



Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

fnb

AUSGABE



FORUM



Neue Veröffentlichung:
Pflegeempfehlung
- Gefäßzugang zur Hämodialyse
Für Einsteiger und erfahrene Pflegekräfte

Schwerpunkte dieser FORUM-Ausgabe:

- > Das Trockengewicht
- > Geschäftsbericht des fnb 2009
- > Veranstaltungen des fnb

> INHALT

Vorwort	02
Termine des fnb	03
Einladung zur Jahreshauptversammlung	03
Bericht über das Geschäftsjahr des fnb 2009	04
Veränderungen im Vorstand	09
Aufruf Nachwuchspreis 2010	09
7. Dreiländer-Kongress 2010	10
Einladung 5. fnb- / 51. EDTNA/ERCA-Seminar, in Hamburg, Haus Rissen	11
Trockengewichtsbestimmung mit BCM – Body Composition Monitor	12
Das Soll-Gewicht des Patienten	16
Buchveröffentlichung: Gefäßzugang zur Hämodialyse	17
NEU! Die Drei-Länder-Seiten: Bericht aus Deutschland	18
Bericht aus der Schweiz	18
Bericht aus Österreich	20
Prädialytische Patientenberatung	21
Serie: Gesundheitssysteme	22
Anwendungsregeln zum sicheren Betrieb von Medizinprodukten in der Nierenersatztherapie	24
Prävention des Diabetes Mellitus Typ 2 möglich	26
Erfolgskonzept Schulung vor Ort	26
Veröffentlichungen des fnb	27

> Vorwort!



Thomas Fernsebner

Liebe Freunde des fnb,

nahezu 10.000 Pflegefachkräfte nahmen an einer Befragung zur Krankenhauspflege teil. Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) startete Anfang September letzten Jahres mit dem „Pflege-Thermometer 2009“ die bislang größte Befragung von Pflegefachkräften im Krankenhaus bundesweit. In der Studie wurden Fragen zur persönlichen und allgemeinen beruflichen Situation der Pflegenden im Krankenhaus, zu zukünftigen Tätigkeitsprofilen sowie zur Qualität und Sicherheit der Patientenversorgung untersucht. So zu entnehmen aus dem vorläufigen Bericht des dip. Wir dürfen daher gespannt sein, wie das Ergebnis ausfallen wird und welche Schlüsse daraus gezogen werden. Eine komplette Veröffentlichung möchte das dip noch in diesem Frühjahr präsentieren. Natürlich nahmen auch nephrologische Pflegepersonen aus Kliniken teil, allerdings ist deren Aussagekraft für die sehr unterschiedlich aufgestellte Pflege-landschaft in unserem Fachgebiet sicherlich schwierig zu interpretieren und zu übertragen.

Eine ähnliche Untersuchung wäre mit gleicher Fragestellung für alle nephrologischen Einrichtungen interessant, was uns auf den Plan rufen muss. Berufspolitisch wird dieses Thema an Gewicht gewinnen, wenn es um die Verteilung der Tätigkeiten geht und wenn die Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen besser dargestellt werden. Wie diese Untersuchung zeigt, liegen wir goldrichtig, wenn auch wir unser Tätigkeitsprofil überdenken und unsere Kompetenzen formulieren.

Was erwartet uns 2010 für die nephrologische Pflege?

Bereits mit dem Jahresbeginn 2010 sind Änderungen angekommen. Mit der neuen Überarbeitung und Interpretation des EDTNA/ERCA-Kernlehrplans ist es nun gelungen, dieses bewährte Curriculum auf einen kompetenzorientierten Rahmenlehrplan für nephrologische Weiterbildungsstätten in Deutschland umzusetzen. Im Frühjahr wird die Arbeitsgruppe die Arbeit vorstellen können. Darüber hinaus hat die Arbeitsgruppe GHEAP (Gefäßzugang zur Hämodialyse – Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege) nun aktuell zum Jahresbeginn die Erstveröffentlichung in einer kleinen praktischen Broschüre auf dem Markt gebracht. Weitere spannende Projekte erfahren Sie im Jahresbericht des fnb auf den folgenden Seiten. Bei dieser Gelegenheit möchte ich Sie alle wieder sehr herzlich zu unserem sehr umfangreichen Jahresprogramm, welches im November mit dem 7. Dreiländerkongress seinen Höhepunkt erfährt und zu aktiver Beteiligung im Fachverband einladen.

Ihr Thomas Fernsebner, Traunstein
Vorsitzender fnb

Berichte aus Österreich und Schweiz

Der fnb möchte zukünftig die internationale Anbindung und Zusammenarbeit verstärkt sichtbar machen. Im Rahmen des Dreiländerkongresses haben wir bereits eine ideale Basis für die deutschsprachigen Länder geschaffen. Daher ist es uns ein Anliegen, die Aktivitäten der Länder Österreich und Schweiz in unserem Forum darzustellen. Im Forum werden ab jetzt auch die Pflegeverbände aus Österreich und der Schweiz Artikel veröffentlichen, Deshalb wird es künftig auch in diesen Ländern erscheinen. Dadurch trägt das Forum zu einem stärkeren Informationsaustausch in den deutschsprachigen Ländern bei.

> Termine des fnb

2010

MÄRZ

05. – 07.03.2010

Pflegeforum für Fach- und Führungskräfte der Nephrologie, Rotenburg/Fulda

25.03.2010

Schulung vor Ort, Medikamente für Dialysepatienten Essen

APRIL

24. – 25.04.2010

Seminartage, Hamburg, Haus Rissen

MAI

15.05.2010

Schulung vor Ort, Medikamente für Dialysepatienten Fürth

JUNI

08.06.2010

Schulung vor Ort, Medikamente für Dialysepatienten Stuttgart

26.06.2010

Pflegetag im Rahmen des Weltneurologenkongresses, München

SEPTEMBER

18. – 21.09.2010

39. EDTNA/ERCA-Kongress Dublin

OKTOBER

12.10.2010

Schulung vor Ort, Medikamente für Dialysepatienten Erfurt

NOVEMBER

07. – 09.11.2010

Nephrologisches Fachpflegeseminar, Frauenchiemsee

18. – 20.11.2010

7. Dreiländer-Kongress Konstanz (DLK)

DEZEMBER

04.12.2010

Schulung vor Ort, Medikamente für Dialysepatienten Dresden

> Einladung zur Jahreshauptversammlung

Sehr geehrte Mitglieder, sehr geehrte Damen und Herren,

Am 18. April 2010 findet die 4. Jahreshauptversammlung des fnb statt. Wir laden Sie ganz herzlich dazu ein und freuen uns über eine rege Teilnahme.

Veränderungen im Vorstand:

Christa Tast scheidet aus dem Vorstand aus, ihre Position als stellvertretende Vorsitzende im Vorstand werden wir neu besetzen. Der Vorstand hat Kerstin Gerpheidt aus dem erweiterten Vorstand gebeten, sich um diese Position zu bewerben. Als Mitglied des fnb können Sie sich ebenfalls um eine Position im Vorstand bewerben. Wenn Sie an berufspolitischer Arbeit Interesse haben, nehmen Sie Kontakt mit mir auf.

Die Wahl findet im Rahmen der Jahreshauptversammlung statt.



Wichtiger Hinweis:

Zur Jahreshauptversammlung sind alle Mitglieder des fnb geladen. Das Seminar „Haus Rissen“ stellt eine getrennte Veranstaltung zu der Jahreshauptversammlung dar. Sollte das Seminar bereits ausgebucht sein, so können Sie selbstverständlich trotzdem an der Jahreshauptversammlung teilnehmen. Eine automatische Teilnahme im Haus Rissen wird dadurch nicht erreicht.

Tagesordnung

4. Jahreshauptversammlung
Fachverband nephrologischer Berufsgruppen e. V.
Hamburg, den 24. April 2009

18.00– 19.00 Uhr

1. Begrüßung
2. Feststellung der Beschlussfähigkeit
3. Jahresbericht 2009
4. Finanzbericht 2009
5. Genehmigung des Jahres- und Finanzberichtes
6. Entlastung des Vorstandes
7. Neuwahlen
8. Satzungsgemäß gestellte Anträge
9. Projekte und Ziele für das Jahr 2010
10. Sonstiges

Thomas Fernsebner, Traunstein
Vorsitzender des fnb

> Bericht über das Geschäftsjahr 2009

Sehr geehrte Mitglieder,
sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Geschäftsbericht dient der Transparenz und Information gegenüber unseren Mitgliedern sowie weiteren kooperierenden Organisationen und Firmen.

Vereinsziele und Satzung

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 2009 dar.

1. Strukturqualität

1.1 Der Vorstand des fnb setzte sich im Jahr 2009 aus den folgenden Personen zusammen (alphabetisch):

- Jürgen Berner, München, Fachkrankpfleger Nephrologie, Mitarbeiter KfH-Nierenzentrum München-Schwabing
- Thomas Fernsebner, Traunstein, Fachkrankpfleger Nephrologie, Lehrer für Pflegeberufe, Leitung Abt. Fort- u. Weiterbildung Kliniken Südostbayern AG
- Kerstin Gerpheide, München, Fachkrankenschwester Nephrologie, Leitung Dialysestation Dr. Andreas Heller, München
- Michael Reichardt, Essen, Fachpfleger Nephrologie, Lehrer für Pflegeberufe, Leiter der Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr in Essen
- Beate Spindler, Marbach, Fachkrankenschwester Nephrologie, Leitung nephrologische Weiterbildung Stuttgart am Institut für Fort- und Weiterbildung der PHV

- Christa Tast, Stuttgart, Fachkrankenschwester Nephrologie mit Schwerpunkt Peritonealdialyse
- Ina Wiegard-Szramek, Essen, Fachkrankenschwester Nephrologie, Stationsleitung Dialyseabteilung Universität Essen

1.2 Vorstandspositionen im Jahr 2009

- Thomas Fernsebner, Vorsitzender
- Christa Tast, stellv. Vorsitzende
- Beate Spindler, Schriftführerin
- Michael Reichardt, Schatzmeister

Erweiterender Vorstand:

- Jürgen Berner,
- Kerstin Gerpheide,
- Ina Wiegard-Szramek,

1.3 Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle wird von Uschi Gaspar geleitet.

Sitz der Geschäftsstelle ist:

In den Beunen 6,
65479 Raunheim.

1.4 Weitere aktive Mitglieder

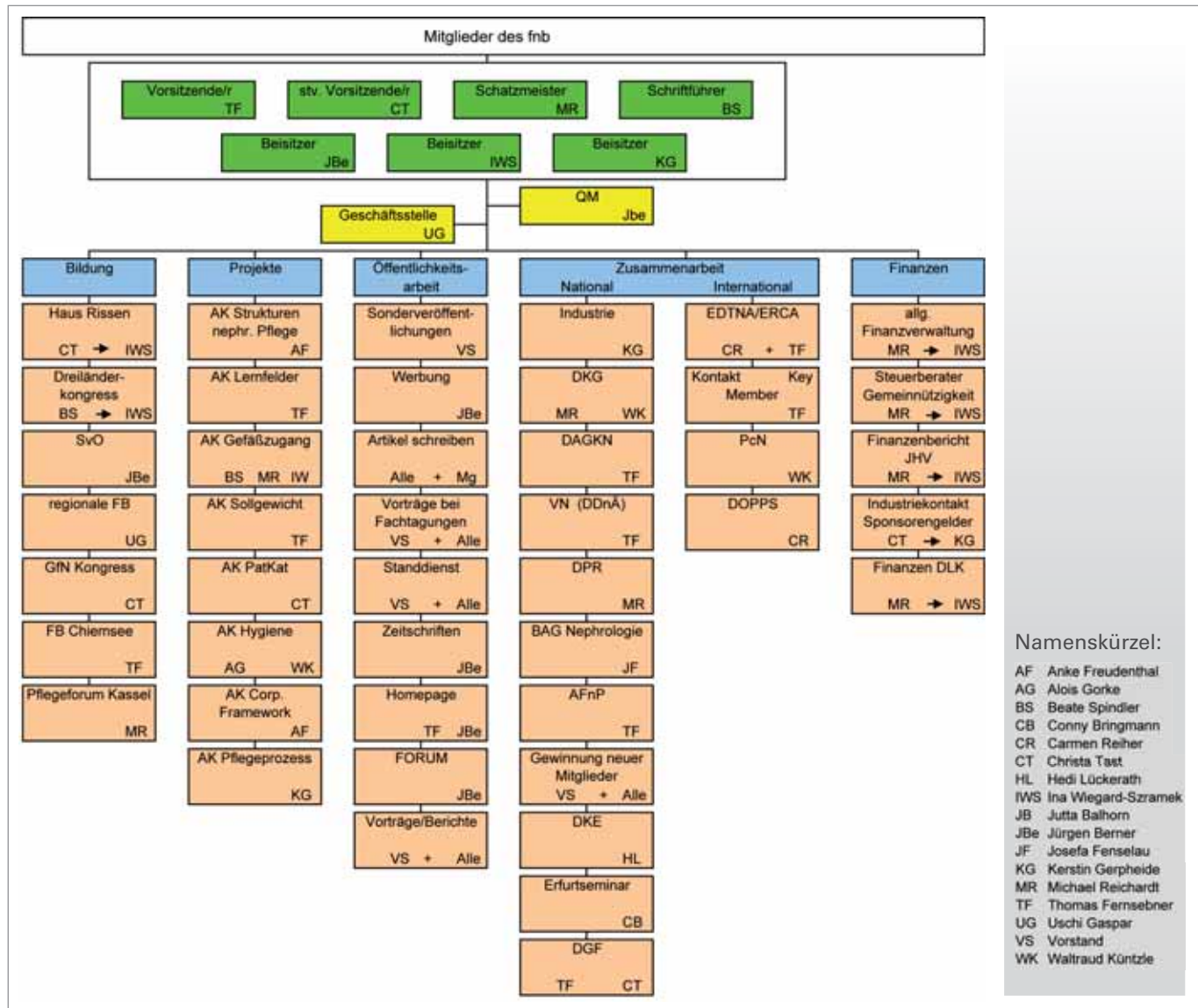
Neben dem Vorstand sind folgende Personen aktiv für den fnb tätig (alphabetisch):

- Jutta Balhorn, Hamburg
- Conny Bringmann, Erfurt
- Josefa Fenselau, Bonn
- Anke Freudenthal,
- Heinz Funhoff, Lünen
- Uschi Gaspar, Wiesbaden
- Karin Gaul, Berlin
- Ute Göhlert, Dresden
- Alois Gorke, Murnau
- Maria Grössmann, Schweinfurt
- Christa Hein, Fürth
- Waltraud Küntzle, Ludwigsburg
- Hedi Lückerrath, Siegburg
- Dieter Rüger, Waiblingen
- Franz Techert, Giessen
- Eva Weißbrodt, Villingen-Schwenningen



Der Vorstand des fnb: von links: Ina Wiegard_Szramek, Jürgen Berner, Kerstin Gerpheide, Christa Tast, Michael Reichardt, Thomas Fersebner, vorne Beate Spindler

Das dargestellte Organigramm 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 Entscheidungsträgern. Die Mitgliedergewinnung erfolgt durch Überzeugungsarbeit mittels qualitativ hochwertiger Fortbildungen, Publikationen, erfolgreichen berufspolitischen Aktivitäten und professioneller Betreuung von Mitgliedern.

2.2 Fortbildungsveranstaltungen

Im Rahmen der Vorstandssitzungen wird jährlich ein Jahresprogramm für Fort-

bildungen geplant. Die Auswahl der Orte, Termine und Themen wird gemeinsam besprochen. Für jede einzelne Veranstaltung werden ein Programmverantwortlicher und ein Organisationsverantwortlicher bestellt.

2.3 Mitwirkung bei geregelten Weiterbildungen

2.3.1

Der fnb entsendet Mitglieder in die Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologischer Weiterbildungen (BAG) und beteiligt sich dadurch aktiv im Sinne eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses für die nephro-

logische Fachpflege. Eine finanzielle Unterstützung durch den fnb erfolgt in der Finanzierung von Projekten im Rahmen der Fachweiterbildung, z.B. Überarbeitung des derzeitigen Curriculums, Veröffentlichungen zur Unterrichtsunterstützung etc.

2.3.2

Ein weiteres Ziel ist neben der aktiven Mitarbeit bei der BAG ist die Nachwuchsförderung nephrologischer Fachkräfte. Der Nephrologische Pflegepreis in Höhe von 1000,- € wird jährlich für die beste Facharbeit von nephrologischen Fachweiterbildungsabsolventen vergeben.

2.3.3

Der fnb beteiligt sich ebenfalls an der Diskussion um die künftige Ausrichtung, Kompetenzen und Weiterentwicklung nephrologisch Pflegenden und Assistenzpersonal. Dabei wird der Dialog mit allen politisch wichtigen Gremien geführt.

2.4 Arbeitskreise /-gruppen

Der fnb beteiligt sich an zahlreichen Arbeitskreisen. Ein Arbeitskreis wird bestellt, wenn ein neues Projekt zuvor beim Vorstand des fnb beantragt und von diesem genehmigt wird. Im Antrag prüft der Vorstand des fnb Sinn und Zweck des Projektes und ob Inhalt und Schwerpunkt des Projektes der Satzung des fnb entspricht. Im jeweiligen Projektplan werden Projektleitung, Projektziel, Kosten, Zeitplan, Risiken und Endpunkt beschrieben.

2.5 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit

Im Rahmen der Vorstandssitzungen werden Buch- und Zeitschriftenpublikationen beschlossen. Analog zu den Arbeitskreisen wird auch hier ein Gesamtverantwortlicher bestellt. Ein Autorenteam bespricht Inhalte und Aktualität. Eine Expertise und Literaturrecherche begleiten den Prozess.

2.6 Zusammenarbeit und Kooperationen mit anderen Fachgesellschaften

Die Zusammenarbeit mit nephrologischen und anderen Fachgesellschaften und Verbänden ist für den fnb obligat. Es wird mit folgenden Verbänden zusammengearbeitet

- European Dialysis and Transplant Nurses Association/European Renal Care Association (EDTNA/ERCA)
- Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Personal e.V. (AfnP)
- Arbeitskreis Transplantationspflege e.V. (AKTX)
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege (DGF)
- Deutscher Pflegerat (DPR)
- Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)
- Verband deutscher Nierenzentren der Deutschen Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte (DN e.V.)
- Bundesverband Niere e.V. (BN e.V.)

- Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. (KfH)
- Patienten-Heimversorgung Gemeinnützige Stiftung (PHV)
- Deutsche Gesellschaft für Gefäßchirurgie (DGG)

2.7 Budgetierung und Finanzplanung

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

3. Ergebnisqualität 2009

3.1 Mitgliederentwicklung

Der Mitgliederanstieg der vergangenen Jahre setzt sich kontinuierlich fort. Im Jahr 2009 wurde die Marke von nahezu 600 Mitgliedern erreicht.

3.2 Fortbildungsveranstaltungen

Im Jahr 2009 wurden in Summe fast 1000 registrierte Teilnehmer bei Fortbildungsveranstaltungen des fnb gezählt.

Mit der Seminarreihe „Schulung vor Ort“ wurde im Jahr 2009 das Thema „Temporäre und permanente zentrale Katheter“ angeboten. Diese Veranstaltung wurde äußerst erfolgreich be-

sucht, da die Anzahl der Patienten mit zentralen Dialysezugängen stetig steigt. Ergänzend zum Thema wurde die Empfehlung Pflege Gefäßzugänge Hämodialyse (GHEAP) erstellt.

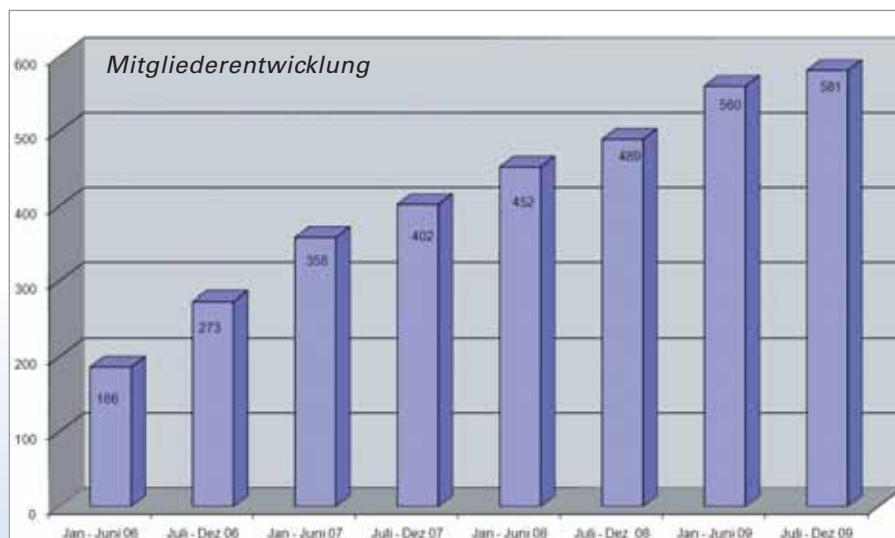
Das Seminar Haus Rissen war im Jahr 2009 wieder sehr gut besucht. Gleichzeitig ist diese Veranstaltung gepaart mit der Jahreshauptversammlung. Somit verbindet der fnb Fortbildung, Vorstandssitzung und Jahreshauptversammlung an einem Wochenende.

Der rege Austausch durch aktive und nicht aktive Mitglieder ist bei dieser Veranstaltung intensiv gegeben.

Auch in diesem Jahr beteiligte sich der fnb am GfN/DGfN Kongress mit einem eintägigen Pflegesymposium, welches in Göttingen statt fand.

Ein besonderes internationales Ereignis waren die beiden deutschsprachigen Sitzungen während des EDTNA/ERCA-Kongresses in Hamburg im September 2009. Mit den Themen „Gefäßzugänge“ und „Pflege in deutschsprachigen Ländern gestalten“, gelangen dem fnb in Kooperation mit Berufsverbänden aus Schweiz und Österreich zwei ausgezeichnete Sitzungen, die bei den Teilnehmern viel Interesse geweckt haben.

Mit dem Pflegeforum für Fach- und Führungskräfte im Frühjahr 2009 in Kassel, das in Zusammenarbeit mit der B.Braun-Stiftung Melsungen durchgeführt wurde und dem Fachpflegeseminar auf der Fraueninsel (Chiemsee) im November wurden zwei weitere hoch-



klassische Seminare für das nephrologische Fach- und Führungspersonal angeboten. Mit diesen beiden Fortbildungen erweitert der fnb neben dem DLK, der SvO-Staffel, dem Seminar Haus Rissen und weiteren Regionalen Fortbildungen sein Programm und erfüllt den Fortbildungsbedarf für alle nephrologischen Berufsgruppen.

3.3 Mitwirkung geregelter Weiterbildungen

3.3.1 Bundesarbeitsgemeinschaft nephrologischer Weiterbildungsstätten
Josefa Fenselau leitet die Bundesarbeitsgemeinschaft und lädt hierzu zweimal jährlich die Leitungen aller nephrologischen Weiterbildungsstätten in Deutschland ein.

Die Zielsetzung ist weiterhin eine einheitliche Gestaltung der Inhalte und des Qualitätsstandards der Weiterbildungen in Deutschland nach dem Europäischen Kernlehrplan der EDTNA/ERCA sowie die Anpassung der Weiterbildungsempfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des Sozialministeriums Baden-Württemberg an neue Entwicklungen.

In der Bundesarbeitsgemeinschaft sind Seitens des fnb folgende Personen vertreten:

Jutta Balhorn (WB Hamburg), Conny Bringmann (WB Erfurt), Josefa Fenselau (WB Bielefeld), Thomas Fernsehner (WB Traunstein), Waltraud Küntzle (WB Stuttgart und Bielefeld), Beate Spindler (WB Stuttgart), Michael Reichardt (WB Essen) und Dirk Wiedeholt (WB Hann-Münden).

Es sei an dieser Stelle erwähnt, dass die Bundesarbeitsgemeinschaft ein autonomes Gremium ist, welches aus den Leitungen nephrologischer Weiterbildungsstätten bundesweit besteht, auch ohne Mitgliedschaft des fnb. Der fnb hat innerhalb dieses Gremiums nur eine beratende und unterstützende Funktion.

Die Erarbeitung eines kompetenzbasierten Curriculums wurde in diesem Jahr unter der Projektleitung von Thomas Fernsehner sowie den Arbeitsgruppenmitgliedern Waltraud Küntzle und Michael Reichardt vom fnb sowie Fr. Bundschu (AfnP) und

In der Tabelle sind alle Veranstaltungen 2009 dargestellt:

Nr.	Datum	Ort	Veranstaltung	TN	Verantwortlich
1	17.01.2009	München	SvO Katheter	60	T. Fernsehner
2	17.02.2009	Berlin	SvO Katheter	38	K. Gaul
3	6./8.03.2009	Kassel	Fach- und Führungsseminar	72	T. Fernsehner / M. Reichardt
4	19.03.2009	Essen	SvO Katheter	138	M. Reichardt
5	18./19.04.2009	Hamburg	Hamburg Rissen	96	C.Tast / J. Balhorn
6	21.04.2009	Alsfeld	Regionale Fobi	40	F.Techert
7	05.05.2009	Herborn	Regionale Fobi	35	F.Techert
8	26.05.2009	Frankfurt	QM Folgeseminar	18	J. Balhorn / H. Lückerath
9	28.05.2009	Stuttgart	SvO Katheter	85	C.Tast
10	11.06.2009	Dresden	Regionale Fobi	38	U. Göhlert
11	5./8.09.2009	Hamburg	EDTNA/ERCA Kongress	100	T. Fernsehner / C.Tast
12	26.09.2009	Göttingen	Pflegetag DGfN-Kongress	105	C.Tast
13	06.10.2009	Erfurt	SvO Katheter	59	C. Bringmann
14	8./10.11.2009	Traunstein/Chiemsee	Fachpflege-seminar	37	T. Fernsehner / A. Gorke
15	12.12.2009	Fürth	SvO Katheter	26	C. Hein
	Summen	15 Veranstaltungen		947	Teilnehmer

Fr. Schlieben (Wissenschaftliche Beratung AfnP) zu einem Diskussionspaper abgeschlossen. Die Kommentierung durch die Bundesarbeitsgemeinschaft und durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft hat bereits stattgefunden. Im Frühjahr wird das Projekt abgeschlossen sein und veröffentlicht.

3.3.2 Pflegepreis

Die Gewinner des Pflegepreises Nephrologie 2009 sind:

Karin Müller, Weiterbildungsstätte ifw-Institut für Fort- und Weiterbildung der PHV, Kurs Stuttgart mit ihrer Arbeit: „Schnuppertage für Prädialytische Patienten“

Die Übergabe des Preises erfolgt beim nächsten Seminar in Rissen im April 2010.

Im Jahr 2009 waren im fnb insgesamt 8 Arbeitsgruppen aktiv.

In der Tabelle wird die Vielzahl der Projekte und ihre Projektleitungen dargestellt (siehe nächste Seite).

Zu den einzelnen Ergebnissen wurde

bereits mehrfach im Forum berichtet.

3.4 Publikationen und Öffentlichkeitsarbeit

Im Jahr 2009 hat der fnb mit einer Neuauflage der Medikamentenbroschüre, sowie mit der Empfehlungen Pflege für den Gefäßzugang Hämodialyse.

Neben den Büchern bzw. Broschüren erscheint zweimal jährlich das Forum mit fachlichen und verbandsinternen Artikeln.

Dialyse Aktuell ist 2009 mit 10 Ausgaben erschienen. Der fnb gestaltet für jede Ausgabe eine informative Seite.

Internet: Alle Ergebnisse, Informationen und Neuigkeiten sind unter unserer Website www.nephro-fachverband.de zu sehen. Mit einer Neugestaltung der Internetplattform wurde im Jahr 2009 ein weiterer wichtiger Schritt im Sinne einer professionellen Öffentlichkeitsarbeit unternommen. Die Seite ist nun optisch ansprechender, wesentlich flexibler und hat größere Datenkapazitäten.

Vielzahl der Projekte und ihre Projektleitungen

Arbeitskreis	Projektleitung bzw. Ansprechpartner	Ergebnisse
AK Lernfelder	Fernsebner	Abschluss am 1. Februar 2010
AK Gefäßzugänge	Spindler	Publikation fertig gestellt
AK Strukturen neph. Pflege	Vorstand	Geplante Veröffentlichung 2010
AK Hygiene	Gorke	Veröffentlichung in englischer Sprache zum EDTNA/ERCA-Kongress 2009 in Hamburg
AK Medikamentenbroschüre	Gerpheide	Publikation fertiggestellt
AK Anwenderregeln DIN VDE	Lückerath	Detaillierter Bericht in der JHV
AK Sollgewicht /Trockengewicht	Fernsebner / Gorke	Erstentwurf wurde im November 1. Veröffentlichung ist zum DLK in Konstanz geplant

3.5. Zusammenarbeit und Kooperationen mit anderen Fachgesellschaften AfnP

Die Vorstände der AfnP sowie der fnb haben sich im Jahr 2009 noch nicht über eine engere Zusammenarbeit und Kooperation einigen können. Die Erstellung des o.g. kompetenzorientierten Rahmenlehrplans erfolgte durch ständige Mitglieder der Bundesarbeitsgemeinschaft für nephrologische Weiterbildungen, welche durch die Verbände AfnP und fnb in gleicher Weise finanziell und fachlich unterstützt wurde.

DGfN

Der fnb arbeitet in den Themen Personalbedarfsermittlung in Dialysen, Gefäßmanagement und Ausgestaltung des Pflegesymposiums im Rahmen des Nephrologischen Kongresses intensiv mit den ärztlichen Fachgesellschaften zusammen.

DGF und DPR

Es konnte kein gemeinsamer Termin zum Abgleich der Curricula der verschiedenen Fachweiterbildungen gefunden werden.

EDTNA/ERCA

Der fnb erfüllt wie kein anderer nationaler Verband die Kooperation zur EDTNA / ERCA (Level 2). Die Zusammenarbeit macht sich in der gemeinsamen Durchführung verschiedener Veranstaltungen, wie z.B. Dreiländerkongress, Fachpflegeseminar am Chiemsee, Seminar Haus Rissen und das Fachpflege-

forum in Kassel bemerkbar. Darüber hinaus unterstützt der fnb internationale Projekte finanziell. Der fnb war beim internationalen Kongress der EDTNA / ERCA der wichtigste nationale Verband und unterstrich dadurch sein Interesse an der internationalen Zusammenarbeit.

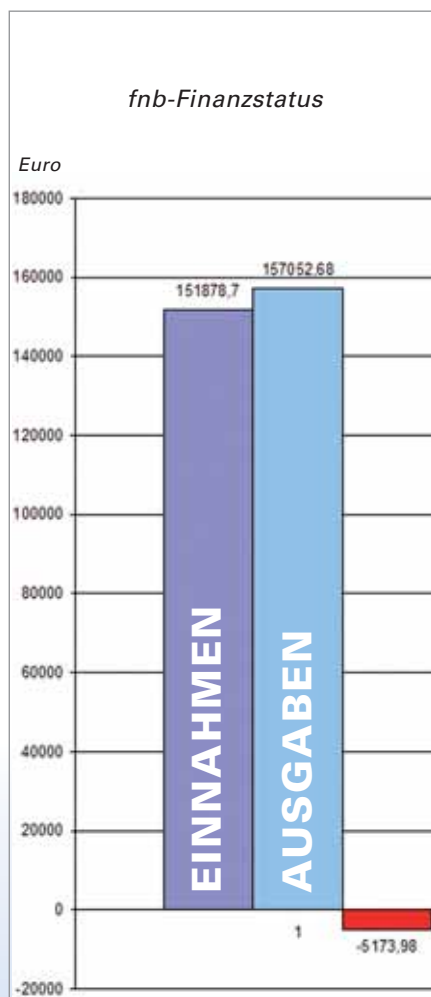
3.6 Budgetierung und Finanzplanung

Im Jahre 2009 wurden 151878,70 Euro Einnahmen erzielt. Demgegenüber stehen Ausgaben in Höhe von 157052,68 Euro, was einer Bilanz von - 5173,98 Euro entspricht. Einen ausführlichen Finanzbericht erhalten Sie bei der Jahreshauptversammlung im April 2010 durch unseren Schatzmeister Michael Reichardt.

Schlusswort

Am Ende des Jahres 2009 lässt sich eine weitere positive Entwicklung in den Gesamtaktivitäten des fnb feststellen. Neben der Steigerung der Mitglieder sind vor allem die stetigen Erweiterungen der Fortbildungen und Arbeitsgruppen zu vermerken. Außerdem wurden wichtige Veröffentlichungen abgeschlossen. Hervorzuheben war das Engagement des fnb für den EDTNA-ERCA Kongress. Der fnb hat dadurch sein Profil in der Zusammenarbeit mit der EDTNA / ERCA geschärft. Auch im Jahre 2010 wollen wir das Gewonnene erhalten und neue Felder für die nephrologische Pflege gewinnen. Vielen Dank allen Verbänden, Firmen und Personengruppen, welche den fnb und seine Ziele stets unterstützen. Empfehlen Sie uns auch anderen als einen „aktiven und anspruchsvollen Verband“ im Sinne der ständigen Verbesserung für die für die Pflegenden, die unsere Aktivitäten ermöglichen und unterstützen.

Thomas Fernsebner, Traunstein
Vorsitzender fnb e.V.



> Veränderungen im Vorstand des fnb

Bereits im letzten Forum konnten sie lesen, dass im Vorstand des fnb Veränderungen anstehen. Christa Tast wird aus dem Vorstand des fnb ausscheiden. Aus dem erweiterten Vorstand bewirbt sich Kerstin Gerpheide um diese Position. Um sich einen Eindruck von Kerstin Gerpheide machen zu können lesen sie bitte weiter.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

mein Name ist Kerstin Gerpheide. Ich lebe mit meinem Mann und meinen zwei fast erwachsenen Töchtern seit 21 Jahren in München. Ursprünglich komme ich aus Dortmund, dort habe ich meine Berufsausbildung und meine Weiterbildung als Fachkrankenschwester Intensiv/Anästhesie abgeschlossen. Seit 2000 besetze ich die Position der pflegerischen Leitung in einem privaten Dialysezentrum in München.

Als Krankenschwester für Nephrologie (DKG) bin ich seit 2005 Mitglied des fnb-Fachverband nephrologischer Berufsgruppen. Nach meiner Fachweiterbildung stand ich vor der Entscheidung: Studium oder berufspolitische Arbeit. Ich entschied mich für die berufspolitische Arbeit, denn ich wollte mein Wissen und meine Kompetenz effektiv und praxisnah nutzen. Im Jahr 2008 wurde ich in den er-

weiterten Vorstand des fnb berufen. Die professionelle Arbeit meiner Vorstandskollegen beeindruckte und motivierte mich, intensiver in die Vorstandarbeit einzusteigen. Dank deren Unterstützung konnte ich mich rasch in meine Aufgabenbereiche einarbeiten. Ich bin derzeit Kontaktperson für die Vertreter der Industrie und in 2010 auch verantwortlich für die Organisation und Durchführung der „Schulung vor Ort“.

Meine Vorstandstätigkeit möchte ich drei besonders wichtigen Aufgaben widmen: Unser Berufsbild und die Anerkennung in der Gesellschaft liegen mir sehr am Herzen. Ich möchte mit meiner Arbeit im Verband maßgeblich an der Verbesserung mitarbeiten.

Die tarifliche Eingruppierung der nephrologischen Fachpflege muss dringend überdacht und geändert werden. Wir werden die Diskussion wieder aufnehmen und hoffentlich eine Verände-



rung herbeiführen.

Zwei nephrologische Fachverbände sind in Deutschland sicherlich nicht nötig, eine gebündelte Kraft in einem Verband wäre deutlich besser.

Außerdem werde ich „bodenständige“ berufliche Themen der Qualifikation aufgreifen, indem ich die Schulung vor Ort (SvO) praktisch unterstütze.

Als künftiges Vorstandsmitglied bin ich offen für alle Vorschläge aus euren Reihen. Ich möchte Vorstand und Verband um weitere aktive Mitglieder erweitern, die Spaß an der Weiterentwicklung der nephrologischen Pflege haben.

Ich würde mich sehr freuen, Ihre Stimme zu bekommen.

Herzlichst

Kerstin Gerpheide, München

> Nachwuchspreis nephrologische Fachpflege 2010

Der „alte“ fnb Pflegepreis hat einen neuen Namen: „Nachwuchspreis nephrologischer Fachpflege“

Er dient der Auszeichnung und Förderung von Pflegekräften, die eine Weiterbildung zur Fachgesundheits- und Krankenpflege Nephrologie absolvieren und ihre Abschlussarbeit einreichen.

Es muss sich um eine Arbeit handeln, die überwiegend im deutschsprachigen Raum erstellt wurde, die bisher nicht publiziert ist oder deren Publikation nicht länger zurückliegt als ein Jahr. Arbeiten, die bereits mit einem anderen Preis ausgezeichnet wurden, können nicht berücksichtigt werden.

Die Arbeiten werden anonymisiert. Drei pflegerische und ein ärztlicher Bewerter beurteilen die Arbeit nach einem definierten Schema.

Der Preis ist mit der Summe von € 1.000,- dotiert. Zusätzlich erhält der Gewinner jeweils 1 Jahr kostenlose Mitgliedschaft in fnb und EDTNA/ERCA (e-membership).

Besonderheit bei Gruppenarbeit:

Der Preis in Höhe von € 1.000,- kann ebenfalls für eine Gruppenarbeit vergeben werden. In diesem Fall erhalten bis zu drei Personen aus der Gewinnergruppe jeweils eine Freiregistrierung am jeweiligen Kongress der Preisübergabe. Die Freiregistrierungen in fnb und EDTNA/ERCA entfallen.

Die Preisübergabe findet im jährlichen Wechsel beim Dreiländer-Kongress in Konstanz und beim Seminar Haus Rissen in Hamburg statt.

Die Arbeiten können auf Papier, CD oder per E-Mail eingereicht werden mit vollständiger Adresse und Angabe der Weiterbildungsstätte.

Die Arbeit muss mit einer Kurzfassung (maximal ½ DIN A4 Seite) eingereicht werden. In der Kurzfassung sollte die Zielsetzung und das Ergebnis der Arbeit beschrieben werden.

Der Abgabetermin ist der **30. April** eines jeden Jahres. Alle danach eingehenden Arbeiten werden im Folgejahr berücksichtigt.

Arbeiten können ab sofort eingereicht werden – wir freuen uns auf eine rege Beteiligung und viele Arbeiten.

Uschi Gaspar, Raunheim
Geschäftsstelle fnb

> 7. Dreiländer-Kongress in Konstanz 18. bis 20. November 2010



**ABSTRACT
ABGABE-
SCHLUSS**
15. März 2010

Reichen Sie daher ein Abstract (eine Kurzfassung ihres Vortrages) zu einem der Hauptthemen oder zum „Offenes Forum“ ein. Damit geben Sie uns die Möglichkeit, ein interessantes Programm zusammenzustellen.

*Bitte schicken Sie Ihr Abstract bis zum 15.3.2010 an
spindler.beate@phv-dialyse.de*

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

waren Sie schon einmal auf einem Dreiländerkongress? Es ist der einzige nephrologische Pflegekongress, der sein Programm überwiegend aus eingereichten Abstracts erstellt und der einzige Kongress in Gemeinschaft mit den Ländern Österreich und Schweiz. Es ist ein Kongress ohne klassischer Industrieausstellung, aber alle wichtigen Industrievertreter sind vor Ort und freuen sich auf Gespräche und regen Austausch im sogenannten „Markt der Möglichkeiten“.

Mit dem Kongressmotto „*Nephrologische Pflege entwickeln – Versorgungsqualität gemeinsam gestalten*“ wollen

wir deutlich machen, welchen Anspruch wir in der Profession der Pflege haben.

Es liegt an uns, ob wir die Pflege nierenkranker Menschen als unsere Aufgabe verstehen und hier die notwendigen Kompetenzen definieren und welchen Stellenwert unser Tun in der Versorgungsqualität darstellt. Unser Aufruf ist daher an Sie: Tragen Sie zu diesem Kongress Ihr Wissen bei.

Ihr Wissen, Ihre Erfahrungen und Engagement haben diesen Dreiländerkongressen zum wichtigsten Forum im deutschsprachigen Raum werden lassen. Es ist daher für uns ein wichtiges Anliegen Ihre Erfahrungen, Wissen und Ihre Projekte als eine Bereicherung für alle Kollegen zu verstehen.

In Ergänzung dazu finden sowohl Vorträge von internationalen Gastrednern als auch Schulungssitzungen von Seiten der Industrie statt.

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!

Thomas Fernsebner, Traunstein
Tagungspräsident

Folgende Themen sollen beim 7. Dreiländer-Kongress zur Diskussion anregen:

- Zugangsmanagement (Shunt, ZVK oder PD-Katheter)
- Schnittstellenmanagement
- „Neue“ Versorgungskonzepte für nierenkranke Menschen
- Neues aus der Peritonealdialyse
- Selbstbestimmung versus Compliance – unterschiedliche Blickwinkel
- Bildung als Qualitätsmerkmal
- Offenes Forum
- Forschungsprojekte in der Pflege – vom Mauerblümchen zum Lieblingsobjekt
- Palliativ Care (Liverpool Care Path Way)
- Der interessante Fall
- Erhalt der Nierenrestfunktion
- Kommunikation in schwierigen Situationen

➤ Einladung – 5. fnb-Seminar und 51. EDTNA/ERCA Seminar, Haus Rissen, Hamburg, 24.- 25. April 2010

Samstag, den 24.04.2010

13.00 Uhr Begrüßung: Jutta Balhorn
Preisübergabe des
Pflegepreises 2009
an Karin Müller,
Dialysezentrum Wetzlar
Moderation: ChristaTast

Hautgeschichten

13.15 Uhr Hautveränderungen im
Zusammenhang mit
Nierenerkrankungen
Einfluss der Medikamente
Was sagt uns die Haut?

14.30 Uhr Haut und Knochen am
Beispiel der Calciphylaxie
Sabine Meyer, Essen

15.00 Uhr Kaffeepause

15.30 Uhr Das Was, Wie und Warum
der Hautpflege und
der Wundbehandlung
*Herr Döhrel, Wundmanager,
Uniklinik Göttingen*

17.00 Uhr Ein Fallbeispiel

17.30 Uhr Die Haut:
Spiegel der Seele:
Psychologische
Auswirkungen
*Dr. Adrienne Maltusch,
Charité Berlin*

18.00 Uhr 5. Jahreshaupt-
versammlung fnb

19.00 Uhr Abendessen

Diese Schulung wird unterstützt von
der Firma Novartis.

Sonntag, den 25.04.2010

6.30 - Early morning run

7.30 Uhr

Moderation:
Michael Reichardt

Gefäßzugänge

9.00 Uhr Pflegepreis 2009
„Schnuppertage für prä-
dialytische Patienten
– Einführung einer prädia-
lytischen Patientenbera-
tung in einem ambulanten
Dialysezentrum“
*Karin Müller,
Dialysezentrum Wetzlar*

09.20 Uhr Leitlinien, Richtlinien,
Empfehlungen – Qualitäts-
gewinn oder Papiertiger
*Ina Wiegand-Szramek,
Essen*

10.00 Uhr Kaffeepause

10.30 Uhr Empfehlungen zur Pflege
von Gefäßzugängen zur
Hämodialyse – Eine Leit-
linie für die Praxis
Beate Spindler, Marbach

11.30 Uhr Zentralvenöse Katheter
für Dialyse – Funktions-
bewertung
*Ulrike Koch,
Bergisch Gladbach*

12.15 Uhr Diskussion und Zusammen-
fassung

12.30 Uhr Mittagessen

Diese Schulung wird unterstützt von
der Firma Bionic.

Der Pflegepreis wird unterstützt von
der Firma Gambro.



Wichtige Daten

Mitglieder: 100,00 Euro
Nichtmitglieder: 130,00 Euro

Ohne Übernachtung

Mitglieder: 60,00 Euro
Nichtmitglieder: 90,00 Euro

Wichtig
! Sie bezahlen die Registrierungs-
gebühr für Mitglieder, wenn
! Sie bei der Anmeldung gleich-
zeitig Mitglied beim **fnb** oder
EDTNA/ERCA werden.

Die Seminargebühren beinhalten:

- Registrierung
- 1 Übernachtung (auf Wunsch)
- Abendessen
- 2 Kaffeepausen
- 1 Mittagessen

Ohne Übernachtung, beinhalten
die Gebühren die Registrierung und
die Kaffeepausen.



Allgemeine Informationen

Anmeldeschluss

15.03.2010

Dieses Seminar ist auf
100 Teilnehmer begrenzt.

Tagungsort

Haus Rissen
Rissener Landstrasse 193
22559 Hamburg
Telefon: 040/81 90 70

Lokale Organisation und Anmeldung

Jutta Balhorn
Maria Louisenstraße 120
22301 Hamburg
Email: info@nephro-consulting.de



www.freiwillige-registrierung.de

Für dieses Seminar
erhalten Sie
9 Fortbildungspunkte.



> Trockengewichtsbestimmung mit dem BCM – Body Composition Monitor

Eine validierte Methode, die eine klinische Untersuchung ergänzt um dem wahren Trockengewicht näher zu kommen.

Autor: Frau Dr. med. Helga Petrov
Leitende Oberärztin der Sektion Nephrologie
Königin Elisabeth Krankenhaus Herzberge gGmbH
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin



BCM Body Composition Monitor

Einleitung

Bei Hämodialysepatienten treten zusätzlich zum terminalen Nierenversagen immer häufiger Begleiterkrankungen wie Mangelernährung, Anämie, Bluthochdruck und andere kardiovaskuläre Erkrankungen auf. Das nephrologische Team ist mit einer stetig zunehmenden Anzahl von multimorbiden und zugleich immer älter werdenden Patienten konfrontiert. Die Behandlung von Nebenwirkungen und Komplikationen, die im Verlauf der Dialysebehandlung auftreten können, nimmt daher in der täglichen Praxis einen immer größeren Raum ein.

Einer der Schlüssel zur Verbesserung der medizinischen Prognose unserer Patienten liegt in der Diagnostik und Therapie der kardiovaskulären Erkrankungen. Die Überwässerung ist ein weit verbreitetes Problem von Dialysepatienten und darüber hinaus ein wichtiger kardiovaskulärer Risikofaktor. Sowohl eine verbesserte Blutdruckeinstellung als auch eine genaue Flüssigkeitsbilanzierung haben das Potenzial, diese Risiken zu minimieren und somit die Lebenserwartung der Patienten zu verlängern (1).

Epidemiologische Situation

In Deutschland gibt es derzeit über 2 Mio. chronisch Nierenkranke. Gemäß einer Studie (2) werden etwa 40% angemessen behandelt, d.h. sie werden rechtzeitig einem Nephrologen vorgestellt. Der Verlauf vieler Nierenerkrankungen ist durchaus beeinflussbar. So kann das Stadium der Dialysepflicht durch intensive Allgemeinmaßnahmen wie nachhaltige Blutdruckeinstellung und Normalisierung des

Hydratationsstatus, deutlich hinausgezögert werden.

Etwa 65.000 Dialysepatienten kosten die Krankenkassen über 2% ihres Budgets. Zudem steigt die Anzahl der Dialysepatienten jährlich um etwa 3% an.

Definition des Trockengewichts

Als Trockengewicht (TG) wird das Gewicht bezeichnet, das ein Hämodialysepatient am Ende einer Hämodialyse (HD) erreichen sollte. Diese Forderung ist ein zentraler Bestandteil der individuellen, qualitativ hochwertigen Dialyse. Für den Dialysepatienten sollte das TG ein „Wohlfühlgewicht“ darstellen. Einerseits wird durch eine schonende Flüssigkeitsentfernung der Hydratationsstatus normalisiert und andererseits kann der Blutdruck gebessert werden. Das TG ist keine feste Größe, sollte vor jeder neuen Behandlung zur Disposition stehen und bei Bedarf geändert werden. Für Patienten, die sich einer Peritonealdialyse (PD) unterziehen, gilt dies in übertragener Weise.

Die Festlegung des TG erfolgt in der Regel durch den Arzt nach einer eingehenden Visite einschließlich klinischer Untersuchung unter Heranziehen verschiedener Untersuchungsmethoden, die helfen sollen, dem „wahren“ TG näher zu kommen. Trotzdem bleibt die medizinische Diskussion um das TG weiterhin ein stets aktuelles Thema. Oft wird es als Gewicht angenommen, das ein Patient gerade noch toleriert, ohne gehäuft hypotensive Episoden während der HD Behandlung zu durchlaufen.

Folgen der Überwässerung von Dialysepatienten

Bei terminaler Nierenerkrankung (ESRD) führt der Rückgang der Diurese zu einem Flüssigkeitsüberschuss, auch als Überwässerung oder Hypervolämie bezeichnet.

Der Flüssigkeitsgehalt im Interstitium nimmt zu.

Diese Form der Überwässerung kann, trotz suffizienter Herzfunktion, zu einem sekundären Bluthochdruck führen – ein komorbider Zustand, der bei den meisten Patienten mit chronischer Nierenerkrankung auftritt. Zudem führt der volumenabhängige Bluthochdruck zur links-ventrikulären Hypertrophie (LVH) und zur kongestiven Herzinsuffizienz. Fast jeder zweite Dialysepatient leidet unter Herz-Kreislaufkrankungen.

Methoden der Trockengewichtsbestimmung

Anamnese und klinische Untersuchung
Dem therapeutischen Team stehen eine Reihe von Möglichkeiten zur Verfügung, das TG festzulegen. Von besonderer Bedeutung sind die Anamnese und die klinische Untersuchung, einschließlich der Körpergröße und des Körpergewichts. Der Erfahrungsschatz des Arztes fließt in hohem Maße in die Entscheidungsfindung ein.

Bei diesem Prozess legt der Arzt ein besonderes Augenmerk auf Überwässerungszeichen, wie Blutdruckveränderungen, pulmonale Flüssigkeitseinlagerungen, Leberstauung oder allgemeine Ödeme. So können periphere Ödeme erst sichtbar werden, wenn das interstitielle Volumen bereits 30% über dem Normwert liegt (3). Der Erhalt der Restdiurese ist bei der Festlegung des individuellen TG ein nicht zu unterschätzender Punkt für die Lebensqualität der Patienten.

Röntgen-Thorax-Aufnahme

Sowohl eine verstärkte Lungengefäßzeichnung als auch ein Herz-Thorax-Quotient (HTQ) über 0,5 stellen Überwässerungszeichen dar.

Der HTQ schafft eine gewisse intraindividuelle Vergleichbarkeit. Die Hyperhydratation lässt sich so erkennen, bevor sie klinisch sichtbar wird. Allerdings ist die Röntgen-Thoraxaufnahme zur reinen Verlaufsbeurteilung des Hydratationszustandes aufgrund der Strahlenbelastung nicht geeignet.

Transthorakale Echokardiographie (TTE)

Die TTE hat einen standardisierten Untersuchungsablauf. Der Arzt kann auf diese Weise systolische und diastolische Funktionsstörungen diagnostizieren, die bereits auf eine Überwässerung hinweisen, bevor diese radiologisch sichtbar wird, besonders wenn Vorbefunde existieren. Die TTE erfordert einen erfahrenden Untersucher und viel Zeit, so dass sie für die reine Beurteilung des Hydratationsstatus eher ungeeignet ist.

Vena-cava-inferior-Sonographie

Die sonographische Beurteilung des Durchmessers der V. cava inferior kann einen Hinweis auf eine Überwässerung geben, wenn der Patient herzgesund ist. Allerdings sollte wegen der intraindividuellen Untersuchervariation immer der gleiche Arzt den Patienten sonographieren. Die genaueste Beurteilung erfolgt vor der Dialyse oder nach abgeschlossenem Refilling.

Dopplersonographie der V. femoralis

Das Fehlen von pulssynchronen Flussschwankungen in der V. femoralis und

das Vorhandensein eines nur atemabhängigen Flussprofils ist zur Beurteilung des TG sinnvoll. Allerdings ist dann nur die folgende Aussage zulässig: Der Patient ist nicht hyperhydriert (4).

Résumé

Durch die Entwicklung der Dialysetechnik der letzten Jahre ist viel erreicht worden, um den Patienten eine physiologischere Behandlung zu ermöglichen. Trotzdem ist die Festlegung des TG vor der Dialyse weiterhin problematisch. Die bisher beschriebenen Methoden der TG-Bestimmung sind vorwiegend hilfreich für hyperhydrierte Patienten. Sie verlassen uns häufig bei Normo- oder Hypovolämie.

BCM – Body Composition Monitor (BCM)

Das BCM kann diese Lücke schließen. Es basiert auf dem Verfahren der Bioimpedanz-Spektroskopie (BIS) und ist in gleicher Weise für hyper-, hypo-, und normohydrierte Patienten zur TG-Bestimmung geeignet – unabhängig davon, ob sie herzgesund oder herzkrank sind. Es ermöglicht nicht nur die Planung des Flüssigkeitsentzuges vor einer Dialyse, sondern auch die Verlaufsbeurteilung des Flüssigkeitsverhaltens über längere Zeitintervalle. Als weitere Information erhält man durch das BCM eine Einschätzung der Ernährungssituation unserer Patienten. Dieses Vorgehen ermöglicht uns, die Restdiurese der Patienten länger zu erhalten, intradialytische Komplikationen zu vermeiden und die Morbidität und Mortalität deutlich zu reduzieren. Wir verbessern die Lebensqualität unserer Dialysepatienten.

Das BCM ist ein Analysesystem, mit dessen Hilfe auf einfache und objektive Art und Weise der individuelle Flüssigkeitsstatus sowie die Anteile der verschiedenen Gewebetypen (Magergewebs- und Fettgewebsmasse) eines jeden Patienten bestimmt werden können. Das BCM liefert präzise Daten zu den folgenden klinisch relevanten Parametern:

- Individueller Hydratationsstatus
- Körperzusammensetzung zur

Bewertung des Ernährungsstatus

- Harnstoffverteilungsvolumen „V“ zur präzisen Bestimmung des $K \times t / V$

Grundlagen der Technologie

Das Analysesystem arbeitet auf der Basis der BIS und misst die elektrische Leitfähigkeit des Körpergewebes. Vereinfacht ausgedrückt leitet das menschliche Körpergewebe elektrischen Strom umso besser, je mehr Wasser es enthält.

Bei jeder Messung wird Wechselstrom mit 50 verschiedenen Frequenzen in einem Bereich von 5 kHz bis 1MHz durch den Körper geleitet und der elektrische Widerstand für jede verwendete Frequenz gemessen, um das Gesamtkörperwasser (TBW) und das extrazelluläre Wasser (ECW) zu bestimmen. Subtrahiert man das ECW vom TBW erhält man den Anteil des intrazellulären Wassers (ICW). Physikalisch beruht das Verfahren darauf, dass hochfrequente Messströme die Eigenschaft haben, ungehindert durch das TBW zu fließen, während niederfrequente Messströme die Zellmembran nicht durchdringen können – sie umfließen die Zellen im Bereich des extrazellulären Raumes, d.h. sie fließen ausschließlich durch das ECW (Abb. 1).

Die klinisch relevanten Parameter werden über zwei innovative und validierte physiologische Modelle berechnet (Abb. 2).

1. Das Volumenmodell, das die Leitfähigkeitsverhältnisse in einer Zellsuspension widerspiegelt, dient zur Berechnung des TBW, des ECW und des ICW (5).
2. Das BCM, basierend auf der BIS, beschreibt, nachdem man vor der Messung das Körpergewicht und die Körpergröße eingepflegt hat, den intra- und extrazellulären Wassergehalt der Magergewebsmasse (LTM), der Fettgewebsmasse (ATM) sowie die Überwässerung (OH) (6).

Bei konventionellen Analysesystemen wird die Körperzusammensetzung häufig durch die fettfreie Masse (FFM) und

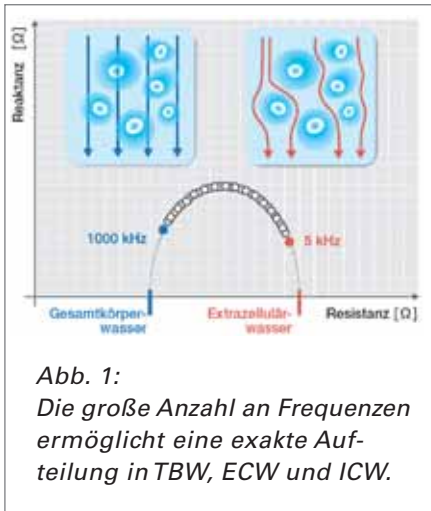


Abb. 1:
Die große Anzahl an Frequenzen ermöglicht eine exakte Aufteilung in TBW, ECW und ICW.

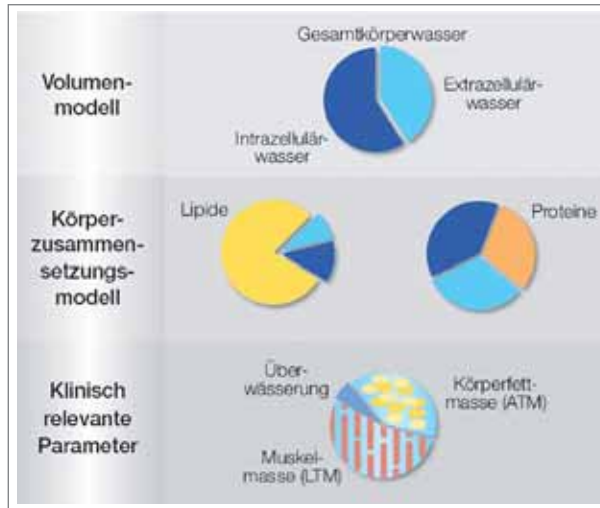


Abb. 2:
Basierend auf der Messung von ECW und ICW berechnet das BCM die Überwässerung, die LTM und die ATM

die Lipidmasse (FAT) beschrieben. Bisher konnte die Überwässerung nicht von der fettfreien Masse abgegrenzt werden. Das BCM ist das erste System, das eine Überwässerung exakt und auf der einzigartigen Basis des Body Composition Modells ermitteln kann (Abb. 3).

Anwendung und Handhabung

Die Messung sollte grundsätzlich vor der Dialysebehandlung durchgeführt werden. Patienten, die sich in einer stabilen Situation befinden, sollten zur Langzeitüberwachung einmal pro Monat vor der zweiten Wochendialyse gemessen werden. Bei instabilen Patienten sowie bei Patienten mit akutem Nierenversagen wählt man den Abstand enger. In kritischen Fällen ist eine Messung vor jeder Dialyse sinnvoll. Hierzu werden je zwei Einmalelektroden auf den Handrücken und auf dem Fußrücken des Patienten aufgeklebt. Über das Patientenkabel wird der Patient mit dem Analysesystem verbunden. Innerhalb von zwei Minuten sind die Ergebnisse auf dem Display ablesbar und automatisch auf der Patientenkarte gespeichert. Die individuellen Patientendaten können zur Dokumentation und besseren grafischen Darstellung in eine Software („Fluid Management Tool“) übertragen werden.

Hierzu werden je zwei Einmalelektroden auf den Handrücken und auf dem Fußrücken des Patienten aufgeklebt. Über das Patientenkabel wird der Patient mit dem Analysesystem verbunden. Innerhalb von zwei Minuten sind die Ergebnisse auf dem Display ablesbar und automatisch auf der Patientenkarte gespeichert. Die individuellen Patientendaten können zur Dokumentation und besseren grafischen Darstellung in eine Software („Fluid Management Tool“) übertragen werden.

Die Software ermöglicht es, in unterschiedlichen Darstellungen, einen schnellen Überblick über den Flüssigkeits- und Ernährungsstatus zu erhalten (Abb. 5). So erlauben die eingege-

benen Blutdruckwerte eine Verlaufsbeurteilung und eine Bewertung der Korrelation zwischen Blutdruck und Überwässerung. Die Erkenntnisse aus den einzelnen Graphiken zeigen teilweise unterschiedliche Therapieansätze auf. Das Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität unserer Dialysepatienten.

Fallbeispiele aus der täglichen Praxis

Die Body Composition Grafik (Abb. 5) zeigt, wie sich der männliche Patient, jetzt im Alter von 76 Jahren, nach der Aufnahme in unserem Zentrum entwickelt hat. Als Grundleiden besteht eine diabetische Nephropathie. Er war initial deutlich überwässert und wurde wegen einer Hypertonie mit einer Dreifachkombination von Antihyperten-

siva geführt, die im Laufe der Zeit ausgeschlichen werden konnte. Auch erkennt man unschwer, dass der Patient im Laufe der Zeit an ATM zunimmt, während die LTM nur unwesentlich abnimmt.

In der Hydration-Reference-Darstellung ist die Korrelation zwischen Blutdruck und Überwässerung dargestellt. Im Quadrant IV der Grafik (Abb. 6) ist zu erkennen, wie sich die Korrelation zwischen Blutdruck und Überwässerung im Laufe der Behandlung entwickelt haben. Zu Beginn wurde mithilfe des BCM eine enorme Überwässerung bei gleichzeitig medikamentös moderater Blutdruckeinstellung dokumentiert. Im Verlauf konnte auf die Antihypertensiva verzichtet werden, so dass ein großer Anteil der Messwerte in dem für

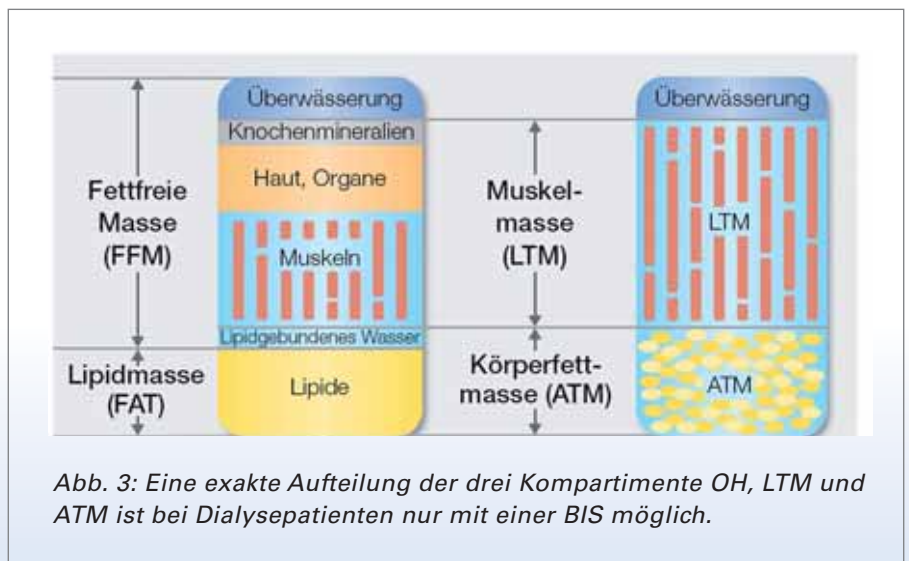


Abb. 3: Eine exakte Aufteilung der drei Kompartimente OH, LTM und ATM ist bei Dialysepatienten nur mit einer BIS möglich.

Dialysepatienten vor der Dialyse als normal geltenden Bereich „Dx“ lagen. Durch eine individuell erstellte Behandlungsstrategie wurde der Behandlungserfolg über die Jahre deutlich sichtbar. Bei der letzten Messung lag der Blutdruck prädialytisch bei 120/60. Die OH betrug 3200 ml. Das zeigt, dass das BCM viel ermöglicht, auch was die Motivation der Patienten, zwischen den Dialysen die Trinkmenge einzuhalten, betrifft. Trotzdem gibt es „Ausrutscher, wie sonst auch. Die Lebensqualität aber konnten wir deutlich bessern. Kardiovaskulär bietet er bisher keine Probleme.

Somit konnte nicht nur die befürchtete akute Gefahr eines Herzversagens gebannt werden, sondern der Patient hat dadurch auch eine eindeutige Steigerung der Lebensqualität erfahren.

Fazit

Der Body Composition Monitor stellt für uns eine sehr große Hilfe im Bezug auf die Gesamtbeurteilung unserer Patienten dar.

Die schnell und einfach durchzuführenden Messungen helfen dabei, wichtige Informationen bezüglich des „Trockengewichts“ zu gewinnen, die für die Festlegung der weiteren Dialysebehandlungen eine sehr große Relevanz haben. Getroffene „Fehleinschätzungen“ können anhand der Messergebnisse revidiert und korrigiert werden.

Darüber hinaus sind die gewonnenen Informationen über den Ernährungszustand der Patienten weitere wichtige Ansatzpunkte, um die Gesamtsituation der Patienten zu verbessern. Die übersichtlichen graphischen Darstellungen des „Fluid Management Tools“ haben sich als sehr hilfreich erwiesen. Mit dieser Software ist es möglich, die Entwicklung der Patienten in einem langen Zeitraum zu beobachten und transparenter zu gestalten. Auf diese Weise ist es möglich, gemeinsam mit den Patienten und dem gesamten Behandlungsteam weitere Schritte zur Verbesserung der Dialysetherapie zu besprechen und einzuleiten.

Das Analysesystem ist nach unserer Einschätzung, die auf einer inzwischen

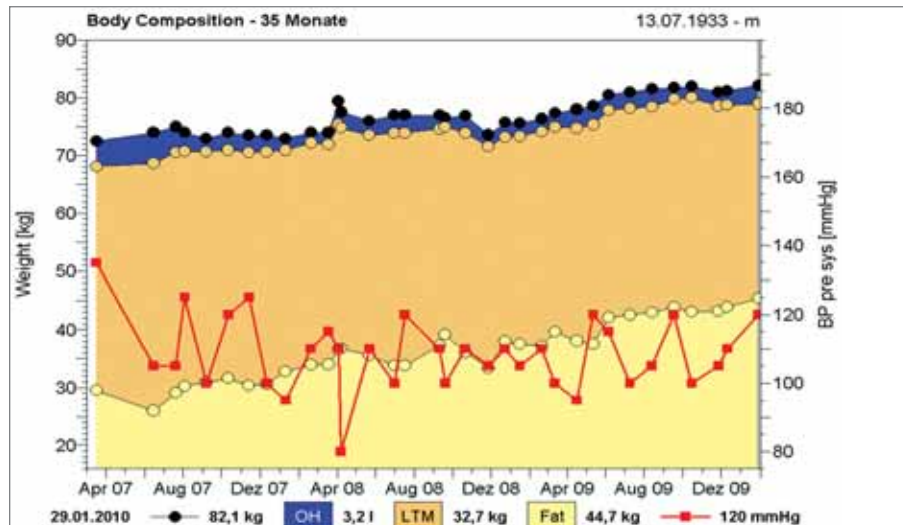


Abb. 5: Die Veränderungen in den drei Kompartimenten OH, LTM und ATM werden in einem zeitlichen Verlauf dargestellt – hier bei einem HD-Patienten.

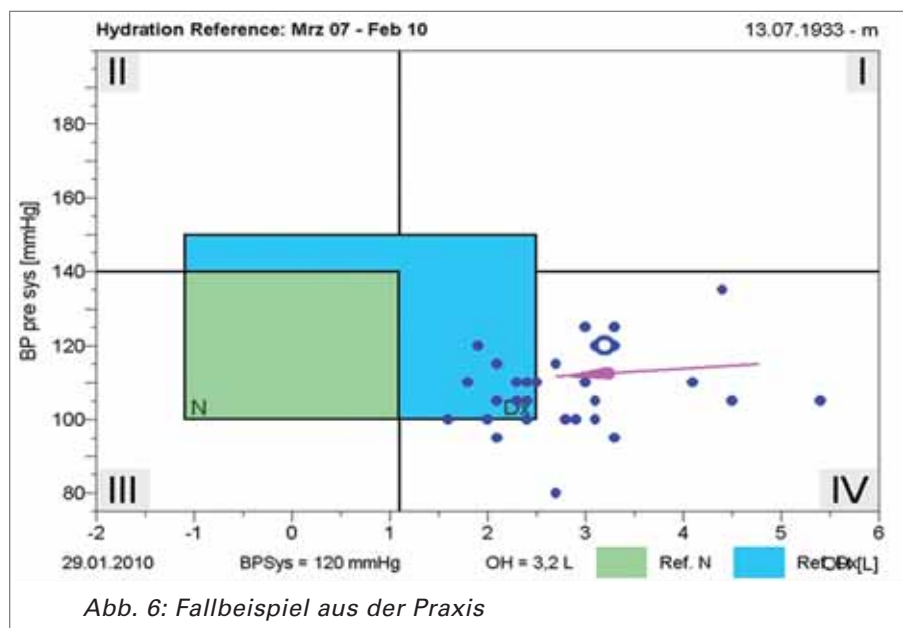


Abb. 6: Fallbeispiel aus der Praxis

dreijährigen Erfahrung beruht, ein weiterer und nicht mehr wegzudenkender Baustein in der klinischen Beurteilung unserer Dialysepatienten. Es hat einen festen Stellenwert in der täglichen Praxis eingenommen. Das BCM hilft, kritisch kranke Patienten in schweren Lebensphasen besser zu führen und Lebensqualität zu erhalten.

Informationen der Firma zu dem System finden Sie unter


www.bcm-fresenius.de

Literatur/Quellenverzeichnis:

- 1 | Levin, A et al., Prevalent left ventricular hypertrophy in the predialysis population: identifying opportunities for intervention, Am J Kidney Dis 1996; 27(3):347-54
 - 2 | Riegel W. et al, BENEFIT Niere 2005, Dtsch Med. Wochenschr 2005; 130:792-796
 - 3 | HOENICH NA et al, NDT 18 (2003) 647
 - 4 | KLUMB FD, Dissertation 2004
 - 5 | Moissl, U et al., Body fluid volume determination via body composition spectroscopy in health and disease. Physiol. Meas 2006; 27: 921-933
 - 6 | Chamney, P et al., A whole-body model to distinguish excess fluid from the hydration of major body tissues. Am J Clin Nutr 2007; 85: 80-89
- Zitate / Passagen aus der Dialysefibel 3, Schönweiß, abakiss Verlags-GmbH 2006 (ISBN 978-3-939508-85-4)

> Das Soll-Gewicht - viel mehr als eine Konstante in der Dialysebehandlung!

Das Sollgewicht (Trockengewicht) ist aus Sicht der Pflege manchmal ein sehr emotionales Thema bei der Dialysebehandlung, aber auch im Umgang zwischen Ärzten, Pflegepersonal, Patient und Angehörigen. Ob das Sollgewicht/Trockengewicht oder besser Zielgewicht (?) bei jeder Dialyse erreicht wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab, die in eine professionelle Vorgehensweise des Dialysepersonals erforderlich macht. Es reicht nicht am Anfang einer Behandlung das Ist-Gewicht zu erfassen, und das Soll-Gewicht, bzw. das vermeintliche Trockengewicht abzuziehen und daraus die Differenz inkl. Flüssigkeitszufuhr über 4 Stunden oder 5 Stunden zu errechnen. Vielmehr müssen pflegerische Grundkenntnisse der Patientenbeobachtung, die individuellen Patientenbedürfnisse/-wünsche und vieles mehr berücksichtigt werden.

Das Thema „Sollgewicht“ wurde bereits im ersten Fachpflegeseminar für Nephrologie auf der Fraueninsel Chiemsee (November 2008) erstmals als großer Themenkomplex dargestellt und von verschiedenen Professionen, bestehend aus Nephrologen, Fachpflegekräften, Geräteherstellern und dem Auditorium diskutiert.

Das Soll-Gewicht ist nicht eine Konstante oder Regelgröße für die jeweilige Dialysebehandlung, sondern stellt viel mehr für Dialysepatienten und Dialysepersonal ein permanentes Zielgewicht dar, das nicht nur bei der Behandlung sondern auch vor, nach, während und zwischen den Dialysebehandlungen berücksichtigt werden muss. Die damaligen Referenten waren sich alle einig, dass die gängige und umfassende Methodik zur Ermittlung des Sollgewichtes, das Expertenwissen und die einschlägige Literatur in einem sinngebenden Projekt vereinigt werden müsste. Aus dieser Idee entstand am Chiemsee 2008 das Projekt zum Thema „Soll-Gewicht“. Die Projektgruppe (Arbeitskreis Sollgewicht) einigte sich nun auf die Begrifflichkeit **Soll-Gewicht**, was im darauffolgenden Seminar 2009 bestätigt wurde. Der Begriff

Tabelle zur Orientierung bzgl. der einfließenden Parameter

Vor Dialyse	Bei Dialyse	Nach Dialyse	Zwischen den Dialysetagen
<ul style="list-style-type: none"> • Gewicht • Blutdruck/Puls • Ödeme • Atmung • Halsvenen • Stimmung des Patienten • Durst vor der Dialyse • Gesichtsfarbe • Mundschleimhaut/Zunge • Mobilität 	<ul style="list-style-type: none"> • Blutdruck • Puls • Atmung • Gesichtsfarbe • Äußerungen des Patienten • Vigilanz 	<ul style="list-style-type: none"> • Blutdruck • Vertigo • Gewicht • Ödeme • Atmung • Durst 	<ul style="list-style-type: none"> • Trinkverhalten • Gewichtszunahmen zwischen den Dialysen (IDGZ) • Blutdruckverlauf • Salzkonsum und Essverhalten • Allgemeinzustand des Patienten

Trocken-Gewicht, welcher teilweise in Industrie und Handel Verwendung findet, ist bereits belegt als ein wertender physiologischer Zustand des Patienten und widerspiegelt nicht eine zu erreichende Größe wie z.B. ein Wohlfühlgewicht oder ein im Sinne der kardialen Erholung oder Beherrschung des Blutdrucks notwendiges Gewicht. Im Fachpflegeseminar/Chiemsee 2009 wurde nun folgende *vorläufige* Definition erarbeitet, und diese unterscheidet sich deutlich von allen anderen bekannten Definitionen:

Sollgewicht umschreibt den Zustand des ausgeglichenen Flüssigkeits- (Isovolumie) und Mineralhaushaltes (Isoosmolalität) bei Dialysepatienten.

Ein wesentliches Ziel der Dialyseverfahren ist das komplikationslose Erreichen des Sollgewichtes.

Die Annäherung erfolgt nach klinischer Methodik.

Neu ist auch, dass der Arbeitskreis das Sollgewicht für alle Dialysepatienten

(HD/PD) definiert hat. Der Arbeitskreis arbeitet nun weiter an klaren Definitionen sowie der Empfehlung von möglichen pflegerischen und klinischen Maßnahmen zum Erreichen des angestrebten Gewichts. Der AK hofft noch dieses Jahr die Arbeit abschließen und veröffentlichen zu können.

In der vorgestellten Tabelle ist beispielsweise dargestellt was vor, während, nach und zwischen den Dialysebehandlungen bezüglich des Soll-Gewichts beobachtet werden sollte. Passend dazu werden hierzu gezielte Maßnahmen erörtert. Auch sollten in diesem Projekt später alle möglichen Methoden gezielt bei der Soll-Gewichtsfindung erwähnt werden. Wir freuen uns auch von Seiten der Mitglieder Anregungen zu erhalten und laden Sie gerne dazu ein mit Ihrem Fachwissen und Ihren Erfahrungen an diesem Projekt mitzuwirken.

Thomas Fernsebner, Traunstein /
Alois Gorke, Murnau

> Gefäßzugang zur Hämodialyse – neue Buchveröffentlichung



Ein langfristig funktionierender Gefäßzugang zur Hämodialyse ist für betroffene Patienten und die Behandler von entscheidender Bedeutung. Die Lebensqualität der Patienten wird kontinuierlich durch den Gefäßzugang beeinflusst. Deshalb ist es so wichtig, dass alle an der Erstellung, Versorgung Langzeitnutzung und Pflege des Gefäßzugangs Beteiligten eine gemeinsame Sichtweise für die sichere Versorgung entwickeln.

Diese vorliegende Veröffentlichung ergänzt die in den vergangenen Jahren erstellten Empfehlungen der Leitlinie Shuntchirurgie und die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften zum Gefäßzugang Hämodialyse (GHIA) durch die pflegerischen Aspekte (GHEAP). Dabei werden nicht nur Vorgehensweisen empfohlen, sondern es ist auch gelungen, eine umfassende Nomenklatur für den Bereich Gefäßzugänge zu erstellen.

Wissen Sie, was ein Graft ist? Oder ist Ihnen das Wort Protheseshunt geläufiger? Verwenden Sie das Wort Shunt, AV-Fistel oder Protheseshunt für den peripheren Gefäßzugang in der Hämodialyse? Ungefähr 80 Begriffe aus der

Hämodialyse werden in den „Gefäßzugängen zur Hämodialyse“ definiert. Ziel dieser Begriffsbestimmungen ist es, ein einheitliches Vokabular zu entwickeln und dem babylonischen Wirrwarr entgegenzuwirken.

Kennen Sie diese Empfehlungen zum Gefäßzugang? Sind Sie neugierig oder gähnen Sie schon beim Lesen des Titels? Keine Angst; hier erwartet Sie spannende und praxisbezogene Lektüre für Ihren Arbeitsalltag.

Um es gleich vorwegzunehmen:

Diese Broschüre ist nicht nur für Einsteiger, auch erfahrene Pflegekräfte werden diese Lektüre sicher gut nutzen können als Nachschlagewerk bei der täglichen Arbeit oder für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter. Die einzelnen Kapitel bauen immer auf einem ähnlichen Prinzip auf und sind klar strukturiert. Dadurch wird die Broschüre sehr gut lesbar.

In Kapitel 5 zum Beispiel werden Punktionstechniken beschrieben, auch die Technik der Selbstpunktion oder nach einer Revision, in Kapitel 9 die klinischen und apparativen Untersuchungen der Fistel bzw. die Aussagen der Untersuchungen. Fehlen darf natürlich nicht die Einbindung des Zugangerstellers, des Chirurgen oder Nephrologen, um die Anlage und den Langzeiterfolg des Gefäßzugangs gemeinsam im Sinne des Qualitätsmanagements sicherzustellen. Verschiedene Dokumentationsbögen ergänzen die Empfehlung. Bei den zentralen Venenkathetern wird die KAST-Klassifikation für permanente Kathetern im nationalen Konsens beschrieben. Mit der Klassifikation von 0 bis 4, der dazugehörigen Definition und Therapie erhält der Anwender ein praxisnahes Werkzeug für die Bewertung der Austrittsstellen. Ebenfalls sehr praxisnah: Die Empfehlungen zur prä- und post-dialytischen Blutabnahme bei zentralvenösen Kathetern. Klar und präzise sind hier die Anweisungen, um Fehler zu vermeiden und die Qualität zu sichern.

Alle grundsätzlichen Aussagen werden

mit den entsprechenden Gesetzen, Verordnungen, Richtlinien, nationalen und internationalen Studien und Evidenzen belegt, wo nicht vorhanden, gilt die Expertenmeinung. Zum Teil werden Homepages angegeben, auf denen Sie dann schnell und bequem weitere Informationen beziehen können.

An dieser Veröffentlichung haben viele Fachleute mitgearbeitet:

Ärzte, ein Hygieniker, Biologen, Techniker, Mitarbeiter der Industrie, der PHV und des KFH sowie viele Pflegekräfte. Hervorzuheben ist die Arbeit von Beate Spindler und Michael Reichardt als unermüdliche Koordinatoren. Sie haben mit großem Einsatz die Arbeitsgruppen und den Arbeitskreis koordiniert, Sitzungen moderiert, immer wieder motiviert, die Redaktion zusammengeführt, und schlussendlich die Endfassung der Arbeitsgruppe Gefäßzugänge erstellt.

Gefäßzugänge zur Hämodialyse – Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege: ein Werk, das sich in jeder Beziehung lohnt.

Christa Tast, Stuttgart
Fachverband nephrologischer
Berufsguppen

Neue Veröffentlichung:
Pflegeempfehlung
– Gefäßzugang zur
Hämodialyse

Für Einsteiger genauso wie für
erfahrene Pflegekräfte



> EDTNA/ERCA Kongress Hamburg 2009

Vom 5.-8. September fand zum dritten Mal in der Hansestadt Hamburg der EDTNA/ERCA Kongress statt. Von der Industrie unterstützt und von dem LOC (Local Organising Committee) vor Ort organisiert, war der Kongress mit seinen Schwerpunkten, Informationen, Diskussionen und Zukunftsprognosen ein voller Erfolg.

Innovativ war der in Zusammenarbeit des fnb mit dem Hamburger Senat durchgeführte „Nierentag“, bei dem die Bürger sich über die Risiken der Niereninsuffizienz und das Thema Organ- spende informieren konnten.

Zudem sind die vom fnb ausgerichteten „deutschsprachigen Sitzungen“ und nicht zuletzt die „historische Ausstellung“ hervorzuheben.

Die Neuerscheinungen der Handbücher Nierentransplantation, Peritonealdialyse und Hämatologie wurden den Mitgliedern der EDTNA/ERCA kostenlos zur Verfügung gestellt.

Mehr Informationen und Bestellformulare finden Sie auf der EDTNA/ERCA Homepage unter www.edtnaerca.org. Unter selbiger Adresse finden Sie die Publikation „Guideline for applied Hygiene in Dialysis Units“, eine Übersetzung der deutschen Leitlinie für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten. Der Kongress wurde von ca. 1800 Teilnehmern besucht. Einige davon nahmen eine weite Anreise sogar aus Japan, Australien oder Canada auf sich, um an diesem Kongress teilzunehmen. Unter diesem Aspekt ist die relativ geringe Zahl an Teilnehmern aus Deutschland – rund 120 – verwunderlich.

Bei dem vom 18.-21. September 2010 in Dublin, Irland, stattfindenden 39. EDTNA/ERCA Kongress erhoffen wir uns eine größere Teilnehmerzahl aus Deutschland und möchten Sie hiermit herzlich einladen, diesen zu besuchen und Abstracts einzureichen.

Ihre Abstracts in Form von Postern oder Vorträgen bitten wir Sie unter

www.edtna-erca-dublin2010.com

vorzustellen.

Über einen regen Zuspruch und ein Wiedersehen in Dublin würden wir uns sehr freuen.

Ihre Carmen Reiher, Essen
KM Germany



Das Amt der Präsidentin der EDTNA/ERCA wurde im Rahmen des Kongresses von Jitka Pancirová (links im Bild) an Anastasia Laskari (rechts im Bild) übergeben. Wir möchten uns bei Jitka für Ihre hervorragende und engagierte Arbeit bedanken und wünschen Anastasia eine erfolgreiche Amtszeit.



Die scheidende und die neue Präsidentin der EDTNA/ERCA bedankten sich stellvertretend für alle LOC-Mitgliedern bei Carmen Reiher, Leo Micosse und Waltraud Künzle (nicht im Bild Christa Tast und Jutta Balhorn).

> Bericht: Fachtagung

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Es ist mir eine Freude, Sie im Namen aller engagierten Pflegefachkräfte der nephrologischen Pflege der deutschen Schweiz im Forum begrüßen zu dürfen.

Wir sind bemüht, Sie zukünftig mit aktuellen Themen und Beiträgen aus unserer „Pflegelandschaft“ zu bedienen.

Profitieren wir gegenseitig von unserem Fachwissen und Erfahrungsaustausch des gemeinsamen Interessengebietes.

Am 19. November 2009 führten wir im Spital Zollikerberg bei Zürich die „17. Schweizerische Fachtagung für nephrologische Pflege“ durch, organisiert von der IG-Nephrologie.

Diese findet alle zwei Jahre in Abwechslung zum 3-Länderkongress in Konstanz statt und stand unter dem Motto der folgenden zwei Themen:

- Patientenedukation
- Work-Life-Balance

Die Tagung war mit über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern aus der gesamten Schweiz, mit Vertretern aus der Industrie und natürlich den kompetenten Referenten und Referentinnen (übrigens alle aus dem Bereich der Pflege) ein voller Erfolg!

Gerne präsentieren wir Ihnen in dieser Ausgabe einen kleinen Querschnitt durch diese Tagung.



Viel Vergnügen wünscht Ihnen

Sandra Bissig,
EDTNA/ERCA
Key Member ad interim
Schweiz

der IG Nephrologie Schweiz (www.ig-nephrologie.ch)



Warum die beiden Themen „Patientenedukation“ und „Work-Life-Balance“?

Auf den ersten Blick mag die Beschränkung auf diese beiden Themen etwas befremden, da üblicherweise fachspezifische Fragen den Schwerpunkt einer sogenannten Fachtagung darstellen. Natürlich haben wir uns dieser Frage gestellt und haben aus Überzeugung an diesen Themen festgehalten.

Fachthemen wie Gefässzugänge, Kathetermanagement, Dialysetechnologie usw. sind zentrale Grundlagenkenntnisse in der Ausübung unseres Berufes und in der ein- oder anderen Form fester Bestandteil beinahe jeder Weiterbildungsveranstaltung im nephrologischen Bereich.

Es bietet sich uns allen die Möglichkeit, auf diese Informationen zuzugreifen, sei es übers Internet, Foren oder Fachliteratur.

Bei den von uns gewählten Themen jedoch ist es schwieriger, diese in den Kontext zu setzen mit unserem Berufsalltag, sie als die Ressource wahrzunehmen, welche sie darstellen.

Die Gesundheitspolitik ist in einem stetigen Wandel – Sparmassnahmen, Umstrukturierungen, neue Auflagen, neue Bildungskonzepte bestimmen unseren Pflegealltag bedeutend mit und nehmen Einfluss auf die zukünftige Entwicklung.

Infolge dessen ist es absehbar, dass gerade die Patientenedukation massiv an Bedeutung zunehmen wird – verfolgen wir die Entwicklung in Deutschland, wo die Zentren unter grossem wirtschaftlichem Druck funktionieren. Die Schweiz wird nachziehen (müssen). Eine Folge davon wird sein, dass das ausgebildete Fachpersonal auf ein Minimum reduziert wird, die Eigenverantwortung des Patienten wird vermehrt zum wichtigen Bestandteil in der Pflege. Insbesondere bei chronisch Kranken spielt die Schulung und Instruktion eine zentrale Rolle.

Bei der „Work-Life-Balance“ gehen wir von der grossen Ressource einer leistungsfähigen, sozialkompetenten, belastbaren Pflegefachkraft aus. Sie jon-

giert gleichzeitig mehrere Bälle (wie Frau Edelmann-Walt, Referentin zu diesem Thema bildlich darstellt).

Oft sind es Beruf, Familie, unregelmäßigen Arbeitszeiten, soziale Kontakte und andere mehr. Das heisst, wir sind sehr hohen Anforderungen ausgesetzt.

Immer häufiger begegnen wir den Begriffen: „Burn-out“, „Mobbing“, „Stress“, „Absenzenmanagement“ (Absenzen – Krankheit und Arbeitsausfall stehen erwiesenermassen in direktem Zusammenhang mit dem Arbeitsklima)...

Ein Spital, ein Zentrum funktioniert nur gut, wenn die Arbeitskräfte sich gesund und wohl fühlen. So banal es tönt, so wenig selbstverständlich ist es.

So hat man zum Beispiel auch in einer breit angelegten Studie in Italien klar festgestellt, dass in den Zentren, in welchen ein gutes Arbeitsklima herrscht, sich auch die Patienten wohler fühlen, und somit eine bessere Lebensqualität für alle resultiert.

Eine gute Work-Life-Balance ist also definitiv eine grosse Ressource!

Tagungsablauf:

Nach der offiziellen Begrüssung durch Margrit Vonwiller, Verantwortliche für die Moderation, eröffneten Mabel Fernandez-Corral als Präsidentin der IG-Nephrologie und Sandra Bissig aus der EDTNA/ERCA die Fachtagung mit einem Bericht aus den jeweiligen Pflegefachvereinigungen.

Im ersten Referat widmete sich Frau Claudia Studer dem Thema „Patientenedukation“ mit der Vorstellung der verschiedenen Lerntypen als wesentlicher Punkt zur Berücksichtigung bei Instruktion und Schulung von Patienten.

Im Anschluss referierten verschiedene Experten aus den Gebieten:

Self-Care- und Heimhämodialyse, sowie der Peritonealdialyse. (Ruth Bärtschi, Helena Durschei, Mabel Fernandez-Corral, Ernst Müller, aus dem Inselspital Bern)

Alles Gebiete, in welchen eine gute Patientenedukation, eine zentrale Rolle spielt.



In diesem Zusammenhang kamen die Besucher ebenfalls in den Genuss des Referats von Frau Carla Hertel, Hauptverantwortliche des Bereiches Peritonealdialyse am Universitätsspital in Basel, welche sich zusätzlich noch der Problematik der Compliance/Noncompliance bzw. Adhärenz/Non-Adhärenz widmete.

Dazu ein Ausschnitt aus dem Referat in der nächsten Ausgabe.

Das Nachmittagsprogramm stand unter dem Motto: Work-Life-Balance – gesund und leistungsfähig bleiben.

Dieses spannende Thema wurde uns von Frau Susanne Edelmann-Walt vermittelt. Sie ist dipl. Pflegefachfrau, dipl. Coach IANLP und Supervisorin aus St. Gallen.

Einige kennen sie vom Dreiländerkongress Konstanz her, wo sie einen Vortrag zum Thema „Selbstpflege“ hielt. Das Interesse von Seiten der Pflegenden ist diesbezüglich ungebrochen gross, und wir konnten Frau Edelmann im Rahmen unserer Fachtagung erneut gewinnen, uns das Thema noch etwas vertieft zu präsentieren.

Zudem hat Frau Edelmann zugesagt, für eine der folgenden Ausgaben des Forums einen Beitrag dazu zu verfassen – Sie dürfen sich darauf freuen.

An dieser Stelle nochmals einen besonderen Dank an alle Mitwirkenden der Schweizerischen Fachtagung nephrologischer Pflege. Sie haben wirklich zum guten Gelingen dieser beigetragen!

Sandra Bissig
Dipl. Pflegefachfrau Nephrologie,
Vorstandsmitglied IG-Nephrologie



> Vorstellung ÖANPT

(Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Nephrologische Pflege und Dialysetechnik)

Liebe Kolleginnen und Kollegen
in Deutschland und der Schweiz!

An dieser Stelle möchte ich die Gelegenheit ergreifen und Ihnen die **Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Nephrologische Pflege und Dialysetechnik (ÖANPT)** vorstellen.

Der Vorstand des österreichischen Vereins besteht aus sechs Mitgliedern:



Claudia Mayer,
Präsidentin



Martha Girak,
Vize-Präsidentin

Claudia Mayer, Präsidentin:

Sie ist seit 1996 in der nephrologischen Pflege tätig, arbeitet an der Akutdialyse der Universitätsklinik Wien und leitet diese Station seit 2002. Die Besonderheit dieser Station ist die Kombination von Intensivstation und Akutdialyse. Claudia Mayer wurde 2009 zur Präsidentin des Verbandes gewählt.

Martha Girak, Vizepräsidentin:

Sie ist seit 1991 in der nephrologischen Pflege tätig, arbeitet an der Chronischen Dialyse 1 der Universitätsklinik Wien und leitet diese Station seit 2004. An der Universitätsklinik Wien werden zwei chronische Dialysestationen geführt, die sehr eng zusammenarbeiten. Für EDTNA/ERCA hat sie zusätzlich die Funktion des Key Member für Österreich inne.

Alois Ullmann, Schatzmeister:

Er ist seit 1984 in der nephrologischen Pflege tätig, arbeitet an der Peritonealdialysestation der Universitätsklinik Wien. Er war 1993 maßgeblich am Aufbau dieser Station als eigenständige PD-Station beteiligt.

Josef Kaiser, Schriftführer:

Er ist seit 1980 in der nephrologischen Pflege tätig, arbeitet an der Dialysestation des Allgemeinen Krankenhauses in Amstetten/Niederösterreich und leitet diese Station seit 2003.

Otto Feichtelbauer, Beirat:

Er ist seit 1986 in der Nephrologie, allerdings aus Sicht der Medizintechnik tätig. Seit 1999 ist er stellvertretender Direktor im Krankenhaus Hietzing in Wien.

Barbara Wagner, Beirat:

Sie ist seit 2002 in der nephrologischen Pflege an der Akutdialyse der Universitätsklinik Wien tätig.

Wie Sie sehen können, sind alle Mitglieder des Vorstandes seit Jahren der nephrologischen Pflege verschrieben und in ihren Bereichen sehr engagiert.

Der Verein wurde vor 29 Jahren gegründet zählt heute insgesamt 145 Mitglieder. Die Besonderheit bei ÖANPT ist die automatische Kombination mit EDTNA/ERCA. Ein Teil des eingehobenen Mitgliedsbeitrages wird direkt an EDTNA/ERCA abgeführt. Das bedeutet, dass in Österreich jedes ÖANPT Mitglied automatisch auch EDTNA/ERCA Mitglied ist und mit nur einem Betrag zwei Mitgliedschaften hat. Somit kommt jedes Mitglied automatisch in den Genuss der Serviceleistungen der EDTNA/ERCA und die Zusammenarbeit mit EDTNA/ERCA konnte vereinfacht werden.

Im deutschsprachigen Raum besteht eine enge Zusammenarbeit mit dem deutschen Fachverband nephrologischer Berufsgruppen, fnb, und mit der Schweizer Interessensgruppe nephrologische Krankenpflege. Die Key Member der drei deutschsprachigen Länder, Schweiz, Deutschland und Österreich, sind eng in die Organisation des Dreiländer-Kongresses in Konstanz eingebunden und haben so die Möglichkeit länderübergreifend eine gemeinsame

nephrologische Zukunft zu planen und zu gestalten.

Ein Zeichen der engen und guten Zusammenarbeit ist, dass ab jetzt auch österreichische Beiträge ins FORUM aufgenommen werden und alle ÖANPT Mitglieder eine Ausgabe dieses Informationsblattes des fnb erhalten.

Jedes Jahr wird im Frühling eine Tagung zur Fachfortbildung abgehalten, diese entspricht den gesetzlichen Bestimmungen des GuKG/1997 (Gesunden- und Krankenpflegegesetz) zur Anrechnung der Fortbildungsstunden.

2010 findet diese Fachfortbildung am 24. und 25. April im Steinschaler-Dörfel bei St. Pölten in Niederösterreich statt. Das Generalthema der Tagung lautet „Ein Potpourri der Nephrologischen Pflege“. Das Besondere des diesjährigen Programms liegt darin, dass es für jeden von Interesse sein kann! Die Teilnehmer können Vorträge zur Peritonealdialyse, zur Hämodialyse und zur Nierentransplantation hören. Darüber hinaus gibt es einen Beitrag zur Pflege unserer kleinsten Patienten, den Säuglingen.

Wie jedes Jahr werden auch heuer wieder am Samstag von 9.00 – 12.00 Uhr drei Workshops angeboten. Zwei davon befassen sich mit dem zentralvenösen Zugang und einer mit alternativen Methoden zur Pflege unserer Patienten.

Alles in allem wird es sicherlich ein spannendes Seminar, zu dem ich Sie alle sehr herzlich einladen möchte und ich freue mich schon jetzt Sie dann wiederzusehen.

Martha Girak,

Vizepräsidentin
Im Namen des Vorstands
ÖANPT

> Prädialytische Patientenberatung

Wie wichtig die Durchführung einer prädialytischen Patientenberatung ist, dringt zunehmend in das Bewusstsein der Dialyseanbieter und aller Beteiligten im nephrologischen Behandlungsteam. Ängste und Unsicherheiten der Patienten können zum Teil erheblich abgebaut werden (s. Grafiken). Zudem ist es eine sehr gute Gelegenheit, den ersten Kontakt vom Pflegepersonal zum künftigen Patienten herzustellen in einer Zeit, in der dieser noch unabhängig von der Dialyse ist – für uns als Pflegenden scheinbar ein geringer Umstand – für Menschen, die vor Beginn der Dialyse stehen aber ungleich bedeutender.

Zur Umsetzung einer solchen Beratung ist es dann aber noch weit.

Wie kann das gelingen?

Ärztliche und pflegerische Mitarbeiter, deren Tätigkeiten ja auf dasselbe Ziel gerichtet sind, sollten auch in der Prädialysezeit koordiniert arbeiten. Der Patient profitiert erheblich davon, wenn er erfährt, dass alle an einem Ziel, nämlich seinem Wohlergehen, gemeinsam arbeiten.

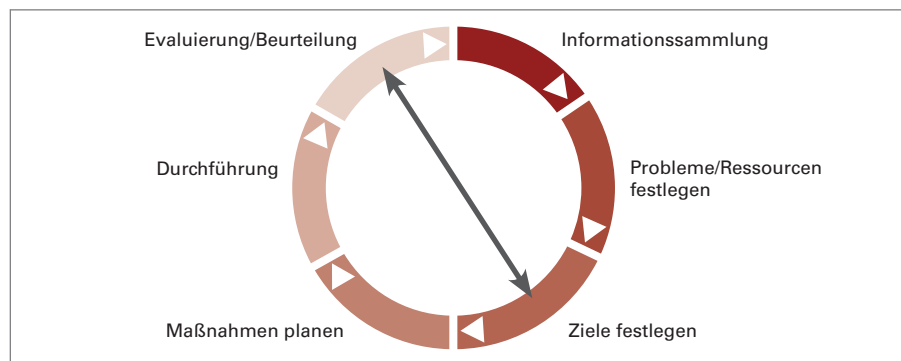
Da jede Einrichtung ihren eigenen Aufbau und ihre eigenen Strukturen hat, ist es auch folgerichtig, dass die Gestaltung einer prädialytischen Patientenberatung an die hauseigenen Gegebenheiten angepasst sein muss.

Ein Konzept aus einem anderen Zentrum kann lediglich als Anreiz dienen, und Erfahrungen von KollegInnen, die prädialytische Patientenberatungen durchführen, können sehr hilfreich sein. Letztlich sollte aber jede Einrichtung selbst ein Konzept zur Umsetzung entwickeln.

Zur Gestaltung eines solchen Projektes sind immer auch die einzelnen Schritte, die wir vom Pflegeprozess her kennen, notwendig:

Am Anfang steht die Informationssammlung: Wie sind bisher Patienten an die Dialyse herangeführt worden? Was ist gut daran und sollte beibehalten werden?

Was wollen wir verbessern / verändern? Welche Vorgaben gibt es evtl.



bereits? So hat z.B. die Stiftung der Patientenheimversorgung (phv) Überleitungskonzepte für ihre Zentren erarbeitet. Und nicht zuletzt: Welche Bedürfnisse haben die Patienten? Die Ziele sollten gemeinsam formuliert und festgehalten werden.

Für die Planung ist es notwendig, die Inhalte festzulegen, die Aufgabenverteilung zu erstellen, Zeiten und Termine klar zu regeln. WER macht WAS WANN und WIE.

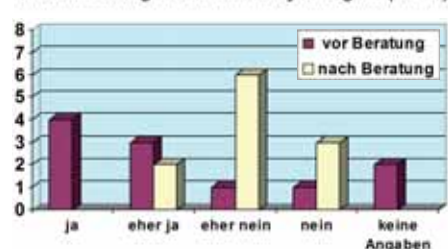
Je klarer die Struktur, je deutlicher die Zielformulierung, desto besser die Planung. Mit einer guten Planung wird die Durchführung erheblich vereinfacht. In welcher Form eine Patientenberatung angeboten wird, ob Gruppenveranstaltung oder Einzelberatung, ob an einzelnen Terminen oder mehreren, ob mit oder ohne Angehörige: Alles ist machbar, wenn der rote Faden da ist, an dem man sich orientieren kann.

Gespräche, Fragebögen, Interviews sind mögliche Instrumente, um zu beurteilen, ob die festgesteckten Ziele erreicht werden konnten.

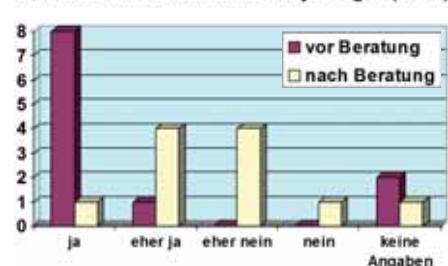
Im Rahmen meiner Fachweiterbildung wurden Schnuppertage für prädialytische Patienten im Georg-Haas-Dialysezentrum der phv in Giessen eingeführt. Wer Interesse hat und Anregungen sucht, kann sich darüber gerne in der Facharbeit informieren, die der fnb auf seiner Homepage veröffentlicht hat (www.nephro-fachverband.de „Schnuppertage für prädialytische Patienten“ als pdf-datei).

Karin Müller, Wetzlar

1. Ich habe Angst vor dem Dialysebeginn (n=11)



2. Ich fühle mich unsicher vor Dialysebeginn (n=11)



Ergebnisse Schnuppertage in Giessen per Fragebogen an Patienten



Alle in einem Boot: Praxis, Pflege, Arzt im Georg-Haas-Zentrum, Giessen

> Gesundheitssysteme – Teil 1

Mit diesem Thema beschäftigen wir uns in den nächsten Ausgaben dieser Zeitung. Im ersten Teil beschreiben wir die grundlegenden Ziele von Gesundheitssystemen, die unterschiedlichen Systeme und ihre Besonderheiten sowie die Bewertung der Effektivität und Qualität.

Im 2. Teil stellen wir das Singapur System vor; ein System, welches hier in Deutschland kaum bekannt ist und etwas Visionäres hat.

In der 1. Ausgabe 2011 beschreiben wir dann die Gesundheitssysteme in den USA als Beispiel einer marktorientierten Privatversicherung sowie Großbritannien als Beispiel eines nationalen Gesundheitsdienstes. Zusätzlich stellen wir Ihnen die Eckdaten der neuen Gesundheitspolitik in Deutschland vor.

Ziele von Gesundheitssystemen

Was ist ein „gutes“ Gesundheitssystem, was eine „gute“ gesundheitliche Versorgung? Welche Aktivitäten gehören dazu, welche Ziele sind damit verbunden? Wie wird die Qualität gemessen und die Kosten-Effektivität definiert? Welchen Stellenwert hat die Prävention, und wie wird diese definiert?



Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) forderte schon 1978 die Stärkung der Gesundheitssysteme auf der Basis von 4 Kernprinzipien:

1. Universeller Zugang zum Gesundheitssystem mit Abdeckung von Gesundheitsrisiken
2. Gleiche Gesundheitschancen für alle Bürger, orientiert an sozialer Gerechtigkeit
3. Teilnahme der Bürger an Definition und Umsetzung von Gesundheitsprogrammen
4. Versorgung der Patienten ambulant und stationär

In ihrem Weltgesundheitsbericht 2003 beschreibt und vergleicht die WHO die Lebenserwartung und Kindersterblichkeit ihrer 191 Mitglieder, Gefahren durch HIV und SARS, Gefahren durch Nikotin und Straßenverkehr und die wachsende Gefahr durch nicht-übertragbare Krankheiten, wie z.B. Herz-Kreislauferkrankungen. Es gebe alarmierende Anzeichen für wachsende Ungleichheiten im Gesundheitsbereich.

Prävention als wichtigster Baustein eines Gesundheitssystems wird nicht verglichen und bewertet. Dabei spielt die Prävention, im Besonderen die Primärprävention, für ein Gesundheitssystem eine überragende Rolle. Dies kann mit wenigen Fakten am Beispiel der Diabetesprävention gezeigt werden. In Deutschland belaufen sich die Ausgaben für die Behandlung des Diabetes und der damit verbundenen Folgekomplikationen auf etwa 30 Milliarden Euro jährlich. (Quelle: Der Diabetologe 6, 2009, Seite 472). Lebensstilveränderungen, Gewichtsreduktion, Wahrnehmung der eigenen Gesundheitsrisiken und Verhaltensweisen über die Bedeutung der körperlichen Aktivität und angepasste Ernährung sind die Eckpunkte einer erfolgreichen Primärprävention des Diabetes. So kann eine fast 100%ige Prävention des Diabetes erreicht werden (Quelle: Der Diabetologe 6, 2009, Seite 474). Aber in Deutschland werden nur geringfügige Beträge für die Prävention bereitgestellt, in 2007 nur 4%, und davon entfiel der größte Teil auf Schutzimpfungen.

Wodurch unterscheiden sich die Gesundheitssysteme?

1. „Beveridge“ Typ:

Nationaler Gesundheitsdienst (Australien, Skandinavien, Großbritannien, Spanien, Portugal); die Finanzierung erfolgt überwiegend aus Steuermitteln, die gesamte Bevölkerung ist versichert. Gesundheitsleistungen werden durch staatlich angestellte Leistungserbringer, wie Ärzte, Apotheker und medizinische Assistenzberufe, erbracht.

„Bismarck“ Typ:

Sozialversicherung (Deutschland, Belgien, Frankreich, Niederlande, Österreich); die Finanzierung erfolgt durch einkommensabhängige Pflichtbeiträge von Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie durch Steuermittel. Gesundheitsleistungen erfolgen unter staatlicher Aufsicht sowohl von privaten als auch öffentlichen Leistungserbringern.



©ROGER SCHMIDT, 2006 WWW.SATIRIKATUR-CARTOONJE

Baustelle deutsches Gesundheitssystem

„Markt“ Typ:

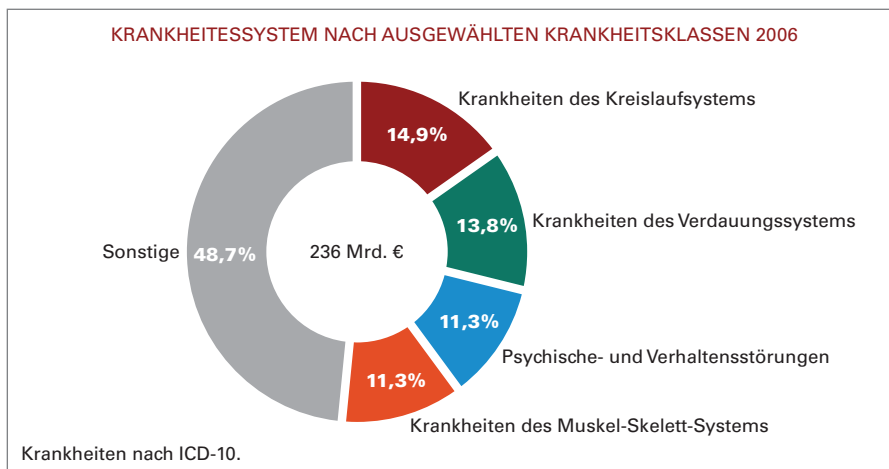
Privatversicherung (USA); die Finanzierung erfolgt durch individuelle Krankenversicherungsbeiträge oder durch Beiträge der Arbeitgeber. Gesundheitsleistungen erfolgen privatwirtschaftlich.

Finanzierung der Gesundheitssysteme

Die Quantifizierung der Gesundheitsausgaben erfolgt entweder als absolute Zahl in Euro oder Dollar oder relativ als Prozentsatz am Bruttoinlandsprodukt. Wie das Statistische Bundesamt (www.destatis.de) anlässlich des Weltgesundheitstages mitteilt, betragen die Ausgaben für Gesundheit in Deutschland im Jahr 2007 insgesamt 252,8 Milliarden Euro. Sie stiegen gegenüber dem Vorjahr um 7,8 Milliarden Euro oder 3,2%. Damit entsprachen die Ausgaben 10,4% des Bruttoinlandsproduktes oder gut 3.070 Euro je Einwohner. Trotz des Anstieges der Gesundheitsausgaben ist ihr Anteil am Bruttoinlandsprodukt im Vergleich zu 2006 gesunken (2006: 10,5%, Quelle: Statistisches Bundesamt, Gesundheit-Ausgaben 2007)

Gemäß den Definitionen der WHO umfassen die Gesundheitsausgaben sämtliche Güter und Leistungen mit dem Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, die Kosten der Verwaltung sowie Investitionen der Einrichtungen des Gesundheitswesens, Aufwendungen für Forschung und Ausbildung im Gesundheitswesen sowie Ausgaben für krankheitsbedingte Folgen (zum Beispiel Leistungen zur Eingliederungshilfe) und Einkommensleistungen, wie die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall.

Diese Mittel werden zum Einen über allgemeine Steuern, lohnbezogene Beiträge zu einer sozialen Krankenversicherung und privat erbracht. „Privat“ lässt sich noch weiter untergliedern: private Krankenversicherungsbeiträge, Zuzahlungen für Leistungen, Zahlungen für Leistungen, die nicht im Leistungskatalog enthalten sind (z.B.IGeL).



Quelle: *Gesundheit auf einen Blick, Statistisches Bundesamt*

Nachfrage und Bedarf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für mehr als 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV erstattet werden. Er definiert also den Bedarf. Dieser ist aber nicht unbedingt identisch mit der Nachfrage. Im optimalen Fall spielt Geschlecht, Alter, Beruf, Einkommen, Rasse und Religion keine Rolle bei der Verteilung der Gesundheitsleistungen; dies muss jedoch in allen Gesundheitssystemen in Frage gestellt werden. In Ländern ohne allgemeine Versicherungspflicht ist dies offensichtlich, aber auch in Ländern mit Versicherungspflicht bestehen unterschiedliche Regelungen für z.B. Pflichtmitglieder und freiwillige Mitglieder. Auch Hürden, wie z.B. lange Anfahrtswege, mangelnde Erreichbarkeit mit öffentlichen Personenverkehr, Wartezeiten und Wartelisten sind Beispiele für systembedingte Unterschiede bei der Inanspruchnahme von Leistungen.

Effektivität und Qualität

Die Frage, wie effektiv das Gesundheitssystem im Hinblick auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit ist, ist überraschend selten Gegenstand von Untersuchungen und Publikationen. Aber wie lässt sich die Qualität der medizinischen Versorgung messen? Die Behandlung des Diabetes ist sicher oft erfolgreich, aber es ist eine unnötige, durch Prävention vermeidbare Krankheit.

In der nächsten Ausgabe stellen wir Ihnen ein unbekanntes Gesundheitssystem vor. In Singapur wurde im Jahr 1987 das Gesundheitssystem grundlegend umgebaut. Grundlage des Systems sind sog. Gesundheitssparkonten (Medical Savings Accounts, MSA). Neugierig geworden?

Christa Tast, Stuttgart
für den fnb

> Die Sache mit dem Strom...

Anwendungsregeln zum sicheren Betrieb / Gebrauch von Medizinprodukten in der Nierenersatztherapie
(DIN VDE 0753-4): Warum drin steht was drin steht (H. Lückcrath, Siegburg)

Die Sache mit dem Strom

Krankenpflegekräfte werden durch Ausbildung und tägliche Arbeit zu Generalisten; sie sind gewohnt, nicht Probleme zu sehen, sondern Lösungen zu suchen und improvisieren da auch schon einmal.

So hat die Krankenschwester (und natürlich auch der

Krankenpfleger und die Gesundheits- und Krankenpflegerin und der Gesundheits- und Krankenpfleger...) ein recht unverkrampftes Verhältnis zu elektrischem Strom: Er muss fließen, und alles Andere wird da zum Dekor. So gibt es wirklich nichts, was nicht durch ausgiebig appliziertes Pflaster wieder in Facon gebracht werden kann:

Pflaster...



...dämpfen das Knallen der Türe,



...dichten die Gardena-Kupplung,



...polstern den Fernsehträger



...und reparieren auch schon einmal Steckdosen.



Ganz Verwegene reparieren lockere Einschaltknöpfe des Fernsehers, indem sie eine Büroklammer zur „Herausfallsperrre“ machen.

Sie sehen, die Krankenschwester an sich ist kreativ!
Im Ernstfall könnte das Ergebnis dieser Kreativität in der Dialyse dann aber eher so aussehen:



Damit es Ihnen und unseren Patienten nicht so geht, möchte ich Ihnen näher bringen, warum Heizdecke und Massagegerät, Laptop mit Netzteil, aber auch nicht eigens abgesicherte Dialysegeräte unsere Herzen zum Hüpfen können.

Dialysegeräte werden normalerweise direkt aus dem Stromnetz gespeist und benötigen zur Beheizung der Dialysierflüssigkeit auch eine entsprechend hohe Anschlussleistung. Wo Strom fließt, besteht theoretisch immer die Gefahr, dass Berührung zu einem Stromschlag führt. Daher werden elektrische Leitungen isoliert und elektrische Geräte über Schutzleiter in der Anschlussleitung oder Fehlerstromschutzschalter in der Hausinstallation geerdet. Kommen mehrere elektrisch betriebene medizinische Geräte zum Einsatz (z.B. Dialysegerät, Infusionspumpe und/oder elektrisch steuerbares Bett), die unterschiedliche elektrische Spannungspotentiale haben können, müssen diese zur Vermeidung von zu hohen Berührungsströmen zu-

sätzlich über den Potentialausgleichsleiter und den Potentialausgleichsanschluss am Behandlungsplatz verbunden werden. Ein Potentialausgleich ist eine elektrisch gut leitfähige Verbindung, die unterschiedliche elektrische Potentiale und somit eine elektrische Spannung zwischen leitfähigen Körpern, z.B. Gehäuse elektrischer Geräte, Wasser- und Heizungsrohren, Antennenanlagen verhindern oder zumindest stark reduzieren sowie den Erdungswiderstand verringern soll.

Patienten sind, da nun einmal Patienten, in ihrer Konstitution eingeschränkt, sie können – anders als Pflegekräfte und Ärzte – im Falle des Falles nicht einfach den Ort verlassen und sind zusätzlich oft durch enge leitfähige Kontakte (z.B. EKG-Elektroden- und kabel) mit elektrischen Geräten verbunden. Daher werden Patienten als besonders gefährdet angesehen und somit die Schutzanforderungen für elektrische Medizingeräte zehnfach höher als bei Haushaltsgeräten angesetzt. Aus diesem Grund dürfen elektrische Haushaltsgeräte während der Dialysebehandlung für den Patienten nicht berührbar sein. Dazu zählen u.A. für den medizinischen Gebrauch nicht zugelassene Heizkissen oder -decken sowie mit dem Stromnetz verbundene Laptops und Handys. Der Betrieb dieser Geräte ist daher besonders zu sichern, z.B. durch für den medizinischen Gebrauch zugelassene Trenntransformatoren oder durch ausschließlichen Akkubetrieb.

Eine spezielle Situation im Bereich der Dialyse ergibt sich dadurch, dass viele Betriebseinrichtung eines Dialysegerätes, wie Sensoren und die Heizung, direkt mit der stromleitfähigen Dialysierflüssigkeit in Kontakt stehen, die über die Membranporen des Dialysators ebenfalls leitend mit dem Blut des Patienten verbunden ist. Es wird ersichtlich, dass ein Dialysegerät besonders hohe Schutzmaßnahmen gegen einen vom Stromnetz über die Dialysierflüs-

sigkeit, dann über das Blut durch den Patienten zur Erde abfließenden Strom bieten muss. Dieser so genannte Patientenableitstrom darf eine bestimmte Höhe nicht überschreiten, was üblicherweise im Routinebetrieb entsprechend der Gebrauchsanweisung des Herstellers auch nicht vorkommt. Die Grenzen für den maximalen Patientenableitstrom liegen nochmals niedriger, wenn eine Anwendung über einen Vorhofkatheter stattfindet. Dieser stellt die oben beschriebene leitende elektrische Verbindung direkt zum Herzen her, das extrem empfindlich auf Fremdströme reagieren kann. Ist eine solche Anwendung geplant, müssen auf jeden Fall für jedes Geräte die Betriebsbedingungen in den Begleitpapieren nachgelesen werden, im Zweifel ist der Hersteller zu Rate zu ziehen.

Also in Zukunft:

- keine „Reparaturen“ mit Pflaster, Klebeband o. Ä. an elektrischen Geräten oder Kabeln
- Geräte regelmäßig auf elektrische Sicherheit prüfen lassen (BGV A3)
- in die Betriebsanleitung aller am Dialyseplatz angeschlossenen elektrischen Geräte schauen, ob ein Potentialausgleich notwendig ist (oder ihn direkt anschließen, das schadet nie)
- elektrische Haushaltsgeräte (Heizkissen, Massagegeräte, Laptops, etc.) nur mit Batteriebetrieb erlauben
- besondere Vorsicht bei Behandlungen über Vorhofkatheter

(Die VDE 0753-4 gibt es beim Beuth-Verlag oder beim VDE Verlag)

Anmerkung:

bei der Erstellung dieser Norm hat Hedi Lücknerath im Auftrag des fnb die Interessen unserer Berufsgruppe hervorragend vertreten und hat maßgeblichen Anteil bei der Entstehung dieser Norm.

> Prävention des Diabetes Mellitus Typ 2 ist möglich



Dreh- und Angelpunkt der Präventionsmaßnahmen sind Veränderungen im Lebensstil. Eine Binsenweisheit, die aber nicht zu einem Rückgang der Inzidenzraten in den letzten Jahren geführt hat. Denn nicht nur Erwachsene sondern besonders Kinder sind mittlerweile hochgradig gefährdet durch Übergewicht.

Mindestens 30 Mrd. Euro kosten Behandlung und Folgekomplikationen jährlich. Und dabei sind die Präventionsmaßnahmen einfach:

Eine ausgewogene Ernährung mit max. 30% Fettanteil in der täglichen Nahrung, davon max. 10% gesättigte Fettsäuren, viel Vollkornprodukte, keine Snacks und süßen Getränke „zwischen durch“ (auch keine sog. Lightprodukte) und 150 Minuten körperliche Aktivität/ Belastung pro Woche.

Wissen Sie, wie hoch Ihre Erkrankungswahrscheinlichkeit ist?

Mit dem „German Diabetes Risk Score“, kurz GDRS, können Sie Ihr persönliches Risiko in 5 Minuten erfahren. Der Test ist allerdings nur für Personen im Alter zwischen 35 und 65 Jahren geeignet.

Sie benötigen lediglich einen Internetzugang: <http://drs.dife.de/>

Der beste Weg, Typ 2 Diabetes zu heilen, ist ihn zu verhindern. Eine konsequente Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und erfordert Maßnahmen in allen Versorgungsebenen.

Der Aufbau entsprechender Programme benötigt ein langfristig angelegtes, zielorientiertes Zusammenwirken von Institutionen inner- und außerhalb des Gesundheitswesens.

Das Gesundheitsbudget wird langfristig durch diese Maßnahmen entlastet.

Die neue Bundesregierung wird zeigen müssen, ob sie den Mut hat, in der Gesundheitspolitik auf Prävention und Eigenverantwortung zu setzen.

Christa Tast, Stuttgart für den fnb

<http://drs.dife.de/>



> Erfolgskonzept Schul

„Der Anfang ist die Hälfte vom Ganzen“, sagt der griechische Philosoph Aristoteles. Dies trifft zu hundert Prozent auf das fnb-Konzept Schulung vor Ort zu.

Im Jahr 2006 starteten wir als ganz junger Verband fnb die Fortbildungsreihe Schulung vor Ort, auch SvO genannt. Ziel sollte sein, dass in möglichst vielen Regionen Deutschlands jährlich einmal ein aktuelles Thema der nephrologischen Pflege für Pflegepersonen in Dialysezentren angeboten wird.

Um dies umsetzen zu können, benötigten wir regional verantwortliche Personen, die einen Raum, das Catering und die Bewerbung der Maßnahme organisierten. Den Helfern sei an dieser Stelle ein herzliches Dankeschön gewidmet, denn ohne deren Idealismus wäre der Anfang eben doch nicht die Hälfte vom Ganzen!

Folgende Themen wurden seither angeboten:

- 2007 Der Dialyseshunt
- 2008 Qualitätsmanagement
- 2009 Zentrale Katheter für Hämodialyse
- 2010 Medikamente für Dialysepatienten

Mit der SvO erreichten wir in den letzten drei Jahren insgesamt fast 1000 Teilnehmer.

Das Thema „Zentrale Katheter für Hämodialyse“ im letzten Jahr nahm dabei einen Schwerpunkt ein und wurde von 406 Personen besucht.

Themen wie Katheterdesign, die kritische Betrachtung verschiedener Blocklösungen, der standardisierte An- und Ablegeprozess als Infektionsprävention, Aspekte des modernen Wundmanagement bei zentralen Venenkathetern und Qualitätssicherung sorgen für Spannung und Information über den ganzen Tag.

ung vor Ort (SvO)

Dieses Jahr wird das Thema „Medikamente für Dialysepatienten“ angeboten. Dabei können Sie Ihr Verständnis für Einsatz, Wirkungsweise und zu beachtende Zusammenhänge der verschiedenen Medikamentente bei unterschiedlichen Patienten erweitern und vertiefen.

Wir wünschen Ihnen schon jetzt einen interessanten und erfolgreichen Tag bei unserer Reihe Schulung vor Ort. Bringen Sie Kolleginnen und Kollegen mit und werden Sie – ganz nach Aristoteles – Teil der anderen Hälfte vom Ganzen.

Beate Spindler, Marbach



Impression der Veranstaltung
in Essen



M. Reichardt und A. Gorke
bei der SvO in Essen

> Veröffentlichungen des fnb



> Gefäßzugang zur Hämodialyse

– Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege (GHEAP)

> Medikamente für Dialysepatienten

– ein Ratgeber

> Qualitätsmanagement in Dialyseabteilungen,

Hilfen für ein Qualitäts-Handbuch Pflege

> Leitlinie für angewandte Hygiene in Dialyseeinheiten

> Europäischer Lehrplan für die Pflege nierenkranker Menschen

> Europäische Standards für die nephrologische Pflegepraxis

> Europäischer Kernlehrplan für die Weiterbildung in der nephrologischen Pflege



Geschäftsstelle des fnb e.V.

Uschi Gaspar

In den Beunen 6 | 65479 Raunheim
Telefon: 0 61 42 | 40 85 49
uschi.gaspar@nephro-fachverband.de

Vorsitzender des fnb

Thomas Fernsebner

Kliniken Südostbayern AG
Abteilung für Fort- und Weiterbildung
Cuno-Niggel-Straße 4 | 83278 Traunstein
Telefon: 08 61 | 705 12 17
thomas.fernsebner@nephro-fachverband.de

Redaktion

Jürgen Berner

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

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

> In eigener Sache:

- > Sind Sie umgezogen?
 - > Hat sich Ihr Name geändert?
 - > Haben Sie neue Bankdaten?
- Teilen Sie dies bitte der Geschäftsstelle 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



fnb

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

HERZLICHEN DANK



Fresenius Medical Care

Für die freundliche Unterstützung bei der Herausgabe dieser Zeitung
bedankt sich der fnb recht herzlich bei Fresenius Medical Care.