Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

AUSGABE 01 13

FORUM

KOMMUNIKATION & SCHULUNG: VORAUSSETZUNGEN FÜR ERFOLGREICHE HEIMDIALYSE

WEITERE THEMEN DIESER AUSGABE

- Bericht über das Geschäftsjahr 2012
- Kostenlos und komfortabel: PD-Online-Schulung
- Einladung zum Hauptstadtseminar
- Einladung zur 42. Internationale Konferenz der EDTNA/ERCA in Malmö
- Aus dem Vorstand: Abschied von Thomas Fernsebner

> Inhalt

INHALT

Vorwort	02
Bericht über das Geschäftsjahr 2012	03
Einladung zur Jahreshauptversammlung	09
Termine des fnb	09
Einladung zum Hauptstadtkongress 2013	10
Programmvorschau und wichtige Daten zum Hauptstadtkongress	11
Veröffentlichungen des fnb	12
Aus dem Vorstand: Vorstellung Ute Janthur	12
Der Bayer verlässt den fnb	13
Aufruf zum Gambro Nachwuchspreis des fnb – 2013	13
Der fnb im Internet	14
Mitglieder werben Mitglieder	14
Kostenlos und komfortabel: PD-Fortbildung von zuhause	15
Schulung zur Peritonealdialyse als Heimdialyseverfahren	18
Gewinner des Gambro Nachwuchspreises – 2012	19
SvO 2013: Hämodialyse-Katheter – Zugang der 3. Wahl	20
Vorstellung Siegerarbeit: Gambro Nachwuchspreis – 2012	20
Internationale Seiten D- A-CH	21-25
Rückblick DLK 2012	26
Bericht Chiemseeseminar 2012	27
Starkes Signal für die Pflege: Pflegekammern	28
„Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes: AMNOG“	29
Stellungnahme: Absenkung	30
GHEAP – Auflage 2 Was ist neu?	30-31
Proteste gegen Sachkosten-pauschale – wir bleiben am Ball	31

> Vorwort!

Thomas Fernsebner

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Das Jahr 2012 war das Jahr des engen kooperativen Zusammenschlusses mit der AfnP (Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Personal), die gemeinsam mit dem fnb diese Kooperation unter dem Namen der „Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege“ (BANP) gebildet hat. Mit der Gründung der BANP hat die nephrologische Pflege in Deutschland eine Adresse und einen Ansprechpartner. Nun kann man diese Kooperation einer Verlobung gleichsetzen. Die Hochzeit (Fusion) folgt in der Regel nach dem sich beide Partner schon etwas kennen und das gemeinsame Bündnis vertiefen wollen. Wie schnell dieser Prozess gehen wird hängt nicht nur von den Akteuren der Vorstandschaft beider Seiten ab, sondern von der Entschlossenheit aller Mitglieder. Wir dürfen gespannt sein, wie die beiden Verbände (AfnP und fnb) künftig diese Herausforderung annehmen und meistern. Ob Dachverband, der beide Verbände vertritt, oder Fusion ist noch nicht entschieden. Beide Verbände sind aufgefordert, das Vorhaben gegenüber den Mitgliedern transparent zu machen und im Rahmen des Zustimmungsverfahren mitragen zu lassen. Wichtig ist in jedem Fall eine absolut enge Zusammenarbeit beider Verbände, die in Zeiten der Kostenreduktion im Dialysebereich (z. B. Absenkung der Sachkostenpauschale) als politische Stimme unabdingbar ist.

Die Zeit des Abschiedes als Vorsitzender ist da:
Ich werde als Vorsitzender für den fnb nur noch bis zur nächsten Jahreshauptversammlung im April 2013 zur Verfügung stehen. Danach möchte ich mich wieder mehr meiner Familie und meinen Interessen widmen.
Ich habe dennoch die Zeit im EDTNA/ERCA D-Zweig und danach im fnb als sehr sinnvolle und für mich sehr profitable Zeit empfunden. Ich bin sehr zuversichtlich, dass auch in Zukunft der Verband, ob in der BANP oder weiterhin als fnb, eine wichtige Rolle in der Nephrologie spielen wird.
Ich wünsche dem neuen Team alles Gute und hoffe, dass neben den nationalen Bestrebungen weiterhin die Wurzeln des fnb nicht vergessen werden. Diese liegen ganz klar in der EDTNA/ERCA und der wissenschaftlichen fachlichen Ausrichtung. Beides unter einen Hut zu bekommen ist eine große Herausforderung, sollte aber machbar sein und verhilft sowohl national und international unserem Berufsbild der Pflegeprofession.

Ihr Thomas Fernsebner
1. Vorstandsvorsitzender des fnb

> Bericht über das Geschäftsjahr 2012

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kolleginnen!

Mit dem Jahr 2012 hat der fnb ein sehr ereignisreiches und berufspolitisches Jahr zu verzeichnen. Im anschließenden Geschäftsbericht möchten wir nicht nur mit Zahlen und Projekten unsere Ergebnisse für Sie transparent machen, sondern auch die berufspolitische Arbeit und Zielsetzungen darstellen.
Ausführliche Berichterstattungen aus den einzelnen Projekten und Arbeitskreisen erhalten Sie in der Jahreshauptversammlung am 13. April 2013 in Berlin Spandau, Hotel Christopherus, Johannesstift. Die Zahlen sind zum Stichtag vom 31.12.2012 festgestellt. Zwischenzeitliche Änderungen sind hier in den Ergebnissen nicht berücksichtigt worden. Dies gilt auch für die laufende Berichtserstattung, die zum Jahresabschluss endet.

Entsprechend der Satzung widmet sich der fnb folgenden Zielsetzungen:

1. Erreichen der besten Behandlungsstandards für nephrologischkranke Menschen und ihre Familien
2. Kontinuierliche Fortbildung für nephrologische Berufsgruppen, z.B. durch Veranstaltung von Kongressen, Seminaren oder Workshops
3. Anregung, Förderung und Verbreitung von Forschung im Berufsfeld und Unterstützung der Anwendung von Forschungsergebnissen
4. Förderung des Austauschs mit Partnergruppen in Deutschland und Europa
5. Beratung von Gesellschaften in Fachfragen; Mitwirkung an berufspolitischen Entscheidungen

Vereinseintrag:
Der Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e. V. (fnb) ist seit 1. Januar 2006 ein eingetragener Verein und ist unter der Nummer 80746 im Vereinsregister des Amtsgerichtes Darmstadt eingetragen.

Gemäß der Satzung verfolgt der fnb gemeinnützige Ziele zur Förderung und Fortbildung nephrologischer Berufsgruppen und die Optimierung der Pflege und Behandlung nephrologisch erkrankter Menschen.
Im folgenden Bericht stellen wir die Strukturen, Prozesse und erreichten Ergebnisse für das Geschäftsjahr 2012 dar.

1. Strukturqualität:

1.1 Der Vorstand des fnb setzte sich im Jahr 2012 aus den folgenden Personen zusammen (alphabetisch):
- Jürgen Berner, Fachkrankenpfleger Nephrologie, Unterhaching
- Marvin Breckling, Fachkrankenpfleger Nephrologie (DKG), Klintum
- Thomas Fernsebner, Fachkrankenpfleger Nephrologie, Lehrer für Pflegeberufe, Traunstein
- Kerstin Gerpheide, Fachkrankenschwester Nephrologie, München
- Michael Reichardt, Fachkrankenpfleger Nephrologie, Lehrer für Pflegeberufe, Essen
- Ina Wiegard-Szramek, Fachkrankenschwester Nephrologie, Essen
- Ina Kilper-Bohs, Fachkrankenschwester Nephrologie, Gronau

1.2 Vorstandspositionen zum 31.12.2012
- Thomas Fernsebner, 1 Vorstandsvorsitzender
- Kerstin Gerpheide, 2. Vorstandsvorsitzende
- Jürgen Berner, Schriftführer
- Ina Wiegard-Szramek, Schatzmeister

Erweiterter Vorstand:
- Ina Kilper-Bohs, erweiterter Vorstand
- Michael Reichardt, erweiterter Vorstand
- Marvin Breckling, erweiterter Vorstand

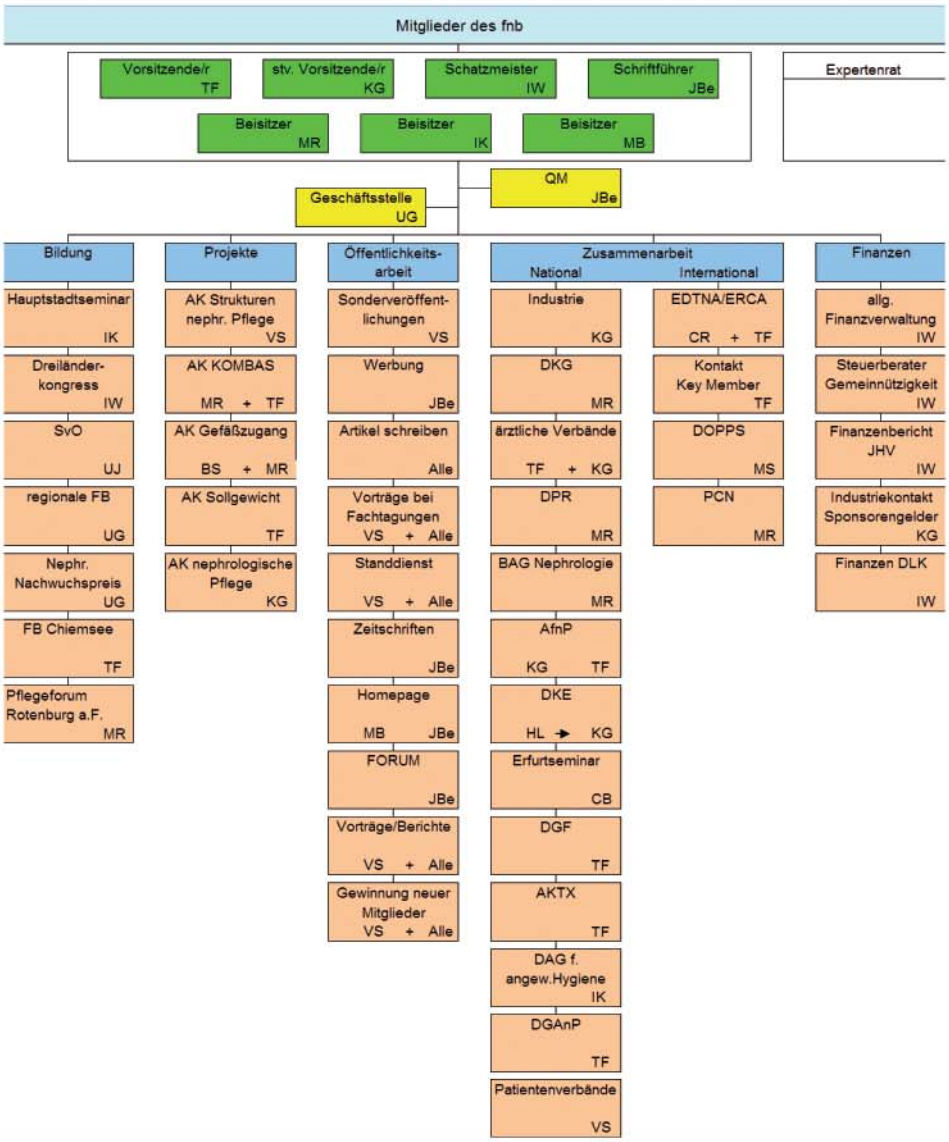
1.2 Geschäftsstelle:
Die Geschäftsstelle wird von Uschi Gaspar geleitet.
Sitz der Geschäftsstelle ist:
In den Beunen 6,
65479 Raunheim.

1.3 Weitere aktive Mitglieder
Neben dem Vorstand sind folgende Personen aktiv für den fnb im Jahre 2012 tätig gewesen (alphabetisch):
- Jutta Balhorn, Hamburg
- Conny Bringmann, Erfurt
- Josefa Fenselau, Bonn
- Uschi Gaspar, Wiesbaden
- Alois Gorke, Murnau
- Christoph Heekenjann, Hoerstel
- Waltraud Küntzle, Ludwigsburg
- Hedi Lückerath, Siegburg
- Beate Spindler, Marbach
- Christa Tast, Stuttgart
- Franz Techert, Gießen
- Ute Göhlert, Dresden
- C. Qual, Berlin
- Eva Weißbrodt, Willigen-Schwennigen
- U. Schild, Hamburg
- Dieter Rüger, Stuttgart
- Wijada Weissmann, München
- Ute Janthur, Murnau
- Und viele andere, die hier nicht erwähnt sind.

Das dargestellte Organigramm (Seite 4, oben) verdeutlicht die Strukturen des fnb sowie die Ämterverteilung.

2. Prozessqualität:

2.1 Mitgliedergewinnung:
Die Mitgliedergewinnung ist ein wichtiges Ziel des fnb. Eine hohe Mitgliederzahl verschafft mehr Einfluss bei den Entscheidungsträgern.



Namenskürzel:

Alle	Mitglieder fnb
BS	Beate Spindler
CB	Conny Bringmann
CR	Carmen Reiher
HL	Hedi Lückerath
IK	Ina Kilper-Bohs
IW	Ina Wiegard-Szramek
JBe	Jürgen Berner
KG	Kerstin Gerpheide
MB	Marvin Breckling
MR	Michael Reichardt
MS	Martin Schünemann
TF	Thomas Fernsebner
UG	Uschi Gaspar
UJ	Ute Janthur
VS	Vorstand

Die Mitgliedergewinnung erfolgt durch Überzeugungsarbeit mittels qualitativ hochwertiger Fortbildungen, Publikationen und professioneller Betreuung von Mitgliedern. Mitglieder können alle Personen werden, die im nephrologischen Tätigkeitsfeld arbeiten. Wir achten darauf, dass wir folgende Kriterien bei der Mitgliedergewinnung einhalten:

- Berufsbezug Nephrologie (Medizin und Pflege)
- Die Mitgliedergewinnung soll sich flächendeckend nach Einwohnerverteilung konzentrieren.
- Bevorzugte Berufsgruppen sind Fach- und Führungskräfte der Nephrologie.

2.2 Fortbildungsveranstaltungen:

Im Rahmen der Vorstandsitzungen wird jährlich ein Jahresprogramm für Fortbildungen geplant. Die Auswahl der Orte, Termine und Themen werden vom Vorstand des fnb festgelegt und besprochen. Für jede einzelne Veranstaltung werden ein Programmverantwortlicher und ein Organisationsverantwortlicher bestellt.

2.3 Mitwirkung bei geregelten Weiterbildungen:

2.3.1 Der fnb unterstützt die Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologischer Weiterbildungen (BAG), da dieses Gremium entscheidend für die Ausrichtung der nephrologischen Weiterbildung ist. Neben der Fachweiterbildung für nephrologische Gesundheits- und Krankenpflege werden auch Kurse für Medizinische Fachangestellte und medizinische Assistenzberufe für Dialyse und Nephrologie besprochen. Eine finanzielle Unterstützung durch den fnb erfolgt in der Finanzierung von Projekten.

2.3.2 Ein weiteres Ziel ist neben der aktiven Mitarbeit bei der BAG die Nachwuchsförderung nephrologischer Fachkräfte. Der Nephrologische Nachwuchsförderpreis wird jährlich für die beste Facharbeit von nephrologischen Fachweiterbildungsteilnehmern vergeben.

2.3.3 Der fnb beteiligt sich ebenfalls an der Diskussion um die künftige Ausrichtung und Weiterentwicklung nephrologisch Pflegender und Assistenzpersonal. Dabei wird mit politisch wichtigen Gremien, wie zum Beispiel mit der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) oder der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), der Dialog geführt.

2.4 Arbeitskreise /-gruppen

Der fnb beteiligt sich an zahlreichen Arbeitskreisen. Ein Arbeitskreis wird bestellt, wenn ein neues Projekt beim Vorstand des fnb beantragt wird. Im Antrag prüft der Vorstand des fnb Sinn und Zweck des Projektes und ob Inhalt und Schwerpunkt des Projektes der Satzung des fnb entsprechen. Im jeweiligen Projektplan werden Projektleitung, Projektziel, Kosten, Zeitplan, Risiken und Endpunkt beschrieben. Auch Arbeitskreise außerhalb des fnb werden unterstützt. In der Regel erfolgt die Berichterstattung von den Teilnehmern, die über den fnb finanziert werden.

2.5 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit

Der fnb beteiligt sich an zahlreichen Publikationen. Im Rahmen eines fest etablierten Prozesses werden Autoren für die zu veröffentlichten Artikel ausgewählt und bewertet sowie veröffentlicht.

2.6 Zusammenarbeit und Kooperationen mit anderen Fachgesellschaften

Die Zusammenarbeit und Kooperation mit nephrologischen Fachgesellschaften und Verbänden ist für den fnb obligat. Es wird mit folgenden Verbänden zusammengearbeitet (alphabetisch):

- Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Personal e.V. (AfnP)
- Arbeitskreis Transplantationspflege e.V. (AKTX)
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologen (DGfN)
- Deutsche Dialysepatienten (DD)
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Europäischer nephrologischer Pflegeverband EDTNA/ERCA
- Verband deutscher Nierenzentren der Deutschen Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte (DN e.V.)
- Verband Niere e.V.
- Deutsches Netzwerk Advanced Practice Nursing & Advanced Nursing Practice e.V.
- Deutsche Gesellschaft für angewandte Hygiene in der Dialyse e.V. (DGAHD)
- Österreichische Arbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege und Transplantation (ÖANPT)
- Interessensgesellschaft nephrologische Krankenpflege Schweiz (IG-Schweiz)

2.7 Budgetierung und Finanzplanung

Der fnb ist ein gemeinnütziger Verein. Sofern Gewinne und Erlöse anfallen, werden diese in Projekten verwendet. Dem Vorstand liegt ein laufender Finanzbericht durch den Schatzmeister vor. Die Mitarbeit der aktiven fnb-Mitglieder erfolgt im Ehrenamt. Veranstaltungen, Projekte und Investitionen werden im jährlichen Budgetplan dargestellt. Eine Unterstützung von seiten der Industrie ist zur Sicherung des Finanzhaushaltes des Vereins notwendig.

3. Ergebnisqualität 2012

3.1 Mitgliederentwicklung

Die gleichbleibende Steigerung der Mitgliedergesamtzahl lässt sich in der Grafik am besten darstellen.

Stand der Mitglieder: 760 am 31.12.2012, das sind im Vergleich zum Vorjahr 47 neue Mitglieder. Die Fluktuation belief sich im laufenden Geschäftsjahr auf 92 Eintritte und 45 Austritte. Insgesamt ist die Zuwachsrate zum Vorjahr um 10 Mitglieder gesunken. In der unten angeführten Grafik (Abb. 1) wird der gleichmäßige Anstieg der Mitglieder deutlich. Die Bundesländerverteilung macht deutlich, dass Mitglieder dort gehäuft vorkommen, wo die Aktivität des fnb am höchsten ist (Abb. 2).

3.2 Fortbildungsveranstaltungen

Im Jahr 2012 wurden 1225 registrierte Teilnehmer bei Fortbildungsveranstaltungen des fnb gezählt. Dies entspricht unter Berücksichtigung des Dreiländerkongresses den bisherigen Zahlen aus den Jahren 2008 bis 2011. Mit der Seminarreihe „Schulung vor Ort“ wurde im Jahr 2012 das Thema „Peritoneladialyse“ angeboten. Es war zu erwarten, dass wegen der geringen Anzahl der PD-Patienten das Interesse hierzu etwas weniger

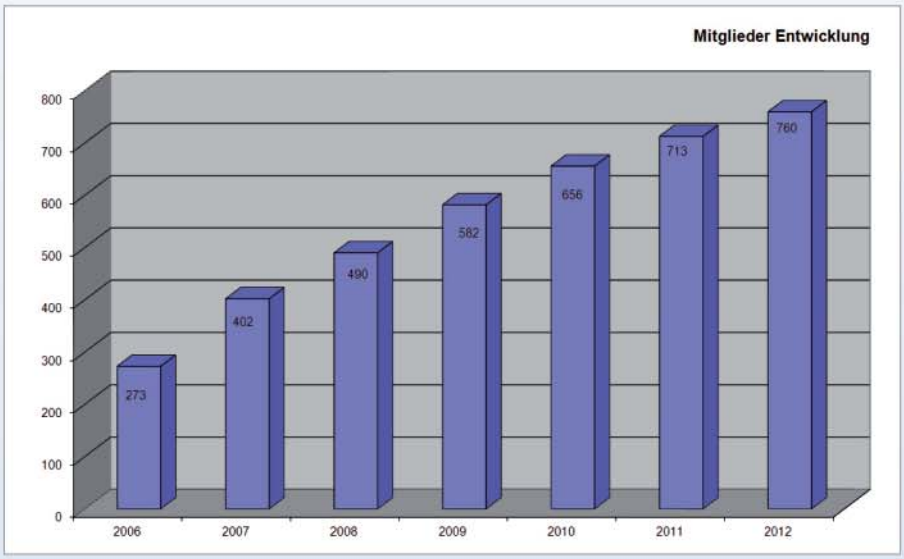


Abb. 1: Mitgliederentwicklung / Quelle: Uschi Gaspar, Geschäftsstelle fnb

war. Allerdings hatte der fnb sich bewusst für dieses Thema entschieden, um weiterhin diese Methode voranzutreiben.

In der angegebenen Liste (Abb. 3) sind alle Veranstaltungen mit Ort und Datum, Teilnehmeranzahl und hauptverantwortlichen Personen aufgeführt. Der Vorstand des fnb bedankt sich bei den Akteuren, Helfern und unterstützenden Firmen sehr herzlich.

3.3 Mitwirkung geregelter Weiterbildungen

3.3.1 Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologischer Weiterbildungsstätten (BAG)

Michael Reichardt hat die Bundesarbeitsgemeinschaft zweimal zu einem Treffen eingeladen.

Nach der erfolgreichen Etablierung des Rahmenlehrplans unterstützt der fnb die Bundesarbeitsgemeinschaft bei der weiteren Entwicklung der DKG-Lehrplanung. Hierzu sind die fnb-Mitglieder Michael Reichardt, Thomas Fernsebner und Dr. Dietmar Wiederhold im Arbeitskreis tätig. Weiterhin sind Michael Reichardt und Thomas Fernsebner in der übergeordneten Arbeitsgruppe aller Weiterbildungen (Intensivpflege, OP, Nephrologie usw.) der DKG tätig.

Die Anpassung und Umsetzung des neuen Lehrplans war der Schwerpunkt der BAG im Jahr 2012. Ebenso wurden neue pädagogisch und didaktische Ansätze im Zuge dieser Umsetzung diskutiert, da 180 Unterrichtsstunden (25% aus 720 Unterrichtsstunden) im selbst gesteuerten Lernen ausgewiesen werden dürfen. Hierzu benötigen die Weiterbildungseinrichtungen neue Konzepte wie zum Beispiel E-Learning.

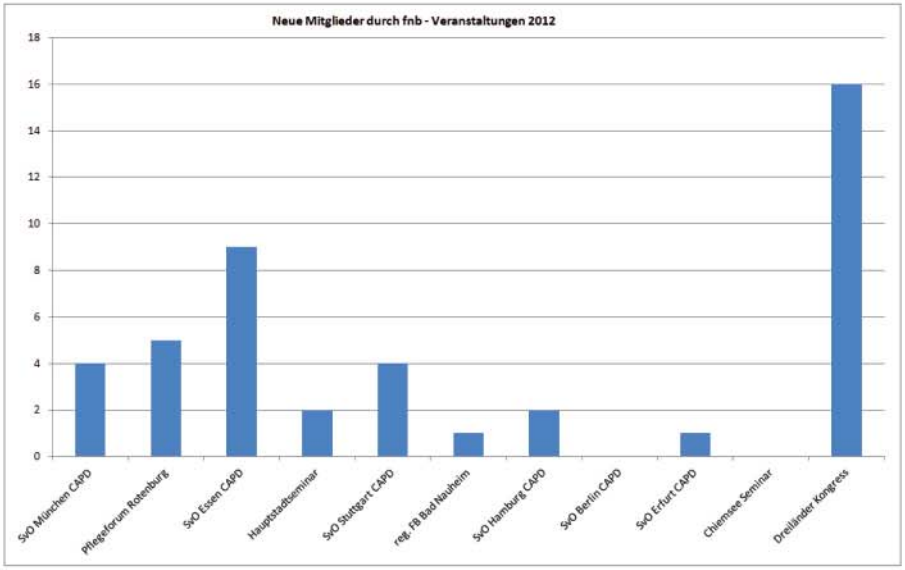


Abb. 2: Verteilung der Mitglieder / Quelle: Uschi Gaspar, Geschäftsstelle fnb

Nr.	Datum	Ort	Veranstaltung	TN	Verantwortlich
1	28.01.2012	München	SvO CAPD	14	K. Gerpheide
2	2./4.03.2012	Rotenburg a.d. Fulda	Pflegeforum	72	M. Reichardt
3	20.03.2012	Essen	SvO CAPD	93	M. Reichardt
4	27.03.2012	Alsfeld	regionale FB Hessen	33	F. Techert
5	14. und 15.04.2012	Berlin	Hauptstadtseminar	64	C. Tast / I. Wiegard-Szramek
6	10.05.2012	Stuttgart	SvO CAPD	33	C. Tast
7	12.06.2012	Bad Nauheim	regionale FB Hessen	13	F. Techert
8	12.06.2012	Hamburg	SvO CAPD	29	U. Schild
9	15.09.2012	Berlin	SvO CAPD	13	C. Qual
10	09.10.2012	Alsfeld	regionale FB Hessen	22	F. Techert
11	16.10.2012	Erfurt	SvO Erfurt	31	C. Bringmann
12	4./6.11.2012	Traunstein/ Chiemsee	Fachpflegeseminar	27	T. Fernsebner
13	13.11.2012	Essen	CAPD Jahresgespräch	60	I. Wiegard-Szramek
14	13.11.2012	Dresden	regionale FB Dresden	38	U. Göhlert
15	22. und 24.112012	Konstanz	Dreiländer-Kongress	683	I. Wiegard-Szramek
Gesamte Anzahl Teilnehmer				**1225**	

Abb. 3: Alle Veranstaltungen des fnb in 2012 / Quelle: Uschi Gaspar

3.3.2 Pflegepreis

Die Gewinner des Nephrologischen Nachwuchspreises 2012 sind Sonja Abeln und Oliver Vogler, Weiterbildungsstätte ifw, Bad Homburg, mit ihrer Arbeit:
Schmerzmanagement in der Nephrologie – Wege und Möglichkeiten

Die Übergabe des Preises erfolgt beim diesjährigen Hauptstadtkongress in Berlin.

3.4 Arbeitskreise und Projekte

Im Jahr 2012 unterstützte der fnb folgende Arbeitskreise und Projekte:
In der Tabelle (Abb. 4) wird die Vielzahl der Projekte und Mitarbeit dargestellt. Zu den einzelnen Ergebnissen wurde bereits mehrfach im Forum berichtet.

Arbeitskreis	Projektleitung bzw. Ansprechpartner	Ergebnisse
AK DKG-Nephrologie	Ulrike Reus, DKG	Mitarbeit innerhalb der DKG
AK Gefäßzugänge	Spindler, Reichardt	Fertigstellung November 2012
AK BANP	Fernsebner, Gerpheide	Druckpublikation Kompetenzbasierter Rahmenlehrplan, Statement Personalbedarf, Definition nephrologische Pflege, Statement Dialysebehandlung in Altenheimen, Absenkung Sachkostenpauschale
AK Medikamentenbroschüre und Medikamentenwerbung	Gerpheide	Überarbeitung einer Broschüre, Veröffentlichung 2013
AK Sollgewicht	Fernsebner / Gorke	Projekt 2012 eingestellt
AK Expertenwissen Nephrologische Pflege	Gerpheide	Buchpublikation 2014

Abb. 4: Arbeitskreise

3.5 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit

Forum: Verbandszeitschrift, Auflage 1200
Neben den Büchern erscheint zweimal jährlich das Forum mit fachlichen und vereinsinternen Artikeln. Das Forum wird nun auch für Kooperationspartner ausgegeben:

- ÖANPT: Österreichische Arbeitsgemeinschaft für nephrologische Pflege und Dialysetechnik
- Interessensgruppe nephrologischer Krankenpflege Schweiz
- AKTX-Pflege: Arbeitskreis Transplantation Pflege

Dialyse aktuell, Auflage 8000
Die Dialyse aktuell ist 2012 mit 10 Exemplaren erschienen. Inhaltlich trägt der fnb jeweils eine Seite für dieses Heft bei. Die Ausgabe 4 wurde von Mitgliedern des fnb über das Editorial von Thomas Fernsebner zum Thema „Nephrologische professionelle Pflege“ zusammengestellt. Mitautoren waren Michael Reichardt, Susanne Bowing und Stefanie Schlieben.

Spektrum der Dialyse und Aphärese, Auflage 1800:
Das Spektrum wird mit ein bis zwei Seiten Beitrag vonseiten des fnb ergänzt. Der fnb hat hierzu eine Kooperation geschlossen und ist seitdem Medienpartner dieser Fachzeitschrift. Mitglieder erhalten dieses Heft kostenlos.

Internet:
Alle Ergebnisse, Informationen und Neuigkeiten sind unter unserer Website www.nephro-fachverband.de zu sehen. Für Mitglieder steht ein geschlossener Bereich für das Herunterladen von Vortragsdateien zur Verfügung. Das Forum ergänzt das Angebot und wird durch Moderatoren betreut.

Facebook:
Die Facebook-Seite des fnb soll vor allem die jüngeren nephrologischen Personen erreichen. Aktuelle Infos werden unmittelbar ins Facebook gestellt. Ebenso sind die aktuellen Veranstaltungen des fnb im Facebook enthalten.

3.6 Zusammenarbeit und Kooperationen mit anderen Fachgesellschaften

AfnP
Am 02.04.2012 gründeten die Verbände AfnP und fnb (Abb. 1) die Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege (BANP). Die Verbände AfnP und fnb repräsentieren die Gesamtheit der nephrologischen Pflege innerhalb Deutschlands. Darüber hinaus stellen sich die Verbände den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen für eine professionelle nephrologische Pflege. Zu Recht fordert die Gesellschaft von den Vertretern der Gesundheitsfachberufe, dass ihre Kompetenzen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Die BANP tritt daher anstelle von AfnP und fnb gemeinsam mit einer Stimme auf.

Ziele der BANP
Die Versorgung nephrologisch kranker Menschen ist nur gemeinsam im multidisziplinären Team, bestehend aus Ärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern, Technikern sowie medizinischen Assistenzberufen, möglich. Die BANP möchte die Patientensicherheit, den Qualitätsstandard sowie den Versorgungsauftrag im Sinne von ausrei-

chend qualifiziertem Personal sicherstellen. Dabei ist die Bündelung der Interessen nephrologischer Fachgesellschaften notwendig. Aus diesem Grund wird sich die BANP im Speziellen für die nephrologische Pflege einsetzen.

Folgende Statements wurden durch die BANP publiziert:

- Was wollen wir in Zukunft leisten?
- Gründung der BANP
- Position zur Personalsituation
- Kompetenzbasierter Rahmenlehrplan
- Definition der nephrologischen Fachpflege
- Kostendruck gefährdet Patientensicherheit
- Absenkung der Sachkostenpauschale

Alle genannten Positionspapiere finden Sie unter www.banp.de .

AKTX-Pflege

Im April 2012 wurde zusammen mit der AKTX eine Kooperation geschlossen. Beide Verbände wollen künftig enger zusammenarbeiten. Dies wurde durch die Mitarbeit in der Vereinszeitschrift Forum bereits umgesetzt.

DGfN

Mit Vertretern des Deutschen Bildungsrates wurde die Diskussion über die Zukunft der nephrologischen Fachpflege eröffnet. AfnP und fnb signalisierten gemeinsam über die BANP Bereitschaft zur aktiven und konstruktiven Zusammenarbeit, bei der Überarbeitung des Dialysestandards. Hierzu wurden mehrere Gespräche mit den Vertretern der DGfN geführt.

DNANP/APN

In einem Gespräch mit dem Deutschen Netzwerk für Advanced Nursing Practice / Advanced Practice Nursing wurden Möglichkeiten zur Akademisierung der Fachpflege für Nephrologie diskutiert. Der fnb hat zusammen mit der DNANP/APN eine Kooperation geschlossen.

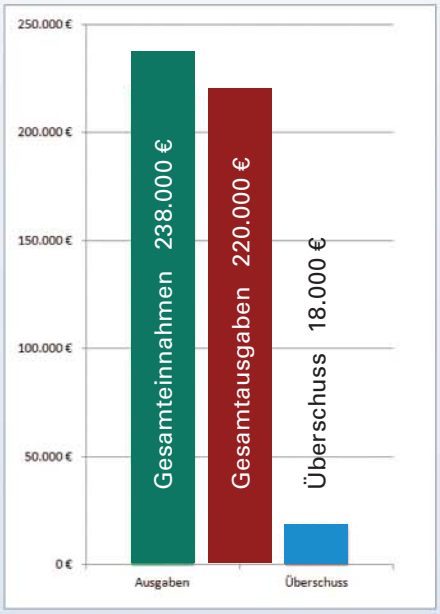
EDTNA/ERCA, ÖANPT, IG-Schweiz

Der Dreiländerkongress war bisher eine Kooperation des fnb und der EDTNA/ERCA vertreten durch die Keymeber aus Deutschland, Österreich und Schweiz. Dieser Vertrag wurde aufgelöst. Zeitgleich wurde ein neuer Vertrag entworfen. Ziel des neuen Vertrages ist eine Kooperation zwischen den Verbänden fnb Deutschland, ÖANPT Österreich, Interessensgesellschaft nephrologische Krankenpflege Schweiz und der EDTNA / ERCA. Die Ausrichtung der Veranstaltung sollte sich noch mehr internationalen Themen widmen. Beabsichtigte Gewinne und Erlöse sollen im Vorfeld für wissenschaftliche und bildende Zwecke bestimmt werden.

EDTNA/ERCA

fnb und EDTNA/ERCA diskutieren eine engere Zusammenarbeit. Bisher kooperieren die Verbände im sogenannten Level-2-Agreement. Eine Steigerung wäre das Level-3-Agreement. Diese Kooperation geht deutlich weiter und verhilft beiden Verbänden in der wissenschaftlichen Entwicklung des Berufsstandes. Hierzu werden im Jahr 2013 Gespräche geführt.

3.7 Budgetierung und Finanzplanung



Im Jahre 2012 wurden zum Stichtag 31.12.2012 folgende Buchungsstände festgestellt (auf volle Tausend gerundet):

- Einnahmen: 238.000 €
- Ausgaben: 220.00 €
- Verlust: 0 €
- Überschuss: 18.000 €

Einen ausführlichen Finanzbericht erhalten Sie bei der Jahreshauptversammlung im April 2013.

Schlusswort

Im Jahr 2012 hat sich der fnb neben seiner fachlichen Arbeit der berufspolitischen Seite gewidmet. Ein Meilenstein ist die Gründung der Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologischer Berufsgruppen. Die enge Zusammenarbeit mit der AfnP konnte erste fruchtbare Ergebnisse vorweisen. Die Gründung der BANP ist in der nephrologischen Landschaft durchaus wahrgenommen worden und hat einige Maßstäbe gesetzt.

Im Jahr 2013 wird der fnb seine Bemühungen um die engere Zusammenarbeit mit der AfnP unter dem gemeinsamen Dach der BANP forcieren. Gemeinsam vertreten beide Verbände mehr als 2200 Mitglieder.

Die Entschlossenheit und das Bemühen von beiden Verbänden stimmt auf eine hoffnungsvolle und gemeinsame Zukunft. Ebenso ist der fnb bemüht, die Zusammenarbeit mit der EDTNA/ERCA sowie den österreichischen und schweizerischen nationalen Verbänden zu verbessern.

Bisherige erfolgreiche Konzepte und fachliche Arbeiten werden unverändert weitergeführt.

Vielen herzlichen Dank allen Verbänden, Firmen und Personengruppen, welche den fnb und seine Ziele stets unterstützen.

Thomas Fernsebner
Vorsitzender fnb e.V.

Grafik 5, Quelle:
Ina Wiegard-Szramek,
Schatzmeisterin fnb

> Einladung zur Jahreshauptversammlung

13. April 2013 | Berlin

Sehr geehrte Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,
Am 13. April 2013 findet im Rahmen des Hauptstadtkongresses die diesjährige Jahreshauptversammlung des fnb statt. Wir laden Sie ganz herzlich dazu ein und freuen uns über eine rege Teilnahme.

Wichtiger Hinweis:
Zur Jahreshauptversammlung sind alle Mitglieder des fnb sowie auch Gäste des fnb-Hauptstadtkongresses herzlich eingeladen. Stimmberechtigt sind allerdings nur Mitglieder des fnb.

Veranstaltungsort:
Hotel Christophorus
Schönwalder Allee 26/3
13587 Berlin

Tagesordnung
Jahreshauptversammlung
Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e. V.
Berlin, den 13. April 2013
Beginn: 18.00 Uhr

1. Begrüßung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Jahresbericht 2012
4. Finanzbericht 2012
5. Genehmigung des Jahres- und Finanzberichtes
6. Entlastung des Vorstandes
7. Neuwahlen: Herr Thomas Fernsebner wird aus dem Vorstand ausscheiden. Frau Ute Janthur bewirbt sich um eine Position im Vorstand.
8. Satzungsgemäß gestellte Anträge: satzungsgemäße Anträge können bis spätestens 10. April 2013 an den Vorstand des fnb eingereicht werden.
9. Projekte und Ziele für 2013
10. Sonstiges

Jürgen Berner, Schriftführer des fnb

> Termine des fnb im Überblick

2013

> Februar
02.02.2013, *SvO München*

> März
08. bis 10.03.2013,
5. Pflegeforum für Nephrologie,
Rotenburg / Fulda

19.03.2013, *SvO Essen*

> April
12. bis 14.04.2013,
fnb-Hauptstadtkongress mit Jahreshauptversammlung,
Berlin Spandau

23.04.2013, *SvO Stuttgart*

> Juni
11.06.2013, *SvO Hamburg*

> August / September
31.08 bis 03.09.2013,
EDTNA/ERCA Konferenz,
Malmö (Schweden)

12.09.2013, *SvO Berlin*

> Oktober
17.10.2013, *SvO Erfurt*

> November
03. bis 05.11.2013,
Nephrologisches Fachpflegeseminar,
Fraueninsel / Chiemsee

> Hauptstadtkongress 2013

Berlin, Berlin, wer will schon nach Berlin… Die Fußballfans vielleicht nicht und auch der neue Flughafen will nicht so richtig. Doch wenn Sie in ihrer DIALYSE zukunftsorientiert, interdisziplinär und praxisnah arbeiten wollen, dann sind Sie auf dem Hauptstadtkongress 2013 vom 12.-14.4.2013 in Berlin Spandau genau richtig.

Park beim Hotel Christophorus

Der fnb hat mit dem „Spektrum der Dialyse und Apherese" einen starken Partner gefunden, um sich an alter Wirkungsstätte in neuem Gewande und mit einem attraktiven Programm den Teilnehmern zu präsentieren.
Das neue Organisationsteam hat viele Pläne und Visionen. Wir möchten in Berlin das gesamte Team ansprechen, die Nephrologen, die Pflege, die medizinischen Fachangestellten und die Techniker.
Beginnen wird der Kongress in diesem Jahr bereits am Freitag, um den erweiterten Programmschwerpunkten den erforderlichen Raum zu geben.
Der Kongress beginnt mit einem Impulsvortrag. „Humor ist, wenn man trotzdem lacht". Das Lachen ist den Pflegenden in der letzten Zeit ganz schön vergangen. Starten wir wenigstens den Kongress mit einem Schmunzeln und mit Tipps, wie man den Alltag leichter meistert. Um das Lachen ein bisschen zu üben, haben wir später am Abend einen Ausflug geplant, bei dem wir Ihnen auch die wunderschöne Umgebung des Kongressortes zeigen.
Erstmalig wollen wir auf einem Pflegekongress den Pflegenden die Möglichkeit bieten, Projekte, Facharbeiten und Forschungsergebnisse auf einem Poster darzustellen. Diese Art der Präsentation wird auf den nationalen und internationalen Ärztekongressen schon lange praktiziert. Das beste Poster wird mit einem Preisgeld von 500.- € ausgezeichnet. Wie Sie ein Poster erstellen, erfahren Sie auf der Internetseite: http://www.nephro-fachverband.de/fileadmin/user_upload/pdfs/postersession_kriterien_2013.pdf

Falls Sie es sich trotzdem noch nicht zutrauen, dann besuchen Sie unsere Schreibwerkstatt, die wir am Samstag 13.04.2013 von 8.00 bis 8.45 anbieten. Dort bekommen Sie die nötige Unterstützung und Hilfestellung, um in Zukunft ein Poster herstellen und präsentieren zu können.

Nach der Verleihung des Gambro-Nachwuchspreises 2012 an Sonja Abeln und Oliver Vogler geht es am Samstag mit den Themengruppen Hygiene, Management und Organisation sowie Dialyseeffektivität weiter.

Unverändert und nach alter Tradition wird am Samstag ab 18.00 Uhr die Jahreshauptversammlung stattfinden. Im Anschluss rundet ein gemeinschaftliches Abendessen mit gemütlichem Beisammensein den langen Tag ab.

Am Sonntag widmen wir uns zuerst der Schnittstelle zwischen Maschine und Mensch, dem Dialysator. An diesem wichtigen Faktor in der Dialysebehandlung wird immer weiter geforscht und entwickelt.
Weiter geht es mit der Frage: Was ist nephrologische Pflege? Sicher mehr als nur das An- und Abschließen von der Hämodialyse. Mit dem Vortrag „…denn wir wissen nicht, was wir tun – denn wir sagen nicht, was wir tun!" wollen wir Ihnen Beispiele geben, was nephrologische Pflege wirklich ist und wie Sie sie in Zukunft besser beschreiben können.
Mit dem brisanten Thema „Fachpflegepersonal in Dialysen – Erfüllungsgehilfe oder Leistungserbringer?" werden wir den Kongress abschließen und Sie mit hoffentlich vielen Ideen und Anregungen verabschieden. Das neue Team freut sich auf Sie und den regen Austausch mit Ihnen.

Kerstin Gerpheide, München

> Programmvorschau & wichtige Daten zum Hauptstadtkongress

Freitag, 12. April 2013

14.30 Uhr Registrierung bis 16.00 Uhr
16.45 Uhr Begrüßung durch Thomas Fernsebner
17.00 Uhr Impulsvortrag: „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“
Humortherapeut Michael Falkenbach
19.00 Uhr Abendveranstaltung Bootsfahrt auf der Spree

Samstag, 13. April 2013

8.00 Uhr Schreibwerkstatt: Erstellen und Präsentieren von Postern
Thomas Fernsebner
8.00 Uhr Workshop „Humor ist, wenn man trotzdem lacht“
Humortherapeut Michael Falkenbach
8.30 Uhr Registrierung bis 9.00 Uhr
9.00 Uhr Verleihung des Pflegepreises
Fa. Gambro / fnb
9.15 Uhr Vorstellung des Tagungsortes Evang. Johannesstift Berlin
Melanie Blase, Johannesstift Berlin

Hygiene „Problemkeime in der Dialyse – der kontroverse Standpunkt“

9.30 Uhr Problemkeime in Dialysen – welche Maßnahmen sind geeignet?
Alois Gorke
10.00 Uhr Dialyse und Hygiene
NN
10.30 Uhr Stille Wasser... Aktuelle Herausforderungen der Dialysewasserhygiene
Dr. Michael Lohmeyer
11.00 Uhr Kaffeepause
11.30 Uhr Podiumsdiskussion – Schwerpunkt Hygiene
Dr. Michael Lohmeyer, Alois Gorke, NN

Organisation und Management in Dialysen

12.00 Uhr Schichtmodelle vs. Wunschdienstplan – was wir aus anderen Bereichen lernen können
Tobias Michl
12.45 Uhr Mittagspause
13.45 Uhr Architektur in der Dialyse zur Unterstützung der Pflege
Susanne Gräfenecker-Barth, Falk Sommer

Qualitätsmanagement

14.30 Uhr Qualität in der Dialyse
NN
15.15 Uhr Professionelle Steuerung von Single-Needle Dialysen
Gerd Breuch
16.00 Uhr Kaffeepause
16.15 Uhr Schadstoffe in der Dialyse – riskant oder bedeutungslos
Christophor von Malsch
17.00 Uhr Die Bedeutung der Dialysierlösung für eine adäquate Therapie
Dr. Berthold Reinhardt
18.00 Uhr Jahreshauptversammlung
19.30 Uhr Gemeinsames Abendessen

Sonntag, 14. April 2013

Der Dialysator, Schnittstelle zwischen Mensch & Maschine

9.00 Uhr Leistungsmerkmale moderner Dialysatoren
Gerd Breuch
10.00 Uhr Sekundäre Unterscheidungskriterien moderner Dialysatoren
Gerd Breuch
11.00 Uhr Kaffeepause

Nephrologische Pflege

11.30 Uhr Nephrologische Pflege... denn wir wissen nicht, was wir tun – denn wir sagen nicht, was wir tun
Kerstin Gerpheide, Dr. Dietmar Wiederhold
12.15 Uhr Fachpflegepersonal in Dialysen – Erfüllungsgehilfe oder Leistungserbringer?
Prof. Erley
13.00 Uhr Verabschiedung und Bekanntgabe des Termins 2014

> Seminargebühren

Seminargebühren (inkl. Übernachtung, Verpflegung und Abenveranstaltungen)

- bei Anmeldung bis 28.2.13 150,00 €
- bei Anmeldung ab 1.3.13 180,00 €
  - ohne Übernachtung 150,00 €

> Anmeldung über

Uschi Gaspar,
In den Beunen 6, 65479 Raunheim
Telefon: 0 61 42 - 40 85 49
Telefax: 0 61 42 - 40 85 51
Mail: info@hauptstadkongress-2013.de

> Unterbringung

Hotel Christophorus auf dem Gelände des Evangelischen Johannesstiftes SbR
Schönwalder Allee 26, 13587 Berlin

> Veranstaltung

Großer Festsaal auf dem Gelände des Evangelischen Johannesstiftes SbR
Schönwalder Allee 26, 13587 Berlin

Das Seminar ist auf 120 Teilnehmer begrenzt. Für die Teilnahme können Fortbildunsgpunkte gesammelt werden.

> Veröffentlichungen des fnb

2. Auflage!

Gefäßzugang zur Hämodialyse

– Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege (GHEAP)

Weitere Veröffentlichungen:

- **Europäischer Lehrplan für die Pflege nierenkranker Menschen**
- **Europäische Standards für die nephrologische Pflegepraxis**
- **Europäischer Kernlehrplan für die Weiterbildung in der nephrologischen Pflege**

> Aus dem Vorstand

Ein neues Gesicht für den fnb

Wir möchten Ihnen an dieser Stelle eine Kollegin vorstellen, die sich bei der Jahreshauptversammlung den Mitgliedern zur Wahl in den Vorstand stellen wird.

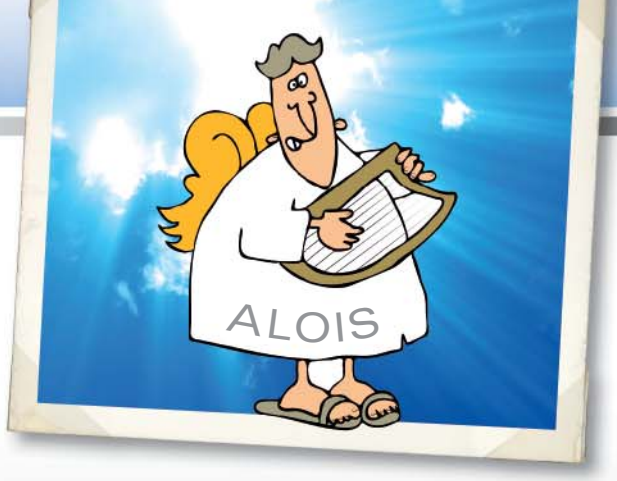
Mit Thomas Fernsebner verlässt ein Bayer den Vorstand des fnb und zufälligerweise kommt die mögliche Nachfolgerin auch aus Bayern.

Ute Janthur, 46 Jahre alt, kommt aus Eschenlohe, sie lebt dort mit Blick aufs Ettaler Mandl und auf das Karvendelgebirge. Sie hat 1988 ihr Krankenpflegeexamen gemacht und über den Einsatz auf einer Intensivstation, der Diätberatung für Diabetiker auch die Funktionsbereiche EKG, Sonographie, Gastro-, Colo- und Bronchoskopie durchlaufen. Danach hat sie ein Ernährungsprogramm mit Übergewichtigen betreut. Seit 2006 arbeitet sie in der Dialysepraxis Dr. Toepfer in Garmisch-Partenkirchen. In München gehört sie seit einigen Jahren u. a. dem Arbeitskreis für Dialyse und Soziales an.
Im September 2012 hat sie ihre Ausbildung zur Fachkrankenschwester für Nephrologie in Traunstein abgeschlossen. Hier wurde über Thomas Fernsebner der erste Kontakt zum fnb geknüpft, und es kam zu ersten Schnupperstunden über die Vorstandsarbeit in Berlin. Während der Fachweiterbildung wurde ihr bewusst, dass es notwendig ist sich berufspolitisch zu engagieren um in unserem Beruf etwas zu verändern. Ganz besonders am Herzen liegt ihr, dass die Arbeit von Pflegenden sowohl in politischen Gremien, aber auch im ärztlichen Bereich die Anerkennung findet, die ihr gebührt. Sie ist der Meinung, dass Ärzte mit Pflegenden zusammen ein gutes Team bilden müssen, um das Optimum in der Behandlung für den Patienten zu erreichen.
Beim Chiemsee-Seminar und beim DLK 2012 folgten die ersten aktiven Schritte in die Arbeit beim Fachverband.
2013 wird Ute die Schulung vor Ort, SVO, als Verantwortliche betreuen und für die Referenten und die Vorort-Organisatoren Ansprechpartnerin sein.

Ute ist Mutter von 3 Kindern. Sie ist eine vielseitige Sportlerin, schwimmt gerne, fährt Rennrad und joggt auch gerne mit ihrem Beagle Niko.
Im Winter geht es auf die Langlaufski zum Skaten. Ein weiteres Hobby von Ute ist das Singen.
Seit 2002 singt sie im Murnauer Chor Art Cappella, der auch zu Konzerten auftritt. Eines Tages möchte sie zu einer großen Reise aufbrechen.
Da bleibt nur noch zu sagen, lass Dir noch Zeit mit der Reise um die Welt, und lass Dir erst nochmal mit uns ein bisschen berufspolitischen fnb-Wind um die Nase wehen. Wir freuen uns, dass Du uns begleiten und unterstützen willst.

Herzlich Willkommen beim fnb.

Jürgen Berner



> Der Bayer verlässt den fnb

Im Forum 2/2005 begrüßte Josefa Fenselau Thomas Fernsebner, der im Haus Rissen im April 2005 zum Vorstandsmitglied des Deutschen Zweiges der EDTNA/ERCA gewählt wurde, mit den Worten: „Ein Bayer in Hamburg“ und allen war klar, Thomas würde den Rest Deutschlands westlich der Weißwurstgrenze sprachlich vor eine Herausforderung stellen.

Anlässlich einer Vorstandssitzung bemühte er sich redlich, seinen unwissenden preußischen Kollegen zu erklären, dass sein heimatnaher Chiemsee als „Kiemsee“ ausgesprochen wird und nicht „Schiemsee“, denn wir würden zu Christa Tast ja auch nicht „Schrista“ sondern „ Krista“ sagen.

Sein Wirkungskreis war und ist Traunstein. Dort war er als Lehrer für Pflegeberufe am Klinikum Traunstein seit 2003 pädagogischer Leiter der „Fachschule für Nephrologische Pflege und Assistenzpersonal“.
Seit Ende 2012 leitet Thomas dort seine eigene Weiterbildungsstätte, die Akademie nephrologischer Berufsgruppen (anb).
In seiner ersten Ausbildung hat er das Schreinern gelernt, doch während der Zivildienstzeit im Krankenhaus wurde ihm schnell klar: Nephrologie ist mein Ziel! Nach der Krankenpflegeausbildung absolvierte er die Fachweiterbildung zum Krankenpfleger in der Nephrologie, gefolgt von der Weiterbildung zum Lehrer für Pflegeberufe. Thomas gehört somit zu den wenigen Leitern einer Fachweiterbildungsstätte, der alle Ausbildungsstufen durchschritten hat. Wahrscheinlich erklärt sich dadurch sein großes Engagement in der Berufspolitik: Er gehört zu den Mitbegründern des fnb, welcher im Jahr 2006 aus dem deutschen Zeig der EDTNA entstand. Er ist Mitglied der Arbeitskreise, die die Lernfelder für die nephrologische Fachweiterbildung erarbeiteten, dabei immer das Basic Curriculum der EDTNA/ERCA im Blick.

Seit 2008 leitet er als Vorsitzender die Geschäfte des fnb und begründete im Jahr 2012 gemeinsam mit der AfnP die BANP(Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege).
Großes Augenmerk richtete Thomas in seiner Zeit als Vorsitzender des fnb auf die Zusammenarbeit mit den internationalen Kollegen der EDTNA/ERCA. So führt er zusammen mit der EDTNA/ERCA ein Fortbildungsseminar am bereits erwähnten „Schiemsee“ durch.

Natürlich gibt es bei Thomas auch ein Leben neben der Nephrologie:
Er lebt mit seiner Frau, zwei Töchtern und einem Sohn in einem Häuschen in Traunstein, wo er sich immer handwerklich betätigen kann. Nur die Hausarbeit geht ihm nicht immer so locker von der Hand, er schaffte es, sich beim Müll raus bringen mehrere Sehnen an der Selbigen zu durchtrennen. Als Radler erobert er seine bayerische Heimat, spielt Fußball bei den Alten Herren und wenn bei Seminaren zum morgendlichen Lauf oder zum Schwimmen aufgerufen wird, ist Thomas immer dabei.

Nun gibt er den Vorstand des fnb an eine in Bayern lebende und arbeitende Dortmunderin ab (was für eine Kombination).

Wir hoffen sehr, dass er aber nicht, wie ein anderer bekannter Bayer, sich in den Himmel der Ruhe verzieht, um Hosianna zu singen, sondern uns immer noch mit einem hörenden Ohr und einem weisen Rat zur Verfügung steht.

Thomas für Dich und Deine Familie alles Gute, für Deine Weiterbildungsstätte viel Erfolg.

Michael und Ina für den Vorstand fnb

> Abschlussarbeiten nephrologische Fachpflege und Gambro Nachwuchspreis des fnb – 2013

Bis zum 30. September 2013 können Sie Ihre im Rahmen der Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpflege Nephrologie erstellten Abschlussarbeiten einreichen. Alle danach eingehenden Arbeiten werden im Folgejahr berücksichtigt.
Die Richtlinien können Sie unter http://www.nephro-fachverband.de/8.html nachlesen oder kontaktieren Sie die Geschäftsstelle des fnb.

Es lohnt sich mitzumachen. Neben dem Preisgeld in Höhe von 1000 Euro erhält der Gewinner eine Jahresmitgliedschaft im fnb und der EDTNA/ERCA (e-membership) sowie eine Freiregistrierung zum Hauptstadtkongress in Berlin. Die Preisübergabe findet jährlich im April im Rahmen dieses Kongresses statt.
Besonderheit bei Gruppenarbeit: Der Preis in Höhe von 1000 Euro kann ebenfalls für eine Gruppenarbeit vergeben werden. In diesem Fall erhalten bis zu drei Personen aus der Gewinnergruppe eine Freiregistrierung im fnb und EDTNA/ERCA (e-membership) sowie eine Freiregistrierung zum Hauptstadtkongress.
Wir freuen uns auf eine rege Beteiligung und viele interessante Arbeiten.

Uschi Gaspar, Geschäftsstelle fnb

> Der fnb im Internet

fnb DISKUSSIONSFORUM

Registrieren und los geht´s! Erfahrungswerte aus der täglichen Praxis können hier diskutiert werden. Forumthemen sind:

- Shunt
- Zentral venöse Katheter
- Peritonealdialyse
- Offene Themen

fnb FACEBOOK

Brandneu: Der fnb ist bei Facebook!
Alle Neuigkeiten, Termine und neue Veröffentlichungen werden hier gepostet.

fnb HOMEPAGE

Alle Neuigkeiten gebündelt auf einem Blick. Immer aktuell. Unter anderem:

- Bekanntgabe von Seminaren und Schulungen inklusive Onlineanmeldung
- Das Diskussionsforum
- Unsere Veröffentlichungen, inklusive online Bestellformular
- Neuigkeiten aus der Nephrologie und Gesundheitspolitik

Mitglieder werben Mitglieder

Seit April 2012 läuft nun unsere Aktion „Mitglieder werben Mitglieder". Unter allen Werbern wurde im Dezember eine Freiregistrierung zum Hauptstadtkongress 2013 inkl. Bahnfahrt 2. Klasse verlost. Die Ziehung erfolgte anonym, der Rechtsweg ist ausgeschlossen.
Der fnb Vorstand gratuliert ganz herzlich Heike Dierkes aus Gescher zu ihrem Gewinn und freut sich, sie in Berlin begrüßen zu dürfen.

Im nächsten Jahr können Sie die Teilnahme am Hauptstadtkongress gewinnen, denn unsere Aktion Mitglieder werben Mitglieder geht 2013 weiter.

Die Gewinnerin Heike Dierkes

> Kostenlos und komfortabel: PD-Fortbildung von zuhause

Expdience: Kostenlose PD-Online-Schulung auf www.baxter.de

Die Peritonealdialyse (PD) kommt für die meisten Patienten als ein der Hämodialyse (HD) gleichwertiges Nierenersatzverfahren in Frage. Etwa 87 % der Nierenpatienten gelten als medizinisch geeignet für die Peritonealdialyse, in Deutschland nutzen diese Dialyseform jedoch nur 5 %. Damit ist die PD – im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, wie z. B. in Holland, England oder Frankreich – deutlich unterrepräsentiert, obwohl sie gerade zu Beginn der Therapie vielen Patienten medizinisch deutliche Vorteile gegenüber der HD bietet (siehe Infokasten). Der verhältnismäßig geringe Einsatz der PD bedeutet natürlich auch, dass es bei Ärzten und Pflegekräften einen großen Fortbildungs- und Trainingsbedarf gibt.

Informationsvermittlung auf breitem Fundament

Das Unternehmen Baxter engagiert sich seit vielen Jahren in der Aus- und Weiterbildung von Pflegefachpersonal und Ärzten auf dem Gebiet der Peritonealdialyse. In regelmäßigen Live-Seminaren werden die Teilnehmer aus dem pflegerischen und medizinischen Bereich in allen Aspekten rund um die Peritonealdialyse fit gemacht. „Die Teilnehmerzahl ist bei diesen Veranstaltungen natürlich immer begrenzt", erklärt Rüdiger Koch, bei Baxter zuständig für die Weiterbildung medizinischer Fachkräfte. „Wir wollten die Informationsvermittlung auf ein breiteres Fundament stellen und auch mehr Interessierte damit erreichen." Deshalb habe man eine ganz neue Art der Fortbildung ins Leben gerufen. „Mit unserer PD-Online-Schulung Expdience können wir die Grundlagen der Peritonealdialyse jetzt zeitlich und örtlich unabhängig vermitteln."

Neun Online-Module rund um PD

Die Inhalte entsprechen denen der Live-Seminare. Im ersten Modul werden zunächst die Grundlagen der Peritonealdialyse erklärt: Anatomie und Physiologie des Peritoneums, verschiedene Formen sowie Vorteile der PD gegenüber anderen nephrologischen Therapien. Modul 2 erläutert die Eigenschaften der unterschiedlichen PD-Lösungen, Modul 3 und 4 beschäftigen sich mit Indikationen / Kontraindikationen und dem PD-Katheter. In Modul 5 wird der Peritoneale Equilibrationstest (PET) erklärt, Modul 6 gibt Tipps zur adäquaten Dialyse (Qualitätsparameter, Fehlerquellen). Module 7 und 8 informieren über Prädialyse-Information für Patienten (gesetzliche Vorgaben, Tipps zur Durchführung) und die Automatisierte PD (APD), die mit Hilfe des sogenannten „Cyclers" durchgeführt wird. In Modul 9 wird schließlich anhand von Patientenkasuistiken aufgezeigt, wie vielfältig die Möglichkeiten der PD sind.

Expdience = Experience + PD

Expdience setzt sich aus den Begriffen „Experience" (= Erfahrung) und PD zusammen. Die Online-Schulung, die mit drei Fortbildungspunkten zertifiziert ist, besteht aus insgesamt neun Modulen, die einzeln angeklickt werden können. Die Module selbst bestehen wiederum aus kurzen Filmen (animierten Powerpoint-Präsentationen) von pro Modul insgesamt ca. 15 Minuten. An jedes Modul schließt sich ein Fragebogen an.

„Der Zeitaufwand für die komplette Schulung inklusive Fragebogen beträgt ungefähr fünf bis sechs Stunden", erläutert Koch. „Die Module können auch einzeln bearbeitet und zwischendurch gestoppt werden." Das sei ein großer Vorteil der Online-Schulung. „So können dann z. B. Pflegekräfte, die über die PD-Lösungen gut Bescheid wissen und sich aber in der Katheterversorgung noch unsicher sind, ganz

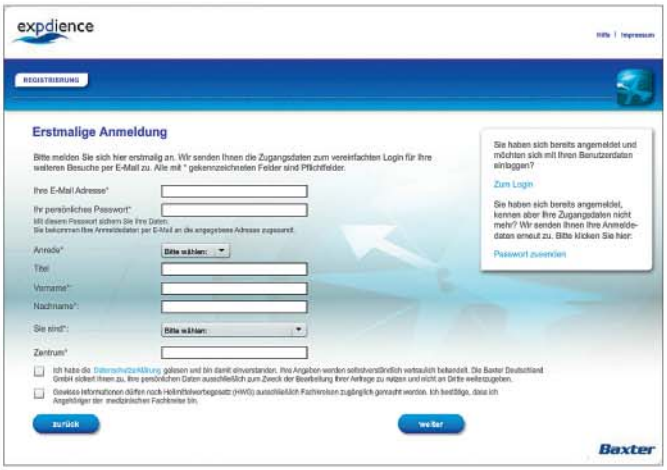


Abb. 1: Die Registrierung ist kostenlos

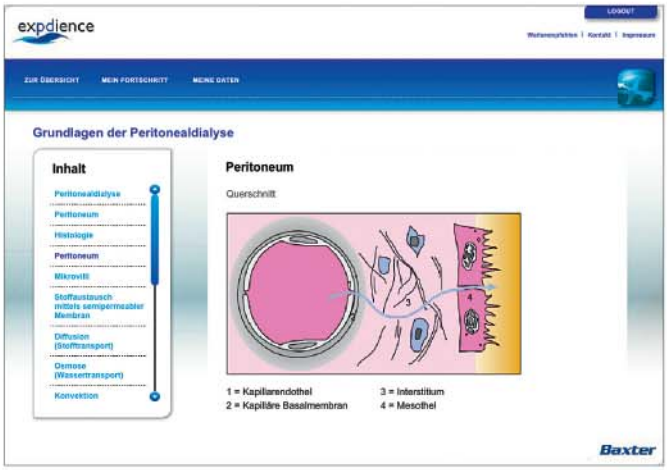


Abb. 2: Die Online-Schulung besteht aus neun Modulen

Abb. 3: Jedes Modul kann einzeln bearbeitet werden

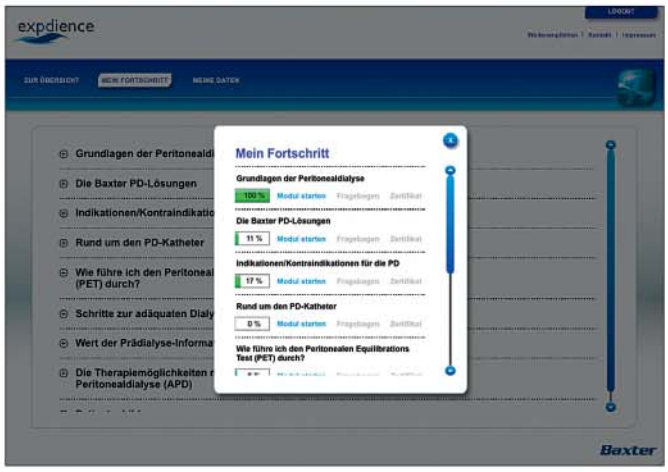


Abb. 4: Das Programm speichert automatisch den persönlichen Fortschritt

gezielt dieses Modul anwählen. Im Prinzip ist das so, als würden sie in einem Fachbuch nachschlagen." Die Teilnehmer sind völlig frei in ihrer Zeiteinteilung – manche absolvieren Expdience am Arbeitsplatz, andere zuhause nach Feierabend und bekommen dafür in manchen Fällen vom Arbeitgeber Freizeitausgleich, wenn sie das Zertifikat vorlegen können.
Egal ob zuhause oder am Arbeitsplatz: Obwohl die Fortbildung quasi in Eigenregie stattfindet, wird niemand vor dem Computer allein gelassen. „An jeder Stelle der Schulung kann man über den Kontakt-Button eine Frage an unseren Außendienst oder unsere medizinische Abteilung schicken, die dann auch so schnell wie möglich beantwortet wird", verspricht Rüdiger Koch.

Und so funktioniert die Teilnahme an Expdience:

Die Fortbildung ist zu erreichen über den Button „Fortbildungen" auf www.baxter.de. Teilnehmerinnen und Teilnehmer registrieren sich mit Namen, E-Mail-Adresse, Name der Einrichtung, in der sie arbeiten und einem selbstgewählten Passwort. Sie bekommen dann von Baxter eine E-Mail mit Zugangsdaten, die sie zukünftig für den Login nutzen können.
Nach dem Login zeigt sich die Übersicht über alle neun Module. Jedes Modul kann einzeln angeklickt und bearbeitet werden.
Übrigens: Macht man zwischendurch eine Pause, merkt sich das Programm, an welcher Stelle aufgehört wurde – auch wenn man sich zwischendurch ausloggt oder bis zur Fortsetzung der Schulung mehrere Tage vergehen.

Am Ende jeden Moduls steht ein Fragebogen, der ausgefüllt werden muss. Ist ein gewisser Anteil der Fragen korrekt beantwortet, gilt das Modul als bestanden. Es gibt die Möglichkeit, für jedes bestandene Modul ein Zertifikat anzufordern. Das Gesamtzertifikat mit Nachweis über die drei Fortbildungspunkte wird ausgestellt und den Teilnehmern per Post zugesandt, wenn alle Module erfolgreich absolviert wurden.

VORTEILE DER PD GEGENÜBER DER HÄMODIALYSE

Für die PD gibt es viele Argumente – medizinische, logistische, ökonomische und vor allem psychosoziale:

- Da die PD im gewohnten Umfeld der Patienten durchgeführt werden kann, entfällt der häufig belastende Transport 3-mal pro Woche ins Dialysezentrum.
- Viele PD-Patienten erleben die PD daher als deutliche Steigerung ihrer Lebensqualität.
- Durch die schonende kontinuierliche Dialyse entfallen Probleme durch Volumenschwankungen wie z. B. Phasen mit ausgeprägter Hypotonie bei der Hämodialyse.
- Die Blutgefäße werden geschont und die Patienten haben keinen Punktionsschmerz
- Keine Belastung des Herz-Kreislauf-Systems durch zusätzliches Shuntvolumen
- Infolge der kontinuierlichen Dialyse bei der PD müssen die Essgewohnheiten und Trinkmengen weniger stark angepasst werden als bei der HD.
- Unter der PD bleiben die Nierenrestfunktion und damit die Urinausscheidung länger erhalten.
- Während der ersten Behandlungsjahre besitzen PD-Patienten bessere Überlebenschancen als HD-Patienten. Die PD verursacht geringere Kosten.

Baxter

PD LEBT VON DER ERFAHRUNG ALLER BETEILIGTEN

Interview mit
Rüdiger Koch,
bei Baxter zuständig für
die Weiterbildung
medizinischer Fachkräfte

Herr Koch, an wen richtet sich ihr Online-Schulungs-Tool?
Rüdiger Koch: Unsere hauptsächliche Zielgruppe sind Pflegekräfte, die bisher noch nicht viel mit der Peritonealdialyse zu tun hatten und sich auf diesem Weg die Grundlagen dieser Nierenersatztherapie aneignen wollen. Wir haben aber auch Assistenzärztinnen und -ärzte als Teilnehmer, die z. B. auf eine nephrologische Station wechseln und sich so im Basiswissen fit machen wollen.

Welche technischen Voraussetzungen sind zu beachten?
Rüdiger Koch: Die Schulung ist Flash-basiert, d. h. sie läuft z. B. nicht auf dem iPad. Auf den meisten handelsüblichen PCs und auch Macs sollte es aber kein Problem geben. Die Internetverbindung sollte eine gewisse Geschwindigkeit nicht unterschreiten, da wir ja mit kurzen Filmen arbeiten, die sonst nicht optimal geladen werden können.

Können auch Interessierte teilnehmen, bei denen diese technischen Voraussetzungen nicht erfüllt sind, weil z. B. das Internet zu langsam ist?
Rüdiger Koch: Das ist auch kein Problem – sie sollten sich einfach an ihren Baxter-Außendienst wenden, der dann die Schulung mit ihnen gemeinsam durchführen kann.

Wie geht es weiter? Planen Sie, das Modul noch auszuweiten?
Rüdiger Koch: Wir entwickeln gerade eine ähnliche Schulung für Patienten. Diese wird unter www.baxter.de: „Patienten & Angehörige“ veröffentlicht werden. Dort kommen dann neben den patientengerecht aufbereiteten medizinischen Grundlagen auch Aspekte wie z. B. Sozialrecht und Ernährungslehre zum Tragen. Peritonealdialyse lebt schließlich vom Wissen und der Erfahrung aller Beteiligten, auch der Patienten.“

„EXPDIENCE IST ANSCHAULICH UND INFORMATIV“

Interview mit
Bettina Hannemann,
Bildungsreferentin
des Pflegedienstleisters
RENAFAN GmbHe

Sie haben „Expdience“ selber absolviert. Ganz grundsätzlich: Wie gefällt Ihnen die Online-Schulung?
Bettina Hannemann: Ein tolles Tool! Technisch und grafisch ansprechend umgesetzt! Besonders gut haben mir die Animationen zu Anatomie und Physiologie gefallen – total anschaulich und informativ. Auch der Anspruch stimmt: Es ist nicht zu einfach, aber die Fragebögen können sehr gut beantwortet werden, wenn man das jeweilige Modul dazu durchgearbeitet hat.

Was halten Sie allgemein von Online-Fortbildungen?
Bettina Hannemann: Ich glaube, Online-Fortbildungen sind die Zukunft. Man hat so einfach die Chance, viel mehr Teilnehmer gleichzeitig zu erreichen und so auf viel breiterer Basis eine adäquate Weiterbildung sicherzustellen. Natürlich können sie nicht überall eingesetzt werden – gerade im praktischen Bereich ist die Präsenzfortbildung wohl nicht komplett zu ersetzen. Aber online lassen sich theoretische Grundlagen, die ja die Basis der praktischen Arbeit sind, prima vermitteln.

Wem würden Sie die Online-Schulung empfehlen?
Bettina Hannemann: Pflegekräften, die ganz neu in die PD einsteigen. Aber auch für „alte Hasen“ kann die Schulung als Wiederholung sinnvoll sein. Ich bin selbst Krankenschwester, habe Pflegemanagement studiert und schon praktische PD-Erfahrung gesammelt – aber auch für mich gab es in der Schulung noch viele wertvolle Informationen. Naturwissenschaftliche Grundlagen wie Osmose oder Diffusion hat man ja z. B. nicht permanent auf Lager. Ich könnte mir aber auch vorstellen, dass sich Krankenpflegehelfer mithilfe von Expdience über die PD informieren können – zwar wenden sie sie bei Patienten nicht selbst an, sind aber trotzdem an medizinischen Zusammenhängen interessiert und können so auch die Scheu vor dem Unbekannten verlieren. In diesem Zusammenhang fand ich besonders die konkreten Patientenbeispiele zum Ende der Schulung interessant – dort sieht man genau, was PD-Patienten alles noch machen können und wie wenig sie in ihrem täglichen Leben eingeschränkt sind.

> Schulung zur Peritonealdialyse als Heimdialyseverfahren

Im Dialyse-Lexikon der Fresenius-Stiftung von 1974 wird die Heimdialyse als ein Verfahren für Haemodialysepatienten bezeichnet, dass seinen Anfang 1963 in Amerika hatte und nur unter bestimmten Voraussetzung möglich war, „gut rehabilitierter Patient (ohne Komplikation bei der Dialyse), geordnete häusliche Verhältnisse (auch Räumlichkeiten), geeignete Partner, gute Ausbildung".

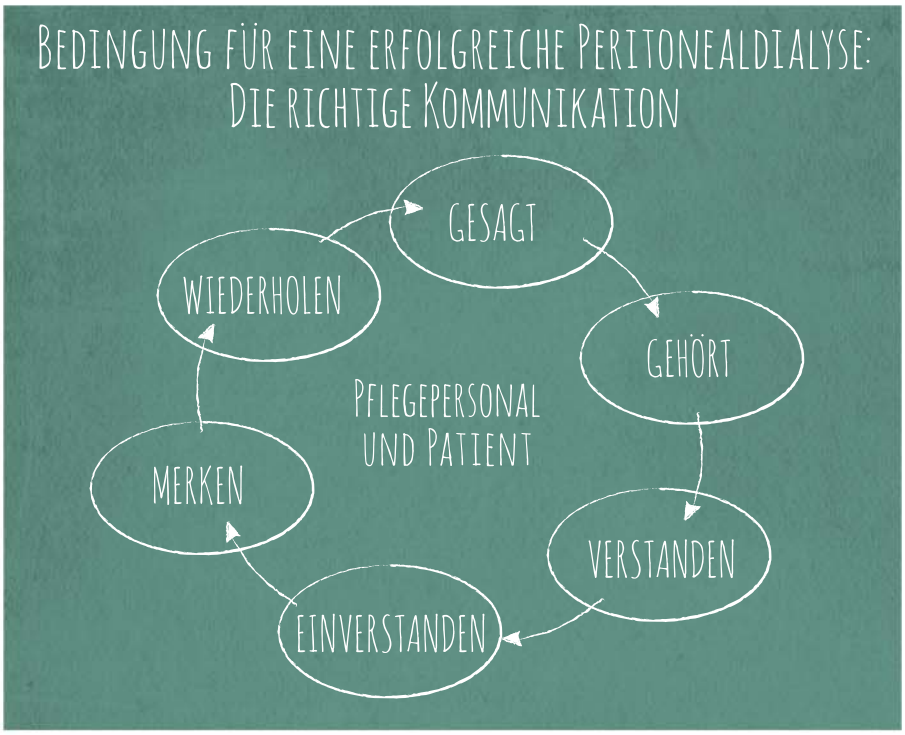
In „Dialyse für Pflegeberufe", Hans E. Franz , 1992, S. 12, wird der Vorteil der Heimdialyse mit der „größeren Unabhängigkeit vom starren zeitlichen Schema eines Dialysezentrums" erklärt, hier folgt dann aber auch schon der Hinweis, dass die CAPD/CCPD die häufigste Form der Heimdialyse ist.

1960 wurde von Scribner in Seattle mangels Hämodialyse-Ressourcen die Peritonealdialyse als alternatives Behandlungsverfahren auf den Plan gerufen. Vorwiegend in Amerika wurde an der Verbesserung des Zugangs zur Bauchhöhle, den Kathetern, der Lösungen und der Verfahren gearbeitet.

1975 entwickelten J. Moncrief und R. Popoviv die kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse, die CAPD. Damit war der Weg zu einem Heimverfahren mit Peritonealdialyse geebnet.

Was hier so kurz beschrieben ist, war ein langer mühevoller Weg, für die Forscher und vor allem aber für die Patienten. Wir sind jetzt zum Glück in der Lage, unseren Patienten in einem präterminalen Beratungsgespräch auch die Peritonealdialyse als etabliertes Verfahren anzubieten. Die Kriterien für die Wahl der optimalen Therapie sind von vielen medizinischen und nichtmedizinischen Faktoren abhängig, wie: persönlicher Wunsch, Lebensweise und persönliches Umfeld, Alter, allgemeiner Gesundheitszustand, Begleiterkrankungen, Ursachen der Nierenerkrankung, Empfehlung des Arztes und „Erfahrungen" im persönlichen Umfeld. Nicht zu vergessen die Lebensqualität.

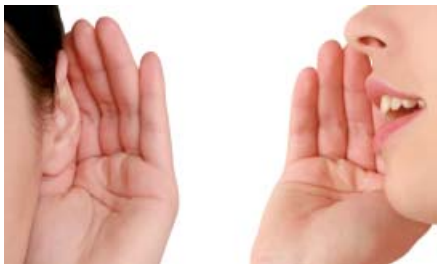
Die WHO sieht Lebensqualität als übergeordnetes Ziel der Gesundheitsförderung. In der Bangkok-Charta heißt es: „Die Vereinten Nationen erkennen an, dass das Erreichen der höchstmöglichen Gesundheitsstandards eines der fundamentalen Rechte aller Menschen ohne Unterschied darstellt".



Der Wille zur Selbstverantwortung für seine Dialysebehandlung ist der Grundstein für die Heimdialysebehandlung. Aber auch ganz andere Faktoren spielen eine große Rolle, sei es, dass eine dialysepflichtige Mutter ihre Kinder und Familie selber versorgen möchte, Schulbesuche, Studium oder Ausbildung, Beruf, Selbstständigkeit. Für all diese Menschen ist Lebensqualität im Sinne selbst bestimmter Zeit bisweilen der wahre Luxus. Aber da gibt es inzwischen noch eine andere Gruppe von Patienten, die auf Grund ihrer Grunderkrankungen bis noch vor gar nicht so langer Zeit von der Heimdialyse ausgeschlossen waren: Patienten mit z. B. schwerster Herzinsuffizienz oder cardiorenalem Syndrom, hohem Alter und einer dadurch eingeschränkten körperlichen und mentalen Bewegungsfähigkeit oder Patienten mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung. Jetzt wird diesen Patienten eine Assistenz zur Seite gestellt – durch Angehörige, einen Pflegedienst oder Pflegende in Wohnheimen.

Eins verbindet all diese Patienten und ihre Helfer: sie müssen geschult werden. Dazu braucht es Pflegepersonal als Trainer mit hoher Fachkompetenz, didaktischen Fähigkeiten und dem Willen sich auf den Menschen, der lernen will/muss, einzustellen. Wichtig ist, zu erkennen, „will" oder „muss" der Andere lernen. Nicht jeder Ehepartner möchte jeden Tag mehrmals in die Versorgung eingebunden werden, besprechen Sie das mit den Patienten und den Angehörigen im Aufklärungsgespräch ganz offen und ehrlich. Sprachliche Barrieren, sei es auch nur die eines Dialektes, müssen überwunden werden. Inzwischen gibt es von den verschiedenen Firmen auch übersetzte Schulungshilfen, in vielen Krankenhäusern gibt es eine Dolmetscherliste von Arbeitskollegen, die zur Unterstützung zugezogen werden können. Für das Training eines nicht sehenden Patienten haben wir im Vorfeld versucht, einen Beutelwechsel mit verbundenen Augen durchzuführen, um zu erkennen, worauf wir achten müssen. Auch

das non-verbale Training, also das Erklären mit Händen und Gesten, für das reine Handling des Beutelwechsels ist möglich, doch dann kommt der Assistent ins Spiel, zur Übermittlung des notwendigen Wissen rund um die Peritonealdialyse, sei es die Protokollführung, Ernährung oder der Umgang mit Komplikationen.
Die Grundzüge der Kommunikation sollten zum Basiswissen des Trainers gehören, denn: gesagt ist nicht gehört → gehört ist nicht verstanden → verstanden heißt nicht einverstanden → einverstanden heißt nicht behalten.
Der Sendende, in diesem Fall der Trainer, muss sich informieren und nachfragen, ob der Empfänger, der Auszubildende, ihn richtig verstanden hat. Das bedeutet immer wieder, dass sich der Trainer individuell auf den Auszubildenden einstellen muss. Er muss sich über seine Erwartungen an den Auszubildenden im Klaren sein, denn ein Steuerberater versteht nicht auto-



matisch das Bilanzieren, ein Arzt als Patient muss nicht bedingungslos seine Krankheit akzeptieren. Es ist wichtig, ein Grundgerüst, einen Standard, zur Schulung zu haben, indem man Lernkontrollen hat, Wissen abfragt und sich auch so eine Dokumentationsplattform verschafft zum Nachweis, welches Wissen vermittelt und verstanden wurde. In welchem Tempo man dieses Wissen vermittelt, ob man immer die gleiche Reihenfolge einhält oder wie viele Wiederholungen notwendig sind, muss immer wieder neu entschieden werden. Wichtig ist, alle Sinne zur Schulung zu nutzten, denn wir behalten nur 10% von dem, was wir lesen, 20% von dem, was wir hören, 30% von dem, was wir sehen, 50% von dem, was wir hören und sehen, 70% von dem, was wir sagen und 90% von dem, was wir selber tun.
Angeboten werden dafür von verschiedenen Firmen Schulungsmappen, Kartenspiele, Filme, Übungsschürzen.
Der Patient, der Angehörige oder die Kollegen von Pflegediensten sollen Informationen hören, lesen, sehen, aktiv ansagen oder später selber machen. Mit welchem Schulungsmaterial gearbeitet wird, mit dem der Industrie oder selbst Erstelltem, ist nicht entscheidend für den Erfolg. Nur sollten alle, die in einer Praxis/Klinik trainieren, nach dem gleichen Prinzip arbeiten und EINE Meinung, EINEN Weg vertreten. Wichtig und wesentlich ist es, dass der Auszubildende versteht, was und warum er etwas tut. Eine nur auswendig gelernte Handlung birgt Fehler in sich. Dadurch ergibt sich, dass Nachschulungen für Patienten und ihre Assistenten, auch das Personal vom Pflegedienst, obligat sein sollten. Genauso sollten Fortbildungsveranstaltungen für alle, die am Training beteiligt sind, selbstverständlich sein. Leider stand bei den meisten in der Dialyse arbeitenden Kollegen Pädagogik und Didaktik nicht mit auf dem Lehrplan der Ausbildung. Deshalb bedarf es eines guten Mentor und persönliches Engagement, sich die Fähigkeit zum Ausbilden anzueignen. Der neue Trainer lernt nach dem gleichen Prinzip wie der Patient oder Angehörige, alles in der Kombination mit hohem Fachwissen. Erarbeitete Schulungsprogramme sollten immer im Sinne des Qualitätsmanagent P-D-C-A: plan-do-check-act, überprüft und aktualisiert werden; eine gute Aufgabe für das Trainer-Team, in das gute und schlechte Erfahrungen einfließen dürfen. Es ist keine Industriespionage, die Erfahrungen anderer Zentren und Kollegen zu nutzen.
Das Heimdialyse-Training ist immer wieder eine Herausforderung, bei dem auch der Trainer von seinem „Schüler" etwas lernen kann und so seine Fähigkeiten zu lehren verbessert.

Ina Wiegard-Szramek, Essen

> Gambro Nachwuchspreis des Fachverbandes nephrologischer Berufsgruppen 2012

Die in diesem Jahr eingereichten Arbeiten befassten sich mit der Entwicklung eines neuen Dialyseprotokolls, der Optimierung von Phosphatwerten, Fixierung in der Dialyse sowie der Hautkontamination von Punktionsstellen. In zwei Arbeiten ging es um Anleitung und Schulung von Mitarbeitern der eigenen Einrichtung aber auch im ambulanten Pflegedienst.

Die Bewertung erfolgte anonymisiert durch 3 Pflegekräfte aus verschiedenen Weiterbildungsstätten, sowie von PD Dr. Daul aus Essen. Euch allen herzlichen Dank dafür.

Die Gewinner des Gambro Nachwuchspreis des Fachverbandes nephrologischer Berufsgruppen 2012 sind:

Sonja Abeln und Oliver Vogler, Weiterbildungsstätte ifw Bad Homburg, mit ihrer Arbeit:

Schmerzmanagement in der Nephrologie – Wege und Möglichkeiten

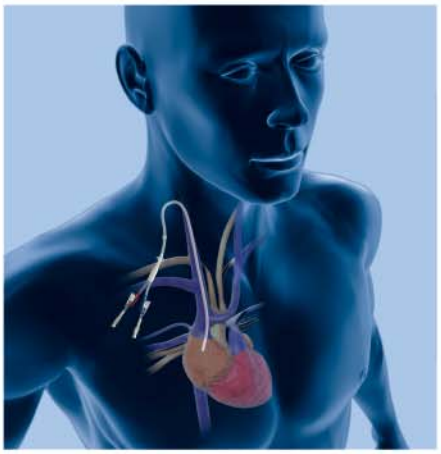
Die Übergabe des Preises erfolgt am 13. April 2013 im Rahmen des Hauptstadtkongresses in Berlin.

Uschi Gaspar
Geschäftsstelle fnb

SvO 2013: Hämodialyse-Katheter – Zugang der 3. Wahl

Wie gehen wir in der Pflege damit um?

FEBRUAR 2013: AUFTAKTVERANSTALTUNG IN MÜNCHEN WAR EIN VOLLER ERFOLG!



Der Dialysekatheter weißt sowohl für Ärzte, die für die Anlage verantwortlich sind, das Pflegepersonal das sich zunehmend mit den Problemen eines in seiner Funktion eingeschränkten Katheters auseinandersetzen muss, genauso wie für den Patienten, dessen Mortalität sich durch einen funktionseingeschränkten Katheter verschlechtert, ein großes Behandlungsfeld auf, dessen Management eine hohe Kompetenz der beteiligten Berufsgruppen erfordert.
Ein fachlich qualifiziertes Referententeam hat ein sehr ansprechendes Programm vorbereitet, welches der Anforderung nach Kompetenzerweiterung der Pflege gerecht wurde. Die Teilnehmer wurden durch ein durchdachtes und gut strukturiertes Seminar geleitet, Die Fragen der Teilnehmer in den lebendigen Diskussionen wurden von den Referenten fundiert beantwortet.
Fr. Steiger von der Firma VMP Achim Schulz-Lauterbach startete die Schulung mit Wissenswertem um die Katheterimplantation und das Katheterdesign und schloss die Schulung mit der Prävention und dem Handling von Komplikationen ab. Alois Gorke, Fachkrankenpfleger Nephrologie aus dem Klinikum Garmisch-Partenkirchen setzt seinen Schwerpunkt auf die Prävention von Kontamination als Ziel der Pflege und beschreibt den Prozess des aseptischen Konnektierens an verschiedenen Beispielen und erläutert das Fundament der Qualitätsplanung und Qualitätssicherung. Er präsentierte auch die von Beate Spindler, Leitung des Institutes für Fort- und Weiterbildung in Stuttgart, erstellte Präsentation. Diese befasste sich mit dem Verbandsmanagement und erläuterte die Anforderungen an das Verbandsmaterial. Die Häufigkeit der Verbandswechsel ist hier von entscheidender Bedeutung.
Alles in allem ein Programm, welches laut Teilnehmer die Themen rund um den Katheter sehr gut abdeckt.
In den Pausen konnte man sich am Stand der Firma Breu GmbH über verschiedene Verbandsmaterialien, deren Funktionen und Verwendung informieren und das Handling an Dummies üben. Am Stand der Firma VMP Achim Schulz-Lauterbach wurden die Unterschiede bezüglich des Materials, wie auch des Designs anhand verschiedener Kathetermodelle vorgestellt.

Konnten wir Ihr Interesse wecken? Haben Sie Fragen zum Dialysekatheter? Dann besuchen uns auf einer der nächsten Schulungen vor Ort in Essen, Stuttgart, Erfurt, Berlin oder Hamburg. Falls Sie an keiner der Veranstaltungen teilnehmen können, haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen, Anregungen, Erfahrungen zu diesem und vielen anderen Themen in unserem Diskussionsforum auf der Homepage des fnb mit uns und ihren Kollegen auszutauschen.

Die erste Schulung vor Ort (SVO) in München war ein großer Erfolg. Verpassen Sie nicht die Chance an einer der folgenden Veranstaltungen teilzunehmen. Wir freuen uns auf Sie.

Ute Janthur, Eschenlohe

Schmerzmanagement in der Nephrologie – Wege und Möglichkeiten

Beobachtung und Problem:

Im Alltag von Dialyseeinrichtungen wird das Pflegepersonal häufig mit dem Thema Schmerz konfrontiert. Dialysepatienten klagen oft während der Behandlung über unterschiedlichste Arten von Schmerzen. Diese lassen das betreuende Personal oftmals ratlos und überfordert dastehen, denn vielfach wird das Thema „Schmerz“ nur von den ärztlichen Kollegen bearbeitet. Was aber kann das Pflegepersonal tun?

Hypothese und Ziel:

Mehr als 50% der dialysepflichtigen Patienten nehmen bei Bedarf, 14% der Patienten nehmen sogar täglich und regelmäßig Analgetika ein, auch manchmal während der Nierenersatztherapie. Das Pflegepersonal kann zusätzlich oder sogar selbständig Hilfe und Unterstützung geben. Mit intensiven Fachkenntnissen über Analgetika, deren Umgang und Verabreichung, Beratung, Tipps und Tricks über Linderun-

Anm. d. Red.: Die Autoren haben freundlicherweise dem fnb ihre Facharbeit zur Veröffentlichung zur

> 42. Internationale Konferenz der EDTNA/ERCA

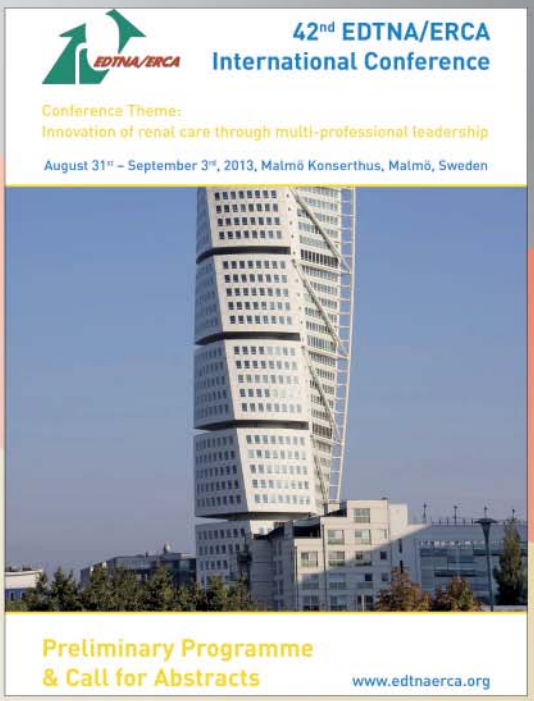
Liebe Kolleginnen und Kollegen,
die 42. EDTNA/ERCA Konferenz findet vom 31. August bis 3.September 2013 in Malmö (Schweden) statt.

Malmö ist nach Stockholm und Göteborg die drittgrößte Stadt in Schweden. Die freundliche Stadt lockt mit einem breiten Angebot kultureller Attraktionen und zahlreichen hochwertigen Restaurants, Bistros und tollen Cafés. Aber auch in puncto Shopping hat Malmö einiges zu bieten, vor allem wenn Sie auf der Suche nach schwedischem Design und neuen, hippen schwedischen Modemarken sind.

Dieses Jahr bietet Malmö eine weitere besondere Attraktion: die 42. EDTNA/ERCA International Conference.
„Innovation of Renal Care through Multi-Professional Leadership" ist das diesjährige Konferenzthema. Es erwartet Sie ein aufregendes und spannendes wissenschaftliches Programm mit dem Fokus auf „Innovation & Führung". Jedes Mitglied des multidisziplinären nephrologischen Teams kann hier an interessanten Vorträgen und Workshops teilnehmen, Kenntnisse und Erfahrungen mit internationalen Kollegen aus über 50 Ländern austauschen, neue Netzwerke oder gar Freundschaften schließen und alte Bekannte wieder sehen.
Eine Ausstellung, die die Konferenz begleitet, wird von der internationalen und örtlichen Industrie organisiert werden und bringt Ihnen die letzten Neuerungen, Entwicklungen und Technologien näher.
Die Vorträge im Hauptsaal sind in Simultanübersetzung zu hören, aber auch ohne perfekte Englischkenntnisse sind die Inhalte gut zu verstehen. Bedenken Sie: für viele Vortragende ist Englisch nicht Muttersprache und somit sind Sprechtempo und Vokabular dem entsprechend.

Im Namen der EDTNA/ERCA ist es mir eine große Freude, Sie einzuladen, uns in Malmö zu besuchen und an diesem aufregenden Ereignis teilzunehmen. Wir sind überzeugt, dass die Konferenz unvergesslich in Ihrem Gedächtnis bleiben wird.
Ich freue mich darauf, Sie in der schönen Stadt Malmö zu unserem 42. Internationalen Kongress zu begrüßen.

Ihre Carmen Reiher
(Key Member EDTNA/ERCA,
Deutschland)



Weitere Informationen zur Konferenz und den Porgrammflyer zum Download finden Sie auf unserer Homepage: http://www.edtnaerca.org/

gen und zusätzlichen Methoden der Schmerzbehandlung kann das Pflegepersonal dem Patienten umfangreich beistehen.

Planung und Vorbereitung:
Eine Schmerzerfassung in Form eines anonymen Fragebogens dialysepflichtiger Patienten gibt Aufschluss darüber wann, wie oft, und wie die Patienten ihre Schmerzen erleben, welchen Stellenwert dieses Thema hat und ob eine Schmerzbehandlung seitens der Betroffenen während der Dialyse gewünscht ist. Eine Analyse des Schmerzes mit den Definitionen und Einteilungen soll aufgeführt, Schmerzverdacht und Erfassung näher betrachtet werden. Mit einer Vorstellung der Empfehlungen für Analgetika und deren Einsatz bei terminaler Niereninsuffizienz soll auf dialysebezogene Problematiken eingegangen werden.

Maßnahmen und Lösungsvorschläge runden das Bild ab, um die Schmerzbehandlung während der Dialysebehandlung zu optimieren.

Auswertung und Zusammenfassung:
Ziel dieser Facharbeit ist, dass das Thema „Schmerz" bewusster vom Personal wahrgenommen und eingeschätzt werden kann. Es soll stärker in die fachgerechte Betreuung der Dialysepatienten integriert und somit dem Patienten ein Stück Lebensqualität zurückgegeben werden.

Sonja Abeln,
Oliver Vogler,
Weiterbildungsstätte ifw,
Bad Homburg

Verfügung gestellt, so dass Interessierte diese lesen können. Sie finden die Facharbeit auf der Homepage des fnb unter www.nephro-fachverband.de

Evidenzbasierte Beantwortung der Praxisfrage:

> Soll bei der Punktion einer arteriovenösen Fistel (AVF) oder eines arteriovenösen Grafts (AVG) die Nadel mit der Schliffrichtung nach oben oder nach unten gehalten werden?l

Auf der chronischen Hämodialyse im AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus – werden seit einem Jahr Fragen aus der Praxis anhand einer umfassenden Literaturrecherche und unter Hinzuziehung von Expertinnen und Experten beantwortet. In diesem Artikel wird nun die erste Beantwortung einer derartigen Praxisfrage beschrieben.

Einleitung:

In der Hämodialysetherapie ist die korrekte und sichere Shuntpunktion einer der wichtigsten und primären Faktoren zur Sicherung der chronischen Therapieform. In der Literatur werden verschiedenen Techniken (z. B. Strickleiterpunktion, Knopflochpunktion), hygienische Maßnahmen und vor allem die Bedeutung der Expertise der Pflegepersonen beschrieben. Ein Aspekt findet jedoch kaum Beachtung, nämlich die genaue Vorgehensweise beim Punktieren, d. h. wie soll die Dialysenadel gehalten werden – mit dem Nadelschliff nach oben oder nach unten?

Literatursuche:

Es wurden in folgenden Datenbanken eine Literatursuche durchgeführt: MEDLINE, CINAHL, COCHRANE
Dabei verwendete Suchbegriffe waren: dialysis needle, shunts, dialysis shunts, cannulation & dialysis, catheterization methods & dialysis, dialysis fistula needle & renal dialysis & nursing, dialysis needle & catheterization perhipheral & nursing, arteriovenous fistula & punctation methods, arteriovenous fistula, arteriovenous fistula & dialysis & cannulation.

Zusätzlich wurde noch in der Bibliothek der Medizinischen Universität Wien eine Handsuche und eine weitere Literaturrecherche aufgrund des Schneeballsystems durchgeführt.

Ebenso wurden Expertinnen und Experten, wie Deborah J. Brouwer und Heidi Hofacker (beide USA), Beate Spindler (D, fnb) und Magda von Loon (NL) befragt. Zuletzt wurden auch die Firmenanbieter der im AKH – Wien verwendeten Shuntkanülen bezüglich möglicher Empfehlungen kontaktiert.

Empfehlung aufgrund der Literaturrecherche:

Es kann keine evidenzbasierte Empfehlung abgegeben werden, aber aufgrund der wenigen empirischen Daten wird die Punktion mit der Schliffrichtung nach unten empfohlen, sowohl bei AVF als auch bei AVG.

Folgende Vorteile einer Punktion mit Schliffrichtung nach unten werden in einigen Fachbüchern genannt bzw. zeigten sich in kleineren empirischen Studien:

- Auftreten von punktionsbedingten Blutungen reduziert
- Senkung des Blutverlustes während der Behandlung
- Senkung des Risikos für eine Nachblutung
- Hautdefekt ist kleiner
- Gewebstraumatisierung geringer
- Schmerzen bei Punktion sind reduziert
- Reduzierung der Gefahr einer Punktion der gegenüberliegenden Gefäßwand
- Begünstigung von Wundverschluss und Heilung nach Entfernen der Nadel
- Abhängig vom Punktionswinkel verringert sich auch die Möglichkeit des Festsaugens

Es werden nur selten Nachteile einer Punktion mit Schliffrichtung nach unten genannt:

- Größerer Hautwiderstand bei Punktion
- bei großen Venen behinderte die Nadelposition die Aufrechterhaltung des Blutflusses

Als einziger Vorteil einer Punktion mit Schliffrichtung nach oben wird in einem Artikel die Erleichterung der Punktion genannt.

In der Literatur wird auch auf den Punktionswinkel hingewiesen: bei AVF wird ein Winkel von 20-35° und bei AVG ein Winkel von 50° empfohlen. Bei steilem Punktionswinkel sollte dieser im Gewebe abgeflacht werden, da sonst die Gefahr von Durchstechen besteht.

Bei Punktionen gegen die Flußrichtung wird in den meisten Fällen die Nadelhaltung mit Schliff nach oben empfohlen. Eine Studie zeigte jedoch, dass die retrograde Nadelposition (Schliff nach unten, gegen die Blutflussrichtung) ein signifikanter Faktor für eine erfolgreiche Punktion war.

Zusatzinformationen:

Allgemein kann aufgrund der Recherche festgestellt werden, dass es bezüglich dieser Fragestellung einen kulturellen Unterschied in den Empfehlungen gibt. Im europäischen Raum gibt es Empfehlungen und auch kleinere empirische Studien, die eindeutig für die Punktion mit Schliff nach unten sprechen. Im angloamerikanischen Raum und von Seiten der EDTNA/ERCA (European Dialysis and Transplant Nurses Association / European Renal Care Association) wird immer die Punktion mit Schliff nach oben empfohlen, wobei meist keine Begründungen und vor allem keine empirischen Daten angeführt werden.

Die Begründung für die Punktion mit Schliffrichtung nach unten in den Lehr-

büchern und den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege der fnb (GHEAP: Gefäßzugänge Hämodialyse – Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege) erfolgt anhand physikalischer Tatsachen: „Der Facettenschliff der Kanüle schneidet bei steilem Punktionswinkel eine halbmondförmige, bei flachem Punktionswinkel eine eher längliche Gewebezunge aus der Gefäßwand aus. Da die Kanüle nur halbseitig scharf geschliffen ist, entsteht die Gewebezunge je nach Schlifforientierung an der Unter- oder an der Oberseite des Punktionskanals. Bei Punktion der Kanüle mit Schliff nach unten wird die an der Unterseite entstehende Gewebezunge durch das Anschliffende in den Blutstrom gebogen und schmiegt sich nach Entfernen der Kanüle wieder an die Intima an. Die bei Punktion mit Schliff nach oben an der Oberseite entstehende Gewebezunge ragt dagegen in das Gefäß und ein Anlegen nach Entfernen der Kanüle wird durch den Blutstrom erschwert." (Fachverband nephrologischer Pflegegruppen, S. 19-20)

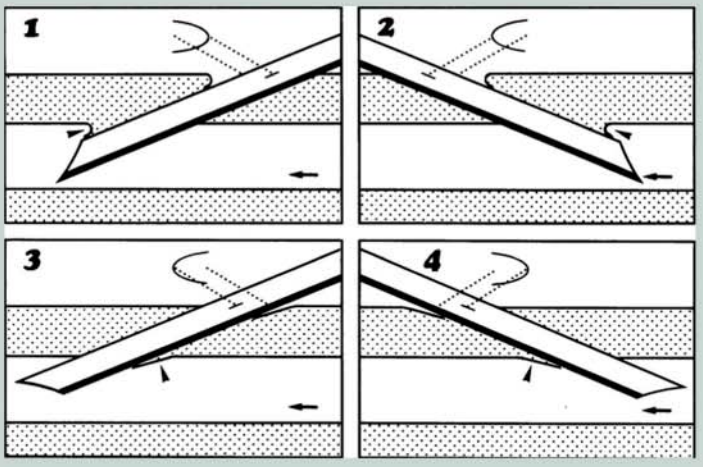
Es kann keinerlei Aussage darüber getroffen werden, ob die Punktion mit Schliff nach unten die Funktionsdauer einer AVF oder eines AVG beeinflusst.

Die Empfehlung im angloamerikanischen Raum und von EDTNA/ERCA zur Punktion mit Schliffrichtung nach oben wird meist kombiniert mit dem Hinweis, nach dem Einführen der Nadel diese um 180° zu drehen, um ein Ansaugen oder eine Punktion der gegenüberliegenden Gefäßwand zu verhindern. Diese Rotation der Nadel wird aber auch von einigen Autorinnen und Autoren kritisch betrachtet, da sie zu Gefäßverletzungen führen kann. In den Guidelines der National Kidney Foundation wird bei der Punktion einer AVF von einer Rotation der Nadel abgeraten, bei der Punktion eines AVG sind beide Methoden möglich.

Fast alle Autorinnen und Autoren betonen die wichtige Rolle der Pflegepersonen bei der Pflege des Gefäßzuganges aufgrund des häufigen Kontaktes mit den Patientinnen und Patienten, der Durchführung der Punktion und der Kontrolle der Funktion des Gefäßzuganges (Inspektion, Palpation, Auskultation). In diesem Zusammenhang wird aber auch immer auf die notwendige Schulung und das Training hingewiesen. Prinzipiell ist anzuraten, dass die Pflegeperson mit der Technik punktiert, mit der sie sich am sichersten fühlt. In Studien hat sich aber gezeigt, dass die Punktionstechnik mit Schliff nach unten keiner speziellen Schulung oder keines Trainings bedarf. Erstpunktionen sollten immer von erfahrenen Pflegepersonen durchgeführt werden, die Selbstpunktion durch Patientinnen und Patienten sollte angestrebt werden.

Von Seiten der Firmen, die die Shuntnadeln produzieren, gibt es keinerlei Empfehlungen, ebenso nicht von Seiten der Chirurginnen und Chirurgen, die die Shunts anlegen, und von Seiten der Nephrologinnen und Nephrologen im AKH Wien – Medizinischer Universitätscampus.

Mag.a Sabine Ruppert



Lage der Gewebezunge bei unterschiedlicher Punktionstechnik
Quelle : Krönung, Die Punktion der Cimino-Fistel

Literaturverzeichnis:

Fachbücher: Breuch Gerd, Servos Willi (2007): Dialyse für Einsteiger. München: Elsevier, Urban &Fischer, 2. Auflage, S. 108. Krönung G. (2009): Aspekte zur Punktion von Dialysezugängen. In: Hepp Wolfgang, Koch Michael, Konner Klaus (Hrsg.): Dialyseshunts. Grundlagen, Chirurgie, Komplikationen. Darmstadt: Steinkopff, 2. überarbeitete und erweiterte Auflage, S. 382-383. Langkau Gert (2006): Punktionstechnik. In: Schönweiß Günther (Hrsg.): Dialysefibel 3, Band 2, abakiss, 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, S. 518-521. Nowack Rainer, Birck Rainer, Weinreich Thomas (2003): Dialyse und Nephrologie für Fachpersonal. Berlin: Springer, 2. Auflage, S. 70. Schönweiß Günther (2006): Shuntpunktion. In: Schönweiß Günther (Hrsg.): Dialysefibel 3, Band 2, abakiss, 3. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, S. 560-563. Servos Willi (2008): Gefäßzugänge. In: Breuch Gerd (Hrsg.): Fachpflege Nephrologie Und Dialyse. München: Elsvier, Urban & Fischer, 4.Auflage, S. 200-201.
Guidelines: Fachverband nephrologischer Berufsgruppen (Hrsg.) (2010): Gefäßzugang zur Hämodialyse - Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege (GHEAP). Raunheim: Projekt E GmbH. National Kidney Foundation (2006): KDOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for 2006 updates: vascular access. American Journal of Kidney Diseases 48 (1): Suppl 1:S1-S322.
Artikel: Brouwer Deborah (1995): Cannulation camp: basic needle cannulation training for dialysis staff. Dialyses and Transplantation 24: 606-612. Reprinted in Dialysis and Transplantation (2011): 434-439. Brouwer Deborah (2005): Needle placement is paramount to achieving effective dialysis and preserving vascular accesses. Nephrology Nursing Journal: Journal of the American Nephrology Nurses` Association 32 (2): 225-227. Gaspar Luis, Moreira Nelson, Moutinho Aires, Pinto Paulo, Lima Helder, Rodrigues Felizardo (2003): Puncture of the arterviovenous fistula: bevel upward or bevel downward? EDTNA/ERCA-Journal (2): 103 Klinge O., Müller H. (1990): Die Bedeutung des Kanülenschliffs für die Pathogenese von Spritzen-Abszeß und –Emphysem. Deutsches Ärzteblatt 87: A-3742 – A-3746. McCann Margaret, Einarsdottir Hildur, Van Waeleghem Jean-Pierre, Murphy F., Sedgewick J. (2009): Vascular access management II: AVF/AVG cannulation techniques and complications. Journal of Renal Care 35 (2): 90-98. Montero Rodolfo, Arellano Flora, Abad María, Gómez Angela, Galán María (2004): Pain degree and skin damage during arteriovenous fistula puncture. EDTNA/ERCA Journal XXX4 208-212. Ozmen S., Kadiroglu A. K., Ozmen C. A., Danis R., Sit D., Akin D., Yilmaz M. E. (2008): Does the direction of arterial needle in AV fistula cannulation affect dialysis adequacy? Clinical Nephrology 70 (3): 229-232. Roeder Blayne, Babbs Charles, Schoenlein William, Kokini Klod, Sadeghi Farshid (2002): Self-sealing, Large Bore Arterial Punctures: A Counterintuitive New Phenomenon. Journal of Biomechanical Engineering (124): 342-346 Van Loon Magda, Kessel Alphons, Van der Sande Frank, Tordoir Jan (2009a): Cannulatiepraktijk patronen bij de hemodialyse vaattoegang: voorspellers van een mislukte cannulatie. (Cannulation practice patterns in haemodialysis vascular access: predictors for unsuccessful cannulation.) Journal of Renal Care 35(2): 82-89 published erratum in: Journal of Renal Care 35 (3): 166. Van Loon Magda, Kessels Alphons, Van der Sande Frank., Tordoir Jan (2009b): Cannulation and vascular access-related complications in hemodialysis: factors determining successful cannulation. Hemodialysis International 13(4): 498-504. Van Waeleghem Jean Pierre., Elseviers M., De Vos J.Y. & Research Board of EDTNA/ERCA (2004): EDTNA/ERCA vascular access recommendations for nephrology nurses. EDTNA/ERCA Journal 30 (2): 97-105.

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

> Demenz und Dialyse – eine Herausforderung für Pflegende

Nachfolgend wird berichtet über ein Projekt zur Erstellung und Implementierung eines evidenzbasierten Leitfadens für Pflegefachleute im Umgang mit demenzkranken Menschen an der Hämodialyse. Vorgestellt wurde dieses Projekt am Dreiländer-Kongress in Konstanz im November 2012. Der Leitfaden entstand auf der Hämodialysestation der Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie am Inselspital Bern.

In der Schweiz leben heute über 107.000 Menschen mit Demenz. Bis zu 70% der Dialysepatienten über 55 Jahre leiden an moderaten bis schweren kognitiven Einschränkungen und die Prävalenz ist zunehmend (Murray, 2008). Die Pflege von demenzkranken Menschen ist sehr anspruchsvoll und stellt hohe Ansprüche an die interaktiven Fähigkeiten der Pflegenden. Sie beinhaltet mehrere Schwierigkeiten: das Schaffen einer Beziehung, der Umgang mit problematischem Verhalten oder die Förderung der Lebensqualität der Patienten (Berg et al., 1994). Je fortgeschrittener der Grad der Demenzerkrankung ist, desto grösser wird der Anspruch an die interaktiven Fähigkeiten der Pflegenden (Kitwood, 2008). Höwler (2008) sagt, dass Pflegende, welche wenig fachliche Kompetenzen im Umgang mit demenzkranken Menschen haben, sich oft überfordert und hilflos fühlen. Sie erleben Gefühle von Frustration, Ärger und Abwehr. Nicht selten geraten Pflegende in einen Bedürfniskonflikt. Dieser Konflikt entsteht, weil die Pflegenden unter Zeitdruck stehen oder unzureichende interaktive Kompetenzen aufweisen. Inadäquates Verhalten der Pflegenden gegenüber den demenzkranken Menschen, wie beispielsweise die Anwendung von beschützenden Machtmethoden (Fixierung, Psychopharmaka Gabe zur Ruhigstellung oder Detraktionen) können zu bedeutsamen Ursachen von herausforderndem Verhalten demenzkranker Menschen werden (Höwler, 2008).

Der Arm wird während der Hämodialyse oft fixiert, damit der Patient ruhig liegen kann, auch wenn keine Demenz vorliegt.

Das Dialyseumfeld stellt eine spezielle Herausforderung an den Umgang mit demenzkranken Menschen. An der Dialyse müssen die Patienten über längere Zeit still liegen können und sie werden durch das Blutschlauchsystem an die Maschine fixiert. Demenzkranke Menschen können bei solchen Interventionen mit Agitiertheit reagieren. Ein demenzkranker Mensch kann diese Agitiertheit ausdrücken mit aggressivem Verhalten, wie Schlagen oder Schreien, aber auch im Verweigern oder im ziellosen Herumwandern. Einen agitierten Patienten durch die Dialysetherapie zu begleiten ist folglich sehr herausfordernd für die Pflegenden und verlangt definitiv zusätzliche Fähigkeiten. Auch ist anzunehmen, dass eine Pflegende im Umgang mit demenzkranken Menschen an der Hämodialyse eine starke Belastung erfährt.

Es sind keine Standards, Prozessabläufe oder Leitfaden zum Thema „Umgang mit demenzkranken Menschen an der Hämodialyse“ vorhanden.

Ziel dieses Projektes war es, einen evidenzbasierten Leitfaden für Pflegefachleute zum Umgang mit demenzkranken Menschen an der Hämodialyse zu erstellen und zu implementieren, um die Qualität der Betreuung dieser Patienten zu steigern und gleichzeitig die Arbeitsbelastung der Pflegefachleute zu senken.
Im Projekt wurden zuerst eine Ist-Analyse im Dialyseteam, eine umfangreiche Literaturrecherche, ein Literaturreview und eine Expertenbefragung durchgeführt und aufgrund dieser Ergebnisse konnte ein Leitfaden erstellt werden. Drei Experten aus Pflege und Medizin haben den Leitfaden revidiert. Eine Evaluation vor und nach dem Implementieren des Leitfadens erlaubte einen Vergleich. Evaluiert wurde mit strukturierten Fragebögen bei den Pflegefachleuten, in der Pflegedokumentation und in der Krankengeschichte. Die Fragen ergaben sich aus den Ergebniskriterien des Leitfadens. Ein Projektteam, bestehend aus vier Mitgliedern, hat dieses Projekt über zweieinhalb Jahre umgesetzt.

In der Ist-Analyse beim Pflegeteam konnten die folgenden vier Themenbereiche als belastend identifiziert werden:
Verhalten des dementen Menschen, internale Faktoren, Zusammenarbeit und institutionelle Faktoren. Der Faktor „Zeitmangel“ und alle Faktoren, welche zu tun haben mit „Machtlos sein und Macht ausüben“ hatten dabei den größten belastenden Effekt auf die Pflegenden.

Der Leitfaden wurde mit dem Ziel erstellt, möglichst viele belastende Faktoren abzudecken. Der Leitfaden wurde nach State of the Art-Evidenz erstellt und mittels einer halbtägigen Schulung dem Team vorgestellt. Eingeführt wurde zudem eine Themenverantwortliche aus dem Team, welche über zusätzliche Kompetenzen im Umgang mit Demenzkranken verfügt und das Team in dieser Thematik kompetent begleitet.

Inhaltlich ist der Leitfaden aufgeteilt in drei Hauptthemen:

1. Einen theoretischen Teil über die Demenzformen, die drei Stadien der Demenz sowie die Symptomatik.
2. Das Pflegekonzept von Kittwood (2008) „person-zentrierter“ Umgang mit dementen Menschen.
3. Umgang mit dementen Menschen an der Hämodialyse.

Der letzte Teil ist dabei der umfassendste und stark ausgerichtet auf Tipps und Hilfen, welche die Pflegefachpersonen im Alltag anwenden können. Spezifisch thematisiert sind in diesem Teil die Kommunikation, der Umgang mit Bewegungsdrang, Aggressionen und Zwangsmassnahmen, sowie Beispiele aus dem Pflegealltag und wie damit umgegangen werden kann. Folgender Abschnitt illustriert ein Beispiel mit Tipps aus dem Leitfaden:
Patient möchte das Auto nicht verlassen oder nicht auf die Station kommen

- Noch einmal ankommen lassen z. B. mit dem Auto noch eine Runde fahren und erneut ankommen lassen.
- Empfangen Sie den Patienten, so fühlt er sich willkommen und Sie können die Beziehung herstellen.
- Den Patienten auffordern, zuerst etwas anderes zu machen, z. B. etwas mit Ihnen zu trinken oder etwas zu spielen. (Kaffee oder Schwarztee sind keine geeigneten Getränke (Prescott, 2006). Fragen Sie den Patienten, was er denn gerne machen würde. Die Antwort gibt Ihnen Hinweise darauf, was er gerne tut. Probieren Sie danach, den Patienten erneut an die Dialyse heranzuführen.
- Fragen Sie den Patienten nie nach dem „Warum“. In einer für den Patienten herausfordernden Situation sollten keine Fragen gestellt werden, denn Fragen zwingen den Patienten zu einer Antwort und können eine überfordernde Wirkung haben.
- Dokumentieren Sie den Vorfall. Datum, Zeit und die Dauer, welche Sie benötigt haben, um den Patienten an die Dialyse heranzuführen ist für den Verlauf wichtig. Beschreiben Sie auch die Maßnahmen, welche nützlich waren, sowie auch was gar nicht geholfen hat.
- Versuchen Sie herauszufinden, warum der Patient nicht an die Dialyse will. Vielleicht ist es ihm zu laut, zu hektisch, zu hell. Es kann sein, dass er Angst davor hat. Ablenkung kann helfen.
- Beobachten Sie Gestik, Mimik und Verhalten.

Ausserdem wurde der Leitfaden möglichst anwenderfreundlich gestaltet. Im gesamten Leitfaden sind jeweils so genannte Merksätze zu den verschiedensten Themen integriert, welche hervorgehoben sind, damit sie dem Leser sogleich auffallen. Diese Merksätze beinhalten entweder Tipps oder wichtige Evidenz. Im Folgenden ein Beispiel eines solchen Merksatzes:
Merke: Fixation und andere Zwangsmaßnahmen sind im Umgang mit demenzkranken Menschen nach Möglichkeit zu unterlassen. Zwangsmaßnahmen haben eine kontraproduktive Auswirkung auf den Demenzkranken und verstärken das herausfordernde Verhalten. Physische Zwangsmaßnahmen haben meistens keinen schützenden Effekt (Hersch & Falzgraf, 2007).
Nach der Einführung dieses Leitfadens im Hämodialyseteam konnte aufgrund einer Evaluation mittels Fragebogen bei den Pflegenden aufgezeigt werden, dass die Belastung der Pflegenden im Umgang mit Demenzkranken seit der Einführung des Leitfadens um über 30% sank und das Fachwissen im Team deutlich gestiegen ist. Zudem ist der Leitfaden für das Team verständlich und im Alltag anwendbar. Die Zusammenarbeit mit den Angehörigen hat sich ebenfalls verbessert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die strukturellen Faktoren sind jedoch unverändert.

Gisela Rütti,
M Sc; RN; Pflegeexpertin nephrologische Pflege; Universitätsklinik für Nephrologie und Hypertonie
Inselspital Bern

Referenzen:
Berg, A., Hansson, U. W., & Hallberg, I. R. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. J Adv Nurs. 1994 Oct;20(4):742-9.
Hersch, E. C., & Falzgraf, S. Management of the behavioral and psychological symptoms of dementia. Clin Interv Aging. 2007 Dec;2(4):611-21. Epub 2007 Dec. / Höwler Elisabeth (2008). Herausforderndes Verhalten bei Menschen mit Demenz (Vol. 1). Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH. / Kitwood Tom (2008). Demenz Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen (5 ed. Vol. 5). Bern: Hans Huber Verlag / Murray, A. M. Cognitive impairment in the aging dialysis and chronic kidney disease populations: an occult burden. Adv Chronic Kidney Dis. 2008 Apr;15(2):123-32. / Prescott, M. Managing mental illness in the dialysis treatment environment: a team approach. Nephrol News Issues. 2006 Dec;20(13):32-3, 36-9, 41.

> Rückblick auf den Dreiländer-Kongress 2012

Im November 2012 fand der 8. Dreiländer-Kongress in Konstanz statt, wo wir neben Kollegen und Vertretern der Industrie aus Deutschland, der Schweiz, Österreich, Schweden auch erstmals Frankreich begrüßen durften.
Wieder einmal ist es soweit – nach dem Kongress ist vor dem Kongress. Aber bevor wir uns auf 2014 konzentrieren, schauen wir mal, wie es im November 2012 in Konstanz war.

Leo Martin, der „deutsche James Bond"

Auftakt mit Frau Prof. Erley

Herr Lehn bei seinem Vortrag „Ein Leben mit 40 Jahren Dialyse"

Wir haben erstmals mit einem Vorsymposium begonnen, mit einem Themenblock rund um den Gefäßzugang – es war ein gelungener Start. Viele Kollegen sind schon früher angereist, um teilnehmen zu können. Dass Kommunikation schon mit der Körpersprache beginnt, dass das Beobachten von Reaktionen nicht nur zum Berufsbild von Pflegepersonal gehört, hat uns Leo Martin mit seiner beindruckenden Vorstellung eindringlich bewiesen.
Wir haben uns sehr gefreut, dass Frau Prof. Erley als Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGFN) unsere Teilnehmer begrüßt hat und im Anschluss gemeinsam mit Frau Prof. Schmaldienst aus Wien zum Thema Gender-Medizin referierte.
Ein Highlight war Herr Lehn, der uns in ein Leben mit 40 Jahren Dialyse aus der Sicht des Patienten schauen ließ.
Sicher war es für einige Kollegen fast eine kleine Mutprobe, ihre Facharbeiten in Form eines Vortrages vorzustellen. Hut ab dafür, es kostet Überwindung sich vor ein kritisches Publikum zu stellen. Aber wir können nur jeden ermutigen, es ihnen gleich zu tun, denn der DLK soll auch weiterhin ein Kongress von Pflegenden für Pflegende sein.

Die neue Struktur unserer Workshops ist nicht nur mit Wohlwollen aufgenommen worden. Solch praxisbezogene Lehrgänge gehen teils über Wissensvermittlung und Erfahrungsaustausch hinaus und sollen den Teilnehmern Anregungen für weitere Entwicklungen geben, deshalb der kleinere Rahmen im Steigenberger Hotel.

Wir möchten uns dafür bedanken, dass uns die Industrie die Möglichkeit für verschiedene Veranstaltungen gegeben hat.

Da die Teilnehmerzahlen, wie auch bei vielen anderen Kongressen, begrenzt sind, erschien und erscheint uns diese neue Organisation der Anmeldung die gerechteste Lösung zu sein.

Auch der Samstag präsentierte sich in einem anderen Gewand: nach pflegerischen Vorträgen zum Thema „Zugang zur Dialyse" gab es die Möglichkeit, mit allen in die Nephrologie eingebundenen Berufsgruppen zu diskutieren.
Im historischen Rahmen des Konzils nutzten viele Teilnehmer die Möglichkeit auf dem Markt der Möglichkeiten, sich an den Ständen der Industrie und Verbänden der drei Länder zu informieren und mit deren Vertretern und den Kollegen zu diskutieren, zu schwätzen und Erfahrungen auszutauschen und auch etwas für das leibliche Wohl zu tun. Danke an alle, die den Markt der Möglichkeiten mitgestaltet haben.

Wir haben Feedbackbögen ausgegeben und Lob und Kritik erhalten. Beides wird ein Grund sein, unser Kongress-Konzept zu schätzen und über Veränderungen nachzudenken. Danke für die vielen Vorschläge und Gedanken zu Themen, die Sie beim nächsten Kongress verwirklicht haben möchten.

Zum Schluss möchte ich mich bei den vielen helfenden Händen bedanken, die den fnb bei der Organisation dieses Kongresses unterstützen.

Und noch einmal die Aufforderung an Sie alle: üben Sie Kritik, geben Sie uns Anregungen und Vorschläge. Wir sind jederzeit für Sie ansprechbar, persönlich auf einem unserer Seminare, telefonisch, per Mail oder nutzen Sie unser Diskussionsforum auf unserer Homepage www.nephro-fachverband.de, dort können Sie als fnb-Mitglied auch alle Vorträge nachlesen.

Wir freuen uns auf den nächsten Drei-Länder-Kongress vom 20. bis 22. November 2014 mit Ihnen in Kontstanz.

Für die Programmgruppe DLK
Ina Wiegard-Szramek,
Essen

> Lernen, trainieren, üben auf dem Chiemsee-Seminar 2012

Kloster Frauenwörth, Frauenchiemsee

Eine Besonderheit des Chiemsee-Seminars, neben des außergewöhnlichen Fortbildungsortes in einem Kloster, ist die Art des Lernens, welche hier verfolgt wird. Ein Schwerpunkt liegt auf dem praktischen Üben von Arbeitssituationen im Wechsel mit theoretischem Hintergrundwissen. Praktiziert wird dies unter anderem durch das Durchführen von Workshops. Workshops sind beliebt und werden beim Chiemsee Seminar zu einer Tradition. Als Pflegende müssen wir, wie andere Berufsgruppen, üben und trainieren, damit das volle Potential von Technologie, Material und Wissen ausgeschöpft werden kann.

Um Ihnen Appetit auf das nächste Chiemsee-Seminar vom 03. bis 05. November 2013 zu machen, berichten hier nun zwei Workshopleiter über ihren Workshop.

Themen waren in 2012 die „Knopflochpunktion", „Katheterverlängerungen" und die „Single Needle Dialyseverfahren". Beim Workshop soll nicht nur „theoretisiert" und „gefachsimpelt", sondern möglichst begründeter, praktischer Umgang gezeigt und Teilnehmern Erfahrungen mit Methoden und Materialien ermöglicht werden.

Workshop I: Katheterverlängerung, TEGO & Co

Alois Gorke, Gesundheits- und Fachkrankenpfleger Nephrologie

Im Workshop „Katheterverlängerungen" wurden drei Schwerpunkte angesprochen: Gründe für kontaminationsfreie Katheterkonnektionen, Umgang mit Hilfsmittel wie sogenannte „nadelfreie" Mehrfachkonnektoren und Verlängerungen und Blutentnahmetechniken (wobei die etwas zu kurz kamen und auf Grund der Komplexität und unserer oft „anarchischen" Praktiken ein eigenes Thema für einen Workshop sind).

Untersuchungen und Studien zeigen schon lange, wie sich Bakterien aus dem Umfeld des Patienten und des Personals nach einer Kontamination auf Kunststoffmaterialien wie Katheterkonnektor und -lumen auf den Weg machen, diese zu besiedeln, dort wachsen und für Inflammation, Flussstörungen und Infektion sorgen und dass jede neue Kontamination diesen Prozess antreibt. Mehrfachkonnektoren und Verlängerungen für den Dialysekatheter sind also wie das Y-Stück beim Single Lumen Katheter und die Nadel beim Shunt zusätzliche Resorptionsräume für die bakterielle Kontamination. Sie werden mit ihrer Keimlast beim regelmäßigen Tausch (Mehrfachkonnektor, z. B. TEGO) oder einmaligen Einsatz der Katheterverlängerung nach jeder Hämodialyse als Abfall verworfen.

Katheterkonnektoren müssen im geschlossenen Zustand vor einem Wechsel des Mehrfachkonnektors oder dem Aufbringen der Verlängerung fachgerecht desinfiziert werden, sterile Barrieren müssen als Unterlage und für die Non-Touch-Technik der Konnektion der Mehrfachkonnektoren und Verlängerungen, bzw. der Schlauchsysteme an diese zur Verfügung stehen. Dieses Handling ist zu üben und zu trainieren, zu diskutieren und zu verfeinern.

Zwei Mehrfachkonnektoren, verschiedene Katheterverlängerungen und Zusatzmaterialien waren beim Workshop vorhanden. Das Handling in der Non-Touch-Technik und mit unterschiedlichen Oberflächen und Materialien fühlte sich durchaus unterschiedlich an und hatte seine Tücken und Probleme, wenn alles richtig laufen und beste Nutzung sich auswirken soll.

Zusammenfassend wurden Kernsätze für das Handling aufgestellt, wie hier als Beispiel für das Aufbringen oder Wechseln und Nutzung eines Mehrfachkonnektors.

Empfehlungen bei der Verwendung von Adaptern / Mehrfachkonnektoren beim Dialysekatheter in der Praxis (1): Allgemein: IMMER IN NON-TOUCH-TECHNIK ARBEITEN

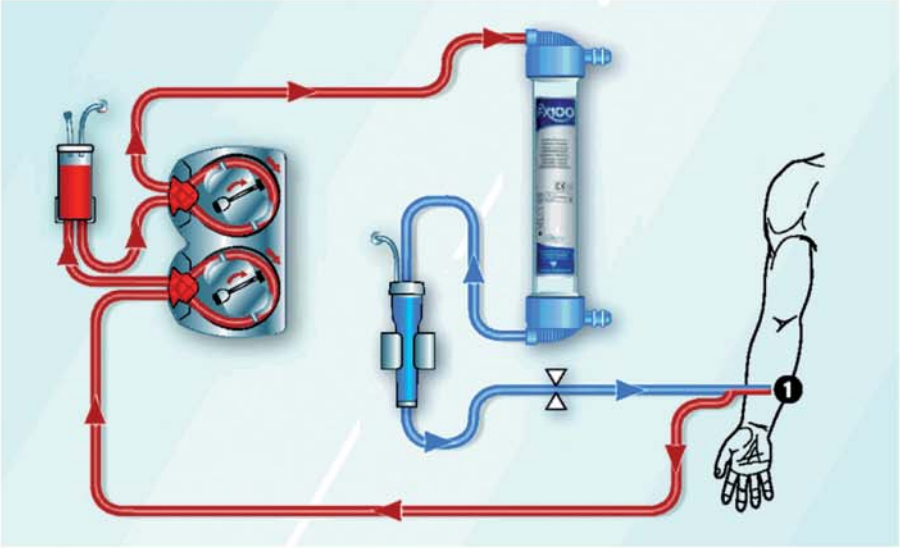
Aufbringen und Wechsel des Adapters

- IMMER FREI VON BLUT, SERUM, GLUCOSELSG. KONNEKTIEREN
- Wöchentlicher Wechsel VOR Abziehen des Blocks
- Desinfektion durch WISCHEN VOR DEM Wechsel
- Adapter vorsichtig ab- und aufbringen: nicht verkanten; nicht mit Kraft, keine Desinfektion am offenen Katheterlumen

Anschluss an die Blutschlauchsysteme

- IMMER den ADAPTER GUT FESTHALTEN (unterschiedliche Rückfederung)
- System erst gut und weit darauf stecken, DANN erst durch Gewinde fixieren

Der Einsatz von Katheterverlängerungen



Workshop II:
Methoden zur Effektivitätssteigerung bei der Single-Needle Dialyse
Florian Engeln, Junior Produktmanager Fresenius Medical Care
Die Einnadeldialyse ist nicht so effektiv wie die Doppelnadeldialyse? Stimmt! Oder etwa doch nicht?
Im Single-Needle-Workshop wurden effektivitätsmindernde Ursachen und deren Lösungsansätze besprochen.

Die ständigen Stillstandszeiten der Blutpumpe, bedingt durch die getaktete und phasenweise Blutförderung, erlauben bei der Single-Needle Dialyse nur vergleichsweise geringe mittlere Blutflussraten. Somit strömt während einer Behandlung insgesamt weniger Blut durch den Dialysator, um von Toxinen befreit zu werden. Also einfach den Blutfluss erhöhen und schon passt´s? Nein, ganz so einfach ist die Lösung auch nicht.
Im Workshop konnte gezeigt werden, dass ein Bündel von Maßnahmen berücksichtigt werden sollte, um bei der Einnadel-Dialyse eine ähnlich hohe Effektivität wie bei der Doppelnadeldialyse zu realisieren:

1. Fangen wir bei der Nadelgröße an: Tauscht man z.B. die 17G-Kanüle gegen eine 15G-Kanüle aus, mutet man dem Patienten einen nur um 0,3 mm größeren Kanülendurchmesser zu. Ohne die Drücke zu erhöhen, können dabei jedoch doppelt so hohe Blutflüsse realisiert werden.

2. Wie verhält es sich nun mit dem Hubvolumen in der Single-Needle-Kammer? Hier gilt die Regel: „je mehr, desto besser". Um den Anteil des Blutschlauchsystem bedingten Rezirkulationsvolumens in der SN-Kammer möglichst klein zu halten, sollten maximal mögliche Füllvolumina eingestellt werden (sofern die kardiale Situation des Patienten dies ermöglicht).

3. Die zentrale Maßnahme zur Steigerung der Clearance ist und bleibt die Steigerung des mittleren Blutflusses. Unter Berücksichtigung des arteriellen und venösen Druckes sollte eine maximal mögliche Blutflussrate gewählt werden. Dabei ist der Einstellung beider Pumpen, der SN- und der arteriellen Pumpe, ein besonders großes Augenmerk zu widmen. Bei einem normalen durchschnittlichen Blutangebot gilt die Regel: „SN-Pumpe 20% schneller als arterielle Pumpe". Bei einem überdurchschnittlich guten Blutangebot z. B. sollte die SN-Pumpe, bedingt durch hohe venöse Rücklaufdrücke, bis zu 60% niedriger als die arterielle Pumpe eingestellt werden. In genau verkehrter Prozedur sollte bei besonders schlechtem Blutangebot verfahren werden.

4. Die größten Effektivitätssteigerungen lassen sich insbesondere bei der SN-Behandlung durch Verlängerung der Behandlungszeit erzielen.

Alois Gorke, Murnau

> Starkes Signal für

Eine Kammer ist eine berufsständische Selbstverwaltungsorganisation in der Rechtsform der Körperschaft des öffentlichen Rechts, welche hoheitliche Aufgaben erfüllt.
In Schleswig-Holstein wird eine Pflegekammer gegründet. Dies hat der Sozialausschuss des Landtags am 14.12.12 mit den Stimmen von SPD und Grünen beschlossen. Damit wäre Schleswig-Holstein das erste Bundesland, welches eine solche Kammer einrichtet.

Das Land Niedersachsen hat ein Rechtsgutachten in Auftrag gegeben mit dem Ansinnen, die Rechtmäßigkeit der Einrichtung einer Pflegekammer zu prüfen. In Bayern hat am 18.10.2012 eine Landtagsanhörung zur Einführung einer Pflegekammer stattgefunden, in der klar wurde, dass die Kammer in Bayern aktuell in erster Linie am Veto der FDP scheitert. Und in Rheinland Pfalz läuft derzeit eine Umfrage unter den Pflegenden zum Thema, von deren Ergebnis das weitere Vorgehen der SPD-geführten Landesregierung abhängt: Auch hier ist der politische Wille da.

Die Pflege braucht eine gebündelte Stimme, mit der sie ihre Anliegen vertreten kann. Aktuell sind die Zuständigkeiten für die Pflege so zersplittert, dass eine zielgerichtete Entwicklung des Berufsstandes kaum möglich ist. Die Pflege wird in wichtigen politischen Gremien nicht gehört. Aktuelles Beispiel: die geplante Absenkung der Sachkostenpauschale zum 1. 4. 2013. Bislang gehören Pflegekräfte in der Dialysepauschale zu den Sachkosten (!) und ihre Argumente, Bedenken und Vorschläge wurden nirgends ernst genommen. Wenn die Pflege endlich in der politischen Debatte das Gewicht erhalten soll, das sie in der Gesellschaft einnimmt, muss sie auch in Gesetzgebungsverfahren und Prozessen der Selbstverwaltung angemessen beteiligt werden. Gesundheitsversorgung und Pflege wachsen immer weiter zusammen. Da andere Professionen im Gesundheitswesen in schlag-

die Pflege: Pflegekammern

Quelle: www.pflegekammer-rlp.de/

kräftigen Selbstverwaltungsgremien vertreten sind, gerät die Pflege ohne Bündelung ihrer Stimme strukturell ins Hintertreffen.
Die Verfassungsmäßigkeit einer Verkammerung auch für angestellte Pflegekräfte wurde vom bayerischen Gesundheitsministerium im Rahmen des Gesetzentwurfes zum Heilberufe-Kammergesetz überprüft und positiv eingeschätzt. Auch der Sachverständige Prof. Igl kam zu dieser Auffassung. Das Igl-Gutachten kommt im Kern zu dem Ergebnis, dass eine Pflegekammer möglich ist, wenn der Landesgesetzgeber diese für geboten hält. Die Gesetzgebungskompetenz für die Einrichtung von Pflegekammern liege bei den Ländern, so Igl. („Weitere rechtliche Regulierung der Pflegeberufe und ihrer Tätigkeit" (Verlag Urban & Vogel), 2008)

Gute Gründe für eine Kammer

Hauptziel einer Kammer ist es, eine Berufsordnung zu definieren, die für alle verbindlich und verpflichtend ist. Da es in Deutschland keine Kammer für die Pflege gibt, existiert auch keine allgemeingültige Berufsordnung. Das Krankenpflegegesetz regelt zwar die Ausbildung, definiert aber nicht die Tätigkeiten und Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflegekräfte. Das hat zur Folge, dass praktisch jeder Arbeitgeber für sich entscheiden kann, welche Aufgaben die Pflegenden übernehmen dürfen/sollen und unter welchen Voraussetzungen. In einer Pflegekammer wären alle Pflegekräfte registriert. Weitere Aufgaben der Kammer: sie überwacht und fördert die berufliche Fort- und Weiterbildung, erstellt Gutachten, benennt Sachverständige, berät den Gesetzgeber und ist am Gesetzgebungsverfahren beteiligt. Eine Kammer trägt dazu bei, dass Bildungsabschlüsse national und international vereinheitlicht werden. Die berechneten Beiträge, die mit einer Pflichtmitgliedschaft erhoben würden, liegen zwischen 69 und 98 € jährlich. Bisher arbeiten viele Berufsverbände ausschließlich mit ehrenamtlichen Mitarbeitern und haben kaum finanzielle Mittel. Würde eine Kammer mit Pflichtmitgliedschaften errichtet, so könnte die Arbeit deutlich professioneller ausgerichtet werden mit Berufsaufsicht, Qualitätssicherung, Öffentlichkeitsarbeit. Mit der Selbstverwaltung erhält die Pflege per Gesetz auch das Recht der Mitgliedschaft in politischen Gremien. Derzeit werden Mitglieder des Deutschen Pflegerates höchstens zu Expertengesprächen eingeladen und haben eine beratende Stimme. Eine Verkammerung mit Mitgliedsbeiträgen bietet zudem die finanziellen Möglichkeiten, Berufspolitik professionell zu betreiben. Professor Igl nannte diesen Vorteil das „institutionelle Gedächtnis". Eine bezahlte Fachkraft kann sich den Aufgaben auf einer ganz anderen Ebene widmen als dies ehrenamtlich Tätigen möglich ist.

Wie funktioniert das bei den Nachbarn?

In Großbritannien, Irland, Italien, Spanien oder in den USA gib es seit vielen Jahren Pflegekammern. In diesen Ländern stellen die Kliniken nur Pflegekräfte ein, die bei der Pflegekammer registriert sind und somit eine Berufslizenz haben. Die Pflegenden müssen ihre Registrierung regelmäßig erneuern und dazu eine bestimmte Anzahl an Fortbildungen nachweisen.
In Deutschland können sich Pflegekräfte seit 5 Jahren freiwillig registrieren lassen.

Christa Tast, Stuttgart

> „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes: AMNOG"

In der Ausgabe 01 /11 haben wir in der Reihe „Gesundheitssysteme" über das „Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes – AMNOG" berichtet. Seit gut einem Jahr ist dieses Gesetz nun in Kraft und unsere Kritik hat sich mehr als bestätigt.

Zur Erinnerung: Der Preis für ein neues Medikament richtet sich danach, ob das Medikament besser wirkt als Arzneimittel, die zu niedrigeren Preisen längst auf dem Markt sind. Es stellte sich nämlich heraus, dass viele neue Medikamente nicht besser waren als die alten, sondern lediglich teurer. Kurzum, dieses Gesetz hat die Hersteller bares Geld gekostet und hätte sein Ziel, die Ausgaben der Krankenkassen für Arzneimittel zu senken auch erreicht, wenn sich die Konzerne nicht geschickt ein Hintertürchen eingebaut hätten: Das Gesetz gilt nicht für Medikamente gegen seltene Krankheiten. Das sind Krankheiten, an denen nicht mehr als 5 Menschen auf 10000 Einwohner leiden. Die sogenannten „Orphan drugs" müssen sich nicht der strengen Bewertung stellen. Sie dürfen sogar für Krankheiten zugelassen werden, für die es keine zufriedenstellende Diagnose, keine Verhütung oder Behandlung gibt. Der Hersteller kann den Preis für diese Medikamente auch selbst festlegen. Inzwischen wurden ca. 5000 seltene Erkrankungen „nachgewiesen". Der Chef des für die Nutzenbewertung zuständigen Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Josef Hecken, berichtet, dass inzwischen etwa 30 % aller Anträge auf eine orphan-drug-Regelung abzielen. Ein Drittel aller neuen Medikamente soll also Krankheiten heilen, die so gut wie kein Mensch hat. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Wolf-Dieter Ludwig, zeigt sich empört: „Dabei hätten viele der Wirkstoffe deutliche Schwierigkeiten, die frühere Nutzenbewertung zu bestehen".
Die Konzerne sind einfach sehr erfinderisch, wenn es um ihren Profit geht.

Christa Tast, Stuttgart

Literatur:
Süddeutsche Zeitung, Mi., 2.1.2013

> Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege zur Absenkung der Sachkostenpauschale für Dialyse

BANP
Bundesarbeitsgemeinschaft Nephrologische Pflege

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

Die Vergütung der Dialyseleistung setzt sich aus den Sachkosten und dem ärztlichen Honorar zusammen. Über die Sachkosten werden auch die Personalkosten einer Dialyseeinrichtung vergütet. Nun planen der GKV Spitzenverband und die BundesKV eine Absenkung der Sachkostenpauschale und, dies wurde bisher nicht offiziell bestätigt, eine Erhöhung des Arzthonorars nach EBM. Die Umsetzung der geplanten Absenkung ist der 01.04.2013, die Höhe ist bisher noch nicht publiziert, doch wissen wir, dass beide Maßnahmen zusammen eine deutliche Verringerung der gesamten Einnahmen einer Dialyseeinrichtung bedeuten.

Die Absenkung der Sachkostenpauschale betrifft die Pflegekräfte in den Dialyseeinrichtungen unmittelbar. Die Aufgabenbereiche der Pflegekräfte in den Dialysezentren haben sich massiv gewandelt. Der Anteil der älteren, multimorbiden und an Demenz erkrankten Dialysepatienten nimmt ebenso zu wie der aufwändige Umgang mit multiresistenten Keimen. All diese Faktoren führen zu einem erhöhtem fachpflegerischen Aufwand.

Leider wird in der Sachkostenpauschale nicht unterschieden zwischen Sach- und Dienstleistungen. Zum jetzigen Zeitpunkt ist der Personalschlüssel mit durchschnittlich 1:6 (eine Pflegekraft betreut 6-10 Dialysepatienten) sehr niedrig im Vergleich zu anderen europäischen Ländern (z. B. Schweiz, Skandinavien haben einen Schlüssel von 1:4). Einsparungen im Bereich der Dienstleistungen führen entweder zu noch höheren Behandlungsschlüsseln oder zum Einsatz von minder- bis nicht qualifiziertem Personal. Die BANP bekommt von Pflegenden vertrauliche Überlastungsanzeigen, die mit solch hohen Behandlungszahlen kurz vor der Überforderung stehen.

Die BANP hat eine Steigerung der Fachquote mit entsprechender Pflegefachweiterbildung im Bereich der Dialyse eingefordert. Mit den oben erwähnten Maßnahmen wird gerade dies, ein nicht zu verwirklichendes Ziel. Bereits heute ist in den Einrichtungen mit niedrigem Personalschlüssel und geringem Fachpflegeanteil ein spürbarer Rückgang der Behandlungsqualität sowie die Gefährdung der Patienten nachweisbar.

Die vom Arzt verordnete Dialysebehandlung wird vom Pflegepersonal verantwortlich durchgeführt. Eine alleinige Erhöhung der ärztlichen Vergütung mit gleichzeitiger Absenkung der Sachkostenpauschale steht in deutlichem Widerspruch zur Arbeitsrealität in den Dialyseeinrichtungen, da sich in der Sachkostenpauschale die Vergütung des Pflegepersonals versteckt. Wir erkennen die Notwendigkeit von Einsparungen im Bereich der Dialysebehandlung an. Gerne beteiligen wir uns an Lösungen. Sollten jedoch die von uns befürchteten Einsparungen realisiert werden, so betrifft dies in erster Linie die Sicherheit der Patienten bei der Behandlung und zum zweiten die Berufsgruppe, die für das hohe Maß an Qualität in Dialyseeinrichtungen sorgt.

Wir bitten Sie, unsere Bedenken in Ihren Gremien zu diskutieren und würden uns über eine Stellungnahme freuen.

BANP,
Frankfurt,
17.12.2012

> GHEAP AUFLAGE 2 – Was ist neu?

Ein Qualitätskriterium für Leitlinien ist ein bestehendes Verfahren zur Aktualisierung.

„Verfallsdatum“ der ersten Auflage der GHEAP war das Jahr 2012.
Die zweite Auflage der GHEAP trat 11/2012 in Kraft. Der Überarbeitungsprozess verlief in Anlehnung an DELBI (Deutsches Leitlinien-Bewertungsinstrument, www.delbi.de)

Was ist neu?
Erstmals beteiligten sich alle Interessengruppen (Fachpflege international, Nephrologe, Radiologe, Gefäßchirurg, Patienten, Kanülen-/Katheterhersteller, Dialyseanbieter) an der Leitlinienerstellung und waren in den Konsensusprozess eingebunden.
Das Kapitel Musterdokumente stellt Arbeitsanweisungen (AV-Fistel, Hämodialysekatheter) für die tägliche Praxis zur Verfügung. Die Nomenklatur wurde erweitert um den Bereich OP-Bericht (Anlage, Revision) verstehen.

> Proteste gegen Sachkostenpauschale – wir bleiben am Ball!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie Sie in unserem Statement auf der gegenüberliegenden Seite sehen, befinden wir uns gerade in einer brisanten berufspolitischen Phase, die jeden Einzelnen beruflich, aber auch existentiell persönlich treffen kann. Jetzt zeigt sich, wie wichtig es ist mit einer gemeinsamen Stimme für die Belange der nephrologischen Pflege einzutreten. Die Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologische Pflege (BANP) hat gemeinsam mit den nephrologischen Ärzteverbänden (DN e.V. und DGfN e.V.) und dem Patientenverband (BN e.V) am 14.2.2013 aufs Äußerste gegen die geplanten Kürzungen protestiert.

Aufgrund dieses gemeinsamen Protestes hat der Bewertungsausschuss **keine** Entscheidung getroffen.
Dies werten wir als kleinen Erfolg, obwohl sich insgesamt die Senkung der Wochenpauschale wohl nicht mehr aufhalten lässt. Die Höhe entscheidet aber über die zukünftigen finanziellen Ressourcen jeder nephrologischen Einrichtung in Deutschland. Die Verbände und private Patienteninitiativen versuchen alles, um großen Schaden abzuwenden.
Die Senkung ist nicht nachzuvollziehen. Ohne finanziellen Druck, die Kassen haben milliardenschwere Überschüsse, wird hier über die Qualität und Sicherheit bei der Behandlung und Versorgung chronisch kranker Menschen entschieden.

Unser Ziel ist es, im Dialog mit den anderen Fachgesellschaften, die wichtige Rolle der nephrologischen Pflege im Versorgungssettting herausarbeiten. Leider geht es hier nicht mehr um den flächendeckenden Einsatz von Pflegekräften in den nephrologischen Institutionen sondern eher um konstruktive Diskussionen um gemeinsame Lösungsansätze.
Wie wird es in Zukunft trotz weniger Geld möglich sein, im multidisziplinären Team mit den unterschiedlichen beruflichen Qualifikationen, eine höchst mögliche Versorgungs- und Behandlungsqualität für unsere Patienten zu gewährleisten? Das wird die spannende Frage der Zukunft sein.
Hier müssen die Kompetenzen und Aufgaben der einzelnen Berufsgruppen klar definiert und festgelegt werden.

Wir bleiben für Sie am Ball. Diskutieren Sie mit uns auf unseren Veranstaltungen oder im Internet.
Jedes Statement, jede Stimme hilft!
Wir halten Sie im Internet
www.nephro-fachverband.de
auf dem Laufenden.

Kerstin Gerpheide

... und trotzdem Senkung der Wochenpauschale?!

Pflegehandlungen werden erneut in den Vordergrund gestellt, z. B. Durchführung der ersten Dialyse nach chirurgischer/radiologischer Revision.
Die Knopflochpunktion wird in die Tiefe gehend beschrieben, ergänzende Arbeitsanweisungen erleichtern den Schritt zur Implementierung. Das Kapitel Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung beschreibt am Beispiel der Gefäßzugänge, wie Qualität definiert, gelebt und gesteigert werden kann. Es wir deutlich, dass der Gefäßzugang interdisziplinär gelebt werden muss. Deshalb wird die Entwicklung eines Rückmeldesystems (Feedback) empfohlen, zwei veränderte Musterdokumente stehen auf der Homepage des Fnb zum Download zur Verfügung.

Was ist geblieben?
Weiterhin sind zwei detaillierte Grundlagen zum Gefäßzugang vorhanden. Von daher eignet sich diese Veröffentlichung auch für Interessenten ohne Vorkenntnisse zum Gefäßzugang.
Auch in der zweiten Auflage ist der Satz „Der Gefäßzugang ist die Lebensader des Patienten" so aktuell wie damals.

Zielgruppe der Veröffentlichung:
Die GHEAP richtet sich an alle Beteiligten in der Erstellung,Versorgung,Pflege von Gefäßzugängen für Hämodialyse.

Das sind Pflegekräfte in Dialyseeinrichtungen/stationärer Bereich / ambulante Pflegeeinrichtungen, Nephrologen, Radiologen, Gefäßchirurgen, niedergelassene Ärzte, Patienten und deren Angehörigen.

Die Leitlinie kann bestellt werden über www.nephro-fachverband.de/gefaesszugang-zur-haemodialyse.html

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
anb
Akademie nephrologischer Berufsgruppen
Bürgerwaldstraße 1 | 83278 Traunstein
Telefon: 08 61 - 909 80 767
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

Baxter

Für die freundliche Unterstützung bei der Herausgabe dieser Zeitung bedankt sich der fnb recht herzlich bei Baxter.

Gestaltung | Layout: Projekt E GmbH | Rosenweg 5 | 73087 Bad Boll | www.projekt-e.de
Bilderquelle (Seiten 1, 9, 13, 19, 20 und 31): www.istockphoto.com