

Pflege - Bausteine zum Erfolg der Krebstherapie

Burkhard Lebert

Das 11. Krebskrankenpflegesymposium möchte den Einfluß und die Funktion der Pflege zum Erfolg der Krebstherapie hervorheben.

Die Onkologie ist ein Fachbereich, der wie kein anderer von mehreren Jahrzehnten intensivster Forschung gezeichnet ist. Die Erfolge der Therapien werden gemessen, statistisch ausgewertet, verglichen und beurteilt. Aber nicht nur die Erfolgsmessung an sich, sondern auch die Erfolge und deren Kriterien werden aus ärztlicher-, psychologischer-, pflegerischer - und der Sicht einer betroffenen Angehörigen reflektiert und neu definiert. In diesem therapeutischen Team nimmt die Pflege sehr unterschiedliche Aufgabenbereiche und Rollen wahr, um gemeinsame Ziele zu verfolgen.

Die praktische Tätigkeit wird zunächst im Fachbereich „chirurgische Onkologie“ ausführlicher abgehandelt. Praktische Aspekte wie Hygienerituale, Hautpflege bei Strahlentherapie und Zytostatika-Verabreichung sind Bausteine, die nicht nur aufgrund multimodaler Therapien in den verschiedensten Fachbereichen zur Anwendung kommen.

Die psychosoziale Betreuung stellt nach wie vor ein Schwerpunkt der Pflege Krebskranker dar, da alleine der Gedanke an die Diagnose „Krebs“ viele Ängste auslöst. Die Krankheit und die Therapie bringen vielfältige und von der Belastung als subjektiv sehr unterschiedlich erlebte Symptome mit sich. Diese Einschätzung und der Umgang damit erfordert von den Pflegenden ein sehr ausgeprägtes Wahrnehmungs- und Einfühlungsvermögen.

Organisatorische Aspekte treten bei der Pflege immer mehr in den Vordergrund. Sei es durch den Trend zur teilstationären, überleitenden oder ambulanten Betreuung. Aber auch der stationäre Arbeitsablauf paßt sich immer mehr den aktuellen Anforderungen der „Kunden“ an.

Wenn hier von Erfolgen der Krebstherapie gesprochen wird, so dürfen die persönlichen Aspekte, die in einer individuellen Betreuung Krebskranker stark zum Tragen kommen, nicht vergessen werden.

Mit diesem Symposium soll den Teilnehmenden Kraft und Energie in ihrer verantwortungsvollen und wichtigen Tätigkeit gegeben werden, um in einer Zeit, knapper werdender Personalressourcen die Bedeutung ihres Tuns vertreten zu können.

Fortschritte der kurativen und palliativen Tumortherapie

Priv. Doz. Dr. med. Goldschmidt

Durch die Strahlen- und Chemotherapie konnte die Prognose verschiedener Tumorerkrankungen signifikant verbessert werden. So werden heute Patienten mit Hodgkin Lymphomen im Stadium 1 A durch eine Strahlentherapie zu über 95 % geheilt. Die Kombination von Radio- und Chemotherapie hat in fortgeschrittenen Tumorstadien beim Morbus Hodgkin auch zu Heilungsraten von über 60 % geführt. Neben der Verbesserung der Behandlungsergebnisse hinsichtlich des Überlebens beschäftigen sich in zunehmendem Maße Studien zur Vermeidung therapieassoziierter Nebenwirkungen. Auch bei den Hodentumoren ist durch eine Kombination von Chirurgie, Strahlentherapie und Chemotherapie die Prognose der Patienten in den letzten 30 Jahren verbessert worden. Die Hochdosistherapie mit der Transplantation von autologen Blutstammzellen hat sich bei einigen Indikationen als Behandlungsfortschritt erwiesen. Neue Möglichkeiten bietet die Transplantation von allogenen Knochenmark oder allogener Blutstammzellen. Die allogene Blutstammzelltransplantation ist im weiteren Sinne eine immunologische Therapie. Die Graftversus-Leukemia-Reaktion kann bisher therapierefraktäre Krankheiten heilen. Auch auf dem Gebiet der supportiven Therapie bei palliativen Behandlungen gibt es große Erfolge. Die Bisphosphonate haben bei dem Mamma-Karzinom und bei dem Multiplen Myelom die Rate der krankheitsassoziierten Frakturen und die Rate der Morbidität gesenkt. Das Erythropoetin hat sich zur Behandlung der tumorassoziierten Anämie bewährt. Durch interdisziplinäre Kooperation ist frühzeitig ein individueller Behandlungsplan für jeden Patienten zu erstellen. Neben der Heilung sollte auch die Lebensqualität durch palliative Behandlung und psychoonkologische Begleitung optimiert werden.

Was sind Erfolge der Krebstherapie aus psychologischer Sicht

Dipl. Psych. Stefan Zettl

Die medizinische Forschung hat für die Onkologie eine Fülle neuer Erkenntnisse zur Entstehung, Erkennung und Behandlung bösartiger Geschwülste gewonnen. Es geht jedoch nicht nur darum, den Patienten am Leben, sondern ihn auch im Leben zu erhalten. Die Frage nach der Lebensqualität bestimmt deshalb zunehmend Entscheidungen über die im Einzelfall zur Verfügung stehenden Behandlungsalternativen - aber sie fordert auch in einem hohen Maß psychosoziale Kompetenzen, um den jeweiligen Bedürfnissen der Patienten gerecht zu werden.

Belastungen durch die Erkrankung und deren Behandlung für den Patienten und dessen Angehörige, die spezifische individuelle Bedeutungsgebung des Krankheitsgeschehens durch den Betroffenen und im späteren Verlauf die Auswirkungen des Damokles-Syndroms und der Gefahr eines Zweitmalignoms lassen das Angebot einer psychosozialen Begleitung von Tumorpatienten und deren Familien als unumgänglich notwendig erscheinen. Kann die onkologische Krankenpflege dieser Herausforderung gerecht werden - ist eine "ganzheitliche Pflege" überhaupt leistbar?

Erfolge der Krebstherapie aus verschiedenen Blickwinkeln

Silke Auer

Erfolge in der Krebstherapie?

Wer definiert die Erfolge?

Dieser Vortrag soll aufzeigen, daß die Erfolgsdefinition des Arztes, des Patienten, der Angehörigen und der Pflegenden sehr unterschiedlich sein kann, da die Zielvorstellungen oft unterschiedlich sind. Dies möchte ich anhand von Beispielen etwas näher beleuchten und veranschaulichen.

Desweiteren ist es mir aber sehr wichtig darauf einzugehen, welchen Beitrag die Pflege zum Erfolg leistet, denn das Pflegepersonal verbringt die meiste Zeit mit dem Patienten.

Es erfordert von uns Pflegenden sehr viel Fingerspitzengefühl und Einfühlungsvermögen, da jeder Patient andere Ressourcen und eine andere Art der Krankheitsbewältigung hat.

Solchen Konfliktsituationen sind wir täglich ausgesetzt, und meiner Meinung nach gibt es dafür auch kein Standardkonzept.

Ein solcher Kongreß bietet die Möglichkeit, sich über diese Problematik auszutauschen und wieder neue Impulse für die Pflege onkologischer Patienten zu bekommen.

Funktionalität und Eigenständigkeit als Erfolgskriterien bei der Behandlung alter Menschen.

Prof. Dr. G. Schlierf

Im höheren und hohen Alter und bei Menschen mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen als Folge vorangegangener Gesundheitsstörungen definieren sich "Gesundheit" und "Krankheit" in dem Sinne neu, daß Beeinträchtigungen von Alltagsfunktionen stärker als organbezogene Befunde den Verlust von Gesundheit ankündigen und charakterisieren. Verlust von Funktionen ist häufige Folge ganz unterschiedlicher Erkrankungen, und die Beeinträchtigung der funktionellen Unabhängigkeit ist auch ein häufiges Frühsymptom. Zwischen der ärztlichen Diagnose einer Krankheit und der gestörten Funktion besteht oft kein eindeutiger Zusammenhang - der eingetretene Funktionsverlust wird nicht vom erkrankten Organ bestimmt, und die „Reparatur“ des kranken Organs, beispielsweise die operative Behandlung eines Knochenbruchs, führt auch häufig nicht „automatisch“ zur Wiedergewinnung relevanter Funktionen, also zum "wieder gehen können."

Ein in der Geriatrie elementares Problem ist das der „Gebrechlichkeit“, charakterisiert durch den Abbau von Funktionsreserven, der mit unterschiedlicher Gewichtung alle Systeme betrifft. Gebrechlichkeit führt dazu, daß ein Problem selten isoliert bestehen bleibt, sondern sich Probleme von Stunde zu Stunde oder von Tag zu Tag häufen.

Die Diagnostik von elementaren Alltagsfunktionen, wie Aufstehen und Gehen, aber auch Orientiertheit zu Person, Ort und Zeit liefert die Basis für therapeutisch/rehabilitative Maßnahmen und hat auch erhebliche prognostische Bedeutung. Sie ist eine unentbehrliche Komponente geriatrischer Teamarbeit.

Erkenntnisgewinn und Erfolgsmessung in klinischen Studien

Prof. Dr. Dr. U. Abel

Es gibt eine Reihe methodischer Prinzipien des Erkenntnisgewinns in der Medizin, deren Verletzung die Gefahr von Fehltritten über Therapien nach sich zieht. Hierzu zählt die Vergleichbarkeit der Therapiegruppen, insbesondere ihre Strukturgleichheit, ferner die geeignete Wahl und präzise Formulierung der Zielvariablen vor Beginn der Studie sowie ein vorsichtiger Umgang mit Surrogatvariablen, Untergruppenanalysen und multiplen Vergleichen.

Es werden mehrere Beispiele für onkologische Therapien angeführt, bei deren Evaluierung man diese Prinzipien mißachtete und zu einem - manchmal folgenschweren - Fehltritt über die Wirksamkeit gelangte.

Klinische Therapiestudien - Pfleger im Spannungsfeld zwischen der rationalen Distanz eines Wissenschaftlers und der Erfolgshoffnung von Patienten

Alrun Sensmeyer

Der Titel des Referats gibt bereits einen Hinweis auf unterschiedliche Einstellungen gegenüber Forschungsvorhaben. Auch im onkologischen Bereich ist Forschung ein Erprobungshandeln. Deshalb werden in der Debatte um Forschungsergebnisse oft der tatsächliche Nutzen für die Versuchsperson selbst und der generelle Nutzen für die Heilkunde einander gegenübergestellt. Dieses Abwägen von Chancen und Risiken ist für jedes Forschungsprojekt unabdingbare Voraussetzung aber dennoch wird jeder Mensch darüber hinaus für sich die Erfolgsaussichten und die möglichen Nachteile durch eine Studienteilnahme anders gewichtet. Diese persönlichen Einstellungen prägen oft in nicht unerheblichem Maße die Fachdiskussion im Berufsalltag. Skepsis, eventuell auch Mißtrauen sind Einschätzungen, die in diesem Zusammenhang genannt werden. Ferner nehmen die therapeutischen Möglichkeiten in der Onkologie in unterschiedlichem Maße Einfluß auf die mögliche -theoretische- Akzeptanz von belastenden Forschungsvorhaben. So zeigen Gespräche in therapeutischen Teams, daß sich die Anwesenden nicht vorstellen können, daß sie sich mit einer fortschreitenden Tumorerkrankung mit einer belastenden Therapie behandeln lassen würden, deren Wirksamkeit zur Zeit noch überhaupt nicht feststeht. Diese hypothetische Leidensbereitschaft wird in diesen Gesprächen oft an die Therapieziele gebunden: Für eine mögliche Heilung ist ein Aushalten eher denkbar wie für eine nur mögliche Symptomlinderung.

Im Vortrag werden einige Aspekte klinischer Forschung erörtert:

- Rolle der Wissenschaft: Worum geht es bei Studien?
- Transparenz und Glaubwürdigkeit: Was erlebt ein Patient als Studienpatient?
- Teamarbeit und Forschung: Wie werden aus Schnittstellen mögliche Nahtstellen?

Multimodale Therapie gastrointestinaler Carcinome.

Prof. Dr. Th. Lehnert

Die Prognose gastrointestinaler Carcinome wird weitgehend vom Stadium des Primärtumors und von der Qualität der chirurgischen Therapie beeinflusst. Seit fast 40 Jahren wird versucht, diese Behandlungsergebnisse durch eine zusätzliche Strahlen- oder Chemotherapie weiter zu verbessern.

Beim *Plattenepithelcarcinom des Oesophagus* wurden neoadjuvante und adjuvante Radio- und Chemotherapie, auch in Kombination, geprüft. Bisher wurde keine signifikante Verbesserung des Gesamtüberlebens nachgewiesen. Lediglich eine holländische Studie scheint durch neoadjuvante Chemotherapie einen Vorteil zu beobachten. Beim *Adenocarcinom* ist möglicherweise die neoadjuvante Kombination von Radio- und Chemotherapie nützlich.

Beim *Magencarcinom* wird in Japan sehr häufig bereits perioperativ eine Chemotherapie mit Mitomycin C durchgeführt. Mit einer Ausnahme haben entsprechende Studien in der westlichen Welt einen Überlebensvorteil durch adjuvante Mitomycintherapie nicht bestätigen können. Auch die übergroße Mehrzahl anderer Studien in der westlichen Welt konnte bisher keinen Nutzen durch eine adjuvante Therapie nachweisen. Eine Radiotherapie kommt beim Magencarcinom kaum in Frage. Die intraoperative Radiotherapie hat sich bisher ebenfalls nicht bewährt. Eine Reihe von Studien haben adjuvante Immuntherapien, in der Regel als unspezifische, aktive Therapie geprüft. Ihre Ergebnisse sind teilweise positiv, sie müssen jedoch in weiteren Studien bestätigt werden.

Für das *Pankreascarcinom* gibt es keine wirksame adjuvante oder neoadjuvante Radio- oder Chemotherapie. Ebenso kann für das *primäre Leberzellcarcinom* keine adjuvante Therapie, weder als systemische Chemotherapie noch als lokale Chemoembolisation empfohlen werden. Beim *Colonicarcinom* scheint eine adjuvante Chemotherapie dann einen Überlebensvorteil zu bewirken, wenn bereits Lymphknoten tumorbefallen sind (Stadium III). Für die Stadien I und II war die adjuvante Chemotherapie bisher wegen der per se guten Prognose nicht erfolgreich. Ob durch eine Immuntherapie die Behandlungsergebnisse im Stadium III ebenfalls zu verbessern sind, muß in entsprechenden Studien weiter geprüft werden. Eine adjuvante oder neoadjuvante Radiotherapie wird beim Colonicarcinom nicht durchgeführt.

Beim *Rektumcarcinom* kann durch eine lokale Radiotherapie, insbesondere wenn sie als präoperative Behandlung durchgeführt wird, die lokale Rezidivrate gesenkt werden. Neuere Studien lassen hierdurch auch eine Verbesserung der Gesamtprognose erkennen. Eine Verbesserung der Überlebensraten wurde auch durch adjuvante Kombinationsbehandlung mit Radio- und Chemotherapie erreicht. Bei diesem Konzept ermöglicht die intraoperative Strahlentherapie eine ganz gezielte und hochdosierte Radiotherapie unter Schonung strahlensensibler Gewebe (Blase, Ureteren, Dünndarm, Haut etc.) Noch bessere Erfolge verspricht man sich derzeit von einem radikalen Operationskonzept, der totalen mesorektalen Excision (TME), in Verbindung mit neoadjuvanter Radiochemotherapie. Entsprechende Studien werden derzeit in Holland und Finnland durchgeführt.

Beitrag der Pflege in der präoperativen Phase

Annette Seippel

Welchen Beitrag leistet Pflege zum Gelingen der von Prof. Lehnert im vorangehenden Vortrag geschilderten Therapie?

Dieser Frage soll am Beispiel eines an einem Rektumcarzinom erkrankten Patienten nachgegangen werden. Für Pflegende aus anderen Fachrichtungen wird ein Einblick in die "rein technischen" Ereignisse, sowie das mögliche Erleben des Betroffenen in der stationären Zeit bis zur Operation geboten.

Spezielle "Bausteine" sind das Aufnahmegespräch, die Begleitung durch die Phase der Diagnostik, das Begleiten des Aufklärungsprozesses, das präoperative Vorbereiten des Patienten nicht nur auf die Operation, sondern auch auf die postoperative Phase sowie bereits auf das veränderte Leben nach der Entlassung aus dem Krankenhaus.

Desweiteren sollen Auswirkungen der Pflege auf den Therapieerfolg aufgezeigt werden, die im Zusammenhang stehen mit der Pflegeperson als Bezugsperson, mit der persönlichen Haltung und Einstellung der/des Pflegenden und der verbalen sowie nonverbalen Kommunikation.

Mit diesem Vortrag möchte ich zu ihrer Arbeitsmotivation beitragen. Die eigene Arbeit als unwichtig anzusehen ist kraftraubend, während Energie, Interesse, Aufmerksamkeit und Arbeitslust daraus entspringen, daß wir wissen, was wir tun, und daß vieles, was im Arbeitsalltag als nebensächlich angesehen werden kann, doch für den Patienten große Bedeutung hat.

Charakteristik der postoperativen Pflege in der Chirurgischen Onkologie

Kerstin Vogt

Die postoperative Phase ist für den Patienten eine besonders anspruchsvolle und prägende Zeit. Hier werden viele Weichen für sein weiteres Leben gestellt.

Diese Phase ist geprägt durch Veränderungen.

- Veränderungen im Bereich des Körpers und dessen Funktionen:

Dies betrifft bei uns hauptsächlich die Bereiche Ernährung und Ausscheidung.

Diese beiden Aspekte sind meistens Veränderungen, die auch noch in der nachstationären Zeit prägnant sind und oft auch das restliche Leben wesentlich beeinflussen.

- Veränderungen im Bereich der Person und dem Leben des Patienten:

Es kann sich z.B. im beruflichen Bereich Grundlegendes ändern, da vielleicht eine Umschulung erfolgen muß, weil man z.B. mit einem Stoma keine schwere körperliche Arbeit mehr ausüben kann.

In den ersten Tagen erfolgt auch die Information des Patienten über den Verlauf und Erfolg der Operation, es wird unter Umständen schon über evtl. mögliche und auch notwendige Nachbehandlungen gesprochen.

Dies stürzt gleichzeitig mit den direkten Folgen der OP auf den Patienten ein, das ist es, was die postoperative Zeit sicher häufig sehr erschwert.

Hier sind wir Pflegenden mit unserer sachlichen und fachlichen Kompetenz auch als Gesprächspartner und Zuhörer mit Einfühlungsvermögen und Flexibilität gefordert.

Hygienerituale in der Pflege

Ulrike Linhart

Der Vortrag soll pflegerische Hygienerituale beleuchten und dazu aufrufen Rituale zu hinterfragen.

Über Jahre festgelegte Konzepte sollen eher überdacht werden, als hingenommen.

Anhand des Beispiels „Isolierung von Patienten“ zeigt dieser Vortrag, wieviel verschiedene Aussagen es allein zu den Themen Ernährung, Körperpflege und personalbezogene Maßnahmen bei isolierten Patienten gibt.

Hautpflege bei Strahlentherapie. Puder oder Creme?

Rita Schmidt

Die Hautpflege bei perkutaner Strahlentherapie ist ein vieldiskutiertes Thema.. Da es bisher keine veröffentlichten Daten gibt, die den Vorteil der einen oder anderen Pflegemethode belegen erfolgt die Argumentation meist "aus dem Bauch heraus", die Fronten verhärten sich.

In diesem Vortrag soll kurz auf die erhoffte Wirkung der gängigsten Methoden zur Pflege der Haut bei perkutaner Strahlentherapie eingegangen werden. Außerdem soll kurz dargestellt werden, was ionisierende Strahlen in der Haut bewirken.

Der Versuch, die Frage nach Puder oder Creme im Bestrahlungsfeld zu klären, soll durch die Vorstellung einer vergleichenden Studie zur Hautpflege bei perkutaner Strahlentherapie gemacht werden. Verglichen wurde die Pflege mit Azulon-Puder-Homburg[®] mit der Pflege mit Linola[®]-Creme (O/W-Emulsion) an 40 Patientinnen, die nach brusterhaltender Operation eines Mamma-Ca eine tangentielle Nachbestrahlung der Mamma erhielten.

i. V. - Applikation und Überwachung von Zytostatika

Andrea Jandt

In den achtziger Jahren war der Ruf des Pflegepersonals nach Abgrenzung gegenüber dem ärztlichen Dienst laut und durchdringend. An vielen Krankenpflegeschulen waren Blutentnahmen und andere bisher unterrichtete invasive Methoden vom Stundenplan verbannt.

In den neunziger kam ein anderer Wind auf, der Fragen nach Ressourcen und Finanzierbarkeit in die Krankenhäuser wehte. Etwas später begann die Diskussion über vorbehaltene Aufgabenbereiche für das Berufsfeld Pflege.

Auf diesem berufspolitischen Hintergrund wird die Frage der Übernahme der intravenösen Applikation durch Pflegepersonal meist diskutiert.

Dieser Vortrag lenkt seinen Fokus auf ein praktiziertes Modell an der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg in der hämatologisch- onkologischen Abteilung, wo das Pflegepersonal unter festgelegten Bedingungen die i.V. - Applikation von Zytostatika und Begleitmedikamenten übernimmt. Dieses Modell wird in seiner Entstehungsgeschichte und den notwendigen Voraussetzungen und Bedingungen vorgestellt. Die Integrierung der intravenösen Applikation in die Einarbeitung neuer Mitarbeiter/innen und die Festlegung eines Curriculumums für die Schulung und den anschließenden Praxischeck auf Station waren die ersten Schritte in der Umsetzung. Das Handling der intravenösen Applikation ist auf diese Weise verbindlich geregelt. Die intravenöse Applikation umschließt die Gabe von Ernährungslösungen, Antibiotika, Zytostatika und alle anderen Medikamente, die im Rahmen eines Chemotherapieprotokolles verabreicht werden, über periphere und zentrale Venenkatheter. Die 5 - R - Regel gilt hier ausnahmslos und legt damit Grenzen für die einzelne Mitarbeiterin und den einzelnen Mitarbeiter fest.

Die Übernahme der i.V. - Applikation ist nicht unproblematisch, so daß der Vortrag über das praktische und organisatorische Handeln hinaus die Schwierigkeiten erläutern wird.

Die Zeit, über dieses Thema zu schweigen und es als nicht relevant für den Pflegedienst abzutun, ist vorbei. Über dieses brisante Thema im Rahmen von „Pflegebausteinen zum Erfolg der Krebstherapie“ zu sprechen, soll endlich Raum bieten, sich konstruktiv und sachlich damit auseinanderzusetzen.

Eine freundliche Beziehung zum Patienten macht das Pflegen leichter

Ulrike Mielke

Sie kennen die Aussprüche: „der/die PatientIn kostet mich den letzten Nerv“ oder „ich glaube, der/die PatientIn versteht überhaupt nicht, worum es geht“ oder „der/die PatientIn ist nicht kooperativ“.

Warum der Umgang mit dem/der PatientIn den pflegenden so schwierig erscheint, wird selten hinterfragt. Manchmal sind es Kleinigkeiten, die einem Patienten helfen, mit seiner Situation zurechtzukommen und dadurch den Umgang mit ihm vereinfachen. Diese kleinen Hilfestellungen und Möglichkeiten zur Entschärfung einer Situation zu erkennen, kann dem/der PatientIn eine große Unterstützung bieten.

Am einfachsten wäre es natürlich, der/die PatientIn würde selbst sagen, „wo der Schuh drückt“. Aber genau das tut er in der Regel nicht. Eine vertrauensvolle Öffnung des/der PatientIn erfolgt häufig erst, wenn die Erfahrung gemacht wurde, daß das Pflegepersonal an seinen/ihren Bedürfnissen, Sorgen und Leiden interessiert ist. Dieses Interesse an seiner/ihrer Person wird dem/der PatientIn unter anderem darin deutlich, daß von den Pflegenden die Bereitschaft zu einer freundlichen Beziehung signalisiert wird.

Durch diese bewußte Wahrnehmung der begleitenden Rolle kommt die Professionalität der Pflegenden zum Ausdruck.

Die freundliche Beziehung macht das Pflegen leichter:

Energien werden nicht durch unnützen Ärger vergeudet,
positive Rückmeldungen des/der PatientIn schaffen mehr Arbeitszufriedenheit.

Und so wird auch das Leben leichter - für alle Beteiligten.

Die erlebte Angst des Patienten am Beispiel der chirurgischen Tumortherapie

Manuela Günder

1. Was ist Angst/Furcht?

Angst und Furcht gehören zum Leben eines Menschen dazu, jeder hat diese Zustände schon erlebt. Furcht kann man greifen, „begreifen“, d.h. auch mit Argumenten beeinflussen, sei es mit Trost und Aufmunterung, mit positiven oder negativen Argumenten. Angst ist ein unbestimmtes Gefühl, das sich nicht greifen läßt, das nicht mit Argumenten zu überwinden ist, das eher das Gefühl anspricht, das mit körperlichen Symptomen gekoppelt ist. Angst läßt sich mit gutem Zureden nicht überwinden, sondern eher durch Gesten, Zeichen der Geborgenheit.

Fazit: Man kann dem Patienten die Angst nicht wegnehmen, sondern ihm „nur“ Hilfestellung bieten zur Bewältigung seiner Angst.

2. Wovor hat der Patient eigentlich Angst und welche Faktoren spielen dabei eine beeinflussende Rolle?

Der Patient hat Angst vor dem Krankenhaus, vor der Technik, der Apparatur; Angst vor Unpersönlichkeit und der Hektik; Angst vor dem Verlust der Gesundheit mit allen Folgen; Angst vor Schmerzen, vor evtl. anstehenden Operationen mit allem, was das nach sich zieht; Angst vor Komplikationen.

3. Was kann das Pflegepersonal tun um die Angst zu lindern?

Wichtiger Aspekt liegt auf dem Gespräch, wo der Patient die Möglichkeit hat, alle seine Fragen zu stellen. Ein zweiter Schwerpunkt liegt auf der Prämedikation, die einen angstfreien bzw. Angst gelinderten Patienten zum Ziel hat, der sediert ist, sich aber auch noch mitteilen kann.

Und zum Dritten ist der organisatorische Ablauf zu nennen. Es muß geklärt sein, wer den Patienten wann bestellt und einschleust und dann auch überwacht. Evtl. auftretende Störungen sollen auf keinen Fall vor dem Patienten diskutiert werden, ebenso sind Streitereien vor dem Patienten zu vermeiden. Die Narkoseeinleitung sollte in einer ruhigen Atmosphäre stattfinden, ohne Störungen und Unterbrechungen von außen, um dem Patienten ein Gefühl der Sicherheit zu vermitteln.

Zusammenfassung:

Es gibt keine Tricks wie man die Angst beseitigen kann. Wir müssen ihr Raum geben und darüber reden, denn nur dann wird sie erträglicher und weniger überwältigend und bedrohlich. Wir fördern Angst wenn wir sie zu verringern suchen. Wir verringern die Angst, wenn wir ihr Raum geben.

Rolle der Pflegenden bei der Aufklärung Krebskranker

Ute Große Kunstleve

Viele Unsicherheiten im Umgang mit Krebskranken entstehen dadurch, daß Pflegende oft nicht genau wissen, wie der Patient aufgeklärt wurde, und auch wie er darauf reagiert hat. Manchmal erfährt die Pflegekraft erst durch den völlig am Boden zerstörten Patienten, daß ihm eben gerade die Diagnose „Krebs“ oder eine Verschlechterung seiner Erkrankung mitgeteilt wurde. Und wer weiß nicht, wie schwer es dann ist auf Fragen zu antworten und „nichts falsches“ zu sagen.

Im Vortrag wird eine Hausarbeit vorgestellt, in der Patienten, Pflegekräfte und Ärzte zum Thema „Teilnahme von Pflegepersonal an Aufklärungsgesprächen“ interviewt wurden. Es zeigte sich hierbei, daß es nicht nur wichtig ist, daß die Pflege über den Ablauf des Gesprächs informiert wird, denn es wurden viele Gründe dafür gefunden, daß Pflegekräfte am Aufklärungsgespräch selbst teilnehmen.

Die Interviewpartner knüpften aber auch Bedingungen daran, daß das gemeinsame Gespräch sinnvoll ist. Diese sind z.B. eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und Schulung in Gesprächsführung und den Phasen der Krankheitsverarbeitung, damit Pflegende und Ärzte sich auf den Begleitungsprozeß, der einer Aufklärung folgt, einlassen können.

„Angehörige als Verbündete der Patienten - Angehörige als Verbündete der Pflegenden?“

Dr. Monika Keller

- Angehörige (ob verwandt oder nicht) sind durch eine Tumorerkrankung im selben Maß belastet wie die Patienten; allerdings äußern sich diese Belastungen meist auf andere Weise als bei Patienten.
- Gleichzeitig vermitteln Angehörige den Patienten die wichtigste und wirksamste Unterstützung. Infolge dieser **Doppelrolle** sind Überforderungen, Spannungen und Konflikte, auch bei vorher „intakten“ Beziehungen eher die Regel als die Ausnahme.
- Angehörige neigen dazu, ihre eigene Belastung zu unterschätzen und fordern sich grenzenlose Belastbarkeit ab.
- Spannungen und Konflikte zwischen Angehörigen und Pflegenden /Stationsteam sollten als Hinweis auf Konflikte **innerhalb** der Familien angesehen, und als solche möglichst gemeinsam verstanden werden. Aggressive Konflikte haben oft eine entlastende Ventilfunktion, weil sie von schwer erträglicher Trauer oder Angst ablenken. Manchmal haben Familien keine andere Möglichkeit, ihre Notsituation zu vermitteln, als sie auf der „Stationsbühne“ zu inszenieren.
- Damit keine „Front“ zwischen Angehörigen und Pflegenden entsteht, und damit Angehörige zu Verbündeten der Pflegenden werden, müssen sie mit ihrer spezifischen eigenen Belastung wahrgenommen und von den Pflegenden unterstützt werden.

Pflegerische Beziehung im Umgang mit Verwirrten

Jürgen Bauer / Veronika Kraus

Im Stationsalltag begegnen wir Menschen denen ein zeitliche, örtliche, situative aber auch persönliche Orientierung abhanden gekommen ist. Dies kann vorübergehend oder endgültig sein.

1. Welche Ursachen kommen dafür in Frage?
2. Wie reagieren wir, gehen wir damit um?
3. Wie treten wir in Beziehung, nähern uns den Betroffenen?
4. Wie gestaltet sich die Pflege und welche günstigen Wirkungen lassen sich erreichen?

„(Immer) noch Lust auf Essen und Trinken?“

Pflegerische Aspekte zur Ernährung von krebskranken Menschen

Wolfgang Schanz

Problembeschreibung:

Eine wirkungsvolle Ernährung bei krebskranken Menschen ist für den Gesundheitsprozeß einerseits, aber auch bei bleibender Krankheit bis in die letzte Lebensphase von wesentlicher Bedeutung. Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen! Diese Volksweisheit enthält viele Gesichtspunkte einer sinnlichen Strategie bei gesunden Menschen.

Inwieweit dieses Zusammenwirken von Körper und Psyche auch in einer eher untergeordneten und angstvollen Phase des Krankheitsgeschehens sein kann, hängt zu einem großen Teil vom begleitenden Pflegepersonal ab.

Nachwievor wird die Anamnese zur Erfassung der bisherigen Ernährungsgewohnheiten und Bedeutung der Ernährung für die Betroffenen zu wenig genutzt.

Erst dann kann festgelegt werden, wo und in welcher Intensität Störungen, die den Ernährungszustand betreffen, vorliegen.

Vorgehensweise:

Nach der Einschätzung des Ernährungszustandes müssen in den jeweiligen Onkologischen Abteilungen/Kliniken die institutionelle Hindernisse und Möglichkeiten analysiert werden. Stimmen die festgelegten Essenszeiten mit dem bisherigen biographischen Rhythmus des Betroffenen im Wesentlichen überein? Welche Selbstversorgungsmöglichkeiten sind vorhanden, wie z.B. jederzeit Zugang zu einer Kochnische/zu einem Kühlschrank zu haben? Die daraus resultierende pflegerische Unterstützung birgt weiterhin jahrelange Rituale (Essen anbieten, obwohl der Transport zur Strahlentherapie schon vor der Patiententür wartet) aber auch nicht genutzte Chancen (andere Terminplanung). So gewinnen neben den vielfältigsten Formen der Krebstherapie und den damit verbundenen Begleiterscheinungen die ursprünglichen Aktivitäten des täglichen Lebens, hier Essen und Trinken können und auch wollen, wieder an Gewicht

Evaluation:

Ob der Baustein "Pflegerische Unterstützung" bei der Ernährung von krebskranken Menschen zum Erfolg führt, darf nicht nur über die tägliche Gewichtskontrolle geprüft werden. Schlägt dieser "Terror Waage" nicht einen falschen Weg ein? Dazu werden verschiedene Aspekte, die das subjektive Wohlbefinden zu Ziel haben, zur Diskussion gestellt.

„Wie sind meine Werte?“ - Belastungserleben von Patienten und pflegerische Probleme in der Aplasie

Bettina Reck

Die Phase der Aplasie nach einer Hochdosischemotherapie wird nach wie vor von den meisten Patienten als belastender erlebt als die eigentliche Therapie an sich. Die Gründe für diese Belastung sind bekannt.

Andererseits wurde das strenge Behandlungs- und Überwachungsreglement während der infektgefährdeten Zeit in den letzten Jahren sehr stark gelockert: die Patienten bekommen immer häufiger die Möglichkeit, die Phase der Aplasie zu Hause zu verbringen und sich in regelmäßigen Abständen in der Klinik zur Blutkontrolle ambulant vorzustellen, was einerseits einen hohen Grad an Autonomie für den Patienten darstellt, andererseits für Verunsicherung sorgt.

Dieses Spannungsfeld stellt an die pflegerische Begleitung aplastischer Patienten neue Anforderungen, die u.a. an einigen Praxisbeispielen in diesem Referat ausgeführt werden sollen. Auch neuere Entwicklungen und Ideen wie beispielsweise die Diskussion um die Notwendigkeit des Mundschutzes bei der pflege aplastischer Patienten sollen vorgestellt werden.

Stress, Schmerz und Krankheit:

Sich der ganzen Katastrophe stellen

Daniela Buddensieg

Der Vortrag soll einen Einblick geben in das Stress Reduction and Relaxation Program der Stress Reduction Clinic des University of Massachusetts Medical Center - zu deutsch: Entspannungsprogramm zum Abbau von Stress der Universitätsklinik von Massachusetts.

Bei dem Programm handelt es sich um eine neue Form klinischer Betreuung im Rahmen der Verhaltensmedizin. Die Methode basiert auf einem systematischen Training der Achtsamkeit, eine Form der Meditation, die in den buddhistischen Traditionen Asiens entstand. Achtsamkeit bedeutet, auf eine bestimmte Weise aufmerksam zu sein: absichtlich, im gegenwärtigen Moment und nicht urteilend.

Die 8-wöchigen Kurse bieten dasselbe Trainingsprogramm für alle, unabhängig von der Diagnose. Sie sind gedacht als eine Ergänzung zur hochqualifizierten medizinischen Behandlung und keine Alternative zu ihr. In der Stressklinik sind die Patienten keine passiven Empfänger therapeutischer Hilfe oder Behandlung, vielmehr werden sie mit der Herausforderung konfrontiert: *Was können Sie tun um sich selbst zu helfen, ergänzend zu dem, was Ihre Ärzte und andere Therapeuten für Sie tun oder getan haben?*

Das Stress Reduction and Relaxation Program bietet den Patienten die Möglichkeit zur aktiven Selbsthilfe, d.h.:

- aufbauend auf ihren inneren Kräften und Ressourcen eine neue Art von Kontrolle über ihre Lebensumstände zu erlangen,
- die Geist-Körper Verbindung zu erfahren, zu verstehen und zu nutzen, um besser mit Stress, Krankheit und Schmerzen umzugehen
- Ruhe und Entspannung zu finden und ein inneres Gleichgewicht zu fördern
- allen Lebenssituationen mit größerer Stabilität, Klarheit mehr Verständnis und sogar Gelassenheit zu begegnen und aus dieser Klarheit und dem Verständnis heraus zu handeln und zu reagieren.

Übrigens: Von dem Stress Reduction and Relaxation Program können nicht nur Patienten profitieren !

„Wie sieht der denn aus?!“

die Pflege von Menschen mit Tumoren im Gesicht.

Erika Rose

Es ist mir ein Bedürfnis die ganz besondere Situation unserer Patienten hervorzuheben, weil die Sichtbarkeit der Tumore und ihrer Behandlungsfolgen für die betroffenen eine zusätzliche außergewöhnliche Belastung darstellen.

Wir sind eine kieferchirurgische Normalstation mit 40 Betten. Die Patienten werden postoperativ, nachdem sie wach und ansprechbar sind, unmittelbar auf unserer Station versorgt. Nur nach Langzeitoperationen erfolgt eine Verlegung auf eine Intensivstation. Die Pflege konzentriert sich überwiegend auf den postoperativen Verlauf, vor den Eingriffen sind die Betroffenen überwiegend Selbstversorger.

Die Pflegeplanung erfolgt anhand von Standards, die klinikübergreifend, aber auch stationsintern, erarbeitet worden sind. Ziel aller Pflegeplanungen ist die Förderung der Patientenressourcen.

Der Patient bedarf unserer professionellen Pflege in den ersten 48 Stunden sehr intensiv. Der weitere Verlauf ist abhängig vom Alter des Kranken und der durchgeführten Operation. Ein wichtiger Aspekt in der postoperativen Phase ist die Mund- und Wundpflege, um intraorale Wundheilungsstörungen möglichst zu vermeiden.

Andere allgemeine Pflegemaßnahmen werden so früh wie möglich begonnen, um die Pneumonie-, Thrombose- und Dekubitusgefahren zu verhindern bzw. zu verringern. Das Ziel der medizinischen Therapie und Pflege ist, die Krebserkrankung zu heilen und, wenn das nicht möglich ist, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität zu erhalten oder wieder herzustellen.

GESPRÄCHSGRUPPE:

Spezifische Kundenorientierung / Ein Ergebnismodell

Matthias Bojahr

Inhalt dieser Gesprächsgruppe ist das gemeinsame Erarbeiten eines durchführbaren Qualitätssicherungsstandards „Kundenorientierung“.

Das Ergebnis resultiert aus den Vorüberlegungen, Visionen und Erfahrungen der Teilnehmer. Das heißt, Vorkenntnisse sind hilfreich aber nicht Bedingung, was zählt sind Meinungen und Wertvorstellungen zur Thematik.

Seitens der Moderation ist es daher nicht vorgesehen, Wissen und neueste Erkenntnisse zur Thematik „Kundenorientierung“ zu vermitteln.

Die „Dienstleistung“ dieser Gesprächsgruppe besteht in der Moderation der Beiträge und Ideen der Teilnehmerinnen und in der Anwendung von Instrumenten zur Bearbeitung einer Thematik.

Hauptsächlich angewendetes Handwerkszeug des Gesprächskreises wird der Zyklus zur Qualitätssicherung nach Norma Lang sein.

Ziel des Gesprächskreises ist es, für sich Instrumente und Modelle an der Thematik „Kunde“ erprobt zu haben, die es ermöglichen, vor Ort die Thematik mit den Kollegen anzugehen und zu einem individuellen, d.h. dezentralen Lösungsansatz zu kommen.

GESPRÄCHSGRUPPE:

Ambulante Pflege krebskranker Menschen

Ines Hamann und Thomas Schnabowitz

Wir möchten in diesem Workshop klarmachen, weshalb Fachkrankenpflege im häuslichen Bereich dringend notwendig geworden ist.

Dazu gehören folgende Themenbereiche:

- Möglichkeiten der modernen Palliativmedizin
- Versorgungsnetz im ambulanten Bereich
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Klinik und Ambulantbereich
- Erweitertes Tätigkeitsfeld der Pflegenden
- Delegationsrecht und pflegerische Verantwortung
- Finanzielle Problematik im ambulanten Bereich
- Sterbebegleitung und psychosoziale Betreuung
- Anforderungen an die Kenntnisse der Pflegenden.

Wir hoffen auf eine angeregte Diskussionsrunde.

Ist auch der krebssranke Mensch ein Kunde ?

Christiane Wittner-Maier

Diese provozierende Fragestellung möchte ich noch erweitern und fragen, braucht es zum Erfolg der Krebstherapie den Begriff Kunde ?

Eine Inflation von Veröffentlichungen und Veranstaltungen, meist aus ökonomischer Perspektive bombardiert die Gesundheitsanbieter, auch die Pflege mit den Begriffen Kunde und Kundenzufriedenheit, Kundenorientierung ?

Unter einem Kunden stellt man sich jemanden vor, der eine Ware oder Dienstleistung aussucht, erwirbt und bezahlt. Im Idealfall hat er sich über das Produkt informiert, was ihm durch zahlreiche Ratgeber erleichtert wurde. Ist die Ware nicht in Ordnung gibt es Geld zurück, so ist das doch !

Was nützt uns also der Begriff Kunde in der Krebskrankenpflege ?

Ich meine, ja, es nützt uns und unserem Klienten, wenn wir neben dem Patienten immer situationsbezogen auch den Kunden sehen. Es nützt, wenn wir mit dem Kundenbegriff unsere Perspektive, unseren Fokus erweitern. Die Fragestellung lautet nicht Patient **oder** Kunde, sondern wir haben den Patienten der gleichzeitig mehr oder weniger unser Kunde ist.

Wenn wir diese Perspektive wählen, werden wir sehen, daß wir mit unserem Kunden, mehr als bisher, Leistungsangebote und gewünschte Qualität aus Kundensicht vereinbaren müssen. Ich stelle die Wünsche und Bedürfnisse Krebskranker Patienten den Vorstellungen der health professionells über die richtigen Behandlungs- und Versorgungsprinzipien gegenüber.

„Der Patient wird zum Kunden sobald er Alternativen hat“.

Sorgen wir dafür, daß auch unsere Krebskranken Patienten Alternativen haben beim Behandlungsangebot und bei den üblichen Serviceleistungen. Sorgen wir dafür, daß unsere Patienten das Angebot kennen und vereinbaren wir die Leistungen und die Qualität . Hören wir auf im Elfenbeinturm der Krebskrankenpflege über die Kundenwünsche unserer Patienten nachzusinnen, beteiligen wir unsere Patienten an unsren Diskussionen. Laßt uns für Transparenz und Beratung Sorge tragen und damit das Vertrauen unserer Patienten und Kunden erwerben. Dann wird unser Patient in Zukunft auch ein zufriedener Kunde sein !

Förderung der Autonomie des Patienten im Rahmen einer Hochdosis (HD) - Chemotherapie

Francoise Charnay-Sonnek

Auf einer Station, die wie eine Tagesklinik ohne pflegerischen Nachtdienst funktioniert, wird unter anderem ABSCT nach HD-Chemotherapie durchgeführt. Nur Patienten in einem guten Allgemeinzustand, ohne schwere Begleiterkrankungen werde hier behandelt. Die Tatsache, daß die Patienten nachts alleine sind, impliziert die Entwicklung eines Pflegekonzeptes, so daß die Autonomie, die sie besitzen, gefördert wird.

Eineinhalb Jahre lang wurde der Verlauf der Therapien verfolgt und ausgewertet. Die Ergebnisse sind vielversprechend, die Patienten fühlen sich insgesamt wohler.

Indem der Patient in einem Krankenhaus zu Passivität gezwungen wird, ohne seine Ressource miteinzubringen, wird er nur kränker gemacht. Wenn aber seine Ressource zu Autonomie, d.h. das Miteinbeziehen in der Therapie, die Gelegenheit zur Erholung gefördert werden, wird ermöglicht, daß der Patient sich mit der Therapie sowie der Verarbeitung der Erkrankung besser beschäftigen kann. Somit steht er mit einer gewissen positiven Einstellung seiner Zukunft gegenüber.

Erfolge der Pflege im Tagesablauf

Elke Wimmer

Der Tagesablauf im stationären Krankenhausbetrieb ist von unserer geplanten Pflege geprägt. Täglich kommen viele ungeplante Faktoren hinzu, die es uns oftmals erschweren, unsere Pflegeziele zu erreichen.

Immer wieder fragen wir uns wo die Erfolge der Pflege im Tagesablauf zu finden sind. Gerade auf den onkologischen Stationen kommen wir dazu, Erfolge zu hinterfragen oder neu zu definieren.

Wie sieht es aus, wenn ein Patient mit kurativem Therapieansatz zum Palliativpatienten wird?

Definieren wir Pflegenden unseren Erfolg nach medizinischen Gesichtspunkten?

Wir wollen uns gemeinsam Gedanken machen, was Erfolg der Pflege im Tagesablauf bedeuten kann.

Kooperation und Administration - die Aufgabe der Pflege?

Ingrid Siegert

Der sich verschärfende Wettbewerb im gesamten Gesundheitswesen und das Bedürfnis der Patienten nach einer spezialisierten und zugleich umfassenden Behandlung sind Beispiele, die heute und in Zukunft neue Anforderungen an die Entscheidungsträger in den Einrichtungen des Gesundheitssystems stellen.

Das zentrale Ziel des gesamten Gesundheitswesens ist die Sicherung einer qualitativ hochwertigen Versorgung der Patienten auf dem jeweils effizientesten Weg.

Anhand eines betriebswirtschaftlichen Modells soll aufgezeigt werden, daß die Entscheidungsfindung und ihre Realisation zum Wohle des Patienten in einem Regelkreis abläuft.

Dabei bestimmen die **Kooperation** aller am Entscheidungsprozeß Mitwirkender und eine gekonnt eingeleitete **Administration** zur Realisierung der gewählten Ziele wesentlich die Effizienz der erbrachten Leistung und die Zufriedenheit der Patienten.

Die Rolle der Pflegenden in diesem Prozeß ist nicht zu unterschätzen und ist hinsichtlich ihrer Schwierigkeiten und ihrer Chancen zu diskutieren.

Erfahrungen aus der Arbeit der Brückenpflege

Adelheid Kumler

Die *Brückenpflege* ist seit dem 01.10.1994 eine feste Einrichtung des Universitätsklinikums und der Thoraxklinik in Heidelberg. Die Tätigkeit des *Brückenpflegeteams* ist ein zusätzliches Versorgungsangebot und im Kostenrahmen des Klinikaufenthaltes enthalten. Die Aufgabe besteht darin eine *Brücke* zwischen der Klinik und der häuslichen Umgebung schwerstkranker Tumorpatienten zu bilden.

Der Vortrag gliedert sich in verschiedene Bereiche:

Erfahrungen aus der Zusammenarbeit mit den einzelnen Kliniken, den Krankenkassen, mit ambulanten Pflegediensten, sowie Eindrücke aus verschiedenen Bereichen der häuslichen Versorgung.

Aus dem Jahresbericht von 1998 folgen einige statistische Ergebnisse. Z.B. die Anzahl der Patientenkontakte, den Betreuungsverlauf und andere.

Onko-Kurs als persönlicher Erfolg

Rudolf Nieth

Die Spezialisierung in der Onkologie nimmt stetig zu. Um auch im Pflegebereich dieser Tatsache Rechnung zu tragen, werden in verschiedenen Kliniken Fachweiterbildungen für Onkologie angeboten. In Hessen dauert die Weiterbildung berufsbegleitend 2 Jahre, ist staatlich anerkannt und wird mit einem Examen abgeschlossen. Der erste Kurs wurde durchgeführt vom November 1995 bis Oktober 1997. Die Erstellung des Konzeptes erfolgte in Anlehnung an den Basislehrplan für einen weiterführenden Kurs in der Pflege Krebskranker der EONS im Rahmen des Programms „Europa gegen den Krebs“ der Kommission der Europäischen Gemeinschaften. 10 Teilnehmer hatten 480 fachpraktische und 360 theoretische Stunden zu absolvieren. Der fachpraktische Unterricht unterteilte sich wie folgt: 4 Monate Chirurgie/Innere, 8 Wochen Strahlenklinik, 4 Wochen Ambulanz und 2 Wochen KMT-Einheit. Schwerpunkte der Weiterbildung waren neben medizinischen Themen vor allem der Umgang mit Sterbenden und deren Angehörigen, Isolation, Angst, Schmerzen, Trauer, Gesprächsführung und Körperwahrnehmung. Neben der erlernten Theorie sind die persönlichen Erfahrungen des oben beschriebenen Kurses für mich von großer Bedeutung, die sicherlich einen großen Anteil am sich einstellenden Motivationsschub haben.

Wie die Teilnehmer ihr erworbenes Wissen dann in die Praxis umsetzen können wird die tägliche Arbeit auf den jeweiligen Stationen zeigen. Wir verstehen uns zunächst als PflegeberaterInnen, die versiertes Wissen vermitteln und anwenden wollen.

Die Fachweiterbildung dient der Qualitätsverbesserung in der onkologischen Pflege, dem Ansehen des Pflegeberufes, der Berufszufriedenheit des Personals und nicht zuletzt dem an Krebs erkrankten Patienten.

Kraftquellen bei der Betreuung schwerkranker Menschen

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Rolf Verres

Seit vielen Jahren ist bekannt, daß die vielfältigen seelischen Belastungen, die mir der Pflege schwerkranker Menschen verbunden sind, auf die Dauer zur Erfahrung des „Ausgebranntseins,, führen können. Als „Burnout Syndrom“ wird ein Zustand genereller Erschöpfung bezeichnet, der mit einem Rückzug aus der Identifikation mit der Arbeit einhergehen kann, bis hin zum ausgeprägten Überdruß oder gar zur Depression. Diese Erschöpfung steht nicht nur im Zusammenhang mit konkreten berufsbezogenen Aufgaben, sondern sie kann zu einer zunehmenden grundsätzlichen negativen Einstellung des Helfers zu sich selbst, zu anderen Menschen und zum Leben ganz allgemein führen.

Nun gibt es aber neben den Belastungen auch eine ganz andere Seite des Umgangs mit schwerkranken Menschen, in der Werte wie Sinnerfüllung, Dankbarkeit und Hoffnung gerade das Gegenteil einer Burnout-Symptomatik mit sich bringen können. Bei einer eigenen Untersuchung mit Medizinisch-technischen Assistentinnen in der Strahlentherapie wurde als häufigste Kraftquelle genannt: daß es Freude mache, Beziehungen zu den Patienten aufzubauen, Angst zu lindern und Sicherheit geben zu können, Ansprechpartner zu sein, todkranken Menschen die Behandlung so angenehm wie möglich zu machen. In diesen Grenzsituationen begegnet man Menschen, die ihr ganzes kulturelles Gehabe abgelegt haben, weil es um das nackte Überleben geht und vor allem um Linderung. Jegliche Besserung des Zustandes und insbesondere jegliche Schmerzlinderung wird als wohltuend empfunden. Es macht schon einen gewissen Unterschied, ob wir in der Beziehung zu den Patienten hauptsächlich auf deren und unsere eigenen Belastungen achten, oder ob wir die Aufmerksamkeit stärker auf Dankbarkeit, Anerkennung und das Bedürfnis vom Patienten richten, sich im Krankenhaus aufgehoben zu fühlen.

Anhand der eigenen empirischen Befragung möchte ich in meinem Vortrag ferner auf folgende Themen eingehen:

Analyse psychischer Belastungen und Möglichkeiten zur Abhilfe, Grenzerfahrungen, Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen, Hierarchie, strukturelle Voraussetzungen für spürbare Humanität im Krankenhaus.

ReferentInnen

<i>Abel, U.</i>	Prof. Dr. Dr.	Tumorzentrum Heidelberg / Mannheim
<i>Auer, S.</i>	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Bauer, J.</i>	Fachkrankenpfleger 3)	Psychiatr. Universitätsklinik Heidelberg
<i>Buddensieg, D.</i>	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Urologie
<i>Bojahr, M.</i>	Fachkrankenpfleger 2)	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
<i>Charnay-Sonnek, F.</i>	Krankenschwester	Universitätsklinik Strasbourg Hämatologie / Onkologie
<i>Goldschmidt, H.</i>	PD Dr. med.	Medizinische Univ.-klinik Heidelberg Abt. Hämatologie/Onkologie
<i>Groß-Kunstleve, U.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Universitätsklinik Frankfurt, Radiologie
<i>Günder, M..</i>	Fachkrankenschwester 2)	Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg
<i>Hamann, I.</i>	Krankenschwester	Ambulanter Pflegedienst „Pflege Spezial“ Heidelberg
<i>Jandt, A.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Medizinische Universitätsklinik Freiburg
<i>Keller, M.</i>	Dr. med., Fachärztin f. Psychother.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
<i>Kraus, V.</i>	Altenpflegerin	Psychiatr. Universitätsklinik Heidelberg
<i>Kumler, A.</i>	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Brückenpflege
<i>Lebert, B.</i>	Lehrer f. Pflegeberufe	Universitätsklinikum Heidelberg; Fachweiter- bildung „Pflege des Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken
<i>Leiter, B.</i>	Krankenpfleger	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Pflegedienstleitung
<i>Lehnert, Th.</i>	Prof. Dr. med. / Leiter der Sektion chirurg. Onkologie	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Linhart, U.</i>	Hygienefachkraft	Hygieneinstitut Heidelberg
<i>Metzmacher, M.,</i>	Theologe, Dipl. Psych.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
<i>Mielke, U.</i>	Krankenschwester	Universitätsklinikum Ulm Abt. Innere Medizin II
<i>Nieth, R.</i>	Fachkrankenpfleger 1)	Klinikum der Philipps UNI Marburg Abt. Hämatologie / Onkologie

11. Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege

<i>Reck, B.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Medizinische Univ.-klinik Heidelberg Abt. Hämatologie/Onkologie
<i>Rose, E.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Universitäts Mund-Zahn-Kiefer-Klinik Würzburg
<i>Schanz, W.</i>	Lehrer f. Krankenpflege	Klinikum der Universität Freiburg Fachweiterbildung „Pflege des Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken
<i>Schlierf, G.</i>	Prof. Dr. med.	Bethanienkrankenhaus Heidelberg
<i>Schmidt, R.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Radiologische Universitätsklinik Tübingen
<i>Schnabowitz, Th.</i>	Krankenpfleger	Onko Care - Spezialpflegedienst für Tumorpatienten Darmstadt
<i>Schulte, W.</i>	Lehrer f. Pflegeberufe	Klinikum der Universität Heidelberg Krankenpflegeschule
<i>Seippel, A.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Sensmeyer, A.</i>	Dipl. Pflegewirtin	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>Siegert, I.</i>	Krankenschwester	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Pflegedienstleitung
<i>Verres, R..</i>	Prof. Dr. med.; Dipl. Psych.	Psychosomat. Universitätsklinik Heidelberg Medizinische Psychologie
<i>Vogt, K.</i>	<i>Krankenschwester</i>	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Onkologie
<i>von Maltzan, R.</i>	Fachkrankenschwester 2)	Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg
<i>Wechsung, P.</i>	Soz. arb. grad.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung
<i>Wimmer, E.</i>	Fachkrankenschwester 1)	Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart Hämatologische Intensivstation
<i>Wittner-Maier, Ch.</i>	Leiterin des Pflegedienstes	Chirurgische und Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg
<i>Zettl, S.</i>	Dipl. Psych., Dipl. Biol.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1) Fachkrankenschwester/pfleger | zur Pflege von Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken
oder ...in der Onkologie |
| 2) Fachkrankenschwester/pfleger | für Anästhesie- und Intensivpflege
oder Intensivpflege |
| 3) Fachkrankenpfleger | für Psychiatrie |

Die Fortbildungsveranstaltung wird mit
freundlicher Unterstützung der Firmen:

FRESENIUS AG
Bad Homburg

GLAXO WELLCOME GmbH & Co.
Hamburg

JANSSEN GmbH
Neuss

LILLY DEUTSCHLAND GmbH
Bad Homburg

NOVARTIS GmbH
Celle

durchgeführt.