

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Grußworte	Prof. Dr. Dr. M. WANNENMACHER..... 2
Grußworte	Pflegedirektor E. REISCH..... 3
Veranstalter 5
Programm am 14.4.2003 7
Programm am 15.4.2003 8
Programm am 16.4.2003 9
Referentenübersicht (A - K) 10
Referentenübersicht (L - Z) 11
<u>14. April 2003</u>	
Vortrag	Prof. Dr. phil. A. KRUSE..... 13
Vortrag	Dipl. Psych St. ZETTL..... 14
Vortrag	R. BUGE..... 15
Vortrag	St. MOSTER..... 16
Vortrag	Prof. Dr. Dr. hc M. BÜCHLER..... 17
Vortrag	Dr. med. M. PÖTSCHKE-LANGER..... 18
Vortrag	St. BIEDENSTEIN..... 19
Vortrag	M. FRIEDRICHS..... 20
Vortrag	W. WIEBE..... 21
Vortrag	J. GOSENS..... 22
<u>15. April 2003</u>	
Vortrag	S. WITTORF..... 23
Vortrag	M. JORDAN..... 24
Vortrag	S. GÄRTNER..... 25
Vortrag	J. RUPP..... 26
Vortrag	Cl. MARQUARDT / N. MÜLLER..... 28
Vortrag	A. DIETZ..... 29
Übersicht Workshops / Seminare	30
Übersichtsplan	31
Seminar	H. ESSLER..... 32
Workshop	S. WITTORF..... 33
Workshop	St. MOSTER..... 34
Workshop	P. WECHSUNG..... 35
Workshop	R. BUGE..... 36
Workshop	Th. WIGANT..... 37
Seminar	C. LUTZ..... 38
Workshop	J. RUPP..... 39
Seminar	Dr.med. Ph. WASHINGTON-DORANDO..... 40
Klinikführungen 41
Stadtführung 42
<u>16. April 2003</u>	
Vortrag	S. AUER..... 43
Vortrag	H. DAHLHAUS..... 44
Vortrag	F. DE LA FUENTE..... 45
Debatte	R. BÄUMER..... 46
Debatte	I. HAAKE..... 47
Zitate 48

Vorwort

Alle zwei Jahre findet in Heidelberg das Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege statt und das Tumorzentrum Heidelberg/Mannheim ist stolz, in seinem 25. Gründungsjahr wieder Schirmherr einer so erfolgreichen und rege besuchten Veranstaltung sein zu dürfen.

Die Onkologie hat in Heidelberg eine lange Tradition und seit 1991 wird diese durch die Fortbildung in der Pflege onkologischer Patienten ergänzt, denn seither ist der Fachweiterbildungskurs „Pflege und Betreuung des Tumorpatienten und schwerst-chronisch Kranken“ staatlich anerkannt.

Gerade die Pflege von Tumorpatienten erfordert ein hohes Maß an Fachkompetenz und die Leistungen der Pflegenden in diesem Bereich verdienen große Hochachtung, denn ihre psychischen und physischen Belastungen sind häufig überdurchschnittlich.

Unter diesem Gesichtspunkt hat sich dieses Fortbildungssymposium gerade in einer Zeit der Ökonomisierung des Gesundheitswesens einem anspruchsvollem Thema angenommen, das nicht ohne konträre Aspekte auskommt - der Zeit. Dabei wird diese Thematik aus unterschiedlichen Blickwinkeln beleuchtet: Lebenszeit, Zeitdruck, Zeitaspekte aus der Sicht Betroffener, Zeitmanagement, Zeiterleben. Das vielversprechende Programm dieses 13. Fortbildungssymposiums wird der Krebskrankenpflege wieder neue Impulse geben.

Prof. Dr. Dr. M. Wannemacher

Vorsitzender des Lenkungsausschusses

des Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim

Seneca hat einmal gesagt:

***Es ist nicht wenig Zeit, die wir zur Verfügung haben,
sondern es ist viel Zeit, die wir nicht nutzen.***

Unser diesjähriges Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege hat den Themenschwerpunkt "*Zeit für die pflegerische Versorgung von krebskranken Patienten*" zum Gegenstand.

Zeit für die Pflege von schwerkranken Patienten ist wertvoll und muss effektiv genutzt werden. Gerade vor dem Hintergrund der abnehmenden Ressourcen bedingt durch den Wandel im Gesundheitswesen.

So gilt mein besonderer Dank den Referenten, allen Beteiligten und vor allem Herrn Lebert, die mit Ihren Vorträgen und ihrem zeitlichen Einsatz zum Gelingen dieses Symposiums in hervorragender Weise beigetragen haben.

So wünsche ich Ihnen viel Freude beim Nachlesen der Themen und hoffe, dass Sie auch weiterhin den Weg der Krebskrankenpflege verfolgen, begleiten und unterstützen. Ich würde mich freuen, Sie bei unserem nächsten Fortbildungssymposium wieder begrüßen zu dürfen.

Edgar Reisch

Pflegedirektor am

Universitätsklinikum Heidelberg

Wohltuende Klänge

Wünschen Sie sich ...

... eine ganz einfache Melodie? – eine Melodie, die Sie vielleicht auf andere Gedanken kommen lässt oder gar auf eine kleine Reise mitnimmt?

Oder vielleicht nur einen schönen Ton, der den Raum erfüllt und erhellt, es für einen Moment lang in einer anderen Farbe erscheinen lässt?



Gerne improvisiere ich für Sie mit der Geige oder - falls ein Klavier zur Stelle - zusammen mit der Pianistin Sonja Schwarzl; - auf privaten Wunsch oder in Form einer musikalischen Umrahmung oder auch als kleine Konzertveranstaltung.



Ich habe ein klassisches Musikstudium im Fach Violine absolviert und war 5 Jahre im Orchester tätig. Nun möchte ich neue Möglichkeiten finden, Menschen mit meiner Musik wohl zu tun.

Kontaktadresse

Eva Maria Storz
Musikerin
Schulbergweg 20
69118 Heidelberg

Tel 06221 / 804960

„Es liegt ein Lied in allen Dingen ...!“

Veranstalter:

Universitätsklinikum Heidelberg

Pflegedirektor Edgar Reisch

Symposiumsleitung:

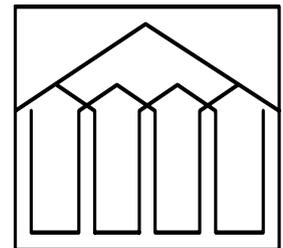
Burkhard Lebert
Leiter der Fachweiterbildung
Pflege des krebserkrankten,
chronisch kranken Menschen



Schirmherrschaft:

Tumorzentrum Heidelberg / Mannheim

Prof. Dr. Dr. Michael WANNENMACHER
Sprecher des Lenkungsausschusses
Tumorzentrums Heidelberg/Mannheim



Anerkennung:

European Oncology Nursing Society

Das 13. Fortbildungssymposium für Krebskrankenpflege
ist anerkannt von der European Oncology Nursing Society
(EONS).



Haftungsausschluss

Für Schäden an Eigentum und Gesundheit bei Anfahrt und Rückfahrt sowie während des Symposiums wird nicht gehaftet.

Die Fortbildungsveranstaltung wird unterstützt von:

Janssen Cilag

Krebsverband
Baden-Württemberg e.V.

Medac

Mundipharma GmbH

Ortho Biotech

Roche

Vielen herzlichen Dank

Programm

Dienstag, 15. April 2003

(ER) LEBENSZEIT UND (ER)LEIDENSZEIT KREBSKRANKER MENSCHEN

VORSITZ:

Alrun SENSMEYER

9.00 Uhr

Veränderung des Zeiterlebens krebskranker Menschen

Susanne WITTORF

Im Schwung gebremst ... von der Situation Jugendlicher mit Krebs

Melanie JORDAN

Krebs im Alter, können wir (uns) das leisten

Sabine GÄRTNER

10.30 Uhr

P a u s e

11.00 Uhr

Über Fatigue reden - die Suche nach neuen Zeitrhythmen

Judith RUPP

Mundschutz als Kommunikationsbarriere -
Protektive Isolation im Wandel bei aplastischen Patienten

Claudia MARQUARDT
Nadine MÜLLER

"Geschmack finden" - vom Weg aus der Appetitlosigkeit
zu mehr Lebensqualität

Andreas DIETZ

12.30 Uhr

M i t t a g s p a u s e

14.00 - 17.00 Uhr

WORKSHOPS und SEMINARE

(Räume auf Seite ?)

"Ich habe meinen Sinn für die Zeit" -
Zeitmanagement mit Focusing

Heidrun ESSLER

"...und plötzlich zählt die Zeit sich selber."

Susanne WITTORF

Ach könnte ich die Uhr noch einmal zurückdrehen...
eine Reise in die Vergangenheit um Zukunft zu gestalten

Stefan MOSTER

Gespräche unter Zeitdruck.
Kommunikation mit schwerst Kranken und deren Angehörigen

Petra WECHSUNG

Körperzeit - Wahrnehmung und Gestaltung
des körperlichen Erlebens von Zeit

Ronald BUGE

"Sich Zeit nehmen um Zeit zu sparen"

Thomas WIGANT

Stoma - nur noch eine Frage der Zeit?

Claudia LUTZ

Rhythmus zwischen Aktivität und Ruhe -
pflegerische Unterstützung bei Fatigue

Judith RUPP

Verbesserung der Leidenszeit krebskranker Menschen
mit effizienter Schmerztherapie

Phoebe
WASHINGTON-DORANDO

Führungen

Mittwoch, 16. April 2003

ZEITPLANUNG UND ORGANISATION DER PFLEGE

VORSITZ:

Axel DOLL

9.00 Uhr

Zeitaspekte(-themen) aus Sicht der Ehefrau
eines an Krebs Erkrankten

Ingrid MOSER

Zentrales Patientenmanagement -
die Chance den Faktor "Zeit" im Sinne des Patienten zu nutzen

Silke AUER

Versorgung und Betreuung krebskranker Menschen ...
die Zeit läuft

Hildegund DAHLHAUS

10.30 Uhr

P a u s e

11.00 Uhr

Vom Einfluss der DRG's auf die Pflege

Francisco DE LA FUENTE

11.30 Uhr

DEBATTE zum Thema:

IMMER MEHR IN IMMER KÜRZERER ZEIT

Alles nur eine Frage der Organisation

Rolf BÄUMER

Alles nur eine Frage des Personals

Ilona HAAKE

12:45 Uhr

Posterprämierung

Edgar REISCH

Verabschiedung

Burkhard LEBERT

13:00 Uhr

ENDE

Referenten

AUER	Silke	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg; Patientenmanagement;
BÄUMER	Rolf	Krankenpfleger; Soziologe;	Kaiserswerther Seminare Düsseldorf;
BIEDENSTEIN	Stefanie	Leitende MTRA	Universitätsklinikum Heidelberg; Radiologie Abt. Nuklearmedizin;
BÜCHLER	Markus W.	Prof. Dr. Dr. hc.; Ärztlicher Direktor der Allgemeinen, Viszeralen, Unfallchirurgie und Poliklinik	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
BUGE	Ronald	Krankenpfleger; Kinästhetik-Trainer;	Universitätsklinikum Heidelberg
DAHLHAUS	Hildegund	Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg - Brückenpflege
DE LA FUENTE	Francisco	Pflegemanager	Thoraxklinik gGmbH Heidelberg
DIETZ	Andreas	PD; Dr. med.; Leiter der Sektion Onkologie der HNO Universitätsklinik HD;	Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Heidelberg
DOLL	Axel	Fachkrankenpfleger für die Pflege in der Onkologie	Humboldt- Universität Berlin
ESSLER	Heidrun	Sprechwissenschaftlerin	Essler - Seminare Heidelberg
FRIEDRICHS	Meike	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie	Universitätsklinikum Heidelberg Medizinische Poliklinik
GÄRTNER	Sabine	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie	Tumorbiologische Klinik Freiburg
GOSENS	Johanna	Krankenschwester	Klinikum Lüdenscheid
HAAKE	Ilona	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie	Universitätsklinik Freiburg; Klinik für Strahlenheilkunde
JORDAN	Melanie	Fachkinderkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie	Medizinische Hochschule Hannover
KOBBERT	Elke	Krankenschwester Erziehungswissenschaftlerin M.A.	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
KRUSE	Andreas	Prof. Dr. phil.; Institutsleiter;	Institut für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
KUNDE	Klaus	Dr. med.	Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg; Schmerzzentrum;
LEBERT	Burkhard	Lehrer für Pflegeberufe; Leitung der Fachweiterbildung Pflege in der Onkologie;	Universitätsklinikum Heidelberg

LUTZ	Claudia	Fachkrankenschwester für Enterostomapflege und Inkontinenz	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
MARQUARDT	Claudia	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie i. A.	Universitätsklinikum Heidelberg Medizinische Poliklinik
MOSER	Ingrid	Journalistin	Heidelberg
MÜLLER	Nadine	Fachkrankenschwester für die Pflege in der Onkologie i. A.	Universitätsklinikum Heidelberg Medizinische Poliklinik
PÖTSCHKE-LANGER	Martina	Dr. med.; Leiterin des WHO-Kollaborationszentrums für Tabakkontrolle im DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg
REISCH	Edgar	Pflegedirektor	Universitätsklinikum Heidelberg
RUPP	Judith	Krankenschwester; Leiterin der Fachweiterbildung Pflege in der Onkologie;	Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg/Saar
SCHULTE	Wolfgang	Lehrer für Pflegeberufe	Universitätsklinikum Heidelberg; Personalrat
SENSMEYER	Alrun	Dipl. Pflegetätin	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg
SÜSSDORF	Birgit	Tanz- und Bewegungstherapeutin	Universitätsklinikum Heidelberg Psychosomatische Klinik Abt. für Med. Psychologie
WANNENMACHER	Michael	Prof. Dr. Dr. med.; Lenkungsratsvorsitzender des Tumorzentrums HD / MA;	Radiologische Universitätsklinik Heidelberg
WASHINGTON-DORANDO	Phoebe	Dr. med.; Fachärztin für Anästhesie, Schmerztherapeutin;	Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg; Schmerzzentrum;
WECHSUNG	Petra	Sozialarbeiterin grad. Supervisorin / DGSv	Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg; Psychosoziale Nachsorgeeinrichtung;
WIEBE	Wolfgang	Fachkrankenpfleger für die Pflege in der Onkologie	Universitätsklinikum Frankfurt; Radiologische Klinik
WIGANT	Thomas	Katholischer Seelsorger; Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin;	Universitätsklinik Heidelberg; Klinikseelsorge;
WITTORF	Susanne	Dipl. Psych.; Dr. phil.;	Praxis für Psychotherapie Osnabrück
ZETTL	Stefan	Dipl. Psych.	Rehabilitationszentrum für Chron. Nierenkranke e. V. Heidelberg

Zur Bedeutung von Zeit für fachlich und ethisch begründetes Handeln in der Therapie und Pflege

Andreas Kruse
Institut für Gerontologie an der Ruprecht Karls Universität Heidelberg

Ein umfassender Therapie- und Pflegeansatz gründet auf der gleichzeitigen Berücksichtigung folgender vier Dimensionen: (a) der körperlichen, (b) der psychischen, (c) der sozialen, (d) der spirituellen / der religiösen Dimension. In empirischen Studien zur Therapie und Pflege von Patienten, die an einem malignen Tumor leiden, wurde der Nachweis geführt, dass fast zwei Drittel dieser Patienten an Ärzte und Pflegefachkräfte die Erwartung richten, dass diese offen für psychische und spirituelle Themen sind. Darüber hinaus erwarten die meisten Patienten, dass Ärzte und Pflegefachkräfte die Therapie-, Pflege- und Rehabilitationsschritte ausführlich erörtern (und dabei auch deren Potenziale zur Verbesserung der Situation aufzeigen; damit ist die instrumentelle Vernunft angesprochen). Zugleich sollen sie sich – so lautet eine weitere Erwartung – bei der Therapie-, Pflege- und Rehabilitationsplanung an den Werten des Patienten orientieren (damit ist die praktische Vernunft, das heißt die sittliche Dimension des Handelns angesprochen). Um derartige Erwartungen erfüllen zu können, benötigen Ärzte und Pflegefachkräfte Zeit. Sie benötigen diese schon allein deswegen, damit sie sich angemessen auf einzelne Therapie-, Rehabilitations- und Pflegeschritte vorbereiten und diese ausführen können. Zudem sind sie auf ein ausreichendes Maß an Zeit angewiesen, um die Patienten informieren und mit diesen darüber sprechen zu können, inwieweit bestimmte Therapie-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen mit ihren Werten, dies heißt, mit ihrer Vorstellung von einem ‚guten Leben‘ übereinstimmen. – Wie bedeutsam ein ausreichendes Maß an Zeit für die subjektiv erlebte Qualität (und auch die objektive Qualität) der eigenen Arbeit ist, zeigen Studien, die darauf hindeuten, dass die höchsten Belastungen im medizinisch-pflegerischen Beruf dadurch bedingt sind, dass Ärzte und Pflegefachkräfte die Sorge haben, *nicht mehr über ausreichend Zeit zu verfügen*, um das eigene therapeutisch-pflegerische und sittliche Handeln angemessen reflektieren und auf die individuellen Botschaften der Patienten differenziert antworten zu können.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ganzheitliche Pflege - Ursache der Überforderung

Stefan Zettl
Rehabilitationszentrum für Chronisch Nierenkranke, Heidelberg

In den nächsten 10 Jahren wird es – so schätzen Gesundheitsökonominnen – alleine durch die zunehmende Lebenserwartung, die damit verbundene Multimorbidität, frühere Diagnostik und dadurch vermehrte Heilungen mit Langzeitüberlebenden zu einer Verdopplung der Kosten im Gesundheitswesen kommen. Durch die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen kommt es jedoch nicht zu einem weiteren Ausbau des Versorgungssystems, sondern zu einem Umbau durch Budgetierung, Umschichtung, Ressourcenverlagerung und Strukturwandel. Der Kampf um Kostenreduzierung (u.a. durch Stellenabbau im Bereich der Pflege) wird unsere Krankenhäuser deshalb in Zukunft zunehmend mehr in „*krankte Häuser*“ verwandeln. In der Krankenpflege findet jedoch eine ganz andere Entwicklung statt: Zunehmende Professionalisierung, die u.a. mit veränderten Konzepten (z.B. Einführung von Pflegestandards) und Ansprüchen an die eigene Arbeit (z.B. „ganzheitliche Pflege“) einhergeht. Die unausweichliche Folge: Pflegenden geraten unvermeidlich in ein immer größeres Dilemma zwischen ethischen Grundhaltungen und – erwartungen einerseits und den Möglichkeiten einer Verwirklichung vor dem Hintergrund der Begrenzungen durch die Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen andererseits. Damit wäre der burn-out vorprogrammiert.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

„Die Zeit sitzt mir im Nacken“ – vom körperlichen Erleben des Zeitdrucks“

Ronald Buge
Universitätsklinikum Heidelberg

Wie lassen sich Krebs und Krebskrankenpflege als „Frage der Zeit“ beschreiben? Bei der Suche nach praxisrelevanten Antworten an die Dimension Zeit, soll besonders die körperliche Integrität innerhalb eines ökonomisierten Zeitdiktats betrachtet werden.

Wie bestimmen Zeitwahrnehmung, Zeitinterpretation und Zeitgestaltung die Interaktion zwischen Krebskranken und Pflegenden im Pflegeprozess?

Zeit, als eine Dimension von Bewegung, fließt als ein Regulativ in alle Bewegungsprozesse im Körper, sowie zwischen Körper und Umgebung (oder umgekehrt) ein.

- Zeit als relatives Maß für körperliche Vergänglichkeit („durchschnittliche Lebenserwartung“ oder „Fünf-Jahres-Überlebensraten“)
- wie die Energie, so können wir auch die Zeit nicht speichern.
- Menschenzeit als hohes Gut?
- Wie erlebt unser Körper unseren Handel mit der Zeit? Wie sehen die Zeitkonten unseres Körpers aus, und wie die Tauschkurse?
- Wie reagiert unser Bewegungssystem, wenn es Zeit stets als Mangelware suchen und verwahren soll?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(Über)-Lebenszeit von Patienten mit Pankreaskarzinom

Prof. Dr. Dr. h.c. M.W. Büchler
Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

In den Industrienationen sterben jährlich ca. 150.000 Patienten an einem Pankreaskarzinom, davon allein 40.000 in Europa. Damit ist das Pankreaskarzinom eine der 5 häufigsten Todesursachen bei Krebsleiden in der westlichen Welt und eine der aggressivsten Tumorerkrankungen überhaupt. Die Tumorsektion stellt nach wie vor die einzige Option zur Heilung des Pankreaskarzinoms dar. Studien in den letzten Jahren haben nachhaltig den Zusammenhang zwischen der Anzahl der pro Jahr durchgeführten Resektionen und der postoperativen Mortalität aufzeigen können. So erreichen große Zentren Mortalitätsraten deutlich unter 5%, wohingegen Kliniken mit weniger Resektionen Mortalitätsraten von über 10% aufweisen. Dieser Sachverhalt erlangt vor dem Hintergrund, dass nur eine adäquate chirurgische Therapie die potentielle Chance auf ein Langzeitüberleben bietet, eine besondere Bedeutung. Erfahrungen aus Zentren für Pankreaschirurgie belegen, dass die überwiegende Mehrzahl der Patienten nach einer Pankreaskarzinomresektion eine zufriedenstellende Lebensqualität erreicht, zudem kann nach den neuesten Untersuchungen von einer 5-Jahresüberlebensrate von ca. 20% nach der operativen Entfernung eines Pankreaskarzinoms ausgegangen werden. Weitere zukünftige Entwicklungen in der adjuvanten Behandlung des Pankreaskarzinoms (Chemotherapie, Radiotherapie) sowie neue innovative Therapiekonzepte für diese Erkrankung, werden in den nächsten Jahren die (Über)-Lebenszeit und Lebensqualität der betroffenen Patienten weiter verbessern können.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Tabakentwöhnung beim Krebspatienten – Steigerung der Lebensqualität und Überlebensdauer

Dr. Martina Pötschke-Langer
Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg

Tabakrauch enthält über 4000 verschiedene Substanzen, von denen über 50 nachgewiesenermaßen krebserregend sind. Hinzu kommen noch toxische und süchtig machenden Substanzen. Rauchende Krebspatienten werden nicht nur durch die Grunderkrankung in ihrer Lebensqualität und Lebenserwartung eingeschränkt, sondern bei fortgesetztem Rauchverhalten auch durch weitere Schadstoffbelastungen von Zigarettenrauch. Auch wenn die Tabakentwöhnung zunächst eine große Hürde darstellt, erleben Krebspatienten nach der Umstellung eine deutliche Verbesserung der Blutzirkulation und eine Verbesserung ihres Immunsystems. Aber auch die Lebenserwartung von Krebspatienten nach Rauchstopp ist ermutigend: Selbst bei Lungenkrebspatienten verdoppelte sich die Lebenserwartung von Tabakrauch entwöhnten Patienten gegenüber weiter rauchenden Patienten 5 Jahre nach Diagnosestellung. Deshalb kommt der Tabakentwöhnung von Krebspatienten als Teil der Gesamttherapie von Krebs eine besondere Bedeutung zu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Der Nutzen nuklearmedizinischer Tumordiagnostik am Beispiel der PET und Immunrezeptorszintigraphie

Stephanie Biedenstein
Universitätsklinikum Heidelberg, Abt. Nuklearmedizin

In der Nuklearmedizin werden radioaktive Substanzen angewendet, mit deren Hilfe Stoffwechselfvorgänge im Organismus bildlich dargestellt werden können. Die radioaktiven Stoffe werden in so geringer Menge angewendet werden, dass eine Beeinflussung des Stoffwechsels hierdurch nicht stattfindet. Nuklearmedizinische Methoden sind wenig invasive Techniken zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken.

Die Radioaktivität gibt Energie in Form von Strahlung ab. Diese durchdringt dickere Gewebeschichten und ist daher mit speziellen Geräten außerhalb des Körpers messbar. Die bildliche Darstellung dieser Aktivitätsverteilung nennt man Szintigramm.

Anhand zweier nuklearmedizinischer Untersuchungsmethoden soll der Nutzen im Bereich der Tumordiagnostik vorgestellt werden.

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) ist eine nuklearmedizinische Untersuchungstechnik bei der am häufigsten ein radioaktiv markiertes Glukoseanalogon (FDG) eingesetzt wird. Viele Tumorzellen verbrauchen aufgrund molekularbiologischer Veränderungen erheblich mehr Glukose als nicht entartete Zellen. Obwohl es Unterschiede in der Aufnahmekinetik zwischen Glukose und dem Glukoseanalogon gibt, kann dessen Aufnahme dennoch als das Maß des Glukosestoffwechsels angesehen werden. Die FDG wird zwar von den Zellen aufgenommen, kann aber nicht weiter verstoffwechselt werden. Diese Anreicherung kann mit Hilfe der PET dargestellt werden. Wenn der Tumor einen erhöhten Glukosestoffwechsel aufweist, dann ist diese Methode sehr empfindlich. Da sich die radioaktiv markierte Substanz über die Blutbahn im ganzen Körper verteilt, kann man mit einer Messung den gesamten Körper untersuchen. So ist beispielsweise Metastasen- oder Primariussuche oder ein Einsatz in der Verlaufsbeobachtung therapierter Tumoren möglich.

Klinisch etabliert ist auch die Rezeptorszintigraphie für Somatostatinrezeptoren. Man hat bei neuroendokrinen Tumoren wie z.B. bei Karzinoiden oder Insulinomen Somatostatinrezeptoren nachweisen können. Ein radioaktiv markiertes Analogon lagert sich nun an diese Somatostatinrezeptoren an und dient dem szintigraphischen Nachweis somatostatinrezeptorexprimierender Tumoren. Die Somatostatinrezeptor-szintigraphie ist als eine Ganzkörperuntersuchung im Staging und Restaging der gastroenteropankreatischen Tumoren etabliert. In vielen Fällen kann die Methode ein Ansprechen auf eine Somatostatinbehandlung vorhersagen. Mittlerweile versucht man auch mit radioaktiv markierten Substanzen eine Therapie durchzuführen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Moderne pflegerische Betreuungs- und Beratungskultur im Rahmen der teilstationären Pflege

Meike Friedrichs
Universitätspoliklinik Heidelberg

Einführung in die teilstationäre Pflege

- warum gibt es immer mehr teilstationäre Behandlungen?
- wie läuft die Behandlung größtenteils ab?
- was sollte in einer Klinik vorhanden sein?

Patientenbezogene Kriterien

- ist der Patient mit dem Konzept einverstanden
- erfüllt der Patient bestimmte Kriterien (Wohnort, Diagnose, Art der Therapie)

Vorteile für den Patienten

Fazit

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Moderne pflegerische Betreuung- und Beratungskultur mit einem Patienten-Informations-Zentrum

Johanna Gossens
Klinikum Lüdenscheid

Der Anteil chronisch kranker Menschen an der Gesamtbevölkerung nimmt stetig zu. Dies gilt auch für Patienten mit Tumoren, die sich häufig über viele Jahre in Langzeittherapien befinden. Oft ist eine aktive Zusammenarbeit des Patienten mit einem therapeutischen Team gefordert. Diese Patienten wollen und müssen Mitentscheiden und in vielen Fällen auch Teile der Versorgung selbst übernehmen.

Mit dem Patienten-Informations-Zentrum wurde im Klinikum Lüdenscheid eine Einrichtung geschaffen, in der Patienten sich über ihre Erkrankung und deren Folgen informieren können, in der sie Pflorgetechniken erlernen können, die sie im Verlauf der Therapie benötigen werden und in der sie durch erfahrene Pflegende beraten werden können.

Ziel dieses pflegerischen Modellprojektes in Zusammenarbeit mit der Universität Witten/Herdecke, ist eine größtmögliche Alltagskompetenz im Umgang mit der Erkrankung, ein hohes Maß an Autonomie und Lebensqualität. Diese Ziele gehen weit über die Kontrolle der auftretenden Symptome hinaus. Durch Information, Schulung und Beratung können die Patienten "Fachmann" für ihre Erkrankung werden, wirklich gleichberechtigt an Entscheidungen teilhaben und einen Lebensabschnitt bewusster erleben und gestalten.

Sie bei diesem Prozess zu begleiten und an bestimmten Punkten zu unterstützen ist nach unserer Überzeugung eine primär pflegerische Aufgabe.

In dem Vortrag wird das Patienten-Informations-Zentrum (PIZ) vorgestellt und am Beispiel einer Patientengruppe aufgezeigt, wie eine solche geplante Anleitung im Krankenhaus in der Praxis aussehen kann.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Veränderung des Zeiterlebens krebskranker Menschen

Susanne Wittorf
Osnabrück

Würde man versuchen, sich darüber zu verständigen, wie Zeit zu definieren sei, wäre bald deutlich, dass Zeit kein Zustand, sondern Erfahrung und Denkweise ist. Begriffe wie Zukunft, Vergangenheit und Gegenwart beinhalten neben einer Orientierung in der Weltzeit vor allem die subjektive Zeit: individuelle Vergangenheit, Zukunft und Gegenwart, die Zeitspanne des Lebens zwischen Geburt und Tod. Zeit wird gedacht als Maßeinheit der chronologischen Zeit, doch ebenso als Zeit der Verliebtheit oder Verzweiflung, als gelebte Zeit. Gelebte Zeit, die ‚Eigenzeit‘, ist Zeit der Liebe und des Leidens, sie ist nicht ‚objektiv‘ messbar. Die gelebte Zeit ist nicht zählbar, sie ist höchstens erzählbar. Während die Weltzeit sich scheinbar unaufhörlich bewegt ist die ‚Eigenzeit‘ endlich.

Kaum eine andere Erkrankung wirft die Frage der Zeit so massiv auf wie eine Krebserkrankung, selten sind die Assoziationen zum Tod, zur begrenzten Lebenszeit näher. Mit der Diagnose Krebs erweist sich angesichts des möglicherweise oder tatsächlich nahenden eigenen Todes das normale Bild einer Zeit, die wir ‚haben‘, d. h. das normale Bild einer kontrollierbaren Zeit als Illusion. Die existentielle Bedeutung begrenzter, unkontrollierbarer Lebenszeit wird oft erst sichtbar, wenn sie zu versiegen droht. Wird jedoch angesichts einer Krebserkrankung die existentielle Bedeutung von ‚Zeit‘ deutlich, kann Zeit über die mentalen Konstruktionen hinaus wieder erfahren werden als dynamische Grundlage unseres Lebens. Die assoziative Nähe von Krebserkrankung mit Zeitbegrenzung und Tod wirkt sich nachhaltig auf die Kommunikation von ‚Kranken‘ und ‚Gesunden‘ aus. Die plötzlich erfahrbare Unkontrollierbarkeit der ‚Eigenzeit‘ kann ängstigen und unter Druck setzen. Ein Bewusstsein der unkontrollierbaren Dynamik von Zeit ist in der Begleitung schwererkranker Menschen besonders wichtig, da sie bei Betroffenen wie Therapeuten zu einer Vitalisierung führen, jedoch gleichermaßen demoralisieren kann.

Ein zentrales Moment in der Begleitung schwererkranker Menschen ist die Pause. Angesichts von Grenzerfahrungen, Leid und Sinnlosigkeit ist Fähigkeit von Pflegenden und Behandlern wesentlich, Pausen auszuhalten, ohne sie vorschnell durch therapeutische und psychotherapeutische Lösungen zu beseitigen. Wenn ‚die Zeit sich selber zählt‘, dann sind Menschen wichtig, die bereit sind, uns in der Zeit des Wartens, der Verzweiflung und der Hoffnung anzunehmen und zu begleiten.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Krebs im Alter, können wir (uns) das Leisten?

Sabine Gärtner
Tumorbiologische Klinik Freiburg

Ein hohes Alter zu erreichen, war historisch stets ein bedeutsames individuelles Ziel. Das Altern war jedoch immer ambivalent besetzt: Bewunderung und Achtung einerseits – Belastungen, die mit dem Alter einher gehen auf der anderen Seite. Solche ambivalenten Einstellungen bergen auch die Gefahr – kulturell beziehungsweise gesellschaftlich bedingter - polarer Entgleisungen, die ethische Fragestellungen im Umgangs mit alten Menschen aufwerfen. Unkritische Schlagworte, wie „Überalterung“ oder „Rentnerlast“ können diese Tendenzen in der Gesellschaft verstärken, insbesondere dann, wenn negative körperliche Begleiterscheinungen das hohe Alter kennzeichnen.

Der demografische Wandel, der eine Zunahme der hochaltrigen Menschen mit sich bringt, hat dazu geführt, die Wünschbarkeit eines hohen Alters in Frage zu stellen und Hochaltrigkeit als eine erhebliche Belastung für die Gesellschaft zu empfinden. Auf gesellschaftlicher Ebene wird nicht selten die Bereitschaft diskutiert, die (finanziellen) Lasten des hohen Alters weiterhin zu tragen.

Gerade im Bezug auf Alter und Krebs treten einige Fragen in den Vordergrund:

- bedeutet Alter zugleich Krankheit, Siechtum und Abhängigkeit?
- steigt die Gefahr an Krebs zu erkranken mit zunehmendem Alter?
- was unterscheidet alte Menschen mit Krebs von anderen Erwachsenen?
- ist es notwendig, die geriatrische Onkologie - ähnlich wie die pädiatrische Onkologie - von der allgemeinen Onkologie abzugrenzen?

Vor dem Hintergrund dieser Fragestellungen werden in dem Vortrag Grundzüge einer individuell ausgerichteten onkologisch – geriatrischen Pflege dargelegt.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Über Fatigue reden – die Suche nach neuen Zeitrhythmen

Judith Rupp
Universitätsklinikum des Saarlandes, Homburg/Saar

Fatigue ist eines der am häufigsten benannten Begleitsymptome der Tumorkrankheit und ihrer Therapiemöglichkeiten. Sie kann zu jeder Zeit der Krankheitsverlaufskurve auftreten und ist in ihrer Komplexität so vielfältig wie der Mensch individuell.

Trotzdem wird Fatigue nicht routinemäßig erfasst und behandelt. Um Interventionen gegen Fatigue in den Alltag von Tumorpatienten und in den Stationsalltag von Pflegenden zu integrieren, muss Fatigue wahrgenommen, erkannt und benannt werden.

Da es sich bei Fatigue um ein subjektives Konzept handelt, ist es von Bedeutung die Merkmale von Fatigue bei Tumorpatienten einfühlen zu können. Dazu wird das Erleben einer Patientin im Vortrag dargestellt.

Diese Einfühlung wird in den Hauptmerkmalen der Pflegediagnose Fatigue benannt.

Jetzt können Pflegende dem tumorkranken Menschen Fatigue transparent machen und erhalten dadurch die „Berechtigung“ gemeinsam mit dem Patienten Ziele und Interventionen zu planen.

In gemeinsamer Interaktion suchen Pflegende und Patient individuelle Rhythmen der Zeitgestaltung, die dem Patienten helfen sein Leiden zu verringern.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

"Geschmack finden" - vom Weg aus der Appetitlosigkeit zu mehr Lebensqualität

PD Dr. Andreas Dietz
HNO Universitätsklinik Heidelberg

Konsumierende Krebserkrankungen kündigen sich oft durch mangelnden Appetit, schleichende Körpergewichtsabnahme und Veränderung des Geschmacksempfindens an. Speziell das beeinträchtigte Geschmacksempfinden kann unmittelbar durch Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Tumoren im Bereich der oberen Schluckstrasse aber auch durch unmittelbare Begleiteffekte von anderen Krebslokalisationen herrühren. Darüber hinaus kann das Geschmacksempfinden auch durch psychische Veränderungen, wie beispielsweise depressive Stimmungslage, Antriebslosigkeit und Resignation massiv beeinträchtigt werden. Eine Reduktion der Geschmacksempfindung beeinträchtigt bekanntlich die Lebensqualität und ist Teil eines Teufelskreises aus Inappetenz und Mangelernährung, der schließlich in eine Kachexie münden kann. Oft sind diese Symptome sehr ernste Signale einer weit fortgeschrittenen Erkrankung, die eine kurative Strategie als relativ aussichtslos erscheinen lässt. Daher wird neben der Onkologie erstrangig die Palliativmedizin bzw. und die häusliche Pflege mit dem Thema der Geschmacksreduktion und Kachexie konfrontiert.

Der Vortrag soll neben den pathophysiologischen Mechanismen der Geschmacksbildung die Möglichkeiten einer positiven Beeinflussung im Rahmen von Krebserkrankungen aufzeigen und den interdisziplinären Charakter von Betreuungsstrategien fokussieren

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

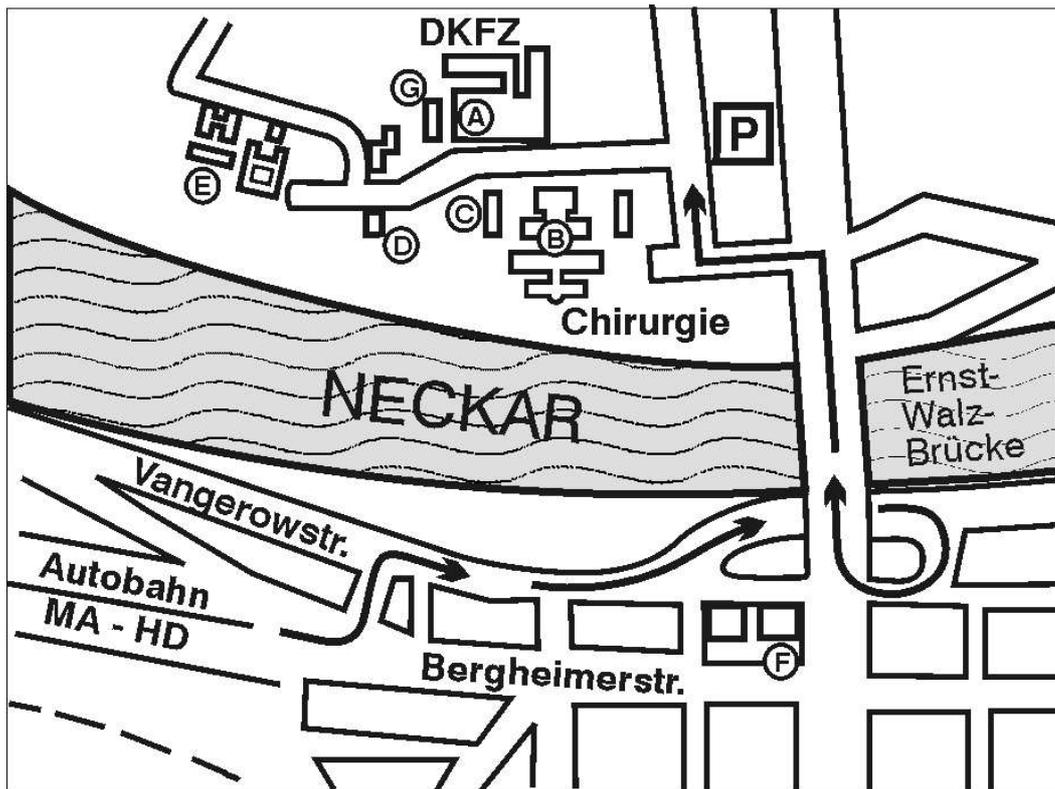
.....

Workshops und Seminare

14 - 17 Uhr

Nr.	Thema	Seite	Referenten	Ort	Plätze
1	"Ich habe meinen Sinn für die Zeit" - Zeitmanagement mit Focusing	31	Heidrun ESSLER	Kommunikationszentrum Großer Hörsaal	300
2	"...und plötzlich zählt die Zeit sich selber."	32	Susanne WITTORF	Kommunikationszentrum 1. Stock	40
3	Ach könnte ich die Uhr noch einmal zurückdrehen ... eine Reise in die Vergangenheit um Zukunft zu gestalten	33	Stefan MOSTER	Kirche St. Albert Vangerowstr. Meditationsraum im Turm	20
4	Gespräche unter Zeitdruck. Kommunikation mit schwerst Kranken und deren Angehörigen	34	Petra WECHSUNG	Ernst Moro Haus Im Neuenheimer Feld 155 1. Stock	20
5	Körperzeit - Wahrnehmung und Gestaltung des körperlichen Erlebens von Zeit	35	Ronald BUGE	Chirurgische Klinik Kleiner Hörsaal 3. Stock	30
6	"Sich Zeit nehmen um Zeit zu sparen"	36	Thomas WIGANT	Kommunikationszentrum 1. Stock	30
7	Stoma - nur noch eine Frage der Zeit?	37	Claudia LUTZ	Chirurgische Klinik Seminarraum Mol. Diagn.; Altes Ärztecasino	30
8	Rhythmus zwischen Aktivität und Ruhe - pflegerische Unterstützung bei Fatigue	38	Judith RUPP	Gästehaus der Universität Seminarraum im Keller	30
9	Verbesserung der Leidenszeit krebserkrankter Menschen mit effizienter Schmerztherapie	39	Phoebe WASHINGTON- DORANDO	Schmerzambulanz im Neuenheimer Feld	20
10	Führungen Kopfklinik	40	Harald KLÖPPEL	Kommunikationszentrum Foyer ab 15 Uhr	20
11	Führung Chirurgische Klinik	40	Hannelore SCHIEG	Kommunikationszentrum Foyer ab 15 Uhr	15
12	Kulturgeschichtliche Führung durch Heidelberg		M. BUSELMAIER	von 14.30 - 17.00 Uhr Treffpunkt: Innenhof des Kurpfälzischen Museums Hauptstr. 47	40
	Mitgliederversammlung degro-n von 17 - 19 Uhr			Kommunikationszentrum 1. Stock	

Für die Workshops außerhalb des Kommunikationszentrums kann kein Kaffeedienst angeboten werden.



A Kommunikationszentrum der Deutschen Krebsforschungszentrums (DKFZ)



B Kleiner Hörsaal (3. Stock) der Chirurgischen Klinik Im Neuenheimer Feld 110



C Seminarraum Mol. Diagnostik der Chirurgischen Klinik Im Neuenheimer Feld 110



D Schmerzambulanz Im Neuenheimer Feld 131



E Ernst-Moror-Haus Im Neuenheimer Feld 155



F Kirche St. Albert Vangerowstr.



G Gästehaus der Universität

"Sich Zeit nehmen um Zeit zu sparen"

Thomas Wigant, Klinikpfarrer
Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin

Am Heidelberger Uniklinikum gibt es seit einiger Zeit einen interdisziplinären Arbeitskreis "Ethik-Konsil", in dem Erfahrungen mit Ethik-Beratung im Klinikalltag gesammelt werden.

In diesem Workshop geht es darum, Erfahrungen mit Ethik-Beratung im Klinikalltag auszutauschen. Besondere Aufmerksamkeit soll dabei der Frage gelten, wie unter oft großem Zeitdruck mit Patientinnen und Patienten und/oder deren Betreuern in ethischen Konfliktsituationen ein solch beratendes Gespräch stattfinden kann.

Neben der Diskussion von Fallbeispielen wird unter anderem auch ein Modell für den möglichen Ablauf eines Ethikgespräches vorgestellt.

Rechtzeitig über den (mutmaßlichen) Willen des Patienten / der Patientin und über Behandlungsziele sprechen zu können und dabei eine Atmosphäre zu schaffen, in der von allen mitgetragene Entscheidungen getroffen werden können, heißt „*Sich Zeit nehmen um Zeit zu sparen*“.

Eine solche Ersparnis ist ein Gewinn für alle Beteiligten.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Stoma – nur noch eine Frage der Zeit?

Claudia Lutz
Fachkrankenschwester für Enterostomapflege und Inkontinenz

Mit dieser Frage verbinden Stomaträger andere Vorstellungen als Pflegende.

Für den Stomaträger kann sie bedeuten,

- Stoma nur für kurze Zeit
- Stoma für immer
- Stoma als palliative Maßnahme

Pflegende assoziieren eher,

- Stomaversorgung – wenn ich es selbst mache, geht es schneller
- Stoma – keine Zeit, mich damit zu beschäftigen
- Stomaversorgung – Zeit zum Anleiten habe ich nicht

Sie wollen als Pflegende dem Patienten mit Stomaanlage in seiner jeweiligen Situation kompetent zur Seite stehen.

Sie bringen aus Ihrem stationären oder ambulanten Arbeitsbereich eigene Erfahrungen ein.

Wir erarbeiten im gegenseitigen Austausch Möglichkeiten, den Stomaträger auch mit knapp bemessener Pflegezeit wirkungsvoll zu unterstützen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Workshop

Verbesserung der Leidenszeit krebserkrankter Menschen mit effizienter Schmerztherapie

Dr. med. Phoebe Washington-Dorando und Dr. med. Klaus Kunde
Anästhesiologische Universitätsklinik Heidelberg

Ein effektives Schmerztherapie-Management bei Tumorerkrankungen kann nur durch gemeinsames Engagement der Betroffenen, deren Angehörigen und der behandelnden Ärzte zum Erfolg führen. Das individuell erarbeitete Schmerztherapiekonzept sollte mit den Patienten besprochen werden. Ein Miteinbeziehen der Angehörigen scheint in vielen Fällen sinnvoll.

Diese kurze Abhandlung der PCA und ihrer Indikationen in der Terminalphase, aber auch in der instabilen Rehabilitationsphase zur parenteralen Schmerztherapie beim Tumorpatienten soll diese Methode sowohl den ambulant tätigen Kollegen aller Disziplinen als auch den medizinischen Mitarbeitern und den Patienten und deren Angehörigen eine Hilfestellung sein.

Dieser Workshop ist gezielt darauf abgestimmt, diese Methode der WHO Stufe 3b – WHO 4 im ambulanten Setting für alle Kollegen, Pflegepersonal, Patienten und Angehörige leicht nachvollzieh- und durchführbar zu machen.

Die schon vorhandenen Ressourcen in der ambulanten Palliativversorgung sollten gestärkt werden, zumal sich viele Patienten in der letzten Lebensphase eine Behandlung in der häuslichen Umgebung wünschen und insbesondere eine weitere Versorgung durch ihren Hausarzt. Dies schließt jedoch nicht die symptom-spezifische Interaktion oder Intervallbehandlung auf einer Palliativstation aus. Welchen Sinn hätte ein optimales klinisches Palliativmanagement, wenn die weitere ambulante Versorgung nach Entlassung von dieser Station nicht weitergeführt und organisiert ist.

Kurz erwähnt wird das Konzept des Schmerzzentrums der Universität Heidelberg, das kontinuierlich ausgebaut wird.

In diesem Workshop wird die praktische Umsetzung der PCA von der Bereitstellung des Medikamentes und Vorbereitung der Pumpe bis zur individuellen Patienten-anwendung an Therapiebeispielen geübt.

.....

.....

.....

.....

Chirurgische Klinik

Hannelore Schieg

Chirurgische Klinik Heidelberg

Die Chirurgische Klinik umfasst ca. 330 Betten aufgeteilt in die Fachabteilungen:

Viszeralchirurgie, Transplantationschirurgie, Traumatologie, Herzchirurgie, Gefäßchirurgie, Urologie und Kinderchirurgie.

Die Chirurgie ist ein Transplantationszentrum für Nieren, Pankreas, Herz- und Leber-lebendspende.

Eine solche Vielfalt an Einsatzmöglichkeiten ist Angebot und Herausforderung zugleich. Angebot, weil es immer

etwas Neues und Unerwartetes in sich birgt, Herausforderung, weil man sich auf das Neue auch immer wieder einstellen muss. Ein Prozess, der Bewegung verspricht und Bewegung erfordert.

Wir sind offen für ihre persönlichen Führungswünsche!?

Die Führung wird von einer Pflege-Bereichsleitung und Mitarbeiter einer chirurgischen Station durchgeführt.



Kopfclinik

Harald Klöppel

Kopfclinikum Heidelberg

Die Kopfclinik umfasst ca. 400 Betten und beinhaltet die Abteilungen Radiologie, Mund-Kiefer-Gesicht, Augen, HNO, Neurologie und Neurochirurgie. Die Neurochirurgie und Neurologie verfügen jeweils über eine Intensivstation mit zehn Betten, die Neurologie zusätzlich über eine Stroke Unit, die Notaufnahme und Gesamt-OP werden von allen Abteilungen gemeinsam genutzt. Die Klinische Radiologie und Poliklinik mit dem Schwerpunkt Strahlentherapie verfügt über 61 Betten. Das pflegerische Arbeiten in der Radiologie ist geprägt durch:

- Zimmerpflege,
- Pflegeleitlinien nach Roper,
- spezielle Pflege aus der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Orthopädie, Neurologie, Gynäkologie, Chirurgie und Neurochirurgie,
- Interdisziplinäres Arbeiten mit Brückenpflege, Sozialarbeit, Physiotherapeuten und Seelsorge,
- Spezielle Pflege bei ganzkörperbestrahlten Patienten vor der Knochenmarktransplantation und das Arbeiten mit verschiedenen EDV-Programmen.

Der Schwerpunkt der Führung richtet sich nach den Interessenlage der Besucher. Nach einem allgemeinen Part ist die Aufteilung in kleinere Gruppen möglich (z.B. Radiologie, Stroke Unit, Intensivstation) Die Führung wird von der Pflegedienstleitung Herrn Klöppel und Mitarbeitern der einzelnen Bereiche durchgeführt.



Stadtführung

Kulturgeschichtliche Führung durch Heidelberg

Michael Buselmaier

Treffpunkt: Innenhof des Kurpfälzischen Museums Heidelberg, Hauptstr. 47 um 14.30 Uhr

Wegbeschreibung: Mit Öffentlichen Verkehrsmitteln, **Bus Nr. 33** ab Chirurgischer Klinik in Richtung "Ziegelhausen/Köpfel", nach 11 Minuten Fahrt am Bismarckplatz aussteigen. Die Hauptstraße (Fußgängerzone) noch ca. 10 Minuten entlang laufen bis zur Nr. 47.

Zu Fuß am Neckar entlang Richtung stadteinwärts. An der zweiten Brücke den Neckar überqueren und am Bismarckplatz links in die Hauptstraße (Fußgängerzone) einbiegen. Von hier aus sind es noch ca. 10 Minuten. Gesamtdauer zu Fuß ca. 45 Minuten.

Mit dem Auto gibt es dort schlecht Parkplätze außer in Parkhäusern.

Zentrales Patientenmanagement - die Chance den Faktor "Zeit" im Sinne des Patienten zu nutzen

Silke Auer
Chirurgische Universitätsklinik Heidelberg

DRG`S, FALLPAUSCHALEN, VERWEILDAUERVERKÜRZUNG, BETTENABBAU, KOSTEN-
SENKUNG, LEISTUNGSSTEIGERUNG, QUALITÄTSSICHERUNG!

Schlagworte im Gesundheitswesen die uns alle zunehmend beschäftigen und auch belasten. Um so mehr stellt sich die Frage: Wo bleibt denn da noch der Patient? Lässt diese Situation es überhaupt noch zu auf den einzelnen Patienten und seine Bedürfnisse einzugehen?

In meinem Vortrag möchte ich Ihnen das Zentrale Patientenmanagement der Chirurgischen Klinik, Abteilung Allgemein- Visceral- und Unfallchirurgie vorstellen und Ihnen aufzeigen, dass wir durch Optimierung von Prozessen durchaus noch Ressourcen schaffen können, von denen auch der Patient profitiert. Hiermit meine ich z.B. ambulante Diagnostik, Aufnahmeplanung im Hinblick auf die vorhandene OP-, Intensiv- und Bettenkapazität, sowie unter Berücksichtigung der Dringlichkeit der einzelnen Indikationsstellungen, feste Ansprechpartner, gleichmäßige Auslastung des Pflegepersonals der einzelnen Stationen, Qualitätsmanagement, etc.. Wir können es uns nicht mehr leisten, dass der Patient in der Klinik auf seinen OP-Termin wartet, nur weil die Diagnostik nicht abgeklärt und die Planung nicht abgestimmt war. Dies liegt auch nicht im Interesse des Patienten, denn er kann diese Zeit durchaus noch nutzen, um seine persönlichen Dinge zu klären oder um seiner Arbeit nachzugehen. Dadurch hat er auch die Möglichkeit seinen Alltag bis zur geplanten OP selbst bestimmen zu können, was sich wiederum positiv auf seine psychische Situation auswirkt. Entscheidend ist hier natürlich eine gute Kommunikation mit den Patienten, den Angehörigen, und nicht zu vergessen die Kooperation und Kommunikation mit den zuweisenden Ärzten. In einer gut und straff organisierten Abteilung gelingt es so auch den Faktor „Zeit“ im Sinne des Patienten zu nutzen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Vom Einfluss der DRG´s auf die Pflege

Francisco de la Fuente
Thoraklinik Heidelberg

Seit dem 01.01.2003 wenden 62% aller Krankenhäuser das Kostenvergütungssystem Diagnosis Related Groups anstelle des bisherigen Entgeltsystems (Fallpauschalen, Sonderentgelte, Abteilungspflegesätze, Basispflegesatz) an. Ab dem 01.01.2004 ist es für alle Krankenhäuser Pflicht. Behandlungsfälle werden zu Gruppen zusammengefasst, welche nach Diagnose, Therapie und Versorgungsaufwand ähnlich sind. Die Eingruppierung des Patienten anhand seiner Hauptdiagnose und eventuellen Nebendiagnosen obliegt dem Arzt. Komplikationen und Begleiterkrankungen spielen eine wichtige Rolle bei der Eingruppierung des Patienten. In der Praxis ist bei der Kodierung für den Arzt nicht immer nachzuvollziehen, welcher pflegerelevante Aufwand im Verlauf des Aufenthaltes des Patienten auf Station tatsächlich im vollen Umfang erbracht wurde. Anforderung an die Pflegedokumentation ist eine vermehrte Transparenz, die es dem Kodierer möglich macht, zu erkennen, welche DRG- relevanten Pflegeleistungen erfolgt sind.

Pflegeanamnese, Pflegediagnose und die Pflegedokumentation müssen sich in der nahen Zukunft an die DRG Etablierung anpassen. Die Pflege hat jetzt eine gute Möglichkeit sich besser zu positionieren.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Immer mehr in immer kürzerer Zeit – Alles nur eine Frage der Organisation

Rolf Bäumer
Kaiserswerther Seminare Düsseldorf

Die Gesundheitsversorgung in Deutschland ist in einem ständigen Wandel. Neue Managementsysteme in der Versorgung werden derzeit integriert.

Entsprechend steht auch die pflegerische Versorgung vor einem Wechsel. Das Ergebnis ist noch nicht absehbar. Dennoch muss sich die Pflege einer Neustrukturierung in der ambulanten und stationären Versorgung stellen.

Die Pflege von onkologisch erkrankten Menschen erfordert Zeit und fachliche und soziale Kompetenzen. Schlüsselqualifikationen müssen zukünftig gezielt in der Versorgung eingesetzt werden. Eine qualitativ hochwertige Versorgung ist nicht nur eine Frage der Quantität des Pflegepersonals, sondern auch eine Frage der Qualität. Daraus ergibt sich in Zeiten knapper Ressourcen die Implementierung eines adäquaten Managementkonzeptes. Das ist und bleibt die Aufgabe der Führungskräfte. Pflege kann sich nicht mehr den betriebswirtschaftlichen Fragestellungen verweigern, sondern muss Antworten finden und Konzepte implementieren, die eine qualitativ hochwertige pflegerische Versorgung sicher stellt. Dieser Paradigmenwechsel erfordert Flexibilität und Effizienz in der Pflege. Die Ergebnisse sind messbar. Das bedeutet, dass jede Pflegekraft Verantwortung übernehmen wird, die über die sozialen Kompetenzen von Pflegekräften hinaus gehen werden und weitere Schlüsselqualifikationen erforderlich werden, die die wirtschaftlichen Lagen der Institutionen der Gesundheitsversorgung berücksichtigen müssen. Arbeitsprozesse müssen effektiv und effizient entwickelt und gestaltet werden, damit Pflege sich den neuen Zeiten stellen kann.

Eine große Aufgabe und Herausforderung steht uns bevor, die von uns zu lösen ist, damit auch die größte Berufsgruppe in der Gesundheitsversorgung berücksichtigt werden kann.

.....

.....

.....

.....

.....

Immer mehr in immer kürzerer Zeit – Alles nur eine Frage des Personals

Ilona Haake
Radiologische Universitätsklinik Freiburg

Meine These „**Um den steigenden Anforderungen in der Krankenpflege in immer kürzerer Zeit gerecht zu werden, bedarf es nicht nur quantitative sondern auch qualitativ ausreichender Personalressourcen**“ möchte ich mit folgenden Argumenten begründen.

- 1.) In der Onkologie sind Krankheitsverläufe nur selten „zeittechnisch“ planbar. Aufgrund der Erkrankung und der Therapien sind Nebenwirkungen wie Erbrechen, Immobilität oder Fatigue immer häufiger anzutreffende Phänomene.
Parallel dazu steigt im Vergleich zu früheren Zeiten auch der Zeitaufwand für die Dokumentation. Um diesen Anforderungen gerecht zu werden benötigt es ausreichend und gut ausgebildetes Personal.
- 2.) In der Regel gestaltet sich die intensive Einarbeitungszeit der neuen Mitarbeiter im onkologischen Bereich sehr zeitaufwendig. Hier Bedarf es eines strukturierten, gut durchdachten Einarbeitungskonzeptes – eine Aufgabe für Mentoren. Deren Ausbildung kostet ebenfalls Zeit. Ein Zeitaufwand, der sich aber in der guten Einarbeitung neuer Mitarbeiter rasch amortisiert!
- 3.) Auch die Betreuung des Nachwuchses in der Onkologie gestaltet sich sehr (zeit)aufwendig. Schüler kommen in diesen Einsätzen sehr schnell an ihre psychischen Grenzen, da sie sich häufig zum ersten Mal in ihrer beruflichen Laufbahn unmittelbar mit der Thematik Leid und Tod auseinandersetzen müssen. Werden sie in dieser Situation professionell z.B. durch Mentoren betreut, profitieren die Stationen in zwei Phasen von ihnen. Zum einen sind sie während ihres Einsatzes eine wertvolle Hilfe und zum anderen wird hier der Grundstock für potentielle neue Mitarbeiter gelegt.
- 4.) Die Qualifizierung von Mitarbeitern ist immer auch eine zeitliche Investition. Aber ob Mentorenausbildung oder onkologische Fachweiterbildung, diese Mitarbeiter tragen danach einen Schatz an Innovationen, Wissen und Strukturhilfen in sich, den es sich allemal zu bergen lohnt.
- 5.) Durch sehr straff durchorganisierte Tagesabläufe bleibt dem Personal wenig bis minimal Raum und Zeit zur Selbstpflege. Situationen, die für das Pflegepersonal eine sehr starke psychische und physische Belastung darstellen, müssen sofort thematisiert werden und nicht erst beim nächsten Supervisionstermin – wenn diese Bedürfnisse nicht erfüllt werden können ist ein burn out absehbar.

.....

.....

.....

.....

Eines der größten Hindernisse, die Zeit vernünftig zu gebrauchen, ist der Wunsch, sie allzu gut auszunützen.

Mourice Blondel

Jedes Ding hat seine Zeit
Wiliam Shakespeare

*Die Zeit ist immer reif,
es fragt sich nur, wofür.*

Francois Mauriac

Die Hast ist der Feind aller menschlichen Bindungen.

Helen Keller

Die Menschen haben keine Zeit füreinander, sie haben nicht einmal die Zeit, einander zuzulächeln.

Mutter Theresa

*Der Tag ist 24 Stunden lang,
aber unterschiedlich breit.*

Wolfgang Neuss

Der Dummkopf beschäftigt sich mit der Vergangenheit, der Narr mit der Zukunft, der Weise aber mit der Gegenwart.

Nicolas Chamfort

*Zeit haben heißt wissen,
wofür man Zeit haben will
und wofür nicht.*

Emil Oesch

Wir schätzen die Zeit erst, wenn uns nicht mehr viel davon geblieben ist.

Leo Tolstoi

Nur dem Anschein nach ist die Zeit ein Fluss. Sie ist eher eine grenzenlose Landschaft, und was sich bewegt ist das Auge des Betrachters.

Thornton Wilder

Es ist gut, wenn uns die verrinnende Zeit nicht als etwas erscheint, das uns verbraucht, oder zerstört, sondern als etwas, das uns vollendet.

Antoine de Saint-Axupery