

24. Dialyse Fachtagung für Pflegekräfte, Techniker und Ärzte - die Tagung für das nephrologische Team!

Am 7. und 8. Mai 2015 fand zum 24. Mal die Erfurter Dialysefachtagung im Erfurter Kaisersaal statt. Auch in diesem Jahr erfreute sie sich einer großen Teilnehmerzahl aus dem medizinisch-nephrologischen und dem Techniker-Bereich. Das Hauptprogramm der Tagung wurde durch den langjährigen Tagungspräsidenten Dr. med. Christoph C. Haufe, Abteilung Nephrologie, HELIOS Klinikum Erfurt, am Donnerstagmittag eröffnet, dabei hieß er alle Tagungsteilnehmer herzlich willkommen.

Im ersten Vortrag „Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Medizin: Synergie oder Widerspruch?“ beleuchtete Dr. Ulrich Paul Hinkel, Nephrologe aus dem HELIOS Klinikum Erfurt, Aspekte der Wirtschaftlichkeit und den Qualitätsanspruch in der Medizin. Hierbei stellte er als einen wesentlichen Punkt das sog. Benchmarking heraus: Das Bestimmen der eigenen Position durch Vergleich mit anderen ermöglicht eine Fehleranalyse, welche wiederum Voraussetzung für eine gezielte Korrektur der Missstände ist. Uneingeschränkte Transparenz, Reviews (von den Besten lernen), eine offene Fehlerkultur und das Auswerten von Patientenfragebögen werden von seiner Seite als wertvolle Hilfen angesehen. Berücksichtigung in seinem Vortrag fand, dass zur Qualität in der Medizin auch Bereiche gehören, die sich nicht anhand von Zahlen darstellen lassen und dennoch im ärztlichen und pflegerischen Dasein eine zentrale Rolle spielen: Zuwendung und Empathie - wie gut gelingt neben dem Heilen das Helfen, Trösten, Lindern? Er unterstrich, dass hiervon letztlich das Patientenvertrauen und somit der Patientenzulauf als wirtschaftliche Größe abhängt und Wirtschaftlichkeit und Qualität somit synergistisch wirken.

Anhand diverser Praxisbeispiele, wie sie vielen der Anwesenden vertraut waren, wurde von Frau Dr. Christina Sokol, Psychologin aus Hildesheim, in ihrem Vortrag „Psychonephrologie im Praxisalltag“ der Balanceakt zwischen Nähe und Distanz als zentrales Thema in Beziehungen geschildert. Sie hob hervor, dass die Beziehungen, die ein Dialysepatient im Laufe seiner medizinischen Betreuung im Dialysezentrum eingeht, in der Regel langjährig, intensiv und vielschichtig sind. Darüber hinaus sei der tägliche Umgang mit existenziellem Erleben sowie das Thema Autonomie und Abhängigkeit ebenfalls von großer Bedeutung.

Verschiedene Formen der Abhängigkeit wurden ebenso erläutert wie mögliche Ursachen für vermeintliches Fehlverhalten. Sehr schön bildlich, durch sieben Personen aus dem Publikum dargestellt, wurden verschiedene Ansprüche seitens des Patienten und die Wahrnehmung der Pflegekraft. Das Aufzeigen von Problemlösungen konnte in Anbetracht der zeitlichen Limitation nur angerissen werden. Frau Dr. Sokol widmete sich einem sehr spannendem Thema, welches die Aufmerksamkeit des Publikums ungeteilt auf sich zog und ganz sicher eine Anregung war, sich intensiver mit diesem Thema auseinanderzusetzen.

Nach einem kurzen historischen Abriss über die Entwicklungen in der Dialysetherapie und Erläuterung physiologischer Zusammenhänge der Osmoregulation beleuchtete Herr Dr. Manfred Hecking, Nephrologe der Medizinischen Universität Wien, in seinem Vortrag „Die besondere Rolle des Natriums bei Niereninsuffizienz und Dialyse“ die Auswirkungen der Abweichungen der Serum-Natrium-Konzentration bei „Nicht-Dialysepatienten im Vergleich zu Dialysepatienten“. Er ging dabei sowohl auf die Haut als Natrium-Zwischenspeicher ein als auch auf die Mortalität bei Verschiebungen in der eng regulierten Serum-Natrium-Konzentration. Er stellte heraus, dass das Dialysat-Natrium positiv mit der interdialytischen Gewichtszunahme (IDWG) korreliert, während das Serum-Natrium negativ mit der IDWG assoziiert ist. Weiterhin veranschaulichte er anhand von Studien-Daten, dass ein hohes Dialysat-Natrium nicht mit einer erhöhten Mortalität vergesellschaftet ist und darüber hinaus negativ mit Hospitalisierungsraten korreliert. Eine geringere postdialytische Erholungszeit und weniger Muskelkrämpfe wären zudem Folgen, die bei Patienten mit höherem Dialysat-Natrium-Konzentrationen beobachten werden können. Seine Empfehlung lautet daher, dass die Dialysat-

Natrium-Konzentration nicht unterhalb der durchschnittlichen Serum-Natrium-Konzentration, sondern in Höhe bzw. 1-2mmol oberhalb der Serum-Natrium-Konzentration gewählt werden sollte.

Herr Dr. Reinhard Wanninger, Nephrologe im Klinikum Braunschweig, machte in seinem Vortrag „Katheter ist nicht gleich Katheter: Unterschiede zwischen PD und HD“ deutlich, dass HD-Patienten mit Dialysekathetern im Vergleich zu nativen Shunts ein 15-25-fach erhöhtes Infektionsrisiko aufweisen. Im Hinblick auf den hohen Anteil an Patienten mit Dialysekathetern, insbesondere bei Therapieeinleitung, unterstrich er, dass eine Katheteranlage nur bei Patienten mit akuter Dialyseindikation ohne Gefäßzugang indiziert und auch eine Herzinsuffizienz per se keine Indikation zur Katheteranlage ist - hier sei die Anlage eines Shunts mit niedrigem Flussvolumen anzustreben. Hinsichtlich der Infektions-raten bei der PD sei die von den Leitlinien angestrebte Inzidenz der Peritonitiden von 1/18 Patientenmonaten nach Erfahrungen von Herrn Dr. Wanninger gut zu unterbieten. Als realistisches Ziel nannte er eine Peritonitisrate von 1/41 Patientenmonaten, wobei eine zentrumseigene Infektionsstatistik beim Erreichen dieses Ziels hilfreich ist. Im Hinblick auf nicht-infektiöse Komplikationen ist bei Nativshunts in bis 40% der Fälle, bei Prothesenshunts in bis zu 70% der Fälle mit Interventionen in den ersten beiden Jahren zu rechnen, wobei es sich fast immer um Stenosen/ Thrombosen handelt. Dem gegenüber stehen die durch PD-Katheter bedingten Komplikationen, die bei den Frühkomplikationen (<30d) bei 5%, bei den Spätkomplikationen (>30d) - abhängig von der Expertise des Operateurs - zwischen 5-25% liegen. Die herausgestellten Unterschiede in den Komplikationsraten unterstreicht die Wichtigkeit der kritischen Auseinandersetzung hinsichtlich der Wahl des Dialyseverfahrens und des -zugangs.

Im Vortrag „Die Shuntselbstpunktion durch den Patienten – eine vernachlässigte Methode“ wurde von Frau Beate Spindler vom Institut für Fort- und Weiterbildung der PHV Stuttgart ein im Praxisalltag in den Hintergrund gerücktes Thema aufgegriffen. Sie gab verschiedenartige Gründe für die Vernachlässigung der Shuntselbstpunktion bei Hämodialysepatienten an, wobei sie sowohl das häufig hohe Patientenalter als auch einen Mangel an Zeit im alltäglichen Ablauf der Dialysepraxen durch erhöhten Arbeitsaufwand im Rahmen der initialen Patientenschulung und einer im Gegensatz hierzu stehenden unzureichenden Personaldichte in den Vordergrund stellte. Des Weiteren gab sie einen eventuell auftretenden Interessenkonflikt seitens der behandelnden Ärzte zu bedenken, welcher sich auf einen möglichen „Verlust“ der sich selbstpunktierenden Patienten an die Heimdialyse stütze. Demgegenüber wurden im Folgenden zahlreiche Vorteile der Shuntselbstpunktion dargestellt, wobei Frau Spindler weniger auftretende Fehlpunktionen mit verbesserter Lebensdauer des Dialyseshunts, die Förderung der Eigenverantwortung des Patienten und - nach erfolgreich abgeschlossener Patientenschulung - eine letztlich auch gewonnene Zeitersparnis für das betreuende Dialysepersonal in den Vordergrund rückte. Mit einer zwischen 2013 und 2015 anonym in 19 Zentren durchgeführten Befragung untermauerte sie das seltene Vorkommen der Selbstpunktion: von ca. 1531 Hämodialyse-Patienten punktierten sich 28 Patienten selbst, was gerade einmal einem Anteil von rund 2% entsprach. Sie zitierte einen Hämodialyse-Patienten, welcher die von ihm selbst durchgeführte Punktion einmal anschaulich als einen „Ausweg aus der Punktionslotterie“ bezeichnete. Eine bessere Punktionsicherheit würde u. a. dadurch begründet, dass die „Patienten die einzigen sind, die beide Enden der Kanüle spüren“ (Vascular Access Nurse). Aufgrund der auf der Hand liegenden Vorteile empfehlen deutsche Fachgesellschaften, dass die Selbstpunktion in allen Dialysezentren angeboten werden sollte. Wie eine Schulung ablaufen kann, wurde von Frau Spindler anhand von Prozessbildern der Homepage Spektrum Dialyse dargestellt. Um Patienten eine eventuell vorliegende Angst vor der Selbstpunktion des Shunts zu nehmen, gab sie Tipps, wie die Förderung motorischer Fähigkeiten zunächst vor eine fachliche Informationsflut zu stellen und Erfolgserlebnisse für den Patienten durch gemeinsames, schrittweises Durchführen von Punktionsprozessen zu schaffen, wodurch beide Seiten zur Fortsetzung der Schulung bzw. des Erlernens motiviert würden. Als Quintessenz konnten die Tagungsteilnehmer für sich mitnehmen, dass sich nach einem anfänglichen Mehraufwand das Ergebnis für alle Seiten auszahlt und die Vorteile überwiegen.

Nach einer kurzen Pause ging es mit einem spannenden Thema weiter: Herr Prof. Dr. Ing. Jörg Vienken, Nephro-Solutions AG, Hamburg, eröffnete allen Fachtagungsbesuchern einen interessanten „Blick in die Zukunft“, indem er Einblicke in „neueste technische Entwicklungen für die Heim-Hämodialyse“ gab. Mit der Präsentation eines Kurzfilms über ein innovatives Forschungsprojekt in Massachusetts, USA, zog er hierbei die Tagungsteilnehmer in seinen Bann. Der Film zeigte, wie an Tierorganen das „Recyclen“ von normalerweise nicht mehr zur Transplantation geeigneten Organen durch mehrere Prozessabläufe (Auswaschung des Organes, Stammzellinfiltration, Anzucht auf Nährmedium u.a.) untersucht und optimiert wird, so dass diese zu transplantierbaren Organen regeneriert werden (sogenannte „Labor-Organ“). Zuvor gab Herr Prof. Vienken Einblicke in die Anfänge der Heim-Hämodialyse, welche 1968 erstmals in Deutschland vom Dialysepatienten Erwin Köhn durchgeführt wurde. In einem weiteren Film von 1972 zeigte er, unter welchen damals noch deutlich rückständigen, miserablen hygienischen Bedingungen und komplexen umfangreichen Abläufen der Vor- und Aufbereitung die Durchführung nur möglich war und stellte heutige Gerätesysteme demgegenüber, welche vom Patienten durch ausgeklügelte Kassettensysteme einfach und unkompliziert gehandhabt werden können. Um eine qualitativ gute Dialysetherapie zu gewährleisten, betonte er, dass Therapieanalysen und Datensammlungen notwendig sind, wie sie beispielsweise im Rahmen der MONDO-Datenbank (Kidney International 2013) erhoben wurden. Retrospektive Datenauswertungen haben hierbei einen Zusammenhang mit dem Anstieg des CrP (ein Entzündungsparameter im Blut) und dem Abfall des Serum-Albuminspiegels vor dem Tod von Dialysepatienten aufzeigen können. Zum Ende seines Vortrages gab Herr Vienken Einblicke in Entwicklungen nicht-invasiver Messsysteme, die Therapien und Therapieüberwachungen (auch außerhalb von Kliniken und Arztpraxen) deutlich vereinfachen könnten, wie beispielsweise der lab-on-chip, ein auf einem Pflaster aufgebrachter Sensor zur nicht-invasiven GFR-Messung, welcher die Therapieüberwachung z.B. nach Nierentransplantation deutlich vereinfachen würde.

Der Folgevortrag setzte sich mit dem Thema „Qualitätssicherungsrichtlinie Dialyse – wie wirken sich die Änderungen des Jahres 2014 aus?“ auseinander. Herr Dr. med. Gero von Gersdorff, Internist/Nephrologe, Klinik II für Innere Medizin, Universitätsklinik Köln, erläuterte, wie über Qualitätsprogramme die Behandlung optimiert werden könne, wies jedoch auch darauf hin, dass es sich hierbei um keine „Kochbuchmedizin“ handle, was so viel bedeutet, als dass so ein Programm nicht die beste Therapie für jeden einzelnen vorschreibt, sondern vielmehr einen Mindeststandard für jeden einzelnen absichern und zur Verbesserung von Therapiemaßnahmen führen sollte und letztlich an lokale Gegebenheiten angepasst werden muss. Um eine Qualitätssicherung durchzuführen, brauche es Indikatoren, welche die Versorgungsrealität abbilden und in einem hohen Maße standardisiert sind. In Deutschland ist es so, dass nur gesetzlich versicherte Patienten in die zentrale Datenanalyse einbezogen werden. Eine wesentliche Änderung in der QS-Richtlinie Dialyse sei die neu vorgenommene Längsschnittabbildung der Versorgung eines jeden Dialysepatienten unter einem Pseudonym, so dass sich Langzeitentwicklungen/ -verläufe des einzelnen Patienten nachvollziehen lassen, und nicht nur, wie zuvor, Querschnittsabbildungen eines einzelnen Quartals darstellbar sind. Letzten Endes würden sich die Änderungen auf eine größere Flexibilität bezüglich der Dialysezeiten und auch patientenrelevanten Endpunkte auswirken, so Herr Dr. von Gersdorff. Was die Datenerhebungen in Deutschland nachweislich aufgezeigt haben, ist eine Zunahme der über 80-jährigen Dialysepatienten, deren Anteil derzeit bei ca. 15% liegt. Daher postulierte er, dass der Lebensqualität eine höhere Priorität eingeräumt werden müsse, um die „Qualität“ der Dialyse zu verbessern.

Im letzten Vortrag dieses Tages schweiften der Blick wie schon in den Vorjahren ins Ausland. Frau Dr. med. Doreen Brodmann, Internistin/ Nephrologin am Spitalzentrum Oberwallis/ Visp, Schweiz, eröffnete den Tagungsteilnehmern einen Einblick in die „Dialyse und Nierentransplantation in der Schweiz“. Sie erläuterte zunächst das Krankenversicherungssystem, welches eine obligatorische Grundversicherung beinhaltet, für die sich jeder selbst und einzeln versichern muss, und verschiedenartige Zusatzversicherungen anbietet, die gesetzlich nicht geregelt sind. Nachfolgend schilderte sie die nephrologische Versorgungssituation in der Schweiz: insgesamt 185 Nephrologen

gewährleisten die Betreuung von ca. 3400 Dialysepatienten, wobei die meisten klinikgebunden, und nur die wenigsten in einer privaten Praxis arbeiten. Unter den 98 Dialysezentren versorgt das kleinste 3 Patienten. Das Spitalzentrum Oberwallis hält insgesamt 9 Dialysebetten an 2 Standorten, Visp und Brig, bereit. Im Weiteren berichtete Frau Dr. Brodmann über Unterschiede in der Aus- und Weiterbildung der Nephrologen und des Dialysepersonals, über die Dialysevergütung, welche 530 Franken/ Dialyse beträgt und für max. 3 Dialysen/ Woche bezahlt wird und unterstrich, dass es zudem eine Betreuungspauschale für Heimdialysepatienten gibt. Was die Referentin positiv hervorhob, ist die zum einen höhere Zahl an Lebendnierenspenden im Vergleich zu Deutschland, weshalb die präemptive Nierentransplantation bis zu 50% ausmache, und dass zum anderen durch andere Qualitätssicherungsstandards die Heim- und Self Care Dialysen mehr gefördert würden.

Am zweiten Tag der diesjährigen Erfurter Dialysefachtagung stellten Herr Dr. med. Horst Berger, Internist und Nephrologe, Dialysezentrum Schmalkalden, Frau Ines Solf, Internistin und Nephrologin des KfH-Nierenzentrums Erfurt, Herr Dr. med. Thomas Keller, Internist und Nephrologe, Dialysezentrum Eisenach, Frau Dr. med. Christiane Rüster, Internistin und Nephrologin der Klinik für Innere Medizin des Universitätsklinikums Jena und Frau Dr. med. Sabine Weinmeister, Internistin und Nephrologin des KfH-Nierenzentrums Erfurt wieder interessante Kasuistiken vor. So berichteten Referenten und Patienten gemeinsam sehr anschaulich über die ungewöhnliche renale Erstmanifestation einer Sarkoidose, den erfolgreichen Einsatz eines HeRO-Katheters bei rezidivierenden Shuntproblemen, die Peritonealdialyse als Nierenersatztherapie der Wahl bei kardiorenalem Syndrom, eine durch eine humorale Abstoßung hervorgerufene Nierenfunktionsverschlechterung bei Z. n. Nierenlebenspende mit Nachweis von HLA-Klasse-I-Antikörpern und eine komplizierte Harnwegsinfektion mit Nierenabszess und Nachweis von E. coli nach Schwimmbadbesuch.

In der Folge gab Herr Prof. Dr. med. Matthias Girndt, Klinikdirektor, Klinik für Innere Medizin II, Universitätsklinikum Halle/Saale einen Überblick über den Umgang mit Erregern bei zurückkehrenden Urlaubsdialysepatienten. Er zeigte, dass Reisen durchaus ein erhöhtes Risiko für die Übertragung von Keimen darstellt: so ist MRSA vor allem im Mittelmeerraum (mit über 1/3 aller Reisen beliebtestes Urlaubsziel der Deutschen), Süd-, Osteuropa und den USA häufiger als in Deutschland, so erhöht vor allem ein Krankenhausaufenthalt im Ausland das Risiko für VRE und MRGN, wobei Letzteres auf Reisen in Asien oder Afrika bei Auftreten von Diarrhoen und dem Einsatz von Antibiotika potenziert wird. Hinsichtlich einer Infektion mit Hepatitis B und C wurden Süd-, Osteuropa und Südostasien als Hochrisikoreiseziele genannt. Da letztlich keine Leitlinien zum Screening von Infektionen von Urlaubsdialyserückkehrern vorliegen, gab Herr Prof. Girndt eine Empfehlung zum rationalen Screening, das einen Nasenabstrich auf MRSA, bei Reisen nach Asien oder Afrika und anamnestisch Diarrhoen und Antibiotika einen Rektalabstrich hinsichtlich MRGN und eine HCV-PCR umfassen soll.

Wie mit Nadelstichverletzungen im Jahr 2015 umzugehen ist, erläuterte Frau Dr. med. Claudia Höpner, Krankenhaushygiene, HELIOS Klinikum Erfurt in ihrem wichtigen Vortrag. Wichtig, da diese nach wie vor häufig, mit großer Unsicherheit hinsichtlich des Umgangs behaftet und zu über 1/3 vermeidbar sind. Frau Dr. Höpner betonte, dass die Kenntnis des Infektionsrisikos (z. B. ist nach der „30er-Regel“ die Wahrscheinlichkeit einer nadelstichbedingten Infektion mit HBV 30 %, HCV 3 % und HIV 0,3 %), der sichere Umgang mit den Instrumenten, eine gute Arbeitsorganisation und die sachgerechte Entsorgung (wobei 50 % aller Nadelstichverletzungen hierbei erfolgen) und persönliche Schutzmaßnahmen das Risiko deutlich verringern können.

Den interessanten Abschluss der Tagung lieferte Herr PD Dr. med. Karl Wagner, Hohenfelde mit dem im wahrsten Sinne horizontweiternden Vortrag „Dialyse auf Schiffen - Arbeiten, wo andere Urlaub machen“ und gab damit einen Einblick in die für viele unbekannt Welt eines Dialysearztes und von Urlaubsdialysepatienten auf hoher See. Als wichtigster Punkt wurde herausgearbeitet, dass Ärzte

und Pflegekräfte Dialysepatienten auch zu dieser Art des Urlaubs ermutigen sollen und mit gutem Gewissen können.

Zum Schluss der 24. Erfurter Dialysefachtagung bedankte sich Tagungspräsident Herr Dr. Haufe bei allen Referenten, Organisatoren, Sponsoren und Teilnehmern für eine gelungene Veranstaltung und das große Interesse und vergaß dabei nicht zur 25. Erfurter Dialysefachtagung am 28. und 29.04.2016 wieder herzlich einzuladen.

Dr. med. Karen Salomon, Dr. med. Christiane Kirsten, Michael Hermann