

# forum

## ONKOLOGISCHE PFLEGE

ORGAN DER KONFERENZ  
ONKOLOGISCHER KRANKEN -  
UND KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)



© Jim Barber - shutterstock.com

## PROFESSIONELLES WUNDMANAGEMENT

### KÖRPERBILDVERÄNDERUNGEN | S. 24

THERAPIE- UND KRANKHEITSBEDINGTE URSACHEN  
KÖRPERDYNAMIK-MODELL  
PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE UNTERSTÜTZEN

### ORALE MUKOSITIS | S. 48

RISIKOEINSCHÄTZUNG  
ASSESSMENTINSTRUMENTE  
PRÄVENTION UND MANAGEMENT



W. ZUCKSCHWERDT VERLAG  
MÜNCHEN

## forum ONKOLOGISCHE PFLEGE

ORGAN DER KONFERENZ  
ONKOLOGISCHER KRANKEN -  
UND KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

Die Zeitschrift hat das Ziel, die Versorgung in der onkologischen Pflege zu fördern. Sie richtet sich an Pflegende in der Onkologie, Medizinische Fachangestellte in der Onkologie, im Kontext der onkologischen Pflege pädagogisch, psychosozial und wissenschaftlich tätige Personen.

### Schriftleitung (v.i.S.d.P.)

- Christian Wylegalla, Freiburg  
wylegalla@kok-krebsgesellschaft.de
- Mirko Laux, Frankfurt  
laux@kok-krebsgesellschaft.de
- Kerstin Paradies, Hamburg  
paradies@kok-krebsgesellschaft.de

### Herausgeberteam

- Uwe vom Hagen, Berlin  
vomhagen@kok-krebsgesellschaft.de
- Tobias Klein, Hamburg  
klein@kok-krebsgesellschaft.de
- Prof. Dr. Karl Reif, Bochum  
reif@kok-krebsgesellschaft.de
- Ulrike Ritterbusch, Essen  
ritterbusch@kok-krebsgesellschaft.de
- Daniel Wecht, Cölbe  
wecht@kok-krebsgesellschaft.de
- Isolde Weisse, Stuttgart  
weisse@kok-krebsgesellschaft.de

### Redaktionsleitung (im Verlag)

Dr. Anne Glöggler  
gloeggler@zuckschwerdtverlag.de

### Wissenschaftlicher Beirat

Irène Bachmann-Mettler, Zürich (CH)  
Gabriele Blettner, Wiesbaden  
Rita Bodenmüller-Kroll, Essen  
Rosemarie Bristrup, Berlin  
Dr. Heike Fink, Bad Oldesloe  
Dr. Markus Follmann, Berlin  
Carola Freidank, Hannover  
Bernhard Glawogger, Graz (A)  
Gabriele Gruber, München  
Dr. Ulrike Helbig, Berlin

Dr. Jutta Hübner, Frankfurt  
Dr. Patrick Jahn, Halle  
Heike John, Hannover  
Dr. Monika Kücking, Berlin  
Prof. Dr. Margarete Landenberger, Halle  
Andrea Maiwald, Kempen  
Sara Marquard, Münster  
Karin Meißler, Winsen  
Brigitte Overbeck-Schulte, Bonn  
Sabine Ridder, Zittau  
Ralf Schmacker, Varel  
PD Dr. Henning Schulze-Bergkamen,  
Heidelberg  
Prof. Dr. M. Heinrich Seegenschmiedt, Hamburg  
Prof. Margot Sieger, Hattingen  
Prof. Dr. Ulrike Thielhorn, Freiburg  
Dr. P.H. Gudrun Thielking-Wagner, Potsdam  
Dr. Simone Wesselmann, Berlin  
Esther Wiedemann, Berlin

### Industriepartner

Wir bedanken uns bei den folgenden Firmen für deren Unterstützung:  
Bendalis GmbH  
Eusa Pharma GmbH  
Janssen-Cilag GmbH  
MSD Sharp & Dohme GmbH  
Novartis Pharma GmbH  
Roche Pharma AG

### Manuskripte

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte übernimmt der Verlag keine Haftung. Der Autor gewährleistet, dass sein Manuskript oder Teile daraus nicht dem Urheberrecht Dritter unterliegen bzw. dass gegebenenfalls dem Autor die Genehmigung des Copyright-Inhabers vorliegt. Über die Annahme zur Publikation entscheiden die Herausgeber und der Verlag.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Mit Annahme des Manuskripts gehen das Recht zur Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur

Vergabe von Nachdruckrechten, zu elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an den Verlag über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig.

### Wichtige Hinweise

Vor der Verwendung eines jeden Medikaments müssen der zugehörige wissenschaftliche Prospekt und der Beipackzettel mit den Angaben in dieser Publikation verglichen werden. Neue Erkenntnisse über Toxizität, Dosierung, Applikationsart und Zeitpunkt können jederzeit zu anderen Empfehlungen, auch zum Verbot bisheriger Anwendungen, führen. Außerdem sind Druckfehler trotz aller Sorgfalt nicht sicher vermeidbar.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen und dgl. in dieser Zeitschrift berechtigt nicht zu der Annahme, dass solche Namen ohne weiteres von jedermann benutzt werden dürfen; oft handelt es sich um gesetzlich geschützte eingetragene Warenzeichen, auch wenn sie nicht als solche gekennzeichnet sind.

Die Rubriken OnkoNews und Update Onkologie erscheinen außerhalb des Verantwortungsbereichs der Herausgeber und des Verlags.

Fälle höherer Gewalt, Streik, Aussperrung und dergleichen entbinden den Verlag von der Verpflichtung auf Erfüllung von Aufträgen und Leistungen von Schadenersatz.

### Abonnement

Jahresabonnement (4 Hefte): Euro 42,00  
Jahresabonnement für Mitglieder der KOK: Euro 32,00 (inkl. MwSt., zzgl. Versandpauschale innerhalb Deutschlands Euro 5,00 pro Jahr, für das europäische Ausland 16,00 Euro pro Jahr)

### Verlag

W. Zuckschwerdt Verlag GmbH  
für Medizin und Naturwissenschaften  
Industriestraße 1  
D-82110 Germering/München  
Tel.: +49 (0) 89 894349-0  
Fax: +49 (0) 89 894349-50  
post@zuckschwerdtverlag.de  
www.zuckschwerdtverlag.de

### Anzeigenleitung (verantwortlich)

Manfred Wester  
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH  
wester@zuckschwerdtverlag.de

Printed in Germany  
by Bavaria Druck GmbH, München

© Copyright 2013 by  
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH



Beteiligungsverhältnisse gem. § 8 Abs. 3 BayPrG:  
100% Werner Zuckschwerdt, Verleger, D-82110  
Germering/München

# EDITORIAL

# F



Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Wundmanagement betrifft uns im Bereich der onkologischen Pflege in vielfältiger Form. Mit den Beiträgen in unserer Rubrik Schwerpunkt wollen wir diesem Aspekt gerecht werden.

Eine Wunde schädigt nicht nur lokal die Haut des Betroffenen, sondern löst durch das veränderte Körperbild auch seelische Reaktionen aus, die oft in Sprachlosigkeit und Rückzug resultieren. Der Umgang mit der Veränderung des Körperbilds wird im Beitrag von Martina Kern anhand von Fallbeispielen eindrücklich dargelegt. Sie zeigt auf, wie Pflegende Patienten und Angehörige unterstützend begleiten können und was für eine wichtige Rolle die Pflege dabei spielt. Ebenso ist, insbesondere in der Behandlung chronischer Wunden, ein reibungsloses Zusammenspiel aller im Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen unabdingbar. Am Beispiel der palliativen Wundversorgung in der ambulanten Praxis wird dies von Stefan Bahr und Martin Huber beeindruckend belegt. In den Beiträgen von Monika Volkmann und Gabriele Gruber kommen zwei Expertinnen auf speziellen Gebieten der Wundversorgung zu Wort. Die Themen Aromapflege in der Wundversorgung sowie parastomale Hautprobleme sind sehr praxisbezogene Beiträge, die Ihnen praktische Tipps für den pflegerischen Alltag an die Hand geben.

In der Öffentlichkeit ist der September durch die Endphase des Bundestagswahlkampfes geprägt. Wir haben die fünf im Bundestag vertretenen Parteien mit zwei Fragen aus dem onkologisch pflegerischen Bereich konfrontiert, um Sie bei Ihrer Wahlentscheidung zu unterstützen. Die Antworten können Sie im Panorama nachlesen. Eventuell lässt sich daraus der Stellenwert ablesen, den die onkologische Pflege für die jeweilige Partei einnimmt, bzw. einschätzen, welche Lösungsvorschläge

für die drängenden Probleme der Pflege die Parteien anbieten. Mögen Sie die richtige Wahl treffen.

In der Serie KOKpedia Arzneimittel erfahren Sie Hintergrundinformationen zu Denosumab, einem relativ neuen Wirkstoff in der Onkologie. Die Serie KOKpedia Nebenwirkungen beschäftigt sich in dieser Ausgabe mit der chemotherapieinduzierten Diarrhö. Beide KOKpedia-Serien haben inzwischen ihren festen Platz im Forum Onkologische Pflege gefunden. Gerne nehmen wir Ihre Anregungen zu Nebenwirkungen oder Medikamenten entgegen ([forum@kok-krebsgesellschaft.de](mailto:forum@kok-krebsgesellschaft.de)), damit diese in einer der nächsten Ausgaben vorgestellt werden können.

Ihre Meinung ist uns wichtig. Darum starten wir in diesem Heft mit einer Leser-Umfrage, die Sie diesem Heft entnehmen und uns zusenden können (siehe S. 19/20). Als Dankeschön für diejenigen, die sich ein paar Minuten Zeit nehmen, die Zeitschrift zu beurteilen, verlosen wir 10 Bilderbücher.

„Eddie Flitzfuß im Krankenhaus“ ist ein pffiffiges Bilderbuch, das der Künstler *papan* liebevoll illustriert hat und das Kinder einfühlsam auf das Thema Krankenhaus vorbereitet.

Im September findet der inzwischen fest etablierte 3. Jahreskongress der KOK statt (mehr dazu siehe S. 6). Auch hierbei wünschen wir Ihnen anregende Diskussionen, evtl. auch über aktuelle Beiträge aus dem Forum Onkologische Pflege. Gespannt sind wir auf die/den diesjährige/n Preisträger/in des KOK-Pflegepreises sowie auf das Ergebnis des erstmalig vergebenen Pia-Bauer-Preises. Lassen Sie sich überraschen.

Ich wünsche Ihnen viele neue Anregungen und Freude beim Lesen!

  
Christian Wygalla

# INHALTSVERZEICHNIS



# 1

1	Editorial
4	Vorstand aktuell (D. Wecht)
5	DKG aktuell (J. Bruns)
7	1. KOK-Branchentreff Onkologische Pflege (P. Schäfer, A. Rischawy Mariano)
10	Symposium: Risiken krebskranker Menschen (H. Feistner)
11	Symposium zur Pflegewissenschaft als Chance für Klinik, Forschung und Lehre (K. Brömer)
13	Das Pilotprojekt „Onkolotse Sachsen“ (T. Schönemann, R. Porzig)
14	Vor der Wahl: Deutscher Pflegerat e.V. fordert die Politik zum Handeln auf
15	Bundestagswahlen 2013 – Stellungnahmen der Parteien zu Fragen der Pflege
17	XVI. Onkologische Fachtagung: Arbeitsplatz Onkologie (U. König, E. May)
19	Leser-Umfrage
21	Portrait: Cordula Mrawek
23	Randnotiz
58	Buchbesprechung
59, 60	Update Onkologie
64	Vorschau auf Heft 4 – Dezember 2013
U2	Impressum
U3	Veranstaltungskalender

## PANORAMA

# 24

24	Augen zu und durch? Der Umgang mit Veränderungen des Körperbildes (M. Kern)
28	Palliative Wundversorgung in der ambulanten Praxis (S. Bahr, M. Huber)
34	Aromapflege in der onkologischen Wundversorgung (M. Volkmann)
39	Parastomale Hautprobleme – Fistel- und Wundversorgung (G. Gruber)

## SCHWERPUNKT

# 44

44	Pflegeüberleitung in der ambulanten Palliativversorgung (A. Bode)
----	---

## AUSLESE

# 48

48	Prävention und Management der oralen Mukositis (C. Wylegalla, P. König, B. Kirchhofer, A. Uschok, G. Saum)
----	--

## FORTBILDUNG

### KOK *pedia*

61	Nebenwirkungen: Chemotherapieinduzierte Diarrhö (CID) (H. J. Fink, D. von Holdt)
63	Arzneimittel: Denosumab (A. Schwehr)



*Daniel Wecht*

**Stellv. Sprecher des Vorstands**  
wecht@kok-krebsgesellschaft.de



## Vorstand aktuell

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wenn Sie diese Ausgabe des „Forum Onkologische Pflege“ in den Händen halten, können wir schon auf zwei Drittel des Jahres 2013 zurückblicken. Wir als Vorstand und Beirat der KOK hoffen und wünschen, dass Sie mit Ihrer beruflichen Situation weitgehend zufrieden sind oder positiv in die Zukunft sehen können, trotz vielfältiger, vielleicht auch drückender Probleme. Dabei kann es hilfreich sein, über den eigenen Tellerrand zu schauen und sich mit anderen Kollegen der eigenen oder verwandter Berufsgruppen auszutauschen, wie z. B. anlässlich der traditionellen Tagungen in Fürth (März), Berlin (Mai) und Heidelberg (Juni), die wir als KOK begleitet haben.

Eine Premiere erlebten wir mit dem 1. Branchentreff Onkologische Pflege der KOK zum Thema Delegation und Substitution ärztlicher Tätigkeiten. Er fand – sehr gut besucht – am 19. Juni in der Saarländischen Landesvertretung in Berlin statt. Auf dem Podium und im Plenum waren vertreten: Pflegefachpersonen, Mediziner, Patientenvertreter, Juristen, Pharmazeuten, Vertreter von Berufsverbänden, Gesundheitskassen, Krankenhäusern und der Politik. Frau Schäfer und Rischawy Mariano berichten noch ausführlicher in diesem Heft. Beirat und Vorstand der KOK werden zusammen mit den Mitgliedern die Thematik weiter aktiv verfolgen und Positionen formulieren.

Der Blick in die Zukunft lässt am Horizont schon deutlich die nächste Mitgliederversammlung erscheinen. Sie findet statt am Donnerstag, den 20. Februar 2014, 16:30–18:00 Uhr, anlässlich des DKK 2014 in Berlin. Ein Höhepunkt wird die Bekanntgabe der Ergebnisse zur Beirats- und Vorstandswahl sein. Eine

persönliche Einladung mit weiteren Details erhält jedes Mitglied fristgerecht kurz vor Weihnachten per Post. Dieses Mal hat ausnahmslos jedes KOK-Mitglied – und wer es noch wird – die Möglichkeit zur aktiven Beteiligung. Die Wahl wird nämlich erstmalig als Briefwahl organisiert. Wir wünschen uns eine hohe Wahlbeteiligung und zwar sowohl von denjenigen, die wählen, als auch von denjenigen, die sich als Kandidatin oder Kandidat zur Wahl stellen. Zu wählen sind drei Vorstandsmitglieder (VorstandssprecherIn, zwei stellv. VorstandssprecherInnen) und sechs Mitglieder des Beirats. Aus dem amtierenden Vorstand und Beirat werden Mitglieder ausscheiden bzw. sich nicht mehr zur Wahl stellen. Sehr geeignet sind Kandidaten, die mit der bisherigen Arbeit der KOK unzufrieden sind. Sie sind motiviert mit konstruktiver Kritik, neuen Ideen und tatkräftiger Mitarbeit die Arbeit der KOK im Sinne ihrer Ziele zu unterstützen. Wer mit der KOK allerdings zufrieden ist, wird auch gebraucht, um die bewährte Arbeit engagiert weiterzuführen. Gehen Sie also auf uns zu, rufen Sie uns an oder mailen Sie uns, wenn Sie Interesse haben und erfahren möchten, wie die interessante und vielseitige KOK-Arbeit im Team von Vorstand und Beirat aussieht.

Im Namen des Vorstandes und Beirates der KOK würde ich mich freuen, Sie schon bald am 20./21. September beim 3. Jahreskongress der KOK zu treffen.

Ihr

  
Daniel Wecht

## Johannes Bruns

### Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.  
bruns@krebsgesellschaft.de



## DKG aktuell

### Wie geht es nach der Bundestagswahl mit dem Nationalen Krebsplan weiter?

Gerd Nettekoven, Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krebshilfe, und ich hatten am 14. Juni 2013 die Gelegenheit, die Zukunft des Nationalen Krebsplans mit Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr zu diskutieren. Wir hatten den Minister zu einem Fachgespräch im kleinen Kreis eingeladen – gemeinsam mit Vertretern aus Vorständen, Sektionen und Arbeitsgemeinschaften der DKG und der DKH.

Natürlich hat ein Bundesgesundheitsminister keine Kristallkugel, in der er die Zukunft sieht. Aber Daniel Bahr teilt unsere Meinung, dass der Nationale Krebsplan nicht regierungsbabhängig, sondern eine kontinuierliche Aufgabe ist, die über eine Legislaturperiode hinausgeht. „Ich glaube“, so sagte er in diesem Zusammenhang, „das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz ist ein Benchmark. Ein nachfolgender Minister oder eine Ministerin könnte es der Öffentlichkeit nur schwer erklären, wenn das Tempo, das wir jetzt vorgelegt haben, plötzlich herausgenommen würde. Hier ist ein Selbsterfüllungsdruck entstanden, und das ist auch richtig so.“

In der weiteren Diskussion ging es um einzelne Themen des Nationalen Krebsplans: die Verstetigung der Zentrumsbildung, den Bestand und den Bedarf psychoonkologischer und psychosozialer Beratung sowie eine bessere Arzt-Patienten-Kommunikation. „Der Nationale Krebsplan und das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz sind mir ein persönliches Anliegen“, so der Minister, „aber auch das Ministerium brennt dafür.“ Wie auch immer eine neue Regierung aussehen wird – die DKG und DKH werden sich mit dem Bundesgesundheitsministerium und anderen Partnern für die weitere Umsetzung des Nationalen Krebsplans engagieren.

In der anschließenden Fragerunde mit dem Publikum kamen onkologische Themen zur Sprache, die nicht explizit im Nationalen Krebsplan stehen, aber nicht minder wichtig sind – wie beispielsweise die onkologische Pflege. Aufgrund der Versorgungssituation, der demografischen Entwicklung und der gebotenen und gewollten Aufwertung der Pflege gibt es großen Handlungsbedarf. Dabei sei von politischer Seite bereits viel in Bewegung, so der Minister und nannte unter anderem das Versorgungsstrukturgesetz. Darüber hinaus arbeitet das Ministerium weiterhin intensiv an der Neuregelung des Pflegeberufes-Gesetzes. Dabei fließen natürlich die onkologischen Herausforderungen in der Pflege mit ein. Ein Eckpunktepapier zum Pflegeberufes-Gesetz wird derzeit mit den Ländern und auch im europäischen Kontext diskutiert. Es gibt aber keine Lösung von heute auf morgen: Die Stärkung und Umgestaltung des gesamten Pflegebereichs ist ein grundlegender Wandel, der Zeit braucht und sich vor allem nicht bis ins Detail per Gesetz verordnen lässt. Vielmehr muss sich viel in den Köpfen ändern – nicht nur bei Ärzten. Die onkologisch Pflegenden haben eine Bedeutung und Verantwortung in der Krebsbehandlung, die sie durchaus mit mehr Präsenz und Selbstbewusstsein demonstrieren können und müssen, so der Minister. DKG und DKH sind sich einig: Im Veränderungsprozess von heute und morgen kann die onkologische Pflege auf unsere Unterstützung zählen.

Ihr



Dr. Johannes Bruns

# 3. Jahreskongress KOK

**Onkologische Pflege zwischen Anspruch und Wirklichkeit**

**Welchen Stellenwert hat die Pflege in der onkologischen Versorgung?**

20.-21. September 2013 Berlin-Brandenburgische Akademie der Wissenschaften

## PROGRAMM

### FREITAG, 20. SEPTEMBER 2013

Moderation: **Christiane Poertgen**, Autorin und Life-Reporterin im WDR-Fernsehen

09:30 **Begrüßung und Einführung**

**Kerstin Paradies**, Vorstandssprecherin der KOK, Berlin  
**Dr. Johannes Bruns**, Generalsekretär der Deutschen Krebsgesellschaft e. V., Berlin

10:00 **Grußworte Dr. Rolf Koschorrek**, MdB, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit

10:15 **EONS – Future Challenge**

**Birgitte Grube**, Ausbildungsleiterin im Bereich onkologische Pflegeweiterbildung der Danish Nurses Organisation, Kopenhagen/Dänemark; Präsidentin der EONS

10:30 KAFFEEPAUSE

11:00 **Stellenwert der Pflege in der onkologischen Versorgung vor dem Hintergrund der spezialärztlichen Versorgung**

Moderierte Podiumsdiskussion mit vorangehenden Statements, Moderation: **Christiane Poertgen**

Diskussionsteilnehmer:

**Dr. Rolf Koschorrek**, MdB, Mitglied im Ausschuss für Gesundheit  
**Dr. Hans-Joachim Hindenburg**, Vorsitzender des Vorstandes Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen in Deutschland e.V. (BNGO), Berlin

**Dr. Patrick Jahn**, Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Martin-Luther- Universität Halle-Wittenberg

**Prof. Dr. h. c. Herbert Rebscher**, Vorstandsvorsitzender der DAK – Gesundheit, Hamburg

**Lothar Ullrich**, Leiter der Weiterbildungsstätte des Universitätsklinikums Münster

**Renate Pfeifer**, Förderkreis für krebskranke Kinder und Jugendliche Bonn e. V.

**Franz Wagner**, Vize-Präsident des Deutschen Pflegerates e.V., Berlin

**Kerstin Paradies**, Vorstandssprecherin der KOK, Berlin

13:00 MITTAGSIMBISS

14:00 **Neue Entwicklungen in der onkologischen Fachpflege vor dem Hintergrund von Therapieleitlinien, Qualitätssicherung und Dokumentation**

**Dr. Simone Wesselmann**, MBA, Deutsche Krebsgesellschaft e. V., Berlin

14:30 **Zukunft der onkologischen Pflege im Fokus von Kostendruck, Personalmangel, Qualifizierung und Pflegemigration**

**Martin Wilhelm**, Pflegedirektor am Universitätsklinikum Frankfurt  
**Pflege bei onkologisch erkrankten Kindern und Jugendlichen – im Spannungsfeld der personellen und zeitlichen Limitationen**

**Dr. Thomas Mandel**, Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie, Berlin

15:10 KAFFEEPAUSE

15:40 **SATELLITENWORKSHOPS**

WS 1: **Pflegerische Empfehlungen in der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie (AG G-PONG)**

Information, Schulung und Beratung während des stationären Aufenthaltes – Anspruch und Wirklichkeit (NAOF)

WS 2: **Lebensqualität trotz Fatigue (AG Breast Care Nurse)**

WS 3: **Kurativ oder Palliativ – ein Gegensatz?**

Frühe Integration hospizlich-palliativer Angebote und Informationen für onkologisch erkrankte Patienten und deren Angehörige

WS 4: **Kommunikation unter Zeitdruck – Entlastung der Ärzte durch**

Pflegekräfte am Beispiel Lungenkrebs

16:40 **Die Sicht eines Betroffenen – Ein Interview**

**Ulrich Roth**, Manager der Musikgruppe PUR

17:00 **Zusammenfassung und Ausblick**

**Ab 18 Uhr Bayerischer Abend**

### SAMSTAG, 21. SEPTEMBER 2013

Moderation: **Christiane Poertgen**, Autorin und Life-Reporterin im WDR-Fernsehen

09:00 **Verleihung des KOK-Pflegepreises 2013**

**Kerstin Paradies**, Vorstandssprecherin der KOK, Berlin

09:40 **Ernährung und Krebsdiäten**

**Dr. Jutta Hübner**, Deutsche Krebsgesellschaft (DKG), Berlin

10:10 KAFFEEPAUSE

10:30 **SATELLITENWORKSHOPS**

WS 5: **Multiprofessionelle Supportivtherapie in der täglichen Praxis**

WS 6: **Ernährung im Rahmen einer balancierten Diät für Krebspatienten, Grundlagen, Studien, Tipps aus der Praxis**

Insulinresistenz und onkologische Erkrankungen – Evidenz für rationale Ernährungsempfehlungen

Ketogene Kost bei Krebs – Wie funktioniert das und was ist das?

WS 7: **Brustkrebstherapie – Neue Wege gehen**

WS 8: **Die Rolle der Pflege bei der Betreuung von Patienten mit innovativen oralen Tumortherapien**

12:00 MITTAGSIMBISS

13:00 **SATELLITENWORKSHOPS**

WS 9: **noch offen**

WS 10: **Eau Thermale Avène Kosmetik- und Make-up-Beratung für Onkologie-Patientinnen**

WS 11: **Empathische Patientenkommunikation**

Wie kann empathische Kommunikation den Krebspatienten unterstützen und motivieren? Wie kann empathische Kommunikation mich als Pflegekraft zugleich entlasten?

WS 12: **„Mich interessiert, was getan werden muss“**

Ambulante Pflegeberatung in der Radioonkologie

14:30 KAFFEEPAUSE

15:00 **Rechtliche Grundlagen bei der Arbeit mit Tumorpatienten**

**RA Dr. Joachim Kasper**, Kassel

15:30 **Abschluss-Podiumsdiskussion**

16:15 **Fazit, Ausblick und Verabschiedung**

# 1. KOK-Branchentreff Onkologische Pflege: Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegende

Beim 1. Branchentreff am 19. Juni 2013 in Berlin wurde das Thema – Delegation ärztlicher Aufgaben an Pflegende – von unterschiedlichen Vertretern dargestellt und diskutiert.

Nach Begrüßung und einführenden Worten von Frau Paradies stellte Herr Roßbruch die rechtliche Situation dar: Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an Pflegende: Was darf Pflege, was nicht? Inhaltlicher Schwerpunkt war die zivilrechtliche Sicht. Wann haftet jemand und wer haftet im Zivilrecht bei Anordnungs-, Durchführungs- oder Organisationsverschulden. Auch die Sorgfaltspflicht bei der Übernahme ärztlicher Aufgaben wurde diskutiert. Anschließend folgten zwei Kurzstatements zum Thema „Gelebte Erfahrungen der Delegation im klinischen und im ambulanten Bereich“.

Herr vom Hagen, Fachkrankenpfleger für Onkologie, schilderte in einem anschaulichen Vortrag den Ablauf einer Chemotherapie auf einer urologischen Station. Er listete die Tätigkeiten auf, welche von Pflege und welche von Ärzten im Behandlungsablauf verrichtet werden. Zugleich zeigte er die ärztlichen Tätigkeiten auf, z.B. Verabreichen von Zytostatika, die von der Fachpflege übernommen werden könnten. Dadurch wäre eine Verbesserung des Ablaufs möglich, da sich die Wartezeit der Patienten verkürzen würde.

Demgegenüber stellte Dr. Dengler die Versorgung onkologischer Patienten in seiner zertifizierten Praxis unter Einbezug der Pflegekräfte vor. Er zeigte erste Ergebnisse des PACOCT-Projektes. In diesem Projekt wurde zum einen die Versorgungsrealität durch Befragung der Patienten und der Ärzte bei oraler Tumorthherapie erfasst und eine Optimierung durch Schulungs- und Begleitmaßnahmen untersucht. Es zeigt sich, dass nichtärztliche MitarbeiterInnen ein wichtiger Bestandteil von Schulung und Beratung sind und stärker in den Behandlungsverlauf einbezogen werden sollten. Dr. Dengler sieht in einer Aufgabenteilung entsprechend den Qualifikationen im Behandlungsteam klare Vorteile für die Organisation. Für das Team sind auch regelmäßige Evaluationen der Arbeit und Fallbesprechungen wichtig.

In der zweiten Vormittagshälfte wurden die zukünftigen Anforderungen für die Delegation ärztlicher Leistungen an Pflegende aus verschiedenen Perspektiven betrachtet (Patient, Facharzt, Pflege, Rechtsanwalt).

Frau Pfeifer berichtete über ihre Erfahrungen aus Sicht einer Mutter mit zwei krebserkrankten Kindern. Sie schilderte sehr bildlich, dass es ihr als Mutter in einer Notfallsituation in erster Linie darauf ankam, dass ihrem Kind geholfen wurde. In so einer schweren Zeit war es für Sie erst mal zweitrangig, von wem

die Hilfe kam, das konnte auch eine erfahrene Fachpflegekraft sein. Für sie als Angehörige lässt sich die Qualifikation, ob weitergebildet oder nicht, ob es sich um eine ärztliche Tätigkeit handelt oder nicht, nur durch näheres Hinterfragen feststellen.

Herr Dr. Hindenburg, dessen Praxis dem Berufsverband Niedergelassener Gynäkologischer Onkologen e. V. angeschlossen ist, stellte die Ergebnisse einer ASCO-Studie (Towle et al., 2011) vor, in der die Vorteile der Zusammenarbeit von Arzt und Fachpflegekräften untersucht wurde. Eine Delegation in der Onkologie würde folgende Vorteile bringen:

- verbesserte Patientenbetreuung
- verbesserte Patienten- und Arztzufriedenheit
- erhöhte klinische Effektivität
- schnellere Terminvergabe an neue Patienten
- schnellere Versorgung bei dringendem Bedarf
- Versorgung von Langzeitüberlebenden
- Absicherung für wissenschaftlich tätige und niedergelassene Onkologen

In seiner Praxis wurde erkannt, dass Professionalisierung der Pflege und Delegation ärztlicher Tätigkeiten nicht nur Zeiteresourcen für ärztliche Kernaufgaben schafft, sondern Pflege aufgewertet und motiviert wird. Um die Qualifikation zu erlangen und den Anforderungen gerecht zu werden, absolvieren die Pflegenden in der Praxis ein onkologisches Weiterbildungsprogramm, das mit einem Zertifikat abgeschlossen wird.

Herr Nägele stellte vor dem Hintergrund der personellen Situation und der Professionalisierung der Pflege die Vorteile einer Übernahme ärztlicher Tätigkeiten dar. Damit die Anforderungen zur Applikation von Zytostatika auch bei mehrjährig erfahrenen Pflegekräften gegeben sind, hat die Uniklinik Freiburg ein Schulungsmodell entwickelt. Es wurde auch deutlich, dass die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten unter dem Aspekt der Professionalisierung eine Qualitätsverbesserung für die Patienten darstellen könnte.

Abgerundet wurde das Thema mit der arbeitsrechtlichen Sicht. Grundsätzlich ist bei der Übertragung ärztlicher Tätigkeiten auf Pflegepersonen zwischen drei Fallgruppen zu differenzieren

- ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich übertragbar sind
- ärztliche Tätigkeiten, die grundsätzlich nicht übertragungsfähig sind
- ärztliche Tätigkeiten, die nicht übertragungsfähig sind

Eine Übertragung (grundsätzlich) nicht übertragbarer ärztlicher Tätigkeiten (2. Fallgruppe) an das Pflegepersonal ist rechtlich nur zulässig, wenn gewisse Voraussetzungen gegeben

sind. Unter anderem eine Zusatzausbildung i. S. d. § 1 Abs. 1 S. 2 iVm, § 3 Abs. 3, § 4 Abs. 7 KrPflG (analog AltPflG) und die Bereitschaft oder Verpflichtung (siehe Arbeitsvertrag).

Frau Poertgen leitete abwechslungsreich und professionell durch das Programm und eröffnete die Diskussion. Dabei wurde schnell deutlich, dass sich die Abläufe in der Praxis und der Klinik unterscheiden.

Am Nachmittag wurde der GKV-Spitzenverband gebeten, vertreten durch Herrn Pfeiffer, Erfahrungen und Erwartungen aus Sicht der Krankenkassen zum Thema Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen darzustellen. Einführend wurden die Ursachen vonseiten der GKV für einen Neuzuschnitt der Aufgabenverteilung aufgeführt. In einigen Bundesländern gibt es Beispiele für Delegationskonzepte gerade aus dem ambulanten Bereich, wie „AGNES“, „VERAH“, „EVA“ und „MoPra“. Für die Krankenkassen ist das Ziel in erster Linie eine gute Versorgungsqualität ihrer Versicherten.

Frau Reus, Vertreterin der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), fasste die Aussagen ihrer Vorredner prägnant zusammen. Auch die DKG stehe hinter der Substitution von Tätigkeiten, die auf das Pflegepersonal übertragen werden können, soweit dies in Modellprojekten nach § 63, Abs. 3c SGB V in deutschen Krankenhäusern erfolge. Anlass zu einer regen Diskussion gab ihre Frage, welche Pflegekräfte zur Substitution berechtigt sind. Berufserfahrenes Krankenpflegepersonal, nur Pflegekräfte mit 2-jähriger Zusatzweiterbildung, mit erweiterter Ausbildung nach § 4 Abs. 7 KrPflG oder gar nur die akademisch ausgebildeten Pflegekräfte? Frau Reus zitierte in diesem Zusammenhang die Aussage einer Parlamentarischen Staatssekretärin im BMG, die die Ansicht vertritt, dass es keiner besonderen Qualifizierung bedarf, sondern „Pflegekräfte im Nachgang zu ihrer Ausbildung noch eine ‚Ausbildung‘ ableisten, um sich für die Übernahme heilkundlicher Tätigkeiten zu qualifizieren“.

Danach erläuterte Frau Maag, MdB CDU, die Ziele der nächsten Legislaturperiode in der Abgrenzung und Schaffung neuer Berufsbilder. Hier stellte Sie die Notfallregelung der Rettungs-sanitäter vor. Sie verweist auf Änderungen in der Versorgung in den kommenden zehn Jahren.

Das erste Branchentreffen der onkologischen Krankenpflege ging mit einer Podiumsdiskussion und Wünschen der Pflege zu Ende. Hier wurde noch mal deutlich, dass Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben an die Pflege ein aktuelles Thema ist, doch bewegt sich die Pflege hier in einem rechtsunsicheren Raum. An diesem sogenannten „Graubereich“ muss gearbeitet werden und nicht an der Akademisierung. Für spezialisierte Berufe, wie beispielsweise die onkologische Fachpflegekraft, sollte der Einsatz nach der Weiterbildung entsprechend der Ausbildung geregelt werden. Hier jedoch auf ein Modell der Politik zu warten, würde möglicherweise zu lange dauern, daher geht die Forderung an die Krankenhäuser und Praxen, Modellvorhaben im eigenen Haus zu entwickeln und zu implementieren. Eine entsprechende Aufwertung und Wertschätzung der Pflege kann durch Qualifizierung, Aufstieg und angemessene Vergütung erreicht werden. Für die Weiterentwicklung der Pflege ist es jedoch ebenso wichtig, dass Pflege sich positioniert und verstärkt auftritt. ■

#### Literatur

Towle, E. L. et al. (2011). Results of the ASCO study of collaborative practice arrangements. JOP 7, 278–282.

#### Petra Schäfer

Fachkrankenschwester Onkologie, Case Managerin (DGCC)  
Klinikum Memmingen, Brustzentrum

## Weitere Eindrücke einer Teilnehmerin

Der 19. Juni 2013 – ein heißer Tag in Berlin. Barak Obama war in der Stadt. Für viele Teilnehmer des 1. KOK Branchentreffs bedeutete das eine erschwerte Anreise. Dennoch haben viele den Weg dorthin gefunden.

Frau Poertgen, Journalistin und Moderatorin für den Branchentreff, moderierte erstklassig und motivierte gekonnt die Teilnehmer, sich produktiv an den Diskussionen zu beteiligen und Stellungnahmen abzugeben. Gelungen war zudem auch die Auswahl der Referenten. Kurzum die Rahmenbedingungen des Branchentreffs waren hervorragend.

#### Was ich inhaltlich mitnehmen konnte

Bei dem Branchentreff ging es um die Delegation an die Pflege, aus verschiedener Sichtweise. So wurde die rechtliche Seite eindrucksvoll erläutert. Auch kamen die Patienten zu Wort. Ärzte und die DKV (Deutsche Vereinigte Krankenversicherer) schilderten das Thema von ihrer Seite.

Aus rechtlicher Sicht machen wir uns als Pflegefachkräfte strafbar, indem wir ärztliche Tätigkeiten übernehmen. Das geschieht nicht nur in Ausnahmesituationen, sondern tagtäglich. Wir hängen Infusionen an, nehmen Blut ab oder legen zum Teil

peripher venöse Zugänge. All das sind ärztliche Aufgaben. Wir bewegen uns damit in einer Grauzone, das heißt im Bereich der groben Fahrlässigkeit.

Wie sähe der Alltag aus, wenn all die an uns delegierten Tätigkeiten an den ärztlichen Dienst zurückgegeben würden? Viele Abläufe würden wahrscheinlich nicht mehr reibungslos funktionieren. Die Ärzte arbeiten in den OPs, in den Ambulanzen oder anderswo. Die Patienten müssten länger warten, was nicht in unserem Sinne ist. Für uns ist es wichtig, dass unsere Patienten zeitnah und vor allem adäquat versorgt werden. Die bestmögliche und schnelle Versorgung ist auch das Ziel der Ärzte, denn deshalb delegieren sie diese und andere Tätigkeiten an uns. Es muss sich also etwas verändern!

Wie uns bekannt, fällt es der Ärztekammer sehr schwer, Tätigkeiten, die schon seit Jahren an uns delegiert wurden, als pflegerisches Aufgabengebiet anzuerkennen. Warum verhindert die Ärztekammer diese Substitution? Geht es darum, hierarchische Strukturen zu erhalten? Oder darum, dass der ärztliche Dienst dadurch diese Aufgaben nicht mehr als ärztliche Leistungen abrechnen könnte und damit weniger verdienen würde? Ist es die Angst, ärztliche Stellen zu verlieren? Das kann ich nicht beantworten. Dazu kommt, dass die Ärztekammer starke Mitstreiter wie die GKV und Bundespolitik hat. Laut ihnen herrsche kein Pflegenotstand, sondern „nur“ Pflege-mangel. Jedoch kann dieser „Pflegemangel“ zu schwerwiegenden Pflegefehlern führen. Die Pflege übernimmt immer mehr ärztliche Tätigkeiten, dabei werden die Pflegestellen immer weiter reduziert, unterdessen steigen die Fallzahlen stark an.

Des Weiteren fehlt es den Pflegefachberufen an Nachwuchs. Denn die Rahmenbedingungen sind unattraktiv, die Bezahlung lässt immer noch zu wünschen übrig und die Aufstiegs-

möglichkeiten sind rar und werden selten gefördert. Es wird sich nicht den bestehenden Baustellen angenommen, sondern es soll eine neue Berufsgruppe implementiert werden. Diese neue Berufsgruppe soll ärztliche Aufgaben selbstständig und ohne Anordnung durchführen dürfen. Geplant ist das Ganze als Modellstudiengang. Dabei haben wir viele weitergebildete sowie Pflegefachkräfte mit akademischen Abschlüssen. Anstatt eine neue Gruppe an Pflegekräften zu erfinden und zu finanzieren, sollten lieber die Ausbildungs-Curricula entsprechend geändert und Rahmenbedingungen geschaffen werden, die uns ein sicheres Arbeiten erlauben. Schafft die Pflege den Schritt zur Eigenständigkeit nicht, um Pflege selbst zu definieren und einen verbindlichen Tätigkeitskatalog für die Pflege zu erstellen, werden weiter viele den Beruf verlassen oder in attraktivere Nachbarländer abwandern. Diese Optionen der Abwanderungen sind nicht erstrebenswert und sollten gestoppt werden – also sollten wir was bewegen und für bessere Arbeitsbedingungen und Aufstiegsmöglichkeiten sorgen.

Wir sind Viele und dadurch können wir viel bewegen. Es ist an der Zeit, dass wir uns nicht mehr selbst bemitleiden, sondern uns organisieren und vor allem engagieren. Schenken wird man uns nichts. Wir müssen für unsere Forderungen eintreten und dafür gemeinsam kämpfen.

Ich wünsche mir weitere Veranstaltungen dieser Art, mit hoher Beteiligung und der Hoffnung, dass wir was bewegen werden. ■

**Astrid Rischawy Mariano**

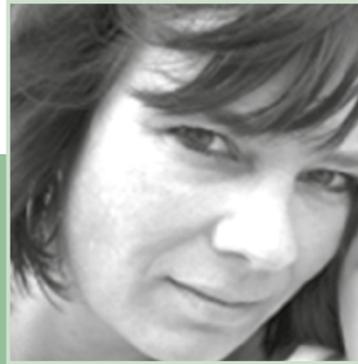
Onkologie-Fachkrankenschwester  
Universitätsklinikum Charité Berlin

**forum**  
ONKOLOGISCHE  
PFLEGE  
jetzt auch digital

Sie können die Zeitschrift jetzt als **E-Paper** über den Online-Kiosk „Pressekatalog“ erwerben:

- ▶ als digitales Abo oder
- ▶ Einzelhefte (digital oder gedruckt)

**[www.pressekatalog.de](http://www.pressekatalog.de)**



*Annegret Bode*

Lebensbaum, ambulanter Palliativpflegedienst, Freiburg



## Pflegeüberleitung

# in der ambulanten Palliativversorgung

Die ideale Vernetzung von Klinik und ambulanter Pflege – eine Vision oder ein konkretes Modell?

„Der Weg von der Vision zur Aktion endet bei den einzelnen Mitarbeitern, die sich konkret mit einer Aufgabe zu befassen haben.“

(Rolf Stomberg)

Für gewöhnlich beginnt die Einleitung mit einem Vorwort. Meine beginnt mit einem für mich sehr treffenden Zitat. Der Titel lässt erahnen, dass ich in dem folgenden Beitrag kein wissenschaftlich fundiertes Ergebnis präsentieren kann. In diesem Artikel möchte ich Impulse setzen, gestützt auf langjährige Erfahrung und nicht auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Es soll beleuchtet werden, wie sich ein kleiner ambulanter Pflegedienst erfolgreich in die Strukturen des Klinikalltages einfügen kann und sich sehr selbstbewusst in das Entlassmanagement involviert und die Chancen nutzt, die Pflegeüberleitung der Klienten aktiv mitzugestalten. Worin ist die Motivation gegründet und wie kann eine ideale Vernetzung im Rahmen der Pflegeüberleitung gelingen, um die Versorgungsstruktur des Klienten und seiner Angehörigen effizient zu verbessern und dabei verfügbare Ressourcen unter wirtschaftlichen Aspekten auszuschöpfen? Welche Besonderheiten kennzeichnen die Pflegeüberleitung als Teilsegment der ambulanten Palliativversorgung und worin liegen sie begründet?

### Versorgungsstruktur unseres Pflegedienstes

Im April 2005 gründete ich nach vielen Jahren intensiver Vorbereitung meinen eigenen Pflegedienst. Spezialisiert auf die ambulante Palliativpflege schwerkranker Menschen in ihrer Lebensendphase wollten wir uns ausschließlich auf eine sehr individuelle Begleitung von Menschen mit lebensverkürzenden Erkrankungen konzentrieren. Unsere Klienten befanden sich in der Terminalphase und wurden von uns im Rahmen des SGB XI in den Bereichen Körperpflege, Mobilisation und Ernährung in unterschiedlicher Intensität versorgt. Zusätzlich übernahmen wir die ärztlich delegierten Leistungen, wie z. B. Medikamentenversorgung, Entleeren von Drainagen, Wechseln von Wundverbänden, Tracheostomapflege und die Versorgung des Portsystems, einschließlich der parenteralen Ernährung.

Die durchschnittliche Verweildauer unserer Klienten betrug im Jahr 2005 21 Tage.

Die Vergütung erfolgt bis dato auf Grundlage der Rahmenverträge mit den Kranken- und Pflegekassen nach SGB V und SGB XI.

Ca. 75 % unserer Pflegekunden werden uns über Mitarbeiter der Departements Pflegeüberleitung der Kliniken oder von

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
<b>Pflegeüberleitung in der ambulanten Palliativversorgung</b>	<b>Care transition in palliative care</b>
Modell eines individuell angepassten und optimierten Entlassmanagements zwischen Klinik und ambulanter Palliativversorgung. Das Modell zeigt, dass es für Patienten passender ist, die Entlassung beschleunigen kann und Kosten für das gesamte System eingespart werden können. Der Schlüssel dazu liegt bei der Koordination.	Model of an individually adjusted and optimized discharge management for palliative care patients. The model fits better to the patient's needs, it can accelerate discharge and reduce costs. Key for this process is coordination.
Pflegeüberleitung · Entlassmanagement · Versorgungsstruktur	Care transition · Discharge management · Logistics

Hausärzten vermittelt. 25 % unserer Pflegekunden kontaktieren uns persönlich.

### Versorgungsrealität

In Freiburg verfügen Kliniken über aktive und sehr gut organisierte Departements, die eine Entlassung der Klienten in die Häuslichkeit sehr schnell und effizient organisieren. Die Beratung über weiterführende Hilfen in der Häuslichkeit des Klienten unterscheidet sich deutlich qualitativ und informell. An dieser Stelle sei erwähnt, dass nicht jede Begleitung zu Hause möglich ist und aus unserer Sicht auch nicht erzwungen werden darf. Es gibt Klienten, die die Sicherheit der Klinik bis zuletzt benötigen und für die ein Ableben zu Hause aus individuellen Gründen keine Option darstellt. Unser Anliegen ist es, den Klienten in seiner momentanen Situation abzuholen und nicht gegen seinen Willen zu handeln.

Die Zusammenarbeit zwischen uns und den Pflegeüberleitungen, Entlassmanagern und Pflegefachkräften ist sehr gut und die Weiterversorgung der Klienten bestmöglich organisiert. Allerdings widersprach seinerzeit die überaus großzügige Hilfsmittelverordnung, besonders im Hinblick auf den sehr kurzen Versorgungszeitraum unserer Klienten, unseren Vorstellungen von Wirtschaftlichkeit und Effizienz.

Für mich stellte sich die Frage, warum nahezu die gesamte Produktpalette an Hilfsmitteln verordnet wurde, einschließlich der parenteralen Ernährung für ein gesamtes Quartal. Ist es im Sinne des Klienten, seine letzten Tage in der vertrauten Umgebung zu verbringen, die nunmehr mitsamt dem Equipment einem vollausgestatteten Patientenzimmer gleicht? Die wenigsten unserer Pflegekunden waren in der glücklichen Lage, die Pflegehilfsmittel in vollem Umfang zu nutzen. Wohlwollend für den Klienten, aber wenig reflektiert, wurden Entlassungen zu Lasten der Kostenträger organisiert. Hilfsmittel, parenterale Ernährung, Verbandsmaterialien kosten Geld, nicht nur für den Kostenträger, vielmehr für den Kunden selbst.

Nachdem wir nach dem Versterben unserer Klienten die Hilfsmittel aufgrund der erschwerten bzw. unmöglichen Rückführung an die Lieferanten in unserem Pflegedienst einlagerten und dies sehr zügig zu einem Überangebot mit dem entsprechenden Ausschöpfen der Lagerkapazitäten führte, haben wir uns entschieden, das Entlassmanagement und die vorhandenen Strukturen kritisch zu hinterfragen.

Es gibt einen lukrativen Markt für Pflegekunden, besonders für Tumorpatienten. Wir wollten die Struktur in unserem Pflegedienst so verändern, dass Klienten gut versorgt, die Kosten aber minimiert werden. Wir forderten für unsere Kunden ein Mitspracherecht, denn nicht nur wir Pflegenden fühlten uns überfordert mit dem Überangebot an Hilfsmitteln, auch die Kunden selbst, die kaum einen Platz in der Wohnung fanden.

### Neues Konzept Entlassmanagement

Wir fassten den Entschluss, ein Konzept zu erstellen, das unsere Pflegekunden, die Kostenträger und letztendlich auch uns als Pflegedienst entlastet.

Als Grundlage diente uns das Versorgungsstrukturgesetz und die Definition des Entlassmanagements, deren Inhalte wir auf unsere Tätigkeitsfelder übertrugen.

### Definitionen

Entlassmanagement ist ein konzeptionelles, professionelles Vorgehen im Krankenhaus mit dem Ziel, gemeinsam mit Patienten und Angehörigen unter Einbeziehung aller am Behandlungsprozess beteiligten Berufsgruppen, einen tragfähigen nachstationären Versorgungsplan zu erarbeiten und umzusetzen (Uni Heidelberg).

Beim Entlassungsmanagement/Entlassmanagement oder der Pflegeüberleitung/dem Überleitungsmanagement geht es um die Identifizierung von Patienten mit poststationärem Unterstützungsbedarf sowie die Einschätzung des Unterstützungsbedarfs zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Klinikbehandlung. Ziel ist eine individuelle Steuerung der Entlassungsplanung möglichst zur optimalen Wiedereingliederung in die gewohnte Umgebung (Pflegetwiki).

Diese beiden Definitionen treffen sicherlich auf das klassische Entlassmanagement zu.

### Optimale Versorgung und Versorgungsstruktur

Ziel ist immer, die optimale Versorgungsstruktur zu schaffen. Allerdings unterscheiden sich die Rahmenbedingungen in der Häuslichkeit des Klienten deutlich vom stationären Setting. Ein nicht unerheblicher Teil der Pflegekollegen kann sich die Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich nur unzureichend vorstellen. Im stationären Bereich sind Hilfsmittel in ausreichender Anzahl vorhanden und sie können jederzeit als Entlastung für Pflegenden und Klienten genutzt werden.

Vor allem in der Palliativversorgung wird aber zu wenig hinterfragt, wie der Klient bisher in seinem häuslichen Umfeld zurechtkam und welche baulichen Voraussetzungen zugrunde liegen. Nicht selten erleben wir Klienten, die im stationären Bereich deutlich mehr und nach der Entlassung weniger Unterstützung benötigen, da das pflegerische Angebot nicht 24 Stunden zur Verfügung steht und die vertraute Umgebung zusätzliche Ressourcen mobilisiert.

Wenn Sie mit der Aufgabe betraut sind, für einen Patienten eine Entlassung nach Hause zu organisieren, werden Sie möglicherweise bemerken, dass Ihre Angebote der Wohnraumanpassung, Hilfsmittelversorgung, Menübringdienst usw. nicht primär positiv angenommen werden. Unsere Klienten berich-

teten uns später, dass die Ablehnung auf Ängsten beruhte. Ängste vor Kontrollverlust, die Bewusstwerdung, auf fremde Hilfe angewiesen zu sein, und letztendlich auf dem Gefühl, in ihrer Entscheidungsfindung eingeschränkt zu werden. Wenn Sie den Patienten fragen, in welchem Bett er sich denn im Rahmen seiner deutlichen Pflegebedürftigkeit überwiegend aufhalten möchte, wird er wahrscheinlich von sich aus das Pflegebett ablehnen. Die Vorstellung, zu Hause in einem fremden Bett ohne den vertrauten Ehepartner einzuschlafen, kann Ängste, Gefühle des Verlustes und der Minderwertigkeit auslösen. Unruhe und Schlaflosigkeit sind Leitsymptome.

Im Klinikalltag fehlen oft die zeitlichen Ressourcen, auf die individuellen Bedürfnisse einzugehen.

Häufig werden wir mit der Aussage konfrontiert, eine Entlassung sei erst möglich, wenn alle Hilfsmittel vor Ort sind. Wer entscheidet über die Relevanz der Hilfsmittel? Wer profitiert von verordneten Hilfsmitteln?

Eine individuelle Steuerung der Entlassplanung setzt einen Einblick in die Häuslichkeit voraus, um sich einen Überblick über die vorhandenen Strukturen zu verschaffen. In der Palliativversorgung legen die Beteiligten und Experten sehr viel Wert auf die Fokussierung der Lebensqualität. Meiner Meinung nach fließen jedoch die tatsächlichen Bedingungen vor Ort viel zu wenig in die nachstationäre Versorgung mit ein.

Es ist keine Steigerung der Lebensqualität, wenn geliebte Möbelstücke Platz schaffen müssen für ein sperriges Pflegebett, den Sauerstoffkonzentrator und weitere Hilfsmittel, die möglicherweise den Blick auf das Lieblingsbild verhindern. Das Pflegebett ist zwar für die Pflegenden eine hilfreiche Entlastung. Menschen in der Lebensendphase brauchen Sicherheit und Beständigkeit, diese Bedürfnisse stehen meiner Meinung nach über meinem Arbeitskomfort. An dieser Stelle lohnt es sich zu überlegen, wie die eigenen Wünsche wären, sollten wir uns in einer ähnlichen Situation wie unsere Patienten befinden. Aus unserer Erfahrung heraus lässt sich unterstreichen, dass sehr viele Begleitungen zu Hause mit deutlich weniger Hilfsmitteln auskommen, vorausgesetzt der Klient und seine Angehörigen sind offen für eine kreative Gestaltung ihres Pflegesettings.

### Koordination

Zur optimalen Koordinierung des ambulanten Umfeldes favorisieren wir eine interdisziplinäre Abstimmung der Klinik mit dem weiterversorgenden System. In der Versorgung unserer Pflegekunden haben sich folgende Prozesse bewährt. Eine frühzeitige sektorenübergreifende Versorgung wird angestrebt; dies setzt voraus, dass die bevorstehende Entlassung des Klienten frühzeitig dem Pflegedienst mitgeteilt wird: optimal eine Woche, mindestens drei Tage vor der geplanten Entlassung. Dieser Zeitkorridor ermöglicht eine sehr gute Informationssammlung und Pflegebedarfsermittlung.

Die Informationsvernetzung und Aufgabenteilung zwischen Klinik und weiterversorgendem System (Pflegedienst) ist wünschenswert, da der ambulante Pflegedienst Angehörige über Möglichkeiten und auch Grenzen der Versorgung des Klienten zu Hause aus einer anderen Perspektive heraus beraten kann. Die Durchführung eines diagnostischen Hausbesuchs kann dem Pflegedienst wertvolle Informationen über den tatsächlichen Bedarf an Hilfsmitteln, weiterführende Hilfen und Problemfelder innerhalb der sozialen Struktur liefern.

Der ambulante Pflegedienst kann vor der Entlassung des Klienten mit dem Hausarzt in Kontakt treten und gemeinsam einen Beitrag zur präventiven Krisenintervention zur Vermeidung erneuter Klinikeinweisungen leisten. Bedauerlicherweise beklagen viele Hausärzte, unzureichende Informationen über den Zustand des Patienten und seiner Versorgung außerhalb der Klinik zu erhalten. Hausärzte werden erst mit der Entlassung oder mit Zustellung des ärztlichen Abschlussberichtes informiert. Sollte eine hausärztliche Intervention erforderlich sein und wurde der Hausarzt im Vorfeld nicht ausreichend informiert, kann dies zur Instabilität der häuslichen Versorgung führen. Bezieht das Entlassmanagement frühzeitig einen ambulanten Pflegedienst mit ein und erkennt die Ressourcen einer integrativen Zusammenarbeit, entsteht Planungssicherheit für die Station, Sicherstellung der häuslichen Versorgung für den Klienten und für Angehörige die ideale Verknüpfung von persönlichen und professionellen Netzwerken.

### Versorgungsrealität danach

In Freiburg hat sich in den vergangenen Jahren eine wünschenswerte Entlassplanung zwischen Kliniken und uns als ambulantem Pflegedienst entwickelt. Aufgrund der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit können beiderseits Doppelbearbeitungen vermieden werden. Frühzeitige Kontaktaufnahme, Pflegeübergaben am Patientenbett, frühzeitige Kontaktaufnahme zum Hausarzt und gut durchdachte Aufgabenteilung führen zur Entlastung der Entlassmanager, Kontrolle des Pflegedienstes über Art und Umfang der Pflegehilfsmittel und für den Klienten zu einer individuellen Entlassplanung, die ein Gefühl der Akzeptanz und Sicherheit vermittelt. Weitere Vorteile sind aus unserer Sicht frühzeitiges Intervenieren zur Eskalationsvermeidung, da Rückmeldungen über die häuslichen, ärztlichen und pflegerischen Rahmenbedingungen bekannt sind und sich Überspannungen innerhalb der Versorgungsstruktur erkennen lassen. Sorgsamer Umgang mit den eigenen Ressourcen und Aufgabenteilung innerhalb des Versorgungsnetzes schaffen Flexibilität.

Klare Entscheidungswege werden transparent und somit können Unsicherheiten erkannt und vermieden werden. Das Versorgungsstrukturgesetz, das am 1. Januar 2012 in Kraft trat, verlangt Leistungsverbesserungen und Transparenz des Entlassmanagements nach Krankenhausaufenthalt. Ziel des

Entlassmanagements ist es, die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten, die Kommunikation zwischen den beteiligten ambulanten oder stationären Versorgungsbereichen zu verbessern, die Entlastung von Patienten und ihren Angehörigen zu ermöglichen sowie zu einer möglichen Vermeidung des „Drehtüreffektes“ beizutragen (Bundesministerium für Gesundheit, 2012).

### Kosten der Versorgung

Da der Gesetzgeber aber bedauerlicherweise nicht bezifferte, wie eine Verbesserung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung vergütet werden soll, habe ich die Kosten unserer aktiven Beteiligung am Entlassmanagement berechnet.

Die Analyse entstammt der betriebswirtschaftlichen Auswertung meines Pflegedienstes aus dem Jahr 2010.

- Die Aufnahme eines Klienten dauert im Durchschnitt 4,41 Stunden.
- Im Median betrug die Verweildauer eines Klienten 21 Tage.
- Der erwirtschaftete Umsatz pro Klient lag im Durchschnitt bei 1120 Euro in 21 Tagen.
- Grundlage ist ein Stundensatz von 35 Euro x 4,41 Stunden = 154 Euro.
- Unsere Beteiligung an der Entlassung eines Pflegekunden kostet uns 154 Euro.

Jeder im ambulanten Setting verantwortlich Tätige mit einem betriebswirtschaftlichen Hintergrund wird die Zeit für die aktive Entlassplanung nicht unterstützen. Der zeitliche und finanzielle Aufwand scheint auf den ersten Blick sehr hoch.

Allerdings gibt es Gründe, die für die Beibehaltung unseres Konzeptes sprechen. Im Jahr 2012 betrug die durchschnittliche Verweildauer unserer Kunden 32 Tage. Das sind 11 Tage mehr als im Jahr 2010. Die Kunden werden frühzeitiger entlassen. Die Klinikeinweisungen sind aufgrund der präventiven Krisenintervention, der gut ausgearbeiteten Notfallpläne und der frühzeitigen Beteiligung der Hausärzte deutlich gesunken. ■

## FAZIT

Entlassmanagement muss verantwortlich koordiniert werden. Die Vorbereitung der Entlassung erfolgt interdisziplinär und orientiert sich an der Notwendigkeit. Aufgrund unserer Schnittstellenkompetenz, der Kenntnis der Versorgungssysteme und unserer fachspezifischen Kompetenz sind wir als ambulanter Pflegedienst Bestandteil im Entlassmanagement geworden und verbessern somit die Versorgungsstruktur für unsere Klienten.

Ein Mehraufwand, der für alle Beteiligten als durchaus positiv bewertet werden kann.

### Interessenkonflikt

Die Autorin bestätigt, dass es keinen Interessenkonflikt hinsichtlich finanzieller und persönlicher Beziehungen zu Dritten gibt.

### Literatur

- Bundesministerium für Gesundheit (2012). GKV – Versorgungsstrukturgesetz.  
Pflgewiki. Definition Entlassmanagement. <http://www.pflgewiki.de/wiki/Entlassmanagement> [Mai 2013]  
Universitätsklinikum Heidelberg (2013). Konzept des Kliniksozialdienstes für ein patientenorientiertes Entlassmanagement. [http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/klinische\\_sozialarbeit/PDF/Konzept\\_Kliniksozialdienst\\_Entlassmanagement.pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/klinische_sozialarbeit/PDF/Konzept_Kliniksozialdienst_Entlassmanagement.pdf) [Mai 2013]

Korrespondenzadresse:

### Annegret Bode

Gesundheits- und Krankenpflegerin  
Pflegedienstleitung, Fachkraft für Palliative Care und Palliative Care Pädiatrie  
Lebensbaum Ambulanter Palliativpflegedienst  
Bertha- von-Suttner- Straße 14  
79111 Freiburg  
info@lebensbaum-freiburg.de  
www.lebensbaum-freiburg.de



Manfred Stapff

## Projektmanagement: Vom Chaos zur Perfektion

Projekte richtig planen, stressfrei durchführen und korrekt abschließen

Dieses leicht zu lesende, teilweise sogar unterhaltsame Buch stellt die Grundlagen eines gut strukturierten und ergebnisorientierten Arbeitsstils vor, der nicht nur im Gesundheitsbereich, sondern in allen komplexen Projekten hilft, weiser anstatt härter zu arbeiten.

140 Seiten, Paperback Euro 19,90  
ISBN 978-3-86371-061-3