Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

forum

Ausgabe
02/2007

Grußwort
Wer macht in Zukunft was?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat jetzt sein neues Gutachten vorgelegt.
Unter dem Titel „Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ präsentieren die sieben Mitglieder des Rates auf über 900 Seiten eine Vielzahl von Empfehlungen zur Reform der bestehenden Versorgungsstrukturen, aber auch Anregungen zu Forschungsaktivitäten und Modellvorhaben.

Dabei werden auch Themen aufgegriffen und Vorschläge unterbreitet, die den Status quo nachhaltig in Frage stellen und daher kaum auf ungeteilte Zustimmung stoßen werden. Hierzu zählt etwa der Vorschlag, die etablierten Tätigkeitsverteilungen und Zuständigkeiten der verschiedenen Gesundheitsberufe zu überdenken und den nicht-ärztlichen Berufen, insbesondere im Pflegebereich, größere Kompetenzen als bislang zuzuerkennen.

Kapitel 2 beschreibt die Entwicklung der Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe als Beitrag zu einer effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung. Hier wird zunächst recht deutliche Kritik geübt an der gegenwärtigen Arbeitsteilung innerhalb der Gesundheitsberufe. „Die Verteilung der Tätigkeiten zwischen den Berufsgruppen entspricht nicht den demographischen Entwicklungen sowie den Veränderungen im Morbiditätsspektrum und hält den neuen strukturellen Anforderungen, insbesondere einer sektorübergreifenden Versorgung nicht stand. Der Prozess der Arbeitsteilung zwischen Ärzten und der Pflege ist durch Rechtsunsicherheit gekennzeichnet und die interprofessionelle Standardisierung von Arbeitsabläufen zu wenig ausgeprägt. Darüber hinaus bestehen eine nicht immer effiziente Arztzentriertheit der Krankenversorgung sowie Ausbildungsmängel. So werden die Gesundheitsberufe nicht adäquat auf die Zusammenarbeit mit anderen vorbereitet.“ (Langfassung, S. 39)

Bei den dann unterbreiteten Veränderungsvorschlägen wird eine allmähliche und in mehreren Schritten zu vollziehende „stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe“ empfohlen.

Christa Tast

Dabei werden explizit der Bereich der Prävention genannt, technik-gestützte Aufgaben und vor allem auch die Pflege. „Die Übertragung internationaler, teilweise sehr weitreichender Modelle wie die advanced nursing practice (z. B. nurse practitioners) ist dabei zu prüfen. In Zukunft sollte die Pflege eigenständig pflegerische Bedarfe einschätzen, Interventionen durchführen und die Resultate der pflegerischen Versorgung verantworten. Die Verordnungsfähigkeit für Pflegebedarfsartikel sollte in die Hand der Pflege gelegt werden.“ Schließlich wird auch eine Neuordnung der medizinischen Ausbildung angeraten und eine Integration von Pflegewissenschaften und -praxis, Physiotherapie, Logopädie und anderen Gesundheitsberufen.

Das Gutachten des Sachverständigenrates in Kurz- und Langassung sowie weitere Presseinformationen finden Sie unter www.svr-gesundheit.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen, dieses Gutachten spiegelt die Ziele und Forderungen des Fachverbandes seit vielen Jahren wieder; jetzt muss die Politik diese Empfehlungen auch umsetzen. Welche Aufgaben Pflege in der Nephrologie eigenverantwortlich übernehmen kann beschreiben wir Ihnen in der nächsten Ausgabe.

Ihre Christa Tast

Inhalt

Grußwort ..... Titelseite

Termine des fnb 2

Surfen zum fnb 2

Pflegepreis Nephrologie 2007 3

Adhärenz
– Herausforderungen an Pflegkräfte 4

Medikamentenberatung
– Eine Aufgabe für Pflegekräfte 5

Hauptstadtkongress 2007 6

1 ½ Jahre fnb, eine Erfolgsgeschichte 7

Evidence-based Nursing, Teil 1 8

Schulungsreihe des fnb für das Jahr 2007:
Schulung vor Ort 9

Schulung vor Ort 2008:
Die zweite Schulungsreihe des fnb e.V. 10

Nierenersatztherapie auf dem Dach der Welt 11

Pflegeprozess und Pflegediagnostik 12

Symposium für nephrologisches
Pflegepersonal in München: 22.09.2007 14

Grusswort und Einladung zum 6. Dreiländer
kongress vom 20. - 22. November 2008 15

36. Internationaler EDTNA/ERCA-Kongress
in Florenz, Italien 16

Gesucht wird... 16

Zentrale Katheter für Hämodialyse 17

Buchbesprechungen 19

Impressum 20

Surfen zum fnb

Kennen Sie die Hompage des Fachverbandes nephrologischer Berufsgruppen?
Nein? Dann will ich Sie Ihnen heute etwas vorstellen.

Auf der Startseite finden Sie alle aktuelle Themen, z.B. Termine unserer Veranstaltungen, neue Veröffentlichungen und sonstige Infos des Verbandes.

Über die Navigationsleiste am linken Rand gelangen Sie zu den Adressen des Vorstandes und weiterer aktiver Mitarbeiter, die Sie direkt über diese Seite auch per Mail erreichen können.
Unter den Punkten Hamburg Seminar, Schulung vor Ort und Regionale Fortbildungen finden Sie alle wichtigen Daten zu den Veranstaltungen. Hier ist auch eine Online-Anmeldung möglich.
Der nächste Dreiländer-Kongress findet vom 20.-22. November 2008 statt. Sie finden hier das Programm sofort nach Fertigstellung, können ab dem Spätherbst online Ihr Hotelzimmer buchen, sich über das Kongresszentrum informieren und auch online registrieren lassen. Beachten Sie bitte die max. Teilnehmerzahl von 500. Schnell sein lohnt sich hier, wie die letzten Jahre gezeigt haben.

Zu vielen Themen der Nephrologischen Pflege hat der fnb Bücher veröffentlicht. Hier können Sie Einblick nehmen und auch bestellen.

Sie interessieren sich für die nephrologische Weiterbildung?
Die Fachweiterbildung Nephrologie wurde auf der Grundlage des Kernlehrplanes der EDTNA/ERCA entwickelt. Der fnb als Nachfolger des deutschen Zweiges der EDTNA/ERCA unterstützt diese Bundesarbeitsgemeinschaft aktiv. Hier treffen sich regelmäßig die Leitungen der deutschen Weiterbildungsstätten. Hier finden Sie Mailadressen, Telefon- und Faxnummern sowie die Ansprechpartner der Weiterbildungsstätten.

Termine des fnb

22.09.2007	München – Kongress für Nephrologie, Pflegesymposium
03.11.2007	Berlin – Der Dialyseshunt
20.11.2007	Fürth – Der Dialyseshunt
17.01.2008	München – Qualitätsmanagement: leben und erleben
19.02.2008	Essen – Qualitätsmanagement: leben und erleben
19. – 20.04.2008	4. fnb und EDTNA/ERCA-Seminar mit Jahreshauptversammlung, Hamburg
29.05.2008	Göppingen – Qualitätsmanagement: leben und erleben
20. – 22.11.2008	6. Dreiländerkongress Konstanz

Seit einigen Jahren vergibt der fnb jährlich den nephrologischen Pflegepreis. Die Richtlinien sowie die Arbeiten der Gewinner können Sie hier einsehen.

Und natürlich können Sie auch in allen bisher erschienen Forum - Ausgaben stöbern. Sie sind hier alle archiviert.

Seit Anfang dieses Jahres gibt es auch einen speziellen Bereich, zu dem nur die Mitglieder des fnb einen Zugang haben. Hier finden Sie künftig Texte zu allen Veranstaltungen des fnb, soweit wir sie von den Referenten erhalten.

Und Mitglied werden können Sie auf unserer Seite natürlich auch.
Habe ich Sie neugierig gemacht auf uns und unsere Aktivitäten?
Dann kommen Sie oft vorbei gesurft.
Was habe ich vergessen? Natürlich – unsere Adresse:

www.nephro-fachverband.de

Uschi Gaspar
Internetredakteurin, Geschäftsstelle

Uschi Gaspar, Geschäftsstelle fnb und Homepagebetreuung

Pflegepreis Nephrologie 2007

Der Fachverband nephrologischer Berufsgruppen, fnb, vergibt jährlich den Pflegepreis Nephrologie. Er dient der Förderung und Auszeichnung hervorragender Leistungen während der nephrologischen Fachweiterbildung.
Die eingereichte Arbeit sollte Aktualität, Originalität und pflegerische Relevanz besitzen. Sie soll Abläufe und Prozesse kritisch bewerten und Verbesserungen im Arbeitsumfeld herbeiführen.
Der Preis ist mit der Summe von € 1.000,-- dotiert.

In diesem Jahr wurden 9 Arbeiten aus 4 Weiterbildungsstätten eingereicht. Die Themen waren wie immer breit gestreut:

- Die Geschichte der Dialyse
- Hospitationsbericht in einer dänischen Peritonealdialyseabteilung
- Ist ein Wiegen nach der Dialyse notwenig?
- Dialysepersonal und aktuelles Wissen im Umgang mit Diabetikern
- Shuntmanagement
- Patientenzufriedenheit
- Dialyse: Schicksal oder Chance?
- Aktivierende Pflege bei älteren Menschen in der NET.

Die Gewinner des Pflegepreis Nephrologie 2007 sind:
Fachweiterbildungskurs 5, WB Stätte der Kreiskliniken Traunstein-Trostberg GmbH.
Petra Dörfler, Kerstin Gerpheide, Hedwig Kallsperger, Claudia Kretzschmar, Karin Losbichler, Marion Meier, Mario Peuser, Daniela Siebentritt, Andrea Schmidtbauer.

Die Übergabe des Preises erfolgt am 19. April 2008 im Rahmen des 4. fnb Seminar in Haus Rissen, Hamburg.

„DER BEGINN DES PFLEGEPROZESSES ZUR ERSTEN HÄMODIALYSE IST ZU SPÄT“

Kurzfassung der Arbeit

Der Beginn des Pflegeprozesses zur ersten Hämodialyse ist zu spät! Was für eine Aussage - Leider mussten wir diese Hypothese nach der Auswertung unserer Fragebögen sogar noch verändern, bzw. ergänzen, nämlich: Der Beginn des Pflegeprozesses ist nicht zu spät, sondern es findet noch gar kein frühzeitiger professioneller Pflegeprozess in der Hämodialyse statt. Bedenkt man, dass es kaum einen anderen Fachbereich gibt, indem ein so langer, intensiver Kontakt zwischen Patient und Pflegepersonal besteht, ist man bestürzt, wenn man feststellt, dass daraus zu wenige Möglichkeiten für eine gute, geplante Pflege genutzt werden.
Pflegemodelle, Pflegestandard, Pflegeprozess, diese Begriffe finden im Alltag, in der Umsetzung kaum statt, ja viele wissen überhaupt nichts damit anzufangen.
Im Laufe von 50 Jahren hat sich aber die Pflege in der Nephrologie einem gewaltigen Aufgabenwechsel unterzogen. In der heutigen nephrologischen Pflege werden neue Anforderungen, wie z. B. Fachkompetenz, Arbeiten im multidisziplinären Team und das Erkennen von Pflegeressourcen, verlangt.
Der Gesetzgeber hat dem erheblichen Wandel, den die Pflege vollzogen hat, in der Neufassung des Krankenpflegegesetzes im Jahr 2004 Rechnung getragen.
Die Verantwortlichen reagieren darauf aber nur schwerfällig.
Eine gelungene Umsetzung des Pflegeprozesses ist bis heute eine Vision. Versuche, den Pflegeprozess in der Praxis umzusetzen, erfordern bis heute ein hohes Maß an persönlichem Einsatz, um der unüberschaubaren Formularvielfalt und der überfordernden Dokumentation Herr zu werden.
Uns war die Meinung der persönlich Betroffenen wichtig, die der Patienten, der Ärzte und des Pflegepersonals, um daraus eventuell Lösungsansätze herauszuarbeiten. In der Arbeit wurde klar sichtbar, wie notwendig der frühzeitige Beginn des Pflegeprozesses in der Hämodialyse ist. Lösungsansätze wurden theoretisch versucht, bzw. positive Beispiele aus der Praxis beschrieben.

Wir denken:
Nephrologische Pflegekräfte können viel mehr, als sie in der Praxis umsetzen dürfen. Durch die Einbeziehung der Pflege in die nephrolgische Ambulanz kann der Pflegeprozess in der geforderten Form frühzeitig beginnen.

Adhärenz – Herausforderungen an Pflegkräfte auf Dialyse-Stationen

Stefan Titzrath. Medizinjournalist

Die Therapie von Patienten mit chronischem Nierenversagen hat eine Achillesferse: die Umsetzung der gemeinsam von Patient und Arzt vereinbarten Therapieregeln und -ziele, kurz Adhärenz genannt. Dabei ist die Adhärenz zur Kontrolle der Hyperphosphatämie eine ganz besondere Herausforderung, da sie in hohem Maße mit über den weiteren Krankheitsverlauf und die Prognose des Patienten entscheidet. Die verordneten Medikamente und Maßnahmen werden oft nur unzureichend umgesetzt, weil erhöhte Phosphat-Serumspiegel lange symptomlos bleiben und die Kontrolle mit Phosphatbindern und phosphatarmer Diät bisher aufwendig und kompliziert ist. Experten sind sicher: Beim Thema Adhärenz ist insbesondere auch das Engagement von Pflegerinnen und Pflegern auf Dialyse-Stationen gefordert.

DIE ADHÄRENZ BEDARF STÄNDIGER UNTERSTÜTZUNG

Nach einem Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2003 werden etwa 30% bis 50% der für chronisch Kranke verschriebenen Arzneimittel nicht entsprechend den zwischen Arzt und Patient verabredeten Einnahmeregeln genommen. Dabei gibt es große individuelle Adhärenz-Unterschiede, erklärte Professor Dr. Rob Horne, London, England.

Ärzte und Pflegekräfte sollten sich stets bewusst sein, dass die bloße Bereitstellung klarer Informationen, Empfehlungen und Anweisungen nicht ausreicht, um die Therapietreue des Patienten sicherzustellen. Denn nur selten folgt ein Patient ‚blind' den Ratschlägen seines Arztes oder des medizinischen Personals. Vielmehr neigt jeder Patient dazu, alle Informationen unter Anwendung seiner eigenen krankheitsbezogenen Vorstellungen, Ideen, Konzepte und Ängste zu interpretieren und erst dann zu entscheiden, ob und wie weit er den Ratschlägen folgt. Dabei können die Vorstellungen des Patienten sein Verhalten stärker beeinflussen als es die Ratschläge des Arztes oder des medizinischen Personals vermögen.

WAS DEN PATIENTEN BEWEGT

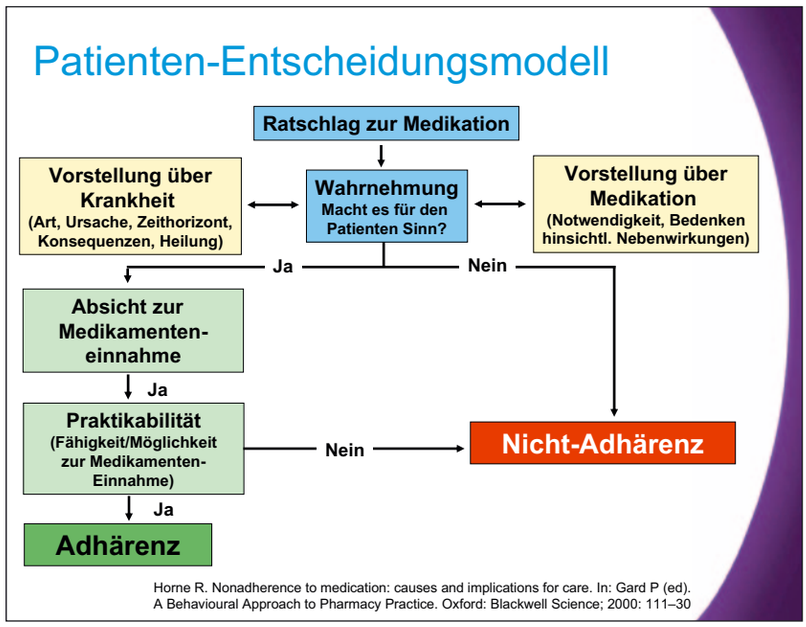
Zur Nicht-Adhärenz kann es unabsichtlich durch mangelnde Fähigkeiten wie Vergesslichkeit, Unfähigkeit zur Befolgung der Instruktionen. Wegen geringem Verständnis oder physischen Problemen wie schlechtes Sehen oder beeinträchtigter manueller Geschicklichkeit. Aber auch praktische Barrieren (Schwierigkeit beim Schlucken großer Kapseln oder Tabletten, Geschmacksaversion, große Zahl der Tabletten, Schwierigkeiten beim Öffnen von Packungen, Transportschwierigkeiten) können die Adhärenz beeinträchtigen.

Durch psychologische Barrieren kann es aber auch absichtlich zur Nicht-Adhärenz kommen. Das passiert insbesondere dann, wenn beispielsweise der Patient mit chronischer Niereninsuffizienz und Hyperphosphatämie die Schwere seiner Erkrankung unterschätzt, an der Notwendigkeit einer phosphatsenkenden Behandlung zweifelt und den Nutzen der Phosphatbinder für gering hält. Verstärkt werden seine ablehnende Einstellung und damit die Nicht-Adhärenz noch, wenn er Nebenwirkungen der Medikamente fürchtet oder erleidet und ihm die Sicherheit dieser oder ganz generell jeder Pharmakotherapie Sorgen bereitet, zumal wenn die Zahl der verordneten Tabletten groß ist.

Die Arten, Gründe und Häufigkeiten für Nicht-Adhärenz ermittelte Professor Horne in einer eigenen Studie mit 221 Patienten mit Nierenversagen und Hyperphosphatämie, die mit Phosphatbindern behandelt wurden: 41% gaben an, die Einnahme manchmal, oft oder immer zu vergessen, 38% vergaßen die Einnahme zur Mahlzeit, 23% änderten selbst die Dosierung, 19% ließen bewusst gelegentlich eine Dosis aus, 14% hatten die Einnahme schon mal unterbrochen, 12% beendeten die Einnahme wegen des Geschmacks der Tabletten und 11% wegen sonstiger Einnahmeschwierigkeiten.

Dass sie ohne Phosphatbinder kränker würden, bezweifelten 54% der befragten Patienten. 23% bzw. 39% widersprachen, dass ihre Gesundheit gegenwärtig bzw. zukünftig von dieser Medikation abhinge, 35% hielten die Einnahme zu den Mahlzeiten für nicht so entscheidend, 33% gaben zu, dass sie den Sinn der Phosphatregulierung nicht verstanden hätten, und 32% bezweifelten, dass man die Phosphatspiegel mit Phosphatbindern effektiv kontrollieren könne.

Immerhin 40% sorgten sich um die Langzeiteffekte der Phosphatbinder, 32% fanden die Befolgung der Therapie für zu schwierig, 31% bekannten, dass ihnen die Phosphatbinder rätselhaft erschienen, 30% war die Tablettenzahl zur Einnahme zu groß, 29% sorgten sich über die große Zahl aller ihnen verordneten Tabletten, 21% fürchteten, von der Medikation abhängig zu werden. Der Patient handelt stets so, wie es ihm seine praktischen Möglichkeiten und sein Verständnis erlauben und wie er es mit seiner Einschätzung der Lage vereinbaren kann.



ADHÄRENZ: EINE STÄNDIGE HERAUSFORDERUNG FÜR DEN ARZT UND DIE PFLEGE
Damit die Therapie vom Patienten möglichst treu befolgt werden kann, sehen sich der behandelnde Arzt und das medizinische Personal mit folgenden Herausforderungen konfrontiert: Beide sollten die Vorstellungen, die der Patient über seine Krankheit und deren Therapie hat, ergründen und den Patienten durch adäquate Informationen und Antworten auf seine Fragen in eine Lage versetzen, in der er ohne Vor- oder Fehlurteile sachlich, kompetent und frei über die Therapie entscheidet. Und wenn er sich für die Medikamenteneinnahme entschieden hat, sollte der Arzt ein Medikament wählen und, dessen Einnahme für den Patienten möglichst praktikabel ist (siehe Abbildung).

Unter Berücksichtigung dieser Herausforderungen erscheint Lanthancarbonat (Fosrenol®) für die indizierte phosphatsenkende Therapie als Medikation der ersten Wahl, da diese Medikation eine besonders hohe Aussicht auf Adhärenz verspricht. Lanthancarbonat ist nach den Ergebnissen klinischer Studien und den Erfahrungen aus der Praxis nicht nur einer der potentesten Phosphatbinder, es ist auch einer der am besten hinsichtlich Sicherheit und Verträglichkeit untersuchten überhaupt. Aufgrund seiner Wirkpotenz reicht zur Behandlung eine so geringe Dosis, dass die meisten Patienten mit drei Tabletten pro Tag bzw. einer Tablette pro Mahlzeit auskommen, was die Therapie der Hyperphosphatämie gegenüber anderen verfügbaren Optionen wesentlich vereinfacht und hilft, die Adhärenz zu steigern.

Die Fosrenol®-Kautabletten, die 250 mg, 500 mg, 750 mg oder 1.000 mg Lanthan pro Tablette enthalten, werden ohne Flüssigkeit während oder unmittelbar nach der Mahlzeit eingenommen. Sie werden vor dem Schlucken gut gekaut und zerfallen dabei leicht. Bereitet das Kauen Schwierigkeiten, so können die Tabletten alternativ vor der Einnahme zermörsert werden. Die Einnahme auf leeren Magen ist aus Gründen der Verträglichkeit zu vermeiden.

Medikamentenberatung

– Eine Aufgabe für Pflegekräfte

Ulrike Märtin

Medikamente sind ein wesentlicher Bestandteil in der Behandlung einer Erkrankung. Jede unkontrollierte Einnahme kann schwere Schäden hervorrufen. Eine strenge Indikationsstellung ist deshalb ein wichtiger Grundsatz der medikamentösen Therapie bei Nierenkranken. Mit fortschreitender Niereninzuffizienz steigt die Anzahl der Begleit – und Folgeerkrankungen, daraus resultierend erhöht sie auch die Anzahl der verordneten Medikamente. Es ist bekannt, dass mit steigender Tablettenzahl die Compliance des Patienten sinken kann. Es erhöht sich also die Gefahr, dass die medikamentöse Therapie vom Patienten selbstständig geändert, in der Regel minimiert, wird. Die Verordnung der Medikamente gehört zweifelsfrei zu den ärztlichen Aufgaben, uns Pflegekräften obliegt die unterstützende beratende Funktion. Bei unserer tagtäglichen Arbeit erleben wir immer wieder Situationen, dass Patienten ihre Medikamente falsch oder gar nicht einnehmen, weil z.B. die Sinnhaftigkeit nicht eingesehen wird bzw. eine Überforderungen der Patienten dazu führt, dass Medikamente falsch eingenommen werden.

Nur eine kleine Auswahl der Medikamente!

WELCHE ZIELE HAT DIE MEDIKAMENTENBERATUNG?
Wir wollen den Patienten Sicherheit und Handlungskompetenz im Umgang mit ihrer Erkrankung und ihrer Medikation geben. Das Wissen über die korrekte Einnahme und Wirkungsweise kann Einnahmefehler vermeiden.
Hilfreich ist auch, dass wir den Patienten erklären, wie sie mit nichtmedikamentösen Therapien oder Verhaltensweisen positiven Einfluss auf ihre Erkrankung nehmen können. Bei der Bluthochdruckbehandlung hat der Patient viele Möglichkeiten der nichtmedikamentösen Einflussnahme, wie z.B.:

- Rauchen einstellen
- Übergewicht reduzieren bzw. vermeiden
- salzarme Ernährung, angepasste Flüssigkeitszufuhr
- Stress meiden, öfters mal ausspannen
- Bewegung an der frischen Luft, Sport treiben
- Selbstkontrolle der RR-Messung, Dokumentation im RR-Tagebuch
- blutdrucksenkende Medikamente nicht vor der Dialyse einnehmen

DER SCHLÜSSEL ZUR ERFOLGREICHEN BERATUNG
Beim Gespräch mit dem Patienten dürfen wir nicht mit Fremdwörtern arbeiten, sondern sollten klare und deutliche Aussagen treffen. Die Beratungsziele müssen den kognitiven Fähigkeiten des Patienten angepasst werden. Oftmals ist es sinnvoll Angehörige mit einzubeziehen, da diese zu Hause teilweise die Medikamenteneinnahme vorbereiten und überwachen. Sinnvoll sind leicht zu befolgende Anweisungen, z.B. ist es leichter, täglich ½ Tablette einzunehmen, als jeden zweiten Tag 1 Tablette. Jüngere Patienten profitieren in der Phosphatbindertherapie von flexibleren Anordnungen wie z.B. 6 Tabletten am Tag zu den Mahlzeiten als die statische Dosis von 3 x 2 Tabletten.
Den Lernenden dort abholen, wo der Lernende steht, heißt, durch Fragen erfassen, ob der Patient das Besprochene auch richtig verstanden hat bzw. vorhandenes

Wissen in die Beratung mit einzubeziehen. Missverständnisse können vermieden werden, wenn der Patient das Besprochene mit seinen eigenen Worten wiedergibt.

WAS GEBEN WIR DEM PATIENTEN MIT, DAMIT ER AUCH ZU HAUSE GUT INFORMIERT IST?

Ein aktueller Medikamentenplan in schriftlicher Form ist die Grundlage für eine sichere Medikamenteneinnahme. Dieser sollte immer die gleiche Struktur aufweisen, z.B. zuerst alle Blutdruckmedikamente, dann alle Medikamente für den Calcium-Phosphathaushalt, dann wasserlösliche Vitamine, etc. . Bei jeglicher Änderung erhält der Patient einen neuen Plan, auf dem farblich gekennzeichnet ist, welche Änderung vorgenommen wurde. Wichtig ist der Hinweis, dass Medikamentenanordnungen durch Konsiliarärzte oder homöopatische Therapien nur nach Rücksprache mit dem behandelnden Nephrologen erfolgen sollten. Naturarzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel können zu Interaktionen mit anderen Medikamenten führen. Auch Interaktionen mit Nahrungsmitteln sind möglich, wie z.B. bei Grapefruitsaft und Immunsuppression. Ebenso ist Milch, Kaffee oder schwarzer Tee zur Medikamenteneinnahme als ungeeignet einzustufen.

Einzelgespräch mit einer älteren neuen Dialysepatientin

WELCHE FEINHEITEN FINDEN SICH EBENFALLS IN DER MEDIKAMENTENBERATUNG WIEDER?

Die Einnahme bestimmter Medikamente kann Laborkontrollen fehlerhaft beeinflussen, z.B. PTH-Kontrolle unter Calcimimetikatherapie, Faktor Xa-Kontrolle unter Thromboseprophylaxe mit niedermolekularem Heparin. Zur Sicherstellung der korrekten Blutabnahme sind Patienten diesbezüglich zu informieren.

Auch die Lagerung ist zu besprechen. Medikamente sind in einem geschlossenen möglichst verschließbarem Schrank, vor Hitze und Feuchtigkeit geschützt, aufzubewahren. Insuline, Clexane®, oder ESF-Präparate sind im Kühlschrank aufzubewahren. Das Verfallsdatum ist zu beachten. Ist dies überschritten, dürfen die Medikamente nicht mehr eingenommen werden. Die verfallenen Medikamente sind über die Apotheke zu entsorgen.

„Harmlose“ Nebenwirkungen können dazu führen, dass der Patient die Medikation eigenverantwortlich absetzt, z.B. Schwarzfärbung des Stuhls bei oraler Eiseneinnahme oder Gewichtszunahme bei Cortison. Das Gespräch über mögliche Nebenwirkungen, das Nachfragen über die Verträglichkeit der Medikation fördert eine zuverlässige Medikamenteneinnahme. Die Weitergabe dieser Informationen unterstützt den Nephrologen in seiner Therapie.

FAZIT

Die Medikamentenberatung ist ein dauerndes aktuelles Thema. Für uns Pflegekräfte beinhaltet sie mehr, als Therapiepläne oder Rezepte drucken. Ein wesentlicher Bestandteil unserer tagtäglichen Arbeit ist die Schulung und Beratung unserer Patienten. Durch die Medikamentenberatung tragen wir Pflegekräfte eine Mitverantwortung für die Behandlungsqualität der medikamentösen Therapie.

Hauptstadt-kongress 2007

Medizin und Gesundheit

Dieter Rüger

Ich habe mich mal wieder hinter dem Ofen hervorgewagt! Ein Kongress ohne Nephrologie, eine Messe ohne all das, was ich seit Jahren kenne. Der Hauptstadtkongress, eine Großveranstaltung, die seit 10 Jahren stattfindet, sollte es sein. Die Organisatoren geben die Anzahl der Besucher mit über 5000 an – dafür war es blendend organisiert! Außer mir war auch die Ulla Schmidt und Annette Schavan da. Im Gegensatz zu den beiden war ich allerdings sozusagen undercover oder besser gesagt bin ich in der Menschenmenge untergegangen. Das Besondere an der Veranstaltung ist, dass unter einem Dach die Pflege, das Ärzteforum, Klinik Rehabilitation und auch Versicherungen ihre Veranstaltung durchführen. Zugangsberechtigt ist man als Pflegekraft in fast 80 % der Vorträge. An den drei Tagen gab es über 100 Vorträge oder Veranstaltungen zu hören, so dass die Auswahl manchmal recht schwierig war. Ich habe meinen Schwerpunkt auf Vorträge gelegt, die mit dem Team zu tun haben. „Gute Pflege durch motivierte Mitarbeiter – Führungsqualität als Schlüssel – Management und Führen – Pflege und Ärzte, Partner oder Konkurrenten? Da gab es beeindruckende Sätze wie: „Spitzenleistungen werden immer von Menschen erbracht, nie von Institutionen“. Zu allen Vorträgen gab es anschließende Diskussionen, was wirklich sehr spannend war. Natürlich gab es auch viel Medizinisches und Pflegerelevantes zu hören. „Der OP der Zukunft“ war schauerlich technisch, und „Der Adipöse Patient“ hat mir das Mittagessen verdorben, „die Versorgung der chronischen Wunden“ war beeindruckend, und die Frage: „Wie schlecht ist das Gesundheitssystem tatsächlich“ wurde ernüchternd beantwortet.

Zusammenfassend möchte ich die Veranstaltung als sehr gewinnbringend bezeichnen. Dafür seinen Bildungsurlaub zu investieren, scheint mir mehr als gut. Ich werde sicherlich wieder hinfahren, nicht nächstes Jahr, denn da geh ich zum Dreiländerkongress des fnb nach Konstanz! Übernächstes Jahr vielleicht – vielleicht kommen Ulla und Annette ja auch wieder.

Das Zentrum der Macht, in welchem Ulla und Annette wirken

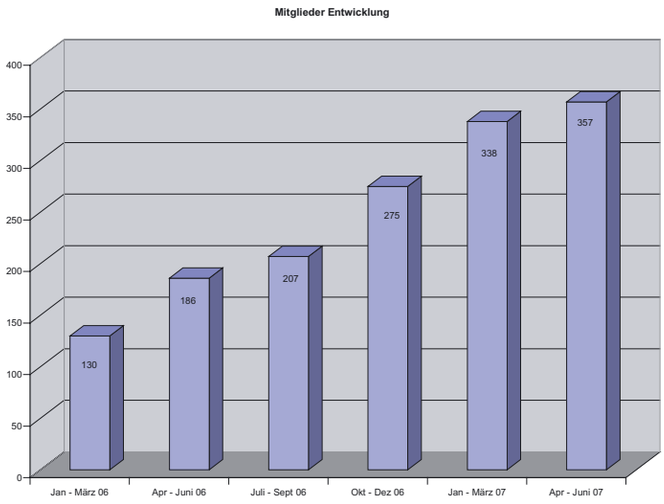
1 ½ Jahre fnb, eine Erfolgsgeschichte

- Zwischenbericht zur Mitgliederentwicklung

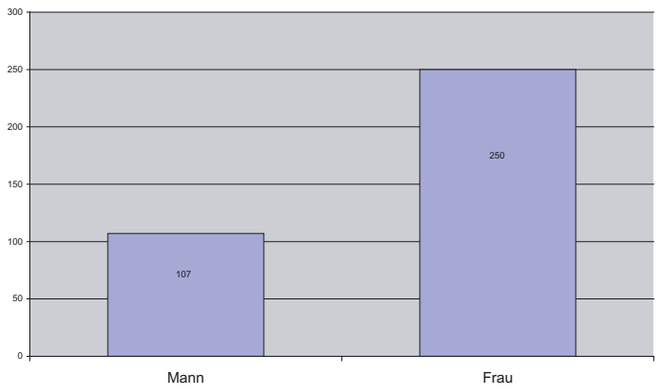
Uschi Gaspar, Geschäftstelle fnb

Beim Hamburg Seminar 2005 des deutschen Zweiges der EDTNA/ERCA wurde die Gründung eines eigenständigen deutschen Berufsverbandes sowie die Auflösung des deutschen Zweiges bekannt gegeben. Die Gründe dazu können Sie im Forum Nr. 1/2006 nachlesen, welches Sie auch auf der Homepage des fnb finden.
Spontan entschlossen sich 33 Teilnehmer des Seminars Mitglied des neuen Verbandes zu werden. Rita Adler aus Tübingen wurde das erste Mitglied mit der begehrten Mitgliedsnummer 1. Seitdem sind viele Mitglieder dazu gekommen, der aktuelle Stand betrug im Juni 357 Personen.

Vielen Dank für Ihr Vertrauen und die Unterstützung, die wir von vielen Mitgliedern erfahren.

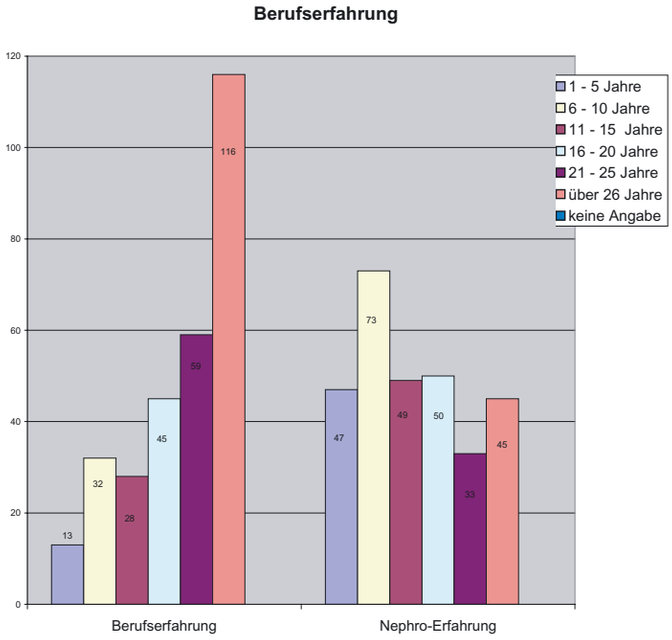


Wer sind nun die Mitglieder des fnb?
Hier finden Sie die Antworten:



1/3 Männer zu 2/3 Frauen ist eine ausgeglichene Bilanz, da in der beruflichen Praxis der Anteil der Frauen noch weitaus höher liegt.

Die Berufserfahrung und Erfahrung im Bereich der Nephrologie ist wie folgt verteilt:

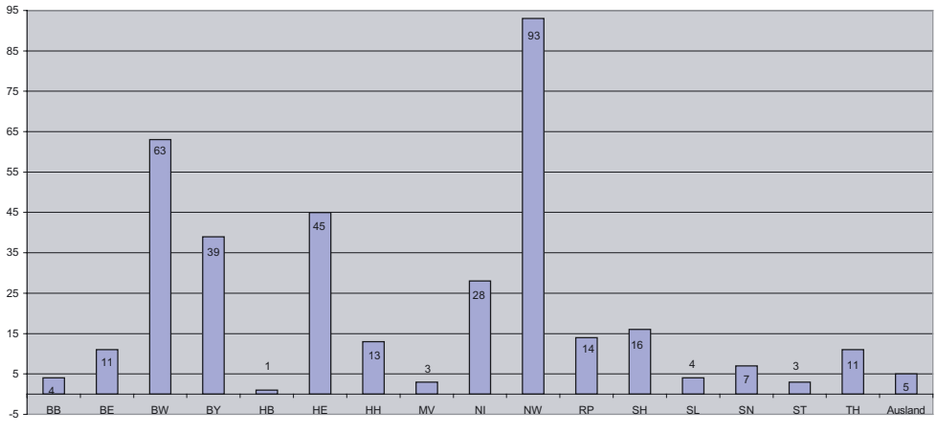


Es freut uns sehr, dass alle Gruppen, die „Jungen“ und die „alten Hasen“ sich im fnb zuhause fühlen. Gerade dieser Mix lässt uns alle im Austausch miteinander und voneinander profitieren.

Das multidisziplinäre Team findet sich im fnb wieder. Ein Großteil unserer Mitglieder sind Gesundheit- und Krankenschwestern bzw. Fachgesundheits- und Fachkrankenschwester für Nephrologie. Aber, und darauf sind wir stolz, auch alle anderen Beteiligten in der Versorgung nephrologischer Patienten, wie Arzthelferin und Arzthelferin Dialyse sind im fnb vertreten sowie Ärzte, Industrievertreter, Ernährungsberater, Pflegewirt und Techniker. Es wird deutlich, dass der fnb ein Verband für „alle“ Berufsgruppen in der Nephrologie ist.
In folgenden Fachbereichen arbeiten unsere Mitglieder. Führend ist, wie zu erwarten war, die Hämodialyse. Mit 9 Personen aus dem Bereich Lehre kann der fnb auf viele Referenten aus den eigenen Reihen zurückgreifen, was sich in der noch jungen erfolgreichen Schulungsreihe „Schulung vor Ort“ sehr positiv auswirkte.
Die Arbeitgeber unserer Mitglieder spiegeln die Struktur der nephrologischen Landschaft wieder. Kliniken, private Dialyseanbieter, gemeinnützige Stiftungen, andere Berufsverbände, und hervorzuheben ist die Industrie als Partner unseres noch jungen Berufsverbandes.
Als letztes noch die Länderverteilung. NRW ist führend, dicht gefolgt von Baden-Württemberg. Wir wünschen uns, durch unsere Schulungsreihe „Schulung vor Ort“ die Mitgliederzahl auch in den anderen Bundesländern steigern zu können. Die Ausländischen Mitglieder kommen aus der Schweiz (2x), Österreich (1x),

Dänemark (1x) und Schweden (1x). Um den internationalen Kontakt zu pflegen, ist der fnb in engem Kontakt mit der EDTNA/ERCA und erweitert Kontakte zu weiteren Verbänden wie der Vascular Access Society.

Bundesländer Verteilung



Nun aber genug der Zahlen und Statistiken. Mit einer Bitte möchte ich abschließen:

Bitte teilen Sie Änderungen Ihrer Adresse, des Namens und Ihrer Bankverbindung unserer Geschäftsstelle mit.
Sie ersparen uns hierdurch viel Zeit und auch Geld, welches wir gerne in weitere Projekte investieren möchten.

Und bitte empfehlen Sie uns weiter, das Forum können Sie gerne als Werbemittel einsetzen.

Evidence-based Nursing:

Ein sinnvolles Konzept für die nephrologische Pflege?

Teil 1

Dietmar Wiederhold

cand. Dipl.-Pflege- und Gesundheitswissenschaftler
Fachkrankenpfleger Nephrologie

AWO Gesundheitsdienste GmbH
Nephrologisches Zentrum Niedersachsen
Institut für Nephrologische Fort- und Weiterbildung
Vogelsang 105
34346 Hann. Münden
d.wiederhold@awogsd.de

Sicherlich hat schon jeder nephrologisch Pflegender die Schlagworte „evidenzbasierte Pflege“, „Pflegeforschung“ oder „wissenschaftlich begründete Pflegeentscheidungen“ gehört. Deshalb wollen wir in dieser und in der nächsten zwei Ausgaben von Forum das Konzept des Evidence-based Nursing näher vorstellen und der Frage nachgehen, ob unsere anvertrauten Patienten durch eine wissensbasierte Pflege profitieren können.

Der Ingenieur, Wissenschaftler und Philosoph Charles Franklin Kettering soll einmal gesagt haben *„Wenn Du es schon immer so gemacht hast, dann ist es höchstwahrscheinlich falsch“*.
Geht es uns in unserer alltäglichen nephrologisch-pflegerischen Praxis nicht auch so, dass wir uns oft fragen, ob die Interventionen, die wir ausführen, nur so durchgeführt werden, weil wir es immer schon so gemacht haben oder fragen wir uns, ob es wissenschaftliche Belege gibt, die unser Handeln begründen? Und, kann es sich die moderne Krankenpflege denn überhaupt noch leisten, Pflege zu betreiben, dessen Wirksamkeit nicht nachgewiesen ist, die mitunter die Gefahr in sich birgt, gar schädlich für den Patienten zu sein?
Jeder, der sich seiner großen Verantwortung, als am Behandlungs- und Genesungsprozess aktiv Beteiligter, bewusst ist, muss diese Frage mit einem klaren „nein“ beantworten, will er nicht Gefahr laufen, sich der Ignoranz und Unprofessionalität hinzugeben. Diese Problematik hat auch der Gesetzgeber erkannt, indem er durch den § 3 des aktuellen Krankenpflegegesetzes die Pflege nach „... allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher [...] Erkenntnisse ...“ als Ausbildungsziel neu mit aufgenommen hat. Die Pflege soll eben nicht allein auf Tradition, Intuition, Erfahrung, Autoritäten oder auf Versuch und Irrtum aufgebaut sein, sondern im Zusammenspiel mit regelgeleiteter Forschung (vgl. Mayer 2001: 12 ff.).
Nun, wenn man an dieser Stelle weiß, dass die Praxis wissenschaftlich fundiert sein soll, stellt sich aber für jeden Mitarbeiter die Frage, wie man denn zu solchen Erkenntnissen gelangen und sie vor allem in die Praxis integrieren kann. Man benötigt also ein Konzept, welches in der Lage ist, wissenschaftliche Erkenntnisse in die täglichen Entscheidungsfindungen und Handlungen einzubeziehen.

Hier setzt das Konzept des Evidence-based-Nursing (EBN) an, **welches als die sinnvolle Integration der derzeit besten wissenschaftlichen Belege im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionell Pflegenden verstanden wird** (vgl. Behrens et al. 2006: 27). Gerade die Anerkennung der „Einzigartigkeit“ der uns anvertrauten Pflegebedürftigen bedeutet, dass nicht nur die Suche nach geeigneten Interventionen in der EBN im Vordergrund steht, sondern auch die Integration von wissenschaftlichen Belegen, die uns helfen, die Situation der Pflegebedürftigen und deren Angehörigen besser zu verstehen.

So können beispielsweise Studien helfen, die Effektivität einer gut durchgeführten Mundpflege im Hinblick auf die Senkung der Inzidenz von Pneumonien zu beleuchten. Auch ist es möglich, durch Studien über das Krankheitserleben von Dialysepatienten deren Situation besser zu verstehen, um so gezielter Interventionen planen zu können. Durch diesen Respekt vor den Patienten in seiner individuellen Situation muss aber verhindert werden, dass wissenschaftliche Studien unreflektiert bei allen Pflegebedürftigen angewandt und alle jetzt plötzlich wissenschaftlich fundiert, aber nach „Schema F“ gepflegt werden. Dieses impliziert, dass nicht nur Ergebnisse der Pflegeforschung bei allen pflegerischen Entscheidungen mit einbezogen werden müssen, sondern auch das vorhandene Wissen und die praktischen Erfahrungen der Pflegenden (also deren Expertise), die Ziele und Vorstellungen des Pflegebedürftigen und die Umgebungsbedingungen, unter denen die Pflege stattfindet. Je nach der konkreten Fragestellung variiert die Gewichtung der einzelnen, in der folgenden Abbildung dargestellten, Komponenten (vgl. Behrens et al. 2006: 28 f.).

Komponenten pflegerischer Entscheidungen (Behrens et al. 2006: 28)

Zusammenfassend kann in diesem ersten Teil unserer Reihe festgehalten werden, dass die Fundierung der pflegerischen Praxis nicht nur gesetzlich verankert ist, sondern vor allem eine Verpflichtung aus dem Respekt und der Verantwortung vor den Pflegebedürftigen heraus seinen bedeutenden Stellenwert findet. Dabei soll durch EBN, als eine konkrete Handlungsanweisung, sinnvoll die besten zur Verfügung stehenden Ergebnisse der Pflegeforschung in die pflegerische Entscheidung integriert werden.

In unserer nächsten Ausgabe von *forum* wird im 2. Teil die methodische Herangehensweise von EBN an einem praktisch-relevanten Beispiel dargestellt.

LITERATUR

Behrens, J. / Langer, G. (2006):
Evidence-based Nursing and Caring. Interpretativ-hermeneutische und statistische Methoden für tägliche Pflegeentscheidungen.
Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. 2., vollst. überarb. U. erg. Aufl. Bern: Huber.
Mayer, H. (2001):
Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. 2., überarb. Aufl. Wien: Facultas.

Schulungsreihe des fnb für das Jahr 2007: Schulung vor Ort

THEMA: DER DIALYSESHUNT

Aufgrund des großen Erfolgs der Schulungsreihe wird diese nun auch in folgenden Städten angeboten:

Berlin
Wannseekrankenpflegeschule
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Kontaktperson: Karin Gaul
Datum: 03.11.2007

Fürth
KfH Fürth
Robert Koch Str. 41
90766 Fürth
Kontaktperson: Christa Hein
Datum: 20.11.2007

Anmeldungen und mehr dazu auf unserer Internetseite
www.nephro-fachverband.de

Schulung vor Ort:
Die zweite Schulungsreihe des fnb e.V.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in den nächsten Jahren wird die Organisation und Sicherstellung der Qualität in der Patientenversorgung eine noch größere Bedeutung gewinnen. Aus diesem Grund hat der fnb die Schulungsreihe „Der ältere Mensch in der Nierenersatztherapie“ geändert und auf einen späteren Zeitpunkt verschoben. Das neue Schwerpunktthema für das Jahr 2008 wird die Entwicklung von Qualitätsmanagementsystemen in Dialyseeinrichtungen sein.

Speziell die Integration fachspezifischer Inhalte sichert langfristig den Erfolg eines QM – Systems. Auf gesetzlicher Grundlage, auf Grundlage der Empfehlungen der Fachgesellschaft und der ergonomischen Anforderungen im Zentrum werden Arbeitsabläufe geprüft, wenn nötig optimiert, und so wird eine dokumentierte Organisationsstruktur geschaffen. Didaktische Hilfsmittel sorgen dafür, dass Mitarbeiter in den betreffenden Bereichen die notwendige Unterstützung erhalten.
Als größte Beschäftigungsgruppe in Dialyseabteilungen wird Pflegepersonal in die Umsetzung von Qualitätsmanagementsystemen besonders involviert sein. Damit bietet QM eine Chance zur Mitgestaltung und Optimierung von Arbeitsprozessen und Arbeitsabläufen. Durch Klärung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen wird die interne Kommunikation verbessert und die Eigenverantwortung erhöht.
Jede Dialyseeinrichtung hat Verbesserungspotentiale. Wenn man sie kennt, können sie mit einem gut funktionierenden QM – System in Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit umgewandelt werden. Werden möglichst viele Mitarbeiter in die Verantwortungsbereich einbezogen, entwickelt sich deren Standpunkt gegenüber QM mit Sicherheit positiv.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass ein QM – System nachweisbar ein Verfahren ermöglicht zwecks Sicherstellung der Mitarbeiterqualifizierung, Optimierung von Arbeitsabläufen, Überwachung des technischen und hygienischen Zustand der Geräte und Einrichtungen, Auswahl und Überwachung der Medizinprodukte und Bewertung der Therapiequalität im Sinne einer möglichst nebenwirkungsfreien Therapie. Durch regelmäßige Bewertungen des Systems werden Schwachstellen erkannt und abgestellt. Ein erfolgreiches Qualitätsmanagement verhindert daher Risiken und kann helfen, das Image zu verbessern.

Diese Schulungsreihe soll unter anderem den praktischen Einsatz zu QM erleichtern, gesetzliche Vorgaben und Richtlinien erläutern und den Stellenwert der gewonnenen Messergebnisse im Prozess darstellen.

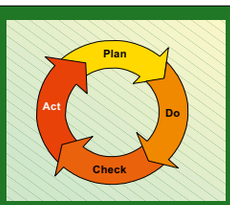
Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e.V.

Schulungsreihe vor Ort

Termine 1. Halbjahr 2008
München 17.01.2008, Erfurt 19.02.2008, Essen 25.03.2008, Göppingen 29.05.2008
2. Halbjahr in Planung

Thema : **Qualitätsmanagement – leben und erleben !**

- Allgemeine Einführung zu QM
- Der praktische Einstieg – wie packen wir es an
- Hämodialyse und die beteiligten Prozesse
- Gesetzliche Vorgaben und andere Richtlinien
- Arbeitsabläufe mit besonderem Risiko
- Bewertung von Messergebnissen



Weitere Informationen über die Fortbildung wie:
Veranstaltungsort, Anmeldung, regionaler Ansprechpartner usw. erhalten Sie im Internet unter
www.nephro-fachverband.de

oder bei der **Geschäftsstelle des fnb**
Uschi Gaspar
In den Beunen 6
65479 Raunheim
uschi.gaspar@nephro-fachverband.de
Telefon: 06142 408549
Fax: 06142 408551

Wir würden uns freuen, Sie auf einer unserer Veranstaltungen als Teilnehmer zu begrüßen.

Conny Bringmann

Nierenersatztherapie auf dem Dach der Welt

10 Jahre National Kidney Centre, Kathmandu, Nepal

von Dr. med. Richard Storkenmaier, Sindelfingen

Wer hat nicht schon von einem Trekkingurlaub in Nepal geträumt, dem geheimnisvollen Land auf dem Dach der Welt, das von der nordindischen Tiefebene auf nahezu Meereshöhe bis zum höchsten Berg der Welt reicht, dem 8850 m hohen Mount Everest. Nepal ist ein Land voller landschaftlicher, ethnischer und kultureller Kontraste. Zwei der größten Weltreligionen sind hier vertreten: der Hinduismus, der bis vor kurzem Staatsreligion war und der buddhistische Glauben der Bergvölker im Himalaya. Ca. 50 Ethnien und fast ebenso viele Sprachen prägen das Land. Die landschaftliche Vielfalt reicht vom Dschungel im Tiefland mit Nashörnern und Tigern über ein fruchtbares Mittelgebirge mit Reisterassen und üppiger Vegetation bis hin zur ariden Hochgebirgslandschaft, die an Tibet erinnert. 8 der 14 Achttausender unserer Erde stehen hier.

Eine Kollegin in Kathmandu, ein Blick in unsere Vergangenheit!

Nepal ist aber auch eines der ärmsten Länder der Welt. Das durchschnittliche Jahreseinkommen liegt bei ca. 250 US $. In den letzten 10 Jahren hat ein schwerer innenpolitischer Konflikt das ohnehin schon mit wenig finanziellen Mitteln ausgestattete Land zusätzlich gebeutelt. Soziale Gegensätze führten zu einem Bürgerkrieg zwischen Maoisten und der staatlichen Macht, vertreten durch König und Armee. Seit knapp einem Jahr gibt es jetzt einen Friedensvertrag. Der König hat weitgehend abgedankt, die Maoisten sind in einer Übergangsregierung mit vertreten. Für den Spätherbst sind Wahlen zu einer verfassungsgebenden Versammlung geplant. Es besteht damit Hoffnung, dass im Land wieder Ruhe einkehrt.

Nepal hat kein staatliches Sozialversicherungssystem. Sämtliche Gesundheitskosten müssen deshalb vom Patienten und seiner Familie getragen werden. Eine staatliche Gesundheitsvorsorge ist ebenfalls so gut wie nicht vorhanden. Nach WHO-Angaben hat weltweit nahezu jeder zehnte Mensch ein Nierenproblem. Für Nepal gibt es keine verlässlichen Statistiken, aber diese Zahl dürfte auch dort größenordnungsmäßig zutreffen. Da Nierenerkrankungen im Frühstadium in der Regel keine Beschwerden bereiten, wissen in Nepal die wenigsten Patienten von ihrem Problem. Hauptursache für chronische Nierenschäden sind in Nepal wie auch in der übrigen Welt Bluthochdruck und Diabetes mellitus. Häufig wird beides viel zu spät erkannt und behandelt. Ohne Therapie kann es dann zu einer zunehmenden Niereninsuffizienz bis hin zur Dialysepflicht kommen. Davon betroffen ist weltweit und damit auch in Nepal bis zu einem Promille der Bevölkerung.

Aufbewahrung der aufbereiteten Dialysatoren

Patienten ohne eigene Nierenfunktion können nur mit Hilfe einer Nierenersatztherapie überleben. Erst seit 1988 sind Dialysebehandlungen in Nepal überhaupt möglich. Die ersten Dialysen wurden im BIR Hospital, dem größten staatlichen Krankenhaus in Kathmandu, durchgeführt. Die räumliche Enge, organisatorische Schwierigkeiten sowie der stetig wachsende Bedarf machten die Eröffnung weiterer Dialysestationen notwendig. 1997 wurde deshalb das National Kidney Centre (NKC) unter dem Dach der Health Care Foundation, einer nepalesischen NGO (non-profit, non-governmental organisation) gegründet. Ermöglicht wurde der Aufbau des National Kidney Centre durch Sach- und Geldspenden aus Deutschland. Frau Beate Vogt von der Deutsch-Nepalischen Hilfsgemeinschaft e.V. (DNH) und der Dialysetechniker Peter Reinemann haben 1997 die notwendige technische Ausstattung in Deutschland organisiert, nach Nepal transportiert und dort installiert. Das Zentrum wurde seither mehrfach erweitert und bezüglich Ausstattung und medizinischem Standard ständig verbessert. Inzwischen ist es ein ganzes Team um den Nephrologen Dr. Richard Storkenmaier von der DNH, welches das NKC unterstützt. Bei regelmäßigen Besuchen vor Ort werden Schulungen, Wartungs- und Erweiterungsarbeiten durchgeführt. Das Team organisiert auch ca. einmal pro Jahr einen medizinischen Hilfstransport aus Sachspenden. In den letzten Jahren hat die GTZ (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit) im Auftrag des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung jeweils die Frachtkosten für den Lufttransport nach Nepal übernommen. Nahezu die komplette technische Ausstattung des Zentrums kommt aus Deutschland und wurde von verschiedenen Firmen und Dialyseanbietern größtenteils kostenlos zur Verfügung gestellt. Es handelt sich in

aller Regel um gut erhaltene, generalüberholte Gebrauchtgeräte, die dank guter Schulung der nepalesischen Mitarbeiter und wohlorganisiertem Ersatzteilsupport noch viele Jahre ihren wertvollen Dienst leisten.

Aufgrund des stetig wachsenden Bedarfs ist das Dialysezentrum im Sommer 2006 innerhalb Kathmandus in ein größeres, wiederum angemietetes Gebäude umgezogen, in den Stadtteil Balaju, an der Ringroad in der Nähe der Stupa von Swayambunath. Dort werden auf insgesamt 30 Dialyseplätzen derzeit ca. 1500 Dialysen pro Monat durchgeführt, mehr als in allen anderen Dialysezentren Nepals zusammen.

Die ärztliche Leitung des Dialysezentrums hat Dr. Rishi Kafle, ein in Russland, Indien und Deutschland ausgebildeter nepalesischer Nephrologe. Das Zentrum beschäftigt derzeit ungefähr 90 Mitarbeiter. Die nepalesischen Dialysetechniker sind inzwischen so gut ausgebildet, dass sie alle Wartungsarbeiten selbständig durchführen können. Das National Kidney Centre ist seit einigen Jahren Ausbildungsstätte für Dialysetechniker, Dialyseschwestern und Ärzte aus anderen neu gegründeten Dialyseeinrichtungen in Nepal, so dass sich auf diese Weise das von Deutschland eingebrachte Fachwissen exponentiell in Nepal verbreitet.

Neben der Dialyse unterhält das NKC eine sehr große Ambulanz, in der alle Arten von Nierenerkrankungen behandelt werden mit dem Ziel, das komplette Nierenversagen und damit die in jeder Hinsicht aufwändige Nierenersatztherapie zu vermeiden. Es befinden sich dort auch weit über 100 nierentransplantierte Patienten in der Nachsorge. Die Nierentransplantation ist auch in Nepal für viele Patienten die langfristig bessere und kostengünstigere Nierenersatztherapie. Da Nierentransplantationen in Nepal bisher nicht durchgeführt werden, gehen die Patienten in der Regel mit ihrem Nierenspender zur Operation nach Indien und kehren dann zur weiteren Betreuung wieder in ihre Heimat zurück.

Im April 2007 konnte das 10-jährige Jubiläum der Einrichtung gefeiert werden. Als Frau Beate Vogt und Dr. Kafle 1997 den Mut hatten, in einem unterentwickelten Land wie Nepal eine so komplexe medizinische Einrichtung wie ein Dialysezentrum zu gründen, hatte niemand zu glauben gewagt, dass ein so langfristiger Erfolg möglich sein könnte. Ihrem Pioniergeist und Durchhaltevermögen ist es zu verdanken, dass das Zentrum zwischenzeitlich eine nicht nur national sondern auch international anerkannte Einrichtung ist. Es hat sich gezeigt, dass auch in einem Entwicklungsland wie Nepal eine medizinische Behandlung auf hohem technischem Niveau möglich ist, wenn die Aufgabe mit der nötigen Weitsicht und medizinisch-technischem Sachverstand angegangen wird.

Die Probleme Nepals in der Versorgung nierenkranker Patienten sind nicht in einem einzigen Zentrum lösbar. Ein weiteres Wachstum innerhalb einer Einrichtung ist technisch, organisatorisch und vor allem auch finanziell nicht mehr sinnvoll machbar. Auch sind die Kosten der personell und technisch aufwändigen Behandlungen trotz der großen Unterstützung aus Deutschland mit 2000 NRS pro Dialyse (entspricht ca. 22 €, in Deutschland zum Vergleich ca. 200 €) für nepalesische Verhältnisse sehr hoch. Es müssen deshalb mehr Anstrengungen erfolgen, Nierenerkrankungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Aus diesem Grund wird sich das NKC in Zukunft verstärkt auch präventiven Aufgaben widmen. In Nepal, wie auch bei uns, sind Zuckerkrankheit und Bluthochdruck die häufigsten Ursachen für Nierenerkrankungen. Durch eine rechtzeitige Vorbeugung, Erkennung und Behandlung dieser Erkrankungen, die zudem recht kostengünstig ist, kann in sehr vielen Fällen ein Nierenversagen verhindert, bzw. zumindest verzögert werden.

Zur besseren Versorgung der schwerkranken Nierenpatienten wird in Zukunft eine Kooperation mit einer leistungsfähigen Klinik angestrebt. Ein langfristiges Ziel ist es auch, ein eigenes Gebäude zu besitzen, um Mietkosten zu sparen und unabhängiger zu sein. Von nepalischer Seite gibt es schon prominente Unterstützung für dieses Vorhaben. Die buddhistische Nonne Ani Choying (www.choying.de), die sicher die derzeit national und international bekannteste und erfolgreichste Sängerin Nepals ist, hat ihre Mithilfe fest zugesagt. Sie plant Benefizkonzerte für das NKC. Der Grund für ihr Engagement ist ein ganz persönlicher: ihre Mutter, die mittlerweile verstorben ist, war fast 3 Jahre lang Dialysepatientin im National Kidney Centre.

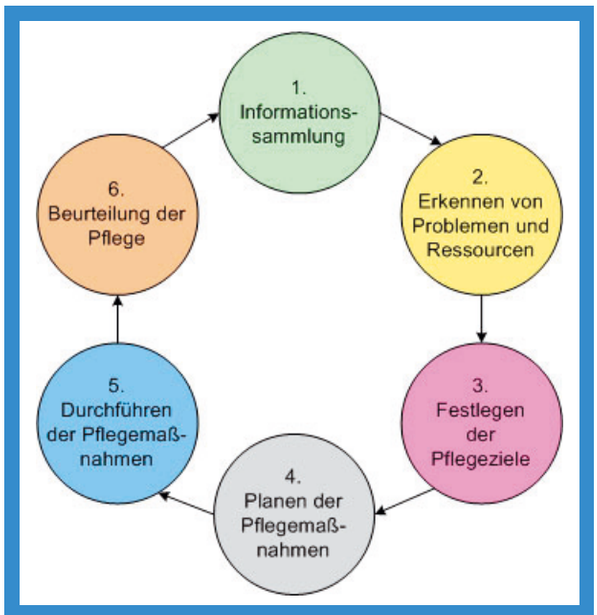
Für weitere Informationen stehen Ihnen Dr. Richard Storkenmaier, niedergelassener Nephrologe in Sindelfingen (storkenmaier.richard@phv-dialyse.de) und die Deutsch-Nepalische Hilfsgemeinschaft e.V. gerne zur Verfügung (www.dnh-stuttgart.org, Spendenkonto der DNH Kto. Nr. 1 824 971 00 bei der Dresdner Bank BLZ 600 800 00, Stichwort Dialyse Nepal).

Pflegeprozess und Pflegediagnostik

Doris Rosenkranz BSc
Lehrerin der Krankenpflege
Ausbildungszentrum West, Innsbruck

Immer wieder entwickeln sich Diskussionen über die Praxistauglichkeit des Pflegeprozesses, was wohl auch daran liegen mag, dass der Pflegeprozess, als er sich vor 20 Jahren im deutschsprachigen Raum etablierte, der Praxis nur übergestülpt, und deshalb nicht als Hilfe verstanden wurde (Schrems, 2006). Auch weist der Pflegeprozess in seinen Schritten eine innere Logik auf, die einzuhalten ist. Im Bereich der Ambulanzen, wie beispielsweise der Dialyse, wo oft improvisiert werden muss, stößt der Pflegeprozess deshalb oft auf Ablehnung. Neben dem Fehlen entsprechender Kenntnisse in Bezug auf standardisierte Instrumente fehlt auch oft das Bewusstsein einer Patienten- und Bedürfnisorientierten Pflege welche der Pflegeprozess fordert.

Definition des Pflegeprozesses:
„Pflegepersonen handeln zielorientiert, aufgrund eines oder mehrerer Probleme des Patienten, die sie auf Basis der zuvor erhobenen Daten herausgefunden haben. In einem weiteren Schritt evaluieren sie die Auswirkungen ihrer Pflegemaßnahmen und passen sie gegebenenfalls an“ (Leonie-Scheiber, 2004, S 11). Dabei dient die Pflegedokumentation als Grundlage des angewandten Pflegeprozesses. Der Pflegeprozess besteht aus einer logischen Abfolge von Schritten, die einem Regelkreis entsprechen. Fiechter und Meier definieren diesen Regelkreis beispielsweise mit sechs Schritten: Sammeln von Informationen, Feststellung von Pflegeproblemen und Ressourcen, Zielsetzung, Planung, Durchführung sowie die Beurteilung des Ergebnisses.



Regelkreis nach Fiechter und Meier

Von besonderer Bedeutung im Rahmen des Pflegeprozesses ist die **Pflegeanamnese**. Sie dient als erster Kontakt und ist entscheidend für den weiteren Verlauf der Pflegebeziehung. Damit die Pflegeperson aber überhaupt in der Lage ist, eine Anamnese durchzuführen, muss sie gut vorbereitet sein und ein vielschichtiges Wissen besitzen. Wichtig bei der Pflegeanamnese sind die Kriterien nach denen die Fragen formuliert werden Es sollten deshalb standardisierte Fragebögen verwendet werden, die speziell auf den Pflegebereich abgestimmt sind und auf einer theoretisch fundierten Basis aufbauen. Wurde eine Pflegeanamnese erhoben, so resultiert daraus die Verpflichtung einen Pflegeplan zu erstellen. Sonst verliert die Pflegekraft ihre Glaubwürdigkeit. Da die Pflegeanamnese einen wesentlichen Bestandteil des diagnostischen Prozesses darstellt, sollten die verwendeten Formulare nicht als „Checkliste“ verwendet werden sondern durch sensibles Erfahren und Erfragen der Bedürfnisse der Patienten erreicht werden (Reuschenbach und Mohr, 2005).

Die darauf folgenden **Pflegediagnosen** dienen als theoretisches Fundament für den Pflegeprozess. Im diagnostischen Prozess werden Informationen und Daten zu pflegerelevanten Themen zusammengefasst. Im Unterschied zu medizinischen Diagnosen, können solche Problemstellungen sich während des stationären Aufenthaltes laufend ändern. Charakteristisch für Pflegediagnosen ist auch, dass sie eigenverantwortlich erstellt und in der Folge behandelt werden können.

Bei den Pflegediagnosen unterscheidet man zwischen aktuellen Diagnosen und Risikodiagnosen. Der Unterschied besteht darin, dass bei einer aktuellen Diagnose ein aktuelles Problem, ein Einflussfaktor sowie Symptome vorhanden sind (PES). Bei der Risikodiagnose handelt es sich hingegen um die Gefahr der Entstehung eines Problemes und einem dazugehörigen Risikofaktor (PR). Hier sind dementsprechend keine Ursache und auch keine Symptome zu formulieren. Der diagnostische Prozess setzt die Teilnahme des Patienten voraus und fordert ein hohes Maß an Kommunikations- und Wahrnehmungsfähigkeit, fachlicher Kompetenz und guter kognitiver Fähigkeiten als Pflegekraft (Leonie- Scheiber, 2004).
Für Pflegediagnosen ist eine spezifische Fachsprache notwendig. Der Anspruch einer gemeinsamen Fachsprache besteht, um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu erlangen um dann in weiterer Folge die Schaffung von klinischen Datenbanken zu Forschungszwecken zu ermöglichen. Diese Anforderungen können frei formulierte Pflegediagnosen nicht erfüllen. Es gibt verschiedenste Klassifikationssysteme aus dem amerikanischen und europäischen Raum. Das bekannteste ist das System nach **NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association). Die Verwendung eines solchen standardisierten Klassifikationssystems setzt fundierte Kenntnisse der Pflegediagnostik, sowie des eigenen Arbeitsbereiches voraus, da die einzelnen Systeme nicht auf nationale berufspolitische Verhältnisse angepasst sind. Sie enthalten auch keine Auflistung von möglichen Ressourcen der Patienten, welche jedoch die Grundvoraussetzung für ganzheitlich orientierte Pflege darstellen. Außerdem verleiten, wie schon erwähnt, standardisierte Instrumente dazu, als Checkliste missbraucht zu werden. Die Probleme der Patienten werden dann zu Legitimationszwecken den jeweiligen standardisierten Pflegediagnosen zugeordnet. Das Denken und Hineindenken in den Patienten wird vernachlässigt.

Deshalb schließt sich die Autorin der Meinung von Bartholomeyczik an: „Ohne Kenntnisse von pflegerischer Diagnostik und ohne Kenntnisse zum korrekten Einsatz des Instrumentes wird es wahrscheinlich Fehlinformationen bringen“ (Bartholomeyczik, 2006). Um den Pflegeprozess im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich durchführen zu können, bedarf es einer klaren Aufgabenverteilung und der nötigen Fach- und Bewusstseinsbildung die mit der Etablierung einer neuen beruflichen Identität einhergeht.

LITERATUR

Bartholomeycizik S. (2006)*: Pflegediagnostik, Assessment und Klassifikationen: Funktionen und Grenzen. PR InterNet. 453-458*

Leonie-Scheiber C.(2004): *Der angewandte Pflegeprozess. Wien, Facultas Verlag*

Reuschenbach B, Mohr T. (2005): *Anforderungen an Pflegende aus Sicht von Patientinnen und Patienten – Ergebnisse einer Befragung mittels Critical Incident Technique. Pflege 18:86-94*

Schrems B. (2006): *Der Pflegeprozess im Kontext der Professionalisierung. PR InterNet: 44-51*

Symposium für nephrologisches Pflegepersonal in München: 22.09.2007

- KONGRESS FÜR NEPHROLOGIE -

Die Gesellschaft für Nephrologie (GfN) und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie (DAGKN) sind seit vielen Jahren Veranstalter des Kongresses für Nephrologie. Dieser über die Ländergrenzen bekannte und erfolgreiche Kongress findet jährlich statt und wählt jeweils eine andere deutschen Metropole als Kongressort. In diesem Jahr wird der Kongress in München stattfinden.
Zum zweiten Mal in Folge wird ein gemeinsames Symposium für Pflegekräfte angeboten. Maßgeblich In der Organisation beteiligt ist der Fachverband nephrologischer Berufsgruppen (fnb) in Zusammenarbeit mit dem Institut für Fort- und Weiterbildung der PHV (ifw). Ein interessantes Programm mit aktuellen Schwerpunkthemen (vorgetragen von Medizinern und Pflegekräften) und 8 verschiedene Workshops am Nachmittag deuten darauf hin, dass es ein kurzweiliges Symposium mit einem großen Benefit für alle werden wird.

Termin:
Samstag, den 22. September 2007
09:00 – 12:45 Uhr Schwerpunktthemen im Plenarsaal
14:00 – 17:30 Uhr Workshops

Tagungsort:
M,O,C, München
Lilienthalallee 40
80939 München

Themen Plenarsitzung:
- Qualitätssicherungsrichtlinie aus ärztlicher und pflegerischer Sicht
- Medizin und Pflege im Team – klinische Fallbesprechung
- Intraluminale Infektionen – Vermeidung bakterieller Kolonisationen
- Physiologische Prozesse des Alterns und Einfluss von Urämie und Dialyse
- Verantwortung und delegierbare Aufgaben
- Prävention bei Dialysepatienten

Themen Workshops:
- Lernen im Alter: Kommunikation mit älteren Menschen
- Ressourcenförderung, aktivierende Pflege: Mobilisation, Lagerung, Bewegung
- Bewertung diabetischer Fußerkrankungen – Praxisworkshop
- Shuntbewertung: apparative und klinische Bewertung im Langzeitverlauf
- Schmerzmanagement in der Pflege
- PD-assoziierte Peritonitis
- Workshop für leitendes Pflegepersonal
- Heimhämodialyse: Strukturen, Methodenkompetenz, Training, Betreuung

Anmeldung unter www.aey-congresse.de/nephrologie

Grusswort und Einladung zum 6. Dreiländerkongress vom 20. - 22. November 2008

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir möchten Sie sehr herzlich zum 6. Dreiländer-Kongress „Nephrologische Pflege“ einladen.

Die Planung und Organisation für den 6. Dreiländer-Kongress, der diesmal wieder in Konstanz am Bodensee stattfinden wird, sind bereits in vollem Gange.

Das Konzil-gebäude in Konstanz

Um das Programm so interessant und spannend wie möglich gestalten zu können, brauchen wir jedoch **Ihre Mithilfe**!
Das Pflegepersonal, also Sie, leistet so großartige Arbeit und wie viele von uns wissen darüber tatsächlich Bescheid? Es sind die Berichte über Ihre Arbeit, Ihre Erfahrungen und das Wissen um Ihre Projekte, die eine Bereicherung für die gesamte Kollegenschaft bedeuten.

Lassen Sie diesen Kongress mit Ihren Beiträgen ein Forum **von KollegInnen für KollegInnen** werden!

Tagungs-präsidentin 2008, Martha Girak

Reichen Sie daher entweder ein Abstract zu einem der Hauptthemen oder zu den „Offenen Themen“ ein. Damit geben Sie uns die Möglichkeit, ein interessantes Programm zusammenzustellen.

Zu folgende Themen können Arbeiten eingereicht werden:

- Humor beflügelt
- Gelungene Konzepte und Schnittstellen der Wund- oder Fußversorgung
- Tabuthemen in der Pflege
- Dialyse und Alter
- Gesundheitsökonomie - wo findet sich die Pflege? Pflege und Gesundheitsökonomie - Zweckbündnis oder Perspektive
- Risiko- und Fehlermanagement
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement ,Erfahrungen der flächendeckenden Einführung
- Hygiene - Evidenz oder Gefühl
- Achillesferse Gefäßzugang - ein seidener Faden Strukturen und Prozesse für eine nachhaltige Versorgung der Gefäßzugänge
- Familienzentrierte Pflege - Angehörige: Last oder Ressource bei chronisch Kranken Einbeziehung der Familie in die Versorgung, Konzepte?
- Neues aus der Heim- und Selbstbehandlung
- Offene Themen, z.B. Pädiatrie, andere

In Ergänzung dazu sind sowohl Vorträge von internationalen Gastrednern als auch Schulungssitzungen von Seiten der Industrie geplant.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Sitzungen wird es genügend Gelegenheiten für anregende Diskussionen geben und beim gemeinsamen Begrüßungsabend bekommen Sie bei gutem Essen und Musik die Möglichkeit für einen intensiven Erfahrungsaustausch mit KollegInnen aus den drei deutschsprachigen Ländern.
Nützen Sie diese einmalige Chance!
Wir freuen uns auf Ihre Abstracts und Ihr Kommen!

Martha Girak, Tagungspräsidentin, Key Member Österreich
Hedi Lückerath, Key Member Deutschland
Sandra Bissig, Key Member Schweiz

36. Internationaler EDTNA/ERCA-Kongress in Florenz, Italien

Florenz,
die Stadt am Arno mit dem herrlichen Dom und der berühmten Brücke Ponte Vecchio, den vielen Palazzos und Piazzas, die Stadt der Kunst,

aber auch die Stadt
des nächstjährigen internationalen
EDTNA/ERCA-Kongresses 2007.

15. - 18. September 2007

Liebe Kollegen,

die 36. Internationalen Konferenz der EDTNA/ERCA wird vom 15. – 18. September in Florenz stattfinden. In diesem Jahr wurde ein Konferenzmotto gewählt, das unsere Erfahrung im Arbeitsalltag reflektiert: „Caring Together: Managing the Complications of Chronic Kidney Disease“. Zunehmend häufiger leiden nierenkranke Patienten an anderen schweren Erkrankungen, z. B. Diabetes oder Herzgefäßerkrankungen.
Die Konferenz bietet Gelegenheit, namhafte Experten zu hören, mit ihnen zu diskutieren und Erfahrungen auszutauschen. Dies wird uns dabei unterstützen, unser Hauptziel zu erreichen, nämlich die Verbesserung der Pflegequalität von allen Nierenpatienten in Europa.

Aus Deutschland wurden ein Vortrag, ein mündliches Poster – Präsentation und zwei Poster angenommen. Marion Frei wird am Sonntag die Einnahme von Lanthancarbonat in Bezug setzen zu Verträglichkeit, Compliance und Lebensqualität (Sonntag, 16.09.07, 16:00 Uhr, Michelangelo), und Silke Spatzker stellt am selben Tag ihre Arbeit zum Critical Pathway Nierentransplantation als Weg, die multiprofessionelle Pflege zu verbessern vor (Sonntag, 16.09.07, 16:00 Uhr, Leonardo). Diese Arbeit finden Sie ebenfalls in der Poster – Ausstellung, genauso wie die beiden Poster von Dr. Pietsch mit den Fragestellungen „Sind Gadolinum-Kontrastmittel ein möglicher Trigger für die Entwicklung systemischer Nierenfibrose?“ und „Der Einfluss von jodierten Kontrastmitteln auf die Viskosität und Osmolarität auf die Retentionszeit in der Niere“.
Nutzen Sie diese gute Gelegenheit zu lernen, Netzwerke zu bilden und Spass zu haben mit Kollegen und anderen Menschen aus überall in Europa.

Ihre Hedi Lückerath
(Key Member EDTNA/ERCA Deutschland)

Gesucht wird...

...nicht Germany´s next Top Model, sondern Germany´s next Key Member.

Meine zweite und damit letzte Amtsperiode als deutsches Key Member der EDTNA/ERCA endet zum 30.08.2008. Daher suchen wir einen Menschen, der des Englischen halbwegs mächtig ist und ein bisschen Zeit für internationale Verbandsarbeit erübrigen kann.

Aufgaben:
- Ansprechpartner für deutsche Mitglieder der EDTNA/ERCA
- jährliche internationale Konferenz: am Meeting teilnehmen, Standdienst (Teilnehmer Service), Sitzungen leiten, Sitzungen bewerten, Kongressorganisation und –ablauf bewerten, ggf. Poster und / oder Abstracts bewerten
- Frühjahrsseminar in Hamburg Rissen: Mitarbeit bei der Programmgestaltung
- Dreiländer – Kongress: Mitarbeit bei der Programmgestaltung, alle 6 Jahre Kongress – Präsidentschaft
- Gewinnen neuer Mitglieder und Aktiven

Geboten wird:
- einer der besten Sprachkurse, die es gibt: learning by doing
- eine praktische Vorstellung, wie die EU funktioniert
- neue Blickwinkel, die auf anderem Wege kaum zu gewinnen wären
- ein Handlungsfeld, in dem man sich frei entfalten kann
- Erstattung aller anfallenden Kosten
- Unfallversicherung während der Einsätze als Key Member

Habe ich Ihr Interesse geweckt? Dann kontaktieren Sie mich für nähere Informationen unter:
hlueckerath@netcologne.de.

Ihre
Hedi Lückerath

Zentrale Katheter für Hämodialyse

- Literaturrecherche Zugangspflege

Beate Spindler, Fachverband nephrologischer Berufsgruppen
Waltraud Küntzle, Institut für Fort- und Weiterbildung der Patienten-Heimversorgung

Einleitung
Die Pflegewissenschaft ist im Vergleich zu den USA, Großbritannien in Deutschland eine sehr junge Disziplin. Literaturrecherche zur Pflege des Gefäßzugangs ist ein schwieriges Unterfangen. Pflegende müssen häufig auf Literatur zurückgreifen, die nur geringe Pflegerelevanz aufweist und wichtige Fragen der Praxis nicht ausreichend beantwortet. Dieses Literatur-Update über die Zugangspflege versucht, insbesondere pflegerelevante Aspekte in den Vordergrund zu stellen.

Katheterpflege - pflegerischer Verantwortungsbereich mit großer Bedeutung

DOPPS 3 zeigt, das in Deutschland in einem Zeitraum von 10 Jahren die Inzidenz gecuffter Katheter von ehemals 4% auf 8% gestiegen ist (1). In der Realität dürfte diese Zahl aufgrund fehlender Shuntkompetenzzentren und anderer Ursachen bereits überholt sein. Dies verdeutlicht, dass die Zugangspflege schon jetzt einen hohen Stellenwert besitzt und wissenschaftliche Empfehlungen zu Pflegehandlungen entwickelt werden sollten.
Ein DOPPS-Vergleich des relativen Infektionsrisikos in Abhängigkeit der Gefäßzugangsnutzung zeigt, dass auch der getunnelte Katheter in Bezug auf das Infektionsrisiko nicht sehr viel besser abschneidet als der ungetunnelte Katheter (2). Da getunnelte Katheter in vielen Fällen für Monate bis Jahre als Zugang benötigt werden, stehen die Pflegehandlungen bei Konnektion und Diskonnektion/ An- und Abschließen sowie die Handhabung der Exitversorgung und des Verbands im Mittelpunkt. Zielsetzung ist der Funktionserhalt und eine zeitlich unbegrenzte Nutzung der Katheter für Hämodialyse.
Bei der Literaturrecherche zu Überlebenszeiten von Kathetern finden wir fast ausschließlich Untersuchungen zu Akutkathetern. Dies betrifft auch die Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes zum Umgang mit Gefäßkathetern.

Liegezeiten von Kathetern
Eine französische Beobachtung der Katheterverweilzeit von 190 getunnelten Kathetern zeigte, dass nach 3 Jahren noch 51% und nach 5 Jahren nur noch 6% der Katheter für die Dialyse zur Verfügung standen (3). Nur 3 von 190 Kathetern waren im zehnten Jahre funktionsfähig. Wie wurden diese 3 Katheter pflegerisch versorgt? Diese Fragestellung muss beantwortet werden, um standardisierte Pflegehandlungen, basierend auf gemessenen Ergebnissen zu entwickeln und Kosten für z.B. Infektionen oder teure Blocklösungen einsparen zu können.

Exitversorgung und Verband
Der Verband (Material und Häufigkeit) und die Fixierung der Katheter (Tunnelbewegung) für Hämodialyse nehmen direkten Einfluss auf die extraluminale Infektionsrate. Safdar und Maki betrachteten die Bedeutung des Infektionsweges (4). Eine extraluminale Infektion lag vor, wenn das Keimspektrum der Katheteraustrittstelle (KAST) gleich dem der Blutkultur war. 23% aller Katheter galten als bakteriell kolonisiert, bei 45% der kolonisierten Katheter lag eine extraluminale Infektion vor.
Die Suche nach dem optimalen Verband bei ZVK soll in Zukunft mit der Klassifikation der KAST und der daraus resultierenden Handlungsempfehlung erleichtert werden (6). Die Klassifikation ist in Anlehnung der Twardorswky-Skala für PD-Katheter. Wissenschaftliche Belege der Handlungsempfehlungen für ZVK fehlen zum jetzigen Zeitpunkt und sollten in naher Zukunft erbracht werden, um dieses offene Kapitel der Katheterpflege für Hämodialyse mit Fakten belegen zu können. Generell richtet sich die Wahl des Verbandsmaterials und die Häufigkeit des Wechsels nach dem Zustand der KAST, z.B. reizlos oder infektionsbedroht (siehe Abb. 1).
Der Einfluss verschiedener Verbandsmaterialien auf die KAST wurde in einer österreichischen pflegewissenschaftlichen Studie untersucht (5). Es wurden sterile hochpermeable Transparentfolien mit sterilen Wundbettpflastern verglichen. Das Verbandsmaterial hatte keinen Einfluss auf die KAST. Häufige Verbandeswechsel dagegen erhöhen die Keimzahl, häufige Manipulationen erhöhen Keimzahl sowie Keimspektrum. Das Fazit: Pflegerische Handlungen an der KAST auf ein notwendiges Minimum reduzieren und eine sichere Asepsis einhalten (siehe Abb. 2 und 3).

Stufe	Klassifizierung KAST Vorhof-Katheter	Bewertung	Maßnahmen
1	Perfekte KAST	keine Entzündungszeichen intakte Hautumgebung	keine
2 a)	Drohender KAST-Infekt gereizte KAST	trockene Kruste ohne Rötung	keine
2 b)	Infektbedrohter KAST	oberflächliche, trockene bis mäßig exsudierende Hautläsion (< 0,25 cm)	Abstrich auf Arztanordnung • ggf. lokale antiseptische Therapie • ggf. systemische Antibiose
3	Akuter KAST-Infekt	Rötung > 0,25 cm Krusten, eitriges oder blutiges Exsudat	Abstrich: Erregernachweis zwingend • systemische Antibiose
4	Chronischer KAST-Infekt	Rötung, Krusten, Exsudat, länger als 4 Wochen	Abstrich • systemische Antibiose • ggf. Katheterexplantation
5	Tunnelinfekt	Infekt überschreitet äußere Muffe in Richtung Herz	Sonographie - Diagnose • Katheterexplantation • systemische Antibiose

Abb. 1 Katheterklassifikation

Abb. 2 Transparentfolie, 7-tägiger Verband bei reizloser KAST

Abb. 3 Wundbettpflaster, Wechsel zu jeder Dialyse

Abb. 4 Katheterverlängerung

Eine infektionspräventive Wirksamkeit bei ZVK wird PVP-Jod, Alkohol und wässrigem Chlorhexidin zugesprochen, Kategorie II (8). Anforderungen an heutige Desinfektionsmittel sind kurze Einwirkzeit, Abdecken eines breiten Keimspektrums, Hautverträglichkeit, keine Irritation der Wundheilung, kurze Einwirkzeit und keine Interaktion mit dem Kathetermaterial. Diese Anforderungen werden in der Konsensusempfehlung für Wundaseptik erstmals berücksichtigt (7). Empfohlene Desinfektionsmittel, auch bei ZVK, sind Polyhexanide und Octenidine. Beide Präparate überzeugen durch ein breites Wirkspektrum, eine optimale Hautverträglichkeit, eine akzeptable Einwirkzeit und interagieren nicht mit Kathetermaterialen.

Katheterkonnektoren, eine Schwachstelle im System

Colombi bewies 1986, dass die Einführung einer Katheterverlängerung (Überleitungssystem) bei PD-Kathetern zu einem signifikanten Rückgang der Peritonitisrate führte (9). Gorke führte in Anlehnung an die Arbeit von Colombi Katheterverlängerungssysteme für Doppellumenkatheter bei Hämodialyse ein. Er untersuchte die mikrobiologische Kontamination am proximalen und distalen Schenkel der Katheterverlängerung (10) (siehe Abb. 4).

Komplikationen, wie Flussstörungen, Anzahl der Konnektionen wurden berücksichtigt. Bei 12 von 25 Dialysen lag eine Keimbesiedlung auf den Konnektoren vor. 75% der positiven Proben waren mit Koagulase-negative Staphylokokken (KNS) kontaminiert. Das Pflegepersonal bewertete die Katheterverlängerungsstücke als erleichterndes Hilfsmittel für die Prozesse des An- und Abschließens. Auch Flussstörungen ließen sich hygienisch sicherer handhaben. Es fiel auf, dass positive Proben im Verlauf der Studie abnahmen. Daraus lässt sich schließen, dass durch Personalschulungen die Rate der katheterassoziierten Infektionen signifikant sinkt, was auch das Robert Koch-Institut unter Kategorie IA empfiehlt (8).
Beathrad zeigte, dass die Inzidenz der Katheterinfektion durch Einführung des NK/DOQI-Protokolls zur Katheterpflege deutlich abnahm (11).

Blocklösung, Chance oder hygienisches Risiko

Im Dialysebereich werden unterschiedliche Blocklösungen eingesetzt, häufig jedoch Heparin/Liquemin. Die Auswahl der Blocklösung unterliegt der ärztlichen Verordnung. Aufgabe der Pflegekräfte ist die aseptische Zubereitung der Lösung und das korrekte Applizieren. Eine Untersuchung von verschiedenen Lösungen (z.B. phys. Kochsalzlösung mit Mehrfachentnahmeeinheit) auf 8 Intensivstation zeigte, dass 20% der Lösungen kontaminiert waren und 4% mehr als 180 KBE/ml aufwiesen (12). Um die Sterilität der Blocklösung sicherzustellen, ist diese erst unmittelbar vor Gebrauch aus original verschlossenen Einzelbehältnissen zu entnehmen und aseptisch vorzubereiten.
Aufgrund von Diffusion im Katheter z.B. am Übergang der Blocklösung zum Blut sowie dem Katheterdesign (Fischmaul versus Seitenlöcher) wirkt der Block auch systemisch, z.B. PTT-Verlängerung bei Heparinblock (13). Um den Katheter am Katheterende ausreichend zu antikaogulieren, wird eine Überfüllung des Kathetertotraums von 10% empfohlen (14). Die Nebenwirkungen bei manchen Substanzen werden dabei toleriert.
Weijmar untersuchte den Einfluss der Blocklösung auf keimabtötende bzw. wachstumsverhindernde Wirkung. Heparin zeigt dabei keinen Einfluss auf Keimwachstum. Weijmar konnte zeigen, dass Natrium Citrat in allen Konzentrationen eine keimtötende Wirkung auf Hautkeime und in 30 % iger Konzentration auch auf Pseudomonaden besitzt. Der Einsatz von niedrigprozentigem Natrium-Citrat (z.B. 3,13 %) ist daher auch die aktuelle Empfehlung der Gruppe Vascular Access Forum (13).

Multidisziplinärer Ansatz - das Ergebnis zählt

Keine Dialyse ist ohne einen adäquaten Gefäßgang möglich. Dies gilt insbesondere für den zentralen Katheter, da er häufig die letzte Möglichkeit einer adäquaten Dialyse darstellt. Die Literaturrecherche zeigt, dass eine Verbesserung der Langzeitergebnisse alle beteiligten Disziplinen betrifft und dass ein fachlicher Austausch zur Entwicklung einer gemeinsam verfassten Konsensusempfehlung angestrebt werden sollte. Damit ist die Forderung begründet, die Überlebenszeiten und Komplikationen der Gefäßzugänge in die Parameter der Qualitätssicherung aufzunehmen.

1. *Prevalent patient cross-sections; DOPPS 3 data are preliminary; cuffed catheters comprise 80-95% of catheter use in countries; DOPPS I (1996-1999), DOPPS II (2002-2003), DOPPS III (2005-2006)*
2. *Come et al, Nephrologie (2001) 22, 379-384*
3. *Montpellier, J. Pengloan, Février 2001*
4. *Safdar, N./Maki, D.: The pathogenesis of catheter-related bloodstream infection with noncuffed short-term central venous catheters. Intensive Care Medicine, 30 (2004) : 62 - 67*
5. *Kühne-Ponesch S., Einfluss verschiedener Verbandsmaterialien auf die Einstichstelle eines ZVK; Pflege 1999; 12:315-321*
6. *Leitlinien für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten; Arbeitskreis für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten, ISBN 3-89967-272-0*
7. *Kramer A. et al.:, Konsensusempfehlung zur Auswahl von Wirkstoffen für die Wundaseptik; ZfW 2004 (§): 110 – 120*
8. *Empfehlung der Kommission für Krankenkaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI), Prävention gefäßkatheterassoziierter Infektionen 2002:910*
9. *A. Colomie, 1988, Luzern*
10. *A. Gorke, EDTNA/ERCA Journal 2/2005, Anschlüsse und Konnektionen als Quelle für mikrobiologische Kontamination*
11. *Beathrad, Sem Dial 2003*
12. *C. Geffers, Charité Berlin, Vortrag WS 2004/2005, Prävention gefäßassoziierter Infektionen; Institut für Hygiene und Umweltmedizin*
13. *R. Schindler, Grundkurs Gefäßzugang für Hämodialyse, Vascular Access Academy, Katheterpflege*
14. *Polaschegg* and Shak, ASAIO J 2003

Buchbesprechungen

Qualitätsmanagement in Dialyseabteilungen Hilfen für ein Qualitäts-Handbuch Pflege

Hrsg. Fachverbanbd nephrologischer Berufsgruppen
1. Auflage 2007, Preis 17 Euro
BAUR Gmbh, D 75210 Keltern-Dietlingen
ISBN: 978-3-00-021198-0

Nach SGB V § 135A muss bis 1.01.2008 in allen Einrichtungen der medizinischen Versorgung ein Qualitätsmanagementsystem mindestens geplant, konkrete Ziele für den Aufbau des QMS benannt und eine Selbstbewertung des Ist-Zustandes erfolgt sein. Bis 1.01.2011 muss der Prozess der Entwicklung eines einrichtungsinternen QMS abgeschlossen sein. In Dialyseeinrichtungen wird das Pflegepersonal als größte Beschäftigungsgruppe zwangsläufig in den Prozess der Entwicklung eines QMS involviert werden. Umso wichtiger sind daher Arbeitshilfen, welche uns konkrete Beispiele für die Umsetzung im Alltag bieten können.
Beim Durchblättern des neuen Buches des FNB „ Qualitätsmanagement in Dialyseabteilungen“ bekam ich zum ersten Mal eine Idee davon, wie Qualitätsmanagement in unserer Dialysepraxis umgesetzt werden kann. Wie ich meine Kollegen davon überzeugen, begeistern und motivieren kann, aktiv daran mitzuarbeiten und mich damit selbst entlasten zu können.
Die Veröffentlichung ist nicht theorielastig und lässt sich leicht und kurzweilig lesen. Die Gebrauchsanweisung der Autoren zu Beginn lässt Praktiker schnell handeln und bei Theoretikern keine Wünsche offen. Die Strukturierung ist klar. Ein Werk von Praktikern für Praktiker, deshalb könnte für mich der zweite Teil, in welchem praktische Beispiele für Prozessbeschreibungen und Arbeitsanweisungen eingefügt sind, noch umfangreicher sein. Eine Arbeit, die uns in der Praxis wirklich unterstützt, Qualitätsmanagement nicht nur einzuführen, sondern mit Leben zu füllen. Ich kann nur sagen: Weiter so!

Kerstin Gerpheide

Leitlinie für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten

Hrsg.: Arbeitskreis für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten
2. überarbeitete Auflage 2005, Preis: 15,00 €
PABST SCIENCE PUBLISHERS, D-49525 Lengerich
ISBN: 3-89967-272-0

Ein Defizit an vollständiger aktueller Literatur zu hygienischen Erkenntnissen und Arbeitsweisen in Bereich der Dialyse hat dazu geführt, dass seit 1995 eine Expertengruppe bestehend aus Fachgesellschaften der Nephrologie und Fachpflegekräften Nephrologie, Techniker und Ingenieure, Hygieniker, Mikrobiologen, Hersteller von Dialysegeräten und Wasseranlagen sowie Mitarbeiter aus Dialyseeinrichtungen in einem Arbeitskreis wichtige hygienische Arbeitsgrundlagen zusammengetragen haben.
In der 2. komplett überarbeiteten und aktualisierten Auflage der „Leitlinie für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten“ wird nun der wissenschaftliche Anspruch der Experten des Arbeitskreises aktuelles Wissen mit den entsprechend aufgeführten Literaturstellen untermauert.
Auf der Basis von rechtlichen Grundlagen werden in diesem umfassenden Werk mit 200 Seiten die hygienischen Anforderungen als ein prozessorientiertes Qualitätsmanagementsystem dargestellt.
Als Nachschlagewerk werden inhaltlich Themen der allgemeinen hygienischen Grundlagen wie Hände-, Flächen- und Instrumentendesinfektion für die Dialyse dargestellt.
Im Weiteren wird sehr konkret auf die besonderen Aspekte in der Dialysebehandlung eingegangen. Dazu gehören die hygienischen Voraussetzungen der Gefäßzugänge zur Hämodialyse und der Behandlung von infektiösen Patienten mit Viruserkrankungen. Bei der zunehmenden Problematik, im ambulanten Dialysebereich auch bei Patienten mit multiresistenten Erregern zu behandeln, wird die Möglichkeit einer funktionellen Isolierung dargestellt. Da die Lebensqualität der Dialysepatienten neben der medizinischen und pflegerischen Betreuung maßgeblich auch durch die Qualität der technischen Ausstattung beeinflusst wird, sind für die technischen Vorraussetzungen von Desinfektionsmaßnahmen einer Überwachung und Kontrolle detaillierte Beschreibungen eingefügt.
Die Mitglieder des Arbeitskreises zeigen mit diesem Buch die entsprechenden Handlungsorientierungen für die Praxis. Dazu sind im Anhang Checklisten und Formblätter angefügt, z.B. die Anforderungen an Hygienemaßnahmen oder der ein Musterablaufplan zur Sanierung bei MRSA.
Das epidemiologischen Bulletin des RKI, Ausgabe 11.Mai 07/ Nr.19 berichtet ausführlich zur infektionshygienischen Überwachung von Dialyseeinrichtungen. Es wird als Kommentar darauf verwiesen, dass „die wichtigste Verständigungsgrundlage für fachlich begründete Anforderungen die Leitlinie für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten sei und allein der Umfang des Werkes deutlich macht, dass kaum eine Fragestellung unbeantwortet bleibt“. Dass auch die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am RKI plant, keine eigene neue Empfehlung zur Dialyse zu erarbeiten, sondern künftig auf Mitteilungen und Empfehlungen anderer Institutionen verweisen will.
Damit ist für die Mitglieder des AK für angewandte Hygiene in der Dialyse ein Meilenstein ihres Qualitätsanspruches für die Versorgung von Dialysepatienten erreicht.

Josefa Fenselau, Alfter

Es ist dafür gesorgt,
dass Bäume nicht in den Himmel wachsen.
Der fnb will jedoch noch wachsen und gedeihen.

Dafür brauchen wir Sie

fnb
Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

Stärken Sie unseren Verband.
Werden Sie bei uns Mitglied.
Wir setzen uns für Sie ein.

www.nephro-fachverband.de

In eigener Sache:

- **Sie sind umgezogen?**
- **Ihr Name hat sich geändert?**
- **Sie haben eine neue Bank/Kontonummer?**

Wenn ja, teilen Sie diese Änderungen bitte der Geschäftsstelle des fnb mit.
Es wäre doch schade, wenn unsere Mitteilungen Sie nicht erreichen.

Regionale Fortbildungen:

Termine und Themen von regionalen Fortbildungen finden Sie immer aktuell auf unserer Homepage:

www.nephro-fachverband.de

fnb und EDTNA/ERCA im Netz:

fnb:	**www.nephro-fachverband.de**
EDTNA/ERCA:	**www.edtna-erca.org**

Herzlichen Dank an die Firma

Shire

Shire Deutschland GmbH & Co.KG

für die freundliche Unterstützung
bei der Herausgabe dieser Zeitung

Geschäftsstelle des fnb e.V.

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

Vorsitzende des fnb:

Christa Tast
Starenweg 7
70565 Stuttgart
Telefon: 0711-7801524, Fax: 0711-7801529
eMail: christa.tast@nephro-fachverband.de

Redaktion:

Forum - Das Blatt des fnb

Jürgen Berner
Dürnauer Straße 35
73087 Bad Boll
eMail: juergen.berner@nephro-fachverband.de

Beate Spindler
Friedenstraße 34
71672 Marbach
eMail: spindler.beate@phv-dialyse.de

Druck und Layout:

de&ha innovativ
Seerosenstraße 54
70563 Stuttgart
eMail: schreiner@deha-innovativ.de

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