

ONKOLOGISCHE PFLEGE

KONFERENZ ONKOLOGISCHER
KRANKEN- UND
KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)



© Olivier Le Moal (Shutterstock)

TRENDS UND ENTWICKLUNGEN

IN DER ONKOLOGISCHEN VERSORGUNG

FERTILITÄTSPROTEKTION BEI ONKOLOGISCHER THERAPIE | S. 11

MÖGLICHKEITEN BEI MANN UND FRAU
KRYOKONSERVIERUNG
HORMONELLE THERAPIE

SYMPTOMMANAGEMENT DURCH PATIENTEN | S. 21

INTERVENTION PATIENTENEDUKATION
SELBSTMANAGEMENT-KOMPETENZ
SYSTEMATISIERTE BERATUNGSGESPRÄCHE



W. ZUCKSCHWERDT VERLAG
MÜNCHEN

ONKOLOGISCHE PFLEGE

KONFERENZ ONKOLOGISCHER
KRANKEN- UND
KINDERKRANKENPFLEGE (KOK)

Die Zeitschrift hat das Ziel, die Versorgung in der onkologischen Pflege zu fördern. Sie richtet sich an Pflegenden 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.)

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

Herausgeberteam

- Gamze Damnali, Landshut
damnali@kok-krebsgesellschaft.de
- Jörn Gattermann, Bremen
gattermann@kok-krebsgesellschaft.de
- Patrick Jahn, Halle (Saale)
jahn@kok-krebsgesellschaft.de
- Gabi Knötgen, Aurich
knoetgen@kok-krebsgesellschaft.de
- Susanne Kelber, Frankfurt
kelber@kok-krebsgesellschaft.de
- Matthias Hellberg-Naegele, Freiburg
naegele@kok-krebsgesellschaft.de
- Sascha Rödel, Hof
roedel@kok-krebsgesellschaft.de

Redaktionsleitung (im Verlag)

Dr. Anne Glöggler
gloeggler@zuckschwerdtverlag.de

Wissenschaftlicher Beirat

Irène Bachmann-Mettler, Zürich (CH)
Dr. Anja Bargfrede, Potsdam
Gabriele Blettner, Bonn
Rita Bodenmüller-Kroll, Essen
Rosemarie Bristrup, Berlin
Dr. Heike Fink, Bad Oldesloe
Dr. Markus Follmann, Berlin
Carola Freidank, Hannover

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

Gabriele Gruber, München
Dr. Ulrike Helbig, Berlin
Dr. Jutta Hübner, Jena
Heike John, Hannover
Beatrix Kirchhofer, Freiburg
Dr. Monika Kücking, Berlin
Prof. Dr. Margarete Landenberger, München
Andrea Maiwald, Kempen
Sara Marquard, Münster
Karin Meißler, Winsen
Dr. Patrizia Raschper, Bielefeld
Prof. Dr. Karl Reif, Bochum
Sabine Ridder, Zittau
Ralf Schmacker, Varel
Prof. Dr. Henning Schulze-Bergkamen, Wesel
Prof. Dr. M. Heinrich Seegenschmiedt,
Hamburg
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:
Bristol-Myers Squibb GmbH
Jazz Pharmaceuticals Germany GmbH
Janssen-Cilag GmbH
Roche Pharma AG
Teva GmbH

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, zur 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 Rubrik Update Onkologie erscheint 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)

Anzeigenleitung (verantwortlich)

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

Printed in Germany
by Bavaria Druck GmbH, München

© Copyright 2017 by
W. Zuckschwerdt Verlag GmbH

Wichtiger Hinweis für Abonnenten:

Zeitschriften werden trotz Nachsendeantrag nicht nachgesandt. Bitte informieren Sie uns rechtzeitig über Adressänderungen.



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

EDITORIAL



T

Sehr geehrte Leserinnen und Leser,

„Trends und Entwicklungen in der onkologischen Versorgung“ lautet das Schwerpunktthema dieser Ausgabe. Mit Trends und Entwicklungen sind wir im Verlauf unseres gesamten Lebens konfrontiert. Dies betrifft nicht nur das berufliche, sondern auch das private Umfeld. Wie schnell sich Dinge verändern, sehen wir am besten an der fortschreitenden Digitalisierung. Das Smartphone, welches kürzlich seinen 10. Geburtstag gefeiert hat, ist ein gelungenes Beispiel für eine nachhaltige Veränderung, die aus unserem Tagesgeschäft nicht mehr wegzudenken ist. Nicht jeder Trend hat jedoch diese Nachhaltigkeit. Manche Trends sind auch genauso schnell verschwunden wie sie aufgetaucht sind.

In der Onkologie denkt man zu allererst an die Therapieoptionen. Um 1850 hat sich die Tumorchirurgie etabliert, gegen 1900 wurden die ersten Strahlentherapien durchgeführt und 1950 war der Durchbruch für die Zytostatikabehandlung. Um die Jahrtausendwende haben sich die zielgerichteten Therapien entwickelt, somit bleibt die spannende Frage, was wird sich bis 2050 als weiterer Meilenstein in der Krebstherapie etablieren?

Aber auch die Rahmenbedingungen für Patienten wie Pflegefachkräfte und Medizinische Fachangestellte ändern sich ständig. Hier seien beispielhaft die venösen Portkatheter-Systeme oder die zentrale (stationsferne) Zytostatikazubereitung (beides Entwicklungen der 1980er-Jahre) benannt. Selbst in der Berufsbezeichnung zeigt sich Entwicklung: von der Krankenschwester, über die Gesundheits- und Krankenpflegerin, hin zur eventuell demnächst neuen Bezeichnung Pflegefachfrau? Lassen Sie sich von den in den Beiträgen skizzierten neuen Trends und Entwicklungen inspirieren, um eventuell selbst aktiv an der Weiterentwicklung mitzuwirken.

Zum wiederholten Mal werden in diesem Jahr der Pia-Bauer-Preis sowie der KOK-Pflegepreis verliehen. Mit diesen Auszeichnungen sollen Gesundheits- und Krankenpflegende sowie Medizinische Fachangestellte, die sich in besonderer Weise für die onkologische Pflege einsetzen, oder sich in einer Facharbeit intensiv mit einem onkologischen Thema auseinandersetzen, gewürdigt werden.

Falls Sie mit dem Namen Pia Bauer nichts verknüpfen: Pia Bauer (1871–1954) war eine deutsche Krankenschwester und Pionierin der onkologischen Pflege. Ihre Ausbildung begann 1896 im Karlsruher Mutterhaus. Bereits 1899 wurde sie zur Oberin des Heidelberger Hospitals ernannt, 1909 zur Oberin des Samariterhauses, der späteren Radiologischen Klinik am Universitätsklinikum Heidelberg. In diesem Haus fanden überwiegend Krebskranke Aufnahme. Sie war damit eine der ersten Pflegerinnen, die nach der Entdeckung der Röntgenstrahlen und der Einführung der Radiumtherapie Erfahrungen mit der Pflege dieser Patientengruppe machte. Als Oberin leitete sie in dieser Zeit Generationen von Pflegeschülern und Pflegekräften im Umgang mit und in der anspruchsvollen Pflege von onkologischen Patienten an. Für ihre herausragenden Verdienste um die Krebskrankenpflege wurde sie 1933 mit der Florence-Nightingale-Medaille ausgezeichnet. Sie verstarb am 10.12.1954 in Heidelberg und war zu ihrer Zeit mit Sicherheit eine Trendsetterin! Schlagen Sie Kolleginnen und Kollegen als Preisträger vor, oder motivieren Sie Kolleginnen und Kollegen, ihre Facharbeiten einzureichen.

Ich wünsche Ihnen viele neue Anregungen und Freude beim Lesen!

Christian Wylegalla



INHALTSVERZEICHNIS



I

1

PANORAMA

1	Editorial (C. Wylegalla)
4	Vorstand aktuell (K. Paradies)
5	DKG aktuell (J. Bruns)
6	„Balancing Health Care Needs in a Changing Context“ EONS 10, Dublin (P. Jahn)
6	„Von Fall zu Fall“ – Jubiläumskongress 2017 (B. Lebert)
7	Universität Basel verleiht Hans-Rudolf Stoll Ehrendokortitel
7	Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs
8	Portrait Agnes Glaus
10	Randnotiz
54	Erster Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland
54	Buchbesprechung
68	Vorschau auf Heft 2 – Juni 2017
71	Stellenangebote
U2	Impressum
U3	Veranstaltungskalender

11

SCHWERPUNKT

11	Fertilitätsprotektion vor onkologischen Therapien bei der Frau (M. Kühr)
15	Fertilitätsprotektion vor onkologischen Therapien beim Mann (L. Maintz, G. Haidl)
18	Bedeutung und Anwendbarkeit von eHealth in der Onkologie (M. Pobiruchin, R. Zowalla, M. Wiesner)
21	Symptom Navi [®] Programm – Entwicklung 2011–2015 (S. Kropf-Staub, M. Sailer Schramm, S. Zürcher, E. Näf, M. Eicher)
28	Immuntherapie von Tumoren mit Checkpointinhibitoren (F. Overkamp)
32	Delegierbarkeit von Zytostatikagaben in Österreich (H. Titzer, J. Trattner)

35

AUSLESE

35	Mangelernährung bei Patienten mit hämatologisch-onkologischer Grunderkrankung (D. Weeber)
40	Bedeutung von Eisen bei der Therapie onkologischer Erkrankungen (H. T. Steinmetz)
46	Besonderheiten der Pflege innerhalb der Familie (H. Jäckel)
50	Evidenzbasiertes Pflegekonzept bei Hautstörungen in der Onkologie – Auslöser: Target- oder Chemotherapie (S. Seeling, K. Seibert)

55

FORTBILDUNG

55	Onkologische Fort- und Weiterbildung (2) – „Pflege in der Onkologie“ 2015 (D. Donner)
59	Onkologische Fort- und Weiterbildung (3) – Medizinische Fachangestellte (M. Laux)

KOK *pedia*

63	Studien (K. Reif, S. Bachmann)
65	Arzneimittel: Doxorubicin (A. Schwehr, M. Laux)
67	Nebenwirkungen: Fatigue bei Tumorpatienten (H. J. Fink, D. von Holdt)

Kerstin Paradies

Sprecherin des Vorstands
paradies@kok-krebsgesellschaft.de



Vorstand aktuell

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mit der vorliegenden Ausgabe wollen wir mit Ihnen zusammen einen erfolgreichen 7. Jahrgang der „Onkologischen Pflege“ starten. In bewährter Qualität stehen wir für gelebte Interdisziplinarität und informieren Sie, liebe Leser, über Fortschritte, Entwicklungen und Innovationen in der onkologischen Pflege.

Neues aus Genetik und Molekularbiologie fordert individuelle Therapieansätze. Die gezielten und möglichst maßgeschneiderten Therapien versprechen deutliche Verbesserungen bei der Behandlung, erfordern aber ein interdisziplinäres, verantwortungsbewusstes Zusammenarbeiten.

Der Vorstand der KOK lädt Sie ganz herzlich zum 7. KOK-Jahreskongress 2017 vom 08.–09.09.2017 nach Berlin ein. Der Kongress steht unter dem Thema:

Neue Therapien in der Onkologie! – Neue Wege in der Pflege?

Wir freuen uns, mit Ihnen gemeinsam bewährtes Wissen aufzufrischen, spannendes Neues aufzunehmen, kritisch zu diskutieren, aber uns auch in den Pausen mit Kollegen auszutauschen.

Ein sehr wichtiges Anliegen ist uns seit jeher, unsere Berufsgruppe zu stärken und auf die relevanten Entscheidungsträger Einfluss zu nehmen. Wir wollen Sie als Pflegende aber auch individuell stärken, um Ihnen an Ihrem Arbeitsplatz Argumente und die notwendige Sicherheit zu geben, Ihren Arbeitgebern und Vorgesetzten Ihre Probleme und Bedürfnisse vorzutragen. Letztlich sind Ihre Probleme und Bedürfnisse gleichermaßen auch diejenigen der Patienten und Angehörigen bzw. haben unmittelbare Auswirkungen auf die Ihnen anvertrauten Menschen. Als verantwortungsbewusste Pflegekraft benötigen

Sie selbst ein starkes Fundament, um anderen in schwierigen Situationen helfen zu können. Nur wenn Sie sozusagen „den Rücken frei haben“, können Sie funktionieren.

Ende Januar trafen sich – und in Zukunft regelmäßig – Vertreter der Pflegekammern und der Pflegeberufsverbände, um eine gemeinsame Richtung festzulegen, die Forderungen der Pflegenden nachhaltig zu artikulieren und auf Erfüllung zu drängen, insbesondere jetzt im Bundestagswahljahr. Ein ständiger Diskussionspunkt sind die Kosten für die bessere, d. h. leistungsgerechte Bezahlung der Pflegekräfte. Immer, wenn die Frage entschieden werden soll, wer letztendlich die Kosten dafür zu übernehmen hat, trifft man auf starke Gegenwehr, wenn nicht sogar auf Ablehnung.

Dazu ein Beispiel: Die Landesregierung des Saarlands hatte Mitte Januar bekanntgegeben, man werde in den neuen Krankenhausplan Regeln zur Mindestausstattung für Pflegekräfte und Ärzte aufnehmen. Sofort regte sich massiver Widerspruch seitens der saarländischen Landesvertretung des Ersatzkassenverbands (VDEK). Man lehne eine Übernahme von Zusatzkosten ab, da das Saarland seinen Investitionspflichten nicht nachkäme, sodass die Krankenhäuser gezwungen wären, notwendige Investitionen – dazu gehören auch die Kosten für die personelle Ausstattung – aus den Einnahmen der Vergütung von Behandlungen zu finanzieren. Egal, wer in diesem Fall recht haben mag, bei den Pflegekräften stößt dieser Streit, der rasch beigelegt werden muss, auf Unverständnis.

Ihre Kerstin Paradies

Dr. Johannes Bruns

Generalsekretär

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.
bruns@krebsgesellschaft.de



DKG aktuell

Die DKG ist eine starke Marke. Oder doch nicht?

Der Begriff Marke ist für viele ein ebenso schillernder wie abstrakter Begriff. Dass Mercedes-Benz, Chiquita-Bananen, Apple, Miele oder Bayern München jeweils starke Marken sind, die bestimmte Assoziationen über Branche, Produktqualität, Verlässlichkeit (oder das Gegenteil) auslösen, weiß man. Diese Marken haben einen enorm hohen Marktwert und eine Kundenbindung über Generationen. In DKG-Sprache übersetzt hieße das: Eine dauerhaft gewichtige Stimme in Politik, Wissenschaft, Versorgung und Bevölkerung zu sein und somit die Position des Ansprechpartners Nr. 1 in allen Fragen der Onkologie zu haben. Zum anderen: Über Jahrzehnte stabile bzw. steigende Mitgliedszahlen, weil es eine Ehre ist, Mitglied der DKG oder sogar Sprecher einer Arbeitsgemeinschaft zu sein. Ist es für uns erstrebenswert, eine Marke zu sein? Ja, weil es hilft, unabhängig von Produkten, Personalien, künftigen Regierungen und Finanzlagen unser Ziel zu erreichen, nämlich die beste Versorgung von Krebspatienten, die denkbar ist.

Der Vorstand der Deutschen Krebsgesellschaft hat im Sommer 2016 begonnen, den Markenstatus der DKG zu analysieren – zunächst intern, durch Befragungen im Vorstand, in der Geschäftsstelle, bei den Landeskrebsgesellschaften (Sektion A), in allen Arbeitsgemeinschaften (Sektion B) und bei den Fördermitgliedern (Sektion C). Gefragt wurde nach Stärken und Schwächen, Potenzialen und Herausforderungen sowie nach der aktuellen und der künftigen Positionierung. Nun liegen die Ergebnisse vor. Es gibt Übereinstimmungen in wichtigen Themen, zum Beispiel im Selbstverständnis. „Die DKG engagiert sich für eine Krebsversorgung auf der Basis von evidenzbasier-

ter Medizin, Interdisziplinarität und hohen Qualitätsstandards.“ Damit können sich alle identifizieren. Es fehle aber die Patientenorientierung, so die Befragten. Große Einigkeit unter den Befragten herrschte auch bei der Frage nach den Stärken: Es sind eine hohe Fachlichkeit, Wissen, Kompetenz und die Produkte (Zertifizierung, Leitlinien, Deutscher Krebskongress, Nationaler Krebsplan bzw. politischer Einfluss allgemein). Klares Verbesserungspotenzial und konkrete Aufgaben wurden besonders für folgende Bereiche formuliert: Kommunikation zwischen den Einheiten, die DKG als gemeinsames Dach, Zugehörigkeitsgefühl zur DKG (Wir-Gefühl), politische Einflussnahme, Patientenorientierung, Positionierung/einheitliches Erscheinungsbild. Die detaillierten Ergebnisse der Analyse können in der Geschäftsstelle angefordert werden.

Es ist also durchaus noch Luft nach oben. Nun ist zu überlegen, wie wir mit den Ergebnissen umgehen, denn eigentlich formulieren sie klare Aufgaben an jeden von uns. Der große Wurf ist hier nicht unbedingt gefragt, aber kleine Schritte sind zur Stärkung der Marke DKG immer machbar.

Ihr

Dr. Johannes Bruns

„Balancing Health Care Needs in a Changing Context“ EONS 10, Dublin

Am 17. und 18. Oktober trafen sich mehr als 500 onkologisch Pflegende zum Kongress der European Oncology Nursing Society in Dublin, Irland. In den sehr interessanten Räumen des Aviva Stadiums, eines Fußballstadions im Herzen von Dublin, erfolgte an den beiden Kongresstagen ein intensiver Austausch zu Themen wie Survivorship und Rehabilitation nach der Tumorbehandlung, Messung von Lebensqualität und patientenberichteten Ergebnissen in der täglichen Pflegepraxis, Nebenwirkungsmanagement, Palliativpflege sowie den gestiegenen Anforderungen und der Komplexität in der ambulanten Versorgung von Tumorpatienten. Aber auch Themen zur besseren Wahrnehmung der Leistung und zur Weiterentwicklung der onkologischen Pflege wurden diskutiert, wie zum Beispiel neue Berufsrollen, erweiterte Pflegepraxis und Verantwortung.

Der Kongress wurde gemeinsam mit der Jahrestagung der Internationalen Gesellschaft für Psychoonkologie (IPOS – International Psycho Oncology Society) organisiert, es gab mehrere gemeinsame Veranstaltungen. Im Umgang mit Belastungen von Tumorpatienten gibt es eine große Schnittmenge mit den Psychoonkologen und von diesem interprofessionellen Austausch können insbesondere die Patienten profitieren.

Die KOK war, vertreten durch Patrick Jahn, erstmalig Mitglied im wissenschaftlichen Planungsstab und dadurch aktiv in die Organisation der Tagung eingebunden. Wir profitieren viel von dem Austausch mit den europäischen Partnern und können



Der EONS-Kongress 2016 fand im Aviva Stadium in Dublin statt.
Foto: © 2016 HarrisDPI.com

auch unsere eigene Perspektive mit einbringen, sodass es für die Zukunft wünschenswert wäre, wenn mehr deutsche Kolleginnen und Kollegen teilnehmen würden. Dieses Mal waren es nur fünf deutsche TeilnehmerInnen. Eindrücke vom Kongress finden Sie unter <http://www.cancernurse.eu/communication/eons10.html>. ■

Dr. Patrick Jahn
jahn@kok-krebsgesellschaft.de

„Von Fall zu Fall“ – Jubiläumskongress 2017

Der 20. Heidelberger Pflegekongress Onkologie feiert vom 12. –14. Juni 2017 einen besonderen Anlass. Vor 25 Jahren startete hier die erste zweijährige, berufsbegleitende Weiterbildung für Pflegende in der Onkologie Deutschlands.

Was hat sich in den letzten 25 Jahren verändert? Die Krebs-Inzidenzrate ist gestiegen, die Versorgung krebserkrankter Menschen ist wesentlich komplexer geworden und die Erwartungen krebserkrankter Menschen gehen sehr weit auseinander. Damit steigt der Beratungsbedarf von Pflegenden und wird auch zunehmend anspruchsvoller. Das diesjährige Motto des Heidelberger Pflegekongresses Onkologie will diesem Umstand Rechnung tragen und einzelne Patientensituationen gezielter beleuchten. Deshalb das Motto „von Fall zu Fall“. Viele Absolventen der onkologischen Weiterbildung präsentieren und diskutieren in Seminaren praktische Fälle, die eine zunehmend

anspruchsvoller werdende Pflege aufzeigen. Das Symposium wagt neben dem breiten Blick auf die Pflege krebserkrankter Menschen der Gegenwart auch einen Blick in die Zukunft.

Deutschlands Onko-Team 2017 wird gesucht und beim Symposium ausgezeichnet. Die Preise werden von der KOK (Konferenz Onkologischer Kranken- und Kinderkrankenpflege) zusammen mit dem Krebsverband Baden-Württemberg e. V. ausgeschrieben und überreicht.

Informationen über die Ausschreibung zu Deutschlands Onko-Team, zum Programm und zur Anmeldung finden Sie unter www.krebs.uni-hd.de. ■

Burkhard Lebert, Heidelberg
lebert@uni-hd.de

Universität Basel verleiht Hans-Rudolf Stoll Ehrendokortitel

Mit ihrem Ehrendokortitel hat die Medizinische Fakultät der Universität Basel das Lebenswerk von Hans-Rudolf Stoll gewürdigt. Er leistete Pionierarbeit in der Onkologiepflege Schweiz und war maßgeblich an der Entwicklung einer patientenzentrierten und evidenzbasierten Onkologiepflege im Spital und im häuslichen Bereich beteiligt, ebenso in der akademischen Ausbildung und in der Forschung.

„Neue Versorgungsmodelle sind prioritär, um den Gesundheitsbedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Die Advanced Practice Nurses spielen eine zentrale Rolle in neuen Versorgungsmodellen. Mein Werdegang zeigt, wie eine Advanced Practice Nurse in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsprofis ein neues Versorgungsmodell für interne und externe Onkologiepflege aufbauen und ein Mehrwert für Patienten und deren Familien sein kann. Ich freue mich sehr über die Anerkennung der Medizinischen Fakultät, die damit auch die Bedeutung der Pflege in der Gesundheitsversorgung bekundet.“, so Hans-Rudolf Stoll.

Hans-Rudolf Stoll erlangte 1993 an der University of Surrey (England) einen Master of Science in Advanced Clinical Practice (Cancer Nursing) und war eine der ersten Pflegefachpersonen mit Masterabschluss (Advanced Practice Nurse, APN), die in der



Abbildung: Verleihung des Ehrendoktors der Universität Basel an Hans-Rudolf Stoll. Von links: Prof. Thomas Gasser, Dekan Medizinische Fakultät der Universität Basel; Hans-Rudolf Stoll, Ehrendoktor; Prof. Andrea Schenker-Wicki, Rektorin Universität Basel; Dr. Werner Kübler, Direktor Universitätsspital Basel.

klinischen Praxis in der Schweiz arbeiteten. Er war stets auch in der klinischen Versorgung von KrebspatientInnen tätig. Seit seiner Pensionierung im Dezember 2014 arbeitet Hans-Rudolf Stoll weiterhin bei klinischen Kursen mit. Zudem engagiert sich der 64-Jährige in Bosnien-Herzegowina für ein DEZA-Entwicklungsprojekt zur Fortbildung von Pflegefachpersonen und zur Verbesserung der Versorgungsqualität. ■

Nach Informationen der Universität Basel,
Fachbereich Pflegewissenschaft – Nursing Science.

Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs

Etwa 15 000 aller jährlich neu diagnostizierten Krebspatienten sind zwischen 18 und 39 Jahre alt. Sie benötigen eine spezielle medizinische und psychosoziale Behandlung und Versorgung. Plötzlich sehen sich die jungen Frauen und Männer mit besonderen Problemen auch außerhalb der Krankheit konfrontiert: Kinderwunsch und Familienplanung, die Unterbrechung der Ausbildung oder wirtschaftliche und soziale Notlagen. Die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs setzt sich für die Verbesserung der Therapiemöglichkeiten und der Nachsorge ein und ist gleichzeitig Ansprechpartner für Fragen der Patienten, Angehörigen, Wissenschaftler, Unterstützer und Öffentlichkeit.

Die Stiftung wurde im Juli 2014 von engagierten Medizinern der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e. V. (DGHO) gegründet. Die Stiftung ist als gemeinnützig anerkannt und ihre Arbeit wird ausschließlich durch Spenden finanziert.

Projekte, wie das „Junge Krebsportal“ (www.junges-krebsportal.de) oder Promotionsstipendien für junge Wissenschaftler, die im Themenbereich „Junge Erwachsene mit Krebs“ forschen, werden sehr gut angenommen. Im „Jungen Krebsportal“ beantworten Experten die Fragen junger Menschen, die an Krebs erkrankt sind oder waren, an einem Rezidiv leiden oder mit

den Folgen der Krebserkrankung kämpfen. Die Beratung findet im Online-Chat, telefonisch oder im persönlichen Vor-Ort-Gespräch statt und ist für die jungen Betroffenen kostenlos.

Für ihr aktuelles Projekt „Jung & Krebs – Erste Hilfe – Tipps von Betroffenen“ arbeitete die Stiftung mit zwölf jungen Krebspatienten zusammen. Das zum Projekt gehörende Faltblatt gibt praktische Hilfen im Umgang mit der unmittelbar gestellten Krebsdiagnose, mit dem Arbeitgeber und den behandelnden Ärzten sowie für die Gespräche mit Angehörigen und Freunden. Das knallbunte Faltblatt soll Mut machen und Selbstbewusstsein geben. Die dazugehörige Webseite www.erstehilfe-krebs.de vertieft die Themen in kurzen Videos und Interviews mit Betroffenen. ■



Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs, Berlin
www.junge-erwachsene-mit-krebs.de
info@junge-erwachsene-mit-krebs.de



Hartmut Jäckel

Jedermann Gruppe e. V., Brandenburg an der Havel

Besonderheiten der Pflege innerhalb der Familie

In den 1990er-Jahren war bei vielen in der Hauskrankenpflege Tätigen die größte Motivation, die Tätigkeit weitgehend selbstständig gestalten zu können und Erfolg und Misserfolg unmittelbar zu erleben. Die Zeit bei den PatientInnen war darüber hinaus deutlich größer als die, die im Krankenhaus zur Verfügung stand. Zeit für die Arbeit mit PatientInnen und Angehörigen zu haben, wird in Diskussionen mit Pflegefachkräften immer wieder als ein Hauptkriterium für berufliche Motivation und zugleich als K.-o.-Faktor für die erlebte berufliche Realität geschildert. Vieles hat sich seit der Anfangszeit in der Hauskrankenpflege verändert. Hauskrankenpflege ist immer mehr zur Pflege im Minutentakt geworden und die Frage ist, wie lange Pflegebedürftige und die Pflegenden das noch aushalten.

Als später die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) aufgebaut wurde, war wieder mehr Zeit für die Pflege und Betreuung der PatientInnen vorhanden. Allerdings ist der anspruchsberechtigte Personenkreis auf schwer kranke und sterbende Menschen mit komplexem Symptomgeschehen eingegrenzt. Der größte Teil von ihnen sind Menschen mit onkologischen Erkrankungen, die in der Regel eine Vielzahl von Krankenhausaufenthalten und meist damit verbunden, belastenden Therapien hinter und manchmal auch vor sich haben. Sie haben dies auf sich genommen, weil sie Hoffnung hatten, dass Krisensituationen überwunden werden können oder gar Heilung erzielt werden kann. Die Entlassung nach Hause ist für die PatientInnen jedoch selten mit der Nachricht der Heilung verbunden. Vielmehr müssen sie erkennen oder sind am Beginn der Erkenntnis, dass nun die palliative Versorgung im Fokus steht. Was das bedeutet, ist oft nur mit wagen Vermu-

tungen unterlegt. Nur zögerlich wird dann die Palliativversorgung angenommen. Auch in meinen Untersuchungen im Zusammenhang mit der Hospizaufnahme erlebte ich dies. In einem Interview sagte Frau B.: „Na, ich war zunächst ein bisschen erschrocken. Also, weil Hospiz, so denkt man immer, die letzte Station ist, die man im Leben hat. Und ich war eigentlich immer so ein bisschen abgeneigt, muss ich sagen.“ Die Verbindung mit der letzten Station, also dem unausweichlichen Ende, tritt mit dem Wort Hospiz deutlicher zu Tage, als in der vertrauten Umgebung, in der der Tod ebenso unausweichlich eintreten würde (Jäckel, 2011). Vor Kurzem erlebte ich eine ähnliche Reaktion bei der Aufnahme eines Patienten in die SAPV, der mir zunächst wortlos die SAPV-Verordnung hinlegte und dann sagte: „Das war’s jetzt.“ Einige Zeit später erzählte er, dass er kürzlich beim Aufnahmegespräch seiner Mutter in die SAPV dabei war und so erfuhr, was diese Abkürzung bedeutet.

In den nachfolgenden Betrachtungen liegt der Fokus auf der Betreuung schwerkranker und sterbender Menschen, auch wenn häusliche Pflege natürlich viel mehr ist.

Pflege zu Hause bis zum Schluss – das wäre am Besten

Was bedeutet es, in schwerer Krankheit zu Hause gepflegt zu werden? Was bedeutet der Wunsch, zu Hause gepflegt zu werden, für die Familie? Und ist dabei das Sterben mit eingeplant?

Wir können heute davon ausgehen, dass der überwiegende Teil der Menschen in schwerer Krankheit zu Hause im Kreise seiner Familie betreut werden möchte. Auch auf die Frage,

Zusammenfassung und Schlüsselwörter	Summary and Keywords
Besonderheiten der Pflege innerhalb der Familie Schwerkranke und sterbende Menschen wünschen sich, zu Hause in der Familie betreut zu werden. Dies stellt hohe Anforderungen an die Pflegenden und an die Familienangehörigen. Die Angehörigen zu stärken, ist eine der wesentlichen Aufgaben der Profis.	Characteristics of Caring for Relatives Critically ill and dying patients wish to be taken care of by their family members at home. This is quite a challenge for health care professionals and for relatives. An essential task of health care professionals thereby is to strengthen the family members.
Rahmenbedingungen · Belastungen · Trauer · Familien pflegen	General framework · Burden · Mourning · Care of families

wo sie sterben wollen, antworten 70–90 % mit „zu Hause“. Die Realität ist jedoch eine andere. „Faktisch sterben 60–80 % der Menschen in Organisationen, d. h. im Krankenhaus und im Pflegeheim. Also dort, wo sie dezidiert nicht sterben wollen.“ (Heller & Heimerl, 2007)

Trotz schwerer Krankheit zu Hause bleiben zu können, muss eine besondere Bedeutung für uns haben, wenn es die überwiegende Zahl der Menschen will.

„Egal ob als Kind, Erwachsener, Alter oder Sterbender, egal, ob ich allein oder mit anderen zusammen wohne, und egal, wie groß ein Hilfebedarf ist: Ich kann schlechterdings eine für mich erforderliche Hilfe nur in der Wohnung, die ich als meinen Haushalt führe, wollen. Ausnahmen verdanken sich meist verständlicher, aber falscher Rücksicht auf andere. (...) Mein Haushalt ist der Mittelpunkt meiner Lebenswelt, weshalb Hilfen nur unter den Bedingungen dieser Lebenswelt optimal wirksam werden können. Denn mein Haushalt ist der Ort meiner biografischen Erinnerung, damit meines Lebensstils, der Anker meines Gefühls- und Rollenhaushalts, nicht nur der Ort meiner Selbstbestimmung, sondern auch meiner Bedeutung für Andere, (...)“ (Dörner, 2007)

Diese kategorische Ausrichtung auf die häusliche Pflege hat jedoch auch Konsequenzen und braucht Rahmenbedingungen, die diese so optimal wie möglich werden lassen. Bettina Sandgathe Husebö und Stein Husebö (2004), norwegische Palliativmediziner, beschreiben hierzu fünf Voraussetzungen:

1. Es muss ein eigenes Zuhause geben.
2. Es muss immer jemand zu Hause sein.
3. Patient und Angehörige müssen wollen, dass der Patient zu Hause ist.
4. Heimkrankenpflege und Heimkrankenhelfer/in müssen die nötige Fachkompetenz, Motivation und Ressourcen haben – bei Tag und Nacht.
5. Ein Arzt mit Engagement und palliativer Kompetenz muss die medizinische Verantwortung tragen – bei Tag und Nacht.

Setzen wir ein eigenes Zuhause oder das Zuhause eines Familienangehörigen voraus, so bleiben immer noch sehr anspruchsvolle Voraussetzungen, die durch die Betroffenen, deren Familienangehörige und die ärztlichen und pflegerischen Helfer zu leisten sind.

Was bedeutet häusliche Pflege schwerkranker und sterbender Menschen für Angehörige?

Zunächst braucht es, wie schon durch Husebö beschrieben, die Bereitschaft, dies zu tun. Diese Bereitschaft wird in vielen Fällen sehr hoch sein, scheint es doch nahezu selbstverständlich, sich auch in schwierigen Zeiten um den geliebten Angehörigen zu kümmern.

An- und Zugehörige, wie dies Wenzel & Pleschberger (2012) beschreiben, unterliegen jedoch vielfältigen Belastungen, die oftmals erst nach und nach an Bedeutung erlangen. Einige davon seien an dieser Stelle genannt:

- Druck, weil das Zuhause mit Attributen, wie Normalität, Sicherheit und Geborgenheit konnotiert wird
- Hilflosigkeit gegenüber dem progressiven Fortschreiten der Krankheit und das Mitansehen des körperlichen Verfalls
- Schmerz und Leiden auf körperlicher Ebene mit ansehen zu müssen
- keine Gewissheit darüber zu haben, wie die nächsten Tage, Wochen oder Monate sich gestalten, und dennoch zu wissen, dass irgendwann der Tod des geliebten Menschen eintritt

Anders als wir professionell Pflegenden haben viele Familien kaum Vorerfahrungen in der Pflege. Das Sterben in der Familie ist, anders als noch vor hundert Jahren, längst keine Selbstverständlichkeit mehr. „Dass das Lebensende zum „Problem“ geworden ist, hat (...) mit dem Zerbröckeln von Familie und Nachbarschaft zu tun. Auch mit der rasanten Individualisierung, die es uns schwer macht, sterbende Angehörige bei uns zu haben, da sie ja doch den Alltag völlig verändern und ungewohnte Einschränkungen abfordern. Diese Individualisierung schlägt am Ende des Lebens auf uns zurück.“ (Gronemeyer & Heller, 2012)

Veränderungen ergeben sich aus der Neuverteilung von Rollen, die vorher der oder die Betroffene innehatte, der Entstehung neuer Aufgabenfelder, wie der Übernahme der Pflege oder der Organisation von Hilfen oder einer neuen Tagesstruktur, die letztlich auch durch uns Profis beeinflusst wird. Nicht zuletzt verändert sich die Lebenswelt der Betroffenen und ihrer Familie auch durch das Aufstellen eines Pflegebettes mitten im Wohnzimmer oder einer Vielzahl medizinischer Geräte, die eher an ein Krankenhaus als ein zu Hause erinnern.

Was bedeutet Pflege in einem familiären System für professionell Pflegenden?

„Die häusliche Palliative Care unterscheidet sich in vielen Punkten von einer Versorgung in stationären Einrichtungen, da palliativmedizinische und pflegerische Betreuung in der Lebenswelt der Betroffenen stattfindet. Damit greifen Strategien der Distanzierung und Abgrenzung, die das professionelle Handeln charakterisiert, nicht in demselben Ausmaß wie im stationären Kontext.“ (Lindner, Pleschberger & Wenzel, 2012)

Professionell Pflegenden sind Gäste in einem familiären System. Sie bewegen sich damit in einem durch die Familie bestimmten Gefüge von Auffassungen, Werten und Regeln. Zugleich greifen sie bewusst oder unbewusst in diese ein. Die Betroffenen und deren Angehörige bestimmen in hohem Maße darüber, wer sie besuchen darf, wann ein Besuch stattfindet und

auch was in der Zeit des Besuches erfolgen darf. Dies bedeutet, dass die Pflegenden sich zunächst mit den Lebensumständen der Betroffenen und deren An- und Zugehörigen auseinandersetzen müssen. Dies ist nicht immer leicht, vor allem, wenn die Auffassungen und Ansprüche der Pflegenden von denen der Familie stark abweichen, die Ordnung im Haushalt oder die Vorstellungen von Hygiene divergieren oder vorgegebene Pflegeleistungen oder Behandlungsmaßnahmen nicht erfolgen dürfen, weil der Betroffene nicht einwilligt. Schnell können Pflegenden versucht sein, ihre Maßstäbe durchzusetzen, was regelhaft zu Konflikten führen wird. Auch der Haushalt eines Messies ist dessen Lebensraum, der nur dann verändert werden darf, wenn der oder die Betroffene dies wünscht.

Beziehungen und Trauer

In Familien zu pflegen heißt auch, dass Beziehungen sehr schnell entstehen und eine besondere Tiefe erlangen können. Durch die zum Teil sehr lange Dauer der Betreuung intensiviert sich oft auch die Beziehung. Ohne die Struktur der Krankenhaushierarchien sind die Pflegenden in der Häuslichkeit viel schutzloser. „Was sich auf die Versorgung so positiv auswirkt, hat jedoch auch Nebenwirkungen auf die professionell Handelnden selbst. Das Eingehen intensiver Beziehungen zu sterbenden Menschen ist bereichernd, aber auch belastend – es zieht die Konfrontation mit dem Sterben nach sich.“ (Lindner et al., 2012) Gerade die Pflege und Betreuung onkologischer Patientinnen und Patienten und insbesondere die palliative Versorgung sind besonders eng mit dieser Konfrontation verbunden.

Unser Palliativteam betreut mit zehn Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern pro Jahr 250–300 vorwiegend onkologische PatientInnen, von denen circa 200–250 versterben. Die Pflegenden wissen rein rational, dass die Beziehungen zu diesen PatientInnen mit deren Versterben abbrechen. „In der Annahme und Offenheit dem Sterben und den Sterbenden gegenüber liegt auch gleichzeitig die Gefahr, allzu viel von sich zu geben, womit ein ständiges Ausbalancieren von rechtem Geben und Nehmen notwendig ist. Wie bei Sterbenden selbst sind auch die betreuenden Menschen besonderen Belastungen ausgesetzt. Sie werden zwangsläufig mit eigenen Grenzen konfrontiert.“ (Lindner et al., 2012) Solche Grenzen können sich aus der Behandlungssituation ergeben, wenn die Möglichkeiten der Symptomkontrolle dennoch kein gutes Behandlungsergebnis nach sich ziehen, wie dies zum Beispiel bei der Versorgung exulzierender und entstellender Wunden der Fall sein kann. Grenzen treten auch zutage, wenn sich persönliches Erleben oder die aktuelle Lebenssituation mit der des Betroffenen vermischen. Das Erleben der Mutter, deren Kinder im gleichen Alter sind wie die der Pflegenden, oder noch sehr junge PatientInnen zu betreuen, kann schnell zu solchen Grenzen führen.

Wir wissen, dass Verluste zu Trauer führen. Bei sehr engen Beziehungen, wie sie in unserer Arbeit immer wieder entstehen, kann daher durch den Tod des Patienten auch tiefe Trauer entstehen. Im Wissen darum gehört es zur professionellen Begleitung Sterbender, dass Sicherungssysteme geschaffen und gepflegt werden, die die Mitarbeiter/innen befähigen mit schwierigen Situationen umzugehen, belastende Situationen aufzulösen und Trauer Raum zu geben. Dazu gehört zunächst das eigene Wissen, welches zum Beispiel in Palliative-Care-Kursen vertieft werden kann. Dazu gehören aber auch Rituale, Supervisionen, kollegiale Beratungen und ein starkes Team. „Vor allem sollten wir daran denken, das Team um uns herum zu genießen, die Vielfalt der Standpunkte, Erfahrungen und auch der Ansprüche als Bereicherung zu empfinden und nicht als Bedrohung. Für alle Mitarbeiter im Team ist es wichtig, nicht nur auf Konflikte und Probleme zu sehen, sondern auch die Erfolge in der Betreuung der Patienten zu feiern. Dann können die Ansprüche an die eigene Arbeit von einem Belastungsfaktor wieder zu einem Motor der Weiterentwicklung werden.“ (Radbruch & Rolke, 2013) Dass es Erfolge in der Betreuung sterbender Menschen geben kann, können sich Außenstehende oft nicht vorstellen.

Die multidisziplinären Teambesprechungen, die wir vierzehntägig durchführen und an denen neben unseren PalliativmedizinerInnen und Pflegenden auch eine Vertreterin des ambulanten Hospizdienstes und eine Apothekerin teilnehmen, stellen sich diesem Anspruch. In der Reflexion von Versorgungssituationen werden Probleme und Erfolge diskutiert. Wenn es durch gute Symptomkontrolle gelingt, dass der Patient und seine Angehörigen wieder Hoffnungen zurückgewinnen können und auch den Sterbeprozess als Teil des Lebens anerkennen, dann ist das einer dieser Erfolge. Zumeist steht am Ende unserer Diskussion im Team ein versöhnlicher Abschluss, der es ermöglicht, sich auf die neuen Situationen besser einzulassen. Wenn wir uns um andere sorgen wollen, müssen wir stets Sorge tragen, selbst ganz zu bleiben.

Pflegen in der Familie heißt auch die Familie „pflegen“

Die Familienangehörigen unterliegen vielfältigen Belastungen, wie bereits oben beschrieben. Anders als wir professionell Pflegenden hatten sie meist keine oder sehr wenige ähnliche Situationen zu bewältigen. Vieles, was für Pflegenden nahezu selbstverständlich zum Krankheitsprozess dazu gehört, ist für die Betroffenen und deren Angehörige neu, ungewohnt und angstbesetzt. Jeder Krankheitsprogress wirft neue Fragen auf und setzt starke Gefühle frei, mit denen sich die Pflegenden auseinandersetzen müssen.

Andrea Gasper-Paetz arbeitete wichtige Fragestellungen heraus, die es in der Zusammenarbeit mit Zugehörigen zu bedenken gilt:

- Sprechen wir die gleiche Sprache?
- Gehen wir im gleichen Tempo?
- Haben wir Bedürfnisse und Erwartungen wirklich geklärt?
- Sind wir ein Team? – Vom Nebeneinander zum Miteinander
- Ziele in der Arbeit mit Zugehörigen

„Zu den zentralen Aufgaben von Palliative Care gehört es deshalb, Informationen verstehbar zu machen, Situationen handhabbar zu gestalten und den Raum und die Möglichkeit zu geben, sich, seine Rolle und das Leben als wichtig und sinnvoll zu erkennen und emotional zu erleben.“ (Gasper-Paetz, 2013)

Ich halte es für einen zentralen Aspekt der Pflege in Familien, dafür zu sorgen, dass An- und Zugehörige wichtig bleiben. Dazu gehört, dass wir deren Vorerfahrungen würdigen, sie bei dem unterstützen, was sie selbst tun wollen und ihnen nicht in falsch verstandener Fürsorge Arbeit wegnehmen. „Die Angehörigen bleiben immer die primär Verantwortlichen für einen Hilfsbedürftigen. Und sie wollen ihre Verantwortung so gut wie nie von hundert Prozent auf null Prozent herunterfahren, sondern in aller Regel nur von hundert Prozent, wenn sie nicht mehr können, auf achtzig, vierzig, dreißig oder zehn Prozent.“ (Dörner, 2009)

Wenn Sie jetzt denken, dass die verbleibenden Prozente unsere Aufgabe als professionell Pflegende sind, dann stimmt das nur zum Teil. Die größere Aufgabe besteht nach meiner Überzeugung darin, den An- und Zugehörigen ihre achtzig, vierzig, dreißig oder zehn Prozent zu ermöglichen und ihnen zugleich die Gewissheit zu geben, dass sie in erster Linie Angehörige und nicht Pflegende sind. ■

Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- Dörner, K. (2007). *Leben und sterben, wo ich hingehöre*. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus.
- Dörner, K. (2009). Die Angehörigen sind die geborenen Feinde der Profis. *Praxis Palliative Care*, 3, 18-21.

- Gasper-Paetz, A. (2013). „Es sind ja nicht nur die Patienten...“ Besondere Beziehungen zu den Zugehörigen als Belastungsfaktor. In M. Müller, D. Pfister (Hrsg.), *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Gronemeyer, R., & Heller, A. (2012). Zu Hause sterben? Über die Zukunft einer Illusion. In: K. Wegleitner, K. Heimerl, A. Heller, A. (Hrsg.), *Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Heller, A., & Heimerl, K. (2007). Zur Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung des Sterbens – Oder: Wollen wir wirklich alle zu Hause sterben? In A. Heller, K. Heimerl, S. Husebö (Hrsg.), *Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Sandgathe Husebö, B., & Husebö, S. (2004): *Die letzten Tage und Stunden*. Palliative Care für Schwerkranken und Sterbende. Broschüre: Grüenthal.
- Jäckel, H. (2011). *Das Hospiz als zweitbeste Lösung. – Was bewegt Menschen in Brandenburg, in ein Hospiz zu gehen?* Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Philosophie. Alpen-Adria-Universität Klagenfurt/Wien/Graz, IFF.
- Lindner, D., Pleschberger, S., & Wenzel, C. (2012). Trauer von MitarbeiterInnen in der häuslichen Palliative Care. In K. Wegleitner, K. Heimerl, A. Heller (Hrsg.), *Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.
- Radbruch, L., & Rolke, R. (2013). Eine anspruchsvolle Tätigkeit. Hauptbelastungsfaktor der Mitarbeiter. In M. Müller, D. Pfister (Hrsg.), *Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht.
- Wenzel, C., & Pleschberger, S. (2012). Sterben zu Hause – Herausforderungen für An- und Zugehörige. In K. Wegleitner, K. Heimerl, A. Heller (Hrsg.), *Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne*. Ludwigsburg: der hospiz verlag.

Angaben zum Autor

Dr. phil. Hartmut Jäckel
 Krankenpfleger, MAS Palliative Care, Trainer für Palliative Care
 Koordinator der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung
 Brandenburg/Havel und Havelland

Jedermann Gruppe e. V.
 Bauhofstraße 50
 14776 Brandenburg an der Havel
 jaeckel@jedermann-gruppe.de

Pia-Bauer-Preis



Pflegekompetenz in der Onkologie
 KOK-Krebsgesellschaft.de

Mit dem Pia-Bauer-Preis möchten wir Kolleginnen/Kollegen wertschätzen, die sich in besonderer Weise für die onkologische Pflege in Deutschland verdient gemacht haben.

Einsendeschluss: 31.07.2017 per E-Mail, max. eine Seite, an nominierung@kok-krebsgesellschaft.de
 Die eingesendeten Nominierungen werden von einer unabhängigen Jury der KOK beurteilt.

Weitere Infos unter: www.kok-krebsgesellschaft.de