: (030) 8441 9188

E-Mail: office@bvpro.org

HP: www.bvpro.org

Veranstaltungsort:

Rhein-Main-Hallen

Rheinstraße 20

65185 Wiesbaden

Notfälle in der Onkologie**Standardisierte Handlungsempfehlungen für Pflegenden
Steffen Jehn,**

Fachkrankenpfleger in der Onkologie, Tumorklinik des Klinikums
Fulda

Eine der wesentlichen Faktoren für die Morbidität und Mortalität in der Behandlung von onkologisch erkrankten Patienten sind Komplikationen verschiedener Ursachen. Diese Komplikationen können tumorbedingt oder therapiebedingt sein, und unterschiedlichsten Ätiologien zu Grunde liegen. Sie treten zudem bei einem beträchtlichen Teil der Patienten während ihrem Krankheitsverlauf auf.

Viele Komplikationen stellen eine dramatische Situation für den Patienten dar. Diese besonderen Situationen verlangen von den Pflegenden eine gute Beobachtungsgabe um schnell und zielbewusst handeln zu können.

Gerade Pflegenden, die in onkologischen Abteilungen, Patienten mit solchen Risiken betreuen sollten die Voraussetzungen für die optimale Versorgung solcher Komplikationen aufweisen und über ein spezifisches Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der „onkologischen Notfälle“ verfügen.

Die Implementierung von Standards in den „Pflegealltag“ soll den Pflegenden Sicherheit im Handeln geben und die Pflegequalität verbessern

Dieser Vortrag soll dazu beitragen, Wissen zu vermitteln und wertvolle Tipps für die Pflegepraxis geben, um im interprofessionellen Team bei der Behandlung von Notfällen aktiv mitzuwirken und um die notwendigen Möglichkeiten zur pflegfachlichen Betreuung und Behandlungsüberwachung zu besitzen. Durch den Einsatz von standardisierten Maßnahmen ist dies möglich und trägt zudem zur Qualitätssicherung bei.

Umgang mit Medikamenten in der Tumorthherapie

Dr. Annette Freidankt,

M. o. S. in Clinical Pharmacy, Stellv. Direktorin der Apotheke des Klinikum Fulda

Zytostatika sind auf der einen Seite Arzneimittel, die bei Patienten mit einer Tumorerkrankung eingesetzt werden und auf der anderen Seite Gefahrstoffe für Personen, die berufsmäßig Umgang mit Zytostatika haben. Bei unvorsichtiger Anwendung der Tumorthérapeutika kann es zu einer Gefährdung des Personals kommen. Diese Erkenntnis hat vor etwa 40 Jahren zu einem Umdenken geführt, so dass heute in der Regel die Zubereitung der Arzneimittel in der Apotheke und nicht länger auf der Station erfolgt. Außerdem wird der Umgang mit Zytostatika durch verschiedene Gesetze und Verordnungen geregelt.

In dem Vortrag wird auf die kritischen Punkte der Anwendung von Zytostatika eingegangen und häufige Fragestellungen bezüglich der Vorbereitung, Applikation und Entsorgung angesprochen. Anhand von Beispielen wird auf die Besonderheiten einzelner Zytostatika, wie Radioonkologika, Antikörper und neuer Entwicklungen eingegangen.

Ziel ist es die Teilnehmer für eine mögliche Gefährdung zu sensibilisieren und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen.

Programm Pflegekongress BVPRO 2012 Wiesbaden

Donnerstag	07.06.2012	
17.00-19.00	DEGRO 2012 Eröffnung	DEGRO

Freitag	08.06.2012	
09.00-10.00	Vorstandssitzung BVPRO	Vorstand BVPRO
10.00-10.15	Begrüßung: 1. Vorsitzender BVPRO Kongresspräsident der DEGRO Präsident der DEGRO	Siegfried Münster, Fulda Prof. Rainer Fietkau, Erlangen Prof. Jürgen Dunst, Lübeck
	-Wie komme ich besser `rüber- Bringt Kommunikation mehr Arbeitssicherheit	
10.15 -10.45	Kommunikation- Mit 4 Ohren hört man besser	Joachim Conrad M. of G.S. Mannheim
10.45 -11.15	Professioneller Umgang mit Angehörigen - Hilfreiche Strategien zur Versorgungsqualität	Janina Kemmerzell Dipl. Psychologin Fulda
11.15 -11.30	Pause	
11.30 -12.00	Schwierige Gesprächssituation: Was schafft mir Sicherheit	Ilona Bürk München
12.00 -12.30	Supervision im Stationsteam	Dr. Andreas Werner Tumorzentrum Rheinland- Pfalz
12.30 -13.30	Pause	

	Med. Update Rektumkarzinom	
13.30 -14.00	Therapie des Rektumkarzinom aus Sicht des Chirurgen	PD Dr. Werner Kneist Mainz
14.00 -14.30	Therapie des Rektumkarzinom aus Sicht des Strahlentherapeuten	Dr. Hans-Peter Rösler Mainz
14.30 -15.00	Neue Bestrahlungstechniken	Dr. Silla Hey-Koch Mainz
15.00 -15.15	Pause	

15.15 -15.45	Dermatologische Pflege bei strahleninduzierte Hautveränderungen	Dr. Alfred Goldinger Mainz
15.45 -16.15	Pflegeinterventionen unter Strahlentherapie Zur Steigerung der Lebensqualität	Petra Eimermann Mainz
14.45 -15.15	Pause	
16.45 -17.45	Mitgliederversammlung BVPRO	BVPRO e.V.
ab 19.30	Festabend Kloster Eberbach	

Dienstübergabe unter dem Aspekt der Qualitätssicherung
Silke Engelhaupt,
 Krankenschwester, Stationsleitung, Klinik Sozialstiftung Bamberg

Referentin ist kurzfristig eingesprungen deswegen lag der Abstrakt zum Drucktermin noch nicht vor!

Samstag	09.06.2012	
	Qualitätsinstrumente der Experten - Beispiele aus dem Pflegealltag	
08.30 -09:00	QM-Pflege und deren Nachhaltigkeit	Christiane Knecht Dipl. Pflegewirtin Bochum
09.00 -09.30	Gelebtes Qualitätsmanagement in der Praxis am Beispiel DIN EN ISO	Gisela Brill Stabstelle QM Frankfurt
09.30- 10.00	Übergabe unter dem Aspekt der Qualitätssicherung	Silke Engelhaupt Stationsleitung Bamberg
10.00 -10.15	Pause	
10.15 -10.45	Umgang mit Medikamenten der Tumortherapie	Dr. Annette Freidank Apothekerin Fulda
10.45 -11.15	Notfälle in der Onkologie Standardisierte Handlungsempfehlungen für Pflegende	Steffen Jehn Fachkrankenpfleger Onkologie, Fulda
11.15 -11.45	Applikation von Zytostatika durch Pflegepersonal (Ein Konzept gibt Sicherheit)	Dr. med. Sabine Semrau Erlangen
11.45 -12.00	Preisvergabe Verabschiedung	BVPRO Vorstand
12.00 -12.30	Pause	
12.30 -14.00	Lunch-Symposium	N.N.
14.30 -16.00	Gemeinsame Veranstaltung Fehlermanagement in der Radioonkologie	Degro
ab 16:00	Ende des Pflegekongress	

Gelebtes Qualitätsmanagement in der Praxis am Beispiel

DIN EN ISO

Frau Gisela Brill

Pfl. Leitung Stabstelle QM, Klinikum der J. W. Goethe Universität
Frankfurt

Referentin ist kurzfristig eingesprungen deswegen lag der Abstrakt
zum Drucktermin noch nicht vor!

Kommunikation -Mit 4 Ohren hört man besser- Joachim Conrad,

M. of G.S, Pflegedirektor Diakoniekrankenhaus Mannheim

Im professionellen Kontext der Pflege sind die Axiome PAUL WATZLAWICKS zum Verständnis von Eskalation und Deseskalation in kritischen Situationen eine wertvolle Hilfe. Sein wohl bekanntestes Axiom „Man kann nicht nicht kommunizieren“ unterstreicht, dass jedes (zwischen)menschliche Verhalten per se kommunikative Elemente beinhaltet.

Kommunikation wurde bereits in den 1950er Jahren von der amerikanischen Pflegewissenschaftlerin VIRGINIA HENDERSON als eines von 14 Grundbedürfnissen des (zu pflegenden) Menschen deklariert. Unter anderem orientierte sich Henderson an CARL ROGERS, der die Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie entwickelte. Zwanzig Jahre später formulierte die europäische Kollegin Nancy Roper 12 Aktivitäten des Täglichen Lebens (ATL bzw. ADL) mit Kommunikation als einer dieser Aktivitäten. Durch MONIKA KROHWINKEL wurde diese Pflgetheorie – um die existentiellen Erfahrungen des Lebens erweitert – Anfang der 1990er Jahre im deutschsprachigen Raum bekannt.

Kommunikation war schon immer ein sehr zentraler Aspekt in allen Pflegebeziehungen. Durch die Dimensionen verbale und non-verbale Kommunikation wird deutlich, dass nicht nur die Worte oder die Sprache beachtlich sind, sondern darüber hinaus auch zahlreiche andere Möglichkeiten, die – zum großen Teil auch parallel – genutzt werden. Neben dem Informationsaspekt, der sich vor allem auf die Sachebene bezieht, sind weitere kommunikative Ebenen von gleicher Bedeutung: Nach SCHULZ VON THUN können in der Regel auch Beziehungskomponenten, Selbstoffenbarungsaspekte und appellative Anteile gleichzeitig wahrgenommen oder gesendet werden, so dass das Bild des Menschen, der vier Ohren besitzt, dieses Konzept sehr anschaulich macht. Gelingt es uns, mit allen unsern „vier“ Ohren zu empfangen und auf allen Kanälen zu senden, wird Kommunikation um ganz wesentliche Elemente ergänzt und kann uns zum besseren gegenseitigen Verstehen bereichern.

Das Verständnis von ‚Nachhaltigkeit‘ in pflegerischer Qualitätsentwicklung

Christiane Knecht,

Diplom-Pflegewirtin (FH), Wissenschaftliche Mitarbeiterin
Forschungskolleg 'FamiLe - Familiengesundheit im Lebensverlauf',
Department für Pflegewissenschaft, Fakultät für Gesundheit,
Private Universität Witten/Herdecke

Im Zuge von pflegerischen Qualitätsentwicklungsmaßnahmen wird der Begriff ‚Nachhaltigkeit‘ heutzutage immer häufiger von Pflegemanagement, -praxis und -wissenschaft verwendet. Obwohl ein Modewort und in aller Munde, ist der Begriff unscharf und muss für den jeweiligen Anwendungsbereich operationalisiert werden. Zunächst erfolgt daher im Rahmen dieses Referates eine erste definitorische Annäherung an den Begriff ‚Nachhaltigkeit‘ im Kontext pflegerischer Versorgungsqualität.

Bereits die unterschiedlichen pflegerischen Diskurse, z. B. die Debatte um die Verstetigung von Expertenstandards in der Pflege, in deren Zusammenhang Nachhaltigkeit diskutiert wird, weisen darauf hin, dass eine eindeutige pflegewissenschaftliche Konzeptanalyse dazu in der Bundesrepublik Deutschland bislang fehlt

Fördernde und hemmende Einflüsse in Bezug auf eine langfristige und dauerhafte Implementierung von Qualitätsentwicklungsmaßnahmen werden im weiteren Verlauf des Referates dargestellt.

Die Betrachtung der Nachhaltigkeit erfolgt beispielhaft an den Expertenstandards in der Pflege. Der Grad ihrer Etablierung und Verstetigung reicht von sehr konsequenten Implementierungsstrategien und erfolgreichen Umsetzungen bis zur reinen Aufforderung zur Einführung. Intention des Vortrages ist es daher, die wesentlichen Einflussfaktoren für die Pflegepraxis zu identifizieren, die für eine nachhaltige Umsetzung von Expertenstandards in der Pflege von zentraler Bedeutung sind.

Pflegeinterventionen unter Strahlentherapie zur Steigerung der Lebensqualität

-am Beispiel der strahlentherapeutischen Behandlung des

Rektum- Karzinoms

Petra Eimermann

Krankenschwester, Klinik für Strahlentherapie, Klinikum der J.G. Uni. Mainz

Betroffene und ihre Lebenspartner stellt eine Strahlentherapie im Bereich des Rektums vor große Herausforderungen. Kompetente Pflegekräfte sind auf Grund der zu erwartenden Schädigungen der Haut und Schleimhäute in unterschiedlichen Ausprägungen wichtiger Partner der Betroffenen.

Die Lebenssituation kann von Pflegenden durch strukturierte und geplante Interventionen erheblich erleichtert werden.

Fundierte Informationen, Beratung und Anleitung motivieren die Betroffenen und bereiten sie zur Selbstpflege vor.

Durch gute Beobachtung können therapeutische und pflegerische Maßnahmen am Ausprägungsgrad orientiert frühzeitig durchgeführt werden.

In meinem Vortrag stelle ich kurz die standardisierten Maßnahmen der Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie der Universitätsmedizin Mainz vor. Mehr Sicherheit durch kompetente Pflegeinterventionen stellen eine Steigerung der Lebensqualität in dieser belastenden Lebenssituation für die Betroffenen dar.

Professioneller Umgang mit Angehörigen – Hilfreiche Strategien zur Versorgungsqualität

Janina Kemmerzell,

Dipl. Psychologin, Tumorklinik, Klinikum Fulda,

Eine Tumorerkrankung hat in aller Regel nicht nur Auswirkungen auf den direkt betroffenen Patienten, sondern auf das gesamte Lebensumfeld des Betroffenen.

Der Umgang mit einer schweren körperlichen Erkrankung fordert von allen Beteiligten vielfältige Anpassungsleistungen. Welche Aufgaben konkret bewältigt werden müssen, variiert natürlich in hohem Maße, dennoch gibt es bestimmte Themen, mit denen sich Angehörige besonders häufig konfrontiert sehen.

Die Kenntnis dieser Themen kann helfen, Angehörige und ihre besonderen Bedürfnisse besser zu verstehen und in professioneller Art und Weise konstruktiv miteinander umzugehen.

Im Rahmen des Impulsvortrags sollen sowohl typische Themen Angehöriger onkologisch erkrankter Patienten kurz beleuchtet werden, als auch veranschaulicht werden, welche Haltungen, Kenntnisse und Fertigkeiten auf Seiten der professioneller Helfer förderlich sind, um eine konstruktive, professionelle und für beide Seiten möglichst zufriedenstellende Arbeitsbeziehung mit den Angehörigen onkologischer Patienten im jeweiligen Arbeitsumfeld herzustellen und aufrecht zu erhalten.

Schwierige Gesprächssituationen „Was schafft mir Sicherheit“ Ilona Bürk,

Stabstelle Qualitätsentwicklung Klinikum rechts der Isar München

Vor dem Hintergrund verkürzter Verweildauern und damit zusammenhängender Fluktuation von Patientengruppen sind Pflegefachkräfte bei dem enormen Zeitdruck in besonderer Weise belastet. Insbesondere auch im Hinblick auf die steigende Multimorbidität werden Anforderungen an sie gestellt, neben einer ausgeprägten fachlichen Expertise, individuelle Patientenbedarfe und Bedürfnissen gerecht zu werden. So verlangt die Arbeit mit kranken Menschen – wenn die Hilfe nicht unpersönlich und mechanisch betrieben werden - soll eine hohe seelische Belastbarkeit und ausreichende psychische und körperliche Reserven. Sie verlangt auch die Fähigkeit, sich auf die besondere Lebenssituation von onkologisch kranken Menschen einzulassen. Die nonverbalen Anteile der Kommunikation besitzen eine deutlich größere „Glaubwürdigkeit“ als das gesprochene Wort. Menschen gehen intuitiv davon aus, dass es schwerer oder fast unmöglich ist, körpersprachlich oder „mimisch zu lügen“. Wer im Kontakt mit Menschen mit nonverbalen Signalen umzugehen weiß, gewinnt eine – oft unterschätzte – Dimension der zwischenmenschlichen Kommunikation hinzu. In diesem Sinne besteht Begleitung in der professionellen Beziehung in Haltung und Sprache darin, die im Patienten vorhandenen schlummernden oder auch verschütteten Fähigkeiten, seine Kräfte und seinen Mut wieder hervorzuholen, mit denen er selbst sein Leben bewältigen kann. Dazu gehört auch, das soziale Umfeld des Patienten zu kennen, um entscheiden zu können, wer aus diesem Umfeld in die Betreuung einzubeziehen ist.

An Hand von Beispielen aus der Praxis soll vermittelt werden, wie „sprechende und hörende“ Pflege zu einer gelungenen Patientenbeziehung unter Einbeziehung der Angehörigen gelingen kann.

Dermatologische Pflege bei strahleninduzierten Hautveränderungen

Dr. Alfred Goldinger

Fachapotheker für Klinische Pharmazie

Apotheke des Klinikums der J. G. Universität Mainz

In dem Vortrag werden Ursachen der strahleninduzierten Hautschädigungen, die verschiedenen Stadien dieser Dermatitis sowie empfehlenswerte Verhaltensweisen des Patienten vorgestellt. Bekanntlich kann eine Strahlentherapie auch die Haut des Patienten stark beeinträchtigen. Durch intensive Betreuung des Patienten bezüglich seiner potenziellen Hautprobleme kann erreicht werden, dass die im Zusammenhang einer Strahlentherapie auftretenden kutanen unerwünschten Begleiterscheinungen minimiert werden.

Das Beurteilen des jeweiligen Hautstatus von radiologischen Patienten entscheidet, welche topischen therapeutischen Maßnahmen durchzuführen sind.

Die im direkten Kontakt mit dem Patienten gegebenen Erläuterungen helfen ihm, unterstützt durch schriftliche Unterlagen (insbesondere den empfohlenen Hautpflegeprodukten) die radioonkologische Therapie zu verbessern.

Dies verbessert nicht nur die Lebensqualität des Patienten entscheidend, sondern trägt auch dazu dabei, eine Minimierung der Kosten zu erreichen.

Therapie des Rektumkarzinoms aus Sicht des Strahlentherapeuten

Dr. Hans-Peter Rösler

Ltd. OA der Klinik und Poliklinik für Radioonkologie und Strahlentherapie, Klinikum der J.G. Uni. Mainz

Seit Mitte des letzten Jahrhunderts wurde die alleinige Radiotherapie prä- und postoperativ mit nur mäßigem Erfolg eingesetzt. Erst die Daten von Krook et al. (NEJM 1991) und von O'Connell et al. (NEJM 1994) änderten diese Situation grundlegend: Sie hatten gezeigt, dass beim lokal fortgeschrittenen Rektumkarzinom die postoperative Radiochemotherapie der alleinigen Bestrahlung bezüglich der Lokalrezidivrate deutlich überlegen ist. Überdies wiesen Minsky et al. (JCO 1992) nach, dass bei primär nicht resektablen Tumoren durch die neoadjuvante Radiochemotherapie im Vergleich zur der alleinigen Vorbestrahlung die Resektabilitätsrate signifikant zu steigern ist. Eine große multizentrische Studie (Sauer et al. NEJM 2004) verglich die adjuvante mit der neoadjuvanten Radiochemotherapie. Demonstriert wurde die Überlegenheit der neoadjuvanten Therapie unter anderem bezüglich der Lokalrezidivrate und der Toxizität. Dementsprechend kommt heute die Strahlentherapie bei den Adenokarzinomen des Rektums im Stadium II und III in der Regel präoperativ zum Einsatz, standardmäßig in Kombination mit 5-Fluoruracil intravenös, in Zukunft wohl auch mit Capecitabine oral. Die Bestrahlung erfolgt mit Photonen eines Linearbeschleunigers in konformaler Mehrfeldertechnik oder als IMRT. Die Gesamtdosis beträgt 50,4 Gy mit einer Fraktionierung von 5 x 1,8 Gy/Woche. Die häufigsten akuten Nebenwirkungen der Radiochemotherapie sind Diarrhoe, Proktitis, Fatigue, Leukopenie, Hautreaktion an Händen und Füßen (speziell bei Capecitabine). Möglich sind auch eine Zystitis sowie vor allem bei tiefem Tumorsitz und daher weit nach caudal reichenden Bestrahlungsfeldern eine Dermatitis im Dammbereich, die vor allem in Kombination mit einer Diarrhoe pflegerisch relevant werden kann. Radiogene Spätfolgen sind durch die modernen Bestrahlungstechniken sehr selten geworden. Grundsätzlich möglich sind Änderungen der Stuhlgewohnheiten wie häufiger Stuhl drang oder Durchfall, aber auch Stuhlinkontinenz oder Dünndarmobstruktionen.

Supervision im Stationsteam

Dr. Andreas Werner

FA Innere Medizin/Psychotherapie

Tumorzentrum Rheinland-Pfalz, Klinikum der J.G. Uni. Mainz

Patienten mit Krebserkrankung und deren Angehörige haben erhöhten Bedarf an Zuwendung und Unterstützung. Die professionelle psychosoziale Begleitung auch im stationären Setting ist dabei ein wichtiger Faktor zur gelingenden Krankheitsbewältigung. Die vielfältigen Belastungen des Patienten und seines Angehörigen, die in diesem Zusammenhang zu Tage treten, sind für Behandler häufig schwer zu ertragen. Daher brauchen Stationsteams Entlastungsmöglichkeiten, um arbeitsfähig zu bleiben. Fallsupervision ist dabei ein Angebot, mit dieser Herausforderung besser umgehen zu können.

Es handelt sich ausdrücklich ein an den Ressourcen des jeweiligen Teams orientiertes Konzept mit einem Schwerpunkt auf der psychosozialen Kompetenzerweiterung. Die Supervision wird durch eine Supervisorin, einen Supervisor mit Feldkompetenz durchgeführt.

Im Focus steht die Beziehung zwischen Team und (pro Sitzung) einem Patienten. Dieser wird in einer freien, offenen und freundlichen Atmosphäre von jedem Teammitglied dargestellt. Da in der Regel alle Teammitglieder den Patienten kennen, können die Beziehungsperspektiven der einzelnen Teammitglieder wie Mosaiksteine zu einem Gesamtbild zusammengetragen werden.

Die diagnostische Einordnung von psychischen Begleitsymptomen des Patienten durch die/den Supervisor/in ist ein zentrales entlastendes Moment in der Teamsupervision. Teamkonflikte sowie Organisationsdiagnostik haben ebenso ihren Platz.

Durch die Arbeit an der Beziehung zum Patienten, dem Aufspüren von Wünschen und Bedürfnissen, von Ängsten und Verwirrungen, von Stärken und Ressourcen wird die Wahrnehmungsfähigkeit, die Sensibilität und die Mitteilungsfähigkeit der Teammitglieder weiterentwickelt. Damit verbessert sich die Qualität der persönlichen Betreuung des Patienten, die Problemlösungskompetenz für diagnostische und therapeutische Prozesse wird erweitert und die Arbeitszufriedenheit steigt.

Therapie des Rektumkarzinom aus Sicht des Chirurgen

Prof. Dr. Werner Kneist,

Klinik und Poliklinik für Allgemein- und Abdominalchirurgie am
Klinikum der J.G. Uni. Mainz

Die meisten Rektumkarzinome können bei der rektal-digitalen Untersuchung getastet werden. Apparative Folgeuntersuchungen sind Darmspiegelung, Rektoskopie mit Biopsie, Endosonographie und Schnittbildverfahren (CT, MRT, PET-CT). Besonders letztere dienen auch zur Stadieneinteilung (Staging) der Erkrankung (lokale und systemische Tumorausbreitung), die von großer Wichtigkeit für die Therapieplanung und letztendlich für die Prognose der Erkrankung ist. Die immer notwendige feingewebliche (histologische) Sicherung der Diagnose dient auch der Verifizierung von Früh- und Übergangsformen des Rektumkarzinoms. Sie ermöglicht darüber hinaus die Festlegung des Differenzierungsgrades der Krebszellen (Grading) und hat insofern ebenfalls Bedeutung für Therapieausmaß und Prognose. Wenn alle Tumorstadien des Rektumkarzinoms berücksichtigt werden, auch die, welche durch transanale endoluminale Maßnahmen im Frühstadium behandelt werden können, ist heute ein Großteil dieser Erkrankungen heilbar.

Im Zentrum der therapeutischen Bemühungen stehen unverändert chirurgische Maßnahmen. Während in der Vergangenheit lediglich die Radikalität des Eingriffs und damit die Aggressivität und die Erfahrung des Operateurs prognostisch relevante Faktoren waren, sind die heutigen Verfahren wesentlich differenzierter, berücksichtigen Leitlinien, Aspekte der individualisierten Medizin und der Qualitätskontrolle. Die Therapiekonzepte lassen sich dabei auch auf die operative Behandlung bestimmter Fernmetastasen bis hin zur Entfernung des Bauchfells ausdehnen. Ein entscheidender Punkt ist der heute in vielen Fällen sowohl bei kurativem, als auch bei palliativem Therapieansatz mögliche Erhalt der für die Lebensqualität wesentlichen Sphinkterfunktion. In gleicher Weise gilt dieses Prinzip der Funktionserhaltung durch Schonung der Erfolgsorgane im kleinen Becken und der sie versorgenden Nerven (Blasen-, Sexual- und Schließmuskelfunktion). Möglich wurde diese Art der operativen Behandlung bei definitiver Einhaltung der radikalen onkologischen Tumorentfernung nicht nur durch die

verbesserte Operationstechnik sondern auch durch die modernen Möglichkeiten der neoadjuvanten und adjuvanten Kombination mit Strahlen- und Chemotherapie.

Diese interdisziplinär geplante multimodale Therapie in Verbindung mit Früherkennungsmaßnahmen und den Vorteilen der für das Rektumkarzinom im Einzelnen noch nicht vollständig evaluierten Verfahren der minimal-invasiven Chirurgie sollte in Zukunft immer häufiger dazu führen, dass Notfalleingriffe (Ileus, Perforation, Blutung) und verstümmelnde Operationen mit der Anlage von permanenten künstlichen Darmausgängen seltener notwendig werden. Derzeit gehören allerdings auch diese Prozeduren zum unabdingbar notwendigen Repertoire des Viszeralchirurgen.