

Nephro Fachtagung Ulm 2016

Zusammenfassung der Vorträge

Die verschiedenen Vortragsthemen, die kompetenten Referenten und der neue Tagungsort, das Hotel Seligweiler, konnten die Teilnehmer der Veranstaltung überzeugen.

Freitag, der 26. Februar

Der Begrüßung (Abb. 1) folgten die ersten Vorträge.



Abb. 1 Begrüßung durch Marion Bundschu, Ulm. Quelle: AfnP

Mitarbeitermotivation

Dipl.-Pflegerin (FH) Martina Kaufmann, Oberammergau, sprach über Mitarbeitermotivation. Nach der Vorstellung verschiedener Motivationstheorien, die umstritten sind, kam sie zu der Aussage, dass Motivation nicht messbar ist, sondern „beobachtbares Verhalten“ darstellt. Die Dimensionen der Leistung sind Leistungsbereitschaft (Wollen), Leistungsfähigkeit (Können) und Leistungsmöglichkeit (Dürfen).

Extrinsische Faktoren bei der Mitarbeitermotivierung wie z. B. monetäre Anreize, Beförderung, Lob usw. haben eine starke, aber nur kurzfristige Wirksamkeit. Wichtiger sind ein gutes Teamklima, eine leistungsorientierte Organisationsstruktur, Handlungsspielräume mit der Möglichkeit zur beruflichen Selbstverwirklichung und Berücksichtigung der privaten Bedürfnisse. Die Führungskraft benötigt neben Fachkompetenz auch Kommunikations- und Sozialkompetenz, um eine überzeugende Vorbildwirkung zu entfalten. Zitat Peter Hohl: „Jeder Arbeitgeber sollte sich fragen, warum Menschen sich in einem Sportverein schinden und dafür noch Beitrag bezahlen“.



Abb. 2 Prof. Carsten Bergmann, Ingelheim, bei seinem Vortrag über Humangenetik.

Quelle: AfnP

Humangenetik

Prof. Carsten Bergmann, Ingelheim, referierte über Humangenetik (Abb. 2). Neben den allgemein bekannten zystischen Nierenerkrankungen gibt es eine Fülle nephrologischer Krankheitsbilder, bei denen der Einsatz genetischer Diagnostik sinnvoll ist. Für die Betroffenen bietet dies die Chance, die Krankheit und mögliche Komplikationen früh zu erkennen.

Die Wahrscheinlichkeit der Vererbung ist nur bei der Kenntnis des Genotyps möglich. Dominant erbliche Erkrankungen gehen in der Regel mit einem 50-prozentigen Wiederholungsrisiko einher, während die rezessive Vererbung in den allermeisten Fällen ein sehr geringes Risiko für die eigenen Kinder bedeutet. Bei einer X-chromosomalen Vererbung wird ein betroffener Vater nie kranke Söhne zeugen können. Diese Grundlagen erläuterte der Referent anhand von Krankheitsbeispielen anschaulich.

Eine schrittweise Diagnostik ist zeitlich und finanziell sehr aufwendig. So haben neue Verfahren der Hochdurchsatzsequenzierung (NGS: Next Generation Sequencing) mit der parallelen Sequenzierung vieler DNS-Fragmente in einem Ansatz das gesamte Feld der Humangenetik revolutioniert.

Ökonomie und Versorgungsqualität bei der Dialyse

Dr. Thomas Weinreich, Villingen-Schwenningen, sprach über das Spannungsver-

hältnis zwischen Ökonomie und Versorgungsqualität bzgl. der Dialyse (Abb. 3). Für rund 75000 Dialysepatienten in Deutschland (=900 Pat./Million Einwohner), d.h. für etwa ein Promille, wendet die gesetzliche Krankenversicherung 1% der Gesamtausgaben auf. Die Dialyse-Wochen-Pauschale wurde deutlich abgesenkt und nach Patientenanzahl gestaffelt. Die ambulanten Dialyseanbieter (niedergelassene Fachärzte, gemeinnützige Organisationen und zunehmend auch industrielle Anbieter) sind verpflichtet, Auffälligkeitsparameter (HD: Wochenbehandlungszeit und Katheter, PD: Wochen-Kt/V) zu melden und sich hinsichtlich vieler weiterer Parameter einem Benchmarking-System (z.B. QUASI-NET, QIN, EUCLID) zu stellen. Dies hatte nach Untersuchungen auch bereits positive Effekte. Hinsichtlich der Mortalität als „harter“ Qualitätsparameter liegt Deutschland nach der DOPPS-Studie im guten Mittelfeld.

Dem ökonomischen Druck kann unter Erhalt der Qualität durch Prozessoptimierung (z.B. Materialeinkauf, Schichtenoptimierung, Zusammenlegen von Zentren) oder aber durch Leistungskürzung (z.B. Nachtschicht abschaffen) begegnet werden. Wesentlich für die Qualität ist der menschliche Einsatz, z.B. ist dies für die ärztliche Visitenfrequenz in den USA belegt. Für die Pflegeberufe macht weder die Qualitätsrichtlinie Dialyse noch der Dialysestandard Vorgaben. Der Patienten-Pflege-Schlüssel hat sich bei uns von 4:1 auf 6:1 verschoben. Aus US-Erhebungen ergibt sich eine wachsende Zahl unerledigter Aufgaben und zunehmende Berufsunzufriedenheit bei einem erhöhten Patienten-Pflege-Schlüssel.

Der Referent machte schließlich darauf aufmerksam, dass in den USA der zunehmende Kostendruck und der vermehrte Aufwand für Qualitätssicherung und -nachweis kleinere Zentren nachweisbar in die Hände großer Ketten bzw. industrieller Anbieter getrieben hat.

Workshop zur Hämodialyse

Jörg Telcher und Ralf Olerink, Fresenius Medical Care, Bad Homburg, sprachen in einem informativen Workshop über die Heimdialyse. Es gibt in Deutschland 5400 PD- und ca. 700 HD-Heimpatienten. Die Heimdialyse ist also unterrepräsentiert, obwohl eine erhöhte Wochenpauschale von 520 Euro hierfür vergütet wird (die Kassen sparen aber auch Transportkos-

ten). Die Referenten wiesen u.a. auf den Trainingsaufwand und die Notwendigkeit eines technischen Notdienstes als Gründe hierfür hin.

Heimdialyseverfahren bieten einen eigenverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung, eine weitgehende Unabhängigkeit von der Dialyseeinrichtung, eine flexiblere Gestaltung der Behandlung (z.B. lange Nacht-HD) und ein geringeres Infektionsrisiko. Bei der PD bleibt zudem die Restnierenfunktion länger erhalten, sodass dieses Verfahren für geeignete Patienten besonders in den ersten Behandlungsjahren Vorteile bietet.

Schließlich stellten die Referenten ausführlich apparative Hilfen für Heimpatienten vor, z.B. bei der HD das neue Gerät 5008S Cor Diax Heim-HD mit Fernbedienung für das Dialysegerät, den Wetness-Detektor und das fakultative Ethernet, bei der PD sleep-safe harmony.

Dr. Dieter Bundschu, Ulm

Sozialrechtliche Aspekte der chronischen Nierenerkrankung inklusive Lebendniere spende

Nicole Scherhag, Saulheim, bearbeitete das Thema sozialrechtliche Aspekte der chronischen Nierenerkrankung inkl. Lebendniere spende. Wichtig ist der Hinweis, dass auch Angehörige von Nierenpatienten von der Zuzahlung befreit sind. Man sollte niereninsuffiziente Patienten immer dahingehend beraten, sich nicht berenten zu lassen und auch nicht zu reduzieren. Das Krankengeld ist mehr als die Sozialleistung. Diese beträgt nur 404 Euro plus Unterkunft und Heizung. Der Mehrbedarf bei einer Dialyse ist 80 Euro bzw. in der Präodialyse 40 Euro. Eine Nierenlebenspende bedeutet einen Grad an Behinderung von 25%, das ist aber so gut wie nichts wert – erst bei 30% hat man praktische Vorteile.

Shuntmonitoring für Dialysepersonal

Udo Irmer, Markelsheim, stellte das Thema Shuntmonitoring für Dialysepersonal vor. Eigentlich sollte bei jedem Patienten eine Shunt-Anamnese dokumentiert werden. Wichtig, um eine Abflussstenose zu erkennen, ist der Elevationstest, wenn der Shunt dann nicht leerläuft. Nadeln mit 17G haben 1,33 mm Durchmesser, mit 14G 1,93 mm. Schlechte Shuntflüsse können auch an einer zu dünnen Nadel liegen.

Ein Shunt sollte nicht mehr als 20% des Herz-Zeit-Volumens Durchfluss haben.



Abb. 3 Dr. Thomas Weinreich, Villingen-Schwenningen, bei seinem Referat zur Ökonomie und Versorgungsqualität bzgl. der Dialyse. Quelle: Afnp

Zur Prüfung der Shuntfunktion eignet sich v.a. die Auskultation mit dem Stethoskop, das wird aber viel zu wenig gemacht.

Endovaskuläre AV-Fistelanlage

Julian Rieck, Firma TVA Medicare, sprach über die endovaskuläre AV-Fistelanlage. Das ist neues interventionelles Verfahren, um in der Ellenbeuge eine Dialysefistel zu schaffen. Von traumatischen Fisteln, beispielsweise nach Schussverletzung oder auch nach Nierenbiopsie, wissen wir, dass diese arteriovenösen Fisteln sich praktisch nie verschließen und gute Flüsse gewährleisten.

Mit einem Katheter geht man in die Vene. In die nahegelegene Ellenbeugenarterie wird ein Fistelloch geschlagen. Dieses Verfahren wurde bisher bei 20 Fisteln erfolgreich durchgeführt, es kann aber derzeit nur von hochqualifizierten Experten gemacht werden.

Das kardiorenale Syndrom

Prof. Andreas Vychytil, Wien (Österreich), referierte über das kardiorenale Syndrom (Abb. 4). Man unterscheidet bei Herzinsuffizienz das Vorwärts- und das Rückwärtsversagen. V.a. der erschwerte venöse Abfluss aus der Niere führt zum kardiorenalen Syndrom. Bei Diuretika ist der Natrium-Rebound zum Ende des Dosierungsintervalls nachteilig. Man muss beachten, dass 8 g Salz etwa 1 Liter Wasser binden. Deshalb ist dem Patienten



Abb. 4 Prof. Andreas Vychytil, Wien (Österreich), sprach über das kardioresnale Syndrom. Quelle: AfnP



Abb. 5 Dr. Ulrike Bechtel, Dillingen, bei dem Vortrag zur Genius-Dialyse. Quelle: AfnP

eine salzarme Ernährung zu empfehlen. Eine Indikation für eine extrakorporale Therapie ist beispielsweise der wiederholte Pleuraerguss bei schwerer Herzinsuffizienz. Die Hämodialyse ist als Akutverfahren im Notfall durch nichts zu ersetzen. Die Peritonealdialyse hat Kreislaufvorteile. Bei Patienten mit Aszites genügt es auch, mit einem Denver-Shunt ab und zu die Flüssigkeit abzulassen; damit erreicht man auch einen Dialyseeffekt.

Prof. Dr. Frieder Keller, Ulm

Samstag, der 27. Februar Phosphathaushalt

PD Lars Rothermund, Ulm, ging in seinem Vortrag auf den Phosphathaushalt ein. Er

betonte hierbei die Rolle der Ernährung in der Kontrolle des Phosphatspiegels und die Wichtigkeit einer Ernährungsberatung. Besondere Erwähnung fand der Fibroblast Growth Factor 23 (FGF-23), welcher in den letzten Jahren charakterisiert wurde.

FGF-23 vermindert in der Niere die Rückresorption von Phosphat und senkt so die Phosphatspiegel. FGF-23 könnte in der Zukunft eine Rolle bei neuen Therapieansätzen spielen. Neben den bekannten Phosphatbindern stellte Rothermund neuere Phosphatbinder wie Colestilan, magnesiumhaltige Phosphatbinder und eisenhaltige Phosphatbinder vor.

Gerontonephrologie

Dr. Stefan Nunnenkamp und Richard Kaltenhauser, Pfarrkirchen, behandelten die Gerontonephrologie. Durch die demografische Entwicklung in Mitteleuropa steigt die Zahl der nephrologischen Patienten in höherem Lebensalter ständig an. Nunnenkamp betonte bereits am Anfang seines Vortrages, dass leider viele diagnostische und therapeutische Ansätze in der Nephrologie für Patienten in hohem Lebensalter nicht evaluiert sind. Dies gilt auch für die Bestimmung der Nierenfunktion.

Es besteht weitergehend die Problematik, eine physiologische Abnahme der Nierenfunktion von einer chronischen Nierenerkrankung abzugrenzen. Nunnenkamp zeigte, dass verschiedene Scores, die zur Entscheidungsfindung bezüglich Therapie beitragen sollen, deutliche Limitationen aufweisen und letztendlich Entscheidungen im Einzelfall und in Zusammenarbeit mit dem Patienten fallen müssen. Ein Vergleich früher vs. später Einleitung einer Dialysebehandlung ergab keine signifikanten Unterschiede bezüglich des Überlebens, sodass eine Dialyseeinleitung symptomorientiert erfolgen kann.

Ein signifikanter Vorteil im Vergleich HD oder PD beim älteren Patienten besteht nicht. Dies gilt auch für die Wahl des Gefäßzugangs, sodass ein Demerskatheter durchaus erwogen werden kann. Die Blutdruckeinstellung bei geriatrischen Patienten sollte vorsichtig erfolgen und ein Primärziel sollte die Vermeidung von hypotonen Episoden sein. Diätetische Restriktionen sollten sehr vorsichtig vorgenommen werden.

Kaltenhauser betonte, dass die Erhaltung der Mobilität des alten Patienten hohe

Priorität genießen sollte. Eine Einschränkung der Mobilität könne auch Folge der HD-Behandlung sein. Bei gastrointestinalen Beschwerden müsse immer auch eine Mesenterialschämie in Betracht gezogen werden. Der Compliance des Patienten sei besonderes Augenmerk zu schenken. Ziel sei eine Behandlung des Patienten als Partner und die Wahrung dessen Selbstständigkeit. Beide Vortragenden betonten die Wichtigkeit eines multidisziplinären Teams bei der Betreuung des älteren Patienten.

Demenz

Michael Metzger, München, referierte über den Patienten mit Demenz. In der Einleitung führte der Referent durch die Definition und Symptome der Demenz und erläuterte die verschiedenen Formen der Demenz. Er widmete sich der Stadieneinteilung der Demenz und betonte, dass eine pflegerische Intervention das soziale Altern verzögern könne.

In einem sehr praxisbezogenen Hauptteil widmete sich der Referent Orientierungshilfen, der Kommunikation und der Ernährung. Anhand von Beispielen gab er Tipps aus der Praxis. Weitere Schwerpunkte waren Körperpflege und Ausscheidung sowie die sinnvolle Gestaltung des Tages und eine Beibehaltung des Tag-Nacht-Rhythmus. Zu diesem Thema wird am 25.10.2016 mit Metzger auch ein Tagesseminar durch die WBS-Ulm durchgeführt werden.

Genius-Dialyse

Dr. Ulrike Bechtel und Joachim Strasser, Dillingen, widmeten sich der Genius-Dialyse unter Betonung der chronischen Dialysetherapie (Abb. 5). Die Vorteile bestünden in technischer Hinsicht in der Mobilität und hohen Hygiene des Systems. Außerdem bestehe durch seltenere Alarmerne eine höhere Behandlungsruhe. Aus medizinischer Sicht wurden die bessere Kreislaufstabilität und ein geringerer Bedarf an Antikoagulation betont. Diese Vorteile kommen auch in der Akutbehandlung z.B. auf der Intensivstation zum Tragen. Hier kann auch problemlos eine SLED durchgeführt werden. Neben den medizinischen betonten die Referenten auch wirtschaftliche Vorteile.

Dr. Stefan Franz, Ulm

Renale Anämie

Dr. Stefan Franz, Ulm, sprach über die renale Anämie. Nach grundsätzlichen Aus-

führungen zur Definition und Diagnostik der Anämie sowie zur Physiologie des EPO-Systems umriss der Referent die Ursachen der renalen Anämie (EPO-Mangel, Urämie, Eisenmangel, chronische Inflammation und seltener Medikamente oder schwerer Hyperparathyreoidismus). Er zeigte eine deutliche Zunahme der Mortalität unterhalb eines Hb von 10 g%. Die entscheidende Problematik („Wie hoch soll das Hb sein?“) wurde mit der ausführlichen Vorstellung der CHOIR-Studie beleuchtet. Diese zeigte u. a. eine Zunahme der gesamten und der kardiovaskulären Mortalität mit höheren Dosen von Erythropoetin stimulierenden Agenzien (ESA). Sie führte dazu, dass eher ein niedrigerer Ziel-Hb-Wert (10–11 g%) empfohlen wurde. Auch die Guidelines empfehlen als obersten Zielwert 11,5 g% (Evidenzlevel 2C) und als Maximum 13 g% (Evidenzlevel 1A). Der Referent zitierte mehrere Studien, die die Mortalität, Morbidität und das Hb untersuchten. So war z. B. das Hospitalisationsrisiko bei Patienten am geringsten, die ein stabiles Hb zwischen 11 und 12,5 g% aufwiesen. Abschließend gab der Referent zu erkennen, dass er die Evidenz der CHOIR-Studie für nicht überzeugend hält und im Einzelfall eher etwas höhere Hb-Zielwerte befürworten würde.

MRSA und sonstige Problemkeime in der Dialyse

Prof. Matthias Girndt, Halle-Wittenberg, referierte über MRSA und sonstige Problemkeime in der Dialyse. Der Umgang mit MRSA ist in der Dialyse geläufig, infizierte Patienten werden zonal oder räumlich isoliert (wobei der Referent auf den Zielkonflikt zwischen Risikoreduktion und Wirtschaftlichkeit hinwies), es gibt umfangreiche Hygienemaßnahmen (neben Schutzkittel, Mund-Nase-Schutz und Einmalhandschuhen wies der Referent eindringlich auf die entscheidende Händehygiene hin).

Auch gibt es erfolgreiche Sanierungsmaßnahmen für MRSA-Träger (die allerdings einen erheblichen zeitlichen, intellektuellen und finanziellen Aufwand für den Patienten bedeuten). Das alles hat zur seit einigen Jahren zurückgehenden Prävalenz von MRSA beigetragen.

Problematischer ist der Umgang mit multiresistenten gramnegativen Bakterien (MRGN). Es handelt sich dabei um ganz unterschiedliche Bakterienspezies (z. B. Enterobakterien, Pseudomonas, Acinetobacter).



Abb. 6 Dr. Franziska Frizen, Wiesbaden, referierte zum Thema „exotische“ Shunts.

Quelle: AfnP

bacter). Im Gegensatz zu MRSA ist eine Sanierung der Träger in der Regel nicht möglich und (da unterschiedliche Erreger) auch keine Kohortenisolierung. Die KRINKO beim Robert Koch-Institut unterscheidet zwischen 3-MRGN (Resistenz gegen 3 der 4 gebräuchlichsten Antibiotikagruppen) und 4-MRGN, die in der Regel auch noch gegen Carbapeneme resistent sind. Die KRINKO gibt nur Empfehlungen für den stationären Bereich. Überträgt man diese auf Dialyseeinrichtungen, ergibt die Risikoabschätzung Folgendes: Kolonisierung mit 3-MRGN führt zur Empfehlung, eine gute Basishygiene (wie bei MRSA) ohne Isolierungsmaßnahmen durchzuführen. Isolierung ist

nur erforderlich, wenn das Risiko der Übertragung überdurchschnittlich ist, z. B. bei schlechter Körperhygiene, Trachealbesiedlung mit Husten oder bei einer Durchfallerkrankung. Bei Kolonisierung mit 4-MRGN ist die Isolierung grundsätzlich erforderlich.

Schließlich gab der Referent bei der Besprechung der Vancomycin resistenten Enterobakterien (VRE) noch einen wertvollen Tipp bei Durchfallerkrankungen: Ist eine individuelle Bettpfanne oder ein Bettstuhl nicht verfügbar, muss die Toilette sofort nach jeder Benutzung desinfizierend gereinigt werden. Die Wahrscheinlichkeit der Keimübertragung über kontaminierte Sanitäranlagen ist deutlich höher als das Übertragungsrisiko zwischen Patienten, die in Nachbarbetten dialysieren.

Exotische Shunts

Dr. Franziska Frizen, Wiesbaden, hielt den Abschlussvortrag mit einer Präsentation über „exotische“ Shunts (Abb. 6). Eine Zusammenfassung ist wenig sinnvoll ohne das hervorragende Bildmaterial, das die Referentin aus ihrer täglichen Arbeit präsentieren konnte. Neben anderen Spezialoperationen zeigte sie die Transplantation der Shuntvene und den Kollateralen-Bypass. Eine lebhafte Diskussion schloss sich trotz vorgerückter Stunde an. Dr. Dieter Bundschu, Ulm

Quelle: AfnP

