Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

AUSGABE 02 11

FORUM

JETZT ONLINE: Das fnb-Diskussionsforum

Teilen Sie Informationen und Neuigkeiten mit Kollegen, führen Sie Fachdiskussionen und tauschen Sie sich aus.

Wir laden Sie herzlich ein!
nephro-fachverband.de

WEITERE THEMEN DIESER AUSGABE

- Verbandstechniken für zentralvenöse Katheter
- Neue Serie: Pflege nach Organtransplantation
- DOPPS-Studie
- Abstract-Aufruf zum Dreiländerkongress 2012
- Bericht: Jahreshauptversammlung 2011

> Inhalt

INHALT

Vorwort 02

Termine des fnb 03

Bericht der Jahreshauptversammlung 2011 04

fnb- Hauptstadtseminar 2012 / 53. EDTNA / ERCA-Seminar 04

Gambro – Nachwuchspreis des Fachverbandes nephrologischer Berufsgruppen 2011 05

Veröffentlichungen des fnb 05

Abstractaufruf für den Dreiländer-Kongress 2012 vom 21. - 23. November 2012 06

Vorankündigung Pflegeforum Rotenburg a. d. 07

„Erstellung eines Leitfadens zur Schulung von Peritonealdialysepatienten“ 08

Schulung vor Ort 2012: „PD first“ – Peritonealdialyse als erste Therapieoption 08

Einladung zum Nephrologischen Fachpflegeseminar 2011 09

Mitglieder werben Mitglieder 09

Vorstellung der neuen Aktiven beim fnb 10

Neues Angebot des fnb: Diskussionsforum auf Homepage

Vorstellung der neuen Aktiven beim fnb 11

OPERCAT – Der innovative Katheterverband 12

Anforderungen an die Verbände bei zentral-venösen Kathetern für Hämodialyse 14

Die DOPPS Studie 16

Buchpräsentation Damit Du weiterleben kannst 19

Serie: Gesundheitspolitik – Teil 4 20

Neue Serie: Pflege nach Organtransplantation – Teil 1 23

Impressum 24

> Vorwort!

Thomas Fernsebner

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Professionalisierung und Karriereplanung der Pflegeberufe geht häufig mit einer „Entrückung“ aus der Patientennähe bzw. auch bewußten Abkehr vom Patientenbett einher. Konkret ist die Karriere im Pflegeberuf bis heute nur über patientenferne Wege möglich. Wer zum Beispiel Pflegemanagement studiert, landet meistens in Leitungsaufgaben, die schon lange nur noch vermittelt das Patientenbett erreichen. Gleiches gilt auch für Pflegepädagogik und Pflegewissenschaften. Im Vergleich zu Ärzten fällt auf, dass diese niemals ganz „ihren Patienten“ verlieren oder aus dem Fokus verloren haben. Ein leitender Universitätsarzt kennt seine Patienten. Hingegen ist ein ganzer Stab von Pflegedienst- und Bereichsleitern in großen Kliniken damit beschäftigt, Pflege und Pflegende zu verwalten, allerdings meistens ohne jede Tuchfühlung zu den Patienten. Im Einzelfall kann es mal anders sein, doch klar ist, dass eine Berufskarriere am Pflegebett heute nicht möglich ist, hingegen am Schreibtisch sehr wohl.

Warum ist das so? Pflegende stellen die größte Berufsgruppe im Gesundheitssystem dar. Sie üben angeordnete Tätigkeiten am Patienten aus, wenden den Pflegeprozess mit Feststellung des Pflegebedarfs, Durchführung und Bewertung der Maßnahmen an und stellen die Brücke zwischen Station / Abteilung im multidisziplinären Team und Patienten her. Eine Verbesserung der beruflichen Zufriedenheit durch diese Aufgabenvielfalt scheint bisher nicht erreicht, wenn Pflege (und der Pflegeprozess) nicht erst genommen und entsprechend anerkannt werden. Hierarchische Strukturen wurden daher durch die Pflege selbst geschaffen und bedienen den Selbstzweck, sich in den einzelnen Kliniken und Einrichtungen entsprechend auf der Führungsebene zu positionieren. Dem Selbstverständnis und Ansehen der Pflegeperson am Bett hat dies nicht weitergeholfen und so verwundert es nicht, dass Pflegende sich über den Weg der Fachlichkeit und Patientennähe kaum Karrieremöglichkeiten und Anerkennung verschaffen konnten und können.

Mit dem Weg der Fachweiterbildung werden hoch spezialisierte Pflegepersonen gestellt, doch verdienen diese Fachpflegepersonen kaum, wenn überhaupt mehr als examiniertes Personal. Ebenso ist auch eine klare Unterscheidung zu Kollegen mit dieser Weiterbildung, quasi ein fachliches Stufenkonzept, nicht erreicht.
Fachpflegepersonen werden benötigt, das steht außer Frage, aber müssen nicht mehr davon in einem Team sein und müssen wir nicht alle an der Forderung festhalten, dass wir eine Steigerung der Qualifikation am Patientenbett brauchen? An der Zeit ist es auch alte Zöpfe von Gruppendenken zwischen Medizin und Pflege endlich abzuschneiden. Aus Sicht von Betriebswirtschaftlern werden Organisationsformen benötigt, die die Bereiche Medizin und Pflege gemeinsam ver-

walten. Die praktizierte Trennung der Führung der beiden Berufsgruppen konnte aus heutiger Sicht keine deutlichen Vorteile herausarbeiten. Im Sinne der Emanzipation der Pflege mag dieser Weg zwar notwendig oder opportun gewesen sein, nun ist er dringend zu überdenken.
Im Fachbereich der Nephrologie ist, wie in vielen anderen auch, eine engere Zusammenarbeit beider Berufsgruppen dringend erforderlich und sollte zum Zweck eines gemeinsamen Versorgungsauftrages für den Patienten umgesetzt werden. Dieses Vorhaben kann nur dann gelingen, wenn beide Berufsgruppen erneut und auf Augenhöhe sachorientiert diskutieren. Eine Steigerung der spezialisierten Pflege mit wissenschaftlichem Hintergrund am Patientenbett ist notwendig. Sie wird gestellt durch traditionelle Fachweiterbildung und zu einem späteren Schritt ausgestattet mit entsprechendem akademischen Hintergrund wie Bachelor of Nursing und Advanced Nursing Practise (ANP) sowie einen Personalmix, der es erlaubt, dass die Berufsgruppen entsprechend ihrer Kompetenz eingesetzt und geführt werden. Ein Mix von Qualifikationen mit entsprechender leistungsgerechter Bezahlung steht dabei außer Frage.

Wir als fnb setzen uns für die Steigerung der Qualifikation am Patientenbett ein. Ihre Mithilfe und gemeinsame Arbeit an diesem Prozess sind Voraussetzungen für ein Gelingen. Empfehlen Sie uns, den fnb, weiter und werben Sie neue Mitglieder. Mit unserer Aktion „Mitglieder werben Mitglieder“ können Sie uns helfen und erhalten hierfür ein kleines Dankeschön. In dieser Ausgabe erfahren Sie, wie Sie an dieser Aktion teilnehmen können.

Ihr Thomas Fernsebner
1. Vorstandsvorsitzender des fnb

> Termine des fnb

2011 & 2012

OKTOBER 2011
01.10.2011
Gefäßkolloquium
Münster

18.10.2011
SvO Chron. Niereninsuffizienz und chronische Wunden
Erfurt

NOVEMBER
06. bis 08.11.2011
Chiemseeseminar
Fraueninsel

FEBRUAR 2012
04.02.2011
SvO „PD first“ – Peritonealdialyse als erste Therapieoption
München

MÄRZ
02. bis 04.03.2012
Rotenburg

20.03.2012
SvO „PD first“ – Peritonealdialyse als erste Therapieoption
Essen

APRIL
14. bis 15.04.2012
Hauptstadtkongress,
Berlin

MAI
10.05.2012
SvO „PD first“ – Peritonealdialyse als erste Therapieoption
Stuttgart

SEPTEMBER
15.09.2012
SvO „PD first“ – Peritonealdialyse als erste Therapieoption
Berlin

OKTOBER
06.10.2012
Gefäßkolloquium
Münster

16.10.2012
SvO „PD first“ – Peritonealdialyse als erste Therapieoption
Erfurt

NOVEMBER
04. bis 06.11.2012
Chiemseeseminar
Fraueninsel

22. bis 24.11.2012
Dreiländerkongress
Konstanz

> Bericht der Jahreshauptversammlung 2011

Am 16. April 2011 fand im Hotel Christophorus in Berlin die Jahreshauptversammlung des fnb statt.

Der Vorstandsvorsitzende Thomas Fernsebner begrüßte die anwesenden Mitglieder und stellte die ordnungsgemäße Einladung und die Beschlussfähigkeit der Versammlung fest.
Der Geschäftsbericht, nachzulesen im Forum 01/2011, wurde im Anschluss von den Vorstandsmitgliedern vorgetragen. Die Ergebnisse aus Projekten und Arbeitskreisen wurden von den jeweiligen ehrenamtlichen Leitern vorgestellt.
Im Anschluss stellte Michael Reichardt der Versammlung den Finanzbericht des fnb vor. Die Kassenprüfer Ina Kilper-Bohs und Marvin Breckling bescheinigten den anwesenden Mitgliedern die ordentliche Kassenführung durch Michael Reichardt; sie konnten bei der Kassenprüfung keine Unregelmäßigkeiten feststellen. Auf Antrag von Ina Kilper-Bohs wurde der Finanzbericht von den Mitgliedern einstimmig angenommen und der Schatzmeister ebenso einstimmig entlastet.
Im Anschluss stellte Uschi Gaspar den Antrag auf Genehmigung des Ge-

Alter und neuer Schriftführer des fnb, offensichtlich eine „haarige" Sache

schäftsberichtes und Entlastung des Vorstands. Auch dieser Antrag wurde von den Mitgliedern einstimmig angenommen.

Der nächste Tagesordnungspunkt waren Neuwahlen. Beate Spindler, die seit vielen Jahren durch ihre Aktivitäten Inspiration für alle Mitglieder des Vorstandes und des fnb war – und wie sie versichert hat auch weiterhin sein wird – wurde im Rahmen der Sitzung auf eigenen Wunsch als Vorstandsmitglied und Schriftführer verabschiedet.
Die Mitglieder wählten Jürgen Berner einstimmig in den Vorstand. Er wird den Vorstand in bewährter Weise (seit 2007 im erweiterten Vorstand aktiv) unterstützen.
Als besonderes Highlight verkündete Uschi Gaspar, dass in Berlin das 700. Mitglied dem fnb beigetreten ist und gibt sofort das Ziel 800 Mitglieder aus.

J. Tietgens, das 700. Mitglied das fnb

Zum Abschluss bedankte sich Thomas Fernsebner im Namen des Vorstandes bei den Mitgliedern über das entgegengebrachte Vertrauen und bei den aktiven Mitgliedern für ihr großartiges Engagement.

Jürgen Berner, Unterhaching

> fnb- Hauptstadtseminar 2012 / 53. EDTNA / ERCA-Seminar

Unser Seminarort in Berlin Spandau

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
am 14. und 15. April 2012 findet zum zweiten Mal das fnb- Hauptstadtseminar / 53. EDTNA / ERCA-Seminar in Berlin statt.

Im vergangenen Jahr war die erfolgreiche Premiere. Wir freuen uns sehr, dass wir in Berlin einen Schulungsort gefunden haben, der nicht nur das Ambiente von Haus Rissen in Hamburg anbietet. Die Schulungsräume sind moderner und großzügiger; die Lage am Rande Berlins einfach ausgezeichnet.

Das 2. Seminar beginnt am Samstag, den 14. April 2012 mit dem Thema: Herausforderung alte Dialysepatienten. Die Niere erfährt im Alter eine Vielzahl an strukturellen und funktionellen Veränderungen. Bestehende Komorbiditäten beschleunigen den altersbedingten renalen Funktionsverlust zusätzlich.
Was bedeutet dies für uns Pflegende in der Praxis? Wir haben ein spannendes Programm mit vielen Facetten zu diesem Thema erstellt und hoffen sehr, dass wir damit Ihr Interesse wecken.
Am Sonntag, den 15. Apri 2012 bieten

> Gambro – Nachwuchspreis des Fachverbandes nephrologischer Berufsgruppen 2011

Seit Gründung 2006 wird jährlich der fnb Nachwuchspreis vergeben – seit diesem Jahr mit Unterstützung der Gambro Hospal GmbH.
Die Bewertung der eingereichten Arbeiten erfolgte anonymisiert durch drei Pflegekräfte aus verschiedenen Weiterbildungsstätten, sowie von PD Dr. Daul aus Essen. Allen herzlichen Dank dafür.

Es wurden 11 Arbeiten, davon drei Gruppenarbeiten, aus vier Weiterbildungsstätten eingereicht.
Die Themen waren breit gestreut:
Eine Arbeit befasste sich mit dem Leben zwischen Dialyse und Alltag, eine weitere mit dem Schnittstellenmanagement zwischen Dialysezentrum und Pflegeeinrichtungen. Auch die Einführung von Fußvisiten und Flussproblemen bei Dialysekathetern waren Thema. In einer Arbeit wurde die Effektivität beim Single Needle-Doppelpumpenverfahren und deren Steigerung untersucht. Daneben wurde ein Einarbeitungskonzept und eine Arbeitsanweisung zur Durchführung einer Immunabsorption erarbeitet.

Eine weitere Arbeit warf die Frage auf: Wo steht die Fachkrankenpflege in der Nephrologie?
Erstmals befassten sich drei Arbeiten mit Themen aus der der CAPD:
Beeinflussung der UF-Rate bei Kindern und Jugendlichen durch die Veränderung des intraperitonealen Druckes, PD als Therapieform beim kardiorenalen Syndrom und ein Leitfaden zur Schulung von PD Patienten.
Die Siegerarbeit ist zum ersten Mal eine Arbeit aus dem Bereich der CAPD.

Die Gewinnerin 2011 ist
Susann Böwing, Münster,
Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr am Alfried-Krupp-Krankenhaus Essen,
mit ihrer Arbeit:
Erstellung eines Leitfadens zur Schulung von Peritonealpatienten

Die Übergabe des Preises erfolgt am 14. April 2012 im Rahmen des Hauptstadtseminar in Berlin.

Uschi Gaspar, Geschäftsstelle fnb

---

wir Ihnen etwas Ungewöhnliches an. Finden Sie heraus, wo Ihre persönlichen Motivatoren liegen. Motivation und Kraft sind im Berufsleben gefragt, denn immer wieder gilt es, neue Aufgaben anzupacken, laufende Projekte durchzuhalten und sie zu vollenden. Lernen Sie Wege kennen, ihre Arbeitsmotivation zu steigern, ganz egal, ob es um gesünderes Essen, den täglichen Umgang mit Patienten und Kollegen oder die Reisekostenabrechnung geht. Motivatoren sind Schlüssel zur Selbstmotivation. Sie beziehen sich auf innere und äußere Umstände, die uns darin unterstützen, das in die Tat umzusetzen, was wir uns vorgenommen haben.
Wer die eigenen Motivatoren kennt und weiß, wie sie zu nutzen sind, kann sich selbst müheloser zu optimalen Leistungen bringen.

Wir freuen uns darauf,
Sie im April in Berlin Spandau begrüßen zu können.

Christa Tast
Ina Wiegard- Szramek

> 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**

> Abstractaufruf für den Dreiländer-Kongress 2012 vom 21. - 23. November 2012

ABSTRACT ABGABE-SCHLUSS
15. März 2012

Liebe Kollegen und Kolleginnen,
wir möchten Sie schon jetzt sehr herzlich zum nächsten Dreiländer-Kongress vom 21. - 23.11.2012 in Konstanz einladen.
Die Programmgruppe hat bereits getagt und die Organisation ist in vollem Gange. Der rote Faden, der uns durch den Kongress führen soll, umfasst mit dem Oberbegriff „Patientensicherheit" alle möglichen Facetten zu diesem Thema.

Wie Sie aus den unten aufgezeigten Themen ersehen, gehören unter anderem geschlechterspezifische Unterschiede in Diagnostik und Therapie, das Erkennen und Vermeiden von Fehlern, Zugangsmanagement, verschiedenste berufspolitische Ein- und Aussichten und wichtige Aspekte der Qualitätssicherung dazu.
Daher, wie auch für die letzten Kongresse, wieder unser Aufruf an Sie:
lassen Sie Kollegen aus dem deutschsprachigen Raum der drei Länder Schweiz, Österreich und Deutschland an Ihrer Erfahrung und Ihrem Wissen teilhaben.
Stellen Sie Ihre Projekt vor, an denen Sie beteiligt sind oder eine Kurzzusammenfassung Ihrer Abschlussarbeit, Projektarbeit, Facharbeit oder Diplomarbeit.
Nur durch Ihre Vorträge wird der Dreiländer Kongress zu einem wichtigen Forum für und in der nephrologischen Pflege.

Reichen Sie daher Ihr Abstract zu einem der folgenden Themen, zum Offenen Forum oder für den „interessanten Fall" ein. Damit bekommen wir die Möglichkeit ein interessantes und hörenswertes Programm zusammenzustellen.
In Ergänzung dazu sind Vorträge von internationalen Gastrednern als auch Schulungssitzungen der Industrie geplant.
Wir freuen uns auf Ihr Abstract.

Für die Programmgruppe,
Ina Wiegard-Szramek

Muster-Abstract als Internetvorlage
Auf der Homepage des fnb finden Sie eine Anleitung „wie schreibe ich ein Abstract", ein Muster-Abstract und die Vorlage zur Onlineerstellung Ihres Abstracts. Die jeweilige Papierversion können Sie bei der Geschäftsstelle des fnb bestellen.

Bitte schicken Sie Ihr Abstract an:
inawiegard@t-online.de
Ist Ihnen ein EDV- Versand nicht möglich, können Sie Ihr Abstract an:
Ina Wiegard-Szramek, Uranusstraße 26, 45277 Essen schicken.

Wird Ihr Abstract als Vortrag ausgewählt, erhalten Sie eine freie Registrierung zum Kongress.
Das beste Abstract wird mit einem Geldpreis von 500 € belohnt.

Für folgende Themen können Abstracts eingereicht werden:

- **Personal- und Organisationsentwicklung**
- **Zugangsmanagement –** für HD und PD
- **Transplantation –** alles um die Versorgung und Pflege vor, während und nach TX; bei Organversagen
- **Patientensicherheit –** alles rund um Hygiene, Fehlermanagement, Schnittstellenmanagement,
- **Kommunikation** (aus Sicht der Pflege und / oder aus Sicht des Patienten)
- **Qualitätssicherung –** wie kann sie Pflegequalität beeinflussen, sind Statistiken sinnvoll
- **Pflege als Prozess –** Assessment und Evaluation
- **Dialysebeginn –** wer ist am Entscheidungsprozess beteiligt
- **Beratung in der Prädialysephase –** wer berät, was ist sinnvoll, wie soll beraten werden, gesetzliche Regelungen
- **Angehörige, die versteckten Partner –** wie helfen wir Angehörigen
- **Der besondere Fall –** Fallbeispiele aus allen Bereichen der Nephrologie
- **Spezialbehandlungen**
- **Offenes Forum**

4. Pflegeforum Nephrologie

für Fach- und Führungskräfte

Rotenburg a. d. Fulda, 2. bis 4. März 2012

Vorankündigung

EDTNA/ERCA

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

Mit Unterstützung von

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

Weitere Informationen und Anmeldung unter:
www.nephro-fachverband.de

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
auch 2012 wird das Forum für Fach- und Führungskräfte in bewährter Zusammenarbeit zwischen dem Keymember der EDTNA/ERCA, des fnb und der B.Braun Avitum AG stattfinden.

Vieles in unserer Arbeitswelt ist im Umbruch – ärztliche Tätigkeiten sollen delegiert werden, die Akademisierung der Krankenpflege ist in aller Munde und die Verkammerung in den Startlöchern. Was macht Fachpersonal zukünftig auf einer Dialyseabteilung?
Den Einstieg bilden berufspolitische Themen, wie u.a. die Akademisierung der Pflege, die Möglichkeit der Verkammerung und sollen Basis sein für eine Diskussion über Personalstrukturen und die Zukunft der Fachweiterbildung. Der Samstag steht im Zeichen von: Nierenerkrankungen, Wunden, Fehlermanagement, rechtliche Fragen und Hygiene. Am Nachmittag bieten wir Ihnen vier Workshops an. Themenschwerpunkte sind Gerätetechnik, Sport und Bewegung sowie der geriatrische Patient. Der Sonntag hat im Focus: Führen – Leiten – Motivation.
Wir hoffen, ein interessantes Programm anbieten zu können und laden Sie herzlich zu unserem Pflegeforum ein. Weitere Informationen erhalten Sie in Kürze auf unserer Homepage: www.nephro-fachverband.de.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

Weitere Informationen und Anmeldung zum 3. Pflegeforum Nephrologie:
Fachverband nephrologischer Berufsgruppen (fnb) e.V. | Geschäftsstelle | Uschi Gaspar
In den Beunen 6 | 65479 Raunheim | Tel. 0 61 42 - 408 549 | Fax 0 61 42 - 408 551
info@nephro-fachverband.de | www.nephro-fachverband.de

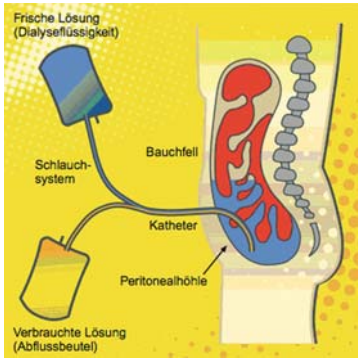
> „Erstellung eines Leitfadens zur Schulung von Peritonealdialysepatienten“

Standards und Leitfäden prägen die Arbeit in Kliniken und Praxen. Sie sind mittlerweile unverzichtbar, da sie im Rahmen des Qualitätsmanagements der Qualitätssicherung dienen.
„Für den Bereich der Dialyse gibt es in Deutschland bislang keine standardisierten Schulungskonzepte. Lediglich (...) Peritonealdialysepatienten erfahren eine mehr oder weniger strukturierte Unterweisung.“ (1)
Im Laufe des Projektes soll ein Leitfaden entwickelt werden, der dem Anwender ermöglicht, den Patienten ganzheitlich, individuell, entsprechend seines Wissensstandes und den entgegengebrachten Interessen unter dem Aspekt einer individuellen Pädagogik zu schulen.
Darüber hinaus soll der Leitfaden dem zu schulenden Pflegepersonal alle fachspezifischen Fakten sowie die verschiedenen Vorgehensweisen im Umgang mit medizinischen Hilfsmitteln aufzeigen, die in Bezug auf eine Gesundheitserhaltung und -förderung berücksichtigt werden müssen.
Der Leitfaden sollte ebenfalls inhaltlich so aufgebaut sein, dass er jedem Mitarbeiter die Möglichkeit gibt, eine Schulung kompetent und umfassend zu erfüllen. Er soll als eine Art praxis- und realitätsnahes Lehrbuch angesehen werden.
Zudem soll der neue Leitfaden eine genaue Dokumentation der durchgeführten Schulungseinheiten ermöglichen und exakte Durchführungsnachweise darstellen, sodass jeder Mitarbeiter im interdisziplinären Team eine genaue Information über den derzeitigen Stand der Schulung erhält. Gleichzeitig kann der aktuelle Wissensstand des Patienten jederzeit überprüft werden. Darüber hinaus kann eine mögliche Abrechnung der erbrachten Leistungen von Seiten der Pflege erfolgen.
Diese Vorgaben wurden am Ende der Projektarbeit erreicht und der Leitfaden wird bei Schulungen angewendet.

Susann Böwing, Münster,
Weiterbildungsstätte nephrologischer Zentren Rhein-Ruhr am Alfried-Krupp-Krankenhaus Essen

(1) = vgl. Tast C., Mettang T.: Peritonealdialyse, Schulungsreihe des ifw der PHV, Band 1, 3. Überarbeitete Auflage, Pabst Science Publishers, Lengerich 2006, Seite 72

> Schulung vor Ort 2012: „PD first“ – Peritonealdialyse als erste Therapieoption



Neue Therapieempfehlungen rücken die Bauchfelldialyse in den Fokus. Das ERPB Advisiory Board (European Renal Best Practice), der Expertenrat der Europäischen Nierengesellschaft, hat 2010 neue Empfehlungen zur Aufklärung und Behandlung von Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz veröffentlicht, u.a. zu lesen in Dialyse aktuell 2010; 14(10):594-595). Darin stellen die Autoren klar, dass HD und PD gleichwertige Behandlungsverfahren sind und das auf Basis wissenschaftlicher Daten grundsätzlich zu überlegen sei, die Peritonealdialyse als Therapiestart bei Neupatienten zu favorisieren. Es hat sich in jüngster Vergangenheit immer wieder gezeigt, dass die PD nicht die Therapie der zweiten Wahl ist oder gar der ungenügende Behandlungsersatz für Patienten, die nicht mehr zur Haemodialyse geeignet sind. Gute Behandlungserfolge bei Patienten mit schwerer Herzinsuffizienz, in der Akutsituation oder als assistierte Behandlungsmethode für ältere Patienten sind einige gute Indikatoren für die Peritonealdialyse.
Weltweit werden ca. 10% aller dialysepflichtigen Patienten mit PD behandelt. In Deutschland haben wir die 5% Grenze leider immer noch nicht überschritten. Aus diesem Grund wird der fnb dem Thema „Peritonealdialyse“ die Schulung vor Ort 2012 widmen, in bewährter Tradition wieder in München, Essen, Stuttgart, Berlin, Hamburg und Erfurt.

Themen werden sein:
- Das Peritoneum – eine gute Dialysemembran
- Lösungen in der PD
- Schulung von PD-Patienten
- Komplikationen bei PD
- Qualitätssicherung mit Funktionskontrollen
- Auswertung eines PE Testes für mögliche Therapieoptionen

Wir hoffen, Ihnen hiermit einen interessanten Themenblock anzubieten, der auch genügend Zeit für regen Wissens- und Meinungsaustausch lässt. Termine mit Veranstaltungsorten, Ansprechpartnern sowie Anmeldeformulare, finden Sie auf unserer Homepage www.nephro-fachverband.de. Die Termine können Sie auch hier im Forum im Terminkasten (Seite 3) nachlesen.
Wir freuen uns auf Sie!

Für den fnb,
Ina Wiegard-Szramek, Essen

> Einladung zum Nephrologischen Fachpflegeseminar 2011

06. – 08.11.2011 | Kloster Frauenwörth – Chiemsee

Seminar für leitende Pflege- und Fachpflegepersonen der Nephrologie.
In Kooperation mit EDTNA/ERCA und den Nephrologischen Weiterbildungsstätte Traunstein.

Fachpflege braucht Eliten – eine Rückbesinnung auf die Kernkompetenzen der Pflege in der Nephrologie

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
Mit unserem oben erwähnten Motto möchten wir deutlich machen, dass die nephrologische Fachpflege ihre Kompetenzen kennt, sie lebt und leben will, diese weiterentwickelt und evaluiert. Es ist äußerst wichtig, dass tradierte und standardisierte Abläufe reflektiert werden. Im diesjährigen Fachpflegeseminar wollen wir in allen Themenblöcken darauf achten, dass die Kompetenzen, das Fachwissen und Fertigkeiten bei den uns anvertrauten nierenkranken Menschen und den Pflegenden ankommen.
Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie zu diesem Seminar kommen und Ihren Beitrag leisten. Kommen Sie zu uns auf die „Insel" und diskutieren Sie mit uns!

Thomas Fernsebner, Alois Gorke,
Dr. med. Gerd Schreyer-Zell,
Dr. med. Hermann Böhmer

Kloster Frauenwörth, Frauenchiemsee

Nähere Informationen zum Programm und Ablauf unter http://www.nephro-fachverband.de/chiemseeseminar.html

Mitglieder werben Mitglieder

AKTION

Liebe fnb-Mitglieder,

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

Als Dankeschön für Ihre Empfehlung erhalten Sie von uns ein Geschenk. Sie dürfen sich aus den Veröffentlichungen des fnb ein Buch als Dankeschön aussuchen. Vermerken Sie hierfür einfach Ihren Namen und den Titel der gewünschten Veröffentlichung auf dem Mitgliedsantrag des von Ihnen geworbenen Neumitgliedes. Sie erhalten dann nach Eingang der Anmeldung auf der Geschäftsstelle umgehend Ihr Geschenk zugesandt.

Eine Auflistung der Veröffentlichungen des fnb können Sie in dieser Forum-Ausgabe auf Seite 5 oder auf der Homepage www.nephro-fachverband.de nachlesen. Dort finden Sie auch den Mitgliedsantrag zum Ausdrucken.

> Vorstellung der neuen Aktiven beim fnb

Von links:
Marvin Breckling,
Ina Kilper-Bohs,
Wiyada Weismann
bei der Vorstandssitzung
im April 2011

Die Aufgaben für den fnb-Vorstand und den erweiterten Vorstand nehmen zu und werden immer umfangreicher. Da diese auch weiterhin ehrenamtliche Tätigkeiten sein werden, sind wir froh und glücklich, Mitglieder gefunden zu haben, die uns als aktive Mitglieder unterstützen wollen.

Den ersten persönlichen Kontakt hatte Marvin mit uns, den Organisatoren vom fnb, als er beim DLK 2010 in Konstanz vergeblich versuchte, mit seinen Kollegen den Workshop über Gefäßzugänge im Roten Salon im Steigenberger Hotel zu besuchen. Der Saal war frühzeitig voll – kein Einlass mehr möglich. Er war und blieb charmant, nichts desto weniger „not amused" ob der Fehlorganisation. Wir haben eine ...naja, freundliche Diskussion geführt, sind aber zu keinem befriedigenden Ergebnis gekommen. Was kann das Resultat aus einem solchen „Zusammenstoß" sein? Aus dem passiven Mitglied wird ein aktiver fnb´ler! Was für uns heißt: wir kriegen einen echten „Werner" aus dem Norden dazu. Marvin ist 33 Jahre alt, hat zuerst ein Handwerk als Heizungsmonteur erlernt und sich danach für die Krankenpflege entschieden. Seit sieben Jahren arbeitet er in einem privaten Dialysezentrum in Niebüll, seit einem Jahr als Fachpfleger für Nephrologie. Er wohnt mit seiner Frau und seiner dreijährigen Tochter in Klintum, nahe der dänischen Grenze. Er nutzt viele sportliche Möglichkeiten, die entsprechend seiner Heimat mit Wasser, viel Wasser zu tun haben. Klicken Sie mal bei You-Tube auf „Ice Garden nf", dort können Sie sehen, wie Marvin zur Freude der gesamten Nachbarschaftskinder seine Vorgartenwiese bei minus 17 Grad in eine Eislaufbahn verwandelt. Seine Leidenschaft und Neugier für Computer machen ihn für den fnb zum Computerfachmann, ein weiterer Gewinn für den fnb... und dann klappt es bald auch mit dem Workshop Gefäßzugänge.
Unsere Verstärkung als aktives Mitglied für den Süden Deutschlands wird Wiyada Weismann sein. Wiyada ist 32 Jahre alt und wurde in Bangkok geboren, ist aber schon als Baby nach Deutschland gezogen Sie arbeitet seit 2003 in einer Dialysepraxis in München als stellvertretende Stationsleitung und hat ihre Weiterbildung 2010 erfolgreich abgeschlossen. 2011 hat sie ihre Ausbildung zur Praxisanleiterin beendet. Zu ihren beruflichen Hobbies hat sie die Hygiene erkoren, privat gärtnert sie gerne und zählt seit kurzem zur Fraktion der Zweiradfahrer. Wiyada wird ab nächstem Jahr mitverantwortlich die SvO (Schulung vor Ort) in ganz Deutschland organisieren und mit den neuen Vor-Ort-Kollegen sicher ein interessantes Programm auf die Beine stellen. Als Vorabinformation: 2012 wird sich alles um die Peritonealdialyse drehen.
Zur ausgeglichenen Verteilung fehlt jetzt nur noch das Ruhrgebiet. Wir bekommen eine zweite Ina dazu. Gelegentlich arbeiten wir zusammen in ihrem Zentrum, zur Unterscheidung stellt man unsere Haupttätigkeit einfach vor den Namen. Also: Ina Kilper-Bohs wird dann zur HD-Ina, mich ordnete man eher der PD zu. Geboren wurde sie 1967 in Sachsen-Anhalt, ist aufgewachsen im Land Brandenburg, die Ausbildung zur Krankenschwester hat sie in Potsdam absolviert, dort sammelte sie auch ihre ersten Dialyseerfahrungen. Diese hat sie erweitert in Hagen, Nordhorn, Lingen und letztendlich in Essen als nephrologische Fachkrankenschwester. Zwischendurch gab es „Ausreißereinsätze" auf einer urologischen Station, in einem Seniorenheim und in der häuslichen Krankenpflege. Ina wohnt jetzt im Münsterland mit ihrem Mann und zwei Kindern und einem adoptierten Hund. Auch sie gärtnert gern, zu ihren Hobbys zählen Lesen, Reisen und sich mit Freunden treffen um Gesellschaftsspiele zu spielen. In ihrem Zentrum hat sie als Gruppenschwester außerdem den Part der Hygienebeauftragten. Ina wird sich mit in die Programmgestaltung für die SvO und unser Hauptstadtseminar in Berlin einarbeiten.

An alle drei neuen Aktiven: Herzlich willkommen bei uns, wir freuen uns auf eine gute und kreative Zusammenarbeit. Und falls es in deutschen Landen noch jemanden geben sollte, der Lust, Zeit und Spaß daran haben könnte, mit uns gemeinsam etwas für die nephrologische Pflege zu tun: einfach melden – telefonisch, per Mail, als Brief oder persönlich bei jedem von uns aus dem Vorstand.

Ina Wiegard-Szramek, Essen

> Neues Angebot des fnb – Diskussionsforum auf unserer Homepage

Aktuell wird ein Diskussionsforum auf der Homepage des fnb eingerichtet. Sie finden dieses unter einem eigenen Link auf der linken Seite der Homepage des fnb: www.nephro-fachverband.de unter dem Titel „Diskussionsforum". Diese Möglichkeit des fachlichen Austauschs steht allen Interessenten offen. Man muss also nicht fnb-Mitglied sein um sich daran zu beteiligen.

Was ist der Beweggrund für das Diskussionsforum?
Aktuell werden die Empfehlungen der GHEAP (Gefäßzugang Hämodialyse Empfehlungen Arbeitsgruppe Pflege) diskutiert und mit den beteiligten Fachgesellschaften erneut abgestimmt. Das Diskussionsforum dient dazu, dass ihre Erfahrungswerte aus der täglichen Praxis in der Versorgung von Gefäßzugängen bei der geplanten Überarbeitung der GHEAP einbezogen werden können. Sie können ihre Pflegeergebnisse innerhalb des Diskussionsforum mit Kollegen/innen austauschen. Dieser Austausch ist wichtig, da Sie durch das Medium des Diskussionsforums die Möglichkeit haben, ihre Ergebnisse in der Umsetzung der GHEAP-Empfehlungen der Öffentlichkeit publik zu machen. Das Forum wird moderiert. Wichtige Aspekte, die von den Diskutierenden genannt werden, werden an die Expertengruppe der GHEAP weitergeleitet und werden ggf. auch Auswirkungen auf die zukünftige GHEAP haben.
Für die Zukunft werden wir im Diskussionsforum auch weitere Themen aufnehmen, wie z.B. das jeweilige Jahresthema der SvO-Veranstaltungen.

Wie kann ich am Diskussionsforum teilnehmen?
Ein einmaliges Anmelden mit Angabe ihrer korrekten Emailadresse ist notwendig. Danach erhalten Sie per Email eine Information, wie Sie sich in Zukunft in das Diskussionsforum einwählen können. Eine Abmeldung aus dem Diskussionsforum ist jederzeit möglich.

Ein Anliegen des Administrators an die Diskutierenden!
Beim erstmaligen Anmelden ist es notwendig, dass Sie Pflichtdaten bei der Anmeldung angeben. Diese können nur vom Administrator eingesehen werden und dienen dazu, dass der Administrator im Einzelfall per Telefon oder Email persönlich Kontakt zu Ihnen aufnehmen kann. Selbstverständlich werden die Regeln des Datenschutzes eingehalten und Ihre Daten sind weder für Dritte einsehbar noch werden diese an Dritte weitergegeben. Für die Überarbeitung der GHEAP ist diese Kontaktaufnahme erforderlich. Nur so können wir Ihre Erfahrungswerte näher betrachten, der Expertengruppe weiterleiten und ggf. in der GHEAP aufnehmen.

Für alle Fragen, Wünsche und Anregungen rund um das Diskussionsforum sind

Beate Spindler
Friedenstr. 34
71636 Marbach am Neckar
beate.spindler@
nephro-fachverband.de

und

Marvin Breckling
Rotdornweg 10
25971 Klintum
docmarv@freenet.de

ihre Ansprechpartner.

Wir hoffen, dass das Diskussionsforum regen Zuspruch bei Ihnen findet und zu einem Ort des lebendigen Austauschs von Wissen, Erfahrung, erste Schritte der Evidence und Fragen innerhalb der nephrologischen Pflege wird. Wir laden Sie herzlich dazu ein das Diskussionsforum zu besuchen und mit uns und anderen Kollegen/innen zu diskutieren.

Beate Spindler, Marbach

> OPERCAT – Der innovative Katheterverband

BREU GmbH

Für viele Dialysepatienten ist der Kurz- oder Langzeitkatheter die einzige Möglichkeit eines Zugangs für die Dialysebehandlung. Deshalb ist die Pflege dieser Katheter von immenser Bedeutung, da sie die Aufrechterhaltung der Funktionalität sowie den Schutz vor Infektionen gewährleisten muss. Die Auswahl eines an die Bedürfnisse des Patienten angepassten Katheterverbandes stellt einen wichtigen Bestandteil in diesem Prozess dar.
OPERCAT ist ein innovativer und hoch moderner Verband für Kurzzeit- und Langzeitkatheter, der nicht nur die Anforderungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) und anderer nephrologischer Fachgesellschaften (wie GHIA oder GHEAP) erfüllt, sondern darüber hinaus folgende Maßstäbe in der Versorgung von Kathetern setzt:

Design
Herkömmliche Katheterverbände schützen nur die Katheteraustrittsstelle (KAST). Für die externen Katheterenden muss ein separater Verband in Form von Kompressen oder Schlauchverband angelegt werden. Dies kann zu Problemen führen – so kann sich beim Anbringen oder Entfernen des Verbandes die Schlauchklemme verhaken und Zug auf den Katheter kommen. Um u.a. diesen Nachteil zu vermeiden, wurde bei der Entwicklung von OPERCAT besonders darauf geachtet, einen Katheterverband herzustellen, der gleichermaßen den KAST als auch die Katheterenden schützt.
OPERCAT besteht aus zwei Teilen:
das Klebevlies und die Verbandstasche. Das verwendete Klebevlies ist sehr dehnbar und besitzt einen hautfreundlichen und hypoallergenen Kleber. Seine gute Klebekraft ermöglicht eine perfekte Fixierung.

Schutz vor Mikroorganismen
Die Verbandstasche ist innen und außen mit einer speziellen Beschichtung versehen, die eine Barriere gegenüber Mikroorganismen darstellt. Somit werden die Katheterenden und der KAST nicht nur vor mechanischen Verletzungen geschützt, sondern auch vor Kontamination.

Sterilität
Als steriles Einmal-Produkt bietet OPERCAT zusammen mit dem Schutz vor Mikroorganismen aseptische und „sterile“ Bedingungen für die Versorgung von Dialysekathetern. Jeder Verbandswechsel garantiert immer den gleichen hohen hygienischen Standard.

Schnelle und einfache Anwendung
Die schnelle und einfache Anwendung von OPERCAT bietet eine erhebliche Zeitersparnis für das Pflegepersonal, besonders beim Entfernen des Verbandes. Des Weiteren entfällt das „Basteln“ des Verbandes für die Katheterenden.

Zug- und druckfreier Verband
Durch die glatte Oberfläche der Verbandstasche gewährleistet OPERCAT eine zugfreie und sichere Fixierung des Katheters. Somit kann dieser Verband auch bei frisch implantierten Kathetern verwendet werden, da ein mechanischer Einfluss auf den Katheter, wie das Verhaken von Schlauchklemmen oder die Rotation des Katheters, ausgeschlossen wird.
Die Verbandstasche nimmt ein wenig Wasserdampf aus der Umgebungsluft auf und polstert sich somit etwas aus. Dadurch wird sichergestellt, dass beim Patienten keine Druckstellen verursacht werden.

> Die Anwendung von OPERCAT – in vier Schritten

1 *Die richtige Größe des OPERCAT-Verbandes auswählen.*

2 *OPERCAT auspacken und die erste Klebefolie entfernen.*

Atmungsaktiv

Eine weitere Eigenschaft der Beschichtung von OPERCAT ist, dass sie mit einer MVTR-Rate (Wasserdampfdurchdringungsrate) von 4.000 g/m²/24h sehr wasserdampfdurchlässig ist.

Somit ist ausgeschlossen, dass sich unter dem Verband feuchte Kammern bilden können. Außerdem erhöht sich dadurch der Tragekomfort für die Patienten, da die Verbandstasche angenehm auf der Haut liegt und Schwitzen verhindert wird.

Trotz der hohen Wasserdampfdurchlässigkeit ist OPERCAT nicht wasserdicht und deshalb nicht als Duschverband geeignet.

Schutz des Katheters

Neben dem Schutz vor mechanischen Belastungen und Kontamination bietet die Verwendung von OPERCAT einen weiteren ganz wesentlichen Vorteil im Vergleich zu herkömmlichen Katheterverbänden: Schutz vor Verklebungen und Kleberesten am Katheter. Durch den Einsatz von Folienverbänden und sterilen Wundbettpflastern können sich am Katheter Kleberückstände bilden. Das Entfernen dieser Klebereste führt zu einer weiteren Beanspruchung des Kathetermaterials und kann Schäden an der Oberfläche zur Folge haben. Bei der Verwendung von OPERCAT kommt es zu keinem Zeitpunkt zum Kontakt zwischen Katheter und Pflasterkleber.

State of the Art

OPERCAT ist zurzeit der einzige Katheterverband am Markt (im Vergleich zu herkömmlichen sterilen Wundbettpflastern), der eine schnelle, sichere, hygienische und kontaminationsfreie Versorgung von Kathetern gewährleisten kann.

Aktuell ist OPERCAT in zwei Größen verfügbar: 16 x 5 cm für gerade und 8 x 7,5 cm für gebogene Katheter und Ernährungssonden.

Um die Versorgung von Kathetern mit noch längeren Katheterenden zu gewährleisten und einer wasserdichten Version von OPERCAT anbieten zu können, ist eine Erweiterung des Produkt-Portfolios in Planung. Voraussichtlich im Laufe des nächsten Jahres werden die neuen OPERCAT Varianten verfügbar sein.

Literatur:

1 Prävention Gefäßkatheterassozierter Infektionen, Emfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut (RKI)

2 Hollenbeck et al.: Gefäßzugang zur Hämodialyse – Interdisziplinäre Empfehlungen deutscher Fachgesellschaften (GHIA)

3 Spindler et al.: Gefäßzugang zur Hämodialyse – Empfehlung der Arbeitsgruppe Pflege (GHEAP)

3 *OPERCAT in der Mitte bzw. kurz vor dem Klebevlies mit den Fingern zusammendrücken und über die Katheterenden schieben, bis der Katheterexit erreicht ist und mit der Verlängerung der Verbandstasche abgedeckt wird.*

4 *Die zweite und letzte Schutzfolie des Klebevlies entfernen und OPERCAT auf der Haut des Patienten fixieren.*

Zum Entfernen muss das Klebevlies gelöst werden. OPERCAT nun wie unter Punkt 3 beschrieben in der Mitte leicht zusammendrücken und abziehen.

> Anforderungen an die Verbände bei zentral-venösen Kathetern für Hämodialyse

Beate Spindler
Erweiterter Vorstand fnb
Projektleitung GHEAP
Institut für Fort- und Weiterbildung der PHV
Regionalbüro Stuttgart
Spindler.beate@phv-dialyse.de

Einleitung

1. Katheter als Gefäßzugang der dritten Wahl

Zentral-venöse Katheter für Hämodialyse werden von der interdisziplinären Arbeitsgruppe GHIA als Gefäßzugang der dritten Wahl bezeichnet. Zeitgleich nimmt die Rate der zentral-venösen Katheter als Gefäßzugang für Hämodialyse welt- und bundesweit zu. Im Vergleich zu Patienten mit einer arterio venösen Fistel (AVF) und einem Prothesenshunt haben Patienten mit einem Hämodialysekatheter ein 1,4 bis 3,4-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko. In der Veröffentlichung Gefaßzugang Hämodialyse – Empfehlungen der Arbeitsgruppe Pflege (GHEAP) ist im Kapitel zentrale Venenkatheter für Hämodialyse zu lesen: „Im betreuenden Team können Pflegekräfte aktiv dazu beitragen, katheter-induzierte Infektionen zu reduzieren und bessere Langzeitergebnisse zu erzielen."

Der folgende Artikel befasst sich mit den Verbänden bei zentral-venösen Kathetern für Hämodialyse. Die Verbände werden differenziert nach primären – und sekundären Verbänden. Der sekundäre Verband schützt unter anderem den Katheter vor äußeren Einflüssen mit dem Ziel: Erhalt der Langzeitfunktion. Diese Anforderungen sollen näher betrachtet werden.

Haupteil

2. Anforderungen an den Verband und Differenzierung

In der GHEAP wird erstmals differenziert zwischen dem Primär- und Sekundärverband. Der Primärverband versorgt die Katheteraustrittstelle, der Sekundärverband dient dem Schutz der externen Katheteranteile (Katheter, Katheterklemme, Katheterkonus mit Verschlusskappe).

Klassifikation	Definition	Empfohlene Therapie
0	Blander KAST Keine Entzündungszeichen Intakte Haut	Keine VW Transparent hochpermeabel oder Wundbettpflaster
1	Mäßige Rötung (<0,5cm um KAST) Trockene Kruste Kein Sekret, Tupfer trocken	Keine VW Transparent hochpermeabel oder Wundbettpflaster
2	Deutliche Rötung (>0,5cm um KAST) Keine Schmerzen Spärliches, klares oder gelbliches Sekret Kein Eiter Tupfer mit Sekret benetzt	KAST-Pflege mit Polyhexanid ®, Octenidin®, Octeniderm® VW jede HD mit Wundbettpflaster, stand. Fotodokumentation; ggf. Wundabstrich
3	Rötung wie 2 Deutliches Sekret mit Schorf Reichlich Sekret am Tupfer Evtl. etwas Eiter	Wie in 2 Abstrich und Antibiose, Blutkulturen ggf. Sonographie Tunnel
4	Floride eitrige Entzündung Gefahr eines Tunnelinfekts	Wie in 3 ggf. Entfernung des Katheters

Tabelle: vereinfachte KAST-Klassifikation abgeleitet aus der PD Twardowsky ZJ: Current approach to exit-site infections in patients on peritonealdialysis. Nephrol Dial Transplant 1997 (12): 1284

2.1. Primärverband – Anforderungen, KAST-Klassifikation und Zugfixierung

Die KAST ist als Wunde zu betrachten. Zur Wundbewertung dient die KAST-Klassifikation nach Twardowski, aus der die weitere Pflegehandlung abgeleitet werden kann. Der Primärverband soll außerhalb von Stoßzeiten durchgeführt werden. Bei Zeichen einer Infektion ist er vor der Dialyse zu entfernen und mit dem Arzt das weitere Vorgehen zu klären.

Anforderungen an moderne Wundverbände sind: atraumatisches Anbringen und Entfernen, keimdicht, luft- und dampfdurchlässig, Erhaltung des physiologischen Wundmillieus und der Hauttemperatur, keine Rückstände durch Fasern und ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Es eignen sich ausreichend dimensionierte sterile Wundbettpflaster und sterile hochpermeable Transparentfolien. Ein ausreichend dimensionierter Verband ermöglicht zusätzlich eine Zugfixierung des Katheters. Dies ist insbesondere bei Vorhofkathetern mit Cuff während der Phase der Cuffeinheilung und zur Vermeidung eines Cuffprolaps von großer Bedeutung. Die Zugfixierung entsteht durch die Modelierung eines Stegs, dies gilt auch für das Anbringen einer Transparentfolie, wenn diese nicht in Sandwichtechnik angebracht ist.

Sofern Desinfektionsmittel zur KAST-Versorgung eingesetzt werden, müssen diese komplett verdampft sein, ehe der Wundverband mit Stegbildung angebracht wird. Ist dies nicht der Fall, löst sich der Klebstoff des Verbandes und führt zu Kleberückständen am Katheter sebst.

2.2. Sekundärverband – Anforderungen und Zugfixierung

Der Sekundärverband dient dem Schutz des Primärverbandes und des Katheters selbst. Anforderungen an den Sekundärverband sind einfaches Anbringen und Entfernen, Vermeiden von Druckstellen durch die Katheterklemme, zusätzliche Zugfixierung des Katheters, keine Rückstände durch Fasern, ggf. zusätzlicher Schutz des

Bild 1: Wundbettpflaster OHNE Stegbildung / Bild 2: Wundbettpflaster zu gering dimensioniert, keine Stegbildung möglich / Bild 3: Wundbettpflaster mit Stegbildung, dadurch Zugfixierung / Bild 4: Hochpermeable Transparentfolie in Sandwichtechnik angebracht, dadurch Zugfixierung

Primärverbandes bei Duschwunsch und ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis. Eine Vielzahl von individuellen Sekundärverbänden wurde bisher in Dialyseeinrichtungen entwickelt und eingesetzt. Die Bilder 5 bis 9 stellen verschiedene Möglichkeiten wertungsfrei dar. Welcher Sekundärverband die besten Ergebnisse für den Erhalt der Langzeitfunktion hat, kann aktuell nicht beantwortet werden, da Veröffentlichungen zu dieser Fragestellung zum jetzigen Zeitpunkt nicht vorliegen.

2.3 Rotationsbewegung des Katheters als Risikofaktor

Um einen möglichst kleinen Sekundärverband anzubringen, leiten manche Dialysezentren den externen Katheteranteil ringförmig aus (siehe Bild 8). Dies kann dazu betragen, dass eine mechanische Belastung durch Rotation auf den Cuff und die KAST wirkt mit Folge einer Cuffwanderung, Cuffprolaps und KAST-Irritation. Es wird empfohlen, den Katheter immer gerade auszuleiten oder den direkten Katheteranteil in KAST-Nähe (die ersten 5 cm) gerade auszuleiten.

2.4. Duschverband auch als Tertiärverband

Der Duschverband kann als Sekundär- oder auch als Tertiärverband bezeichnet werden. Da ein Duschverband nie atmungsaktiv sein kann, soll dieser ausschließlich für den Duschvorgang angebracht werden. Es eignen sich transparente unsterile Folien von der Rolle, die individuell zugeschnitten werden können. Folgender Prozess hat sich für das atraumatische Anbringen und Entfernen des Duschverbandes bewährt:

- Sterile Kompresse auffalten und deckend über den Primär- und Sekundärverband auslegen
- Wasserdichte Folie so bemessen und zuschneiden, dass sie mind. 2 cm über die ausgefaltete Komresse reicht
- Wasserdichte Folie vor dem Duschen anbringen und direkt danach entfernen

Mit dieser Vorgehensweise besteht beim Entfernen der Duschfolie kein Risiko, dass sich der Primärverband lösen könnte.

Zusammenfassung

Die Differenzierung zwischen Primär- und Sekundärverband verdeutlicht die Anforderungen an den jeweiligen Verband. Eine Veröffentlichung möglicher Verbandstechniken im Bereich der Sekundärverbände, verknüpft mit dem Darstellen der Ergebnisse muss in Zukunft angestrebt werden, um daraus präzisere Empfehlungen ableiten zu können. Ein sicheres Handling, die Erfüllung hygienischer Anforderungen und ein vernünftiges Kosten-Nutzen-Verhältnis sind dabei zu berücksichtigen.

Bild 5: Sekundärverband anhand Fingerlingen eines Handschuhs (steril oder undsteril) / Bild 6: Sekundärverband, Katheter durch Kompressen gepolstert und mit Duschfolie komplett versorgt / Bild 7: Sekundärverband mit Schlauchverband / Bild 8: Sekundärverband mit Schlauchverband in Ringform gelegt / Bild 9: Mögliche Innovation der Zukunft: In Form eines atmungsaktiven „Stomabeutels“

> Die DOPPS Studie

Die *Dialysis Outcome and Practice Pattern Study* ist eine umfangreiche Gruppenstudie über Dialysepatienten mit dem Ziel, Behandlungsmuster zu identifizieren, die mit einer Verbesserung der Dialysequalität und Ergebnisverbesserung für die Patienten korrelieren. Wichtigstes Ziel von DOPPS ist es, sowohl die Zahl der Lebensjahre als auch die Lebensqualität für Dialysepatienten zu erhöhen. Den Forschungszielen von DOPPS liegt die Hypothese zu Grunde, dass es messbare Unterschiede bei den Zentrumsroutinen gibt, die entsprechenden Einfluss auf die Ergebnisse der Patienten haben. Hierzu beobachtet DOPPS zwei Schwerpunkte:

1. Zentrumsroutinen bzw. Behandlungsmuster zu finden, die sowohl klinische Standards als auch Zwischenergebnisse fördern und
2. deren spezifischen Einfluss auf klinische Ergebnisse und Mortalität zu bestimmen

DOPPS1 startete 1996 in den USA; seit 1998 traten der Studie sukzessiv Japan, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien und Großbritannien bei. Seit 2002 kamen in den nachfolgenden drei DOPPS-Intervallen (à 3 Jahre) noch Australien, Neuseeland, Canada, Belgien und Schweden hinzu, womit nunmehr 12 Nationen einen Großteil der weltweiten Dialysepopulation repräsentieren. In jedem der drei Studienintervalle begleitete DOPPS zwischen 300 und 350 Dialyseeinrichtungen und sammelte dabei die Basisdaten von 165.000 Patientenjahren bzw. detaillierte Daten von fast 50.000 Patientenjahren. Gegenwärtig werden weltweit ca. 40.000 Dialysepatienten erfasst und hiervon wiederum 10.000 Patienten ausgewertet. Nähere Angaben zur Studie finden sich auf der DOPPS Webseite: http://dopps.org

DOPPS Studienmethodik

DOPPS sammelt die repräsentativen Dialysedaten aus einer Zufallsauswahl von Patienten und zufällig ausgewählten Dialysezentren jedes teilnehmenden Staates. Hierzu wurde ein spezielles Auswahlverfahren implementiert, dass die länderspezifischen Verschiedenheiten der Organisationsformen und regionalen Unterschiede von Dialysezentren berücksichtigt (z.B. Klinikdialyse, Zweigstelle eines Konzerns, Einzelzentrum etc.). In Europa sind es meist 20 Zentren pro Land, aus denen jeweils 20-40 Studienpatienten zufällig ausgewählt werden. Somit ist gewährleistet, dass ein repräsentativer Querschnitt von Dialysezentren eines jeden Landes die aktuellen Behandlungsmuster bei Dialysepatienten beschreibt, die auf alle Dialysen des jeweiligen Landes zutreffen. Natürlich sind die Unterschiede bei Behandlungsmustern im internationalen Vergleich wesentlich größer als im nationalen. Durch die Teilnahme von 12 Ländern lässt sich die Erfassung der verschiedensten Verfahren und Ergebnisse maximieren und es können Zusammenhänge zwischen Behandlungsmustern und deren Auswirkung auf Ergebnisse für Dialysepatienten abgeleitet werden.

DOPPS benutzt ein standardisiertes Datenerfassungsverfahren einheitlich in allen Teilnehmerländern, um Langzeitdaten der Dialysepatienten und Zentrumscharakteristika zu erfassen. Hierzu werden die Eckdaten (Alter, Geschlecht, Herkunft, Erstdialyse und ggf. Entlassungsdetails) aller Patienten des jeweiligen Zentrums erfasst und nach Zufallsprinzip einzelne Studienpatienten ausgewählt. Deren detaillierte Informationen zu Lebensumständen, Komorbiditäten, Medikation, Labor, Shuntdokumentation und Dialyseregime werden an Hand der Patientenakte erfasst und alle 4 Monate aktualisiert. DOPPS entwickelt derzeit ein Verfahren, diese Daten zukünftig mehr und mehr direkt aus der EDV (z.B. DIS, Nephro7) der Studienzentren importieren zu können. Die an DOPPS teilnehmenden Studienpatienten werden ein Mal pro Jahr gebeten, einen Fragebogen mit Angaben zu Ihrer Lebensqualität, Depression, Schlafstörungen, Einnahme verordneter Medikamente, Ernährung und Behandlungszufriedenheit auszufüllen. Darüber hinaus füllen – ebenfalls jährlich – der ärztliche Leiter und die Pflegedienstleitung jeweils einen Fragebogen über Zentrumsabläufe, Organisation und Behandlungsroutinen aus. Die 20 Studienzentren eines jeden Landes werden jeweils von einem Studienleiter (CRA) betreut; diese sind fast ausnahmslos Mitglieder der EDTNA/ERCA mit entsprechender langjähriger Erfahrung in nephrologischer Fachpflege. Zudem stellt jedes Land einen Nephrologen als Studien-Investigator und Ansprechpartner für die Ethikkommission.

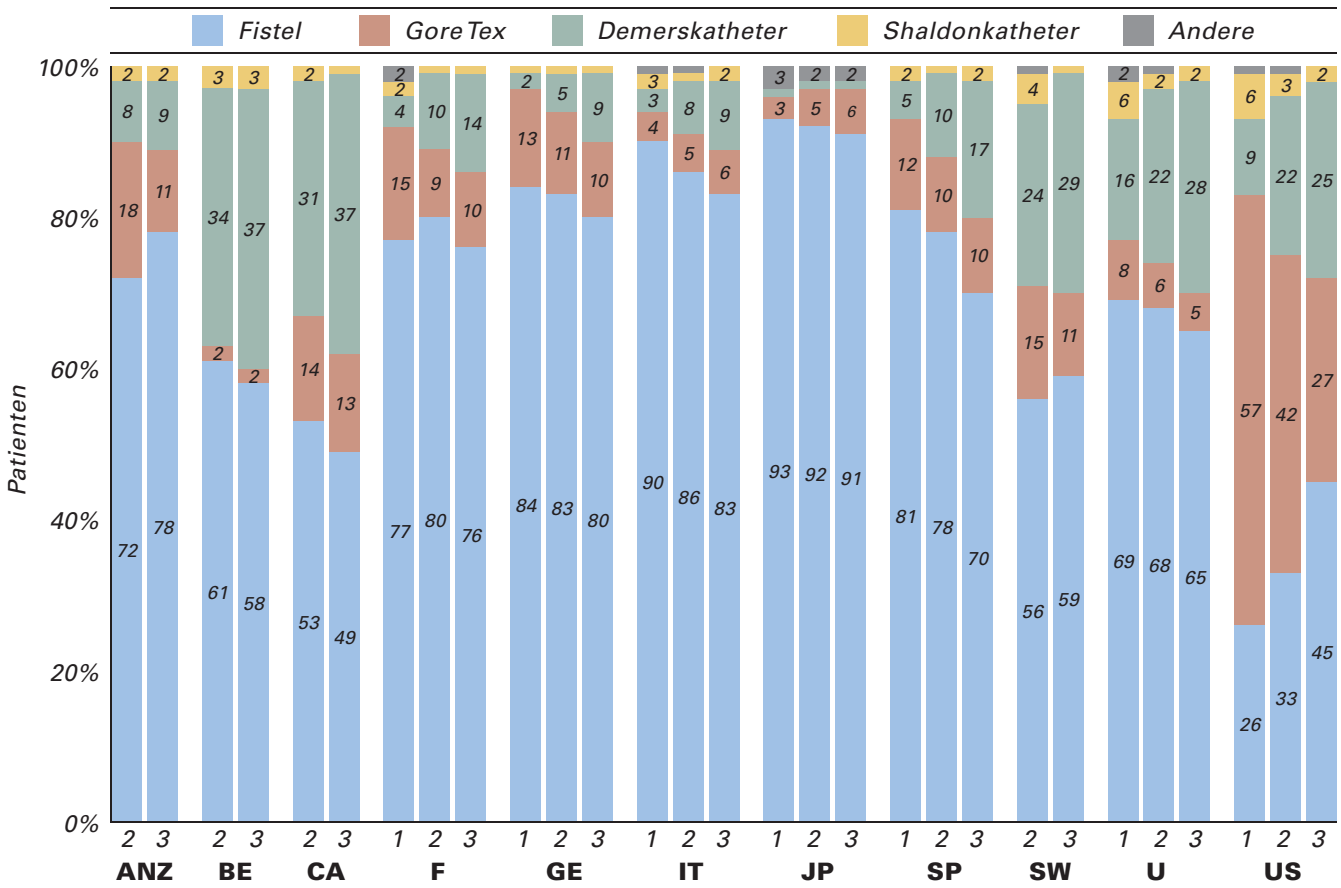
Die Koordination der DOPPS Studie erfolgt vom unabhängigen Forschungsinstitut *Arbor Research Collaborative For Health* in Michigan, USA. Hier werden die gesammelten Daten auf Validität überprüft, archiviert und analysiert. Finanziert wird das Projekt über wissenschaftliche Stipendien der Arzneifirmen Amgen, Abboth, Genzyme und Kyowa Hakko Kirin, ohne Einschränkungen in Bezug auf Veröffentlichungen oder andere Einflussnahmen.

Eine Auswahl wichtiger Studienergebnisse

Die DOPPS-Studien haben bedeutende Forschungserkenntnisse für Patienten, Gesundheitssysteme und Behandlungsrichtlinien hervorgebracht. Zahlreiche Studienergebnisse wurden den Gesundheits- und Richtlinienbehörden weltweit präsentiert. Nephrologische Fachverbände benutzen für ihre Berichte DOPPS-Daten und die DOPPS-Forschungsergebnisse haben weltweit einen großen Einfluss auf Qualitätsmanagementsysteme.

Nachstehend werden einige Studienerkenntnisse angeführt. Um darüber hinaus Einzelheiten zu Studienergebnissen zu erhalten, wird auf die Sonderausgabe zu DOPPS im *American Journal of Kidney Disease* aus dem Jahr 2004 (3-12) und weitere aktuellen Quellen (13-14) verwiesen. Eine vollständige Liste der DOPPS Veröffentlichungen und Graphiken stehen

Grafik 1: Verteilung der Gefäßzugangsarten



Die Katheterverbreitung ist in einigen Ländern immer noch sehr hoch, trotz zahlreicher Initiativen zur Förderung von Shuntanlagen und ist im Verlauf der DOPPS-Phasen sogar noch angestiegen. In den USA ist die Zunahme der nativen Shuntanlagen gegenüber der Abnahme von Goretex-Fisteln erheblich, während in den meisten anderen Ländern der Anteil nativer Fisteln noch deutlicher überwiegt.

im Internet unter www.dopps.org zur Verfügung. In einem aktuellen Projekt hat sich Amgen Deutschland zudem bereit erklärt, einige Forschungsergebnisse auch in deutscher Sprache zur Verfügung zu stellen.

Gefäßzugang

- DOPPS stellte landesbezogene, kennzeichnende Unterschiede rund um den Gefäßzugang fest; ableitend hieraus die Erkenntnis, dass die deutlich geringere Anlage einer nativen Fistel in den USA sich nicht nur aus Unterschieden im Case-Mix ableiten lässt. Diese Daten führten zur Shuntanlageninitiative (Fistula first) der US-Krankenversicherungen Medicare und Medicaid (6, 15-20).

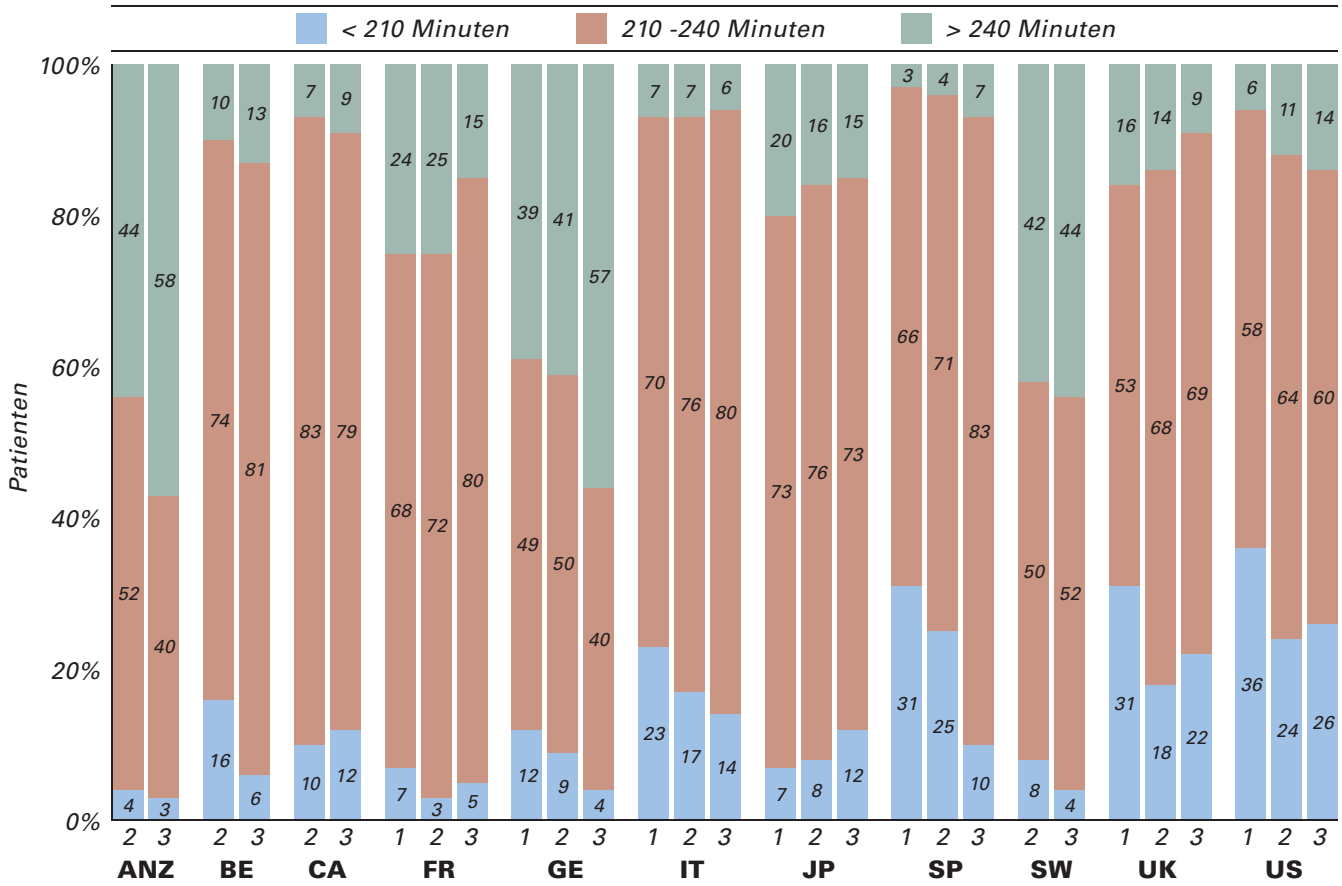
- Die Reifephase zwischen Shuntanlage und Erstpunktion variiert landestypisch erheblich von 25 Tagen in Japan bis zu 98 Tagen in den USA. DOPPS fand heraus, dass die Lebensdauer eines Shunts in Zentren mit früher Erstpunktion (z.B. innerhalb von 4 Wochen nach OP) sich kaum von der Lebensdauer eines Shunts in Zentren mit erheblicher späterer Erstpunktion unterschied. (19) Entsprechend hoch war der Einsatz von Zentralen Venenkathetern in Zentren mit später Erstpunktion. Die Ergebnisse lassen vermuten, dass sich katheterbedingte Komplikationen durch die rechtzeitigere Erstpunktion einer angelegten Fistel durch geschultes Pflegepersonal reduzieren lassen (18, 19).

- Die Anzahl angelegter Fisteln während der chirurgischen Ausbildung variiert in den DOPPS Ländern erheblich, 16 in den USA und durchschnittlich 142 in europäischen Ländern. Entsprechend hoch war die Anzahl und Lebensdauer von Fistelneuanlagen in den Zentren, die von Chirurgen mit entsprechender Ausbildung betreut wurden. Daraus lässt sich ableiten, dass entsprechende chirurgische Ausbildungsinhalte die Verbreitung von Shunts fördern (20).

Dialysebehandlung

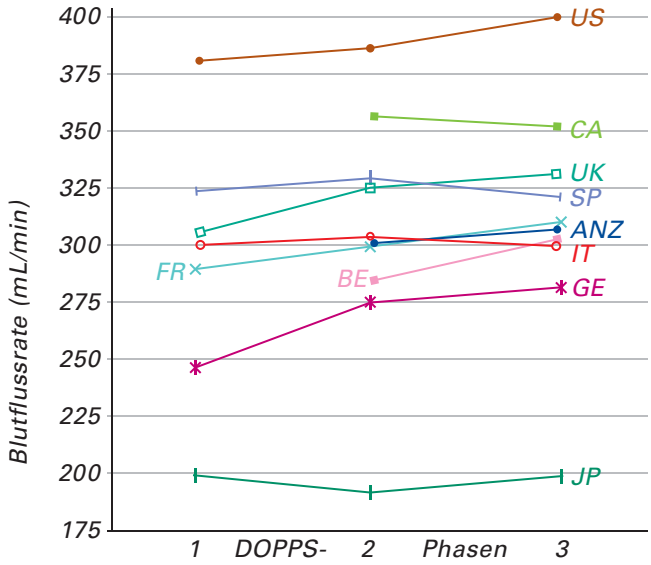
DOPPS beschreibt, wie die Verlängerung der Dialysezeit und Erhöhung des Blutfluss in Modellen mit großer Patientenzahl und zahlreichen Dialysestandards die Mortalität absenkt (21). Auffällig war gleichzeitig, dass die Gewinne aus der verlängerten Dialysezeit und erhöhtem Blutfluss mit ansteigendem KT/V einhergingen. Ebenso verbesserte sich der Phosphatspiegel (22).

Grafik 2: Dialysezeit



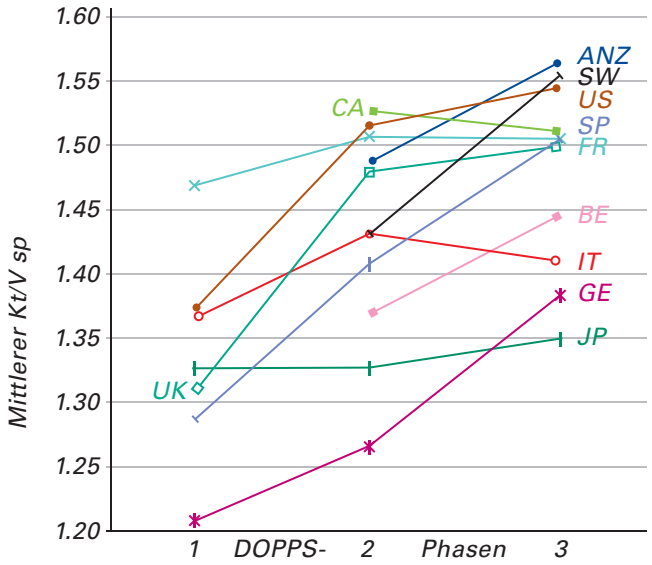
Die Dialysedauer (h) ist in den USA am geringsten und hat den höchsten Anteil an Dialysezeiten < 210 Minuten. Nahezu die Hälfte der Patienten in Neuseeland, Deutschland und Schweden erreichen eine Dialysezeit von > 240 Minuten.

Grafik 3: Blutflussrate



Die Blutflussraten waren im Verlauf der DOPPS-Studienjahre relativ konstant. Spitzenwerte von > 375 ml/Min in den USA stehen 200 ml/Min in Japan gegenüber, während Deutschland den deutlichsten Anstieg in Phase 2 zu verzeichnen hat.

Grafik 4: Dialysedosis



Die Dialysedosis ist in allen Ländern stark angestiegen. Japan hat sowohl den geringsten Anstieg als auch das niedrigste Mittel. In Deutschland ist der Anstieg von 1.2 nach >1.35 am deutlichsten.

Patient
Die Anzahl der Disease Management Programme (DMP) für die Dialyse nimmt allgemein zu. DOPPS stellt die Bedeutung einiger modifizierbarer psychosozialer Faktoren deutlich heraus:

- *Lebensqualität* – DOPPS berichtet umfangreich über Indikatoren zur Lebensqualität aus Patientensicht, einschließlich landesbedingter, demographischer und klinischer Unterschiede (11, 23-26). Der Wert für den Grad der körperlichen Funktionsfähigkeit im „Fragebogen zum Gesundheitszustand“ (SF-36) war zumindest genauso aussagekräftig im Hinblick auf die Mortalität, wie ein niedriger Albuminwert (25).

- *Depression* – Zahlreiche DOPPS-Veröffentlichungen behandeln das Thema Depression (27-30). Eine davon dokumentiert die deutliche Zunahme von Depressionssymptomen aus Patientensicht (länderbedingte Unterschiede: 39%-62%, basierend auf dem Wert >10 im CES-D [zertifizierter Fragebogen zur Depression; in Deutschland = allgemeine Depressionsscala]) (27). Patienten mit einem CED-D >10 hatten deutlich mehr Krankenhausaufenthalte, Dialyseabbrüche und Erhöhung der Mortalität. Aber nur 25% bis 50% dieser Patienten hatten in ihrer Krankenakte die Diagnose einer Depression. Hieraus ergibt sich eine Behandlungschance, da diese Diskrepanz vermutlich teilweise auf eine fehlende Diagnose „Depression“ zurückzuführen ist.

- *Befolgung der Verordnung* – DOPPS zeigt in letzter Zeit, dass der Eigenanteil bei den Medikamentenkosten für Patienten erheblich ist; durchschnittlich in den meisten Ländern zwischen 40-80$ / Monat (von 8$ / Monat in Großbritannien bis zu 114$ / Monat in den USA).
29% der Patienten in den USA gaben an, Medikamente aus Kostengründen nicht regelmäßig nehmen zu können, woanders waren es zwischen 3% und 17% der befragten Patienten (31).

Zusammenfassung

DOPPS richtet sein Augenmerk auf Dialysepatienten, um modifizierbare Behandlungsabläufe und Routinen zu identifizieren, die für bessere Outcomes (Resultate, Dialyseergebnisse) stehen. Damit verbunden ist das Hauptziel von DOPPS, die Überlebensdauer und Lebensqualität von Dialysepatienten zu verbessern.

Die Methodik der DOPPS-Studie bietet entscheidende Vorteile:

1. Das repräsentative Mittel aller Dialysezentren eines Landes und die zufällige Patientenauswahl erlauben die Darstellung typischer und allgemeiner Behandlungsrichtlinien für jedes der 12 Länder.

2. Die Beibehaltung der jeweiligen Fragestellung über längere Zeiträume erlaubt die Einschätzung nationaler Trends, während neue Fragestellungen und Auswertungsmethoden zu fortlaufenden Anpassungen bei Behandlungsrichtlinien die Studie aktuell halten.

3. Die Beobachtung der Outcomes (Resultate, Ergebnisse) an Hand von Behandlungsmustern bei einer Patientenauswahl, die nicht individuell, sondern nach zentrumsspezifischen Richtlinien behandelt werden, minimiert die Verzerrung durch indikationsbasierte Behandlung.

Martin Schünemann
Francesca Tentori
Bruce Robbinson

Quellenhinweise:
Aus Platzgründen wird an dieser Stelle ausnahmsweise auf den Druck der zahlreichen Quellen (Ziffern in Klammern), die diesem Artikel zu Grunde liegen, verzichtet.
Dem interessierten Leser wird das Quellenverzeichnis auf Wunsch jedoch gerne auf Anfrage an Martin.Schuenemann@gmx.net zugeschickt.

> Buchpräsentation

Damit Du weiterleben kannst

Die geschenkte Niere – Betroffene erzählen

264 Seiten, Paperback, 16,5 x 21,0 cm, € 14,90
ISBN 978-3-7859-1026-9

Eine Lebendnierentransplantation ist medizinisch inzwischen ein Routineeingriff. Gleichzeitig müssen sich Spender und Empfänger mit einer Vielzahl von Fragen, Gefühlen und Entscheidungen auseinandersetzen. „Muss ich meinem Spender auf ewig dankbar sein?“ „Warum geht es dem anderen nach der Transplantation besser als mir, ich bin doch der Gesunde.“ Solche Fragen verändern oft das ganze Beziehungsgefüge.
In der neuesten Veröffentlichung des Lutherischen Verlagshauses (Hannover) zeigen Sabine Wöhlke und Lutz Doyé in berührenden Erfahrungsberichten der unmittelbar Betroffenen und ihrer Angehörigen, wie komplex das Thema der Lebendspende ist. Ergänzt werden die Interviews durch wissenschaftliche Beiträge aus den Bereichen Medizin, Medizinethik, Jura, Theologie und Pflege.
Das Buch soll chronisch Kranke ermutigen, die für sie richtige Entscheidung zu treffen und ist ein wichtiger Ratgeber für die Zeit der Nachsorge mit der Botschaft: Du bist nicht allein, du teilst dein Schicksal mit vielen anderen.

Sabine Wöhlke, M.A. seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen, langjährige berufliche Erfahrung im intensivmedizinsichen Bereich. Forschungsschwerpunkte u.a. medizintechnische und medizinanthropologische Aspekte der Lebendorganspende.

Lutz Doyé, Diplom Designer, seit April 2000 Geschäftsführer der Braunschweiger Werbeagentur propaganda. Seit 10 Jahren Lehrauftrag für Kommunikation an der TU. 1. Vorsitzender von Design Transfer. Er spendete im Sommer 2006 seinem Bruder eine Niere.

LVH
Kontakt: Lutherisches Verlagshaus
Astrid Hienen (Pressearbeit)
Knochenhauerstr. 38/40, 30159 Hannover
Fon: 05 11 / 12 41 - 719, Fax: - 948
hienen@lvh.de, www.lvh.de

> Gesundheitspolitik – Teil 4

In der letzten Ausgabe haben wir die Gesundheitsreform 2010 und das Arzneispargesetz vorgestellt. Beide Gesetze könnte man als einen Kotau vor den Lobbyisten der Pharmaindustrie und den mächtigen Vertretern der Arbeitgeber und Ärzte bezeichnen. Sie dienen weder der Sicherstellung der Finanzierung des Gesundheitssystems noch der besseren Versorgung der Beitragszahler.

Heute möchte ich zwei Alternativen aufzeigen.

Bürgerversicherung für den Bereich Krankenversicherung

Unter Bürgerversicherung wird allgemein die Ausdehnung der Versicherungspflicht auf alle Bürgerinnen und Bürger und die Verbreiterung der Finanzierung durch Ausweitung der Bemessungsgrundlage auf alle Einkommen verstanden.

Dabei gelten folgende Eckpunkte:

- Alle Bürger – auch Beamte, Abgeordnete und Selbstständige – werden Mitglieder der Bürgerversicherung: Die bisher privat Versicherten werden ebenfalls in die Bürgerversicherung aufgenommen. Ihre zusätzlichen Leistungsansprüche, die sie über die private Krankenversicherung erworben haben, bleiben ihnen erhalten und werden über Zusatzversicherungen gewährleistet.
- Alle Einkunftsarten – auch Vermögenseinkommen, Gewinne und Mieteinkünfte – werden in die Finanzierung der Krankenversicherung einbezogen.
- Die mit dem Gesundheitsfonds eingeführte Festlegung eines einheitlichen, nicht kostendeckenden Beitragssatzes durch die Bundesregierung soll zurückgenommen werden. Zusatzbeiträge, die insbesondere Personen mit geringen Einkommen überproportional belasten, darf es nicht geben. Die Krankenkassen sollen ihre Beitragsautonomie zurück erhalten. Die für den Krankenversicherungsschutz notwendigen Ausgaben sollen vollständig über Beiträge, die sich über einen prozentualen Beitragssatz errechnen, getragen, der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich beibehalten werden. Die willkürliche Begrenzung der zu berücksichtigenden Krankheiten soll aufgehoben, mögliche Fehlanreize auf die Prävention abgestellt und die Gefahr von Manipulationen gesenkt werden.
- Die Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung sollen weiterhin paritätisch je zur Hälfte durch Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert werden.
- Kinder werden kostenlos versichert. Ehegatten beziehungsweise Lebenspartner, die nicht erwerbstätig sind, müssen keine Beiträge zahlen, wenn sie Kinder erziehen oder Pflegeleistungen erbringen. Für alle anderen Ehepaare und eingetragenen Lebensgemeinschaften wird ein Splitting eingeführt. Dabei wird das Einkommen der Partner rechnerisch auf beide Personen verteilt. Danach werden beide Einkommenshälften bis zur Beitragsbemessungsgrenze der Beitragspflicht unterworfen. Damit ändert sich für Versicherte mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze an ihrer Beitragsbelastung nichts. Besserverdienende Einverdiener-Ehen müssen dagegen auf einen höheren Anteil ihres Einkommens Beiträge entrichten als bisher.
- Die Bürgerversicherung deckt, wie bisher die gesetzliche Krankenversicherung, die medizinisch notwendigen Leistungen ab. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Weitere Leistungen können über private Zusatzversicherungen vereinbart werden.
- Die Bürgerversicherung ist keine Einheitsversicherung. Versicherungen konkurrieren innerhalb des gleichen Rechtsrahmens miteinander. Dies stärkt den Wettbewerb für mehr Patientenorientierung, Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Regeln, die für alle Krankenversicherungen gelten sollen, sind: Umlagefinanzierung, einkommensbezogene Beiträge, Teilnahme am morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, einheitlicher Leistungskatalog, Diskriminierungsverbot, Sachleistungsprinzip.
  Die Bürgerversicherung kann auch durch private Krankenversicherungsunternehmen angeboten werden, die sich dabei dem Wettbewerb mit den gesetzlichen Krankenkassen stellen müssen. Alle BürgerInnen können sich damit frei zwischen allen gesetzlichen und privaten Kassen entscheiden.

Für die Bürgerversicherung gibt es gute Gründe:

- Sie sorgt für mehr soziale Gerechtigkeit, weil sie die Privilegierung der Beamten, Selbstständigen und Personen mit hohen Einkommen beendet und alle Bürger entsprechend ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit einbezieht.
- Sie macht die Finanzierungsbasis der solidarischen Gesundheitsversorgung nachhaltiger, indem sie die Krankenversicherung aus ihrer einseitigen Anbindung an die Einkommen aus abhängiger Beschäftigung löst und mit Gewinn- und Vermögenseinkommen auch die Einkommensarten heranzieht, deren Anteil am Sozialprodukt wächst.
- Sie behält die paritätische Finanzierung der Beiträge auf Erwerbseinkommen aus abhängiger Beschäftigung bei. Somit behalten Arbeitgeber ein eigenes Interesse daran, dass die Beitragsmittel effizient eingesetzt werden.
- Sie ist familiengerecht, da sie die beitragsfreie Mitversicherung von Kindern erhält und nicht erwerbstätige Ehe- oder LebenspartnerInnen, die Kinder erziehen oder Pflege-

leistungen erbringen, von Beiträgen freistellt.
- Sie ist neutral gegenüber den von Paaren gewählten Arbeitsverteilungen. Paare mit gleichen Gesamteinkommen zahlen gleich hohe Beiträge. Bisher zahlen Paare mit einem Gesamteinkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze und (sehr) ungleicher Einkommensverteilung geringere Beiträge als Paare mit einer egalitären Einkommensverteilung.

Die Bürgerversicherung kann grundsätzlich auch für andere Bereiche der sozialen Sicherung – Rentenversicherung, Grundsicherung, Familienpolitik diskutiert werden. Sowohl Bündnis 90/Die Grünen als auch die SPD setzen sich für die Bürgerversicherung ein; CDU und FDP sind vehement dagegen.

Ein zweiter Vorschlag von Gesundheitsökonomen liegt in der Trennung zwischen einer sozial gestalteten Grundversicherung und individuell abgeschlossenen und finanzierten Zusatzverträgen.
Der Bereich der Grundversicherung wäre für alle Bürgerinnen und Bürger obligatorisch und würde die Kosten für eine Grundversorgung in einem für alle verbindlichen Umfang decken. Der Bereich der Zusatzversicherung diente dazu, den Mindestschutz, je nach den individuellen Präferenzen, nach oben anzupassen.

Eine solche Trennung hätte ebenfalls eine Reihe von Vorteile:
- Die Lücke zwischen dem medizinisch Machbaren und den im Rahmen der Grundversicherung zur Verfügung stehenden Mitteln wird immer größer werden. Eine Trennung zwischen Grund- und Zusatzversicherung würde diese nicht zu leugnende Tatsache transparent machen und die Möglichkeit eröffnen, individuellen Versicherungsschutz zu kaufen, bevor der Krankheitsfall eintritt.

Wohin führt der Weg?
Alles nur eine Frage des Geldes?

- Die Abweichung der Zwangsversicherung von den individuellen Präferenzen wird geringer, da nur noch eine Grundversicherung vorgeschrieben würde.
  Die Bürgerinnen und Bürger hätten auf diese Weise die Wahl zwischen verschiedenen Versorgungssystemen, die sie ihren eigenen Bedürfnissen anpassen können. Die größere Wahlfreiheit bedeutet einen Effizienzgewinn.
- Die Grundversicherung bewirkte eine Konzentration auf das Wesentliche, nämlich auf diejenigen Risiken, die individuell nicht tragbar sind.
- Die Trennung zwischen gesetzlicher und privater Krankenversicherung würde aufgehoben. Es gibt keinen Grund, von einer Transferleistung, die im Rahmen der sozialen Grundversicherung vorgenommen wird, ausgerechnet die Bezieher hoher Einkommen auszunehmen.
  Ebenso wenig gibt es einen Grund, Menschen aufgrund einer bestimmten Einkommensgrenze den Abschluss einer Versicherung nach dem Kapitaldeckungsverfahren zu verwehren. Vielmehr könnten GKV und PKV grundsätzlich beide Vertragsarten anbieten – die soziale, obligatorische Grundversicherung und die freiwillige, individuell gestaltete Zusatzversicherung.

Der Umfang der Grundsicherung

Die Idee einer Aufspaltung des Leistungskatalogs in eine solidarisch finanzierte Grundsicherung und eine privat zu bezahlende freiwillige Zusatzsicherung ist nicht neu, sie wird insbesondere von liberalen Ökonomen seit langem vertreten. In der Debatte wird dann von der Gegenseite regelmäßig bezweifelt, dass es möglich ist, einen Grundleistungskatalog zu definieren, der wesentlich kleiner ist als der heutige Leistungsumfang der sozialen Krankenversicherung.
Gerd Glaske, Gesundheitsökonom an der Universität Bremen, will von Leistungskürzungen zur Sanierung der Kassenfinanzen hingegen nichts wissen. Schon jetzt zahle die GKV nur das, was medizinisch notwendig sei. Wichtiger sei es, das vorhandene Geld effizienter einzusetzen. Er macht im Focus Money online konkrete Vorschläge, so zum Beispiel:
Nicht einzusehen sei, warum Versicherte immer nur von approbierten Ärzten behandelt werden müssen:
„Es gibt viele Bereiche, in denen Angehörige anderer Gesundheitsberufe dieselben oder sogar bessere Behandlungsentscheidungen treffen können". Physiotherapeuten und Logopäden z.B. wüssten oft sogar besser, welche Therapien ein Schlaganfall-Patient benötige, als dessen behandelnder Arzt.
„Wenn wir die therapeutische Hoheit in Teilen auf andere Leistungserbringer als die Ärzte verlagern oder zumindest besser kooperiert würde, könnte dies die Qualität verbessern und die Kosten senken", ist Glaske überzeugt.

Auch im Bereich der Nephrologie lassen sich viele Aufgaben verantwortlich abgeben an qualifizierte Pflegekräfte: Im Bereich der Beratung der Patienten zur Therapiewahl und Dialysedurchführung, in der Bewertung der (Gefäß-) Zugänge und auch in der Durchführung und Bewertung der Dialysebehandlung. Hier ist viel ungenütztes Potential, mit dem Geld gespart und die Behandlungsqualität mindestens

erhalten wird. Es fehlt hier nur der politische Wille; in der Praxis wird es in vielen Fällen bereits gelebt: Nur ohne offizielle Anerkennung der behandelnden Pflegenden.
Die Regierungskoalition versucht mit höheren Beiträgen für Versicherte und Arbeitgeber das drohende Milliardenloch der Krankenkassen zu stopfen. Die 50 Millionen Kassenmitglieder tragen Mehrkosten im Wesentlichen durch steigende Zusatzbeiträge. Der ehemalige Gesundheitsminister Rösler verteidigte die Reform als gerecht: „Es gibt dazu keine vernünftige Alternative." In einer Talkshow sagte er weiter: „Gerade jetzt muss man sagen: Gesundheit kann nicht billiger werden." Die Gründe dafür sehen Rösler und sein Nachfolger Bahr offenbar in der steigenden Lebenserwartung der Versicherten und dem medizinischen Fortschritt.
Aber es gibt Alternativen zu dieser „alternativlosen" Politik die eine Beleidigung an jeden Bürger ist, das Mitglied in einer Krankenkasse ist. Wir brauchen eine Politik die den Bürger einbezieht, die Leistungen transparent macht, die Bürgern Gestaltungsraum bei der Inanspruchnahme von Leistungen gibt. Leider lassen sich die Gesundheitspolitiker nach wie vor von den Lobbyisten der Gesundheitsbranche und den Gewinnlern dieses Systems diktieren. Das macht unser System teuer und ungerecht, nicht die alten Menschen und der medizinische Fortschritt.

Christa Tast, Stuttgart

Altersgruppe	Frauen	Männer
unter 15	940	1.050
15-29	1.620	900
30-44	2.150	1.250
45-64	3.160	2.760
65-84	6.250	5.830
ab 85	12.660	11.690

Krankheitskosten 2002 nach Geschlecht und Alter in Euro je Einwohner. Quelle: Statistisches Bundesamt 2004

NEUE SERIE

> Pflege nach Organtransplantation – Teil 1

Liebe Mitglieder,
in diesem Forum beginnt eine neue Reihe in unserer Mitgliederzeitschrift. In den nächsten 6 Ausgaben wird Petra Hecker, Vorsitzende der AKTX, über die Besonderheiten der Pflege nach Organtransplantation schreiben.

Der Umgang mit dem Thema Transplantation, wie auch der Umgang mit transplantierten Patienten stellt für viele Pflegekräfte eine hohe Belastung dar. Nur selten entsteht ein so intensiver Kontakt zwischen Patient – deren Angehörigen – dem Pflegepersonal und nur selten ist man mit den positiven, aber auch mit den negativen Verläufen so eng verbunden.
Hinzu kommen persönliche Konflikte, was die Grenzen der Transplantationsmedizin betrifft. Man sollte seine Meinung nicht nur vom Standpunkt des Gesunden hinterfragen. Im Krankheitsverlauf verändern sich die Patienten physisch und psychisch, sehr oft sind sie nur noch auf ihre Krankheit fixiert. Sie erleben wie Mitpatienten transplantiert werden oder versterben. So leben unsere Patienten zwischen Angst und Hoffnung.

Für die Patienten, die sehr oft eine jahrelange Dialyse erleben mussten, mit den psychischen, physischen und sozialen Nachteilen des Lebens an der Maschine, ist die Transplantation die letzte Aussicht auf eine Lebensverlängerung bei guter Lebensqualität. Bei den lebertransplantierten Patienten ist es die einzige Chance weiter zu Leben. Auf Grund des Organmangels in Deutschland, verstirbt jeder dritte Patient der auf einer Warteliste zur Organtransplantation steht, vor der ersehnten Transplantation. Die Wartezeit auf ein Organ ist sehr lang, es vergehen Jahre bis sie endlich zur Transplantation abgerufen werden. Darum setzen sie oft enorme Hoffnungen und übergroße Erwartungen in die Transplantation und sind ungeduldig, enttäuscht und entmutigt, wenn nicht alles sofort funktioniert. Sie aus ihrer vermeintlichen Hoffnungslosigkeit zu führen, erfordert von uns sehr viel Einfühlungsvermögen, Geduld und spezielles Fachwissen. Sehr langsam wächst die Akzeptanz des Patienten für die neue Lebenssituation, allmählich entwickelt sich das Bewusstsein, durch ein fremdes Organ besser leben bzw. leben zu können. Auch in dieser Situation sind wir oft die einzigen Bezugspersonen und müssen ein mitfühlender und fordernder Partner sein. Auf Grund der jahrelangen Erfahrungen wissen wir, dass nicht jeder Verlauf komplikationsfrei sei kann und vergessen dabei manchmal, dass der Patient dieses Wissen nicht hat.

Bei Werteverschlechterungen, plötzlicher Anurie, Abstoßungsreaktionen oder bei Infektionen sehen wir immer wieder, dass die Patienten sofort mutlos werden. Dieses Wechselspiel der Psyche erleben wir sehr deutlich. Viele Patienten haben sehr viel Angst vor der Zukunft. Sie stellen sich viele Fragen, zum Beispiel: „Wie lange arbeitet das Transplantat, werde ich wieder arbeiten können bzw. werde ich eine Arbeit aufnehmen können, kann ich ein normales Familienleben führen?".
Hieran erkennen wir, dass es ein wesentlicher Bestandteil unser Arbeit ist, den Patienten und deren Angehörigen immer wieder Mut zu geben, ihnen die Ängste zu nehmen, bestehende Fragen zu beantworten und sie auf ein Leben mit einem neuen Organ vorzubereiten. Der stetig steigende Arbeitsaufwand mit sinkender Personalzahl erlaubt es uns nicht immer, ausführlich auf diese Ängste einzugehen.
Durch den hohen Arbeitsaufwand der Ärzte – die Patienten sehen sie meist nur zur Visite – sind wir oft die engsten Bezugspersonen. Es ist nicht immer leicht, die an uns gestellten Anforderungen zu erfüllen. Besonders die psychischen Aspekte unserer Betreuung verdienen besondere Aufmerksamkeit. Doch wie auf jeder Station, ist auch unsere Arbeit mit sehr vielen schönen Seiten verbunden.
Die Freude in den Gesichtern der Patienten und deren Angehörigen, wenn sie mit funktionierendem Transplantat entlassen werden, entschädigt uns für viele ausgetragene Konflikte und psychische Belastungen.

Besuche ehemaliger Patienten, die nach der Rehabilitation bei uns vorbeischauen oder uns Grüße von ihren jetzt zu erreichenden Urlaubsorten senden, die von Dankbarkeit und neuem Lebensmut erzählen, geben uns Kraft für unsere weitere Arbeit.

Geschichte der Organtransplantation

Seit wann werden erfolgreiche Organtransplantationen weltweit durchgeführt?

1954	Niere
1963	Leber, Lunge
1967	Herz, Pankreas
1968	komb. Herz / Lunge
1983	Einzellunge
1985	Doppellunge, Dünndarm
1988	Dünndarm / Leber

Es ist ein uralter Menschheitstraum kranke oder verlorengegangene Organe zu ersetzen. So gibt es zahlreiche Sagen, Mythen und Legenden, die bis in das Jahr 500 v. Chr. zurückverfolgt werden können und von Organ- und Gewebeübertragungen berichten. Der Legende nach sollen die beiden Schutzheiligen der Medizin, Cosmas und Damian, im 3. Jahrhundert nach Christus einem weißen Missionar, der sein Bein verloren hatte, erfolgreich das Bein eines Schwarzen verpflanzt haben. Im Mittelalter sollen Mediziner versucht haben, Verunstaltungen durch Hauttransplantationen zu beheben – ohne Erfolg allerdings. Zum Ende des 19. Jahrhunderts überlegten Mediziner ob komplexe Krankheitsbilder mit dem Funktionsausfall eines Organs in Zusammenhang stehen. Im 17. und 18. Jahrhundert gab es Versuche, zerstörte menschliche Haut durch Tiergewebe zu ersetzen. Im frühen 20. Jahrhundert war die Organtransplantation als Behandlungsoption anerkannt und die experimentelle Nierentransplantation begann. Man erkannte sehr schnell, dass alle Transplantationen abgestoßen worden sind, wusste aber nicht warum dies so war. Da diese Abstoßungen nicht in den Griff zu kriegen waren, wurden die Versuche bis 1930 fast völlig eingestellt. Erst nach dem 2. Weltkrieg nahm das Interesse an der Transplantation wieder zu.

Nachfolgend aufgelistet: Meilensteine in der Entwicklung der Transplantationsmedizin, ohne die es heute nicht möglich wäre, Organtransplantationen erfolgreich durchzuführen:

- 1901: Der Wiener Karl Landsteiner entdeckt die Blutgruppen (AB0-System)
- 1902: Erste vorübergehend erfolgreiche Nierentransplantation beim Hund durch den Wiener Chirurgen Emerich Ullmann. Publikation der Gefäßanastomosen-Technik durch den Pariser Chirurgen Alexis Carrel.
- 1945: Peter Medawar (englischer Immunologe) erarbeitet die Grundlagenerkenntnisse der Transplantationsimmunologie
- 1958: Jean Dausset (französischer Biologe) definiert das HLA-(Human Leucyte Antigene) System der Gewebeantigene beim Menschen.
- Ca. 1960: immunsuppressive Therapie mit Cortison und Azathioprin, ermöglichen erste Erfolge bei der Transplantation von Leichennieren bei nichtverwandten Empfängern
- 1962: Joseph Murray (amerik. Chirurg) gelingt die Transplantation durch Immunsuppression auch bei genetisch nicht identen Personen (Allotransplantation), Langzeiterfolg durch Einsatz von Azathioprin)
- 1967 Jon van Rood (niederländischer Immunologe) gründet die Organvermittlungsorganistation: Eurotransplant in Leiden, Niederlande
- 1983: Zulassung in Deutschland des Immunsuppressivum Cyclosporin A (Sandimmun®); immer größere Erfolge in der Nierentransplantation erlauben es der Herz- und Lebertransplantation, sich als klassische Behandlungsverfahren zu etablieren
- 1984: Gründung der Deutschen Stiftung Organtransplantation durch das KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation – bundesweite Koordinierungsstelle für Organspende. Ihre Aufgabe ist die umfassende Förderung der Organspende und -transplantation in Deutschland. Sie ist ausschließlich für die Koordinierung der postmortalen Organspende verantwortlich.
- 1997: 1. Deutsches Transplantationsgesetz tritt am 1.12. in Kraft

Seit wann wird in Deutschland transplantiert?

- 1963: Erste erfolgreiche Allotransplantation einer Niere in Deutschland (Berlin) durch Wilhelm Brosig und Reinhard Nagel.
- 1969: Erste Herztransplantation in der Bundesrepublik an der Zenker-Klinik in München, ausgeführt von Fritz Sebening und Werner Klinner. Erste Lebertransplantation in Deutschland an der Universitätsklinik Bonn, ausgeführt von Alfred Gütgemann und T. S. Lie.
- 1979 : Erste Pankreastransplantation in München Klinikum Großhadern
- 1987: Erste erfolgreiche Dünndarmtransplantation in Deutschland, durchgeführt in Kiel von Eberhard Deltz.

Niere	Leber	Herz	Dünndarm	Lunge	Pankreas/ Niere
1 Jahr ca. 97%	1 Jahr ca. 95%	1 Jahr ca. 79%	1 Jahr ca. 80-90%	1 Jahr über 70%	1 Jahr ca. 95%
5 Jahre ca. 85%	5 Jahre ca. 80%	5 Jahre ca. 75%	4 Jahre 60%	5 Jahre ca. 50%	5 Jahre ca. 75%

Funktion nach Transplantation

Seit der ersten Nierentransplantation im Jahre 1963 sind in Deutschland ca. 103125 Organe übertragen worden. Den weitaus größten Teil bilden die Nierenverpflanzungen, gefolgt von Leber- und Herztransplantationen. Weniger häufig sind Übertragungen des Pankreas und der Lunge. Heute ist die Transplantation ein etabliertes Behandlungsverfahren, das in etwa 45 Kliniken der Bundesrepublik praktiziert wird. Jeden Tag werden in Deutschland durchschnittlich 11 Organe übertragen. (Quelle: www.dso.de)

Derzeit warten in Deutschland etwa 12000 Menschen auf ein Spenderorgan, davon ca. 8000 auf eine Niere. 2973 Nieren und 1192 Lebern wurden 2010 in Deutschland transplantiert.

Petra Hecker, Berlin

Impressum

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

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

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

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

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

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

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

Fachverband nephrologischer Berufsgruppen

HERZLICHEN DANK AN

BREU GmbH

Für die freundliche Unterstützung bei der Herausgabe dieser Zeitung bedankt sich der fnb recht herzlich bei Breu GmbH

Gestaltung | Layout: Projekt E GmbH | Rosenweg 5 | 73087 Bad Boll | www.projekt-e.de