Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

AUSGABE 02 12

FORUM

Dreiländerkongress 2012

22.-24. November in Konstanz

WEITERE THEMEN DIESER AUSGABE

- Fachartikel: Reduktion der LDL-Konzentration bei kardio-vaskulären Erkrankungen: Je mehr desto besser?
- Bericht über Jahreshauptversammlung
- Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apharesepatienten
- Informationen zum Dreiländerkongress, Chiemsee-Seminar und zum Pflegeforum Nephrologie in Rotenburg

> Inhalt

Termine des fnb 03

Aufruf Gambro-Nachwuchspreis 03

Bundesarbeitsgemeinschaft BANP 04

Mitglieder werben Mitglieder 04

Einladung zum Dreiländer-Kongress 05

Bericht über Jahreshauptversammlung 06

Ankündigung Chiemsee-Seminar 2012 07

Schulung vor Ort 2013 „Vorhofkatheter für Hämodialyse“ 07

Einladung zum Hauptstadt-Kongress 08

Präsentation: Studienergebnis Shuntpunktion 09

Einladung zum Pflegeforum Nephrologie 2013, Rotenburg 11

Fachartikel: Reduktion der LDL-Konzentration bei kardiovaskulären Erkrankungen: Je mehr desto besser? 12

Pflegeartikel: Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apharesepatienten 15

Veröffentlichungen des fnb 18

Einführung der Knopflochmethode unter der Benutzung der „BIOHOLE PEG“ in einer ausgelasteten Dialyseabteilung 18

Pflegeethik auf der chronischen Dialyse: Grundvoraussetzung oder Sahnehäubchen? 19

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) 21

Buchbesprechung: Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apharese-Patienten 22

Serie, Teil 3: Pflege nach Organtransplantation 23

Gründung der Gesellschaft für angewandte Hygiene in der Dialyse e.V. 25

Übersicht und Programmhighlight Dreiländerkongress 2012 26

fnb auf einen Blick 27

INHALT

> Vorwort!

Thomas Fernsebner

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Jahr 2012 steht für den fnb mehr denn je unter einem berufspolitischen Fokus. In den Jahren der Gründung bis heute hat sich der fnb überwiegend der täglichen Arbeitspraxis zugewendet und so sind wichtige Werke für das nephrologische Handlungsfeld entstanden. Dies war und ist wichtig, um die Fachdisziplin „Nephrologische Pflege“ voranzutreiben, aber auch neue Perspektiven zu eröffnen. Jedoch ist die Professionalisierung ohne berufspolitische Arbeit nicht möglich. Es nützt den Verbänden nichts, wenn sie ausgezeichnete Empfehlungen und Standards erstellen und auf anderer Seite die Bezahlbarkeit und Umsetzung von jenen entschieden wird, die an diesem Prozess eigentlich nicht unmittelbar beteiligt sind.
Die Dialysewochenpauschale steht nun erneut bei den Kostenerstattern (Krankenkassen) zur Disposition. Leider geht es hierbei immer um eine Reduktion, obwohl nahezu alle Kosten steigen. Es ist geradezu paradox, dass bei steigendem Arbeitsaufkommen, erschwerten Krankheitsbildern, nachweislich höherer Komplexität der Behandlung sowie steigenden Lohn-, Produktions- und Sachkosten die Pauschale gekürzt werden soll. Die Begründung hierzu fehlt auf Seiten der Kostenerstatter. Die wesentlichen Leistungserbringer der Dialysetherapie wie Institutionen, Privat- und Klinikdialysezentren handeln hierbei mit unterschiedlichen Interessen. Die durchführende Berufsgruppe „Pflege“ wurde in der Vergangenheit weder entsprechend angehört noch konnten personelle Qualifikationsnormen bis heute erreicht werden.
Das gemeinsame Vorgehen der Verbände fnb und AfnP innerhalb der Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege (BANP) ist auf berufspolitischer Ebene daher der wichtigste Schritt, um als „Player“ im Spielfeld von Verteilungskämpfen mitwirken zu können. Die größte Berufsgruppe innerhalb der Nephrologie ist die Pflege. Wenn wir mit einer Stimme sprechen, kann es gelingen, bei den Entscheidungsträgern mitzuwirken. Die BANP wird daher mit aller Kraft versuchen, dass Pflege nicht nur gehört wird, sondern auch mitwirken kann. Eine Zuordnung der Aufgaben anhand der Kompetenzen der jeweiligen Berufsgruppe ist hierbei ein Ziel. Ebenso muss es gelingen, dass der Personalschlüssel mit entsprechender Qualifizierung an die Versorgungssituation angepasst wird. Lesen sie hierzu mehr im Statement der BANP.
Die Spezialisierung der Fachpflege im Bereich von Sonder- und Spezialverfahren darzustellen, wie z.B. der Apherese, ist ein passender Beitrag, wenn es darum geht, welche besonderen Kompetenzen Fachpflege benötigt, um diese komplexe Behandlungsform durchzuführen. Lesen Sie hierzu mehr in unserem Schwerpunktthema.

Als letztes möchte ich noch auf den bevorstehenden Dreiländerkongress in Konstanz aufmerksam machen und Sie hierzu recht herzlich einladen. Ebenso wird auch wieder traditionell das Fachpflegeseminar auf der wunderschönen Fraueninsel auf dem Chiemsee stattfinden. Ob Konstanz am Bodensee oder Fraueninsel auf dem Chiemsee ist natürlich Ihre Entscheidung. Beide Orte versprechen neben hochkarätigen Vorträgen eine wunderschöne Kulisse und den Dialog mit Kollegen.

Ihr Thomas Fernsebner
1. Vorstandsvorsitzender des fnb

> Termine des fnb im Überblick

2012/2013

SEPTEMBER 2012
15.09.2012
Schulung vor Ort
Thema: PD first – Peritoneal-dialyse als erste Therapieoption
Berlin

29.9.2012
Gefäßkolloquium Nr. 4
Münster

OKTOBER
16.10.2012
Schulung vor Ort
Thema: PD first – Peritoneal-dialyse als erste Therapieoption
Erfurt

NOVEMBER
4.11. bis 6.11.2012
Nephr. Fachpflegeseminar
Fraueninsel Chiemsee

13.11.2012
PD Seminar
Essen

22. bis 24.11.2012
Dreiländer-Kongress
Konstanz

FEBRUAR 2013
02.02.2013
Schulung vor Ort
Thema: Katheter
München

MÄRZ
8. bis 10.03.2013
5. Pflegeforum Nephrologie für Fach- und Führungskräfte
Rotenburg a. d. Fulda

19.03.2013
Schulung vor Ort
Thema: Katheter
Essen

APRIL
5. bis 7.04.2013
fnb-Hauptstadtkongress mit Jahreshauptversammlung
Berlin

Ende April
Schulung vor Ort
Thema: Katheter
Stuttgart

JUNI
11.06.2013
Schulung vor Ort
Thema: Katheter
Hamburg

SEPTEMBER
12.09.2013
Schulung vor Ort
Thema: Katheter
Berlin

OKTOBER
17.10.2013
Schulung vor Ort
Thema: Katheter
Erfurt

NOVEMBER
03. bis 05.11.2013
Nephr. Fachpflegeseminar
Fraueninsel Chiemsee

> Gambro Nachwuchspreis des fnb 2012

Bis zum 30. September 2012 können Sie Ihre im Rahmen der Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpflegerin/Krankenpfleger Nephrologie erstellten Abschlussarbeiten einreichen. Alle danach eingehenden Arbeiten werden im Folgejahr berücksichtigt.

Die Richtlinien zur Erstellung und Einsendung können Sie unter www.nephro-fachverband.de/8.html nachlesen oder Sie kontaktieren die Geschäftsstelle des fnb.
Es lohnt sich mitzumachen. Neben dem Preisgeld in Höhe von 1.000,- Euro erhält der Gewinner eine Jahresmitgliedschaft im fnb und der EDTNA/ERCA (e-membership), sowie eine Freiregistrierung zum Hauptstadtseminar in Berlin. Im Rahmen dieses Seminars im April findet jährlich die Preisübergabe statt.
Besonderheit bei Gruppenarbeit: Der Preis in Höhe von € 1.000.- kann ebenfalls für eine Gruppenarbeit vergeben werden. In diesem Fall erhalten bis zu drei Personen aus der Gewinnergruppe eine Jahresmitgliedschaft im fnb und EDTNA/ERCA (e-membership) sowie eine Freiregistrierung zum Hauptstadtseminar.

Wir freuen uns auf eine rege Beteiligung und viele interessante Arbeiten.

Uschi Gaspar,
Geschäftsstelle fnb

> Der fnb setzt auf die Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege (BANP) – Sie auch?

BANP
Bundesarbeitsgemeinschaft Nephrologische Pflege

Arbeitsgemeinschaft der AfnP e.V. und des fnb e.V.

Wieder ein neuer Verband? Warum nicht gleich ein Verband für alle in der nephrologischen Pflege? Gibt es nun drei Verbände? Alle diese Fragen werden Sie sich vielleicht in den letzten Tagen gestellt haben und so ist es im Forum des fnb an der Zeit, dies etwas näher zu erläutern.

Seit Beginn des fnb war es immer das Ziel, der nephrologischen Pflege in Deutschland eine berufspolitische Stimme zu geben. AfnP und fnb vertreten im Grunde genommen die gleichen Ziele. Das war Anlass, dass am 2. April die Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege (BANP) gegründet wurde.
Auch in der Vergangenheit hatte der deutsche Zweig der EDTNA/ERCA sowie auch der junge fnb mal mehr, mal weniger mit der Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Pflegepersonal AfnP zusammengearbeitet. Eine echte Kooperation und enge Zusammenarbeit scheiterte jedoch immer wieder. Aber jede Zeit hat seine Höhepunkte und so ist dies in der Geschichte der nephrologischen Berufsverbände einmalig, dass nun tatsächlich eine ernst zu nehmende enge Kooperation mit der AfnP entsteht. Sicherlich ist es noch ein weiter weg, bis beide Verbände ganz eng verflochten sind. Doch haben beide Verbände nun eine Adresse und eine Stimme, mit der man wichtige politische Ereignisse für die Pflege innerhalb der Nephrologie beantworten kann und auch möchte. AfnP und fnb haben in ihrer Kooperation beschlossen, dass alle politisch relevanten Ereignisse gemeinsam beantwortet werden. Das bedeutet, dass man sich in vielerlei Hinsicht noch enger abstimmen muss als bisher. Im Grunde genommen gibt es keine andere Chance als immer mehr zu kooperieren, um den gesellschaftlichen Herausforderungen gerecht zu werden.
Daher hat die BANP mit beiden Vorständen (AfnP und fnb) nun eine Vorstufe für einen möglichen nephrologischen Dachverband.
Bisher hat die BANP wichtige Statements beschlossen und veröffentlicht. Der kompetenzbasierte Rahmenlehrplan, die Positionierung zum Thema Personalbesetzung, die Definition nephrologischer Pflege und noch weitere Themen wird die BANP vorantreiben. Der fnb setzt vorbehaltslos auf die BANP. Helfen Sie mit und stärken Sie dieser Gemeinschaft den Rücken.

Thomas Fernsebner und
Kerstin Gerpheide
für den fnb und die BANP

Weitere Infos zur BANP: www.BANP.de

Mitglieder werben Mitglieder

Liebe fnb-Mitglieder,

sind Sie von der Arbeit und der Qualität des fnb überzeugt? Dann empfehlen Sie uns in Ihrem Kollegenkreis doch weiter.

Als Dankeschön für Ihre Empfehlung erhalten Sie von uns ein Geschenk. Sie dürfen sich aus den Veröffentlichungen des fnb ein Buch aussuchen. Vermerken Sie hierfür einfach Ihren Namen und den Titel der gewünschten Veröffentlichung auf dem Mitgliedsantrag des von Ihnen geworbenen Neumitgliedes. Sie erhalten dann nach Eingang der Anmeldung auf der Geschäftsstelle umgehend Ihr Geschenk zugesandt.
Eine Auflistung aller Veröffentlichungen des fnb finden Sie unter www.nephro-fachverband.de/9.html
Hier kann auch ein Mitgliedsantrag heruntergeladen werden.

Haben Sie noch Fragen?

Dann kontaktieren Sie die Geschäftsstelle des fnb unter
uschi.gaspar@nephro-fachverband.de
oder telefonisch unter
06142 – 408 549.

Uschi Gaspar
Geschäftsstelle fnb

Eine Programmübersicht und Informationen zum diesjährigen Programmhighlight finden Sie in dieser Forumausgabe auf Seite 26.

> Dreiländer-Kongress
22.-24.11.2012 | Konstanz

Es ist wieder soweit… Wir freuen uns, Sie auch in diesem Jahr wieder zum Dreiländer-Kongress vom 22.-24. November 2012 ins Konzil nach Konstanz einladen zu dürfen.

Da das bisherige Programm einige Fehler enthielt, erhalten Sie heute mit dem Forum ein druckfrisches und fehlerfreies Programmheft zum Dreiländer-Kongress 2012!

Dem Aufruf, das Programm des Dreiländer-Kongresses mitzugestalten, sind in diesem Jahr so viele Kollegen/innen nachgekommen, wie noch nie.
29 Arbeiten aus der Schweiz, Österreich, Deutschland und Schweden wurden eingereicht. Für uns ein neuer Rekord!

Die eingereichten Abstracts wurden von fachkompetenten Kollegen aus den drei Kongressländern gelesen und nach festgelegten Kriterien bewertet. Aus diesen bewerteten Arbeiten stellt die Programmgruppe das Programm des diesjährigen Dreiländer-Kongresses zusammen. Im Programm werden Fach-, Projektarbeiten oder Studien/Untersuchungen durch Pflegekräfte vorgestellt, ergänzt durch Vorträge hochkarätiger Gastredner. Das Hauptprogramm im Konzil wird durch Schulungssitzungen der Industrie abgerundet.
Auf dem „Markt der Möglichkeiten“ treffen Sie Vertreter der Industrie, der Berufsverbände der drei Länder, von nephrologischen Weiterbildungsstätten und von anderen nephrologischen Organisationen an, die sich auf einen interessanten Austausch mit Ihnen freuen.

Der rote Faden, der uns durch den 8. Dreiländer-Kongress führen wird, steht unter dem Oberbegriff

„Patientensicherheit“

Erstmalig haben Sie die Möglichkeit, am Morgen des ersten Kongresstages von 11:00-12:30 Uhr an einem Vorsymposium zum Thema „Gefäßzugang und Punktion“ teilzunehmen.
Zu diesem Vorsymposium müssen Sie sich zusammen mit der Anmeldung zum Kongress anmelden. Sie erhalten dann mit der Bestätigung der Kongressanmeldung auch die Bestätigung für die Teilnahme am Vorsymposium.
In der Eröffnungsveranstaltung werden wir den Preis für das beste Abstract verleihen und Ihnen „Kommunikation“ einmal ganz anders zeigen.

Konzil, Konstanz

Im Nachmittagsblock stellt Ihnen die Abstractgewinnerin ihre Arbeit: „Erstellung und Implementierung eines Leitfadens – Demenzpatienten“ vor.
Frau Prof. Erley aus Berlin und Frau Prof. Schmaldienst aus Wien werden über Gender-Medizin berichten.
Der Freitag beginnt mit dem Themenblock „Patientensicherheit“. Es wird u. a. die Sturzgefahr geklärt, der richtige Umgang mit Fixierung beleuchtet, aber auch der Umgang mit dementen Patienten an der Dialyse.
Danach können Sie sich im 2. Themenblock über Beratung und Schulung von Patienten an der HD und PD informieren. Unter der Gruppierung: „Pflege als Prozess“ werden Pflegende über Pflegediagnostik und Schmerzmanagement berichten, und ein Patient wird uns seine Sichtweise der Dialyse beeindruckend darlegen. Apherese-Verfahren aus ärztlicher Sicht werden ergänzt durch die Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apheresepatienten. Im Anschluss werden Neuerungen im Transplantationsgesetz erklärt, und Sie können etwas über allogene Nierentransplantation erfahren.
Der Samstag wird etwas anders als gewohnt verlaufen: Unter dem Thema „Zugänge zur Dialyse“ werden wir mit 3 Vorträgen von Kollegen eine Podiumsdiskussion mit einem Radiologen, Gefäßchirurgen und erfahrenen HD- und PD-Pflegekräften beginnen und wollen mit Ihnen eine rege Diskussion führen.

Traditionsgemäß findet am Donnerstag um 19:00 Uhr der Begrüßungsabend bei gutem Essen und Musik im Konzilgebäude statt. Da die Plätze hierfür begrenzt sind, müssen Sie sich unbedingt mit der Anmeldung zum Kongress auch für den Begrüßungsabend anmelden.

Es gibt noch etwas Neues beim DLK: Für die Schulungssitzungen haben wir eine neue Regelung getroffen. Nach der Registrierung zum Kongress im Konzilgebäude, können Sie sich auch für eine Schulungssitzung im Steigenberger Hotel anmelden. Da es für die Schulungssitzungen nur eine begrenzte Zahl von Plätzen gibt, kann sich jeder nur zu einer Sitzung anmelden. So erhält jeder Teilnehmer die Möglichkeit, im Inselhotel an einer der Schulungsveranstaltungen teilzunehmen. Wir werden Eintrittskarten ausgeben und auf einer Tafel kenntlich machen, welche Sitzung noch besucht werden kann bzw. welche belegt sind.
Wir hoffen, so eine für alle Beteiligten gerechtere Regelung gefunden zu haben.

Wir freuen uns auf Sie und hoffen, Sie freuen sich auf den Kongress.

Carmen Reiher,
Kongresspräsidentin, Essen
Ina Wiegard-Szramek,
Vorsitzende Programmgruppe, Essen

> Bericht über Jahreshauptversammlung des Fachverband nephrologischer Berufsgruppen (fnb)

Der Vorstand des fnb hinten v.l.n.r.: Kerstin Gerpheide, Uschi Gaspar, Ina Kilper-Bohs, Ina Wiegard-Szramek vorne v.l.n.r.: Thomas Fernsebner, Jürgen Berner, Michael Reichardt, es fehlt: Marvin Breckling

Ein neues Mitglied im Vorstand, personelle Änderungen im erweiterten Vorstand, steuerrechtlich bedingte Änderungen bei Gewährung von Vergünstigungen für Mitglieder, die Gründung eines Expertenrats und die Vorstellung eines neuen Medienpartners. Dies sind die Ergebnisse der Jahreshauptversammlung des Fachverband nephrologischer Berufsgruppen (fnb). Doch der Reihe nach.

Am 14.04.2012 begrüßte der Vorstandvorsitzende Thomas Fernsebner die Teilnehmer der Jahreshauptversammlung des Fachverband nephrologischer Berufsgruppen (fnb), welche im Rahmen des Hauptstadtseminars in Berlin-Spandau stattfand.
Thomas Fernsebner präsentierte den Teilnehmern den Geschäftsbericht 2011. Im Anschluss stellte Michael Reichardt, Schatzmeister des fnb, den Finanzbericht für das Jahr 2011 vor. Beide Berichte sind nachzulesen in der Mitgliederzeitschrift Forum, Ausgabe 01-2012. Die Mitglieder genehmigten einstimmig den vorgelegten Geschäfts- und Finanzbericht und entlasteten einstimmig den Vorstand.
Anschließend durften die Mitglieder ein neues Mitglied für den Vorstand des fnb wählen. Nach 10 Jahren Vorstandstätigkeit ist Michael Reichardt auf eigenen Wunsch aus dem Vorstand ausgeschieden. Ina Wiegard-Szramek aus Essen, seit mehreren Jahren bereits im erweiterten Vorstand des fnb engagiert, hatte sich für die frei werdende Position im Vorstand beworben und wurde von den Mitgliedern in dieses Amt gewählt.
Michael Reichardt hört aber nicht ganz mit der Arbeit für den fnb auf. Er ist der Bitte des Vorstands nachgekommen und wird für ein Jahr sein Wissen und seine Erfahrung durch eine Position im erweiterten Vorstand weiterhin einbringen. Für Beate Spindler ist mit der Jahreshauptversammlung ihre Tätigkeit im erweiterten Vorstand zu Ende gegangen. Sie wird aber weiterhin als Leiterin des Projektes Gefäßzugang, unter anderem verantwortlich für die Veröffentlichung „Gefäßzugang zur Hämodialyse – Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege", für den fnb aktiv sein. Die freigewordene Stelle im erweiterten Vorstand nimmt künftig Ina Kilper-Bohs aus Gronau ein. Ina Kilper-Bohs ist schon seit einiger Zeit aktiv für den fnb tätig, unter anderem ist sie für die Organisation und das Programm des Hauptstadtseminars verantwortlich.

Somit setzt sich der Vorstand des fnb wie folgt zusammen:

- Thomas Fernsebner, Traunstein, Vorstandsvorsitzender
- Kerstin Gerpheide, München, stv. Vorstandsvorsitzende
- Ina Wiegard-Szramek, Essen, Schatzmeisterin
- Jürgen Berner, Unterhaching, Schriftführer

Erweiterter Vorstand

- Marvin Breckling, Klintum
- Ina Kilper-Bohs, Gronau
- Michael Reichardt, Essen

Im Anschluss an die Wahlen wurde den Mitgliedern die Änderungen und Neuerungen für das laufende Geschäftsjahr vorgestellt. Nach Steuerrecht dürfen die Vergünstigungen für Mitglieder des fnb den Jahresbeitrag nicht überschreiten. Daher können Mitglieder ab sofort nur noch für den Besuch der Veranstaltung „Schulung vor Ort" einen Rabatt in Höhe von 25,- € in Anspruch nehmen. Für andere Veranstaltungen kann kein Mitgliederrabat mehr gewährt werden. Der Vorstand wird alle Mitglieder durch einen Informationsbrief über diese unerfreuliche Änderung informieren.
Als weitere, weitaus erfreulichere Neuerungen, wurde den Mitgliedern zum einen die Einführung eines Expertenrates vorgestellt. Um das große Fachwissen der ehemaligen Vorstandsmitglieder des fnb gewinnbringend nutzen zu können, möchte der Vorstand diese „Experten" in einen Expertenrat berufen mit dem Ziel, den Vorstand zukünftig bei den anstehenden Entscheidungen zu beraten.
Zum anderen konnte den Mitgliedern die Medienpartnerschaft mit „Spektrum für Dialyse und Apherese" mitgeteilt werden. Das bedeutet, dass fnb Mitglieder zukünftig neben der Mitgliederzeitschrift „Forum", der Zeitschrift „Dialyse aktuell" nun auch die Zeitschrift „Spektrum für Dialyse und Apherese" erhalten werden. Der Vorstand freut sich auf eine bereichernde Zusammenarbeit mit dem neuen Partner.
Zum Abschluss wurde Michael Reichardt von den ehemaligen und aktuellen Vorstandskollegen mit einer kleinen Homage und einem Geschenk aus dem Vorstand verabschiedet.

Jürgen Berner, Unterhaching

> Ankündigung: Chiemsee Seminar 2012 für Leitende und Fachpflegekräfte in der Nephrologie

Schon zum 5. Mal werden Kollegen und Kolleginnen zum Seminar auf der Frauenwörth im Chiemsee zusammenkommen. Die Themen dieses Jahr: „Nephrologische Fachpflege Konkret: Weiterbildung, Management und Praxis".

Die Themenblöcke sind erneut den berufspolitischen Herausforderungen gewidmet, mit medizinischen und pflegefachlichen Schwerpunkten, Workshops in Rotation und Facharbeiten von KollegenInnen aus der Fachweiterbildung. Wir werden uns erneut wie die Klosterleute um 06:30 zur Frühbesprechung mit aktuellen Fragen der Nephrologie und Dialyse treffen. Eine „Special Lecture" ist in Planung und wird ein Gegengewicht zu unserem täglichen pflegerischen Handeln darstellen.
Leitende und Fachpflegekräfte in der Nephrologie werden so sehr viel Gelegenheit erhalten, ihr Wissen zu vertiefen und zu erneuern. Sie werden mit Kollegen Probleme, Chancen und Perspektiven diskutieren und in den Pausen und bei der „Special Lecture" in der einzigartigen Novemberatmosphäre im und um das Kloster auf dem Chiemsee herum entspannen und auftanken.
Die Anreise mit dem Schiff ist wie ein Versprechen auf außergewöhnliche Tage und die Abreise der Beginn der Vorfreude auf den nächsten November auf Frauenwörth am Chiemsee.

Ihr Programmteam besteht in diesem Jahr aus Dr. med. Hermann Böhmer, Thomas Fernsebner, Alois Gorke und Dr. med. Gerd Schreyer-Zell. Die zahlreichen Referenten und treuen Helfer freuen sich auf Ihre Teilnahme.
Wir danken der Fresenius Medical Care Deutschland GmbH und Amgen AG für die kontinuierliche Unterstützung des Seminars.

Für die Programmgruppe,
Thomas Fernsebner

> Schulung vor Ort 2013 Vorhofkatheter für Hämodialyse

Nicht mehr als 10% der Dialysepatienten sollten mit einem Vorhofkatheter versorgt werden (NKF-KDQI-Richtlinie). Auch in Deutschland versucht man diese internationale Empfehlung umzusetzen. Trotzdem waren laut DOPPS-Zahlen 19,7% der Patientenin Deutschland mit einem Katheter für Hämodialyse versorgt (Zahlen aus 2010, www.dopps.org). Für die nächste Erhebung im Jahr 2014 ist weiterhin mit einer Zunahme von Hämodialysekathetern zu rechnen. Vorhofkatheter für Hämodialyse zeigen bekanntermaßen eine nicht unerhebliche Rate an Komplikationen wie z.B. Bakteriämien, Infektionen und Katheterflussprobleme.

Der fnb stellt den Vorhofkatheter für Hämodialyse in der Reihe Schulung vor Ort (SvO) in 2013 in den Mittelpunkt. Inhalte werden sein:
Kathetermodelle, -design, Klassifikation der Katheteraustrittstelle, Verbände bei Dialysekathetern, Hygienemaßnahmen und die Betrachtung von verschiedenen Konnektionenshilfen.
Wir denken, mit diesem Thema einen Brennpunkt in der Nephrologie anzusprechen. Das endgültige Programm wird Ende des Jahres auf der fnb-Homepage veröffentlicht. Notieren Sie sich schon jetzt, wann in Ihrer Region die SvO 2013 stattfinden wird (Termine Seite 3). Wir freuen uns auf rege Teilnahme.

Beate Spindler / Alois Gorke

> Einladung zum Hauptstadtkongress

5. - 7. April 2013 | Berlin-Spandau

Wir freuen uns, Sie auch wieder für 2013 nach Berlin zu unserem Hauptstadtkongress einladen zu dürfen. Die Veranstaltung findet eine Woche nach Ostern statt und befindet sich zu diesem Zeitpunkt in Berlin in guter Gesellschaft, denn an diesem Wochenende startet der 33. Berliner Halbmarathon. Laut Jahrhundertkalender werden für den Raum Berlin am 07. April Höchstwerte von 16 Grad, circa 4 Sonnenstunden und 3,0 mm Regen vorhergesagt. Also beste Voraussetzung nach Berlin zu kommen.

Wir starten Berlin 2013 mit einigen Veränderungen: der fnb wird den Hauptstadtkongress in Kooperation mit Nipro Europe/Nephro-Medical, Hamburg und Phoenix Pure Water, Bruchsal als Partner der Zeitschrift „Spektrum der Dialyse & Apherese“ veranstalten.

Unser Startschuss fällt nächstes Jahr schon einen Tag früher am Freitag um 16.00Uhr mit dem Thema „ Fehler- und Notfallmanagement“.
Im Anschluss wird es ein Abendevent in Berlin geben. Der Planungsgruppe rauchen schon die Köpfe... lassen Sie sich überraschen.

Park beim Hotel Christophorus

Wir werden – wie gewohnt – die folgenden beiden Tage unter Oberthemen stellen, die im Rahmen der Berufspolitik, in Wissenswertem rund um die Technik und Hygiene in der Dialyse und aktuellen Pflegethemen liegen werden.
Geplant ist weiterhin einen Workshop speziell für Techniker zu veranstalten. Wir möchten damit alle Berufsgruppen ansprechen, die mit und in der Dialyse und Nephrologie zu tun haben.
Unveränderbar und in alter Tradition wird am Samstag ab 18.00 Uhr die Jahreshauptversammlung des fnb stattfinden, wo sie sich über den Berufsverband informieren können.
Das genaue Programm und alle weiteren Informationen finden Sie in Kürze unter www.nephro-fachverband.de und www.hauptstadtkongress-2013.de
Der Termin steht jedenfalls schon fest und Sie können den Besuch in Berlin beim fnb schon fest einplanen.
Wir freuen uns auf Sie in Berlin!

Die Programmgruppe
für den fnb

> Präsentation: Studienergebnis Shuntpunktion

Wird die Strickleitertechnik bei geeigneten Zugängen tatsächlich durchgeführt? Eine Ist-Analyse zur praktischen Umsetzung der Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege „Gefäßzugang zur Hämodialyse".

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit einer der wichtigsten Fragen in der nephrologischen Pflege, mit der Punktion des Shunts. Dabei geht sie der Frage nach, ob die Strickleiterpunktion – wie von Experten empfohlen – tatsächlich durchgeführt wird. Der Shunt ist die „Lebensader des Dialysepatienten" (im Folgenden wird die männliche Form für beide Geschlechter benutzt; somit ist mit dem Wort Patient auch die Patientin gemeint) und sollte ihm so lange wie möglich erhalten bleiben. Die Lebensdauer des Shunts ist ein sehr wichtiger Bestandteil zur Sicherung der Behandlungsqualität des Dialysepatienten.
Anfang des Jahres 2010 sind die Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege „Gefäßzugang zur Hämodialyse" (kurz GHEAP) erschienen. Dort wird die Strickleiterpunktion als die empfohlene Shuntpunktionsmethode genannt. Zu dem Thema des Gefäßzuganges zur Hämodialyse gibt es im deutschsprachigen Raum wenig Studien, deshalb wurde ein Teilaspekt, und zwar die Punktion eines Shunts, aus den Empfehlungen für die Validierung ausgewählt. Denn die Empfehlungen sollen verifiziert werden mit dem Ziel der dauerhaften Qualitätssicherung in Bezug auf die Punktion eines Shunts.

1. Aktueller Stand der Diskussion

In den in der Nephrologie bekannten Werken wie „Fachpflege Nephrologie und Dialyse" von G. Breuch (2008), „Dialysefibel 3" von G. Schönweiß (2006) und „Dialyse für Einsteiger" von G. Breuch und W. Servos (2007) wird die Strickleiterpunktion als die Punktionsmethode der Wahl beschrieben. Die Arealpunktion hingegen wird als komplikationsreich beschrieben und die Knopflochpunktion als eine, die eher zur Selbstpunktion geeignet ist. Die Empfehlungen „Gefäßzugang zur Hämodialyse" geben Folgendes an: „Die Strickleiterpunktion ist von allen Fachgesellschaften die empfohlene Punktionstechnik. Prothesenshunts sind ausschließlich in der Strickleitertechnik zu punktieren." (Spindler et al 2010, 20).

2. Fragestellung und Hypothese

Die Grundannahme für die Studie ist, dass die Pflegenden die Strickleiterpunktion nicht immer dann anwenden, wenn diese anzuwenden wäre. Stattdessen wird die Arealpunktion angewandt. So lautet die Hypothese: Die Strickleiterpunktion wird trotz Empfehlung der Experten nicht bei allen Patienten mit dazu geeigneten Gefäßzugängen angewandt. Das Ziel der Studie ist, den Anteil der Strickleiterpunktionen im Vergleich zu anderen Punktionsarten in Prozent herausfinden. Die Forschungsfrage lautet: Bei wie viel Prozent der geeigneten Gefäßzugänge wird die Strickleiterpunktion durchgeführt?

Ein für die Strickleiterpunktion geeigneter Gefäßzugang wird wie folgt definiert:

- Es ist eine AV-Fistel (Prothesenshunt – ohne Ausnahme);
- die Punktionsstrecke pro Nadel beträgt wenigstens 2 cm;
- der Verlauf des Shunts ist gerade oder hat maximal zwei Kurven;
- Punktionsaneurysmen können schon vorhanden sein;
- es sind keine Hämatome und auch keine Auffälligkeiten der Haut im Punktionsbereich sichtbar und es gab keine (oder nur eine) Fehlpunktionen in der Vorwoche.

3. Methode

Bei der Studie handelt es sich um eine Stichtag gebundene Prävalenzerhebung. Diese bezieht sich auf eine Ist-Analyse der durchgeführten Punktionen in Kooperationseinrichtungen der Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr (Essen). Erhoben wurde mit Hilfe eines Bogens, der 12 Fragen zum Patienten, seinem Shunt und der Punktionsmethode enthielt. An den Stichtagen, dem 15. und 16.12.2010, führten die Datenerhebenden, die Teilnehmer oder Praxisanleiter der Weiterbildungsstätte Rhein-Ruhr (Dez.2010), die Erhebung in der Patientenschicht durch, in der sie an diesem Tag eingesetzt waren.
Die Unterscheidung zwischen einer nachvollziehbaren und einer nicht nachvollziehbaren Arealpunktion ist für die Studie deshalb von Bedeutung, weil eine nicht nachvollziehbare Arealpunktion einen für die Strickleiterpunktion geeigneten Gefäßzugang vermuten lässt. Dies machen folgende Beispiele deutlich:

- Nicht nachvollziehbar ist beispielsweise eine Arealpunktion beim Prothesenshunt;
- Nachvollziehbar ist eine Arealpunktion bei einer AV-Fistel, bei der die Punktionsstrecke pro Nadel weniger als ca. 2 cm misst und ein Hämatom im Punktionsbereich sichtbar ist;
- Nicht nachvollziehbar ist eine Arealpunktion bei einer AV-Fistel, bei der die Punktionsstrecke pro Nadel mehr als ca. 2 cm misst, keine Auffälligkeiten der Haut im Punktionsbereich sichtbar sind und es keine Fehlpunktionen in der Vorwoche gab.
  (in der Studie wurden mehrere solcher Zusammenhänge benannt, hier handelt es sich nur um einen Auszug).

4. Ergebnisse

Rücklauf: 2082 Erhebungsbögen ausgegeben, 1488 Erhebungsbögen zurück erhalten. Somit ergibt sich eine Rücklaufquote von 71,47 %.

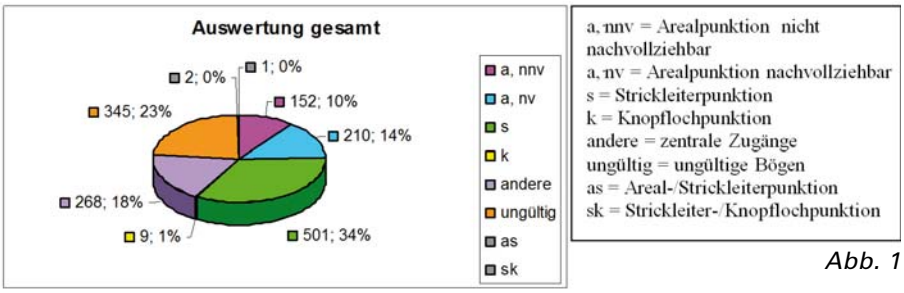


Abb. 1

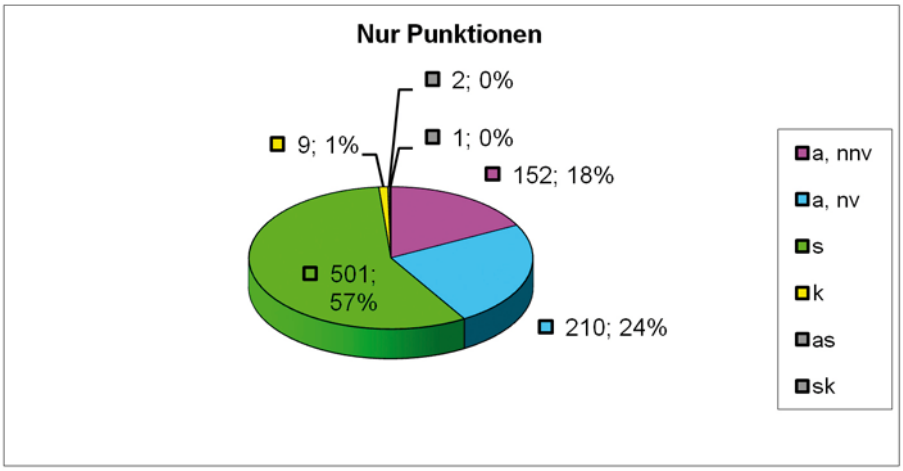


Abb. 2: Hier erkennt man, dass die Strickleiterpunktion den größten Anteil von allen Punktionen ausmacht. Das ist eine sehr gute Tendenz, die es auszubauen gilt.

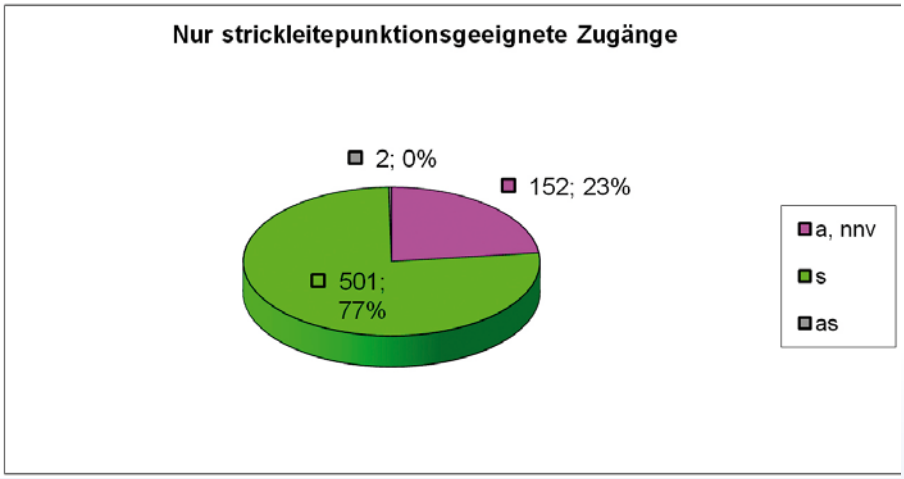


Abb. 3: Hier werden die für die Strickleiterpunktion geeigneten Zugänge dargestellt und wie viele von ihnen tatsächlich mit dieser Punktionsmethode punktiert wurden.

Strickleiterpunktion

5.Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Anforderungen an die Punktionstechnik eines Shunts in den kooperierenden Dialysezentren (Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr in NRW) die an der Studie teilgenommen haben, für den 15. und 16.12.2010 gut sind, da die von den Experten und in der Fachliteratur empfohlene Strickleiterpunktion, in der Mehrheit der Fälle, also bei den meisten Patienten mit dazu geeigneten Gefäßzugängen, durchgeführt wird (siehe Abb. 3). Doch auch die aufgestellte Hypothese wurde bestätigt. Denn es ist auch sichtbar geworden, dass ein Anteil an geeigneten Gefäßzugängen nicht strickleiter-, sondern areal-punktiert wird. Und dieser Anteil, der immerhin 23 % beträgt, muss geringer werden, damit jeder Patient, der einen geeigneten Gefäßzugang hat, in den „Genuss" der „richtigen", also der seinen Shunt schonenden und ihn lange funktionstüchtig erhaltenden Shuntpunktionsmethode kommt.

Um eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung gewährleisten zu können, müssen Maßnahmen ergriffen werden, die zur Unterstützung dieses Vorhabens beitragen. Eine dieser Maßnahmen kann sein, dass die von der Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr ausgebildeten Teilnehmer das Thema „Punktionstechniken eines Shunts" weiter verfolgen. Ziel sollte es sein, ihre Kollegen zu schulen und neuen Mitarbeitern das Wissen über die Anwendung der Strickleiterpunktion zu vermitteln. So kann ein Theorie-Praxistransfer stattfinden.

Danksagung für die Unterstützung und fachliche Begleitung an

- Michael Reichard, Pflegerische Leitung Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr
- Carmen Reiher, Kursleitung Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr
- Teilnehmer und Praxisanleiter der Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr (Dez. 2010)
- Dialysepraxis Dr. med. S. Srugies, Annette Jörß (PDL), Antje Jopen und Hartwig Heil

Für nähere Informationen zur Studie, zu den Quellen oder zur weiteren Bearbeitung/Auswertung der erhobenen Daten wenden Sie sich bitte an die Autorin, Frau Nataliya Tkachenko, E-Mail: n.tka@gmx.de.
Informationen zur Fachweiterbildung können Sie unter anderem auf der Homepage der Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr finden: www.wb-nephro.de.

Nataliya Tkachenko
Krankenschwester,
Bachelor of Arts Pflege

Seit 2004 in einer Dialysepraxis tätig, Durchführung der vorliegenden Forschungsarbeit / Studie als Abschlussarbeit für das BA Pflege-Studium.
E-Mail: n.tka@gmx.de

Einladung und Vorankündigung

5. Pflegeforum Nephrologie

für Fach- und Führungskräfte

Rotenburg a. d. Fulda, 8. bis 10. März 2013

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

EDTNA/ERCA

Mit Unterstützung von

B|BRAUN SHARING EXPERTISE

Mit Unterstützung der

B. BRAUN-STIFTUNG

Informationen & Anmeldung:
Fachverband nephrologischer Berufsgruppen (fnb) e.V.
Geschäftsstelle
Uschi Gaspar
In den Beunen 6
65479 Raunheim
Tel. 0 61 42 - 408 549
Fax 0 61 42 - 408 551
info@nephro-fachverband.de
www.nephro-fachverband.de

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

auch 2013 wird das Forum für Fach- und Führungskräfte in bewährter Zusammenarbeit zwischen dem Keymember der EDTNA/ERCA, des fnb und der B.Braun Avitum AG stattfinden.

Programm:

Der Freitag beschäftigt sich mit berufspolitischen Themen – Kompetenzentwicklung und Rechtsfragen.

Der Samstag steht im Zeichen von Zugängen zur Dialysetherapie und deren Management, der Dialysator und Hygiene. Am Nachmittag bieten wir Ihnen vier Workshops an. Themenschwerpunkte sind Technik, EDV sowie der Körpersprache.
Der Sonntag hat im Focus Führen – Leiten – Motivation.

Wir hoffen, ein interessantes Programm anbieten zu können und laden Sie herzlich zu unserem Pflegeforum ein.

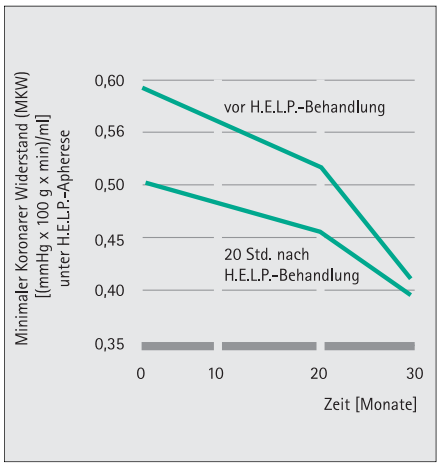
> Reduktion der LDL-Konzentration bei kardiovaskulären Erkrankungen: Je mehr desto besser?

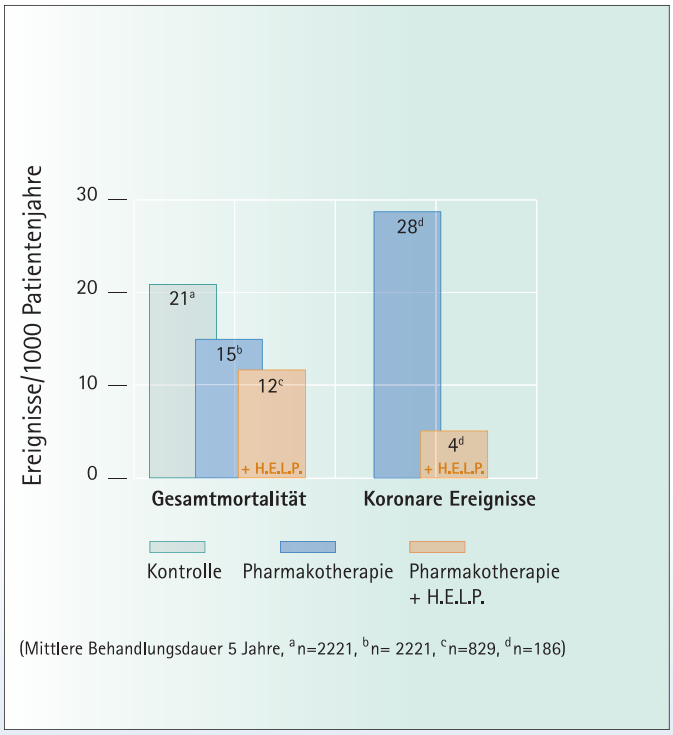
Der Zusammenhang zwischen erhöhten Cholesterinwerten im Blut und der Entstehung und Ausformung arteriosklerotischer Erkrankungen ist seit Jahren beschrieben und unbestritten. Vielfältige Studien und Analysen zur Mortalität und Risikoreduktion innerhalb der Gruppe der cholesterinsenkenden Medikamente konnten den Effekt der Cholesterinsenkung auf die Folgeentwicklung bestehender arteriosklerotischer Erkrankungen belegen. Allerdings bleibt die Frage offen, wie hoch denn die Absenkung des Cholesterins ausfallen müsse, um einen maximalen Einfluss auf kardiovaskuläre Erkrankungen zu erzielen. Der folgende Artikel soll dazu anregen die Frage zu diskutieren, ob die Cholesterinabsenkung allein eine wirksame Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen darstellt oder ob es nicht doch an der Zeit ist, einen multiplen Ansatz in der Behandlung der Arteriosklerose zu favorisieren.

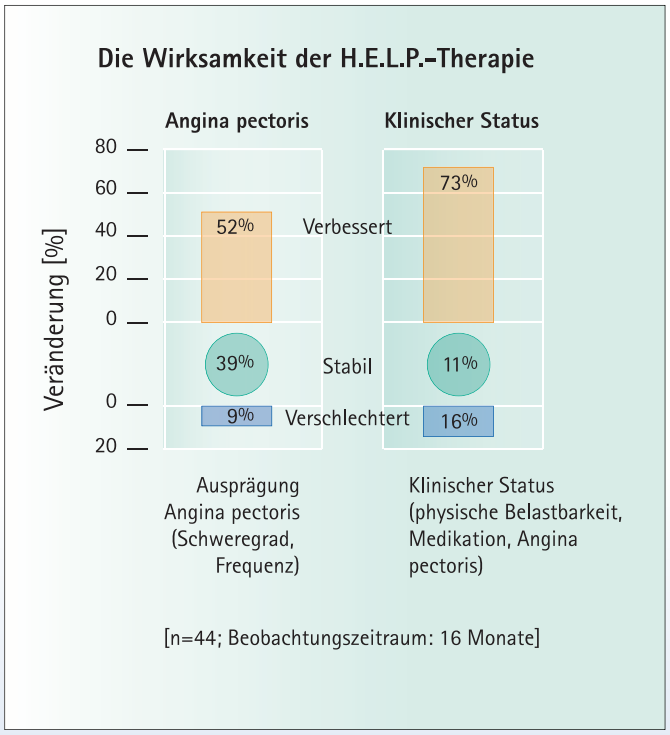
Die Behandlung der Arteriosklerose

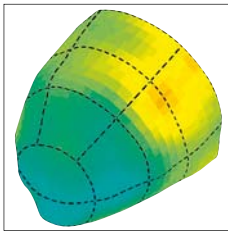
Die mittlerweile als gesichert geltende Erkenntnis, das ein zu hoher Cholesterinspiegel die Entstehung der Arteriosklerose begünstige, wird heutzutage nicht mehr ernsthaft bestritten. Die Cholesterinhypothese entwickelte sich über einen langen Zeitraum. Mit dem Aufkommen der Statine erreichte sie in den 80-iger Jahren des letzten Jahrhunderts einen vorläufigen Höhepunkt. Parallel dazu wurden invasive, extrakorporale Blutreinigungsverfahren zur Cholesterinsenkung entwickelt. Die H.E.L.P.-Apherese (das einzige LDL-Aphereseverfahren, das nach arzneimittelrechtlichen Richtlinien und neben einem anderen Verfahren in den USA durch die FDA zugelassen ist) konnte bald zeigen, dass die kardiovaskuläre Mortalität durch die 60% Absenkung des Cholesterins und weiterer arteriosklerotischer Kausalfaktoren, wie Fibrinogen, Triglyceride und Inflammationsparametern signifikant reduziert werden konnte.

Schon damals wurde im Zusammenhang dieser Ergebnisse diskutiert, ob die Absenkung des LDLs alleine den Effekt bewirkt hatte oder ob nicht weitere Faktoren – sogenannte pleiotrope Effekte – mit eine Rolle spielten. (Mellwig KP et al. (2003); 16Th Annual Congress of EAMN, Amsterdam 2003 und Mellwig KP et al. (2003); Z Kardiol 92 (Suppl 3); III/30-III/37).

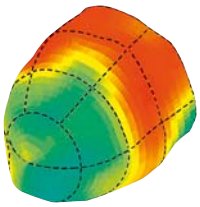




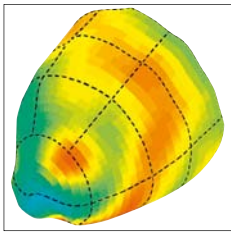




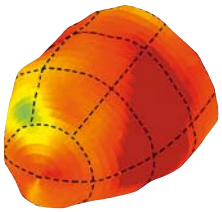
Koronarperfusion vor der H.E.L.P Behandlung



Koronarperfusion 20 h nach der ersten H.E.L.P Behandlung



Koronarperfusion vor der H.E.L.P Behandlung nach 9 Monaten wöchentlichem Behandlungs-intervall



Koronarperfusion 20 h nach der ersten H.E.L.P Behandlung nach 9 Monaten wöchentlichem Behandlungs-intervall

Cholesterinsenkung: Je höher desto besser?

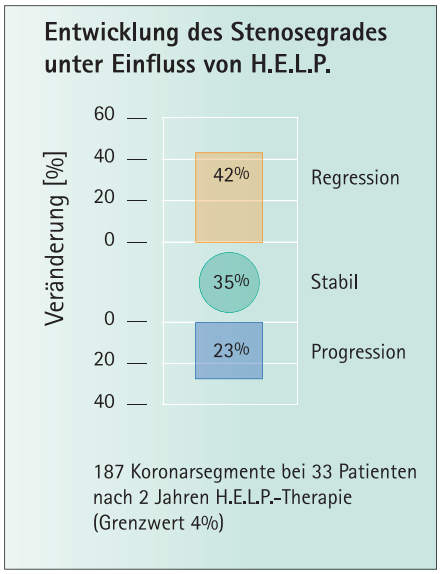
In den letzten Jahren zeigten Studien und Metaanalysen zur klinischen Wirksamkeit der medikamentösen cholesterinsenkenden Therapie z.T. erstaunliche Resultate. Der Cholesterinsenker Ezetimib in der Monotherapie zeigte im Vergleich zum Placebo keinerlei Unterschied in der klinischen Wirksamkeit (ENHANCE-Studie 2008, Votum des GBA), obwohl Cholesterin abgesenkt wurde. In der PROVE-IT-Studie (N Engl J Med. 2004;350:1495-1504) zeigte, das die Verdoppelung der Statindosis keinen nennenswerten Effekt auf die klinischen Outcome-Daten (Gesamtmortalität) hatte. Auch in der A to Z – Studie (JAMA 2004, 292; 1307-1316) spielte die Höhe der Statindosis in diesen Outcome-Daten keine wesentliche Rolle.

Präventive Wirkung in der Entwicklung kardiovaskulärer Komplikationen bei Hämodialysepatienten konnten ebenfalls nicht nachgewiesen werden (AURORA-Studie: Fellström BC et al. N Engl J Med 2009; 360: 1395–1407). Erst die JUPITER-Studie (Ridker, NEJM 2005) konnte einen Einfluss auf die Mortalität der Patienten belegen, kurioserweise aber nicht nur durch die Höhe der Cholesterinsenkung, sondern in Abhängigkeit zur Höhe eines Inflammationsparameters, dem c-reaktiven Protein (CRP).

Pleiotrope Effekte

Mittlerweile ist gesichert, das Cholesterin nicht der einzige Risikofaktor ist, der die Entwicklung einer kardiovaskulären Erkrankung provoziert. Allgemein akzeptiert ist die Annahme, dass die Arteriosklerose im Grunde genommen eine sich langsam entwickelnde Entzündungsreaktion ist. Faktoren wie erhöhte Triglyzeride und Fibrinogen werden mittlerweile als eigenständige Risikofaktoren akzeptiert. Die JUPITER-Studie postulierte, dass die Koabsenkung des CRP gleichzeitig mit der Absenkung des LDL-Cholesterins den Effekt auf die kardiovaskuläre Mortalität erklären könne.

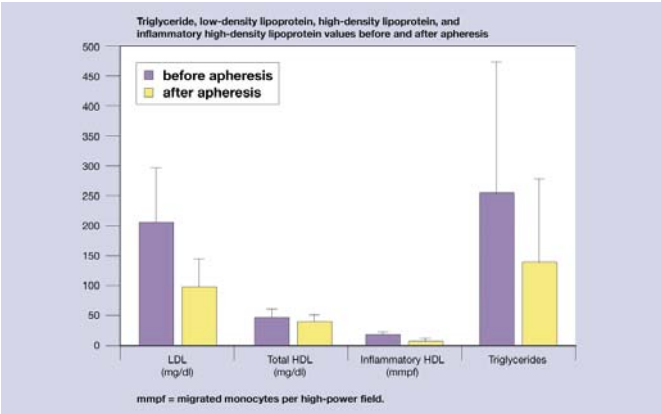
Studien zur Apherese, hier insbesondere Publikationen der Arbeitsgruppen von Prof. Schuff-Werner, Prof. Seidel und Prof. Horstkotte/Dr. Mellwig, zeigten früh, dass die Apherese ein breiteres Absenkungsspektrum aufweist als nur die des LDL-Cholesterins. Insbesondere die Absenkung des Fibrinogens, des CRP sowie der Zelladhäsionsmoleküle (V-CAM,I-CAM, E-Selectin) wird in dieser Kombination nur von der H.E.L.P.-Apherese erreicht (Koziolek M/Dihazi H et al., Circulation, 2006; Julius_Exp_Rev_Card_Ther_2008; Moriarty LDL-apheresis therapy Curr Treat Options Cardiovasc Med. 2006; M.G. Zenti, C. Stefanutti / Cytokine (2011, in Press). Das erklärt die positive Wirkung

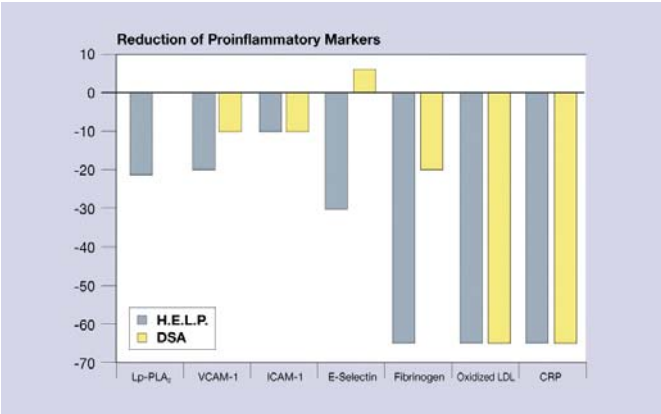


der Apherese auf die Rheologie des Blutes. Auch dürfte der nachgewiesene Effekt der Apherese, dass der Stenosegrad der behandelten Patienten eingefroren oder gar gesenkt werden kann, auf diesen Faktoren beruhen.

Ist LDL per se atherogen?

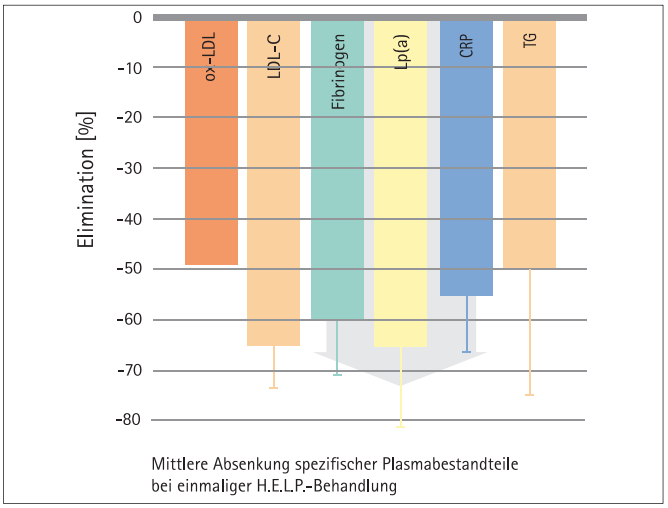
Diese Frage ist wohl vor dem Hintergrund der letzten Erkenntnisse zu verneinen. LDL allein macht noch keine Arteriosklerose, sondern eher oxidierte Lipoproteinpartikel. Mittlerweile ist gesichert, das oxidiertes LDL und auch oxidiertes HDL (sic!) ein höheres atherogenes Potential besitzen als natives LDL. Bei vielen Aphereseverfahren, aber besonders in der H.E.L.P.-Apherese, werden gezielt oxidierte Lipoproteine abgesenkt (Julius_Exp_Rev_Card_Ther_2008). Neu ist die Koabsenkung des „inflammatorischen HDL" durch H.E.L.P. (Moriarty, pers. comm.; Moriarty Effect of low-density lipoprotein apheresis on plasma levels of apolipoprotein e4 Am J Cardiol 2010; Moriarty et al Contemp Card Humana Press 2008).





Konsequenzen

Möglicherweise lässt sich die erstaunlich geringe Wirkung der medikamentösen cholesterinsenkenden Therapie auf die klinische Wirksamkeit (bei beachtlichen Absenkungsraten) dadurch erklären, dass Cholesterinsenker bevorzugt in die Produktion bzw. Resorption des „frischen" Cholesterins eingreifen. Das würde bedeuten, dass die bereits oxidierten LDL-Partikel verbleiben, während die Neusynthese an LDL gebremst wird und somit sich fatalerweise der atherogene Index (Anteil oxLDL am Gesamt-LDL) verschlechtert. Die Apherese mit ihrer nachgewiesenen Fähigkeit, gerade die atherogenen und inflammatorisch wirksamen Substanzen zu entfernen, scheint hier der bessere Ansatz zu sein. Zwar ist die Apherese ein invasives Verfahren, doch ist sie im Vergleich zur medikamentösen Therapie fast nebenwirkungsfrei (Klingel et al.).



Proinflammatorische Plasmaproteine

Akute prozentuale Reduktion [%]

Marker	HELP
MCP-1	-15
ET-1	-25
LBP	-27
Lp-PLA$_2$	-22
VCAM-1	-20
ICAM-1	-10
E-Selectin	-31
Fibrinogen	-65
Qx-LDL	-65
CRP	-65

CRP, C-reactive protein; ET-1, endothelin-1; HELP, heparininduced extracorporeal low-density lipoprotein preciptation; LBP. lipopolysaccharide-1 binding protein; LP-PLA, lipoproteinassociated phospholpase A$_2$ MCP-1, monocyte chemoattractant protein-1; MMP-9, matrix metalloproteinase-9; *ND, no data available; TMP-1, tissue inhibitor of metalloproteinase-1; VCAM-1, vascular cellular adhesion molecule-1.

Proinflammatorische Plasmaproteine

Akute prozentuale Reduktion [%]

Marker	HELP	Liposorber® LA-15
MCP-1	-15	-20
ET-1	-25	-75
LBP	-27	-ND*
Lp-PLA$_2$	-22	-ND*
VCAM-1	-20	-10
ICAM-1	-10	-10
E-Selectin	-31	6
Fibrinogen	-65	-20
Qx-LDL	-65	-65
CRP	-65	-65

Eine wirksame Behandlung der Arteriosklerose sollte auf drei Säulen beruhen:

1. Reduktion oxidierter Lipoproteine (oxLDL, oxLp(a) und oxHDL)
2. Reduktion eigenständiger Kausalfaktoren wie Fibrinogen und Triglyzeride
3. Reduktion inflammatorischer Parameter

Erst dann wird man von einer wirksamen Therapie sprechen können.

Gerald Stegemann
Diplom-Biologe; Produktmanagement Apherese
(Literaturliste beim Autor)

> Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apheresepatienten

Bei der Apherese handelt es sich um ein Blutreinigungsverfahren, mit dem Blutfette (Lipidapherese), Gerinnungsfaktoren (Rheopherese) sowie Entzündungsmediatoren und Antikörper (Immunadsorption) bei diversen, anderweitig therapierefraktären Erkrankungen aus dem Blut bzw. Plasma des Patienten entfernt werden können. Von atherosklerotischen Herz- und Gefäßerkrankungen über den Hörsturz bis hin zur Multiplen Sklerose reicht das Spektrum der Erkrankungen, die mit erfreulich gutem Erfolg behandelt werden können. Aus unterschiedlichen Gründen werden allerdings nur verhältnismäßig wenige der vielen bedürftigen Patienten mit der Apherese behandelt. Daher ist die Erfahrung mit dieser Therapieform in ärztlicher und pflegerischer Hinsicht relativ begrenzt. Nephrologisches Fachpersonal ist zwar im Umgang mit extrakorporalen Eliminationsverfahren vertraut, dennoch ergeben sich im Vergleich zwischen Dialyse- und Apheresepatienten zum Teil erhebliche Unterschiede bei der Pflege. Die Tatsache, dass bisher keine pflegerischen Standards zur Betreuung von Apheresepatienten existieren, hat uns dazu veranlasst, unsere an über 30.000 Einzelbehandlungen gewonnenen Erfahrungen bei der Pflege sowie der medizinischen und technischen Betreuung von Apheresepatienten in einem Leitfaden für Pflegekräfte und interessierte Ärzte niederzuschreiben. Im Folgenden wollen wir eine Kurzversion vorstellen.

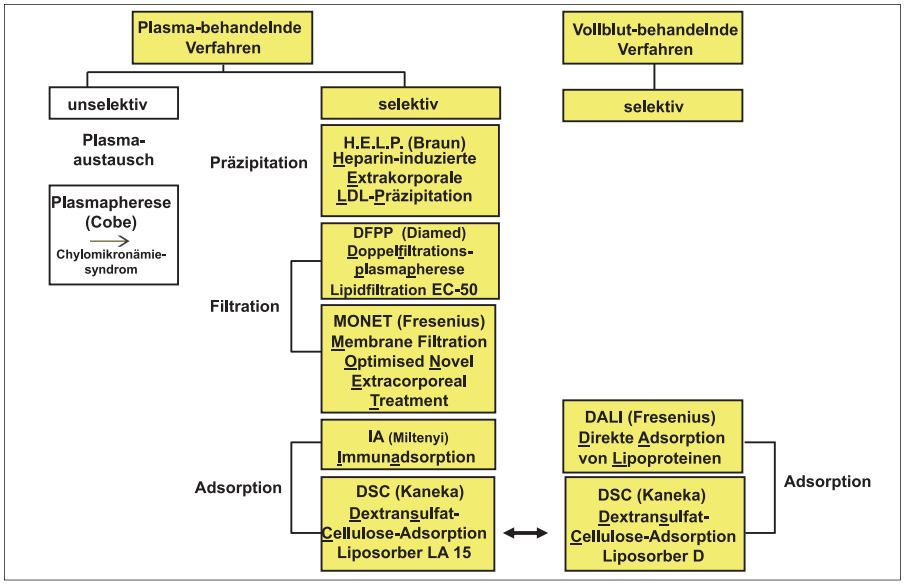


Abb. 1: Verfahren der Lipoproteinapherese

Indikationen und Verfahrenstechniken der Apherese

Mit mehreren zum Teil seit über 30 Jahren etablierten Verfahrenstechniken der Apherese können schwere, auf medikamentösen Weg nicht beherrschbare Fettstoffwechselstörungen erfolgreich behandelt werden. Der früher gebräuchliche Plasmaaustausch (Plasmapherese) wird heute nur noch zur Akutbehandlung des lebensbedrohlichen Hyperchylomikronämiesyndroms eingesetzt. LDL-Cholesterin und Lipoprotein(a) werden dagegen mit Hilfe von selektiven Aphereseverfahren durch Präzipitations-, Filtrations- und Adsorptionstechniken aus dem Plasma oder dem Vollblut eliminiert. Eine Zusammenstellung der heute verfügbaren Verfahren der Lipoproteinapherese findet sich in Abbildung 1.

Nachdem mit der Apherese über die genannten Fettstoffwechselparameter hinaus auch Blutgerinnungsfaktoren, Entzündungsmediatoren und Antikörper aus dem Patientenplasma entfernt werden können, eröffnet sich ein weites Feld von Indikationen für die Lipidapherese, Rheopherese (Fibrinogen-/LDL-Apherese) und Immunadsorption. Eine Zusammenstellung der bekanntesten Behandlungsindikationen findet sich in Abbildung 2 (siehe nächste Seite).

Laborchemische Effekte und klinische Wirksamkeit der Apherese

Alle heute im Einsatz befindlichen selektiven Lipidapherese-Verfahren sind in der Lage, während einer einzigen, im Durchschnitt circa zwei Stunden dauernden Behandlung, LDL-Cholesterin und Lipoprotein(a) um über 60 Prozent abzusenken. Durch die langfristige Verbesserung der Fettstoffwechselsituation bei den meist koronarkranken Patienten im chronischen Lipidapherese-Programm kommt es zu einer Reduktion der kardiovaskulären Ereignisrate um bis zu 90 Prozent. Durch zusätzliche so genannte pleiotrope Effekte wie die Absenkung von Gerinnungsfaktoren (insbesondere Fibrinogen) und Plasmaviskosität sowie eine Hemmung der Erythrozyten- und Thrombozytenaggregation wird eine akute und langfristige Verbesserung der Blutfließlichkeit und somit eine Steigerung der Organperfusion mit der Folge einer deutlichen Verbesserung von Lebensqualität und Prognose erreicht. Die rheologischen Effekte können jedoch auch genutzt werden zur Behandlung von Erkrankungen, bei denen Durchblutungsstörungen auf mikrovaskulärer Ebene außerhalb des Herzens im Vordergrund stehen, wie zum Beispiel beim Hörsturz. So konnte gezeigt werden, dass Hörsturzpatienten selbst Wochen nach frustranem Einsatz der konventionellen Infusionsbehandlung noch erfolgreich mit der H.E.L.P.-Apherese behandelt werden können. Insbesondere die signifikante Reduktion von Fibrinogen (Fibrinogen-/ LDL-Apherese oder Rheopherese) scheint für die Verbesserung des

Lipidapherese	Rheopherese
• Familiäre Hypercholesterinämie in homozygoter Ausprägung • Schwere Hypercholesterinämie, wenn trotz maximaler diätetischer und medikamentöser Maßnahmen der LDL-Cholesterinspiegel nicht ausreichend, das heißt auf die in den ATP III Guidelines definierten Zielwerte, gesenkt werden kann. • Isolierte Lp(a)-Erhöhung > 60 mg/dl bei Patienten mit im Zielbereich befindlichem LDL-Cholesterinspiegel und gleichzeitig progredienter kardiovaskulärer Erkrankung • Hyperchylomikronämiesyndrom mit hohem Pankreatitis- bzw. Thrombembolierisiko • Transplantatvaskulopathie • Morbus Refsum	• Hörsturz • Altersabhängige Makuladegeneration • Diabetisches Fußsyndrom • Hyperviskositätssyndrom • Kryoglobulinämie • Plasmozytom (IgM-Morbus Waldenström)
Immunadsorption Neurologie: • Guillain-Barré-Syndrom • Myasthenia gravis • Multiple Sklerose • Chronisch-entzündliche demyelinisierende Polyradikuloneuropathie (CIDP) Dermatologie: • Pemphigus-Erkrankungen • Sklerodermie Rheumatologie: • Rheumatoide Arthritis • Systemischer Lupus erythematodes • Panarteriitis nodosa Hämatologie: • Hemmkörperhämophilie • Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) • Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP) • Immun-thrombozytopenische Purpura (ITP) • Antiphospholipid-Syndrom	Nephrologie/Transplantationsmedizin: • Glomerulonephritiden insbes. rapid progressive GN bei – Goodpasture Syndrom – Systemischem Lupus erythematodes – Morbus Wegener und idiopatische fokal-segmentale Glomerulosklerose • HLA-Sensibilisierung, Antikörper-vermittelte Abstoßung und ABO-Inkompatibilität bei Nierentransplantation Kardiologie: • postmyokarditische dilatative Kardiomyopathie Gastroenterologie: • Colitis ulcerosa Endokrinologie: • Endokrine Orbitopathie

Abb. 2: Behandlungsindikationen der Apherese

Hörvermögens hauptverantwortlich zu sein. Ähnlich gute Therapieerfolge werden von der Immunadsorptionsbehandlung bei Antikörper-vermittelten Erkrankungen berichtet. So kann beispielsweise bei der Multiplen Sklerose selbst dann, wenn Corticosteroide nicht mehr wirksam sind, in bis zu 90 Prozent der Fälle eine Verbesserung der neurologischen Symptomatik durch den Einsatz des Blutreinigungsverfahrens erzielt werden.

Allgemeine Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apheresepatienten

Einen entscheidenden Anteil an den genannten Therapieerfolgen haben die Pflegekräfte, die sich in intensiver Weise um die zum Teil sehr komplexen Verfahrenstechniken ebenso kümmern, wie um das Wohlbefinden der mit unterschiedlichsten medizinischen Grundproblemen behafteten Patienten. Zwar vertraut im Umgang mit extrakorporalen Eliminationsverfahren muss sich das für die Betreuung von Apheresepatienten prädestinierte Dialyse-Fachpersonal bei der Beschäftigung mit dem Thema Apherese zum Teil ganz neuen technischen und medizinischen Herausforderungen stellen.

Diese beginnen mit der Gefäßpunktion. Während beim Dialysepatienten immer ein Shunt oder eine Gefäßprothese zur Verfügung steht, versucht man beim Apheresepatienten, bei dem ein Blutfluss von 60 bis 100 ml/min zur Behandlung ausreicht, grundsätzlich eine periphere Nativvene zu punktieren. Dies gelingt in unserem Kollektiv von derzeit 85 Patienten, die sich im Durchschnitt seit sechs Jahren der Behandlung unterziehen, in 75 Prozent der Fälle. Bei nur 25 Prozent erfolgt die Behandlung über einen Cimino-Shunt. Vorbereitung (z.B. durch Wärmflaschen) und Punktion der zum Teil filigranen Antekubitalvenen erfordern ebenso wie die Tatsache, dass die Venenpunktion meist beidarmig stattfindet, ein besonderes Training des Pflegepersonals sowie eine individuelle Führung und Betreuung des Patienten. Intensives Training und große Erfahrung im Umgang mit der Punktion peripherer Venen zeigt sich beispielsweise in der Tatsache, dass bei über 300 Hörsturzpatienten nur ein einziges Mal ein zentralvenöser Zugang zur Behandlung gelegt werden musste. Bei über 400 Immunadsorptionen zur Behandlung der Multiplen Sklerose waren acht ZVK-Anlagen erforderlich. Da Gefäßzugangsprobleme die Hauptursache für unerwünschte Ereignisse bzw. Komplikationen der Apheresebehandlung sind, stellt der Umgang mit Venen, Shunts und Kathetern eine der verantwortungsvollsten Aufgaben des Pflegepersonals bei der Betreuung von Apheresepatienten dar.

Große Flexibilität ist von den Pflegekräften bei der Apherese in Abhängigkeit von den Grunderkrankungen gefordert. Da praktisch alle Lipidapherese-Patienten mit schwerer Hypercholesterinämie oder Hyperlipoproteinämie(a) gleichzeitig an unterschiedlichen kardiovaskulären Erkrankungen leiden,

Maßnahme	Wirkung auf			
	LDL	HDL	Lp(a)	Triglyceride
Ernähungs- und Lebensstilumstellung	↓ 10%-(30%)	↑ 20%	minimal	↓ 70%
Omega-3-Fettsäuren	↑ 10%	↑ 20%	↓ leicht	↓ 50%
Fibrate	↓ 20%	↑ bis 40%		↓ 70%
Nikotinsäurederivate	↓ 20%	↑ 20-25%	↑ 20-25%	↓ 30-50%
Gallensäureaustauscherharze	↓ 20%	↑ 5%		↑ 30%
Cholesterinresorptionshemmer	↓ 20%	↑ 5%		↓ 5%
Cholesterinsynthesehemmer (CSE-Hemmer = Statine)	↓ 30-60%	↑ 10-15%		↓ bis 25%
Lipidapherese	↓ 60-70%	↓ bis ↑ 15%	↓ 60-70%	↓ 50%

Abb. 3: Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung von Fettstoffwechselstörungen

ist es für Aphereseärzte und Pflegepersonal gleichermaßen wichtig, sich mit diesen schweren und grundsätzlich lebensbedrohlichen Folgeerkrankungen der Atherosklerose auseinanderzusetzen. Grundzüge und Leitsymptome der chronischen koronaren Herzerkrankung und des Herzinfarktes müssen ebenso beherrscht werden, wie die Ersttherapie des akuten Koronarsyndroms und anderer kardiovaskulärer Notfälle. Diese reichen von einfachen vaso-vagalen Reaktionen bis hin zum Bradykinin-induzierten Angioödem mit lebensbedrohlichem Schock, der schwersten Komplikation bei fälschlicher Gabe von ACE-Hemmern im Rahmen von Apherese- oder Immunadsorptionsbehandlungen mit negativ geladener Adsorberoberfläche.
Außerhalb der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen stellt der psychisch oftmals stark traumatisierte Hörsturzpatient besondere Anforderungen an die Fähigkeit des Personals zur psychosozialen Betreuung.
Eine andere Art der Hilfestellung benötigen die alten und sehbehinderten Patienten mit altersabhängiger Makuladegeneration.
Ein Maximum an Pflegebedürftigkeit erleben Krankenschwestern und Pfleger häufig bei Patienten mit Multipler Sklerose, die mit durchschnittlich 40 Jahren zwar sehr jung, aber oft schwer behindert sind. Je nach Lokalisation der Nervenschädigung manifestieren sich hier ganz unterschiedliche Symptome, die von Seh- und Sensibilitätsstörungen bis hin zu hemi- und tetraparetischen Spastiken reichen. Insbesondere bei Patienten mit schweren Lähmungen, aber auch bei solchen mit zum Teil beidseitiger Erblindung ist die Pflege deutlich aufwändiger als die eigentliche Apheresebehandlung.

Über das organisatorische, technische und pflegerische Management hinaus zeichnet das Pflegepersonal auch für diverse Apherese-begleitende Aufgaben verantwortlich. Vor allem bei der Behandlung von Fettstoffwechselstörungen dienen supportive Maßnahmen zur Steigerung der Aphereseeffektivität und Prognoseverbesserung. Sie reichen von der Ernährungsberatung (Stichwort: diätetische Restriktion im Hinblick auf tierische Fette und schnell resorbierbare Kohlenhydrate – mediterrane Ernährung) über die Anleitung zur körperlichen Aktivität (Stichwort: strukturierte Bewegungsprogramme, Ausdauertraining) bis zur Raucherentwöhnung. Außerdem müssen Ärzte und Pflegekräfte ständig dafür Sorge tragen, dass Lipid-senkende Medikamente auch von Patienten im chronischen Aphereseprogramm in höchst verträglicher Dosis konsequent eingenommen werden. Diverse, durchaus kombiniert einsetzbare Möglichkeiten der therapeutischen Beeinflussung von Fettstoffwechselstörungen sind in Abbildung 3 zusammengestellt.

Ähnlich wie bei der Betreuung von Dialysepatienten und anderen chronisch kranken Patientengruppen spielen psychosoziale Aspekte im Vergleich zu medizinisch-technischen Aufgaben eine mindestens ebenbürtige Rolle. Das Wissen um eine bedrohliche Erkrankung des Herzens stellt beispielsweise für den Infarktpatienten ein großes psychologisches Problem dar, zu dessen Aufarbeitung das Apherese-Pflegepersonal einen wertvollen Beitrag leisten kann. Die emotionale Hinwendung zu dem krankheitsbedingt psychisch angeschlagenen Patienten, der darüber hinaus nicht selten Angst vor der maschinellen Behandlung hat, spielt, wie bereits oben ausgeführt, auch bei der Therapie von Hörsturz- und MS-Patienten eine entscheidende Rolle. Diese Zuwendung verhilft nicht nur zur Reduktion von Behandlungskomplikationen (z. B. Vermeidung Angst-getriggerter vaso-vagaler Reaktionen), sondern trägt auch maßgeblich zur Adhärenz bzw. Compliance (diese liegt im Kollektiv unserer Lipidapherese-Patienten bei 99 Prozent pro Jahr) und damit zur Verbesserung von Prognose und Lebensqualität bei. Die eindrucksvollen medizinischen Erfolge, die Aphereseschwestern- und pfleger erleben sowie die ihnen entgegengebrachte menschliche Wertschätzung und Dankbarkeit vermitteln höchste Motivation, diese nicht immer leichte, aber doch äußerst vielseitige und in jeder Hinsicht befriedigende Arbeit zu leisten.

Aufgrund des begrenzten Umfangs der obigen Ausführungen empfehlen wir allen näher Interessierten die Lektüre unserer in Buchform herausgegebenen Leitfäden für Pflegekräfte und Ärzte mit den Titeln: „Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apheresepatienten“ und „Lipidapherese-Standard für Apherese-Kompetenzzentren.“ (siehe Seite 22/23).

Ines Schulz-Merkel,
Kerstin Rziha,
Dr. med. Franz Heigl

Kontaktdaten:
Dres. Heigl, Hettich & Partner
Medizinisches Versorgungszentrum
Kempten-Allgäu
Robert-Weixler-Str. 19, 87439 Kempten
Telefon 0831 - 570577 - 10, Fax - 51
info@mvz-kempten.de
www.mvz-kempten.de

> Veröffentlichungen des fnb

> **Gefäßzugang zur Hämodialyse**
– Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege (GHEAP)

> **Medikamente für Dialysepatienten**
– ein Ratgeber

> **Qualitätsmanagement in Dialyseabteilungen,**
– Hilfen für ein Qualitäts-Handbuch Pflege

> **Europäischer Lehrplan für die Pflege nierenkranker Menschen**

> **Europäische Standards für die nephrologische Pflegepraxis**

> **Europäischer Kernlehrplan für die Weiterbildung in der nephrologischen Pflege**

> Einführung der Knopflochmethode unter Benutzung der „BIOHOLE PEG“ in einer ausgelasteten Dialyseabteilung

Ein Bericht über die Entwicklung der derzeitigen Praxis

Die Autorin Jennie King ist als Krankenschwester zuständig für Training, Weiterbildung und Forschung am Nierenzentrum im Royal Berkshire Hospital in London.
Der Bericht umreißt Erfahrungen, die bei der Einführung der Knopflochmethode bei der arterio-venösen Punktion unter Verwendung des „BioHole Peg“ gewonnen wurden, einem sterilen Polykarbonat Stift, der den Punktionskanal ausbilden soll. Die Ergebnisse der Autoren werden formlos diskutiert und mit aktuellen Veröffentlichungen in der Literatur verglichen, um Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege zu ermutigen, die daran interessiert sind, diese Methode der Punktion unter Benutzung der Stifte in einer in der Regel sehr ausgelasteten Dialyseeinheit einzuführen.

Die Knopflochmethode zeichnet sich als eine mögliche alternative Punktionspraxis gegenüber der traditionellen Strickleiterpunktion, bzw. der Punktion mit wechselnden Einstichstellen (NKF K/DOQI 2006) ab und ist schon von vielen Dialysezentren zur Anwendung in der Heimdialyse und der Klinik angenommen worden. Ergebnisse einer randomisierten kontrollierten Studie aus Großbritannien, welche die herkömmliche Methode mit wechselnden Punktionsstellen und die Knopflochpunktionsmethode vergleicht, sind zurückzuführen auf Berichte aus 2010. Der BioHole Polykarbonatstift wurde eingesetzt als ein möglicherweise zeitsparendes Instrument um abgestumpfte Nadeln einzuführen.

Einführung eines Stifts unter aseptischen Bedingungen

Ziel dieses Berichtes ist es, allen Dialysemitarbeitern Information und Unterstützung zu geben, die versuchen die Punktion mittels Knopflochmethode zu etablieren. Dieser Bericht will die Praktiken innerhalb unserer Dialyseeinheit und unsere Erfahrungen erörtern. Er soll die häufigsten Fragen, die gestellt werden, beantworten und die Untersuchungen hinter den Antworten diskutieren.

Der Bericht gibt wertvolle Hilfestellung für alle, die die Notwendigkeit der Einführung der Knopflochpunktion erkannt haben, aber nicht genau wissen wie sie sich dieser Thematik annähern sollen.

Neugierig geworden?
Gerne senden wir Ihnen den gesamten Bericht entweder im Original oder in deutscher Übersetzung als PDF zu. Senden Sie hierzu ihre Anfrage per Email an:

Juergen.berner@
nephro-fachverband.de
oder
c.reiher@wb-nephro.de

Carmen Reiher, Jürgen Berner

> Pflegeethik auf der Chronischen Dialyse: Grundvoraussetzung oder Sahnehäubchen?

Ethik an sich ist zurzeit in vielen Bereichen – nicht nur im Gesundheitswesen – ein viel besprochenes und oftmals heftig diskutiertes Thema, wie zum Beispiel der ethische Umgang von Firmenleitungen mit ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bei der Produktion ihrer Waren oder die Erstellung von Ethikkodizes für Politikerinnen und Politiker. Im Gesundheitswesen wird Ethik vor allem in Form von Berufskodizes sichtbar, wie dem ICN-Ethikkodex für Pflegende, oder in der Tätigkeit von Ethikkommissionen im Zusammenhang mit Forschung im Gesundheitswesen.

Was versteht man nun unter Ethik?
Ethik ist eine methodisch-kritische Reflexion auf das menschliche Handeln. Sie versucht, das moralisch Gute und Richtige zu ermitteln, zu begründen sowie bestehende Normen und Werte auf ihre Gültigkeit kritisch zu hinterfragen (vgl. Hiemetzberger et al., 2010, S. 24). Im Gegensatz dazu versteht man unter Moral „die gelebten Werte und Normen, die eine Gemeinschaft für sich als verbindlich anerkennt“ (Hiemetzberger et al., 2010, S. 16). Man könnte Ethik sehr verkürzt als kritische Reflexion der Moral darstellen. Es gibt verschiedene Ethiktheorien, zu den klassischen Theorien zählen die Pflichtethik (Kant), der Utilitarismus (Mill, Singer) und die Tugendethik (Aristoteles). Die allgemeine Ethik setzt sich mit theoretischen Grundlagen auseinander, wohingegen in der angewandten Ethik allgemeine ethische Normen und Prinzipien in bestimmten Bereichen angewendet werden. Die angewandte Ethik beinhaltet unter anderem die Bereiche Medizinethik und Pflegeethik.

Die Wurzeln der Medizinethik gehen bis zum hippokratischen Eid zurück. In der heutigen Zeit basiert Medizinethik sehr stark auf der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress (1994). Sie beschreiben vier Prinzipien, nämlich den Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Patienten, das Prinzip des Nicht-Schadens, das Prinzip der Benefizienz und das Prinzip der Gerechtigkeit. Diese Prinzipien können sich gegenseitig widersprechen (vgl. Hiemetzberger et al., 2010, S. 38). Diese Prinzipien waren und sind mitunter noch eine Orientierung für ethisches Handeln in der Pflege. „Ethik in der Pflege ist die Reflexion moralischer Aspekte in den Handlungsfeldern der Disziplin Pflege (Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik und Pflegewissenschaft).“ (Lay, 2004, S. 66). Doch in der Pflegeethik werden zusehends neuere Konzepte, die nicht so stark die Autonomie betonen, angewendet oder entwickelt. So gewinnt die Care-Ethik oder auch Fürsorgeethik (Tronto) in der Pflege immer mehr an Bedeutung. Dabei spielen Aspekte wie Fürsorglichkeit, Anteilnahme und Aufmerksamkeit eine Rolle. Conradi betont den Aspekt der Achtsamkeit und definiert Care als „eine Praxis der Zuwendung, Achtsamkeit und Bezogenheit, die durch die daran Beteiligten gemeinsam gestaltet wird. Gemeint ist ein weiter Bereich, der von Selbstsorge über kleine Gesten der Aufmerksamkeit, pflegende und versorgende menschliche Interaktionen bis hin zu kollektiven Aktivitäten reicht“ (Conradi, 2001, S. 14f). Ausgehend von der Care-Ethik haben Gastmans und Vanlaere ein Konzept einer Pflegeethik entwickelt. Ausgangspunkt von Care sind das relationale Menschenbild und die Vulnerabilität (Verletzlichkeit) sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der Pflegepersonen. Care dient zur Bewahrung der Würde aller beteiligten Personen. (Gastmans, Vanlaere, 2005, S. 32)

Was haben nun diese theoretischen Überlegungen mit der praktischen Tätigkeit von Pflegepersonen auf chronischen Dialysestationen zu tun? Sind pflegeethische Konzepte überhaupt notwendig? Spielen pflegeethische Normen und Prinzipien überhaupt eine Rolle in der kurzen Betreuungszeit, die sehr viele technische und medizinische Aspekte beinhaltet?

Ich möchte einige pflegeethische Aspekte darstellen, die in der alltäglichen Praxis auf Dialysestationen sehr wichtig und beachtenswert sind. Gerade in der Betreuung von chronisch kranken Menschen ist es wichtig, die mögliche Diskrepanz zwischen Autonomie der Patientinnen und Patienten und der Fürsorge der Pflegepersonen anzusprechen, zu reflektieren und entsprechend zu handeln. Dialysepatientinnen und -patienten sind Expertinnen und Experten für ihre Krankheit, sie müssen diese in ihr Leben integrieren und im Sinne von Grypdonck versuchen, das Leben über die Krankheit zu heben (siehe dazu Seidl, Walter, 2005). Dazu benötigen sie manchmal eine fürsorgliche Unterstützung und Anleitung von Seiten der Pflegepersonen. Bezugnehmend auf die oben zitierte Definition von Conradi spielen hier Zuwendung und Achtsamkeit eine große Rolle, ebenso im Zusammenhang mit der umfassenden Beratungstätigkeit, die von den Pflegepersonen durchgeführt wird. Eine empathische, respektvolle und wertschätzende Grundhaltung ist Voraussetzung für die Durchführung,

Wahrung der Privatsphäre bei der Visite

aber auch für den Erfolg der pflegerischen Beratung. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Wahrung der Würde der Patientinnen und Patienten. Dies beginnt bei kleinen Tätigkeiten, wie der Hilfestellung beim Toilettengang, wobei die Intimsphäre der Patientinnen und Patienten gewahrt werden muss. Auch während der Durchführung von Eingriffen oder in Notsituationen ist auf die Wahrung der Würde der chronisch kranken Menschen zu achten. Wie werden in Mehrbettzimmern persönliche und oft intime Informationen an die Patientinnen und Patienten weitergegeben? Wird in diesen Situationen auf die Privatsphäre geachtet? Ein grundlegendes Thema ist die Art der Kommunikation mit den und über die Patientinnen und Patienten. Wie sprechen Pflegepersonen während der Dienstübergabe oder bei Pflegevisiten über die chronisch kranken Menschen? Ist diese Kommunikation von Respekt und Wertschätzung geprägt oder eher von Geringschätzung oder sogar Aggression? Die Sprache der Pflegepersonen hat Einfluss auf ihr Verhalten am Krankenbett und ist daher wichtig und von großer Bedeutung.

Neben diesen Beispielen aus dem alleinigen Verantwortungsbereich der Pflege spielt Pflegeethik auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit eine große Rolle. Wie setzen wir uns ein für die Patientinnen und Patienten bei Visiten? Pflegepersonen wissen aufgrund ihrer Tätigkeit und der damit verbundenen permanenten Präsenz oft sehr viel mehr über die Patientinnen und Patienten als Ärztinnen und Ärzte. Daher treten sie oft in die Fürsprecherrolle. Eine wichtige Rolle haben Pflegepersonen auch bei ethischen Entscheidungen am Lebensende, zum Beispiel der indirekten oder passiven Sterbehilfe. Die Entscheidung zur Therapiereduktion oder zum Therapieabbruch sollte im Team getroffen werden, auch wenn die Letztverantwortung bei den Ärztinnen und Ärzten liegt (siehe dazu auch die Untersuchung von Ruppert et al., 2010). Pflegeethik bildet dabei die Grundlage für die Partizipation der Pflegepersonen an ethischen Entscheidungsfindungen.

Was benötigt nun die Pflege bzw. die einzelne Pflegeperson, um im Alltag pflegeethisch gut zu handeln? Neben fachlicher Kompetenz, die wichtig ist, gewinnen ethische Kompetenzen zunehmend an Bedeutung.
Verkerk nennt Reflexion und moralische Sensibilität als notwendige Kompetenzen, ebenso Verantwortung, aufmerksame Anteilnahme und Aufmerksamkeit auf die Auswirkungen der angebotenen Pflege. Verkerk betont die Wichtigkeit, aufmerksame, verantwortliche und anpassungsfähige Pflege zu geben und zu empfangen. (vgl. Verkerk, 2010, S. 11-19)

Aber nicht nur bei jeder einzelnen Pflegeperson liegt die Verantwortung für die Umsetzung von ethischen Prinzipien im Praxisalltag einer Abteilung. Es zeigt sich mittlerweile, dass die einzelnen Pflegepersonen in Konflikte geraten, um den Anforderungen der Pflegewissenschaft, der Pflegeethik, des Pflegemanagements und der Patientinnen und Patienten trotz der immer weniger werdenden Ressourcen entsprechen zu können. (siehe dazu Kersting, 2011, Verkerk, 2010, S. 12-14) Daher sind auch die Organisationen bzw. deren Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, sowohl auf Stationsebene als auch auf Institutionsebene, gefordert. Heimerl und Heller stellen fest, dass „engagierte Einzelpersonen auf Dauer nicht die strukturellen Defizite der Gesamtorganisation kompensieren können. […] Es braucht motivierte, kompetente Personen und geeignete Strukturen, Rahmenbedingungen und Regeln“ (Heimerl, Heller, 2001, S 12). Es sollten beispielsweise Leitbilder, die oft Werte, Normen und Prinzipien enthalten, nicht nur auf dem Papier stehen, sondern auch mit Leben erfüllt werden. Es müssen Ressourcen und Rahmenbedingungen geschaffen werden, um diese Leitbilder auch umsetzen zu können und eine Grundlage für ein ethisch verantwortungsbewusstes Handeln der Pflegepersonen zu schaffen. Dazu gehören gezielte Fortbildungen und Weiterbildungen der Pflegepersonen und die Erstellung von Richtlinien, Leitlinien und Konzepten für das tägliche Handeln. Außerdem sollten Ressourcen wie Zeit und Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt werden bzw. Arbeitsabläufe entsprechend adaptiert werden.

Auf die Eingangsfrage, ob Pflegeethik auf der chronischen Dialyse eine Grundvoraussetzung sein soll oder nur das Sahnehäubchen, möchte ich – basierend auf den obigen Ausführungen – mit einem Zitat von Verkerk antworten: „Ohne Ethik ist keine gute qualitative Pflege möglich.“ (Verkerk, 2010, S. 11)

Literatur:
Beauchamp Tom, Childress James (1994): Principles of Biomedical Ethics. 4. Auflage, New York: Oxford University Press
Conradi Elisabeth (2001): Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main: Campus.
Gastmans Chris, Vanlaere Linus (2005): Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen. Leuven: Davisfonds.
Heimerl Katharina, Heller Andreas (2001): Vom Modell zum Regelfall. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativarbeit lernen. In: Heimerl Katharina, Heller Andreas (Hrsg.): Eine große Vision in kleinen Schritten. Aus Modellen der Hospiz- und Palliativbetreuung lernen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 9-14.
Hiemetzberger Martina, Messner Irene, Dorfmeister Michaela (2010): Berufsethik und Berufskunde. Ein Lehrbuch für Pflegeberufe. Wien: Facultas. 2., aktualisierte Auflage
Kersting Karin (2011): „Coolout in der Pflege" Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung.
Lay Reinhard (2004): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft
Ruppert Sabine, Heindl Patrik, Kozon Vlastimil (2010): Rolle der Pflege bei ethischen Entscheidungen am Lebensende. Projektbericht
Seidl Elisabeth, Walter Ilsemarie (Hrsg.) (2005): Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Pflegewissenschaft Heute Band 8. Wien: Maudrich.
Verkerk Marian (2010): Zorgconcept en competenties. In: Bouwer Johan, De Haar Bert (Hrsg.): Kwaliteit van zorg. Optimaal zonder levensbeschouwing?. Assen: Van Gorcum

Angaben zur Autorin:
Mag.ª Sabine Ruppert,
DGKS, Pflegewissenschafterin
Pflegeberaterin der
Klinischen Abteilung für Nephrologie und Dialyse,
Univ. Klinik für Innere Med. III,
Allgemeines Krankenhaus
der Stadt Wien –
Medizinischer Universitätscampus

> Die elektronische Gesundheitskarte (eGK)

Zu Risiken und Nebenwirkungen fragen Sie Ihren Politiker

Theoretisch kann die eGK sehr viel, praktisch aber bisher sehr wenig.
Auf der Karte stehen derzeit die so genannten Stammdaten: Versicherung, Geschlecht, Name, Anschrift, Geburtsdatum und ab dem Alter von 15 Jahren ein Foto. Die Rückseite ist für die Aufnahme der Europäischen Krankenversicherungskarte (EHIC, European Health Insurance Card) ausgerüstet, jedoch noch nicht einsetzbar. Die eGK ist sechs Jahre lang gültig.
Die Versicherung steht deshalb auf der Karte, weil mit der eGK alle Karten für alle Versicherten gleich aussehen. Jeder erhält künftig außerdem eine Versicherungsnummer, die ein Leben lang gilt – ähnlich wie die Rentenversicherungsnummer. Schon jetzt kann man auf der Karte so genannte Notfalldaten speichern: die Blutgruppe, notwendige Medikamente, Allergien oder Unverträglichkeiten. Allerdings sind Angabe und Speicherung dieser Daten noch freiwillig.
Künftig sind weitere Anwendungen in der Diskussion, beispielsweise das elektronische Rezept oder elektronische Patientenakte mit Arztbefunden, Röntgenbildern und Diagnosen möglich. Sowohl elektronische Patientenakte als auch elektronisches Rezept sind noch Zukunftsmusik. Aber immer noch wird versucht, die Gesundheitskarte als Schlüssel für eine Zwangsvernetzung im Gesundheitswesen einzusetzen, um alle Krankheitsdaten über das Internet in zentralen Servern zu speichern.
Das Milliarden-Projekt „elektronische Gesundheitskarte" – immer mehr Funktionen wurden weggelassen, weil sie entweder nicht alltagstauglich waren oder den Datenschutz verletzten. Es ist nicht viel mehr übrig geblieben als eine neue Versichertenkarte für gesetzlich Versicherte mit einem Foto, welches angeblich den „Missbrauch" im Gesundheitswesen verhindern soll. Die Kassen überprüfen aber nicht, ob das Foto mit dem Karteninhaber übereinstimmt.
Diese elektronische Gesundheitskarte hat mit Gesundheit nichts zu tun. Es handelt sich schlicht um einen riesigen Auftrag für die IT-Industrie. Die FDP hat vor den letzten Bundestagswahlen ein Moratorium der Gesundheitskarte versprochen. Kaum an der Macht, vollzog Philipp Rösler genau das Gegenteil. Durch eine Gesetzesänderung in 2011 werden die Krankenkassen jetzt genötigt, „Elektronische Gesundheitskarten" an 10 % ihrer Versicherten ab 1.10.2011 auszugeben. Anderenfalls drohen Millionenstrafen. Nur so konnten die Krankenkassen gezwungen werden, die seit 2006 überfällige neue Karte auszugeben, obwohl sie nach dem Scheitern aller Tests nicht mehr wirklich vom Projekt überzeugt sind. Die erzwungene Ausgabe der „Elektronischen Gesundheitskarten" soll bis ca. Ende 2013 erfolgen. Für einige Jahre wird es also noch parallel alte und neue Karten geben.
Ärzte lehnen die Elektronische Gesundheitskarte ab, weil sie das Arzt-Patienten-Verhältnis durch Preisgabe der Vertraulichkeit gefährdet sehen. Drei Ärztetage in den vergangenen drei Jahren haben die Einführung der eGK mit großer Mehrheit abgelehnt.
Auch der Vorstand des fnb lehnt die eGK ab. Wir betrachten mit Sorge die Datenpflege der Chipkarten. Sollten tatsächlich Diagnosen, Allergien, Medikationen auf dieser Karte gespeichert werden, so müssen diese Daten nicht nur eingegeben, sie müssen auch gepflegt und regelmäßig aktualisiert werden. Wer kontrolliert die Richtigkeit der Daten, wer ist verantwortlich dafür, dass hier keine Fehldiagnosen oder die falschen Medikamente bzw. Dosierung eingegeben werden? Und worin besteht der Nutzen einer solchen Karte wirklich? Den erkennen wir beim besten Willen nicht.

Scharfe Kritik äußerte auch der ehemalige Regierungsberater Professor Jürgen Wasem. Gegenüber dem ARD-Magazin Monitor erklärte er, die Karte werde „primär aus politischen Gründen“ an den Start gehen. „Ökonomisch wird sie ein Minusgeschäft sein, das letztlich die Versicherten zahlen“, so Wasem, der einer der wichtigsten Berater von Ex-Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) war.

Die Kosten für die Karten, Lesegeräte und technische Infrastruktur: 2004 ging die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt noch von Einführungskosten in der Höhe von 700 Mio. Euro bis 1 Mrd. Euro aus. Im November 2006 veröffentlichte der Chaos Computer Club eine Kosten-Nutzen-Analyse von Booz Allen Hamilton. Diese im Auftrag der gematik (Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte) erstellte Analyse ergab, dass nicht nur die Einführung, sondern auch die weitere Nutzung der elektronischen Gesundheitskarte enorme Kosten in Höhe von 2,8 bis 5,4 Milliarden Euro für einen Zeitraum von fünf Jahren verursachen wird. Der CCC schrieb dazu auf seiner Homepage: „In bester Tradition staatlicher Software-Großprojekte wird hier sehenden Auges ein weiteres extrem kostenträchtiges Prestigeprojekt angegangen, dessen Nutzen in keinem sinnvollen Verhältnis zu den Risiken und absehbaren Problemen steht. Eine erste Sichtung der Daten deutet auf eine massive Kostenexplosion bei der Einführung der Gesundheitskarte und ein weiteres Technologie-Desaster hin.
Nach Recherchen des ARD-Magazins „Monitor“ im Juli 2009 geht die Entwicklungsfirma der elektronischen Gesundheitskarte (gematik) bereits von einer Verdoppelung dieser Kosten aus. Die Gesamtkosten könnten dabei nach Antwort des Bundestages auf eine Anfrage der Linkspartei im Bundestag sogar auf 14 Milliarden Euro anwachsen. Sie können die e-card verweigern und müssen nicht befürchten, straffällig zu werden. Unter
www.patientinformiertsich.de/
aktionen/details.php?msgid=302
finden Sie eine Anleitung dazu von der Initiative „Patient informiert sich“. Und solange Sie eine gültige Krankenkassenkarte haben, sind Sie immer auf der sicheren Seite.

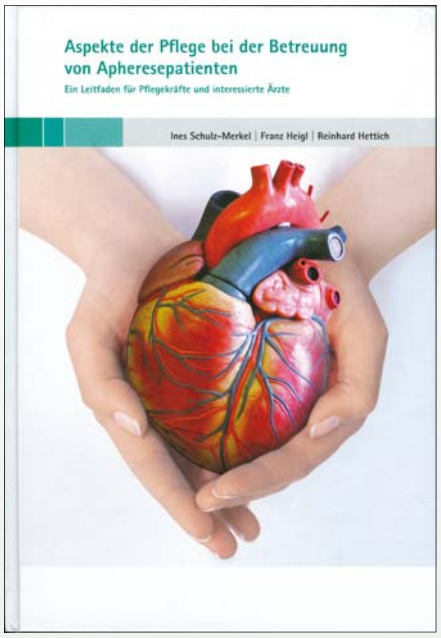
Und während die elektronische Gesundheitskarte in Deutschland schrittweise eingeführt wird, ist das Projekt im Nachbarland Tschechien nach 10 Jahren gescheitert. Schuld daran sind Korruptionsvorwürfe, Datenschutzbedenken und die mangelnde Akzeptanz bei den Patienten (Tagesschau.de vom 30.5.2012).

Für den Fachverband
Christa Tast

Quelle: http://www.durchblick-gesundheit.de/content/img/durchblick/dg3/image1.jpg

> Buchbesprechung: Aspekte der Pflege bei der Betreuung von Apheresepatienten

Ein Leitfaden für Pflegekräfte und interessierte Ärzte
Ines Schulz-Merkel
Franz Heigl
Reinhard Hettich



Die Apheresebehandlung zählt nach wie vor zu den relativ unbekannten Therapieoptionen. Richtungsweisend dafür ist natürlich die von den Krankenkassen nur bei bestimmten Indikationen zu erstattende Behandlung. Demgegenüber stehen nur wenige Behandlungsplätze in Deutschland und die noch unzureichende Therapieempfehlung durch behandelnde Ärzte.
Die neueste Veröffentlichung des Medizinischen Versorgungszentrums Kempten soll zum Einen einen Beitrag

dazu leisten, Pflegekräfte über alle Bereiche der Pflege von Apheresepatienten und deren Behandlungsabläufe zu informieren und eine wichtige Hilfestellung geben. Diese beinhalten vom Gefäßzugang über die medikamentöse Behandlung bis hin zu allen Nebenwirkungen und den sehr unterschiedlichen Indikationen, wie den Hörsturz, Fettstoffwechselstörungen, der pAVK, dem diabetischen Fußsyndrom, der KHK, der Makuladegeneration und Multiplen Sklerose, eine sehr individuelle und auf den Patienten abgestimmte Pflege. Sie wurden von der Fachkrankenschwester Ines Schulz-Merkel aus eigenen Erfahrungen strukturiert und verständlich aufgegliedert.
Auch für Ärzte wird dieser Leitfaden, der über die Indikationen der Apherese, die Verfahrenstechniken, sowie die laborchemischen Effekte der Lipidapherese informiert, einen ersten umfassenden Einblick der vielfältigen Behandlungsmöglichkeiten geben.
Die Apheresebehandlung kann kardiovaskuläre Ereignisse, ebenso die Patientenmortalität, um bis zu 90% reduzieren; vor allem aber die Lebensqualität um ein vielfaches verbessern.

Ines Schulz-Merkel, leitende Fachkrankenschwester für Nephrologie und Dialyse des Med. Versorgungszentrums Kempten für Dialyse- und Apheresepatienten. Der Grundstock zum Buch zur Pflege von Apheresepatienten wurde im Rahmen der Fachweiterbildung durch ihr Facharbeitsthema gelegt.

Dr. med. Franz Heigl, Dr. med. Reinhard Hettich, Leiter des Med. Versorgungszentrums Kempten-Allgäu und des deutschlandweit größten Apheresezentrums. Ihnen sind individuelle, menschliche und medizinische Belange in einem persönlichen Arzt- Patientenverhältnis wichtig. Demgegenüber steht der Anspruch, hochspezialisierte und gleichzeitig breit gefächerte medizinische Versorgung auf wissenschaftlich neuestem Kenntnisstand und höchstem Niveau anzubieten.

Ute Janthur, Murnau

> Pflege nach Organtransplantation – Teil 3

Der dritte Teil der Serie behandelt das Thema „postoperative Pflege nach Nieren-Transplantation".
In unserem Zentrum werden die Patienten nach einer Lebertransplantation die ersten Tage auf der Intensivstation betreut. Sofern es der Zustand der Patienten erlaubt, werden sie ab dem 3- 7. Tag auf die periphere Station verlegt. Patienten nach Nierentransplantation werden i.d.R. sofort postoperativ auf die periphere Station verlegt.

Postoperative Pflege nach Nieren-Transplantation	
Überwachung	RR, Puls. HF, ZVD, O2 Sättigung ggf. O2 Gabe (3 l/ min) Temperatur
Bilanzierung	Einfuhr –Ausfuhrkontrolle stündlich, Gewichtskontrolle
Drainage	Drainagen-Kontrolle und Dokumentation, Beobachtung des Wundsekretes (Farbe, Menge, Konsistenz)
Mobilisation	Frühmobilisation: Pneumonieprophylaxe, Thromboseprophylaxe, Dekubitusprophylaxe
Shunt	1 x pro Schicht Shuntkontrolle
Dialyse	nach Ausscheidung und Werten (Kalium, Harnstoff, Überwässerung)
Kostaufbau	nach Abführen, frühestens 24 h nach OP
Wundversorgung	nach Pflegestandard – regelmäßige Verbandswechsel
Labor	z.B. Elektrolytkontrolle, BB, Kreatinin, Harnstoff, Leberwerte, CrP, BZ- Kontrolle, Prograf/ CyA Spiegel Kontrollen
Erkennen und Beobachtung von	postoperativen Komplikationen: z.B. Blutungen, Thrombose, Wundheilungsstörungen, Abstoßungszeichen, Infektionszeichen

Während der unmittelbaren postoperativen Phase liegt der Schwerpunkt unserer Arbeit auf folgenden Bereichen:

Herzkreislauf und Temperaturregulation
- RR sollte möglichst ausgeglichen sein: RR-Spitzen zum Schutz der Anastomosen – und RR-Einbrüche wegen Sauerstoffminderversorgung vermeiden
- Temperatur: Normothermie

Labor / Infektionsmonitoring
- Blutgasanalysen, BB, Chemie, Gerinnung
- BZ regelmäßige Messungen und ggf. Regulierung des Blutzuckerspiegels
- Messen des Spiegels der Immunsupression
- Regelmäßige Abstriche von Wunden und Drainagen

Bewusstsein
- Bewusstsein und Pupillenreaktion wird regelmäßig kontrolliert
- Post OP kann es z.B. zum Durchgangssyndrom oder Hyper-Hypoglykämie kommen

Abstoßungssymtome rechtzeitig erkennen
- Fieber, Abgeschlagenheit
- Abdominelle Schmerzen
- Veränderung des Sekrets in den Drainagen
- Rückgang der Ausscheidung Laborveränderungen

Relativ schnell beginnt neben der o.g. Überwachung ein neuer Aspekt unserer Arbeit. Die Patienten sind nun gefordert, die Unsicherheit von körperlicher Belastung zu überwinden und Vertrauen in die Funktionsfähigkeit

ihres Körpers zu finden. Es beginnt die psychische Verarbeitungsphase der Transplantation eines fremden Organs in den eigenen Körper. Fragen wie, „findet sich das neue Organ in den Körper ein?“ bzw. „Akzeptiert der Körper das neue Organ?“ werden häufiger.
Um erfolgreiche Langzeitergebnisse zu erzielen, müssen sich Patienten nach einer gelungenen Transplantation an ein komplexes therapeutisches Regime halten.
Konkret bedeutet dies für die Patienten eine Reihe spezifischer Maßnahmen:

- die immunsuppressive Therapie befolgen
- Abstoßungs- und Infektionszeichen überwachen
- Ernährungs- und Bewegungsvorschriften einhalten
- sowie regelmäßige Arzttermine zur Nachkontrolle

Neben der sich stetig verbessernden Immunsuppression und den verbesserten Operationstechniken, ist für das Langzeitüberleben des Transplantates, auch die Compliance des Patienten sehr wichtig.

Mögliche Ursachen für Noncompliance und deren Auswirkungen:

- Angst vor Nebenwirkungen der Medikamente
- Wissensdefizite
- Komorbiditäten

Auswirkungen:

- akute Abstoßungsreaktionen
- Transplantatverlust
- Geringere Lebensqualität
- höhere Kosten
- Tod

Die Anleitung und Schulung der Patienten und deren Angehörigen wird zu einem wichtigen Bestandteil unserer Arbeit.

Warum Schulung und Beratung durch uns?:

- Im Mittelpunkt der Beratung durch das Pflegepersonal:
  steht der körperlich beeinträchtigte Mensch mit all den Begleitumständen der Erkrankung, wie Schmerz, Angst, Sinnfrage, Veränderungen u.s.w. (anders als bei sozialer oder psychologischer Beratung)

- Pflegende können aufgrund ihrer traditionellen Nähe zum Patienten die „gesundheitliche Handlungskompetenz“ beim Patienten am besten fördern

- Ganzheitlich beraten:
  Auch wenn die körperliche Beeinträchtigung der Grund für die Pflegeberatung ist: allein auf die körperlichen Folgen darf sie sich nicht beschränken.
  Sie muss vielmehr den Menschen in seiner Ganzheitlichkeit wahrnehmen.
- mehr Berufszufriedenheit unter den professionell Pflegenden – gemäß der Einsicht, dass Menschen mit ihren Aufgaben wachsen.
- Wirtschaftliche Aspekte
  Außerdem kann die Pflegeberatung dazu beitragen, Geld im Gesundheitswesen einzusparen.
  Denn durch frühzeitiges Erkennen und Vermeiden von Folgeproblemen einer Krankheit ließen sich kostenträchtige Nachbehandlungen vermeiden.

Die Erkrankung zu akzeptieren, ist ein stetiger Lernprozess, den das Pflegepersonal durch Anleitung, Beratung, Information und Instruktion unterstützt – selbstverständlich in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten.
Die Kräfte, Fähigkeiten und Rechte des Patienten müssen entwickelt und gefördert werden, um ihm Selbstständigkeit, Selbstsicherheit und Kompetenz im Umgang mit seiner Erkrankung und dem Transplantat zu geben. Die Patienten werden sich bei Veränderungen frühzeitig im Transplantationszentrum bzw. ihrem Hausarzt melden und eine Therapie, z.B. der Abstoßungsreaktion, kann rechtzeitig erfolgen.

Die Anleitung der Patienten umfasst:

- Die medikamentöse Therapie, einschließlich der Erläuterung der Wirkung und Nebenwirkung. Der Patient richtet seine Medikamente selbstständig und kennt ihre Wirkung
- Vitalzeichen: Erläuterung der Bedeutung – selbstständige Kontrolle
- Bilanzierung: Erklärung des Zusammenhangs: Einfuhr – Ausfuhr – Gewicht werden beurteilt
- Abstoßungssymptome: Erläuterung der Symptome und des Unterschieds zwischen Abstoßung und Entzündung
- Veränderte Lebensweise/ Lebensumstellung: z.B. Trinkmenge, Ernährung, Hygiene, Sport, Arbeiten, Reisen
- Erläuterung der wichtigsten Blutwerte: Verstehen der neuen Behandlungsabläufe

Was ist eine Abstoßung (lat.: Rejektion)?

Unter einer Abstoßung versteht man die Abwehrreaktion des Körpers gegen das transplantierte Organ. Über das Blut gelangen weiße Blutkörperchen, deren Helfer die T-Lymphozyten und Antikörper in das transplantierte Organ, um dieses zu schädigen oder zu zerstören. In den ersten Tagen nach der Transplantation kann es zu akuten Abstoßungen kommen.

- Akute Abstoßung:
  häufigste immunologische Komplikation, etwa bei 30% nach Transplantation, innerhalb der ersten 3 Monate; muss immer stationär therapiert werden.
  Ohne Therapie würde es in max. 10 Tagen zum Verlust des Transplantates kommen.

- Chronische Abstoßung:
  Je länger ein Transplantat funktioniert, desto wahrscheinlicher beruht eine Funktionsverschlechterung auf der Entwicklung einer chronischen Abstoßung.
  Darunter versteht man einen lang-

samen Umbau des Transplantatgewebes mit chronischen Veränderungen.
Dieses kann zum Funktionsverlust des Transplantates führen.

Symptome der Abstoßung

Unspezifische Symptome:
Beispiel Niere:
- deutlich weniger Urinausscheidung
- Gewichtszunahme
- Schwellung der Beine (Ödeme)
- Blutdruckanstieg
- Fieber über 38°C
- Müdigkeit, Schwäche
- Schmerzen im Transplantatbereich
- Vergrößerung der Niere

Beispiel Leber: (siehe Niere)
- Aszites (Flüssigkeit im Unterleib)
- Ikterus (Gelbsucht)
- Sehr heller bis schwach gefärbter Stuhl
- Dunkler, blutiger oder schlecht riechender Urin

Die Diagnose sichert der Transplantationsmediziner durch Blutuntersuchungen (Blutbild, CrP, Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyte, Leberwerte)
- Sonographie
- Organbiopsie: histologische Sicherung der Diagnose z.B. Rejektion oder auch toxische Reaktion

Die Therapie erfolgt, je nach Diagnose, mit dem jeweils geeigneten Medikament. In den meisten Fällen kann dabei die Transplantatfunktion erhalten werden und die ursprüngliche Qualität wieder erreicht werden.

Petra Hecker, Berlin

> Gründung der Deutschen Gesellschaft für angewandte Hygiene in der Dialyse e.V. (DGAHD e.V.)

Deutsche Gesellschaft für angewandte Hygiene in der Dialyse e.V.

Die Dialysebehandlung stellt sehr hohe Ansprüche an die Hygiene in den Behandlungseinrichtungen. Um Information und Fortbildung hierüber im Dialysebereich weiter zu fördern, wurde am 18. Januar 2012 der Verein „Deutsche Gesellschaft für angewandte Hygiene in der Dialyse e.V.“ mit Sitz in Münster gegründet. Satzungsgemäßer Zweck des Vereins ist die Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens und der öffentlichen Gesundheitspflege, insbesondere die Förderung des Verständnisses und Sensibilisierung für Hygiene in der Dialyse durch bildende Maßnahmen.

Die DGAHD ist Träger des interdisziplinären Arbeitskreises für angewandte Hygiene in der Dialyse, der Herausgeber der gleichnamigen, weitverbreiteten Leitlinie ist.

Ziel des Vereins ist es, durch Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung im Bereich der Hygiene in der Dialyse, die Behandlungsqualität und –sicherheit für Patienten und die Sicherheit des medizinischen Personals zu steigern.

Um dies zu erreichen, implementiert der Verein verschiedenste Maßnahmen, zum Beispiel:
- Weiterentwicklung der Hygieneleitlinie und anderer Publikationen,
- Aufklärung in ambulanten und stationären Dialyseeinheiten,
- Unterstützung bei der Ausbildung von Hygienebeauftragten in der nephrologischen Pflege durch Standardisierung von Schulungs- und Lerninhalten sowie Akkreditierung der Bildungsträger.

Der Verein hilft bei der Vertiefung des Wissens. Der Verein gibt allen unmittelbar an der Dialysebehandlung beteiligten Kreisen Handlungsempfehlungen zur praktischen Umsetzung der erforderlichen Hygienemaßnahmen. Daneben berät der Verein Behörden, Verbände und weitere Entscheidungsorgane und fördert den Dialog zwischen Experten und Entscheidungsträgern.

DGAHD e.V. • 48149 Münster
Geschäftsstelle • Kirchweg 4b
06120 Halle / Saale
info@dgahd.de • www.dgahd.de

> Übersicht Dreiländerkongress 2012

D – A – CH

TAGE / UHRZEIT		KONZIL	BLAUER SALON	ROTER SALON
DONNERSTAG	11.00 - 12.30	Vorsymposition		
	13.00 - 15.00	Begrüßung, Preisverleihung, Eröffnungsvortag		
	15.30 - 17.00	Gender Medizin	Dialyseeffektivität ist das Zusammenspiel von Patientenstatus und den richtigen Elementen des extrakorporalen Kreislaufs	Aspekte der Pflege von Apheresepatienten
	ab 17.00	Besuch des Marktes der Möglichkeiten		
	ab 19.00	Begrüßungsabend		
FREITAG	9.00 - 10.30	Patientensicherheit	Die große Wirkung der kleinen Unterschiede, *Indikation und Qualitätsmerkmale moderner Dialysatoren*	Der niereninsuffiziente Patient – eine Herausforderung vor und nach der Transplantation
	11.00 - 12.50	Beratung in der Dialyse	Blutschlauchsysteme – Weniger ist Mehr!	Heimdialyse „Einfacher als gedacht“
	14.00 - 15.30	Pflege als Prozess	Herausforderungen und Chancen in der Patientenkommunikation	Venöse Diskonnektion – Intradialytische exzessive Blutverluste vermeiden – „Innovative Antworten auf alte Fragen“
	16.00 - 17.30	Spezialverfahren, NTX	Mikrobiologische und rechtliche Grundlagen, Probeentnahmen	Aktuelles aus der Nephrologischen Pflege
SAMS-	9.00 - 12.00	Zugänge zur Dialyse, Vorträge und Podiumsdiskussion		
	12.00 - 12.15	Verabschiedung und Ausblick Dreiländerkongress 2014		

Fortbildungsprogramm im Konzil = Hauptgebäude

Workshops im Blauen Salon und Roten Salon = Steigenberger Hotel

> Programm-Highlight Dreiländerkongress 2012

Vortrag „Geheimwaffen der Kommunikation“ mit Leo Martin, ehemaliger Geheimdienstagent

Foto: Fabian Isensee

Leo Martin, geboren 1976, studierte Kriminalwissenschaften und war zehn Jahre lang für einen großen deutschen Nachrichtendienst im Einsatz. Während dieser Zeit deckte er brisante Fälle der Organisierten Kriminalität auf. Sein Spezialauftrag war das Anwerben und Führen von Informanten.
Als Experte für unterbewusst ablaufende Denk- und Handlungsmuster brachte er fremde Menschen dazu, ihm zu vertrauen, ihr geheimstes Insiderwissen preiszugeben und langfristig mit dem Dienst zusammenzuarbeiten.

„Der deutsche James Bond“ (NDR)

www.leo-martin.com

> Der fnb auf einen Blick – im Dialog mit Ihnen mehr erreichen.

AUF EINEN BLICK

FORTBILDUNG FÜR NEPHROLOGISCHES FACHPERSONAL

ENTWICKLUNG VON PFLEGE-STANDARDS FÜR NIERENPATIENTEN

FORSCHUNG UND FACHLICHER AUSTAUSCH, SCHULUNGEN

MITGLIEDER-ZEITSCHRIFT UND PUBLIKATIONEN ZU FACHTHEMEN

Werden auch Sie Mitglied des fnb – Infos und Beitrittserklärung unter **www.nephro-fachverband.de**

Impressum

Geschäftsstelle des fnb e.V.
Uschi Gaspar
In den Beunen 6 | 65479 Raunheim
Telefon: 0 61 42 | 40 85 49
uschi.gaspar@nephro-fachverband.de

Vorsitzender des fnb
Thomas Fernsebner
Kliniken Südostbayern AG
Abteilung für Fort- und Weiterbildung
Cuno-Niggl-Straße 3 | 83278 Traunstein
Telefon: 08 61 | 705 12 17
thomas.fernsebner@nephro-fachverband.de

Redaktion
Jürgen Berner
Bussardstraße 44 | 82008 Unterhaching
Telefon: 089 | 65 10 25 31
juergen.berner@nephro-fachverband.de

Im Sinne des Presserechts sind die jeweiligen Autoren für den Inhalt der einzelnen Artikel verantwortlich.

> In eigener Sache:
> Sie sind umgezogen?
> Ihr Name hat sich geändert?
> Haben Sie neue Bank/Kontonummer?
> Sie haben eine (neue) @-Adresse?
Bitte teilen Sie dies der Geschäftsstelle des fnb mit.

> Regionale Fortbildungen:
Termine und Themen finden Sie unter www.nephro-fachverband.de

> fnb und EDTNA / ERCA im Netz:
www.nephro-fachverband.de
www.edtna-erca.org

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

HERZLICHEN DANK AN

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Für die freundliche Unterstützung bei der Herausgabe dieser Zeitung bedankt sich der fnb recht herzlich bei B. Braun – Sharing Expertise

Gestaltung | Layout: Projekt E GmbH | Rosenweg 5 | 73087 Bad Boll | www.projekt-e.de
Bilderquelle (Seiten 3, 20, 25 und 27): www.istockphoto.com