

Gemeinsam
pflegen



European
Dialysis and
Transplant
Nurses
Association

European
Renal Care
Association

Forum

Das Blatt des Deutschen Zweiges der EDTNA/ERCA

Ausgabe 02/2004

Von Ihnen für uns, von uns für Sie...



...so könnte der Prozess, ein Kongressprogramm zu machen, ganz treffend beschrieben werden. Aus den von Ihnen eingereichten Abstracts haben wir, ergänzt durch Vorträge hochkarätiger Gastredner, ein wirklich interessantes Programm für den 4. Dreiländer-Kongress in Konstanz

zusammengestellt. Notieren Sie sich daher am besten schon einmal den 18. – 20. November 2004 oder melden Sie sich doch gleich an.

Der erste Kongresstag stellt die Frage nach dem Verhältnis von moderner Betriebsführung und individueller Pa-

tientenbetreuung: Finden wir unsere Patienten unter allen Anforderungen überhaupt noch wieder? Die nächsten Tage widmen sich dem Patienten als Mittelpunkt unserer Arbeit und berichtet von Erfahrungen und Ergebnissen vor Ort. Weitere Schwerpunkte sind die Organisation unserer Arbeit, die Transplantation, sowie die Pflege spezieller Patientengruppen. Eine Podiumsdiskussion zum Thema „Ist mit 75 Jahren Schluss?“ wird einen spannenden Kongressabschluss bilden. Bekommt man die anwachsende Zahl zunehmend älterer und multimorbiderer Patienten unter einen Hut mit stagnierenden oder gar sinkenden finanziellen Mitteln?

Hören Sie zu, diskutieren Sie mit, und bilden Sie sich selbst Ihre Meinung!

Hedi Lückcrath, Lohmar



Oben: Konstanzer Hafen mit Imperia, unten: Rheintor-Pulver

Termine, die Sie sich merken sollten!

- 4. – 7. September 2004**
33. Internationale EDTNA/ERCA Konferenz, Genf / Schweiz
- 18. - 20. November 2004**
4. Dreiländerkongress, Konstanz
- 9. - 10. April 2005**
45. EDTNA/ERCA Seminar
Hamburg, Haus Rissen
- 10. - 13. September 2005**
34. Internationale EDTNA/ERCA Konferenz, Wien / Österreich
- 8. - 11. September 2006**
35. Internationale EDTNA/ERCA Konferenz, Madrid / Spanien

Inhalt:

Von Ihnen für uns, von uns für Sie	Titelseite
Grußwort	Seite 2
Freiwillige Registrierung für Pflegende	Seite 2
Das Deutsche Fallpauschalensystem, DRG	Seite 4
Dialyse und Nierentransplantation bei Kindern	Seite 5
Internationale Seite	Seite 7
Internationaler Kongress in Genf	Seite 8
Heike Cimer bringt Kinder ins Spiel	Seite 9
Neues von der D-A-CH Forschungsgruppe	Seite 9
Nephrologischer Pflegepreis 2003	
Ernährungsberatung in der Hämodialyse	Seite 10
Schulungsprogramme für niereninsuffiziente Patienten.....	Seite 10
Strickleiterpunktion ist die beste Shuntpunktionmethode.....	Seite 11
Regionale Fortbildung in Rüsselsheim	Seite 12

Grußwort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Aus einer Vision wurde ein nephrologischer Pflegekongress mit Format!



Von links: Josefa Fenselau, Uschi Gaspar, Beate Spindler, Christa Tast, Michael Reichardt, Hedi Lückerrath

Der Dreiländer-Kongress hat den Bodensee umrundet. Er findet dieses Jahr wieder in Konstanz statt, wo er 1998 geboren wurde. Es erwartet Sie vom 18. bis zum 20.11.2004 ein interessantes Programm. Sie fragen, was das Besondere an dem Dreiländer-Kongress ist? Hierzu möchte ich zwei Punkte nennen: Es ist der einzige Kongress von Pflegenden für Pflegende,

und er ist international (Schweiz, Österreich, Deutschland), obwohl die Kongresssprache Deutsch ist.

Nun kurz ein paar Worte zum Inhalt dieser Ausgabe des Forums.

Spätestens seit dem 01.01.2004 werden in Deutschland Klinikaufenthalte mit den Leistungsträgern nach dem Fallpauschalengesetz abgerechnet. Welchen Einfluss nehmen die DRGs (diagnosis related groups) auf die Nierenersatzverfahren und die nephrologische Pflege? Lesen Sie Näheres von Klaus Timmer.

Des Weiteren finden Sie in diesem Forum zum ersten Mal eine Seite zum Stand der nephrologisch-pädiatrischen Pflege in Deutschland. Heike Cimer ist Krankenschwester für pädiatrische Nephrologie und seit 01.04.2004 Vorstandsmitglied des Deutschen Zweiges.

In vielen Ländern können sich Pflegekräfte registrieren lassen. Festgehalten werden neben der Grundqualifikation alle zurückliegenden und aktuellen Fortbildungsmaßnahmen. Hedi Lückerrath erläutert uns diese Möglichkeit der eigenen Professionalisierung.

Aufruf in eigener Sache

Abschließend möchte ich eine Bitte an alle Leser des Forums richten. Das Forum lebt von IHREN Wünschen und eingesendeten Leserbriefen. Beteiligen Sie sich AKTIV an der Gestaltung und den Inhalten. Die Adresse der Redaktion finden Sie auf der letzten Seite des Forums. Der zweite Aufruf gilt den Mitgliedern, die uns aktiv auf Dialysefachtagungen unterstützen möchten, z.B. durch gemeinsame Standbetreuung. Kontaktperson ist Beate Spindler.

Ich möchte mit einem Zitat von Henry Ford J. das Grußwort beenden:

Zusammenkommen ist ein Beginn.

Zusammenbleiben ist ein Fortschritt.

Zusammenarbeiten ist ein Erfolg.

Beate Spindler

Freiwillige Registrierung für beruflich Pflegende

Seit Sommer letzten Jahres können sich beruflich Pflegende in Deutschland freiwillig registrieren lassen. Hintergrund für die Einrichtung einer Registrierung war die Tatsache, dass es in Deutschland nur ungenaue statistische Angaben zu Anzahl, Einsatzgebiet, Verweildauer im Beruf und Qualifikation von beruflich Pflegenden gibt. Über den Qualifikations-

erhalt bei Pflegepersonen gibt es gar keine Zahlen, eine Fortbildungsverpflichtung für Pflegepersonal – wie sie z.B. für Ärzte festgeschrieben ist – kann nicht überwacht werden. Regelmäßige Fortbildung hat damit den Status einer individuellen Disposition der jeweiligen Person.

Ziele einer Registrierung sind:

- Erfassung der Anzahl der in der Berufsgruppe Tätigen
- Erfassung der Art der Berufstätigkeit und der Einsatzgebiete
- Erfassung der Qualifikation der Mitglieder der Berufsgruppe
- Überwachung / Zertifizierung des Qualifikationsstandes
- Fortbildungskontrolle
- Grundlage für Arbeitgeber zur Personaleinstellung / -haltung schaffen
- Berufliche Qualitätssicherungsmaßnahme
- Informationsübermittlung zur Stärkung der Berufsgruppe
- Verbraucherschutz (Qualitätssicherung für die Bevölkerung)

Pflegende, die sich registrieren lassen, profitieren von der Registrierung in mehreren Aspekten. Die Möglichkeit der Registrierung setzt an sich schon ein gesellschafts- und berufspolitisches Signal für die Öffentlichkeit: Pflegende demonstrieren so gewachsenes berufliches Selbstbewusstsein. Verlässliche

Zahlen über Anzahl der Pflegenden sowie deren Einsatzgebiete oder auch deren regionale Verteilung werden Pflegeverbände bei berufspolitischen Argumentationen stützen.

Weiter hat eine registrierte Pflegekraft den Nachweis kontinuierlicher, beruflicher Fortbildung erbracht, die Registrierung wird damit zu einem Gütesiegel. Wesentlich ist auch, dass durch die Registrierung eine Grundlage für die Verbindung von Qualifikation und Pflegequalität gelegt wird: Vergleiche werden auf dieser Basis möglich.

Nachteilig für diese sinnvolle Initiative ist es, dass es nicht eine Registrierungsstelle gibt, sondern deren zwei: Deutscher Pflegeverband (DPV) und der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) haben nahezu zeitgleich unterschiedliche Registrierungen geschaffen.

Die Unterschiede der Registrierungen liegen nicht allein im Zeitpunkt der Folgeregistrierung oder in der Höhe der Kosten, sondern vor allem im Fortbildungsnachweis. Pros und Contras sind hier recht gleichmäßig verteilt. Die Wertung möchten ich Ihnen überlassen, lediglich eine kritische Frage möchte ich stellen: Wie groß ist der Wert eines Fortbildungsnachweises, der zur Hälfte aus dem Nachweis allein eines Abonnements von Fachlektüre erbracht werden kann?

Trotz der Schönheitsfehler ist die Registrierung ein wichtiger Schritt im Rahmen von Qualitätssicherung in der Pflege, Gewicht bekommt sie allerdings nur bei großer Akzeptanz unter den Pflegenden. Das gelingt am besten, wenn die Außenwirkung der Registrierung möglichst homogen ist, statt die in unserem Berufsfeld so häufigen Zersplitterungen der Kräfte zu zeigen. Der Vorstand der EDTNA/ERCA Deutscher Zweig hat die beteiligten Berufsverbände im Januar um Zusammenführung der beiden Registrierungen gebeten: Eine Antwort haben wir bislang nicht erhalten.

Hedi Lückerrath, Lohmar

Vergleich der Registrierungsbedingungen bei DPV und DBfK

	DPV	DBfK
Sitz	Neuwied	Potsdam
Erstregistrierung / Kosten	10,00 €	15,00 €
Folgeregistrierung / Zeitpunkt	alle 3 Jahre	alle 2 Jahre
Folgeregistrierung / Voraussetzungen	mindestens 36 Fortbildungspunkte aktive Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung	<ul style="list-style-type: none"> ■ mindestens 60 Fortbildungspunkte, davon 30 Punkte im eigenen Fachgebiet, 30 Punkte mit fächerübergreifenden Themen ■ aktive Berufstätigkeit ist nicht Voraussetzung
Folgeregistrierung / Kosten	10,00 €	60,00 €
Fortbildungsnachweis (Punkteverteilung)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vortrag: 1 Punkt pro 45 Minuten ■ Kongress, Tagung: 6 Punkte ■ DPV-Pflegetreff mit Vortrag: 2 Punkte ■ DPV-Arbeitsgruppe mit Vortrag: 2 Punkte ■ Erfolgreich absolviertes Pflegekolleg Heilberufe im Zeitraum von 3 Monaten: 3 Punkte ■ Mind. 400-stündige WTB: 12 Punkte ■ Mind. 720-stündige WTB: 24 Punkte ■ WTB mit Zertifikat mind. 200 Std.: 6 Punkte ■ Studiensemester, pflegebezogen nach Vorlage der Immatrikulationsbescheinigung: 6 Punkte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vortrag: 1 Punkt pro 45 Minuten, max. 8 Punkte/Tag (Nachweis) ■ Kongress, Tagung: 3 Punkte pro Halbtage, max. 20 Punkte (Nachweis) ■ Teilnahme an AG oder QZ: 2 Punkte pro Termin, max. 30 Punkte in 2 Jahren (Nachweis) ■ Seminar, Kurs, hausinterne Fortbildung: 1 Punkt pro Unterrichtseinheit (Nachweis) ■ Balintgruppe, Supervision, Coaching: 2 Punkte pro Teilnahme, max. 16 Punkte (Nachweis) ■ Pro Studiensemester, pflegebezogen: 10 Punkte ■ Selbststudium: 10 Punkte pro Jahr (Angabe regelmäßig gelesener Fachzeitschriften / Literatur)
Kooperationen	Keine benannt	<ul style="list-style-type: none"> ■ ALK ■ BFLK ■ LAG der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, Berlin ■ LAG Brandenburg

DRG – Das Deutsche Fallpauschalensystem

Ist es ein Dschungel oder doch zu verstehen?

Der Begriff der DRGs ist spätestens seit diesem Jahr in aller Munde. Wurden stationäre Aufenthalte bisher über Tagessätze und Sonderentgelte mit den Krankenkassen abgerechnet, so geschieht das seit dem letzten Jahr optional und für alle Krankenhäuser ab dem 01.01.2004 verpflichtend über die DRGs.

Hinter dem Kürzel steckt der englische Begriff „diagnosis related groups“, übersetzt „Diagnosebezogene Fallgruppen bzw. -pauschalen“. Der Name deutet schon an, was er beinhaltet. Die Vergütung von stationären Aufenthalten geschieht in diesem System primär über relevante, patientenbezogene Diagnosen.

Praktisch ist das Fallpauschalensystem folgendermaßen aufgebaut: Ein Patient kommt zu einer stationären Behandlung in ein beliebiges Krankenhaus. Bei der Aufnahmeuntersuchung wird eine Aufnahmediagnose (AD) erhoben, die nicht mit der Einweisungsdiagnose übereinstimmen muss. Diese AD wird innerhalb von 3 Tagen dem jeweiligen Kostenträger übermittelt. Während des Aufenthaltes können noch weitere Diagnosen hinzukommen. Bei Entlassung wird aus diesem Pool eine Hauptdiagnose (HD) festgelegt, die rückblickend hauptsächlich für den stationären Aufenthalt verantwortlich war. Sie stellt den größten Stellenwert für die spätere Vergütung dar.

Beispiel:

0.AD: M54.85 sonstige Rückenschmerzen, Thorakolumbalbereich
1.HD: N28.0 Ischämie und Infarkt der Niere

Alle zu verwendenden Diagnosen sind namentlich und durch Codes verschlüsselt in dem Katalog ICD-10 GM Version 2004 (international classification of diseases), zusammengefasst. Er wird vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben.

Allein die Hauptdiagnose kann aber kaum differenzierte Verläufe unterschiedlicher Patienten transparent machen. Um Schweregrade und die Aufwendigkeit von Diagnostik und Therapie zu dokumentieren, stehen zusätzliche Mittel zur Verfügung. Die oben genannten, zusätzlichen Diagnosen während des Aufenthaltes stellen die so genannten Nebendiagnosen (ND). Sofern sie diagnostisch, therapeutisch, pflege- oder überwachungsbezogen relevant waren (z.B. Begleiterkrankungen oder Komplikationen), müssen sie neben der HD codiert werden und führen zur Erhöhung des Schweregrades und somit der Kostengewichtung. Das Alter und Geschlecht des Patienten gelten u.a. als zusätzliche Differenzierungskriterien.

Beispiel:

1.HD: N28.0 Ischämie und Infarkt der Niere
2.ND: N18.0+ terminale NI
Z99.2 Abhängigkeit von Dialyse
D63.8* renale Anaemie
Z49.1 extrakorporale Dialyse

Neben dem System der Diagnoseverschlüsselung existiert ein weiteres Modul, das diagnostische und therapeutische Maßnahmen, so genannte Prozeduren (PR), beinhaltet. Sie sind ebenso, wie die ICDs in einem Katalog (OPS-301 Version 2004, Operationen- und Prozedurenschlüssel) durch DIMDI zusammengefasst. Prozeduren sind zu codieren, wenn sie signifikant waren. Das bedeutet, dass sie entweder chirurgischer Natur sind, ein Eingriffs- oder Anästhesierisiko bergen oder Spezialeinrichtungen oder -geräte oder eine spezielle Ausbildung erfordern.

Beispiel:

1.HD: N28.0 Ischämie und Infarkt der Niere
2.ND: N18.0+ terminale NI
Z99.2 Abhängigkeit von Dialyse
D63.8* renale Anaemie
Z49.1 extrakorporale Dialyse
3.PR: 8-831.5 Legen Akutdialysekatheter
5-399.5 Legen Vorhofkatheter
5.854.0 7x Hämodialyse

Aus den Komponenten 1. Hauptdiagnose + 2. Prozedur ergibt sich eine eindeutige Basis-DRG. Diese wiederum wird mit den Schweregrad verändernden Faktoren der 3. Nebendiagnosen und 4. Gewichtungskriterien (z.B. Alter und Geschlecht) hochgerechnet. So entsteht die individuelle DRG mit einem Punktwert für einen bestimmten Krankenhausfall. Um infrastrukturellen diagnostischen, therapeutischen und weiteren Leistungskriterien unterschiedlicher Krankenhäuser gerecht zu werden, kommt ein letztes Kriterium hinzu: Der DRG-Punktwert wird mit einem hausbezogenen Basisfallwert multipliziert und ergibt so das Entgelt. Diese hausindividuellen Basisfallwerte sind im Jahr 2003 für jedes Haus errechnet worden, sollen ab 2005 aber in landesweite Durchschnittswerte umgewandelt werden.

Jeder DRG ist eine durchschnittliche Verweildauer (VD) zugeordnet, die zwischen einer Minimal- und einer Maximalverweildauer liegen. Werden diese Verweildauern unter- bzw. überschritten, ergeben sich Ab- oder Zuschläge zu dem errechneten Entgelt.

Beispiel:

VD: 14 Tage
DRG: L67B untere VD: 1 Tag
mittlerer VD: 5,9 Tage
obere VD: 21 Tage

Das gesamte Codierungsprocedere erfolgt EDV gestützt. Codiert wird zeitnah bei Diagnoseerhebung und Prozeduren-Durchführung durch den behandelnden Arzt. Spätestens drei Tage nach Entlassung muss die Codierung der DRG dem Kostenträger übermittelt werden. Die Codierung im DRG System stellt aber keine medizinische Dokumentation im eigent-

lichen Sinne dar, da das ICD-System genau differenzierte Diagnosen oftmals nicht ermöglicht. Aber es ist durch die ICD- und OPS-Kodierung eine Einordnung der Erkrankungen in ökonomisch, d.h. kostengemäß ähnlich Gruppen möglich, eben den DRGs. Die DRG für jeden Behandlungsfall, und die darin beinhaltete Kostengewichtung erhebt nicht den Anspruch auf Korrektheit im Einzelfall sondern auf einen repräsentativen Mittelwert. Erst aus der Summe der DRGs in einem gewissen Zeitraum resultiert eine kostengerechte Entschädigung. Außerdem soll durch die Dokumentation Benchmarking und Qualitätssicherung durchführbar und überprüfbar werden.

Im unserem Bereich der Nephrologie haben sich schon in der kurzen Zeit nach Einführung der DRGs erhebliche Veränderungen aufgetan. Die meisten von uns erbrachten Prozeduren im stationären Bereich werden ab dem Jahr 2004 nicht in DRGs eingebracht, sondern müssen über Zusatzentgelte vergütet werden. Diese sind individuell von jedem Haus mit den Kostenträgern zu verhandeln. Nur wenn die Hauptdiagnose wie folgt lautet, sind die Prozeduren der extrakorporalen Nierenersatztherapien in der DRG L60 oder L71A eingeschlossen und vergütet:

N18:	chron. Ni
N19:	NI n.n.b.
I12.0:	hypertensive N.erkr.
N17:	ANV
R34	Anurie und Oligurie
D59.3	HUS

Gleiches gilt für die teilstationäre Behandlung in der DRG L61Z.

Bei allen anderen Hauptdiagnosen werden folgende Prozeduren hausindividuell als Zusatzentgelt verhandelt und vergütet:

CVVHD, CVVHDF, CVVHF 1-3 Tage, 4-11 Tage, mehr als 11 Tage
HDF, HF intermittierend
Hämoperfusion
Leberersatztherapie
Photopherese
Plasmapherese
Immunadsorption
LDL-Aperese
Zellapherese

Eine Ausnahme stellt die intermittierende HD dar. Für sie wurde vom InEK ein bundesweit geltendes Zusatzentgelt von 225,05 € festgelegt.

Diese Ausführungen zum DRG-System haben nicht die Intention, kritische Stellungnahme zu äußern. Sie sollen Ihnen einen Einblick in dieses medizinische Abrechnungssystem geben. Inwieweit die Pflege inhaltlich verstrickt ist und sich unmittelbare Auswir-

kungen auf unsere Arbeit und den ökonomischen Rahmen ergeben, haben wir im Deutschen Zweig der EDTNA/ERCA diskutiert. Daraus ergaben sich folgende Strategien und Ziele:

1. Die höchste Priorität sehen wir in der grundsätzlichen Aufklärung über das deutsche Fallpauschalensystem. Wir hoffen, dass dies hiermit in einigermaßen verständlicher Weise geschehen ist.
2. Einige ICDs und OPS haben pflegerelevante Inhalte. Sie zu dokumentieren ist aus zahlreichen Gründen sinnvoll. Eine Aufklärung darüber geschieht in Kürze über unsere Homepage. Es wird dort eine Liste mit sinnvollen ICDs und Prozeduren, die wir Pflegenden bedenken und auf deren Codierung wir achten sollten, veröffentlicht. Die unterschiedlichen Begründungen werden wir an gleicher Stelle erläutern.
3. Die deutsche Arbeitsgemeinschaft für klinische Nephrologie (DAGKN) und die Gesellschaft für Nephrologie (GfN) sind seit Jahren in der Interessenvertretung des nephrologischen Bereichs aktiv. Durch sie wurde ein eigener nephrologischer Kodierleitfaden erstellt. Außerdem sind sie in der ständigen Fachkommission vertreten, über die medizinische Fachschaften unmittelbar Einfluss auf die Entwicklung des DRG-Systems nehmen können. Diese beiden Ärzteverbände beschäftigen sich derzeit mit den zuletzt erwähnten Zusatzentgelten. Dazu benötigen sie dezidierte Pflegeminuten für die aufgelisteten Prozeduren, um eine realistische Kostengewichtung zu ermitteln und als Empfehlung weitergeben zu können. An dieser Stelle möchten wir unsere Kompetenz einbringen und intensive Kooperation anstreben.

Die weitere Entwicklung dieses komplexen Systems ist sicher spannend, kritisch und aktiv zu beobachten. Wir werden versuchen, Sie über die Homepage und weitere Veröffentlichungen auf dem Laufenden zu halten. Da die Nephrologie im Krankenhaus einen weiten Bereich absteckt, über den wir nicht immer den vollständigen Überblick besitzen, hoffen wir auf Austausch und Kommunikation mit Ihnen, um unsere Fähigkeiten als kompetenter Berufsverband zu erweitern.

Klaus Timmer, Paderborn

Dialyse & Nierentransplantation bei Kindern

Spezielle pädiatrische Zentren sind notwendig!

Es gibt ein Übereinkommen, dass als Kindheit das Alter 0 –15 Jahre, als Adoleszenz das Alter 15 –18 Jahre definiert wird. Diese Festlegung liegt z.B. den bundesweiten Erhebungen von QuaSi-Niere (Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie) zugrunde.

Dank der nahezu kompletten Datenerfassung bezüglich Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland durch die Organisation QuaSi-Niere wissen wir, dass im Jahr 2002 514 Kinder unter 15 Jahren und 292 Jugendliche zwischen 15 und 18 Jahren mit Verfahren der Nierenersatztherapie in pädiatrischen Dialyseeinrichtungen behandelt wur-

den. Von diesen 514 Kindern wurden 42 mit Hämodialyseverfahren, 87 mit Peritonealdialyseverfahren und 385 in Transplantationsnachsorge behandelt. Von den 292 Jugendlichen befanden sich 49 in Hämodialyse-, 17 in Peritonealdialyse- und 226 in Transplantationsnachsorgeverfahren.

Neu in die Nierenersatztherapie wurden 99 Kinder und Jugendliche aufgenommen, und zwar 76 Kinder und 23 Jugendliche – einschließlich 16 Kindern und einem Jugendlichen mit präemptiver Nierentransplantation (= Transplantation vor Dialysepflichtigkeit). Bezogen auf die Kinderpopulation (<15 Jahre) betrug die Inzidenz 6,1 pro Million Kinder.

Es wurden 114 Nierentransplantationen einschließlich präemptiver Transplantationen durchgeführt, davon 89 bei Kindern und 25 bei Jugendlichen.

Aus diesen Zahlen geht hervor, dass das Nierenersatzverfahren der Wahl im Kindes- und Jugendalter die Peritonealdialyse ist, und dass ein hoher Prozentsatz der Kinder- und Jugendlichen erfolgreich nierentransplantiert wird. Dies ist immer vor dem Hintergrund zu sehen, dass im Erwachsenenalter 56.000 Dialysepatienten (zu 96% HD) 18.900 Nierentransplantierten gegenüber stehen.

Die Konzentrierung der Behandlung dieser relativ kleinen Zahlen von Patienten in insgesamt 22 pädiatrischen Dialysezentren hat sich als sinnvoll erwiesen, da sowohl von den Grunderkrankungen her, als auch von den altersspezifischen Problemen ganz andere Anforderungen an die medizinische und pflegerische Versorgung gestellt werden.

Die Ursachen der chronischen Niereninsuffizienz im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich von denen der Erwachsenen erheblich. 60% der betroffenen Kinder haben eine angeborene Störung wie Störungen des Harnabflusses und der Harnwege (obstruktive Uropathie), Anlagestörung des Nierengewebes (zB. Zystennieren, Hypo-/ Dysplasie) oder angeborene Stoffwechselstörungen. Nur 40 % haben eine erworbene Störung (Glomerulonephritiden, hämolytisch-urämisches Syndrom, Systemerkrankungen, Unfälle).

Aufgrund der zahlenmäßigen Dominanz der angeborenen Nierenerkrankungen wird ein Großteil der Kinder vor Ablauf des zweiten Lebensjahres chronisch niereninsuffizient.

Eine Vielzahl von diesen brauchen bereits vor Ablauf des fünften Lebensjahres eine Nierenersatztherapie. Das heißt, diese Kinder müssen von früh an mit einem schweren Handicap wachsen und sich entwickeln. Minderwuchs, Entwicklungsrückstand, Lernstörung, schlechte körperliche Leistungsfähigkeit, schwere Deformitäten des knöchernen Skeletts sind die unausweichlichen Folgen, wenn man nicht rechtzeitig eingreift.



Gabriel mit 5 Monaten

Aus dieser Aufzählung ergibt sich, dass die Kinder nicht nur apparativer Behandlungsmethoden (Dialyse) bedürfen. Sie brauchen ebenso eine medikamentöse Vorbeugung und Behandlung von Auswirkungen der CNI auf den Organismus, eine diätetische Führung zur Gewährleistung der körperlichen Entwicklung sowie einer guten Schul- und Berufsausbildung. Dazu bedarf es einer abgestimmten Teamarbeit, unter Einbeziehung der Eltern, von Psychologen, Pädagogen, Diätassistenten, Erziehern und Sozialarbeitern.

Weiterhin brauchen wir für Säuglinge und Kleinkinder häufig Krankengymnastik zur Vermeidung eines starken Rückstandes in der psychomotorischen Entwicklung.

Die Besonderheit des Wachstumsalters führt auch dazu, dass die Ernährungstherapie viel intensiver aber auch komplizierter als bei Erwachsenen ist. So muss bei Säuglingen und Kleinkindern die hochkalorische Ernährung häufig über eine Magensonde (oder sogar PEG-Sonde) vorgenommen werden, da der sonst auftretende Wachstumsstillstand im späteren Alter kaum aufzuholen ist.

Um die Verschlechterung der Nierenfunktion in der Phase unmittelbar vor Beginn der Dialyse zu verlangsamen, wird bei Erwachsenen eine Eiweißrestriktion empfohlen, was bei Kindern jedoch zu einer Unter- und Fehlernährung führen kann, mit der Folge einer Behinderung der Hirnentwicklung und des Längenwachstums.

Während bei Erwachsenen überwiegend die Hämodialyse die Dialyseform der Wahl ist, so wird bei Kindern die Peritonealdialyse (CCPD/NIPD) bevorzugt. Sie erfolgt täglich in der Nacht, somit bleibt der Tag frei von dialysegebundenen Tätigkeiten. Konstanter Schulbesuch, mehr Raum für Freizeitaktivitäten mit Freunden, sowie mehr diätetischer Freiraum sind eindeutige Vorteile für die Patienten und ihre Familien. Die Peritonealdialyse als Heimdialyse bietet sich auch wegen der teilweise weiten Entfernungen vom Wohnort der Familie zum Kinderdialysezentrum an. Ein gründliches Training der Patienten und deren Familien (in bestimmten Abständen auch Auffrischungstraining) ist notwendig, damit die Dialyse ohne Komplikationen durchgeführt werden kann und damit Probleme frühzeitig erkannt werden und per Telefon dem Dialysezentrum mitgeteilt werden. Insbesondere bei kleinen Patienten und komplexen Krankheitsbildern wird die häusliche Kinderkrankenpflege als Hilfe und Unterstützung der Patienten und deren Familien hinzugezogen.

Ist eine Peritonealdialyse nicht möglich, so muss eine Hämodialysebehandlung im Kinderdialysezentrum durchgeführt werden. Aufgrund der teilweise sehr kleinen Gefäßverhältnisse ist oft die Anlage einer Ciminfistel nicht möglich, so dass die Anlage eines PTFE-graft (Polytetrafluorethylen),

anastomosiert an größere Körpergefäße (z.B. Oberarm- oder Oberschenkelgefäße) oder aber die Anlage eines permanenten Dialysegefäßkatheters aus Softsilasticmaterial im Bereich der oberen zentralen Venen notwendig wird.

Das Punktionstrauma bei kleinen Kindern kann ein großes Problem sein und nur bei entsprechender kindergerechter Umgebung sowie Einfühlungsvermögen und einem Vertrauensverhältnis des Pflegepersonals dem Patienten gegenüber erträglich gemacht werden. Außer den Kleinkindern ist insbesondere der jugendliche Dialysepatient, dessen Wachstum und Entwicklung noch nicht abgeschlossen ist, mit zusätzlichen Problemen konfrontiert. Aufgrund seines chronischen Nierenversagens ist er meist erheblich minderwüchsig, seine Pubertätsentwicklung läuft mit deutlicher Verzögerung ab. Die Adoleszenz ist wie bei seinen gesunden Altersgenossen durch das Ringen um Unabhängigkeit, das Loslösen von der Familie und das Finden der eigenen Identität geprägt. Im Gegensatz zu gesunden Gleichaltrigen kann aber dieses „pubertäre Verhalten“ zu gefährlichen medizinischen Situationen führen. Fehlende Compliance mit Medikamenten, mit der Diät (Kalium, Phosphor, Flüssigkeit!) und Nichtbeachtung der hygienischen Vorschriften bei der Durchführung einer Peritonealdialyse sind gefürchtete Auswirkungen. Da die Autorität der Eltern in dieser Situation gegenüber dem jugendlichen Patienten in Frage gestellt ist, muss das Dialyseteam in seiner gesamten Breite (siehe oben) seine Vertrauensstellung gegenüber dem Adoleszenten einsetzen und für ein vernünftiges Abwägen der medizinischen Risiken gegenüber den verständlichen Wünschen nach Autonomie sorgen. Oft muss auch die sogenannte Peer Group der Altersgenossen – die jetzt für den Jugendlichen besonders wichtig wird – angesprochen werden und über die medizinische Situation aufgeklärt werden.

Dialyse ist bei Kindern und Jugendlichen immer nur Durchgangsstadium bis zu einer erfolgreichen Nierentransplantation und keine Langzeitversorgung.

Leider wird die Warteliste für Nierentransplantation auch bei Kindern und Jugendlichen immer länger, so dass wir, wenn möglich, auch auf Lebendspende (evtl. auch präemptiv) durch ein Elternteil oder weitere nahe Verwandte setzen. Dies erfordert eine besondere Verantwortung gegenüber den gesunden Spendern.

Während der Dialysezeit und nach einer Nierentransplantation werden Medikamente verabreicht, die mit erheblichen Nebenwirkungen behaftet sein können. Ein fünfjähriger Nierentransplantatempfänger kann dabei durchaus nach 20-30 Jahren an einem Malignom erkranken. Ein Erwachsener von 60 Jahren wird dagegen dieses Ereignis in seiner verbleibenden Lebensspanne wahrscheinlich gar nicht mehr erleben. Somit ist an die Auswahl der Medikamente, die wir

im Kindes- und Jugendalter einsetzen, besondere Sorgfalt geboten.

Zusammenfassend ergibt sich, dass der Umgang mit Kindern und Jugendlichen ganz andere Anforderungen stellt als in Erwachsenendialysen und die Etablierung von speziellen Kinderdialysezentren gerechtfertigt ist. Diese haben, was in Zeiten der Gesundheitsreform und knappen Kassen schwierig aufrechtzuerhalten ist, einen hohen Personalbedarf. Ein 24-Stunden-Rufbereitschaftsdienst bei einer Versorgung von Heimdialysepatienten und nierentransplantierten Kindern muss aufrechterhalten werden. Viel Zeit muss damit zugebracht werden, den Kindern und ihren Eltern die notwendigen Behandlungsschritte zu erklären und sie für eine Heimbehandlung zu trainieren. Eine kindgerechte Umgebung muss geboten werden.

Der Erfolg, nämlich ein Kind oder einen Jugendlichen trotz aller Schwierigkeiten und Rückschläge nach einer erfolgreichen Nierentransplantation zu einem relativ normalen Leben geführt zu haben, ist eine Rechtfertigung für den großen Aufwand, den wir für unsere Patienten betreiben.

Heike Cimer, Tübingen

Internationale Seite

Europäischer Kernlehrplan für die Grundausbildung in nephrologischer Pflege

EDTNA/ERCA Herausgeber: Shoshana Fuchs (Israel), Waltraud Küntzle (Deutschland) und Nicola Thomas (Großbritannien)

Wissen Sie noch, was in Ihrer Krankenpflegeausbildung über Nierenerkrankungen, Niereninsuffizienz oder sogar Nierenersatztherapien gelehrt wurde? Nein? Das kann und sollte sich ändern.

Mit der Umsetzung des neuen Krankenpflegegesetzes und der Ausbildungsverordnung sollte auch die Pflege von Nierenkranken mehr Bedeutung erhalten.

Ziel dieses Lehrplanes ist die Festlegung eines Standards zur Erlangung von Grundkenntnissen, Fähigkeiten und Kompetenz für alle in der Ausbildung befindlichen Pflegekräfte, sowohl in der Krankenpflegeschule als auch in anderen Weiterbildungskursen, in dem ein einzigartiger und einheitlicher Ausbildungsrahmen angeboten wird. Die zunehmende Zahl von Menschen mit unterschiedlicher Ausprägung einer Nierenfunktionsstörung stellen eine Herausforderung an Pflegekräfte in verschiedensten pflegerischen Bereichen dar. Diese Patientengruppe umfasst Kinder, Erwachsene und alte Menschen unterschiedlicher, multiethnischer Gruppe. Die Patienten können an einer primären oder sekundären Nierenkrankheit leiden, üblicherweise in Verbindung mit mehreren Zusatzerkrankungen wie Herz- und Gefäßkrankheiten, Diabetes, Hypertonie, Krebs, Autoimmunkrankheiten und Störungen anderer Organsysteme. Die Forderungen an die Pflege dieser Patienten sind komplex und individuell.

Das Pflegepersonal sollte heutzutage in der Lage sein, Pflegediagnosen für Patienten mit Nierenversagen zu stellen und pflegerische Maßnahmen zu planen, um so den besonderen Bedürfnissen von Patienten mit Nierenfunktionsstörungen gerecht zu werden. Alle Pflegekräfte sollten die Zeichen einer Nierenerkrankung erkennen können und sich der Maßnahmen zur Vermeidung einer solchen bewusst sein.



Josefa Fenselau

Vom Pflegepersonal wird auch erwartet, mit den verschiedenen zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten für Patienten vertraut zu sein und den entsprechenden Pflegebedarf dieser Patienten zu bewerten. Patienten mit einer Nierenerkrankung findet man in unterschiedlichen Pflegebereichen wie der Gemeindepflege, den Stationen der Allgemeinkrankenhäuser.

- Schaffung eines ganzheitlichen Schulungskonzeptes für die nephrologische Pflege innerhalb des Krankenpflegeunterrichts und der Weiterbildungsmaßnahme:
- Verbesserung der Pflege, Sicherstellung der Kontinuität der Pflege und multidisziplinäre Zusammenarbeit in allen Bereiche der Pflege
- Steigerung des beruflichen Wissens, der Fähigkeiten und der Grundhaltung sowie die Entwicklung eines hohen Maßes an Kompetenz bei der Pflege der Menschen mit einer Nierenerkrankung
- Reduktion der Morbidität durch Früherkennung und Behandlung mit Schwerpunkt auf Erhalt oder Verbesserung der Nierenfunktion
- Bei der Pflege der nephrologischen Patienten sicherstellen, dass Gesichtspunkte der Rehabilitation und Lebensqualität der Nierenkranken berücksichtigt sind, um zusätzliche sekundäre und tertiäre Komplikationen zu vermeiden.
- Angebot eines umfassenden Einblicks in die Nephrologie für die zukünftigen Pflegekräfte, so dass Krankenpflegeschüler/innen und examinierte Pflegekräfte mit der nephrologischen Pflege als möglichem zukünftigem Berufsfeld vertraut werden.

Dieser Lehrplan beschreibt die Empfehlungen der EDTNA/ERCA zu Inhalt und Umfang der in der Krankenpflegeausbildung und Weiterbildungskurse vermittelten Kenntnisse in der nephrologischen Pflege. Das Curriculum führt Krankenpflegeschüler/innen und examinierte Pflegekräfte in die Ursache, Auswirkungen und die Handhabung der Pflege nephrologischer Patienten ein. Das Curriculum richtet sich an Lehrende, die bereits Vorkenntnisse in Anatomie, Physiologie, Pharmakologie und allgemeiner Krankenpflege besitzen. Zusätzlich kann es Pflegekräften aller Fachbereiche, die nephrologische Patienten pflegen, angeboten werden.

Zur besseren Verständlichkeit ist das Curriculum als Schulungsleitfaden strukturiert. Es werden allgemeine Ziele und Empfehlungen bezüglich Zeitaufwand und Methodik definiert. Verständnis der zu Grunde liegenden Pathophysiologie von Nierenerkrankungen, Durchführung einer

ganzheitlichen Einschätzung und Pflege des Patienten mit veränderter Nierenfunktion. Planung der allgemeinen Pflege für den nephrologischen Patienten, um einen verbesserten Gesundheitsstatus zu erreichen, Komplikationen zu vermeiden und ein größtmögliches Maß an Unabhängigkeit zu erhalten. Verständnis der möglichen Probleme, die ein Nierenversagen für den Einzelnen und die Gesellschaft darstellt und Wege zu erkennen wie diese Probleme gelöst werden können.

Für den Kurs ist ein Zeitrahmen von 10 bis 20 Unterrichtsstunden empfohlen. Dabei ist neben Präsenzunterricht auch der Besuch auf einer Station mit nephrologischen Patienten und der praktische Einsatz in einem Dialysezentrum vorgesehen.

Also freuen wir uns auf Krankenpflegeschüler in unseren Dialysezentren oder selbst den Unterricht in der Krankenpflegeschule mit zu übernehmen und bieten den jungen Pflegenden die Möglichkeit von uns und mit uns zu lernen.

Das European Basic Core Curriculum für die nephrologische Pflege kann unter folgender Adresse bestellt werden:

ISBN 3-89967-008-6
EDTNA ERCA Head Office

Pilatusstrasse 35
P. O. Box 3052
6002 Lucerne
Switzerland

Tel.: +41 41 766 05 80
Fax: +41 41 766 05 85
E-Mail: info@edtna-erca.org
Internet: www.edtna-erca.org

Josefa Fenselau, Bonn

Internationaler Kongress in Genf

Vom 4. - 7. September wird sich wieder alle Welt zum jährlichen EDTNA/ERCA Kongress treffen, diesmal in Genf. Unter dem Motto „Building on the past – challenging the future“ ist ein abwechslungsreiches Programm zustande gekommen, das leider nur 2 Arbeiten deutscher Herkunft beinhaltet. Das ist schade und könnte eigentlich anders sein: Dieses Jahr hatte ich einen Überblick zumindest über das Angebot an Einreichungen zum Thema Hämodialyse und kann von daher sagen, dass so manche Abschlussarbeit von Teilnehmern der Fachweiterbildungen hier durchaus mithalten könnte. Für nächstes Jahr hoffe ich daher auf mehr Mut!

Wie in den letzten Jahren bieten wir vor allem Kongress-Neulingen eine „Dschungelführung“ an, bei der neben Verbandsinfos alles „wo-ist-was“ und „wie-geht-was“ auf Deutsch vermittelt werden. Dieses neudeutsch genannte „Welcome Forum“ wird am 4. September um 16:00 Uhr beginnen.

Anders als in den letzten Jahren wird sich in Genf die Möglichkeit gestalten, Schweizer Dialyseeinheiten zu besuchen. Interessenten sollten sich direkt bei der Registrierung vormerken lassen, die Plätze werden dann ausgelost und die Namen der Gewinner am Keymember-Stand ausgehangen.

Besonderes Gewicht hat in diesem Jahr die Jahreshauptversammlung: Hier muss eine Anhebung des Mitgliedbeitrags um 10 Euro / Jahr abgelehnt oder bestätigt werden. Weiterer Anreiz zur Teilnahme wird sicherlich die Verlosung eines Handhelds sein.

Formalitäten und Gewinne sollten jedoch nicht im Vordergrund stehen. Über den Zaun schauen, Kollegen aus 5 Kontinenten treffen und dabei noch Neues lernen ist schon attraktiv genug.

Hedi Lückcrath, Lohmar

Heike Cimer bringt Kinder ins Spiel

Die Neue im Vorstand des deutschen Zweigs vertritt die pädiatrische Nephrologie



Heike Cimer mit dem jungen Dialysepatienten Gabriel

In den letzten Monaten gab es eine sehr erfreuliche Veränderung im deutschen Vorstand der EDTNA/ERCA: Endlich wird durch Heike Cimer die pädiatrische Nephrologie vertreten sein. Die Autorin

freut sich sehr, dass ihr Ausscheiden noch mehr frischen Wind und neue Aspekte und Schwerpunkte bringen.

Heike ist seit fast sechs Jahren in der Kinderdialyse der Uniklinik Tübingen tätig, war sozusagen seit deren Entstehen dabei und hat die Abteilung mit aufgebaut. Sie kann aufregende Geschichten aus der Pionierzeit erzählen, wie sie zum Beispiel mit einem Einkaufsroller durch die Klinik kutschieren musste, um Kinder zu dialysieren. Anfangs gab es weder Räume noch anderes Pflegepersonal, ein Einfraubetrieb in der Pflege, der ihr aber ermöglichte, die Kinderneurologie von der Pike auf zu lernen.

Im Rahmen ihrer nephrologischen Fachweiterbildung lernte sie fast alle Kinderdialysen Deutschlands kennen. Das war nicht nur wichtig für den Aufbau ihrer Kinderdialyse, es ist auch sehr interessant für ihre Arbeit im deutschen Vorstand der EDTNA/ERCA.

Viele kennen Heike schon vom letzten Dreiländer-Kongress in Sankt Gallen, wo sie einen beeindruckenden Vortrag hielt.

In diesem Heft können Sie noch mehr über ihre Arbeit erfahren, lesen Sie ihren Beitrag: „Dialyse und Nierentransplantation bei Kindern“.

Ihre Arbeit sieht sie mehr als Hobby denn als Pflicht. Das ist auch gut so, denn zu Hause warten Ehemann und zwei Kinder auf sie, die eine gutge-launte Mutter genießen wollen. Gemeinsam geht es los zu ausgiebigen Fahrradtouren und zum Schwimmen, sie kocht sehr gerne zusammen mit ihrem Mann, malt gern und liebt Musik.

Wenn Sie Heike persönlich kennen lernen, werden Sie mir zustimmen: Eine wirkliche Bereicherung für den deutschen Zweig der EDTNA/ERCA, und wer weiß, vielleicht bald auch für die internationale Arbeit im Verband!

Doris Bahn Müller, Berlin

Neues von der D-A-CH Forschungsgruppe

Neue Bedingungen erfordern neue Dienstleistungen

Diesen Gedanken des Qualitätsmanagements hat sich die Arbeitsgruppe Forschung D-A-CH zu Eigen gemacht und bietet – passend zur verstärkten Forderung nach Literatur-gestützten Arbeitsanweisungen – einen neuen Service an. Ab sofort können Sie über die Mitglieder der Arbeitsgruppe Literaturnachweise zu ausgewiesenen Themen abrufen. Das erste Thema dreht sich um den zentralvenösen Dialysekatheter: Hier haben wir für Sie verschiedene Datenbanken (MedLine, CancerLit, CINAHL, Verlagsdatenbanken) durchsucht. Unsere Funde können Sie elektronisch als Excel-Datei erhalten, die Sie dann nach verschiedenen Kriterien sortieren können. Die Kriterien sind: Autor / Titel / Quelle / Erscheinungsjahr / Sprache (deutsch / englisch / französisch) / Textart (Journalartikel, Leitlinie, Richtlinie) sowie Thema (Allgemeines / Blockmittel / Flussprobleme / Infektion / Material / Port / Verband). Sollten Sie die Sortierfunktion nicht selbst bedienen können, stellen wir Ihre Liste nach Ihren Wünschen zusammen.

Im Jahresverlauf werden wir die Deutschsprachigen Funde kommentieren und Ihnen zugänglich machen. Literaturnachweise zu weiteren Themen sollen folgen.



Gespräch zum Forschungsprojekt

Nichts, das mit Forschung zu tun hat – nicht einmal die Suche nach Literatur – ist ohne ein gewisses Grundlagenwissen möglich. Daher müssen die Mitglieder der Arbeitsgruppe neben der Arbeit an den Projekten Zeit zur Eigenfortbildung investieren. Im letzten Jahr zeigte sich, dass einige Gruppenmitglieder, alle schon anderweitig aktiv, mit dieser Anforderung überlastet waren und daher ausschieden. Wir wünschen uns daher motivierten Nachwuchs, der bereit ist, sich in die Materie einzuarbeiten. Wir bieten Ihnen dabei unsere tatkräftige Unterstützung. Sollten wir Ihr Interesse geweckt haben oder wollen Sie Literaturnachweise erhalten, so wenden sie sich an die Autorin: Hedi.Lueckerath@edtna-erca.de

Hedi Lueckerath, Lohmar

Nephrologischer Pflegepreis 2003

3 Kurzfassungen

+ Ernährungsberatung in der Hämodialyse

„Essen und Trinken“ stellt nach Nancy Roper eine Aktivität des täglichen Lebens dar. Oftmals ist bei Hämodialysepatienten eine Malnutrition zu beobachten. Es gestaltet sich meist schwierig, z.B. die Phosphateinschränkungen mit dem erhöhten Bedarf an Eiweiß oder unter den Gesichtspunkten einer Ernährung bei Diabetes mellitus einzuhalten.

Generell kann in der Ernährungsberatung zwischen einem Informationsgespräch und einem Beratungsgespräch unterschieden werden. [1]
Die Festlegung von Lernzielen (Nahziel / Fernziel) ist hilfreich. [2]

Die sechs Phasen des Pflegeprozesses nach Fichter und Mayr (Information; Probleme / Ressourcen; Ziele; Maßnahmen; Durchführung; Kontrolle) bzw. die Krisenverarbeitung in Anlehnung an „Die Phasen des Sterbens“ nach Eli-

sabeth Kübler-Ross lassen sich auch auf die Ernährungsberatung übertragen. [3;4]

Die Zuhilfenahme von Lebensmittelattracten, Ernährungsprotokoll-/ anamnese oder eines PC-Auswertungsprogramms können dem Beratenden als Unterstützung im Gespräch mit dem Patienten dienen. Da die Lebensqualität des Patienten von einer guten Ernährungsberatung abhängt, ist eine professionelle Beratung und Betreuung besonders wichtig.

Quellennachweis:

1 = „Erfolgreich Beraten“; Dieter Dommann; VdE, Frankfurt 1987; Seite 6

2 = Ernährungsseminare für Dialysefachkräfte; nephrol. Weiterbildungsstätte Ulm

3 = „Pflege heute“; 1. Auflage 1997; Seite 30

4 = Ernährungsseminare für Dialysefachpersonal; „Lust auf Lecker“ – Ernährungsfreiräume für Dialysepatienten; Elisabeth Gutzmann; Wolfsburg

Doris Pfaller

[Fachpflegekraft für Nephrologie / Weiterbildungsstätte Traunstein Kurs 2001 / 2003]

E-Mail: doris1811@freenet.de

+ Schulungsprogramme für niereninsuffiziente Patienten – dringender Handlungsbedarf oder Zeitverschwendung?

Die Schulungsprogramme finden in Form von Gruppenveranstaltungen je nach Bedarf circa zwei Mal im Jahr statt. Angesprochen sind Patienten und deren Angehörige, die in einem halben bis einem Jahr mit dem Beginn der Dialyse rechnen müssen. Veranstalter ist das nephrologische Team.

Folgende Überlegungen sollten die betroffenen Patienten, das nephrologische Team und nicht zuletzt die Kostenträger (z.B. die Krankenkassen) von Sinn und Zweck einer solchen Initiative überzeugen.

Diese Art von Schulungsprogramme können dazu beitragen, das herrschende Ungleichgewicht zugunsten der Zentrumsdialyse durch gezielte Information abzuschwächen. Die einzelnen Teilnehmer erkennen für sich die Vorteile und entscheiden sich im Falle der Dialysepflichtigkeit für eines der Heimverfahren. Der volkswirtschaftliche Nutzen reduzierter Personal-, Material- und Transportkosten spielt mehr denn je eine gewichtige Rolle.

Anliegen einer jeden Dialyseeinrichtung ist die medizinisch und pflegerisch sichere Versorgung, Patientenzufriedenheit mit Recht auf Selbstbestimmung und fachkompetente Begleitung. Um diese Ergebnisqualität zu sichern, müssen strukturelle Voraussetzungen - wie

persönliche Energie, Raum, Zeit und Material - laufend verbessert werden (Strukturqualität). Das Einrichten von Schulungsprogrammen ist eine der Maßnahmen, um das gesteckte Ziel zu erreichen (Prozessqualität). Immer wieder fallen Patienten auf, die mit Eintritt in das chronische Dialyseprogramm keinen funktionstüchtigen Zugang aufzuweisen haben. Derjenige, der an einer chronischen Nierenerkrankung leidet, muss über die Bedeutung einer frühzeitigen Hämodialysefistel- bzw. Peritonealdialysekatheter-Anlage intensiv unterrichtet werden. Ein langer, kostenintensiver stationärer Aufenthalt wird somit vermieden und geplantes Handeln löst Krisenmanagement ab.

Die zusammenfassende Stellenbeschreibung der EDTNA/ERCA und AfnP für nephrologisches Pflegepersonal spricht für sich. Der Patient und seine Angehörigen werden durch Informationen, Beratung und psychosoziale Betreuung auf die unterschiedlichen verfügbaren Behandlungsverfahren vorbereitet.

Die Einbeziehung der Patienten in die Behandlung und somit eine Steigerung der Eigenverantwortung hat weitreichende Auswirkungen auf Krankheitsbewältigung, Morbidität und Mortalität. Patienten und Angehörige sollen zur Bewältigung der schwierigen Lebenssituation jede nur mögliche Unterstützung erfahren. Das bedeutet, dass sie von der Fachpflegekraft Kontaktadressen von Ansprechpartnern und Hilfsorganisationen erhalten.

Einen weiteren Grund für die Umsetzung der Patientenschulung geben die Pflegekassen im Pflegeversicherungsgesetz vom 26.05.1994 selber vor. § 5 bestimmt den Vorrang von Prävention und Rehabilitation, § 6 beschreibt, dass „die Versicherten... durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorgemaßnahmen und durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung... dazu beitragen sollen, Pflegebedürftigkeit zu vermeiden“. § 7 legt fest, dass die Pflegekassen „... auf die Teilnahme an gesundheitsfördernden Maßnahmen hinzuwirken“ haben.

Mein Fazit: Mit der Diagnose präterminale Niereninsuffizienz gerät der betroffene Mensch in eine Lebenskrise. Er muss eine u.U. lebensbedrohliche Erkrankung bewältigen. Es ist Aufgabe der nephrologischen Pflegekraft, ihn rechtzeitig und fachkundig von Beginn an zu begleiten. Zudem sind sie Merkmal der Qualitätssicherung in der Nephrologie, werden vom Gesetzgeber gefordert und erlangen in Zeiten begrenzter personeller und finanzieller Ressourcen mehr und mehr an Bedeutung.

Prädialytische Schulungsprogramme in der zu Beginn genannten Form sind mitnichten reine Zeitverschwendung, sondern stellen unter diesen Voraussetzungen eine absolute Notwendigkeit dar und zwingen uns jetzt zum Handeln.

Helga Fichtinger

[Fachpflegekraft für Nephrologie / Weiterbildungsstätte Traunstein
Kurs 2001 / 2003]
E-Mail: helga.fichtinger@freenet.de

+ Wir denken, die Strickleiterpunktion ist die beste Shuntpunktionmethode

Erfahrungsgemäss kann man beobachten, dass bei konsequenter Anwendung der Strickleiterpunktion als Shuntpunktionmethode, dies auf die Lebensdauer eines Shunts eine günstige und förderliche Auswirkung hat. Im heutigen Dialysealltag aber sind aneurysmatische Shunts mit allen dazugehörigen oder folgenden Konsequenzen (Stenosen, Thrombosen, Revisionen, u.ä.) an der Tagesordnung.

Deshalb stellten wir, der Fachweiterbildungskurs für nephrologisches Pflegepersonal Traunstein, 01/03, folgende These für unsere Projektarbeit auf:

Wir denken, die Strickleiterpunktion ist die beste Shuntpunktionmethode!

Als Ziel hatten wir uns gesetzt, Faktoren zu erforschen, die einerseits vom Personal, andererseits vom Patienten her in unsere Arbeit einfließen und bewirken, dass die von uns propagierte Methode

- a) angewandt wird
- b) nicht angewandt wird.

Als Hauptinstrument, bzw. Methode der Datenerhebung diente ein Fragebogen für Dialysepersonal und ein gesonderter für Dialysepatienten, der im vierzehnköpfigen Plenum unserer Projektgruppe ausgearbeitet wurde. Jedes Projektmitglied hatte die Aufgabe, in seinem Heimdialyse-Zentrum so viele Fragebögen wie möglich an den Kollegen bzw. Patienten zu bringen. Die Befragung wurde vom Verwaltungsleiter und leitenden Arzt des jeweiligen Zentrums abgesegnet und verlief anonym.

Der Rücklauf versprach bereits viel: 80% von 616 ausgegebenen Patientenfragebögen und 76% von 208 ausgegebenen Personalfragebögen! Nach Auszählung der Befragungsergebnisse per Hand – wiederum im Plenum – wurden jene computergestützt prozentual gesichert.

Ein zentrales Ergebnis dieser doch recht umfangreichen Umfrage beim Dialysepersonal brachte zum Vorschein, dass – obwohl über 90% einen Shunt vor der Punktion „unter die Lupe nehmen“ und etwa gleich viele die längstmögliche Erhaltung des Shunts zum Pflegeziel haben - beängstigend viel Personal von Shuntlage, Zeitdruck, Arbeitsplatzangebot, o.ä. negativ beeinflusst wird und die „Strickleiterpunktion“ unterlässt.

Erschreckendes Hauptergebnis der Patientenumfrage war, dass 66% aller befragten Patienten nie über unterschiedliche Punktionsmethoden aufgeklärt wurden und somit 63% nichts mit dem Begriff „Strickleiterpunktion“ anzufangen wussten.

Fazit: Wir dürfen die Schuld für diese pflegerischen „Missstände“ nicht bei anderen suchen, sondern müssen uns selbst an der Nase fassen und uns verstärkt der Verantwortung bewusst werden, die wir gegenüber unserer Arbeit am Patienten, aber auch gegenüber unseren neu anzuleitenden Kollegen haben. Unsere Arbeit muss täglich aufs Neue geprüft werden. Trotz finanzieller Einsparungen und einer stetig wachsenden Patientengruppe dürfen wir der Gleichgültigkeit keine Chance geben, sich in unserer Arbeit breit zu machen. Wir müssen uns fortbilden, uns somit essentielles Basiswissen aneignen und dieses wiederum weitergeben.

Doch vor Allem müssen wir uns gegenseitig fordern und fördern und nicht vergessen, uns gegenseitig Anerkennung auszusprechen.

Mike Matheis

Fachkrankenschwester für Nephrologie / Klinikum Traunstein; stellvertretend für Fachkurs 01/03
E-Mail: thomas.fernsebner@klinikum-traunstein.de

Impressum

Redaktionsteam:

Dieter Rürger
Doris Bahnmüller
Beate Spindler

Layout:

Markus Wilhelm

Druck:

de&ha innovativ

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

Die nächsten Regionalen Fortbildungen:

- 26. Oktober: Dresden, Thema Ernährung
- 9. November: München, Thema Dialysierflüssigkeit - Management und Wirkung auf Patient und Behandlung
- 2. Dezember: Dresden, Thema: Nierentransplantation
- Weitere Infos zu den Fortbildungen finden Sie immer aktuell auf der Homepage des Deutschen Zweiges der EDTNA/ERCA:
www.edtna-erca.de

Regionale Fortbildung in Rüsselsheim

Am 6. Mai fand in Rüsselsheim im Rahmen der regionalen Fortbildungen ein Workshop zum Thema „Pflegeplanung in der Dialyse – Lust oder Frust“ statt. Als Schulungsunterlagen erhielt jeder Teilnehmer die EDTNA/ERCA-Veröffentlichung „Der Pflegeprozess in der Praxis“.

Die Gruppe mit 12 Teilnehmern war bunt gemischt: Vom Berufsanfänger kurz nach dem Examen bis zum „alten“ Dialysehasen war alles vertreten.



In dem Vortrag der Referentin Hedi Lückerrath ging es zunächst um die Theorie „gesetzliche Grundlagen; was soll und kann die Pflegeplanung?“, und um den Pflegeprozess als Instrument der Qualitätssicherung.

Anschließend stellte Frau Lückerrath anhand zweier existierender Patienten die Pflegeplanung praktisch vor. In Kleingruppen mussten die Teilnehmer dann eine Pflegeplanung selbst erarbeiten und vorstellen.

Die letzte Stunde des Nachmittags drehte sich um die Frage: „Was brauche ich, um den Pflegeprozess in meinem Zentrum bzw. meiner Station einzuführen?“

Alle Teilnehmer fanden den Workshop sehr praxisnah, motivierend, aber auch – trotz der 4 Stunden Dauer – für zu kurz.

Uschi Gaspar, Organisation Regionale Fortbildung Rüsselsheim

Büro des Deutschen Zweiges:

Uschi Gaspar
In den Beunen 6
65479 Raunheim
Telefon: 06142-408549, Fax: 06142-408551
eMail: uschi.gaspar@edtna.erca.de

Vorsitzende des Deutschen Zweiges:

Christa Tast
Starenweg 7
70565 Stuttgart
Telefon: 0711-7801524, Fax: 0711-7801529
eMail: c.tast@t-online.de

Redaktion:

Forum Das Blatt des Deutschen Zweiges der EDTNA/ERCA

Dieter Rürger
Barbarossastraße 18
71332 Waiblingen
Telefon: 07151-905869
eMail: dieter.rueger@edtna-erca.de

*Herzlichen Dank
an die Firma*

AMGEN

GmbH

*für die freundliche
Unterstützung bei
der Herausgabe
dieser Zeitung.*

