6. Pflegekongress

des BVPRO e.V.
im Rahmen der 19. Jahrestagung der DEGRO

© ehuth / pixelio.de

„Radioonkologie im Wandel“

BerufsVerband Pflegender in der RadioOnkologie
BV PRO e.V.

10. – 11. Mai 2013
Estrel Convention Center, Berlin

Über den BVPRO e.V.

Der Berufsverband Pflegender in der Radioonkologie hat sich im März 2008 gegründet. Er ist aus der ehemaligen Arbeitsgemeinschaft DEGRO-n der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO) hervorgegangen.
Als DEGRO-n kann der Verband bereits auf 11 erfolgreiche Jahre Arbeit zurückblikken in denen u. a. jährliche Pflegekongresse organisiert wurden.

Gegenwärtig werden in Deutschland annähernd 60 % aller Patienten, die an malignen Tumoren erkrankt sind, mit einer Strahlentherapie behandelt.
Die Reduzierung radioonkologischer Betten im stationären Bereich und die dadurch steigende Zahl von Patienten, die ambulant oder in sogenannten „Streubetten" behandelt werden, stellen neue Herausforderungen an die Qualität von pflegerischen Leitlinien und Standards.
Der Berufsverband Pflegender in der Radioonkologie sieht es daher als eine seiner Aufgaben, pflegerische Qualitätsstandards zu definieren und die Fort- und Weiterbildung in diesem Fachbereich aktiv zu fördern.

Sie möchten Mitglied werden ?
....wir freuen uns auf Sie !

Sprechen Sie uns während des Kongresses persönlich an oder besuchen Sie uns auf unserer Homepage.

Siegfried Münster Uscha Kopp Michael Mantwil

Inhalt

Seite	
2	**Vorwort**
4/5	**Vorläufiges Programm:** **Pflegekongress BVPRO 2013 in Berlin**
6/7	**Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung** **– Etablierung der radioonkologischen Pflegeberatungsambulanz**
8	**Der/Die Medizinische Fachangestellte (MFA)/Arzthelfer/-in** **in der radioonkologischen Versorgung**
8	**Podiumsdiskussion:** **Interdisziplinäres Team „Wie profitieren wir voneinander„**
9	**Leitlinien Supportivmaßnahmen in der Radioonkologie – aktueller Stand**
9	**UPDATE** **Wundversorgung und Hautpflegemanagement in der Strahlentherapie**
10	**Körper – Geist – Seele** **Einführung komplementärer Maßnahmen an einer Universitätsklinik**
11	**Frühzeitige Integration von Palliative-Care in der Akutversorgung am Beispiel Dyspnoe** **Palliative Care ⟷ Kurative Therapie? Das muss kein Gegensatz sein!**
12	**Med. Update Hirntumore – Hirnmetastasen aus Sicht des Radioonkologen**
13	**Operative Therapie von intrazerebralen Tumoren**
13	**Kurze Beschreibung der häufigsten Symptome, Besonderheiten** **im Umgang mit Hirntumorpatienten.**

Vorläufiges Programm:
Pflegekongress BVPRO 2013 in Berlin

Donnerstag 09.05.2013

17:00	DEGRO 2013 Eröffnungsveranstaltung	

Freitag 10.05.2013

9:00 – 9:45	Vorstandssitzung BVPRO	Vorstand BVPRO
10:00 – 10:15	Begrüßung: 1. Vorsitzender BVPRO Präsident der DEGRO Kongresspräsidentin	Siegfried Münster, Fulda Prof. Dunst, Lübeck Frau Prof. Feyer, Berlin
	Radioonkologische Versorgung im Wandel	Moderation: Michael Mantwill
10:15 – 10:45	Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung; Etablierung der radioonkologischen Pflegeberatungsambulanz	Frau Heike John, MH Hannover
10:45 – 11:15	Die Medizinische Fachangestellte in der radioonkologischen Versorgung	Frau Anett Klöber, MFA Uni-Klinikum Dresden
11:30 – 12:00	professionelle Radioonkologie – kein Feld für Solisten „Interdisziplinäre Fallbesprechung zur Verbesserung der Versorgungsqualität"	Frau Maria Mascia, MH Hannover
12:00 – 13:00	Podiumsdiskussion: **Interdisziplinäres Team** **„Wie profitieren wir voneinander„**	Moderation: Kerstin Paradies, Sprecherin der KOK Prof. Dr. Robert Krempien, Chefarzt Helios-Kliniken Berlin-Buch Beeke Schmeling, Fachkrankenschwester in der Onkologie, MH Hannover Petra Kieslich, Ltd. MFA MVZ Vivantes Neukölln Siegfried Münster, Vorsitzender BVPRO e.V.
	Neue Wege im Nebenwirkungsmanagement	Moderation: Uscha Kopp
14:00 – 14:30	Leitlinien Supportivmaßnahmen in der Radio-Onkologie. Aktueller Stand	Frau PD Dr. Ulricke Höller, Berlin, Vorsitzende AG Nebenwirkungen/Supportivtherapie
14:30 – 15:00	Update Wundversorgung und Hautpflegemanagement in der Radio-Onkologie	Frau Manuela Schmied, Wundexpertin, Klinikum München-Großhadern
15:15 – 15:45	Körper – Geist – Seele Einführung komplementärer Pflegemaßnahmen in einer Universitätsklinik.	Frau Tatjana Zielke, MH Hannover
15:45 – 16:15	Frühzeitige Integration von Palliativcare in der Akutversorgung am Beispiel Dyspnoe	Frau Werner, Klinik für Strahlenheilkunde Uni-Freiburg
16:30 – 17:30	Mitgliederversammlung BVPRO e.V.	Vorstand BVPRO
	Gesellschaftsabend	Spindler und Klatt

Samstag 11.05.2013

	Med. Update Hirntumore – Hirnmetastasen	Moderation: Heike John
10:00 – 10:30	aus Sicht des Radioonkologen	Frau Dr. Yasemin Kilic, Fachärztin für Radioonkologie, Vivantes MVZ Neukölln
10:30 – 11:00	aus Sicht des Neurochirurgen	PD Dr. Andreas Jödicke, Chefarzt Neurochirurgie, Vivantes Klinikum Neukölln
11:15 – 11:45	Hirntumor und dann? Möglichkeiten sozialer Dienste am Beispiel des Pflegeüberleitung-Modell Uniklinikum-Freiburg	Frau Uscha Kopp, Krankenschwester in der Onkologie Klinik für Strahlenheilkunde, Uniklinikum Freiburg
11:45 – 12:45	Spezifische Problemstellungen; praktische Anwendungsmöglichkeiten für Pflegende. Ein interaktiver Workshop	Frau Dipl. Psych. Fraucke Haffner, Psychoonkologin, CCC Charite Berlin
Pause		
14:30 – 16:00	Gemeinsame Veranstaltung Patientensicherheit – es braucht uns alle gemeinsam	OViRO/ VMTRO/ BVPRO Hans Härting, Wien
	Ende des Pflegekongress	

Homepage unter
www.degro.org Kongress Berlin
www.bvpro.org

Heike John,
Krankenschwester, Fachkraft für onkologische Pflege,
Medizinische Hochschule Hannover

Qualitätssteigerung in der Patientenversorgung – Etablierung der radioonkologischen Pflegeberatungsambulanz

Heike John[1], Hans Christiansen[1], Birgit Hartmann[1], Gabriele Lange[1], Maria Mascia[2], Astrid Meier[1], Klaus Meier[1], Karin Nagel[1], Beeke Schmeling[1], Iris Meyenburg-Altwarg[3]

[1] Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Strahlentherapie und Spezielle Onkologie
[2] Medizinische Hochschule Hannover, Pflegewissenschaft
[3] Medizinische Hochschule Hannover, Geschäftsführung Pflege

Einleitung

Die Krebserkrankung und deren Behandlung gehen für den Patienten/die Patientin mit physischen Belastungen und auch Angst einher [1]. Die Zunahme ambulanter Behandlung und die Möglichkeiten moderner Strahlentherapie immer älterer und multimorbider Menschen müssen berücksichtigt werden. Dazu bedarf es eines multiprofessionellen Ansatzes, der die Pflege und ihre besondere Kompetenz integriert. Die Förderung der Selbstpflegekompetenz des Patienten und ein salutogenetisches Verständnis stehen hierbei im Vordergrund pflegerischen Handelns.

Fragestellung

Mauerer et al. beschreiben, dass zu Beginn der Strahlentherapie 41 Prozent der Patienten/Patientinnen unter Angst und 33 Prozent unter Symptomen einer Depression leiden. Die Autoren weisen darauf hin, dass die Angst bei den meisten Patienten bereits nach der ersten Strahlentherapiesitzung nachlässt [3]. Die Angst als begleitendes Symptom bestätigte sich in der initial durchgeführten Patientenbefragung mittels Fragebogen. Ein angestrebtes Ziel der Pflegeberatung, ist neben der Prophylaxe und Linderung von strahlentherapiebedingten Nebenwirkungen auch der Angst entgegen zu wirken. Bisher gibt es wenig einheitliche und evidenzbasierte Pflegeempfehlungen bezüglich der Versorgung von Patientinnen und Patienten während der Strahlentherapie, diese sind aber dringend notwendig.

Methodik

Mittels systematischer Aktenauswertung von 80 Patientenakten und persönlicher Befragung von 40 Patienten/Patientinnen per Fragebogen wurde der Pflegebedarf von ambulant strahlentherapeutisch behandelten Patienten/Patientinnen ermittelt. Hospitationen in ähnlichen Pflegeambulanzen, die an der Versorgung der Patienten/Patientinnen während einer Strahlentherapie beteiligt sind, erfolgten. Im Anschluss wurde das Konzept der ambulanten radioonkologischen Pflegeberatung entwickelt und ein entsprechender Projektauftrag verfasst.
Begleitet wird das Projekt von einer interdisziplinär zusammengestellten Projektgruppe. Die Finanzierung der Personalkosten erfolgt während der Projektphase über das Budget der Pflege durch Beteiligung aller onkologischen Stationen. Für weitere Aufwendungen wie Literatur, Pflegeutensilien, Teilnahme an Fortbildungen etcetera wird das Projekt durch Florence .e.V. unterstützt [2].

Jede/r Patient/in erhält vor Beginn der Bestrahlung eine individuelle Pflegeberatung. Die Beratung wird so gestaltet, dass eine konkrete gedankliche Vorstellung von der bevorstehenden Behandlung entsteht. Inhaltlich werden sachliche, zeitliche, räumliche und therapierelevante Themen besprochen. Maurer et al. [3] benennen, dass eine so gestaltete Beratung die Patientenzufriedenheit steigert und Ängste abbaut. Bei der Erstberatung werden grundsätzliche Aspekte der Lebensführung, der lokalen Pflege der Bestrahlungsregion, bestehende Ängste und Belastungen thematisiert. Gemeinsam mit dem Patienten/der Patientin werden individuelle Copingstrategien entwickelt. Bei Bedarf können Folgetermine wahrgenommen werden. Pflegeempfehlungen zum Umgang mit Symptomen, die häufig mit einer Strahlentherapie einhergehen, wurden nach wissenschaftlichen Kriterien erstellt. Zur wissenschaftlichen Auswertung wurde ein eigenes Dokumentationssystem in einer entsprechenden Datenbank entwickelt
Anhand von Feedbackbögen soll die Bedeutung der Pflegeberatung für die Patientinnen/Patienten im Hinblick auf die Linderung physischer Nebenwirkungen und psychischer Belastung evaluiert werden. Interdisziplinäre Fallbesprechungen finden einmal monatlich statt. Sie fördern den Austausch der unterschiedlichen Professionen, beleuchten komplexe Krankheitsverläufe und bieten Hilfestellung bei der Bewältigung der hohen psychischen Belastung der Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter.

Ergebnis

Im August 2012 wurde mit der Implementierung der radioonkologischen Pflegeberatungsambulanz begonnen. Seit September 2012 werden Patienten/Patientinnen, vor, während und bei speziellen Fragestellungen auch nach Beendigung der Behandlung beraten.
Die Wirksamkeit der Pflegeberatung in der Strahlenklinik ist derzeit nur subjektiv durch positive Rückmeldungen von Patient/in, Ärzten/Ärztinnen und MTRAs zu bewerten. Patientinnen/Patienten äußern, dass es ihnen Sicherheit gibt zu wissen, was bei der Selbstpflege zu beachten ist, und dass Information und Beratung ihnen Ängste nimmt. Die bisherige Erfahrung spiegelt das Studienergebnis von Maurer et al. wieder, dass eine umfassende patientenorientierte Aufklärung eine Möglichkeit ist, dem Gefühl von Kontrollverlust und dem Erleben von Bedrohung entgegenzuwirken. Eine Auswertung der erhobenen Daten zur Wirksamkeit nach wissenschaftlichen Kriterien wird zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen.

Schlussfolgerung

Die ersten Ergebnisse seit Etablierung der „radioonkologischen Pflegeberatungsambulanz“ sind durchweg positiv. Das Angebot wird von den Patienten/Patientinnen sehr gut angenommen. Wiederholt durch Patienteninitiative wahrgenommene Folgetermine weisen objektiv darauf hin. Das Meinungsbild im Behandlungsteam zeigt dass das Angebot der frühzeitigen und den Therapieverlauf begleitenden Pflegeberatung eine wichtige, sinnvolle und wirksame Ergänzung und somit eine Qualitätssteigerung der Patientenversorgung darstellt
Die Übernahme der Pflegeberatungsambulanz nach Ablauf der Projektphase in die Regelversorgung wird angestrebt.

Literatur

1. J. Kasten, M. Molls, R.P. Müller, M. Bamberg, Patienten in der Strahlentherapie, Strahlentherapie und Onkologie [Suppl 3], Springer Verlag Berlin Heidelberg 10/2012, S 326-330.
2. http://florence-research.com
3. J. Maurer, C. Schäfer, O. Maurer, O. Kölbl, O, Angst und Depressivität bei Tumorpatienten im Verlauf der radioonkologischen Behandlung, Strahlentherapie und Onkologie, Springer Verlag Berlin Heidelberg 10/2012 S.940-944.

Annett Klöber,
Leitende Arzthelferin/Studienassistentin
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden

Der/Die Medizinische Fachangestellte (MFA)/ Arzthelfer/-in in der radioonkologischen Versorgung

(Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die doppelte Schreibweise (männlich/weiblich) verzichtet.)

Die Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin nimmt eine wichtige und verantwortungsvolle Stellung in der Betreuung der Patienten und der Organisation der Behandlungsabläufe in der radioonkologischen Versorgung ein.

Die MFA ist für den ambulanten Patienten oft die erste Kontaktperson. Sie bestellt und empfängt den Patienten zum ersten Arztgespräch über die Therapie, terminiert fehlende diagnostische Untersuchungen für die ambulante und stationäre Behandlung und erklärt in mündlicher oder schriftlicher Form dem Patienten logistische Details zur Behandlung.

Sie unterstützt den Arzt in der Sprechstunde, die MTRA bei vorbereitenden Maßnahmen für die Bestrahlung und arbeitet eng mit der radioonkologischen Station und dem Sekretariat zusammen. In Delegation durch den Arzt kann sie ausgewählte medizinische Aufgaben (z.B. Blutabnahmen, Blutdruck- und Gewichtskontrollen, Fotodokumentationen) übernehmen und den Patienten über Pflegemaßnahmen während der Therapie beraten. Ein weiteres wichtiges Aufgabengebiet bildet die Abrechnung aller durchgeführten Maßnahmen und das Schreiben bzw. Vorbereiten der Therapie abschlussbriefe. Weiterhin leistet sie einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Dokumentation der Behandlung, der Nachsorge und von Studien.

Die MFA ist im Einklang mit dem Arzt, der MTRA, der Station und dem Sekretariat sowohl Bindeglied zwischen Patient und diesen einzelnen Abteilungen als auch ein wichtiger Lotse und Begleiter des Patienten während des gesamten ambulanten Aufenthaltes in der radioonkologischen Einrichtung.

Moderation:
Kerstin Paradies,
Sprecherin der KOK

Podiumsdiskussion: **Interdisziplinäres Team „Wie profitieren wir voneinander„**

Prof. Dr. Robert Krempien, Chefarzt, Helios-Kliniken Berlin-Buch
Beeke Schmeling, Fachkrankenschwester in der Onkologie, MH Hannover
Petra Kieslich, Ltd. MFA MVZ Vivantes Neukölln
Siegfried Münster, Vorsitzender BVPRO e.V.

Ulrike Höller,
Strahlentherapie, Ambulantes Centrum Charité Mitte,
Charitéplatz 1, 10112 Berlin

Leitlinien Supportivmaßnahmen in der Radioonkologie – aktueller Stand

Leitlinien geben Therapieempfehlungen nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin auf Grundlage der aktuellen Forschungsergebnisse. Sie werden von Experten – Ärzten, Pflegern, PatientenvertreterInnen entwickelt und unter Führung der Deutschen Krebsgesellschaft und Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften für alle zugänglich im Netz veröffentlicht. Die Leitlinie für Supportivmaßnahmen wird in diesem Jahr aktualisiert werden. Am Kapitel Hautpflege werden die Struktur der Leitlinie, die Interpretation der Leitlinie bzw. ihre Gebrauchsanweisung sowie die Empfehlungen im Einzelnen vorgestellt werden.

Manuela Schmied,
Stellvertretende Stationsleiterin Station K21, Wundexpertin
Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie & Radioonkologie
am Klinikum der Universität München – Campus Großhadern

UPDATE Wundversorgung und Hautpflegemanagement in der Strahlentherapie

Die Strahlentherapie fungiert seit vielen Jahrzehnten als therapeutische Säule in der Onkologie. Gleichermaßen lange bekannt sind die Reaktionen an Haut und Schleimhäuten, zu denen eine Radiatio führen kann. Die während oder nach einer Strahlenbehandlung zu erwartenden Reaktionen hängen von der Einzel- und Gesamtdosis sowie der Gesamtbehandlungszeit und Kombinationstherapien ab.

Die Supportivkonzepte zur Hautpflege orientieren sich heutzutage vor allem an praktischen Gesichtspunkten. Das Waschverbot und Puder sind überholt, Hautpflege mit hydrophilen Cremes oder Lotionen ist sinnvoll und erlaubt.

Unsere Erwartungen an eine bestmögliche Wundversorgung bei feuchten Epitheliolysen, Ulzerationen und Tumorwunden sind hoch.

Welche Hautpflegeprodukte und Wundauflagen sind geeignet und sinnvoll?
Eine, bei der heutigen Produktvielfalt, Menge und den Kosten, nicht immer einfache Frage!
Praktische Tipps und Tricks der modernen Hautpflege und Wundversorgung bei strahleninduzierten Hautveränderungen, aktueller Mund- und Hautpflegestandard der Strahlentherapie des Klinikums der Universität München, sowie ein Tagesklinisches Betreuungskonzept vor und nach einer Radiatio mit Wundversorgung.

Tatjana Zielke,
Medizinische Hochschule Hannover

Körper – Geist – Seele
Einführung komplementärer Maßnahmen an einer Universitätsklinik

T. Zielke[1], H. John[1], M. Mascia[1], K. Meier[1], G. Picksak[1], B.-L. Schmeling[1], Dr. Dr. D. Steinmann[1], I. Meyenburg-Altwarg[1]

[1] Medizinische Hochschule Hannover, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, zielke.tatjana@mh-hannover.de

Hintergrund
An der Medizinischen Hochschule in Hannover werden bereichsübergreifend komplementäre Pflegeempfehlungen für Patienten als Regelleistung implementiert. Das Projekt führt im ersten Teil einen Pilot in der konkreten Umsetzung auf der Palliativstation durch. Auf dieser Station gehört die Anwendung komplementäre Maßnahmen bei den Leitsymptomen Angst, Unruhe, Luftnot und Schmerzen sowie in der Finalphase zu dem Pflegekonzept. Die Patienten sind in der Regel für diese Maßnahmen aufgeschlossen und äußern, dass sie dadurch Erleichterung erfahren. Das Pflegeteam wurde zu verschiedenen Anwendungen wie Wickel und Auflagen, Aromapflege, Heilpflanzenlehre auszugsweise geschult. Die Anwendungen werden aufgrund fehlender Standards allerdings unsystematisch durchgeführt. Ihre Wirksamkeit wurde vor dem Projekt nicht ausreichend dokumentiert.

Es lässt sich beobachten, dass die Durchführung komplementärer Pflege auch einen positiven Effekt auf die Anwender sowie die Angehörigen hat. So sind beispielsweise eine steigende Eigeninitiative, sowie eine deutlich höhere Akzeptanz dieser Pflegemaßnahmen auch von ursprünglich eher skeptischen Mitarbeitern festzustellen. Auch die Zunahme von Kreativität der Pflegekräfte wird sichtbar.

Ziele
Es ist das Ziel der Medizinischen Hochschule, allen Patienten, die es wünschen, die Unterstützung durch komplementäre Pflege zu ermöglichen. Die durchgeführten Maßnahmen und deren Wirkung sollen konsequent dokumentiert und evaluiert werden. Sie beruhen auf standardisierten, wissenschaftlich fundierten Pflegeempfehlungen, die im Rahmen des Projektes von einem interdisziplinären Team erarbeitet werden.

Methode
Diese interdisziplinäre Arbeitsgruppe entwickelt indikationsbezogene Pflegeempfehlungen zu den komplementären Maßnahmen. Ein Dokumentationsbogen zu Indikation, Maßnahme, Zeitaufwand, direktem und verzögertem Effekt ist entwickelt und wird konsequent benutzt. Die Pflegekräfte sind mit der Durchführung des Dokumentationsbogen und der Erfassung der Daten geschult worden. Die Daten, als auch Patienteninterviews und Interviews mit Pflegekräften geben Auskunft über den Gesamteffekt auf den Patienten als auch auf das behandelnde Team.

Ergebnisse
Fünf Monate nach Implementierung der Pflegeempfehlungen und der oben beschriebenen Dokumentation sind positive Effekte erkennbar. Es zeigt sich, dass die Patienten sich bewusst wahrgenommen fühlen und eine Linderung der Symptome spüren. Die Pflegekräfte sehen in den Maßnahmen eine positive Vertiefung ihrer Pflegekompetenz und haben weitere Handlungsalternativen bei komplexen Symptomen erhalten. Dies erleben sie als eine große Bereicherung. Durch Anwendung der komplementären Methoden lässt sich der Kontakt zum Patienten schneller und intensiver herstellen. Gleichzeitig spüren Pflegende eine höhere Achtsamkeit der eigenen Persönlichkeit gegenüber.

Schlussfolgerung
Die Einführung komplementärer Maßnahmen zeigt, dass diese, neben der schulmedizinischen Behandlung eine verbesserte Symptomlinderung für die Betroffenen bedeutet. Der geringe Zeitaufwand und die positiven Effekte werden durch die systematische Datenerfassung dokumentiert. Diese ersten Eindrücke sowie die positive Auswirkung auf die Arbeitsatmosphäre machen deutlich, dass hier ein hohes Potential zur Verbesserung der Lebensqualität von schwerkranken Menschen vorliegt. Da bei verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitswesen Skepsis bezüglich der Effizienz vorhanden sind und außerdem derzeit keine Refinanzierung durch Krankenkassen gegeben ist, sollten komplementäre Pflegemethoden kontinuierlich evaluiert und erforscht werden.

Beatrix Werner,
Gesundheits- und Krankenpflegerin für die Pflege in der Onkologie und Pallaitve Care,
BA. Management im Gesundheitswesen

Frühzeitige Integration von Palliative-Care in der Akutversorgung am Beispiel Dyspnoe

Palliative Care ⟷ Kurative Therapie? Das muss kein Gegensatz sein!

Palliative Care verbessert die Lebensqualität und kann den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen. Palliative Care sollte daher schon in einem frühen Krankheitsstadium des Krankheitsverlaufs hinzugezogen werden. Sie sollte auch in Verbindung mit Therapien, die das Ziel verfolgen das Leben zu verlängern wie Chemo- und/oder Radiotherapien flankierend einzusetzen. Die derzeitige Versorgungslage zeigt, dass die Gesundheitsversorgung domminiert ist durch die Festlegung auf Heilung und Lebensverlängerung. Der Bedarf an palliativer Versorgung für schwerst-und chronisch Kranke und deren Angehörige wird noch weitgehend negiert. Das Gesundheitsfachpersonal steht häufig im Spannungsfeld von Ethik und Ökonomie.

Die Barrieren die eine gute palliative Versorgung behindern, sind vielfältig, eine der Barrieren liegt in der unbefriedigenden Ausbildung im Bereich der Basisversorgung in der Pflege. Wir haben in Freiburg den ELNEC Palliative Care Kurs Deutschland entwickelt, um die Basisversorgung in den Akutkrankenhäusern und den Pflegeheimen zu verbessern. Denn nur wenn Wissen zu Palliative Care vorhanden ist, können Probleme erkannt, benannt und dann auch bearbeitet werden.

Am Beispiel der Dyspnoe möchte ich die Möglichkeiten der Palliativen Versorgung erläutern.
Es besteht ein Wissensdefizit auf Seiten der Pflegenden bezüglich dem Auftreten von Dyspnoe, den Auswirkungen für den Patienten und dessen Angehörigen und dem Effekt pflegerischer Interventionen. Hauptbestandteil der Beratung von Pflegenden ist die Vermeidung auslösender Faktoren. Das Wissensdefizit auf Seiten der Pflegenden wird durch das fehlende Benennen der Beschwerden von Seiten des Patienten oft verstärkt (Gysels, M., Bausewein, C., Higginson, I., 2007)

- Definition von Dyspnoe
- Dyspnoe und die Ursachen
- Dyspnoe Assessment
- Verschiedene Qualitäten von Dyspnoe
- Patientenperspektive
- Diagnostik
- Pflegerische nicht- Pharmakologischen Interventionen
- Pharmakologische Interventionen- Opioide
- Einsatz von Sauerstoff

Dr. Yasemin Kilic ,
Fachärztin für Radioonkologie,
Neukölln

Med. Update Hirntumore – Hirnmetastasen aus Sicht des Radioonkologen

Hirnmetastasen treten bei Tumorpatienten mit einer Häufigkeit von 20-50% auf. Das Auftreten verschlechtert die Prognose erheblich. Unbehandelt liegt die mediane Überlebenszeit nach Diagnosestellung bei 4-6 Wochen. Der Stellenwert der Strahlentherapie ist durch zahlreiche Studien belegt. Für die Patienten bedeutet dies eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität und des Überlebens.

Grundsätzlich kann jeder maligne Tumor in das ZNS metastasieren, jedoch sind die häufigsten Erkrankungen Bronchial- und Mammakarzinome und maligne Melanome.

Bei Patienten mit multiplen Hirnmetastasen ist die Bestrahlung des gesamten Gehirns als palliative Maßnahme Standard. Der Überlebensgewinn ist abhängig von den unterschiedlichen Histologien, jedoch zeigt sich bei ca. einem 3/4 der Patienten bei gleichzeitiger Behandlung mit Steroiden eine Besserung der klinischen Beschwerden. Die 1-Jahres-Überlebensrate beträgt allerdings lediglich 10-20%. Die mediane Überlebenszeit liegt zwischen 3 und 6 Monaten.

Die Ganzhirnbestrahlung wird mit unterschiedlicher Fraktionierung durchgeführt. Gängig sind Dosierungen von 30 Gy in 2 Wochen oder 40 Gy in 3-4 Wochen. Bei solitären Hirnmetastasen kann eine Boost-Bestrahlung sinnvoll sein, wenn keine Metastasen außerhalb des Gehirns vorliegen.

Eine prophylaktische Ganzhirnbestrahlung mit 30 Gy in 3 Wochen wird beim kleinzelligen Bronchialkarzinom nach einer kompletten Remission durch Chemotherapie eingesetzt.

Eine stereotaktische Bestrahlung stellt eine nicht invasive Alternative zur neurochirurgischen Entfernung einer Metastase dar. Sie kann bei bis zu 3 Hirnmetastasen eingesetzt werden. Bei Auftreten von wenigen Hirnmetastasen beim malignen Melanom ist diese Methode der Ganzhirnbestrahlung vorzuziehen.

Glioblastome sind die häufigsten primären intrakraniellen Tumoren, bei denen eine Strahlentherapie mit palliativer Zielsetzung eingesetzt wird. Die Indikation zur Bestrahlung besteht bei inoperablen Glioblastomen oder Tumoren, die komplett oder teilweise entfernt wurden. Routinemäßig wird die Strahlenbehandlung mit einer Gesamtdosis von 60 Gy in 30 Fraktionen über 6 Wochen durchgeführt oder mit einer Hypofraktionierung von 40 Gy in 15 Fraktionen über 3 Wochen. Bei Glioblastomen wird eine weitestgehend komplette Tumorentfernung angestrebt. Danach erfolgt eine Bestrahlung in Kombination mit einer Temozolomid-Chemotherapie. Gegenüber Patienten mit einer Biopsie erhöht sich die mittlere Überlebenszeit von ca. 10 auf ca. 18 Monate.

Darüber hinaus gibt es noch eine Reihe relativ seltener primärer Hirntumoren, bei denen die Bestrahlung nach ähnlichen Therapieprinzipien und Indikationen erfolgt.

Strahlenfolgen lassen sich nach akuten und chronischen Strahlenwirkungen unterscheiden. Zu den Spätnebenwirkungen gehören als schwerste Form die Radionekrose, die Enzephalopathie, darüberhinaus kognitive Defizite und neuroendokrine Komplikationen. Außerdem können dosisabhängige Schäden an Auge, Ohr und den Hirnnerven je nach Lage des Tumors und der Höhe der Dosis auftreten. Diese unvermeidlichen Strahlenfolgen sind gegenüber dem potentiellen Nutzen der meist mit palliativer Intention durchgeführten Bestrahlung abzuwägen.

PD Dr. Andreas Jödicke
Chefarzt Neurochirurgie,
Vivantes Klinikum Neukölln

Operative Therapie von intrazerebralen Tumoren

Als Tumoren des Gehirns (intrazerebrale Tumoren) werden in der Regel hirneigene Tumoren und Hirnmetastasen zusammengefaßt. Bezüglich der Häufigkeit stehen je nach Altersgruppe hirneigene Tumoren (Kindes- und Jugendalter) oder Absiedlungen extrazerebraler Tumoren (Metastasen; höheres Erwachsenenalter) zahlenmäßig im Vordergrund. Beiden Gruppen gemeinsam ist die interdisziplinäre Behandlung, wobei bei hirneigenen Tumoren nahezu immer, bei Metastasen in unterschiedlichem Prozentsatz eine Operation am Anfang der Therapie steht. Ziel der Operation ist immer die Sicherung der genauen Gewebsdiagnose/Tumorklassifikation und die funktionserhaltende oder funktionsrestituierende vollständige Tumorentfernung. Während Metastasen in ca. 30% vollständig, d.h. ohne jeden Rest, mikrochirurgisch durch Beachtung der Tumorkapsel entfernt werden können, gelingt dies bei bösartigen hirneigenen Tumoren nicht. Bei diesen Tumoren, die keine echte Tumorkapsel aufweisen und in das gesunde Umgebungsgewebe des Gehirns einwachsen, ist die maximale Entfernung nicht funktionstragender Tumoranteile wichtig, die in der präoperativen Kernspintomographie oder intraoperativ identifiziert werden können, um ein möglichst langes Überleben unter Erhalt der Lebensqualität und fortgesetzter nicht-operativer Therapie zu erreichen. Methoden der intraoperativen Lokalisierung (Navigation) und Darstellung (Bildgebung, Fluoreszenztechniken) von Tumoren sowie der Beurteilung von Hirnfunktionen nahe dem Tumor (Wach-Operation, intraoperative Elektrophysiologie) werden erläutert und ihr Einfluss auf die OP-Strategie und das klinische Ergebnis dargestellt.

Dipl. Psych. Fraucke Haffner, Psychoonkologin, CCC Charite Berlin
Studium in Trier, Abgeschlossene Weiterbildung in Systemischer Psychotherapie, fortgeschrittene Weiterbildung in psychologischer Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie,
seit August 2011 Anstellung an der Psychoonkologie des Charité Comprehensive Cancer Centers;
seit Januar 2012 Konsildienst

Vortrag

Kurze Beschreibung der häufigsten Symptome, Besonderheiten im Umgang mit Hirntumorpatienten. (ca. 15Min.)

Praktischer Teil
dieser soll den Hauptteil der Stunde ausmachen; innerhalb von einer Stunde werden wir höchstens zwei, wahrscheinlicher nur einen Fall bearbeiten können. Erfahrungsgemäß haben Fälle jedoch viele Überschneidungen, so dass auch diejenigen, die selbst keinen Fall einbringen, profitieren werden. Es wäre schön, wenn Sie sich vorab Gedanken machen könnten, welcher Fall Ihnen in der letzten Zeit Kopfzerbrechen bereitet hat. Es reicht auch, wenn Sie gemerkt haben, dass er Ihnen näher ging als andere Fälle.

Mir ist es wichtig, eine offene Atmosphäre zu schaffen, in der nicht bewertet wird, denn wir alle kennen schwierige Situationen im Kontakt mit Patienten (für diesen Workshop Hirntumorpatienten).

Falls niemand einen Fall mitgebracht hat, hätte ich auch einen vorbereitet, ich finde es jedoch immer schöner und anschaulicher, mit genau dem zu arbeiten, was ist.