

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Geleitworte	Prof. Dr. Dr. Markus BÜCHLER..... 2
Grußworte	Prof. Dr. Anthony D. HO..... 3
Veranstalter 5
Rahmenprogramm	Oskar und die Dame in Rosa..... 6
Programm	18. Mai 2005..... 7
Programm	19. Mai 2005..... 8
Programm	20. Mai 2005..... 10
Aussteller und Sponsoren 11
Vorsitzende und Referenten 12
Vorsitzende und Referenten 13
<u>Abstracts für 18.05.05:</u>	Rolf BÄUMER..... 14
	Stefan MOSTER..... 15
	Angelika ZEGELIN..... 17
	Prof. Dr. Dr. Jürgen DEBUS..... 18
	Andreas WAGNER..... 19
	Andrea GAISSER..... 21
	Dr. Monika KELLER..... 22
	Dr. Heide HÄBERLE..... 23
	Thomas WIGANT..... 24
<u>Abstracts für den 19.05.05:</u>	Birgit TRIEWEILER-HAUKE..... 25
	Hubert JOCHAM..... 27
	Pia HARTMANN..... 28
	Ilona NOTHDURFT..... 29
	Axel DOLL..... 30
	Claudia MARQUARDT..... 31
	Karl REIF..... 32
	Gisela BLASER..... 33
<u>Seminare und Workshops:</u>	Lageplan..... 34
	Übersicht..... 35
	Sike AUER..... 36
	Hubert JOCHAM..... 37
	Petra WECHSUNG..... 38
	Karl REIF..... 39
	Birgit TRIERWEILER-HAUKE..... 40
	Stefan MOSTER..... 41
	Pia HARTMANN..... 42
	Gisela BLASER..... 43
	Dr. Heide HÄBERLE..... 44
	Thomas WIGANT..... 45
<u>Abstracts für den 20.05.05:</u>	Abschlüsse Fachweiterbildung..... 46
	Kerstin GITTELBAUER..... 47
	Alrun SENSMEYER..... 48
	Michael LEDWON..... 50
	Thomas BEER..... 51
	Karsten SCHWALM..... 52
	Günther GEHRLEIN..... 53
	Rosemarie RAU/Marcel SAILER..... 54
	Prof. Gerhard F. RIEGL..... 55/56

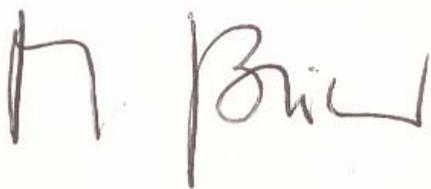
Tumorzentrum Heidelberg / Mannheim

Das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim hat die Fachweiterbildung Pflege des Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken aus der Taufe gehoben. Und so sind wir stolz, dass wir wieder Schirmherr einer so erfolgreichen und rege besuchten Veranstaltung sein dürfen. Das 14. Krebskrankensymposium setzt eine erfolgreiche Tradition fort, und widmet sich wieder einem anspruchsvollen aber interessanten Thema, dem Aspekt des Managements in Verbindung mit der Krebskrankenpflege.

Die Professionalisierung der Pflege führt zu einem wachsenden Bedarf an qualifizierten Pflegekräften. Deren Handlungskompetenz ist, besonders bei der Pflege von Krebspatienten gefragt. Das 14. Krebskrankenpflegesymposium in Heidelberg widmet sich dem Begriff Management in der Pflege. Es handelt sich also um Verwaltung, bzw. Leitung. Wie ist im Zusammenhang mit ambulanter und stationärer Pflege ein Begriff aus der Ökonomie zu verstehen?

Betriebswirtschaftlicher Hintergründe führen zu einer stärkeren Strukturierung des Pflegeprozesses. Verkürzte Verweildauern und Case Management, also die Steuerung des konkreten Falls, führen zu einem neuen Pflegeverständnis, das auch kompetente Beratung des Patienten und Anleitung der Angehörigen umfasst.

Für den Krankheitsverlauf spielt die Pflege eine ganz entscheidende Rolle und wir schätzen es, wenn wir im Team um den Patienten kompetente Pflegenden wissen!

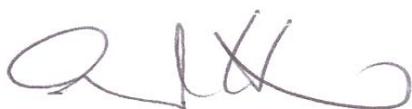


Prof. Dr. Dr. h. c. Markus W. Buehler
Vorsitzender des Lenkungsausschusses
des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim

Was haben Ted Kennedy Junior, Jose Carreras oder Golda Meir gemeinsam? Sie haben alle den Krebs nicht nur besiegt, sondern danach mit neuem Elan und neuer Verantwortung aufgelebt. Nach seinem Sieg über den Knochenkrebs 1973 und nach Verlust einer unteren Extremität hat Ted Kennedy sich bis heutigen Tag speziell für die Körperbehinderten eingesetzt und Jose Carreras für die Leukämieforschung und Knochenmarktransplantation. Zwei Beispiele von Krebs-Patienten die von der Onkologie-Pflege und -Therapie langfristig profitiert haben.

Krebs wird eine immer größere Rolle spielen. Die Zahl der jährlichen Krebs-Neuerkrankungen in Deutschland wird auf ca. 168.500 Fälle bei Männern und ca. 179.000 bei Frauen geschätzt. Die entsprechenden Sterbefälle im Jahre 1999 sind nach der amtlichen Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamts, Wiesbaden, 108.091 bei Männern und 102.376 bei Frauen. Trotz rückläufiger altersbereinigter Krebssterblichkeit ist die Krebsprävalenz in Deutschland weiter angestiegen. Hieraus kann geschlossen werden, dass die Betreuung von Krebspatienten eine zunehmende Herausforderung für das Pflegepersonal darstellt.

Ein multidisziplinärer Ansatz in der Behandlung von Krebs zielt durch Zusammenarbeit von erfahrenem Pflegepersonal und ärztlichen Spezialisten auf die Optimierung von Krebsvorbeugung und die bestmögliche Versorgung der Patienten. Besonders die Onkologie-Pflege spielt die wesentlichste Rolle bei der Aufklärung über die Diagnose, bei der Durchführung des Therapieplans und bei der langfristigen Nachbetreuung von Patienten in der schwierigsten Phase des Lebens. Dazu werden Sie in der hier angebotenen Fortbildung einiges erfahren und ich wünsche Ihnen viel Spaß und Glück dabei.



Prof. Dr. Anthony D. Ho

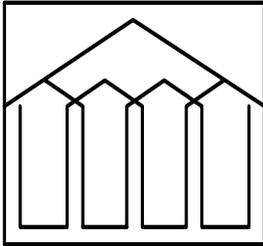
Ärztlicher Direktor der Abt. V

Ärztlicher Leiter der Fachweiterbildung

“Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen“

Veranstalter

Schirmherrschaft:



Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim

Lenkungsausschussvorsitzender

Prof. Dr. Dr. Markus BÜCHLER

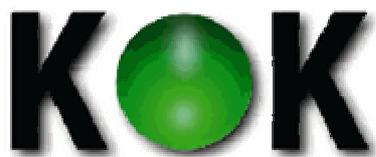
Veranstalter:



UniversitätsKlinikum Heidelberg

Pflegedirektor Edgar Reisch

UniversitätsKlinikum Heidelberg



Konferenz Onkologischer Kranken-
und Kinderkrankenpflege in der
Deutschen Krebsgesellschaft e.V.

Präsident: Rolf Bäumer

Symposiumsleitung:

Fachweiterbildung

Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen

Burkhard Lebert

Eric-Emmanuel Schmitts´

Oskar und die Dame in Rosa

„Die Dame in Rosa“, Oma Rosa, wie Oskar sie nennt, arbeitet als freiwillige Betreuerin auf einer Kinderkrebstation (in Frankreich tragen diese ehrenamtlichen Helferinnen in den Kliniken rosa Kittel), dort gewinnt sie das Vertrauen des an Leukämie erkrankten elfjährigen Oskar, der nur noch wenige Tage zu leben hat, und fasst eine besonders starke Zuneigung zu ihm, wie er zu ihr.

Um ihn auf andere Gedanken zu bringen erzählt sie ihm von den „Zwölf Vorhersagenden Togen“, einer alten Sage, nach der man in den letzten zwölf Tagen des Jahres die Geschehnisse der kommenden zwölf Monate des nächsten Jahres vorhersagen kann. Sie bittet ihn, diese Legende mit ihr zu spielen und jeden Tag so zu betrachten als wären es zehn Jahre. Und sie rät ihm, damit er mit seinen Sorgen, Ängsten und Nöten nicht so allein ist, „Briefe an den lieben Gott“ zu schreiben und ihn um Antwort, um Aufklärung, sogar um einen Besuch zu bitten.

Nach seinem Tod findet Oma Rosa diese Briefe, in denen Oskar dem lieben Gott tagtäglich seine letzten Tage beschrieben hat, natürlich wird er jeden Tag älter, er hat also ein ganzes „Männerleben“ mit all seinen Krisen erlebt. Und das Schreiben dieser Briefe verschafft ihm eine innere Ruhe, was nicht heißen soll, dass er an seinem Schicksal nicht leidet.

Aber durch Oma Rosa erfährt er, dass der Tod, auch seiner, kein Scheitern ist und dass auch für ihn, den kleinen Oscar, die großen Fragen des Lebens wie Einsamkeit, Leben und Tod, Träume, Sorgen, Glück und Gott wichtig sind. Und sanft, von Oma Rosa und durch seine Briefe an Gott geleitet, lernt er den Tod als einen Teil des Lebens zu akzeptieren.

Eric-Emmanuel Schmitt ist mit diesem Text, seinen „Briefen an den lieben Gott“, einer Mischung aus Bericht, Erzählung, Monologen, Dialogen zwischen Oskar, seinen Kumpels, seiner „Frau“ Peggy Blue, seinen Eltern, dem Arzt und natürlich Oma Rosa ein Werk gelungen, das mal grimmig, mal lakonisch, aber stets mit Charme und Leichtigkeit die „letzten Dinge“ behandelt.



Dinah Hinz

Ein bewegendes Stück, umso kostbarer,
als es die Waage hält
zwischen Witz und Sentiment,
zwischen nüchterner Schilderung
und warmherziger Erinnerung.
Jeder Brief ist eine Miniatur der Melancholie,
eindringlich und komisch zugleich,
von denen insgesamt ein ganz eigenartiger,
zwischen Authentizität und Geflunker
pulsierender Sog ausgeht.

9.00 Uhr	Begrüßung	Burkhard Lebert Prof. Dr. M. Büchler Edgar Reisch
	Rahmen und Strukturen für Onkologische Pflege	Vorsitz: Prof. Anthony D. Ho
9.45 Uhr	Dem Krebs zum Trotz das Leben managen – persönliche Sicht einer Betroffenen	Evi Clus
	Das Patientenmanagement als Herausforderung für Patient, Pflege und Organisation	Rolf Bäumer
10.30 – 11 Uhr	Pause	
11.00 Uhr	Welchen Wert haben Manager - haben Manager Werte? Pflege hat viel zu bieten.	Stefan Moster
	Pflegeexpertise bei Brustkrebs	Angelika Zegelin
12.30 – 14 Uhr	Mittagspause	
14.00 Uhr	Moderne Radioonkologie- von der stationären-, hin zur ambulanten Behandlung. Konsequenzen für die Betreuung krebskranker Menschen	Vorsitz: Wolfgang Schulte Prof. Dr. J. Debus
	Der Nutzen der Zertifizierung onkologischer Kliniken für krebskranke Menschen	Andreas Wagner
	Beratungs- und Informationsbedarf krebskranker Menschen. Erfahrungen aus 18 Jahren Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums	Andrea Gaisser
15.30 – 16 Uhr	Pause	
16 – 17.30 Uhr	Grenzsituationen von Menschen mit Krebs am Beispiel des Erlebens der Familien	Dr. M. Keller
	Krankheitsbewältigung für krebskranke Kinder/Jugendliche und deren Geschwister. Erfahrungen des Waldpiratencamps.	Dr. H. Häberle
	Den Willen des Patienten managen – der Stellenwert der Patientenverfügung.	Thomas Wigant

9.00 Uhr	Symptommanagement	Vorsitz: Alrun Sensmeyer
	Der Unterschied zwischen Wundbehandlung und Wundmanagement.	B. Trierweiler-Hauke
	Anleitung und Schulung von Menschen mit Krebs im Rahmen des Schmerzmanagements	Hubert Jochum
	Onkowalking – Verbesserung der Lebensqualität krebserkrankter Menschen	Pia Hartmann
	Beziehungsprozess im Krankheitsverlauf von einem an Prostatakrebs erkrankten Mann	Ilona Nothdurft
<hr/>		
10.30 – 11 Uhr	Pause	
<hr/>		
11.00 Uhr	Akzeptanz von Skalen und Erfassungsinstrumenten in der Pflegepraxis	Axel Doll
	Mangelernährung erkennen und erklären – Ernährungstipps für Patienten mit Chemotherapie	Claudia Marquardt
	Onkologische Pflege auf der Grundlage klinischer Forschungsergebnisse	Karl Reif
	Ergänzende naturheilkundliche Angebote für Krebspatienten	Gisela Blaser
<hr/>		
12.30 – 14 Uhr	Mittagspause	
<hr/>		
	Seminare und Workshops von 14.00 – 15.30 Uhr	
14.00 Uhr	1 Prävention und Therapie von Mukositis	Karl Reif
	2 Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement	Hubert Jochum
	3 Erlebnispädagogische Arbeit mit krebserkrankten Kindern und Jugendlichen im Waldpiratencamp	Dr. Heide Häberle
	4 Ergänzende naturheilkundliche Angebote für Krebspatienten	Gisela Blaser
	5 Wundmanagement	B. Trierweiler-Hauke
	6 Besichtigung der neuen Medizinischen Universitätsklinik	Barbara Ludwig Elke Szelig

Seminare und Workshops von 14.00 – 17.00 Uhr

14.00 Uhr	7	Hilfreiche Gespräche mit schwerst Kranken und deren Angehörigen	Petra Wechsung
	8	Welche Werte bestimmen meinen Beruf? Welche Werte bestimmen meine Institution? Welche Werte bestimmen mein Leben?	Stefan Moster
	9	Walking für Krebspatienten – eine praktische Einführung	Pia Hartmann
	10	Die Patientenverfügung in der Praxis - von der Problematik des Verfassens und Anwendens	Thomas Wigant

Seminare und Workshops von 16.00 – 17.30 Uhr

11	Patientenmanagement als Aufgabe der Pflege	Silke Auer
12	Fragen der Praktiker an die Pflegewissenschaft	Karl Reif
13	Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement	Hubert Jochum
14	Ergänzende naturheilkundliche Angebote für Krebspatienten	Gisela Blaser
15	Besichtigung der Kopfklinik	Reinhold Haar

16.30 Uhr Präsentation der Abschlussarbeiten der Fachweiterbildung Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen (Seite 46)

ab 19.00 Uhr Die KOK lädt ein mit



Case- und Care- und Entlassungsmanagement

Vorsitz:
Axel Doll

8.30 Uhr	Erfahrungen bei der Implementierung von Primary Nursing am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf	Kerstin Gittelbauer
	Psychosoziale Konsequenzen aus Verweildauer- verkürzungen. Wie gehen Pflegende damit um?	Alrun Sensmeyer
	Nahtlose Versorgung krebskranker Menschen in der ambulanten Pflege – Realität oder Vision?	Michael Ledwon
10 – 10.30 Uhr	Pause	
10.30 Uhr	Casemanagement aus Sicht der Pflegedienstleitung	Dr. Thomas Beer
	Pflegecasemanagement im Bereich der Gastroenterologie	Karsten Schwalm
	Endstation Hospiz – zwischen Wohngemeinschaft und Intensivstation	Günther Gehrlein
12 – 12.30 Uhr	Pause	
12.30 Uhr	Perspektiven des Entlassungsmanagements – Handeln im Spannungsfeld zwischen system- bedingten Anforderungen und individuellem Bedarf.	Rosemarie Rau Marcel Sailer
	Marketing für Pflegepersonal	Prof. Gerhard F. Riegl
	Verabschiedung	Edgar Reisch Burkhard Lebert
14.00 Uhr	Ende	

Die Fortbildungsveranstaltung wird unterstützt von:

Amgen GmbH

Glaxo Smith Kline

Janssen-Cilag GmbH

Fresenius Kabi GmbH

Hoffmann- La Roche AG

Krebsverband Baden-Württemberg e.V.

Merck Pharma GmbH

Vorsitzende/Referenten

Silke AUER	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Patientenmanagement
Rolf BÄUMER	Krankenpfleger, Soziologie, Präsident der KOK	Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
Thomas BEER	Dr. rer. medic. Pflegedienstleiter	Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden
Gisela BLASER	Krankenschwester	Universitätsklinik Bonn
Markus W. BÜCHLER	Prof. Dr. Dr. hc Lenkungsausschussvorsitz	Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim Ärztl Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg
Jürgen DEBUS	Prof. Dr. Dr. med. Ärztlicher Direktor	Radiologische Universitätsklinik Heidelberg
Axel DOLL	Dipl. Pflegepädagoge	Wannseeschule Berlin
Andrea Gaisser	Ärztin	Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg – Krebsinformationszentrum
Günther GEHRLEIN	Krankenpfleger, Leiter des Hospiz	Hospiz Louise Heidelberg
Kerstin GITTELBAUER	Krankenschwester, Projektleitung	Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf
Heide HÄBERLE	Dr. rer.pol.; MA; Psychotherapeutin	Waldpiratencamp Heidelberg
Pia HARTMANN	Doktorantin, Sportwissenschaftlerin	Bruchsal
Anthony D. HO	Prof. Dr. med. Ärztlicher Direktor	Medizinische Universitätsklinik Heidelberg – Hämatologie
Hubert JOCHAM	Fachkrankenpfleger; Pflegerwissenschaftler (MSc)	Home Care Akademie, Langenargen
Monika KELLER	Dr. med.; Leiterin der Nachsorgeeinrichtung	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg – Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
Burkhard LEBERT	Lehrer für Pflegeberufe Leiter der Fachweiterbildung	Bildungszentrum am Universitätsklinikum Heidelberg; Fachweiterbildung Pflege krebskranker, chronisch-kranker Menschen
Michael LEDWON	Lehrer für Pflegeberufe Krankenpfleger	Mobiles Pflorgeteam Heidelberg

Vorsitzende/Referenten

Claudia MARQUARDT	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie	Medizinische Universitätsklinik Heidelberg, Hämatologie
Stefan MOSTER	Lehrer für Pflegeberufe Supervisor (EAS)	UniversitätsKlinikum Heidelberg Krankenpflegeschule
Ilona NOTHDURFT	Krankenschwester	Klinikum Rechts der Isar München
Rosemarie RAU	Lehrerin für Pflegeberufe Leiterin der Fachweiterbildung	UniversitätsKlinikum Ulm Fachweiterbildung „Pflege in der Onkologie“
Karl REIF	Dipl. Berufspädagoge	Universität Bremen – Institut für angewandte Pflegeforschung
Edgar REISCH	Pflegedirektor	UniversitätsKlinikum Heidelberg
Gerhard F. RIEGL	Prof. Dr. rer. pol. Dipl. Oec.	Institut für Management im Gesundheitsdienst Augsburg
Karsten SCHWALM	Dipl. Pflegewirt	Häusliche Krankenpflege Lichtenau
Marcel SAILER	Dipl. Pflegepädagoge (FH) Leiter der IBF	UniversitätsKlinikum Ulm Innerbetriebliche Fortbildung
Alrun SENSMEYER	Dipl. Pflegewirtin	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
Wolfgang SCHULTE	Lehrer für Pflegeberufe	UniversitätsKlinikum Heidelberg Personalrat
Birgit TRIERWEILER-HAUKE	Fachkrankenschwester für die Anästh.- und Intensivpflege; Stationsleitung;	Chirurgische Universitätsklinik VTS / IMC
Andreas WAGNER	Krankenpfleger; Qualitätsbeauftragter und Auditor;	UniversitätsKlinikum Heidelberg
Petra WECHSUNG	Sozialarbeiterin Grad. Supervisorin / DGSv	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg – Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
Thomas WIGANT	Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin	UniversitätsKlinikum Heidelberg
Angelika ZEGELIN	Dr. MA, Gesundheits- und Krankenpflegerin;	Institut für Pflegewissenschaften Universität Witten/Herdecke

Das Patientenmanagement als Herausforderung für Patient, Pflege und Organisation.

Rolf Bäumer

Präsident der Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege
in der Deutschen Krebsgesellschaft

Das Patientenmanagement wird eine der größten Herausforderungen denen sich nicht nur die Klinik stellen muss, sondern auch Pflege und Patient. Kenntnisse über Abläufe in der Versorgung nicht nur im klinischen Bereich, sondern auch im poststationären Bereich sind von größter Bedeutung geworden. Dabei sind Zielsetzungen der Beteiligten im Prozess sehr verschieden. Der Patient hat die Zielsetzung schnell wieder gesund zu werden, Pflege hat die Aufgabe, die professionelle Begleitung und die Interventionen, die damit verbunden sind zu steuern, durchzuführen und eine professionelle Beratung auf der Basis des Gesetzes anzubieten, die Organisation hat den Wunsch auf dem Markt der Versorgung zu bestehen und den Patienten zufrieden stellend zu behandeln unter einem minimalen Kostenaufwand, das beste Ergebnis zu erzielen.

Qualitätssichernde Maßnahmen in der Onkologie konnten bisher nur eine Qualitätssteigerung der Patientenversorgung in einzelnen Abteilungen erreicht werden. Diese Steigerungen waren auch maßgeblich vom Engagement der Leitungen sowohl auf der ärztlichen als auch auf der pflegerischen Ebene abhängig. Sinnvoll ist eine bereichsübergreifende Verbesserung in den Bereichen der Prozessgestaltung und – abläufe. Die Perspektive der Betroffenen wird häufig nicht berücksichtigt. Onkologische Pflege kann es als Chance in einem Änderungsprozess der Onkologie erfassen, wenn sie sich des Case Management in der Onkologie annimmt.

Das Case Management ist ein Prozess der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden, um den gesundheitlichen Bedarf eines Betroffenen mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätvolle und kostenwirksame Ergebnisse hin nachzukommen. Es ist ein System zur Erbringung von Leistungen der Gesundheitsversorgung, das entworfen wurde, um die Realisierung erwarteter Ergebnisse auf Seiten der Patienten innerhalb einer angemessenen Verweildauer zu ermöglichen. Zu den Zielen von Case Management in der Onkologie gehört die auf Kontinuität ausgerichtete Bereitstellung einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgungsleistung. Nur onkologisch Pflegende sind in der Lage die verschiedenen Settings der Patienten zu erfassen und die Betroffenen entsprechend zu beraten.

Dieser Vortrag wird sich den Veränderungen auf der Ebene von Organisationen, von Pflegenden und Patienten widmen.

Welchen Wert haben Manager – haben Manager Werte?

Pflege hat viel zu bieten.

Stefan Moster

Lehrer für Gesundheitsberufe

Supervisor & Coach (EAS)

Ausgehend von der einfachen Definition, dass managen bedeutet durch die Mithilfe und das Engagement anderer Menschen etwas zu erreichen, soll in den Mittelpunkt gerückt werden, welche Werte und Fähigkeiten Pflegende besitzen und neu entwickeln dieser Aufgabe gewachsen zu sein. Sich den ökonomischen und qualitativen Herausforderungen des Gesundheitssystems zu stellen bedarf einer offenen Haltung gegenüber Neuem. Doch ist nicht jedes Neue gleich eine Innovation. Das eine vom anderen zu unterscheiden bleibt eine wichtige Aufgabe von Topmanagern, Stationsleitungen und Pflegenden vor Ort.

Angelehnt an eine Umfrage unter Nachwuchskräften bei Managern wird ein (Werte)-Profil für Führungskräfte entwickelt, das ohne Probleme auf alle Ebenen des Gesundheitswesens übertragbar ist. Die Krankenschwester einer onkologischen Station, die gerade das Entlassmanagement eines Patienten vorbereitet ist genauso gemeint, wie der Pflegedirektor bei der Vorbereitung zur Implementierung eines Leanmanagements. Bei allen Überlegungen geht es immer wieder darum den eigentlichen „Souverän“ im Gesundheitswesen nicht aus den Augen zu verlieren. Es ist und bleibt der an Krebs erkrankte Mensch.

Notizen:

Pflegeexpertise bei Brustkrebs

Dr. A. Zegelin

Universität Witten-Herdecke

Disease-Management-Programme Brustkrebs sehen die Pflegeberufe nicht als Akteure vor, in Zertifizierungen zu Brustzentren ist die Rolle der Pflegenden nicht erwähnt.

Als größte Berufsgruppe mit dem häufigsten und dichtesten Kontakt begleiten Pflegenden die Frauen während des Klinikaufenthaltes. In einem einjährigen Projekt auf einer gynäkologischen Krankenhausstation wurde die Pflegearbeit bei Brustkrebspatientinnen erstmalig umfassend dargestellt. Dabei zeigte sich, dass ein hoher Anteil der Versorgung, auch der psychischen Begleitung, durch die Krankenpflegerinnen geleistet wird. Zwischen Pflegeanamnese und Entlassungsgespräche fanden sich 6 – 8 Schlüsselsituationen, die im Vortrag beschrieben werden.

Bisher führten diese Interventionen ein „Schattendasein“ in der Dokumentation, in der mündlichen Kommunikation, im Pflegestandard und auch in allen offiziellen Aktivitäten des Brustzentrums.

Zur Zeit werden die pflegerischen Angebote ergänzt und weiterqualifiziert, durch theoretisches Wissen gestützt, außerdem entwickelt sich die Organisation auf dieser Station.

Das Konzept kann auch auf andere Stationen übertragen werden, zur Zeit entstehen verschiedene Qualifizierungen für Pflegenden, von kurzen Fortbildungen bis hin zur „Breast-Care-Nurse“ nach angloamerikanischem Vorbild.

Moderne Radioonkologie - von der stationären-, hin zur ambulanten Behandlung. Konsequenzen für die Betreuung krebskranker Menschen.

Prof. Dr. Dr. Jürgen Debus

Radiologische Universitätsklinik Heidelberg

Im Verlauf der letzten Jahre haben medizinisch-ökonomische Aspekte in der Krankenversorgung von Onkologischen Patienten an Bedeutung gewonnen. Begriffe wie DMP (Disease Management Programm) und DRG („Diagnosis related groups“) prägen unser Gesundheitssystem. Durch die demographische Entwicklung mit ansteigendem Lebensalter der Bevölkerung müssen notwendige medizinische Leistungen von relativ wenigen beitragszahlenden Krankenkassenmitgliedern getragen werden. Es ist daher umso wichtiger, das bestmögliche Verhältnis von Kosten und Nutzen in der Versorgung von onkologischen Patienten zu erreichen. Mehr als die Hälfte der Krebserkrankungen treten bei den über 65-jährigen auf. In diesem Zusammenhang ist zu berücksichtigen, dass die Lebenserwartung von Patienten mit einem Tumorleiden deutlich begrenzt ist. Das Ziel sollte daher sein, den Patienten in seiner gewohnten Umgebung, im Kreise seiner Familie so lange wie möglich zu führen.

In unserer Abteilung erfolgt häufig der Beginn einer strahlentherapeutischen Behandlung unter stationären Bedingungen. Hiermit erreicht man ein verbessertes Vertrauensverhältnis zwischen Patient und den behandelnden Mitarbeitern, insbesondere Ärzte, MTRAs, Schwestern. Die Patienten lernen die Abteilung besser kennen und finden sich somit schnell und sicher zu recht. Auch ist eine erste Einschätzung der Verträglichkeit der Therapie möglich. Zusätzliche Untersuchungen können schnell und unproblematisch durchgeführt werden. Bei Pat mit symptomatischen Knochenmetastasen beispielsweise kann eine Einstellung der Schmerzen, ggf. auch mit Morphinpräparaten oder Schmerzplastern unter ständiger ärztlicher Kontrolle erfolgen. Bei erfolgreicher Einstellung ist somit eine ambulante Weiterführung der Therapie bei verbesserter Lebensqualität des Patienten möglich. Durch unsere Sozialarbeiter ist die Einleitung von ggf. notwendigen häuslich/ pflegerischen Maßnahmen wie Spezialbetten oder andere Hilfsmittel möglich. Der Einsatz der Brückenpflege erleichtert das Zurechtkommen mit der neuen Situation und kann zu einem wieder selbstständigen Meistern des eigenen Lebens (z.B. PEG-Versorgung und Handhabung) führen. Somit ist zum einen für den Patienten ein unnötiger Krankenhausaufenthalt unterbunden, er kann in der Familie, in seiner gewohnten Umgebung bleiben, gleichzeitig muss auch an die Kostenersparnis für die Allgemeinheit gedacht werden. Auch die Einleitung möglicher anschließender AHB Maßnahmen erfolgt unproblematisch und speziell auf jeden Patienten ausgerichtet.

Der Nutzen der Zertifizierung Onkologischer Kliniken für krebserkrankte Menschen

Andreas Wagner

Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

Qualitätsmanagementsysteme

Mit der Einführung eines systematischen Qualitätsmanagements (QM) verfolgen Unternehmen das Ziel, Kundenerwartungen zufriedenzustellen und damit letztlich am Markt zu bestehen.

Die international bekanntesten Modelle sind bei erfolgreicher Umsetzung mit der Vergabe von Preisen oder Zertifikaten verbunden, etwa Deming-Prize (Japan), Malcolm Baldrige Quality Award (USA), European Quality Award (EFQM, Brüssel), Zertifikat nach ISO 9001 (weltweit).

QM-Modelle geben allgemeine Forderungen vor, die vom Unternehmen in geeigneter Form umgesetzt werden. Alle Modelle berücksichtigen dabei die Schwerpunkte Kundenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Prozessorientierung und ständige Verbesserung der Prozesse, die besondere Verantwortung der Führung und Entscheidungen aufgrund Daten und Fakten.

Zertifizierung nach ISO 9001

Die deutsche, europäische und internationale Norm 9001 wurde unter Mitarbeit des Deutschen Institutes für Normung entwickelt, einem Organ der Selbstorganisation der deutschen Wirtschaft.

Die Erfüllung der Normforderungen wird im Rahmen von Audits (Firmenbesuchen) von einem akkreditierten Zertifizierungsunternehmen geprüft. Im Erfolgsfall wird ein Zertifikat verliehen, dessen Gültigkeit jährlich neu überprüft wird.

Mit der Zertifizierung wird einem Unternehmen bescheinigt, dass es ein funktionierendes QM-System besitzt und aufrechterhält.

Nutzen der Zertifizierung onkologischer Kliniken für krebserkrankte Menschen

Die erfolgreiche Zertifizierung belohnt alle Beteiligten für die bisherigen Bemühungen um die Entwicklung des QM-Systems und motiviert für dessen Aufrechterhaltung.

Der krebserkrankte Mensch sollte bei einer zertifizierten Fachklinik in besonderem Maße davon ausgehen können, dass

- seine Bedürfnisse wahrgenommen werden und im Mittelpunkt stehen,
- die Klinik ihre Leistung ständig verbessern will,
- geregelt Abläufe bestehen, wie mit Fehlern, Beschwerden und Anregungen umgegangen wird.

Notizen:

Beratungs- und Informationsbedarf krebskranker Menschen. Erfahrungen aus 18 Jahren Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Andrea Gaisser, Deutsches Krebsforschungszentrum, Krebsinformationsdienst KID

Dass Krebspatienten möglichst viele Informationen wünschen, ist vielfach belegt. Der hauptsächliche Informationsbedarf betrifft die verfügbaren Behandlungsoptionen sowie deren Nebenwirkungen, Stadium und Schwere der Erkrankung, Heilungsaussichten und Prognose, Möglichkeiten des eigenen Beitrags zur Genesung und das Leben mit der Erkrankung. Wesentliche Funktionen von Information sind Gewinn von Kontrolle, Reduzierung von Ängsten und Unsicherheit, Förderung realistischer Erwartungen, Verbesserung der Compliance und Förderung der Teilnahme/Beteiligung an medizinischen Entscheidungen. Ausreichende und bedarfsgerechte Information trägt zu höherer Zufriedenheit mit der Versorgung und mit der eigenen Situation, besserer Lebensqualität und besserer Krankheitsbewältigung bei. Unzureichende Information hat die gegenteiligen Effekte und geht mit dem Empfinden mangelhafter Unterstützung einher.

Information, Beratung und Unterstützung erwarten Patienten in erster Linie von ihren Ärzten. Dennoch nutzen sie zusätzlich zahlreiche andere Quellen, sei es als Copingstrategie, sei es aus Unzufriedenheit mit der Information durch die professionellen Betreuer. Der nahezu unbegrenzte Zugang zu medizinischen Informationen schafft dabei neue Bedürfnisse im Hinblick auf „Metainformation“: Bewertung und Einordnung in den individuellen Kontext.

Ein qualitätsgesicherter telefonischer Informationdienst wie der KID kann für aktiv informationssuchende Patienten Unterstützung leisten. Der KID bietet aktuelle, individualisierte (Sach)information und niederschwellige Unterstützung durch ein Gesprächsangebot nach Maßgabe und Bedürfnissen des Anrufers. Jährlich werden rund 18000 Anfragen individuell beantwortet, zu über 40 % von Patienten. Fragen zum gesamten Spektrum medizinischer Behandlungsmöglichkeiten, zu Therapienebenwirkungen und möglichen Komplikationen sowie zu supportiven und komplementären Maßnahmen dominieren. Mit einigem Abstand folgen Fragen nach Adressen von Einrichtungen der onkologischen Versorgung, Rehabilitation und psychologisch/psychosozialen Beratung. Ein wichtiges Thema ist auch das Leben mit der Erkrankung. Zunehmend geht es nicht mehr nur um die Vermittlung fehlender, sondern auch um die Bewertung und Einordnung von Informationen aus anderen Quellen. Zentrale Anliegen sind Rückversicherung, die bestmögliche Therapie zu erhalten, ein „Wegweiser“ in der Versorgungslandschaft, Orientierung und ein „offenes Ohr“.

Grenzsituationen von Menschen mit Krebs am Beispiel des Erlebens der Familien

Monika Keller

Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung, Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

Eine Krebsdiagnose, die Konfrontation mit den Grenzen der Existenz, von Machbarkeit und Kontrollierbarkeit, ist nicht nur für den unmittelbar „am eigenen Leib“ Betroffenen ein „Sturz aus der normalen Wirklichkeit“. Die tiefe Erschütterung von Handlungs- und sinnhaften Deutungsmustern erfasst unvermeidlich auch die familiäre Wirklichkeit. Der Diagnoseschock erfasst die gesamte Familie, weil schlagartig alle bisher fraglosen Ziele, Zukunftsperspektiven, die Selbstverständlichkeit von Regeln und Aufgabenverteilungen verloren zu gehen drohen.

Familiäre Strukturen, Beziehungen und Funktionen sind nicht nur in der Akutphase einer Tumorerkrankung tiefgreifend bedroht und verunsichert. Angehörige von Tumorkranken, seien sie Partner oder Kinder, sind genau so, manchmal sogar stärker als Patienten seelisch belastet.

Andererseits sind es Familie bzw. Angehörige, die für den erkrankten Angehörigen die wichtigste Hilfen sind; sowohl was konkrete Unterstützung als auch emotionale Sicherheit betrifft.

Familien hilft es, wenn sie von ihren Behandlern in ihrer gemeinsamen Belastung und Betroffenheit und der Gleichzeitigkeit ihrer enormen Stärken und Ressourcen wahrgenommen werden. Damit ist nicht nur eine entscheidende Entlastung möglich; Familien brauchen auch Ermutigung und Unterstützung, um ihre – oft unzureichend erkannten – Ressourcen wirksamer zu nutzen. An einigen Fallbeispielen wird dies erläutert.

Krankheitsbewältigung für krebskranke Kinder/Jugendliche und deren Geschwister. Erfahrungen des Waldpiraten-Camps

Dr. Heide Häberle M.A.

Kinder fordern uns heraus nicht nur die Krankheit und ihre Behandlung offen mit ihnen zu diskutieren. Sie zwingen uns die Augen zu öffnen, für die Belastungen, die wir im familiären Umfeld vorfinden. Angesichts des Leidens krebskranker Kinder wird die psychosoziale Betreuung als Therapiebestandteil in den Kliniken anerkannt und die Familie in das Behandlungskonzept integriert. Aufgrund praktischer und wissenschaftlicher Ergebnisse wurde in den pädiatrisch onkologischen Zentren familienorientierte Versorgungskonzepte verwirklicht, die entscheidend die soziale und psychische Situation der Betroffenen verbesserten. Dazu wurden unterschiedliche flankierende Einrichtungen und Betreuungsformen geschaffen. Diese familienorientierte Betreuung umfasst nicht nur den klinisch stationären Bereich, sie wurde entsprechend der zunehmend ambulanten medizinischen Versorgung auch in der Rehabilitation und in der ambulanten Nachsorge umgesetzt. Ein neuer und innovativer Meilenstein in diesem Konzept sind die erlebnispädagogischen Freizeiten des Waldpiraten-Camps, die in ihrem positiven Ansatz, krebskranken Kindern/Jugendlichen und deren Geschwister in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützen und ihnen Kraft und Lebensmut zurückgeben. Darüber hinaus werden dort entsprechend dem familienorientierten Betreuungskonzeptes Wochenenden für Familien und Alleinerziehende, für Jugendliche und junge Erwachsene, ebenso für trauernde Familien und Geschwister angeboten.

Den Willen des Patienten managen - der Stellenwert der Patientenverfügung

Thomas Wigant
Dipl. Theol. MA Heidelberg

In zunehmendem Maße bringen Patienten bei ihrer stationären Aufnahme in die Klinik eine Patientenverfügung mit. Andere äußern während der Zeit ihres Klinikaufenthaltes den Wunsch, eine Patientenverfügung zu verfassen. In wieder anderen Situationen muss geprüft werden, ob jetzt der Zeitpunkt gekommen ist, in dem die schriftliche Willensäußerung eines Patienten für den Behandlungsverlauf bindende Kraft hat. Zeitgleich nimmt dieses Thema in der Öffentlichkeit breiten Raum ein. Der Bundestag debattiert eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung. Die Berichterstattung in den Medien (z. B. die Auseinandersetzung um Terri Schiavo, USA) liefert weiteren Stoff für Diskussionen über die Bedeutung von und den Umgang mit Patientenverfügungen. Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen können Patienten ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Mai 2004) nennen diese Vorsorgemöglichkeiten „eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten bleibt davon nicht unberührt – im Gegenteil. Pflegende sind in das „Management des Patientenwillens“ über ihre intensiven Kontakte zu Patienten mit einbezogen.

In der täglichen Behandlungspraxis herrscht allerdings bei allen Beteiligten ein großes Maß an Unsicherheit, welchen Stellenwert Patientenverfügungen in Fragen konkreter Behandlung und Pflege haben dürfen und müssen.

Vortrag und Workshop nehmen den gesellschaftlichen Diskussionsprozess zum Anlass, um aus ethischer Perspektive nach Chancen und Grenzen von Patientenverfügungen in der Praxis zu fragen. Innerhalb des Workshops geht es um Fragestellungen, die beim Verfassen und bei der Anwendung von Patientenverfügungen auftauchen. Nicht zu kurz kommen sollen dabei Fallbeispiele und Erfahrungen der Teilnehmenden.

Der Unterschied zwischen Wundbehandlung und Wundmanagement

Birgit Trierweiler-Hauke
Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

Über fast kein anderes Pflegeethema wurde in den letzten Jahren soviel geredet, geschrieben und diskutiert wie über die Wundbehandlung.

Einerseits wurden Wundpflegestandards etabliert, ein Nationaler Dekubitusstandard existiert seit über 4 Jahren, die Deutsche Gesellschaft für Wundversorgung veranstaltet jedes Jahr extrem gut besuchte Kongresse und es sind viele Wundkompetenzzentren entstanden. Leicht könnten wir in Versuchung kommen und glauben zur Wundbehandlung sei alles gesagt, gedacht und getan.

Andererseits herrscht laut einer Studie der BVMed unter den niedergelassenen Ärzten Unsicherheit, ob Verbandmittel als Medizinprodukte zu Lasten der GKV verordnet werden können. Diese Unsicherheit kann aber dazu führen, dass die Verbandmittel, die eventuell für eine schnellere Wundheilung günstiger sind, nicht verordnet werden.

Eine Wundbehandlung darf aber auch nicht zu einer teuren Materialschlacht werden. Die Verordnung unsinniger Produktkombinationen, ohne die Gesamtkosten für Patient und Gesellschaft im Blick zu behalten, kann von allen im Wundmanagement engagierten nicht toleriert werden.

Die alleinige Wundbehandlung ist ein wichtiger, und dennoch kleiner Teil des Wundmanagements. Nicht allein die Wundaufgabe sondern die Gesamtbehandlung im Sinne eines Wundmanagements lässt Wunden heilen.

Notizen:

Anleitung und Schulung von Menschen mit Krebs im Rahmen des Schmerzmanagements

Hubert Jocham

Patientenschulung

Wissen ist Voraussetzung für adäquates, erfolgreiches Verhalten innerhalb des Schmerzmanagements. Vorbehalte von Patienten gegenüber der Einnahme von Schmerzmitteln verhindern häufig eine effektive Schmerztherapie. Angst vor psychischer Abhängigkeit, Angst vor Nebenwirkungen, Sorge darüber, dass man sich an Analgetika gewöhnt und deshalb zunehmend höhere Dosierungen benötigt (Toleranz) sowie die Vorstellung, Analgetika seien nicht ausreichend wirksam und dass Schmerzen ausgehalten werden müssen, zählen zu den häufigsten falschen Grundannahmen von Patienten mit akuten Schmerzen (Knoerl et al. 1999) und chronisch malignen Schmerzen. Durch Schulungsmaßnahmen kann das notwendige Wissen über den Umgang mit Schmerzen verbessert werden. Durch Schulungen kann aber auch die Einstellung der Patienten in Bezug auf die Gefahr einer Abhängigkeit und Toleranz positiv beeinflusst werden.

Schulungen von Patienten mit chronisch-tumorbedingten Schmerzen

Das Erleben von krebsbedingten Schmerzen wird stark beeinflusst durch emotionale und soziale Faktoren. Schmerzen, die als ein Voranschreiten der Krebserkrankung erlebt werden, werden als intensiver eingeschätzt als solche, die nicht direkt mit der Erkrankung in Verbindung gebracht werden. Die Schulung von Patienten mit Tumorschmerzen muss daher umfassend gestaltet werden: Assessment, Zielsetzung, Auswahl edukativer Strategien, Umsetzung und Evaluation. Die Auswahl edukativer Strategien erfolgt in Absprache mit den Betroffenen, es werden geeignete schriftliche Informationen sowie andere Medien ausgewählt. Die Schulung sollte gemeinsam mit der Familie erfolgen. Gewohnheiten der Patienten und Angehörigen sollten berücksichtigt werden.

Abschließende Bemerkungen

Der Tumorpatient mit seiner individuellen Interpretation von seinem Schmerz steht im Mittelpunkt aller Bemühungen. Es besteht berufsgruppenübergreifend wohl kein Zweifel mehr daran, dass nur im gemeinsamen Miteinander aller Beteiligten die Lebensqualität der Tumorpatienten und deren Angehörigen direkt durch erhöhte Qualität der Betreuung verbessert werden kann. Der hier vorgestellte nationale Expertenstandard für das Schmerzmanagement fügt sich hier als kleines Mosaik in die bereits schon bewährten Leitlinien anderer Berufsgruppen ein und möchte zum Dialog einladen.

Onkowalking- Verbesserung der Lebensqualität krebserkrankter

Menschen

Pia Hartmann

Bruchsal

Onkowalking ist eine sanfte, aber dennoch äußerst wirksame, risikoarme und gesundheitsfördernde Sportart für Krebspatienten. Unter der Idee die „Restgesundheit“ zu stabilisieren und die vorhandenen physischen und psychosozialen Ressourcen zu stärken (Salutogenese), kann Sport bei Krebspatienten nicht nur die Leistungsfähigkeit, sondern auch die Lebensqualität steigern. Krankheits- oder therapiebedingte Beschwerden wie Abgeschlagenheit und Müdigkeit (Fatigue-Syndrom) können verbessert werden.

Onkowalking ist sportliches Spaziergehen mit betontem Schritt und Einsatz der Arme aber ohne das typische Hüftwackeln der Wettkampfsportart Gehen. Durch das Walken wird der Stütz- und Bewegungsapparat gestärkt, der Stoffwechsel arbeitet ökonomischer und das Herz-Kreislauf-System wird leistungsfähiger. Mit diesen körperlichen Effekten einhergehen positive Auswirkungen auf die Psyche des Patienten. So wächst durch das Onkowalking das Selbstwertgefühl, und der Austausch in der Gruppe trägt aktiv zur Krankheitsbewältigung bei und kann Selbsthilfegruppencharakter annehmen.

Onkowalking bedarf keiner großen Vorbereitung, der Einstieg ist gerade auch für Untrainierte problemlos.

Eine Auswertung einer ersten Onkowalking-Gruppe über 15 absolvierte Onkowalking-Trainingseinheiten liegt vor. Hier hat sich das Walking bei allen Teilnehmern positiv oder sehr positiv auf ihr Befinden ausgewirkt. Im Verlaufe des 15 Wochen dauernden, wöchentlichen Trainings haben alle Teilnehmer nach eigener Einschätzung gute Trainingsfortschritte gemacht. Die Leistungsfähigkeit bei einem 2-km Walking-Test verbesserte sich im Schnitt um 11%.

Onkowalking ist ein gemeinsames Projekt des Instituts für Sport und Sportwissenschaft der Universität Karlsruhe (TH) und dem Onkologischen Schwerpunkt Karlsruhe. Unser Ziel ist es, dass Onkowalking für viele Menschen mit Krebs zu einem selbstverständlichen Bestandteil der Therapie und der Nachsorge wird und so früh und so lang wie möglich genutzt wird. Wir möchten Patienten nach Beendigung der onkologischen Therapie oder in einer Therapiepause, also auch bei palliativem Therapieansatz, in ein Programm einbinden, das aktives Training und Spaß statt passives Konsumieren (z.B. Tabletten) bietet. Geplant ist ein flächendeckendes Angebot von Onkowalking über die Region hinaus, wenn es gelingt Patienten und Ärzte gleichermaßen dafür zu motivieren.

Beziehungsprozess im Krankheitsverlauf von einem an Prostatakrebs erkrankten Mann

Ilona Nothdurft

Klinikum Rechts der Isar München

Die demografische Entwicklung, gesellschaftliche und politische Veränderungen im Gesundheitswesen erfordern insbesondere von den Angehörigen der pflegerischen Berufsgruppe eine veränderte ethische Haltung, die das pflegerische Denken und Handeln prägt.

Erst allmählich beginnt die Pflege, sich von den Fesseln der Medizin und traditionellen Naturwissenschaften zu befreien, und bemüht sich, ihr eigenes, wissenschaftliches Profil zu finden. Dies wird sowohl durch die Erkenntnisse der Pflegewissenschaft/- und Forschung, als auch eine neue berufs- und bildungspolitische Standortbestimmung beeinflusst. Dies stellt weiterhin eine Begründung für ein modernes Konzept pflegeberuflicher Bildung dar, wie das am 1. Januar 2004 in Deutschland neue Krankenpflegegesetz erkennen lässt. Pflegerische Interventionen verlangen einen Begründungsrahmen, der eine umfassende Information, Beratung, Anleitung und Training voraussetzt. Das bedeutet, Beziehungsgestaltung und kommunikative Fähigkeiten stärker herauszubilden. Das zentrale Interesse der Pflege ist auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden ausgerichtet. Damit verbindet sich, pflegerische Konzepte zu entwickeln, in der die Beziehung Person-Gesundheit-Umwelt sowie der Prozess der menschlichen Zuwendung im Mittelpunkt stehen. Zwischenmenschliche Zuwendung ist das moralische Ideal der Pflege. Sie engagiert sich für die Menschlichkeit, indem sie der Person hilft, die Bedeutung der Krankheit, des Leids, des Schmerzes und der Existenz selbst zu ergründen und ein höheres Maß an Selbstkenntnis, Selbstkontrolle und Selbstheilung zu gewinnen, so dass sie, unabhängig von den äußeren Umständen, ihr inneres Gleichgewicht wieder finden kann.

Akzeptanz von Skalen und Erfassungsinstrumenten in der Pflegepraxis

Axel Doll

Wannseeschule Berlin

Verschiedene Skalen und Erfassungsinstrumente in der Pflege werden zur Zeit vielfältig diskutiert: zur Risikoerfassung von Sturz- und Dekubitusrisiko, zur Erfassung von Pflegebedarf zur Vorbereitung des Entlassungsmanagements, zur Symptomerfassung von z. B. Schmerzen, Fatigue, Übelkeit, Mundschleimhautschäden im Rahmen von Symptommanagement. Skalen und Erfassungsinstrumente dienen zur strukturierten, systematischen Analyse, Einschätzung und Beurteilung von Patientensituationen. Diese Assessments sind die Basis für einen professionellen Pflegeprozess und ein interdisziplinäres Symptommanagement; sie ermöglichen eine Verlaufskontrolle, eine Vergleichbarkeit von Beobachtungen und die Überprüfung der Wirksamkeit von Maßnahmen.

Warum sich die Pflege trotzdem schwer tut mit Skalen und Erfassungsinstrumenten wird an folgenden Thesen diskutiert:

- Pflege möchte/kann subjektives Erleben der Patienten nicht in harten Zahlen darstellen
- Pflege mangelt es an diagnostischer Kompetenz
- Pflege fehlt noch das Verständnis für Symptommanagement
- Pflege fehlt die Motivation zu weiterer Dokumentationsarbeit
- Pflege tut sich schwer mit Erfolgskontrolle und Evaluation

Konsequenzen für die Pflegenden, die Pflegebildung, die Berufspolitik und das Pflegemanagement werden aufgezeigt.

Mangelernährung erkennen und erklären, Ernährungstipps für Patienten mit Chemotherapie

Claudia Marquardt

Medizinische Universitätsklinik Heidelberg

Gewichtsverlust wird bei Patienten in der Onkologie häufig als therapie- oder krankheitsbedingte Begleiterscheinung abgetan. Wenn aber Essen zur Qual wird, fehlen dem Körper nicht nur wichtige Nährstoffe, sondern auch psychische und therapeutische Probleme sind die Folge.

In Autopsiebefunden war die Mangelernährung neben der Sepsis mit 10-20% die häufigste Todesursache. Die Mangelernährung beeinflusst Lebensqualität, Morbidität und Mortalität von onkologischen Patienten signifikant. Ebenso weisen diese Patienten erhöhte Komplikationsraten wie Infektionen, Sepsis und Wundheilungsstörungen auf. Durch diese verlängert sich die Krankenhausverweildauer.

Deshalb müssen Defizite rechtzeitig erkannt und - am besten präventiv- .

Ernährungstherapien eingeleitet werden, die an die individuelle Situation der Patienten angepasst sind.

Dabei hat das Pflegepersonal als **Manager für Krebspatienten** einen hohen Stellenwert.

Onkologische Pflege auf der Grundlage klinischer Forschungsergebnisse - Einführung in Evidence-based Nursing (EBN) für onkologische Pflegekräfte

Karl Reif

Universität Bremen

Es wird zunehmend wichtiger, Forschungsergebnisse in die klinische Tätigkeit von Pflegekräften zu integrieren. Die pflegerische Arbeit muss hohen Qualitätsanforderungen standhalten und nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführt werden. Dabei stellt sich die Frage: Wie kann ich als Pflegekraft diesen Anforderungen genügen, bzw. wie kann eine Einrichtung die Rahmenbedingungen dafür schaffen, und wo erhalte ich die dafür erforderlichen Informationen?

Das Ziel jeder praktischen Tätigkeit ist, angemessene und wirksame Interventionen durchzuführen. Das Ziel klinischer Forschung ist, pflegerische oder medizinische Interventionen auf ihre Angemessenheit und Wirksamkeit zu überprüfen. Studien unterscheiden sich in ihrem Grad an Verlässlichkeit für spezifische klinische Fragestellungen. EBN stellt das Instrumentarium zu Verfügung, die *besten* Forschungsergebnisse – unter Berücksichtigung sowohl der klinischen Erfahrung von Pflegekräften als auch der Patientenwünsche – in die klinische Entscheidungsfindung einzubeziehen.

Der Vortrag stellt die Methode EBN als Problemlösungsstrategie vor. Es werden die sechs Schritte Aufgabenstellung, Fragestellung, Literatursuche, kritische Bewertung von Studien, Anwendung und Evaluation erläutert.

In den beiden Workshops werden Themen aus der täglichen Pflegepraxis aufgegriffen und die Forschungslage anhand von evidenzbasierten Leitlinien, Übersichtsarbeiten und Einzelstudien dargestellt. Es wird gezeigt, wie klinische Studien bewertet werden, und wie die Ergebnisse in der Praxis angewandt werden können.

Ergänzende naturheilkundliche Angebote für Krebspatienten

Gisela BLASER

Universitätsklinikum Bonn

Häufige Pflegeprobleme bei onkologischen Erkrankungen sind:

- Schmerzen
- Übelkeit
- Juckreiz
- Fieber
- Husten
- Probleme der Haut und Schleimhaut
- Wunden

Hier bieten komplementäre Pflegemethoden in Form von Wickel und Auflagen, rhythmischen Einreibungen, therapeutischen Ganzkörperwaschungen, Teil- oder Ganzbäder mit Öl- oder Teezusatz, Heilpflanzentee und spezielle Hautpflege ergänzende Möglichkeiten.

Die Anwendung von naturheilkundlichen Pflegemethoden macht Freude.

Sie lässt andere Formen der Begegnung zu wie Zuwendung und Kommunikation.

Angehörige können eingebunden werden und selbst etwas für das kranke

Familienmitglied tun. Die Kunst liegt darin sich in den verschiedenen komplementären

Therapieformen zu schulen und die für den einzelnen Patienten geeignete Therapieform zu finden.

Lageplan



- ⊗ Kommunikationszentrum DKFZ
- ◇ Medizinische Klinik Im Neuenheimer Feld 410
- ⊙ Chirurgische Klinik Im Neuenheimer Feld 110
- * Ernst Moror Haus Im Neuenheimer Feld 153

Seminare/Workshops

Nr.	Seminare/ Workshops von 14.00 – 15.30 Uhr	Raum
1	Prävention und Therapie von Mukositis	Medizinische Klinik Seminarraum 718
2	Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement	Medizinische Klinik Seminarraum 725
3	Erlebnispädagogische Arbeit mit krebskranken Kindern und Jugendlichen im Waldpiratencamp	Medizinische Klinik Seminarraum 729
4	Ergänzende naturheilkundliche Angebote für Krebspatienten	Kommunikationszentrum Raum H 2 im OG
5	Wundmanagement	Chirurgische Klinik Kleiner Hörsaal
6	Besichtigung Neue Medizinische Klinik	Medizinische Klinik Vorraum Hörsaal
Seminare/ Workshops von 14.00 – 17.00 Uhr		
7	Hilfreiche Gespräche mit schwerst Kranken und deren Angehörigen	Ernst Moro Haus 1. OG
8	Welche Werte bestimmen meinen Beruf? Welche Werte bestimmen meine Institution? Welche Werte bestimmen mein Leben?	Kommunikationszentrum Raum H 3 im OG
9	Walking für Krebspatienten – eine praktische Einführung	Kommunikationszentrum Foyer
10	Die Patientenverfügung in der Praxis - von der Problematik des Verfassens und Anwendens	Seminarraum Mol- Diagnostik Geb. 6114 der Chirurgie
Seminare und Workshops von 16.00 – 17.30 Uhr		
11	Patientenmanagement als Aufgabe der Pflege	Chirurgische Klinik Kleiner Hörsaal
12	Fragen der Praktiker an die Pflegewissenschaft	Medizinische Klinik Seminarraum 718
13	Nationaler Expertenstandard Schmerzmanagement	Medizinische Klinik Seminarraum 725
14	Ergänzende naturheilkundliche Angebote für Krebspatienten	Kommunikationszentrum Raum H 2 im OG
15	Besichtigung der Kopfambulanz	Kommunikationszentrum Foyer

Patientenmanagement als Aufgabe der Pflege

Silke Auer

Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

Die Auswirkungen der Gesundheitsreform und die Einführung der DRG`s führen zwangsläufig dazu, dass die Krankenhäuser ihre Strukturen verändern und Prozesse optimieren müssen. Die Forderung nach Kostensenkung durch Betten- und Stellenabbau, Verweildauerverkürzung und Leistungsverdichtung erhöhen sowohl den Druck auf die Ärzte, wie auch auf die Pflege.

Schließlich ist es deren gemeinsame Aufgabe, die Patienten professionell und gut zu behandeln und zu betreuen. Nur dadurch kann sich eine Klinik ihre Zuweisungen sichern, die letztendlich für deren Existenz von enormer Bedeutung sind, denn der Konkurrenzkampf hat sich sehr verschärft.

Welche Möglichkeiten gibt es nun all diesen Anforderungen gerecht zu werden?

Welche Berufsgruppe ist wohl am besten in der Lage diese so zu vernetzen, dass alle davon profitieren?

Die Verwaltung? Sie sieht eigentlich nur den finanziellen Aspekt

Die Ärzte? Sie interessieren sich vorwiegend für die Behandlung und Therapie der Erkrankung und für die Forschung.

Die Pflege? Sie hat schon immer die Brücke zwischen allen Bereichen geschlagen, Organisationsdefizite kompensiert, und die Interessen der Patienten vertreten.

Da liegt es doch Nahe, das Management der Patienten als Aufgabe der Pflege zu definieren. Für sie steht nämlich nach wie vor der Patient mit seiner Erkrankung, seinen Bedürfnissen und seinen Problemen im Vordergrund. Das Pflegepersonal hat nach wie vor den Anspruch, diesen Anforderungen gerecht zu werden und den Patienten seiner Erkrankung und Situation entsprechend zu betreuen.

Gerade für die Patienten mit onkologischen Erkrankungen, die in der Regel doch viele Klinikaufenthalte und Therapien über sich ergehen lassen müssen, hat eine gute Organisation und Vernetzung eine enorme Bedeutung.

In meinem Workshop werde ich Ihnen kurz das Zentrale Patientenmanagement in der Chirurgie vorstellen, das wir 2001 mit dem Aufnahmemanagement implementiert und 2004 durch das Entlassungsmanagement erweitert haben.

Anschließend möchte ich dann mit Ihnen in einen gemeinsamen Erfahrungsaustausch und Dialog gehen, und sicherlich auch in eine spannende Diskussion. Es besteht auch die Möglichkeit, am Ende des Workshops noch die Räumlichkeiten des Zentralen Patientenmanagements anzuschauen.

Der Nationale Expertenstandard Schmerzmanagement

Hubert Jocham

Home Care Akademie Langenargen

Schmerzen beeinflussen das physische, psychische und soziale Befinden und somit ganz maßgeblich die Lebensqualität der Patienten und deren Angehörigen. Die Schmerzbehandlung in vielen Bereichen des ambulanten und stationären Gesundheitssystems in Deutschland ist unzureichend. Vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse werden unzureichend umgesetzt. Der nationale Expertenstandard Schmerzmanagement und dessen Implementierung in die Praxis ist ein entscheidender Schritt diese Schieflage und vor allem die Not und das damit verbundene Leiden vielen Patienten und deren Angehöriger zu lindern. Durch eine rechtzeitig eingeleitete, systematische Schmerzeinschätzung, Schmerzbehandlung, Schmerzbeobachtung sowie Schulung und Beratung von Betroffenen und Angehörigen, tragen Pflegefachkräfte maßgeblich dazu bei, Schmerzen und deren Auswirkungen zu kontrollieren, bzw. zu verhindern.

Aus diesen Gründen sollte jeder Betroffene mit akuten oder tumorbedingten chronischen Schmerzen bzw. zu erwartenden Schmerzen ein angemessenes Schmerzmanagement erhalten, das der Schmerzentstehung vorbeugt, Schmerzen auf ein erträgliches Maß reduziert oder beseitigt.

Ziel des Workshops:

Die Teilnehmer:

- ...verfügen über Grundlagenwissen
- ...können Schmerzen analysieren und bewerten
- ...kennen den Expertenstandard können ihn anwenden
- ...können Konsequenzen für den eigenen Betrieb ableiten

Hilfreiche Gespräche mit schwerst Kranken und deren Angehörigen

Petra Wechsung

Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung Universitätsklinikum Heidelberg

Kommunikationstrainings, hauptsächlich für Ärzte, werden seit einigen Jahren weltweit mit sehr positiven Ergebnissen durchgeführt. In Heidelberg erfreuen sich vergleichbare Angebote für Pflegende zunehmender Nachfrage. Die Optimierung der Kommunikationskompetenz der Berufsgruppen, die für die psychosoziale Grundversorgung Schwerkranker und deren Angehörigen zuständig sind, ist ein unverzichtbares Gegengewicht zum „Management“ von Behandlungsabläufen und Pflegeinhalten nach den Prinzipien der Multimodalität, Funktionalität und Effizienz.

Woraus besteht die Kommunikationskompetenz und was könnte **Ihr** ganz persönliches Lernziel sein? Wie lassen sich z. B. Einfühlungsvermögen und Beziehungsgestaltung optimieren? Wie Nähe und Distanz angesichts von stark berührenden Patientenschicksalen austarieren?

Diesen und ähnlichen Fragen wollen wir uns anhand von Fallbeispielen zuwenden.

Fragen der Praxis an die Pflegewissenschaft

Karl Reif

Universität Bremen

Workshop1: Prävention und Therapie von Mukositis

Ein hoher Anteil aller Patienten, die hochdosierte Chemotherapie oder Strahlentherapie im Kopf-Hals-Bereich erhalten, leiden vorübergehend an einer oralen und gastrointestinalen Mukositis. Die Mukositis verringert die Lebensqualität der Patienten in erheblichem Maße: Die Patienten leiden unter Schmerzen, und die Nahrungsaufnahme ist z.T. so stark beeinträchtigt, dass eine parenterale Ernährung erforderlich wird. Zudem erhöht die Mukositis das Risiko für Infektionen. Daher ist eine wirksame Prävention und Therapie der Mukositis von großem Interesse in der onkologischen Pflege. In dem Workshop wird der Stand der Forschung anhand von evidenzbasierten Leitlinien, Übersichtsarbeiten und Einzelstudien vorgestellt. Gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Workshops werden die Ergebnisse der Studien und die Anwendung der Forschungsergebnisse in der Pflegepraxis diskutiert.

Workshop 2: Fragen der Praktiker

Es wird ein weiteres Thema aus der onkologischen Pflegepraxis aufgegriffen, das im Rahmen der Anmeldung zum Symposium von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern gewünscht wurde. Auch zu diesem Thema wird der Forschungsstand vorgestellt und die Anwendung diskutiert.

Der Unterschied zwischen Wundbehandlung und Wundmanagement

Birgit Trierweiler-Hauke

Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

Die Wundbehandlung ist ein wichtiger, und dennoch kleiner Teil des Wundmanagements. Nicht allein die Wundaufgabe sondern die Gesamtbehandlung im Sinne eines Wundmanagements lässt Wunden heilen.

Im Rahmen des Workshops würde ich gerne folgende Fragen mit Ihnen diskutieren:

- Wie kann ein Wundmanagement in den Stations- und Klinikalltag integriert werden?

Anhand von zwei Fallbesprechungen werden die Faktoren, die im Alltag zu berücksichtigen sind, besprochen.

Welche Werte bestimmen meinen Beruf?

Welche Werte bestimmen meine Institution?

Welche Werte bestimmen mein Leben?

Stefan Moster

Lehrer für Gesundheitsberufe

Supervisor & Coach (EAS)

Wenn wir davon ausgehen, dass wir alle in drei unterschiedlichen Welten leben nämlich der beruflichen Welt (z.B. Krankenpflege), der institutionellen Welt (z.B. ambulanter Pflegedienst der Caritas oder Universitätsklinikum) und einer ganz privaten Welt (Partnerin, Mutter, Freundin), dann können wir verstehen, dass manchmal diese Welten mächtig aneinander geraten. Nicht immer stimmen die Werte der unterschiedlichen Welten überein und es bedarf eines guten Selbstmanagement, um selbst noch die Hoheit im stürmischen Gewässer zu behalten. Ziel dieses Workshops ist es sich die drei Welten zu vergegenwärtigen. Dankbar das zu betrachten, was zusammen passt und aufmerksam zu sein für alles was hakt und nach einer eventuellen Neujustierung ruft. Ideen für die neue Ausrichtung sollen Sie in diesem Workshop bekommen.

Der Workshop lebt von der Offenheit der TeilnehmerInnen zur Innensicht und ist so konzipiert, dass jeder einzelne stets geschützt ist und sich nicht offenbaren muss.

Walking für Krebspatienten – eine praktische Einführung

Pia Hartmann

Bruchsal

In diesem Workshop dreht sich alles um das Thema Walking mit Krebspatienten, das Ihnen in Theorie und Praxis vorgestellt wird. **Deshalb bringen Sie bitte geeignete Sportbekleidung mit oder einfach bequeme Kleidung und festes Schuhwerk.**

Das englische Wort "to walk" heißt übersetzt: gehen. Aber nur die richtige Technik macht aus Gehen die Ganzkörper- Ausdauersportart Walking.

Gerade für Krebspatienten ist Onkowalking der ideale Einstieg in eine sportliche Aktivität, da beim Walking zu Beginn nur recht geringe Anforderungen an die Koordination und Fitness gestellt werden und die Belastung individuell variierbar ist. Dennoch kann eine trainingswirksame, aerobe Ausdauerbelastung erfolgen.

Onkowalking ist risikoarm, schont Gelenke und Knochen und ist auch für sportunerfahrene Krebspatienten geeignet. Es ist eine Aktivitätsform, die bis ins hohe Alter hinein in Alltag oder Freizeit integriert werden kann.

Inhalt des Workshops wird sein:

- Onkowalking- Grundlagen und Technik
- Organisation und Strukturierung von Onkowalking-Gruppen
- Indikatoren und Kontraindikatoren
- Walking-Test
- Walkingausrüstung
- Stundenaufbau
- Walkingintensität
- Lockerungs- und Mobilisationsübungen
- Dehn- und Entspannungsübungen
- Kräftigung und Koordination
- Grundlagen der ersten Hilfe

Ergänzende naturheilkundliche Angebote für Krebspatienten

Gisela BLASER

Universitätsklinikum Bonn

Erarbeitung von Pflegemöglichkeiten bei Schmerzen z.B. Ölkompresen.

Vorstellung von hochwertigen Pflanzenölen zur Hautpflege.

Einsatz von ätherischen Ölen zur Raumbeduftung.

Nahrungsergänzungsmittel für Tumorpatienten.

Das Waldpiraten-Camp, ein erlebnispädagogisches Nachsorgeprojekt für krebskranke Kinder, Jugendliche und Familien.

Dr. Heide Häberle M.A.

Die Begleitung krebskranker Kinder, Jugendlicher und ihrer Familien ist ein wesentlicher Bestandteil psychosozialer Nachsorge in der Pädiatrischen Onkologie. Das Konzept des Waldpiraten-Camp in Heidelberg, eine Einrichtung der Deutschen Kinderkrebsstiftung, verwirklicht dieses Vorhaben durch unterschiedliche Ansätze und Angebote.

Bei einem Besuch des Camps besteht die Möglichkeit, sich über die Einrichtung und mit Mitarbeitern über ihre Tätigkeit zu informieren. Zur gleichen Zeit wird ein Camp für krebskranke Kinder stattfinden, so dass wir auch mit ihnen ein Gespräch über ihren Aufenthalt im Camp führen können. Das Camp ist am Waldrand von Heidelberg gelegen, durch die Tagungs-Leitung wird ein Bus organisiert werden. Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen beschränkt.

Die Patientenverfügung in der Praxis - von der Problematik des Verfassens und des Anwendens

Thomas Wigant
Dipl. Theol. MA Heidelberg

In zunehmendem Maße bringen Patienten bei ihrer stationären Aufnahme in die Klinik eine Patientenverfügung mit. Andere äußern während der Zeit ihres Klinikaufenthaltes den Wunsch, eine Patientenverfügung zu verfassen. In wieder anderen Situationen muss geprüft werden, ob jetzt der Zeitpunkt gekommen ist, in dem die schriftliche Willensäußerung eines Patienten für den Behandlungsverlauf bindende Kraft hat. Zeitgleich nimmt dieses Thema in der Öffentlichkeit breiten Raum ein. Der Bundestag debattiert eine gesetzliche Verankerung der Patientenverfügung. Die Berichterstattung in den Medien (z. B. die Auseinandersetzung um Terri Schiavo, USA) liefert weiteren Stoff für Diskussionen über die Bedeutung von und den Umgang mit Patientenverfügungen. Mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen können Patienten ihr Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen. Die Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (Mai 2004) nennen diese Vorsorgemöglichkeiten „eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes“. Die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten bleibt davon nicht unberührt – im Gegenteil. Pflegende sind in das „Management des Patientenwillens“ über ihre intensiven Kontakte zu Patienten mit einbezogen.

In der täglichen Behandlungspraxis herrscht allerdings bei allen Beteiligten ein großes Maß an Unsicherheit, welchen Stellenwert Patientenverfügungen in Fragen konkreter Behandlung und Pflege haben dürfen und müssen.

Vortrag und Workshop nehmen den gesellschaftlichen Diskussionsprozess zum Anlass, um aus ethischer Perspektive nach Chancen und Grenzen von Patientenverfügungen in der Praxis zu fragen. Innerhalb des Workshops geht es um Fragestellungen, die beim Verfassen und bei der Anwendung von Patientenverfügungen auftauchen. Nicht zu kurz kommen sollen dabei Fallbeispiele und Erfahrungen der Teilnehmenden.

Abschlussarbeiten der Fachweiterbildung

Pflege des krebskranken, chronisch-kranken Menschen

16.30 Uhr	Einführung und Vorsitz	Burkhard LEBERT
	Der Arbeitsalltag von Fachkrankenschwestern/-pfleger für Onkologie nach der Fachweiterbildung	Frank SIELING
	Patientenberatung in der Thoraxchirurgie am Beispiel von chronisch-kranken Patienten	Martha DYRBUSCH
	Atemnot bei Patienten mit Bronchialkarzinom	Manon BARTEL
	Ganzheit und Lebenskunst – Versuch einer Onkologie in pragmatischer Hinsicht	Martin KRAUSE
17.30 Uhr	Pause	
18.00 Uhr	Diagnose Krebs bei Kindern – vieles wird anders. Veränderungen und Belastungen in Familien	Cordula BEISEL
	Pflege der bestrahlten Haut. Nicht alles was wir wissen ist wirklich gut!	Katja THIEL
	Fatigue, ein kaum beachtetes und oft unterschätztes Problem	Katrin MEYER
	Lebensqualität statt Lebensquantität. Ziele eines Hospiz in Theorie und Praxis	Michaela BUTHENHOFF
POSTER:	Aufnahmemanagement in der operativen gynäkologischen-onkologischen Klinik	Kerstin WENKEL
	Ein „ganz normaler“ Arbeitstag	Michael REICHL
	Basale Stimulation bei der Pflege Sterbender	Katharina FALL
18.45 Uhr	Überreichung der Abschlusszeugnisse	Edgar REISCH
19.00 Uhr	Feier im Foyer mit	



Erfahrungen bei der Implementierung von Primary Nursing am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

Kisten Gittelbauer

Bildungszentrum am Universitätsklinikum Eppendorf in Hamburg

Vor dem Hintergrund der DRG-Einführung will das UKE die patientenbezogenen Leistungsprozesse einschließlich des Entlassungsmanagements optimieren. Zu diesem Zweck ist dem Pflegedienst die Funktion des Case-Managements zugewiesen worden. Hierzu wird die Pflegeorganisation im UKE auf das patientenorientierte Pflegesystem Primary Nursing umgestellt.

Das Ziel der Organisationsveränderung im UKE ist die Optimierung der Aufbau- und Ablaufstrukturen mit transparenten und wirtschaftlichen Prozessen sowie die Sicherung der pflegerischen Qualität und der Patientenzufriedenheit,

Unter wissenschaftlicher Begleitung der „Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg“ (HAW) wurde ein Rahmenkonzept erarbeitet, das seit September 2004 auf 6 Pilotstationen erprobt wird.

Die Implementierung von Primary Nursing im gesamten Klinikum ist erklärtes Ziel des Vorstandes des UKE.

Das Projekt wird durch die HAW evaluiert. Der Einführungsprozess sowie die Effekte des Konzeptes Primary Nursing werden analysiert und bewertet, um sie für den weiteren Umsetzungsprozess im gesamten UKE nutzbar zu machen.

In dem Beitrag werden die Auswirkungen des Pflegesystems Primary Nursing auf die Patienten und die Mitarbeiter dargestellt. Weiterhin wird darauf eingegangen, welche Probleme bei der Einführung von Primary Nursing auftraten und welche Faktoren zu beachten sind, um die Implementierung zum Erfolg zu führen.

Psychosoziale Konsequenzen aus Verweildauerverkürzungen.

Wie gehen Pflegende damit um?

Alrun Sensmeyer

Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

BEFUNDE geben Auskunft zur Tumorart, -größe, -lokalisierung und sie sind die Grundlage einer Therapieentscheidung. Die Voraussetzung für psychosoziale Begleitung sind in erster Linie Kenntnisse über das BEFINDEN der Betroffenen, d.h. Betreuende aller Fachrichtungen brauchen dafür Aussagen zu folgenden Fragen:

- Wie verändert die Erkrankung den Lebens-, Berufs- und Familienalltag?
- Welches Nichtwissen macht Angst, welches Wissen macht stark?
- Welche Rat - Schläge wirken eher wie eine Ohrfeige, obwohl sie doch gut gemeint sind?
- Welche Be - Ratungsangebote haben Geländerfunktion zum Halten und Orientieren?

Der Beitrag diskutiert Aspekte

- zum pflegerischen Berufsverständnis
- zum subjektiven Betreuungsbedarf
- zu Versorgungssystemen und Umdenkungsprozessen, die als Folge der Verweildaueränderungen entstehen müssen.

Notizen:

Nahtlose Versorgung krebskranker Menschen in der ambulanten Pflege - Realität oder Vision?

Michael Ledwon

Mobiles Pfllegeteam Heidelberg

Die Pflege von onkologischen Patienten in der ambulanten Versorgung hat in den letzten Jahren durch die zunehmend verkürzte Krankenhausverweildauer immer mehr an Bedeutung gewonnen. Versorgungsleistungen, besonders im Bereich der Behandlungspflege, die früher stationär stattfanden, verlagern sich bereits heute immer stärker in den ambulanten Pflegebereich. Dieser Umstand stellt die Pflegenden vor eine große Problematik.

Eine Vielzahl an Forschungsergebnissen zeigt, dass bei der Entlassung aus der Klinik oft Versorgungsbrüche entstehen. Es kommt zu unnötigen Leidbelastungen für die Patienten, Verschüttung von Rehabilitationspotenzialen und Drehtüreffekten, die mit hohen Folgekosten für das Gesundheitswesen einhergehen. Besonders chronisch kranke, multimorbide und ältere Menschen haben oftmals einen poststationären Unterstützungs- und Betreuungsbedarf. Für die im Krankenhaus verantwortlichen Institutionen stellt die Auswahl eines geeigneten Pflegedienstes häufig ein Problem dar. Zur adäquaten Versorgung eines Krebspatienten werden an den Pflegedienst hohe personelle und fachliche Anforderungen gestellt. Der Aufgabenbereich bei der Versorgung von Krebspatienten ist sehr umfangreich. In der Pflege des Patienten ist eine Vielzahl von Institutionen beteiligt. Häufig kommt es hier zu Kommunikationsproblemen.

Gesetzliche Rahmenbedingungen der Pflege

Bei der Versorgung im Rahmen des **SGB V** ergeben sich häufig Probleme, da die Hausärzte aufgrund des Kostendrucks von den Kliniken eingeleitete Therapien umstellen. Gerade im Rahmen der Schmerztherapie sind die Patienten oft die Leidtragenden. Die Übernahme der Behandlungspflege von Angehörigen gestaltet sich bei Krebspatienten oftmals schwierig, dadurch leidet die Qualität der Pflege.

Zusammenfassung

Ziel einer optimalen Versorgung des Krebspatienten in der Häuslichkeit ist das gute Zusammenwirken aller Kooperationspartner. Das Ideal wäre ein gut funktionierendes Netzwerk. Die Praxis aber zeigt, dass die sektorale Trennung ein Hauptmakel der ambulanten Versorgung des Krebspatienten ist.

Case Management aus Sicht der Pflegedienstleitung

Thomas Beer

Dr. Horst-Schmidt-Kliniken Wiesbaden

Die Versorgung, Betreuung und Behandlung von chronisch Kranken orientiert sich derzeit an einem sequenziellen Krankheitsverlaufsmodell. Die Expertenmeinungen bestätigen hingegen, dass der Verlauf von chronischen Erkrankungen in Form einer Spirale erfolgt. Die Pflege chronisch Kranker erfolgt im sequenziellen Krankheitsverlaufsmodell am terminalen Ende und beinhaltet somit weder gesundheitsfördernde, präventive und rehabilitative Ansätze und basiert lediglich auf einem defizitorientierten, kompensatorischen und deterministischen Ansatz, der den Patienten als passiven Empfänger von Hilfe und nicht als einen Mitgestalter sieht. Biographie- und Identitätsarbeit, die zur Krankheitsbewältigung beitragen, werden nicht geleistet. Die Ressourcen und die Autonomie des Patienten finden im derzeitigen System bei der Versorgung von chronisch Kranken wenig Berücksichtigung. Darüber hinaus ist die Beratung und Schulung des Patienten sowie der Angehörigen einschließlich der Berücksichtigung des sozialen und familiären Gefüges und die damit verbundene Patientenorientierung als unzureichend einzustufen. Die Versorgungsstrukturen der Zukunft müssen darauf ausgerichtet werden, dass komplexe Handlungs- und Problemstrategien innerhalb eines kürzeren Behandlungs- und Betreuungszeitraumes bearbeitet werden. Dazu gehört auch, dass präventive, rehabilitative sowie palliative Ansätze umgesetzt werden. Die Pflegeprofession werde zukünftig eine entscheidende Rolle bei der Koordination und Organisation von gesundheitsbezogenen Leistungen einnehmen, so die Meinung des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen. Mit dem Ansatz des aus der Systemtheorie und der Managementtheorie stammenden Case-Managements erscheint es möglich, sektorenübergreifend, professionsübergreifend und patientenorientiert agieren zu können. Der Case ist eine kurz- oder langfristig mit dem Betroffenen zu bearbeitende und unter aktiver Mitwirkung des Betroffenen zu lösende, sich ständig ändernde Situation. In die Fallbetrachtung ist die Person mit ihrer Krankheit und der daraus resultierenden Funktionseinschränkung mit nachfolgender Pflegebedürftigkeit und oder Behinderung eingeschlossen. Basierend auf den Erkenntnissen und Erfahrungen aus anderen nationalen Gesundheitssystemen wurden auf verschiedenen Ebenen des deutschen Gesundheitswesens unterschiedliche Case-Managementansätze implementiert. Der Focus der zukünftigen Case-Managementansätze sollte im Bereich der extramuralen Versorgung liegen, da durch Case Management ein Bedarf erzeugt wird, der nach dem Abschluss der Konvergenzphase zur Implementierung des DRG-Systems im intramuralen Bereich nicht mehr finanzierbar und somit umsetzbar ist.

Pflegecasemanagement im Bereich der Gastroenterologie

Karsten Schwalm

Häusliche Krankenpflege Lichtenau

Im Bereich der Gastroenterologie eines Akutkrankenhauses bedeutet Pflegecasemanagement eine prozesshafte Planung der Versorgung von an Krebs erkrankten und/oder pflegebedürftigen Menschen, die eine Versorgung im ambulanten oder stationären nachklinischen Umfeld benötigen.

In diesem Vortrag soll es darum gehen, wie die Versorgungsplanung in vielen Akutkrankenhäusern immer noch durchgeführt wird und wie diese optimiert werden kann. Hierzu soll beispielhaft am Pflegecasemanagement der Gastroenterologie in der Dr. Horst Schmidt Klinik Wiesbaden GmbH (HSK) ein Lösungsweg aufgezeigt werden, wie einer drohenden Versorgungsdiskontinuität von Klienten entgegengewirkt werden kann, die eine enterale bzw. parenterale Ernährung im nachklinischen häuslichen bzw. stationären Umfeld benötigen. Es soll auch beleuchtet/erklärt werden, welche Maßnahmen eine drohende oder bereits eingetretene Pflegebedürftigkeit bedarf. Beides wird anhand des Casemanagement Regelkreises verdeutlicht werden.

Durch die Komplexität in der Versorgungsplanung von Gastroenterologischen Klienten ist eine umfangreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit aller weiteren am Versorgungsprozess beteiligten Professionen und Institutionen absolut notwendig

Hospiz - zwischen Wohngemeinschaft und Intensivbehandlung

Günther Gehrlein

Hospizleiter Hospiz Louise Heidelberg

Der Erstkontakt zu betroffenen Krebskranken in der Klinik ist der Anfang von Management das Hospiz zu leisten hat. - Empathie und Sensibilität für die Menschen (Patienten und Angehörige) in dieser Situation, eine Vorgabe für die jetzt anstehenden Entscheidungen. Aufnahmekriterien, ärztliche Atteste, Patientenverfügungen, Vollmachtserklärungen, Pflegeversicherung, Kostenzusagen sind eher sich im Hintergrund befindliche aber auch zu klärende Formalitäten, um die Hospizversorgung zu optimieren. Welches Bild entsteht, wenn Worte wie „austherapiert“ oder „Endstation“ fallen? Kann man sich Hospiz als Ressourcen orientiert, dynamisch, oder gar lebendig vorstellen? Meist müssen Tabus abgebaut werden.

Es trifft Häuslichkeit auf Professionalität, ergänzt sich zeitweise, es entstanden in den Hospizen Strukturen die man so in der Krankenversorgung nicht kannte.

Hospiz als „Fußgängerzone“ im Gesundheitswesen, weg von der Hektik und dem nicht vorhandenen Zeitpotential.

Palliativ Care: Ummantelung auf drei Ebenen- Soma / Psyche/ Spiritualität.

Perspektiven des Entlassungsmanagements – Handeln im Spannungsfeld zwischen systembedingten Anforderungen und individuellem Bedarf.

Rosemarie Rau und Marcel Sailer

Innerbetriebliche Fortbildung am Universitätsklinikum Ulm

In Zeiten von kürzeren Verweildauern und verdichteten Arbeitsprozessen sowie einem ökonomischen Druck, die Ablaufprozesse in einem Klinikum und darüber hinaus rationell zu gestalten, erfährt das Entlassungsmanagement eine Renaissance. Die Anforderungen sind dabei nicht wirklich neu, sie werden jedoch unter den genannten Bedingungen mit großer Nachhaltigkeit gefordert. Unter dem Blickwinkel der erlebten, täglichen Praxis fragen sich Pflegende, wie so etwas realisiert werden kann. Verlangt doch das Management des alltäglichen Chaos wahrlich genügend Energie und Aufmerksamkeit. Dieses Chaos prägt ebenso das Management der Entlassung. Situationen verändern sich rasch, einzelne, kleine Ereignisse können die Planung eines ganzen Falles zunichte machen. Man denke nur an spontane Vereinbarungen während einer Visite oder einen überraschenden Befund nach einer Untersuchung. Die Entlassung ist kein linearer Prozess mit genau festgelegten Handlungen, der a priori (von vornherein) geplant und festgelegt werden kann. Wenn wir nicht von vordefinierten Handlungsabläufen sprechen können, so können wir den Verlauf der Planung einer Entlassung doch als Prozess beschreiben. Um diesen Prozess gewinnbringend und zielgerichtet zu gestalten macht es zunächst Sinn, sich über den Beginn und das Ende zu verständigen. Findet der Prozess nur zwischen Aufnahme- und Entlassungstag statt? An was oder wem orientiert sich der Prozess primär? Welche Rolle nehmen Pflegende in diesem Entlassungsprozess ein? Um diese Fragen zu bearbeiten, sollten Voraussetzungen für ein gutes Gelingen der Entlassung untersucht werden. Dazu gehören organisationale Voraussetzungen mit Organisations- und Ablaufstrukturen ebenso dazu wie inhaltliche, gegenstandsbezogene Überlegungen hinsichtlich der Unterstützungsprozesse von Patienten. Parallel zu den professionsspezifischen Überlegungen haben Patient/-innen ihre ganz eigenen, von zahlreichen Einflussfaktoren geleiteten Perspektiven, welche die Entscheidungsprozesse maßgeblich beeinflussen, den Kontext vorgeben und unsere Beachtung sowie Respektierung verlangen. Wir finden somit verschiedene, nicht immer kongruente Zielsetzungen vor, die möglichst punktgenau auf den Tag gemanagt werden sollen. Sind die Voraussetzungen für ein gutes Gelingen nicht gegeben, so können wir zunächst analysieren, welche Hinderungsgründe gegeben sind, welche wiederkehrend sind und wie wir zukünftig auf diese Hindernisse besser vorbereitet sind. Der Vortrag soll daher Anregungen für die Prozessanalyse sowie für die anschließende konzeptionelle Bearbeitung bieten.

Marketing für Pflegepersonal

Prof. Dr. Gerhard F. Riegl

Patientenforscher, Gründer und wissenschaftlicher Leiter des Institut für Management im Gesundheitsdienst Augsburg

Copyright © by Prof. Riegl & Partner GmbH – Alle Rechte vorbehalten

1. Vorbereitung des Arbeitsplatzes auf den Gesundheitsmarkt der Zukunft

Das Management der Patientenströme wird künftig genauso wichtig wie das Management der Patientenbehandlung. Entscheidend wird dann - auf der Basis qualitätsgesicherter ärztlicher und pflegerischer Kompetenzen - sein: Wer bekommt wann, wie gut vorbereitet, planbar welche Fälle? Aber auch: Wie effizient und effektiv laufen Entlassung, Weiterleitung und Koordination der Fälle ab?

Es geht um bereichs- und klinikübergreifendes Prozessmanagement, um Kooperationen, Vernetzungen und integrierte Versorgungen mit ambulant stationärer Verzahnung. Hiervon sind vor allem Krebskranke betroffen. Heilberufe und Pflegeberufe, die „nur“ hausinterne introvertierte Organisations- und Berufsstrategien verfolgen, sind unterlegen.

Gut „überleben“ kann auf Dauer nur, wer neben seiner grundsätzlich vorausgesetzten - und von der Öffentlichkeit als selbstverständlich erwarteten - beruflichen Fachkompetenz auch cleveres Marketing zur Selbstbestimmung des Casemix und der Prozessabläufe beherrscht. Die neue Königstugend im Pflegebereich heißt folglich: Entlastendes Marketing für belastetes Pflegepersonal.

2. Pflegekräfte als Marken-Qualitätsdienstleister

Krankenhäuser mit exzellenter Pflege müssen für viele Zielgruppen zur Qualitätsmarke werden: für Versicherungsnehmer, Patienten, Angehörige, Beleger, Kostenträger und alle Klinikentscheider. Zugleich sollte die Pflege selbst im Krankenhaus zur unverwechselbaren, unaustauschbaren Marken-Qualitätsdienstleistung aufsteigen. Es geht um die Profilierung der Pflege in der klinikinternen Solidargemeinschaft der Berufsgruppen.

Marketing ist kein Kostenfaktor für Klinik und Pflege, sondern quasi ein Therapiemittel und Veredelungsinstrument. So baut Marketing für Pflegepersonal belastbare Beziehungen auf etwa für den Umgang mit Patienten, Klinikkollegen und Partnern. Damit wird vermieden, dass unter ökonomischem Druck Berufsidealismus und sozialkompetente Prinzipien zur Selbstaussbeutung führen oder geopfert werden.

Kein gutes Marketing kommt ohne Qualität aus, aber jedes anspruchsvolle Qualitätsprinzip braucht auch Marketing, damit Pflegekräfte und Ärzte sich selbst treu bleiben können. Es gibt keine qualitätszertifizierbaren Menschen weder auf der Seite der Pflege noch auf der Seite der Patienten. Mit Marketingstrategien wird im Krankenhaus trotz größtmöglicher menschlicher Flexibilität und Individualität so wenig wie möglich dem Zufall oder dem Schicksal überlassen und es wird die Fremdbestimmung minimiert. Pflegekräfte brauchen für die Bewahrung ihrer Identität, ihrer Sozialkompetenz und zum beruflichen „Überleben“ im wirtschaftlichen Krankenhaus eine „Lizenz für positives Neinsagen“ gegenüber Patienten und Anspruchsstellern.

3. Das Marketing für Pflegepersonal ist anders

Patienten sollten stets besser behandelt werden als Kunden. Deshalb ist auch unter Marketing Patientenorientierung erstrebenswerter als Kundenorientierung. Der kranke Mensch will nicht Kunde sein, und er will im Krankenhaus keine VerkäuferInnen erleben. Jeder Patient sehnt sich in gesundheitlichen Ausnahmesituationen nach guter, vertrauensvoller, individueller, einfühlsamer Betreuung, wo er sich so sicher wie in Abrahams Schoß fühlen kann.

Partnerschaftliche Patientenführung mit partizipativer Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) ist die Kernidee von Marketing im Krankenhaus. Wer dies beherrscht, zählt zu den Gewinnern.

Im Krankenhaus der Zukunft geht es nicht um das Sparen um jeden Preis, sondern um intelligentes Sparen. D.h. es werden Bereiche identifiziert, in denen mit relativ geringen Mehrausgaben insgesamt große und akzeptierte Einsparungen in anderen weniger wichtigen Bereichen ermöglicht werden.

Der klassische Ablauf des systematischen professionellen Krankenhausmarketing und insbesondere des Marketing für Pflegepersonal stellt sich so dar: (1)

Das Pflegepersonal kommt in vier Stufen - auf der Basis eines wettbewerbsfähigen Pflegeleitbildes - zum dauerhaften Erfolg.

1. Erfassen der hausinternen Stärken und Schwächen des Pflegeeinsatzes aus der Sicht von Patienten und Patientenbringern sowie die Chancen und Risiken für Pflegepersonal und Leistungen der Pflege im Gesundheits-Netzwerk der Region. Auch die barmherzige und humanitäre Pflege steht unter dem gnadenlosen Konkurrenzdruck der sozialen Marktwirtschaft: „Be different or die!“

Das Ergebnis dieser selbstkritischen Analysen, Bewertungen und Bestandsaufnahmen führt zum patientenorientierten Kompetenzprofil des Pflegepersonals.

2. Entwickeln von wettbewerbsorientierten Marketingstrategien der Pflege in Bezug auf

a) die idealen Zielgruppen des Hauses und der Station,

b) das bedarfsgerechte Leistungsspektrum der Klinik, insbesondere mit pflegerischer Ausprägung und

c) die Corporate Identity der Pflege.

Die harmonische und wettbewerbsüberlegene Pflegestrategie ist das Zukunftskapital der Pflege und das „Herz“ des Marketing für Pflegepersonal

3. Hausinterne und hauserne Kommunikationsmaßnahmen der Pflege für die Klinik und in eigener Sache.

Auch die Pflege braucht eine qualitätsorientierte Selbstdarstellung und Beziehungspflege, denn Sprachlose sind die ersten Verlierer in der Meinungsgesellschaft.

4. Dienstleistungs-Qualitätsmanagement des Pflegepersonals mit strategischen Prioritäten im Patienten-Aktionsbereich.

Zu den Prioritäten zählen

- die Schnittstelle Nr. 1 des Krankenhauses, die Patientenaufnahme - siehe dazu unten Hinweise auf das Benchmarking-Projekt „Patienten-Aufnahme als Erfolgskern der Klinik“ mit bisher 200 Kliniken als Teilnehmer; Anmeldung und Teilnahme jederzeit möglich und

- die Schnittstelle Nr. 2 des Krankenhauses, die Patientenentlassung - siehe dazu unten Hinweise auf das neue Benchmarking-Projekt „Das effiziente Management von Kliniken bei der Patienten-Entlassung“ mit bis zu 200 Kliniken als Teilnehmer; Anmeldung und Teilnahme jederzeit möglich
Patienten verbringen Tausende Augenblicke der Wahrheit im Krankenhaus, aber die meist entscheidenden für die Beurteilung sind in der Aufnahme und bei der Entlassung.

In der Onkologie kommt es vor allem auf die innovative Kernkompetenz der qualitätsgesicherten Patienten-Überantwortung an. Der letzte Eindruck vom Krankenhaus übt eine nachhaltige Imagewirkung auf Patienten aus und auf deren weiterbehandelnde Ärzte. Zugleich liegt hier ein Schlüssel zu beachtlichen humanitären und wirtschaftlichen Effizienzreserven sowie zur Qualitätssicherung in der Krebstherapie. Für die klinikindividuelle Optimierung des Entlassungs- und Überleitungsprozesses zu Folgeeinrichtungen und zur Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit gibt es nun ein neues Benchmarking-Projekt für bis zu 200 onkologische Kliniken (Kontakt info@prof-riegl.de). In anonymen regionalen Vergleichstests von Kliniken werden rund 300 Erfolgsindikatoren der perfekten Patientenabgabe und -überleitung nach dem Prinzip der „Best Practice“ für jede Teilnehmerklinik individuell aufgezeigt. Die perfekte Patientenentlassung ist eines der besten Marketinginstrumente für Kliniken, denn in dieser Phase können Überlegenheiten der Ergebnissqualität belegt und die Klinikpartner zu Mitgewinnern bei der Patientenbehandlung gemacht werden.