

13. Pflegesymposium | Abstracts

AKTX-Pflege e.V. (Hrsg.)



29./30. Oktober 2009

Berlin

13. Pflegesymposium



Wir möchten uns bei allen Referenten und Helfern bedanken, die durch ihren Einsatz zur erfolgreichen Gestaltung des 13. Pflegesymposiums beigetragen haben.

Unser besonderer Dank geht an die DTG und die nachfolgend aufgeführten Firmen.

*Der Vorstand
AKTX-Pflege e.V.*



AKTX-Pflege e.V. (Hrsg.)

13. Pflegesymposium AKTX-Pflege e.V.

*29./30. Oktober 2009
Berlin*



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Wichtiger Hinweis: Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Kenntnis, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag größte Mühe darauf verwendet haben, dass diese Angaben genau dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entsprechen. Dennoch ist jeder Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel der verwendeten Präparate zu prüfen, um in eigener Verantwortung festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Das gilt besonders bei selten verwendeten oder neu auf den Markt gebrachten Präparaten und bei denjenigen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in ihrer Anwendbarkeit eingeschränkt worden sind. Benutzer außerhalb der Bundesrepublik Deutschland müssen sich nach den Vorschriften der für sie zuständigen Behörde richten.

© 2009 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Konvertierung: Claudia Döring

Druck: KM Druck, D-64823 Groß Umstadt

ISBN: 978-3-89967-595-5

Programm

Donnerstag, den 29.10.2009

Vorsitz: P. Hecker, B. Gnatz

10:00	Grußwort <i>AKTX-Pflege e.V.</i>	9
10:05	Grußwort <i>Prof. Dr. P. Neuhaus, Berlin</i>	10
10:15	Grußwort <i>H. Francois-Kettner</i>	11
10:30	Verbesserung der Selbstpflegekompetenz in der ambulanten Nachsorge: eine prospektive, randomisierte, kontrollierte Studie <i>N. Gittler-Hebestreit, Jena</i>	12
11:00	Angehörigenkonzept der DSO <i>C. Meier, Leipzig</i>	14
11:30	Ethik: Transplantation aus theologischer Sicht <i>Pfarrer Freyer, Berlin</i>	16
12:00	Pause	

Vorsitz: D. Theune, C. Fielitz

13:00	Erfahrungsbericht – Nierenlebendspende in St. Petersburg <i>M. Gundlach, Hannoversch-Münden</i>	18
13:30	HLA-Typisierung <i>Dr. T. Kauke, München</i>	21

14:00	Multiviszeraltransplantation in Berlin Indikation, medizinische Aspekte <i>PD Dr. A. Pascher, Berlin</i>	23
	Intensiv-Pflege <i>S. Göldnitz, Berlin und E. Daehnert, Berlin</i>	24
	Pflege – Periphere Station <i>F. Tielo, Berlin</i>	25

15:00 Pause

Vorsitz: C. Czerwinski, E. Ziemann

15:30	Diabetes nach Transplantation?! Behandlung, Ernährung und Lebensqualität <i>E. Eichler und C. Czerwinski, Klink</i>	26
16:00	Fit nach Transplantation <i>W. Ludwig, Münster</i>	27

17:15 - 18:00 Mitgliederversammlung

19:00 Begrüßungsabend im BCC

Freitag, den 30.10.2009

Vorsitz: P. Hecker, B. Gnatz

10:00	Posterbegehung	
11:30	Erste beidseitige Armtransplantation, funktionelle und immunologische Ergebnisse nach einem Jahr <i>PD Dr. M. Stangl, München</i>	
	Physiotherapeutische Herausforderungen nach beidseitiger Armtransplantation <i>H. Geier, Memmingen</i>	29

12:15 Rehabilitation nach Organtransplantation
D. Süßkind, Berlin 31

12:45 Pause

Vorsitz: D. Theune, C. Fielitz

13:45 Überwachung nach Nieren- und Lebertransplantation
J. Bourzadaoui, Köln 32

Postoperative Patientenschulung nach Nieren- und
Lebertransplantation
L. Marks, Köln 34

14:30 Partnerschaft und Transplantation:
Psychologische Probleme?
I. Ahrendt, Klink 36

15:00 Kabarett „Die Friedrichshainer“

15:30 Kaffeepause/Diskussion

Bösartige Tumore nach Organtransplantation
St. Böhm 39

Ziele und Auswirkungen der Pathways in der Pflege
Sr. Angela Cepancic 41

Patientencompliance –
eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie
Elke Pforte 43

Advanced Practice Nursing (APN) in der Medizinischen
Universitätsklinik Freiburg.
Pflegerische Betreuung nierentransplantierte Patienten in der
Abteilung 4 (Nephrologie und Allgemeine Medizin)
Anne Rebařka, Monika Hasemann, Albrecht Kramer-Zucker 45

Checkliste nach Transplantation <i>Elke Scholz-Zeh</i>	48
Postoperative Wundheilungsstörungen nach thorakaler Organtransplantation <i>Paula Weishäupl-Karstens, P. Zardo, A. Haverich, I. Kutschka</i>	50
Jugendfreizeit für transplantierte Jugendliche <i>Meike Franke</i>	51
Autorenverzeichnis	53
AKTX – Wir über uns	57

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir freuen uns sehr Sie in Berlin begrüßen zu dürfen und wünschen Ihnen abwechslungsreiche, erfolgreiche, interessante und schöne Tage in unserer Hauptstadt.

Neben sehr interessanten Symposiumstagen hoffen wir Ihnen auch einen Eindruck von der Lebhaftigkeit und Attraktivität der Metropole vermitteln zu können.

Zum 13. Mal treffen sich Pflegende aus allen Transplantationszentren Deutschlands, um neue Aspekte in der Transplantationspflege und -medizin vorzustellen und zu diskutieren. Die Resonanz auf die bisherigen Symposien hat uns gezeigt, wie groß das Interesse ist, sich über diese Themen auszutauschen.

Dank der zahlreichen Einsendungen von Vorträgen können wir unser Symposium auf 2 Tage erweitern. Es erwartet Sie ein abwechslungsreiches und vielschichtiges Programm.

Unser herzlicher Dank geht an die Referenten und alle, die uns bei der Organisation des Symposiums unterstützt haben.

An dieser Stelle möchten wir uns bei den Organisatoren des DTG-Kongresses und insbesondere bei Herrn Prof. Dr. Neuhaus für den Einsatz bedanken, dass das 13. Pflegesymposium räumlich und zeitlich parallel zur Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft stattfinden kann.

Der Vorstand
AKTX-Pflege e.V.

Grußwort

Es ist bereits eine gute Tradition geworden, dass sich im Rahmen des Deutschen Transplantationskongresses auch die Mitarbeiter der Transplantationszentren treffen – insbesondere Schwestern und Pfleger aus konservativen und operativen Abteilungen. Sie besuchen Fortbildungsveranstaltungen über die aktuellen Entwicklungen in der Transplantationsmedizin und veranstalten auch ein eigenes spezifisches Symposium über spezielle Aspekte der Betreuung von transplantierten Patienten. Das vorliegende Programm bietet zudem auch Gelegenheit, an den wissenschaftlichen Veranstaltungen des Transplantationskongresses teilzunehmen.



Die Pioniere der Transplantationsmedizin wussten sehr genau, dass Organtransplantation nicht nur eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen vielen Fachrichtungen der modernen Medizin erfordert, sondern dass ohne die gleichberechtigte Beteiligung der Schwestern und Pfleger an Vorbereitung und Nachsorge der Patienten und eine dahinterstehende eingespielte Administration die heutigen Erfolge nicht zu erzielen gewesen wären. Deshalb unser Dank und gleichzeitig unsere Einladung zu einer weiterhin engen Kooperation.

Neben dem medizinischen Teil unseres Kongresses wird Ihnen die Hauptstadt Berlin sicherlich zusätzliche Anregungen und Angebote zur Ablenkung nach langen Kongresssitzungen bieten. Hier wird jeder Teilnehmer nach seinen individuellen Interessen etwas finden, und ich wünsche Ihnen daher, dass Sie interessante, lehrreiche und ganz einfach schöne Tage in Berlin verbringen.

Ihr

Prof. Dr. P. Neuhaus

Grußwort

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Frau Hecker,
verehrte Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte Sie sehr herzlich zum diesjährigen Pflegesymposium des Arbeitskreises Transplantationspflege in Berlin begrüßen.

Zum 13. Mal beschäftigen Sie sich mit Themen, die zur Sicherstellung qualifizierter Pflege in der Transplantationsmedizin beitragen. Der von Ihnen nun schon traditionelle Erfahrungs- und Informationsaustausch mit Pflegenden der verschiedenen Transplantationszentren wurde vor 10 Jahren von Ihnen konstituiert und gegründet. Zu diesem 1. runden Geburtstag möchte ich herzlich gratulieren.

Ihre Ziele sind insbesondere geeignet, die Professionalität der Pflegenden in der Transplantationsmedizin auszubauen und zu festigen. Die Erarbeitung geeigneter Pflegekonzepte, die Zusammenarbeit mit allen Schnittstellen in Ihren Arbeitsbereichen wird für die Risikominimierung in der Patientenversorgung wesentlich beitragen. In diesem Jahr haben Sie wieder einmal große Herausforderungen für die Akutpflege zum Inhalt gewählt. Die besondere Herausforderung ist, vor allem die Beratung und Schulung von Pflegenden für Patienten und ihre Angehörige zu initiieren und ein wichtiges Ziel, die Selbstsorge, zu befördern und zu unterstützen.

Ich wünsche den Referentinnen und Referenten viel Erfolg, Ihnen als Zuhörenden besten Wissensgewinn, gute Gespräche und Ihnen allen genügende Erholungsphasen, so dass auch das diesjährige Symposium nachhaltig in Ihren Arbeitsalltag integrierbar wird.

Hedwig François-Kettner

Pflegedirektorin der Charité

Stellvertretende Vorstandsvorsitzende im Aktionsbündnis Patientensicherheit; Vorstandsmitglied im Verband der Pflegedirektorinnen u. Pflegedirektoren der Deutschen Universitätskliniken; Mitglied im Deutschen Pflegerat; Mitglied im Lenkungsausschuss des deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege



Verbesserung der Selbstpflegekompetenz von stammzelltransplantierten Patienten durch ein modulares, pflegerisch-interdisziplinäres Beratungsprogramm in der ambulanten Nachsorge: eine prospektive randomisierte kontrollierte Studie

Norbert Gittler-Hebestreit, Margarete Landenberger, Herbert G. Sayer

Hintergrund: In Abhängigkeit vom Behandlungsverlauf haben HSCT-Patienten im Anschluss an die Primärtherapie kurz- und langfristige transplantationsbedingte Einschränkungen und Folgeschäden zu bewältigen. Im Vordergrund stehen physische und psychische Störungen, aber auch soziale Anpassungs- und Rollenprobleme. Ein hohes Maß an Patientenkompetenz ist erforderlich, um die komplexen Belastungen der Intermediär- und Spätphase nach HSCT zu bewältigen und den Behandlungserfolg abzusichern.

Ziel: Um angemessen auf das Problemprofil der Transplantierten reagieren zu können, gilt es pflegerische Beiträge in die übliche medizinische HSCT-Nachsorge zu integrieren. Hierzu wurde ein pflegerisch-interdisziplinäres Beratungsprogramm entwickelt und konsentiert (6 Module): (1) Körperpflege, (2) Aktivität/Ruhe, (3) Ernährung/Sicherheit, (4) Therapiekooperation, (5) Soziale Interaktion und (6) Integrität der Person. Ziel der Studie ist es, die Wirksamkeit der strukturierten Intervention klinisch zu überprüfen.

Fragestellung & Hypothesen: Das Programm zielt auf eine Verbesserung der Patientenkompetenz als Voraussetzung für eine größere All-

tagsautonomie und schließlich ein gesteigertes Wohlbefinden der Transplantierten ab. Dieser Kausalität folgend wird spekuliert, dass eine Interventionsanwendung in der HSCT-Nachsorge sich fördernd auf die (a) Selbstpflegekompetenz der Patienten auswirkt, deren (b) Pflegeabhängigkeit senkt und schließlich die (c) individuelle Lebensqualität der Transplantierten steigert.

Methoden: Die Intervention wird über eine einfach verblindete, prospektive randomisierte kontrollierte Monocenterstudie evaluiert. Die Interventionspatienten (IG) nehmen ergänzend zur medizinischen Nachsorge in den ersten drei Monaten nach Entlassung am Beratungsprogramm teil. Die Kontrollpatienten (KG) werden kliniküblich versorgt. Für alle drei Studienendpunkte (a, b, c) werden zur Entlassung (T1), nach drei Monaten (T2) und nach sechs Monaten (T3) Messwerte (ASA-A, PAS, SEIQoL-DW) erfasst.

Ergebnisse: 62 Patienten wurden in die Studie aufgenommen. Abzüglich eines Drop-out von 13% wurden 26 Beratungs- mit 28 Kontrollpatienten unter Baseline- und Behandlungsäquivalenz verglichen. Die Ergebnisse belegen von T1 nach T3 einen größeren Anstieg der Selbstpflegekompetenz (ASA-Punkte: IG 8,9 vs. KG 0,1; $P < 0,01$) und einen stärkeren Abfall der Pflegeabhängigkeit (PAS-Punkte: IG 8,5 vs. KG 4,4; $P < 0,01$) unter Intervention. Effekte bezüglich der Lebensqualität waren nicht nachweisbar.

Diskussion: Die Studienergebnisse bestätigen die positiven Auswirkungen der erweiterten pflegerisch-interdisziplinären HSCT-Nachsorge auf das Patienten-Outcome. Damit werden Erkenntnisse aus Untersuchungen unterstützt, welche den patientenseitigen Nutzen von vergleichbaren modular strukturierten Interventionen in der Intermediär- und Spätphase nach HSCT belegen. Zur Ergebnisbegründung gilt es, Replikationen in größeren Stichproben und mit erweitertem Ziel- und Evaluationsradius zu planen.

Norbert Gittler-Hebestreit

*Dipl.-Pflege- u. Gesundheitswiss. (Uni) MA Pflegedirektion/GB,
Medizinmanagement Universitätsklinikum Jena, 07740 Jena
E-Mail: norbert.gittler-hebestreit@med.uni-jena.de*

Angehörigenkonzept der DSO für Deutschland

Catrin Meier

Auszug aus den Zielen und Aufgaben der DSO: "...Wir respektieren den Willen des Verstorbenen und achten die Würde des Organspenders. Den Angehörigen stehen wir bei der Entscheidungsfindung zur Organspende und auf Wunsch auch langfristig zur Seite."

Aufgrund der in Deutschland geltenden erweiterten Zustimmungslösung (Transplantationsgesetz (TPG) § 3,1 und 4) ist das Einverständnis zur Organentnahme eine unabdingbare Voraussetzung zur Organspende.

Es ist für die Angehörigen von hirntoten Patienten eine schwere Aufgabe: Liegt keine schriftliche oder mündliche (geäußerte) Zustimmung zur Organspende vor, müssen sie eine Entscheidung treffen – im Sinne des mutmaßlichen Willens des Patienten. Ein Schritt, bei dem sie Unterstützung benötigen.

Angehörige sind in der Klinik, auf den Intensivstationen sowie im Organspendeprozess die wichtigsten Bindeglieder; dabei stellen sie oft ihre Bedürfnisse zurück und vermeiden es darüber zu sprechen. In solchen Situationen erscheint es ihnen unbedeutend und unangebracht sich wahrzunehmen. Auch für das behandelnde Team ist die Situation zur Realisierung einer Organspende niemals eine Routineaufgabe und es kann sich in einer schwierigen Situation befinden.

Um alle Beteiligten hierbei positiv unterstützen zu können, müssen die Signale, die auf eine mangelnde psychische Verarbeitung der Situation hinweisen, frühzeitig aufgegriffen werden. Die Angehörigen können durch eine vielschichtige Zusammenarbeit mit der benötigten Aufmerksamkeit begleitet bzw. betreut werden.

Ziel ist es, ein abgestimmtes Vorgehen mit Partnern und Begleitern (Team) für das Überbringen der Todesnachricht, das Gespräch mit der

Option zur Organspende und die Zeit danach zu etablieren. Partner und Begleiter sind bzw. können sein: Ärzte, Psychologen, Seelsorger, Sozialpädagogen, das Pflegepersonal und die Koordinatoren der DSO. Lebenserfahrung und Berufserfahrung sind in diesen Situationen ebenso hilfreich wie die Kenntnisse einer einfühlsamen Gesprächsführung und Begleitung.

Achtung, Vertrauen, Grenzen respektieren und Rechte wahren – dies werden in dem deutschlandweiten Angehörigenkonzept Qualitätskriterien sein.

In Deutschland gibt es noch keine flächendeckende, standardisierte Betreuung und Begleitung von Angehörigen während sowie nach postmortalen Organspende. In anderen Ländern ist dies schon lange üblich. Im Jahr 1999 wurde in der Region Nord der DSO zum ersten Mal bundesweit eine Angehörigenbetreuung über die Akutsituation hinaus durchgeführt. In 2001 startete die Region Mitte mit einer Betreuung und im Jahr 2005 folgten die Regionen Bayern und Ost.

Diese langjährigen Erfahrungen in der Angehörigenbetreuung haben uns gezeigt, mit welchen Problemen, Gefühlen und Gedanken im sozialen, psychologischen und praktischen Bereich Angehörige in ihrem Trauerprozess konfrontiert werden.

Ein offenes und von gegenseitigem Vertrauen geprägtes Miteinander der Partner trägt dazu bei, dass sich die Beziehungen der strategischen Unterstützer von Anfang an entspannt gestalten, und dies wird sich positiv auf die Gesamtsituation auswirken.

Im Mittelpunkt werden die Angehörigen stehen. – Den Kliniken, Krankenhäusern und den Intensivstationen geben wir durch die gemeinsame Unterstützung Sicherheit und Entlastung.

Es wird Raum geschaffen für Initiativen und aktive Bewältigung der Gesamtsituation.

In der Öffentlichkeit werden wir Akzeptanz, Vertrauen und Respekt wiederfinden.

Catrin Meier

Fachkrankenschwester für Intensivmedizin und Anästhesie, Koordinatorin Region Ost, Organisationszentrale, Walter-Koehn-Str. 1a, 04356 Leipzig

E-Mail: catrin.meier@dso.de

Zur Ethik der Organspende und Transplantation aus der Sicht der katholischen Kirche

Pfarrer Horst Freyer

Die katholische Kirche steht der Organspende und der Transplantation grundsätzlich positiv gegenüber aus Sorge um das Leben. Wir sehen den Kranken und dessen Leben und Wissen um den humanen, Leid vermindernenden Nutzen der Transplantation. Sie gibt den Menschen, die sich in schwierigen und extremen klinischen Situationen befinden, Hoffnung auf Leben. Die Organspende ist eine besondere Form des Zeugnisses der Nächstenliebe, der christlichen Solidarität. Es gibt eine Verantwortung der Liebe und der Barmherzigkeit, die dazu verpflichtet, das eigene Leben zu einer Gabe für den anderen zu machen, wenn man sich wahrhaft als Christ selbst verwirklichen will. Die Bibel sagt: Nur derjenige wird sein Leben retten können, der es hingibt (vgl LK 9.24).

Viele wird es überraschen, dass die katholische Kirche sich schon recht früh mit dem Thema der Organspende und Transplantation beschäftigt hat. Bereits Papst Pius XII. (1939 bis 1958) hat zu rechtlichen und ethischen Fragen der Hornhautübertragung Stellung genommen. Soweit ich unterrichtet bin, war die Hornhautübertragung wohl das erste in die medizinische Praxis eingeführte Verfahren der Organtransplantation (Ablösung der Hornhaut bei einem Toten und Übertragung). Pius XII schreibt: „Vom sittlich-religiösen Standpunkt aus ist nichts gegen die Ablösung der Hornhaut bei einem Toten einzuwenden“. Bereits 1944 erklärte Papst Pius XII., dass ein Organ geopfert werden dürfte, wenn der physische Organismus des einzelnen Menschen in Gefahr sei und dieser Gefahr auf andere Weise nicht begegnet werden kann. Prinzipiell erheben sich nach Pius XII. keine Einwände gegen die Übertragung eines Organs von einem toten auf einen lebenden Menschen. Der Mensch kann in Freiheit über seinen Leichnam verfügen und ihn zu moralisch einwandfreien Zwecken bestimmen. Die Organspende ist sittlich

abzulehnen, wenn der Spender oder die für ihn Verantwortlichen nicht ihre ausdrückliche Zustimmung gegeben haben. Zudem ist es sittlich unzulässig, die Invalidität oder den Tod eines Menschen direkt herbeizuführen, selbst wenn dadurch der Tod anderer Menschen hinausgezögert würde. Für den großzügigen Akt der Spende der Organe nach dem Tod muss der reale Tod eines möglichen Spenders medizinisch zweifelsfrei voll bestätigt sein.

Diese dargelegten Grundsätze können sinngemäß auch auf die heute üblichen Transplantationsverfahren übertragen werden.

Als katholische Kirche unterstützen wir die großen Errungenschaften der medizinischen Wissenschaften auf dem Gebiet der Gewebe- und Organtransplantationen und wollen auch weiterhin das Bewusstsein und die Bereitschaft zur Organspende wecken und stärken, treten aber zugleich für eine sorgfältige Prüfung der Organverpflanzung in jedem Einzelfall ein.

Organspende und Organtransplantation stehen im Kontext der Diskussion um das Todzeitkriterium – anders formuliert: Wann ist der Mensch biologisch wirklich tot? Der Theologe und Ethiker wird bei der Beurteilung des Hirntodkriteriums die divergierenden Ansichten in der laufenden Diskussion zur Kenntnis nehmen. Er geht davon aus, dass die Medizin den Tod lediglich als eingetretenes physiologisches Ereignis feststellt. Der Tod des Menschen wird damit nicht von der Medizin neu definiert, wohl aber unter differenzierten Diagnosespektren beschrieben und dokumentiert. Der menschliche Tod wird in seinem Wesen durch Bestimmungskriterien des Hirntodes nicht verändert. Er bleibt stets ein und derselbe Tod des Menschen und dies sowohl unter den sogenannten klassischen Diagnosebedingungen als auch unter den veränderten neurologischen und apparativen Feststellungskriterien.

Im Kontext steht auch das Grundprinzip der Transparenz und Nachvollziehbarkeit verantwortlich medizinischen Handels. Wir treten für eine klare personale Interessentrennung ein zwischen dem Ärzteteam, das den Tod eines potentiellen Spenders feststellt, und dem, das eine Transplantation durchführt. Diese Transparenz und Nachvollziehbarkeit könnte Vorurteile oder gar psychologische Vorbehalte gegenüber der Transplantation abbauen.

Katholischer Pfarrer Horst Freyer

Dipl.-Theologe, Krankenhausdekan, Leiter des Arbeitskreises Hospizseelsorge im Erzbistum Berlin

Krankenhausalltag in der Nephrologie. Ein Besuchsbericht aus Sicht der Pflege

Matthias Gundlach

Nachdem das Nephrologische Zentrum Niedersachsen bereits seit 2002 mit der Pavlov-Universität in St. Petersburg im Bereich der Transplantationsmedizin und Forschung kooperiert, freute es uns als Mitarbeiter der Pflege besonders, dass wir neben den leitenden Ärzten des NZN an dem fachlichen Austausch teilnehmen durften.

Keine langen Worte, sondern Taten

Als Gäste nahmen wir an der morgendlichen Frühbesprechung des Fachbereiches teil. Prof. Dobronravov, leitender Arzt der Nephrologie, stellte seine Abteilung vor, in der wir in den folgenden Tagen nicht nur hospitierten, sondern aktiv in den Klinikalltag integriert wurden.

Im Rahmen einer ersten gemeinsamen Visite lernten wir die transplantierten Patienten kennen, die derzeit stationär betreut wurden. Herzlichst wurden wir vom Pflege team der Station empfangen.

Unser Aufenthalt sollte insbesondere dazu dienen, ihnen die umfangreichen Pflegeleistungen vor- und nach einer Nierentransplantation in Deutschland zu vermitteln.

Neben den theoretischen Erläuterungen unserer Arbeit am NZN sollte die Praxis selbstverständlich nicht zu kurz kommen. Unsere Teilnahme an einer Nierentransplantation als auch die spätere Übernahme der Patienten auf die Intensivstation waren vorgesehen. Wir visitierten und unterstützten bei der Verlegung und Betreuung der Patienten auf der Nachsorgestation und gaben Anleitung bei der Überwachung der Organfunktionen.

Insbesondere die fachliche und detaillierte Dokumentation der Pflegeleistungen am Beispiel unserer Formulare fand reges Interesse bei den russischen Pflegern und Schwestern. Die in Deutschland durch das

Qualitätsmanagement umgesetzte lückenlose Dokumentation der Pflegeleistungen steckt hier noch in den Kinderschuhen. Wir erarbeiteten eine handschriftliche russische Version der Formulare für Transplantierte und wiesen die Mitarbeiterinnen ein.

Der Klinikalltag

Zur Morgenkonferenz trafen sich die Mediziner, die Stationsleitungen, die Oberschwester sowie die Kollegin, die ihren 24-Stunden-Dienst absolviert hatte. Jeder Bereich informierte über die Besonderheiten im Krankenverlauf der Patienten und erstattete Bericht über die Neuaufnahmen. Interessiert wurde die Frage an uns gerichtet, wie vergleichbare Besprechungen in Deutschland organisiert sind. Unsere Darstellungen der getrennten Konferenzen von Ärzten und Schwestern sowie späteren gemeinsamen Visiten bei den Patienten überraschte unsere russischen Kollegen. Hier wurden erste organisatorische Unterschiede zur Krankenpflege in Deutschland erkannt.

Im Fachbereich unserer russischen Kollegen hat jede Pflegekraft eine primäre Aufgabe, die sie ausführt und auf die sie sich als Schnittstelle fokussiert. Ziel der gemeinsamen Arzt-Pflege-Besprechungen ist es, diese Schnittstellen entsprechend intern zu verknüpfen. Einzelne Informationen sollen damit ein vollständiges Bild ergeben.

Eine Krankenschwester in Deutschland hat hingegen vielschichtige pflegerische Aufgaben und somit multiple Eindrücke ihrer Patienten. Es besteht ein intensiver und kontinuierlicher Kontakt zum behandelnden Arzt.

Ungewohnte Eindrücke

Die Bedingungen der Patientenversorgung waren für uns ungewohnt. Sicherlich sollte man sich als Deutscher nicht anmaßen, direkte Vergleiche zu ziehen, wenn die Voraussetzungen schon durch das Gesundheitssystem bedingt so unterschiedlich sind. Es bleibt festzuhalten, dass es den Patienten weder an medizinischer noch pflegerischer Zuwendung mangelt. Dennoch müssen viele Artikel, die der Patient während seines Krankenhausaufenthaltes benötigt – wie Bettwäsche, Geschirr oder auch Medikamente – von zu Hause mitgebracht werden. Nicht

immer stehen notwendige Medikamente sofort zur Verfügung. Oft sind es die Angehörigen, die beauftragt werden, diese zu beschaffen. Die Körperpflege des Patienten ist ebenfalls Aufgabe der Angehörigen sowie die Bettenaufbereitung oder das Säubern des eigenen Geschirrs. Die Messung von Blutdruck sowie Körpertemperatur übernehmen die Patienten eigenständig und melden die Werte dann der Pflegekraft. Medikamente werden vom Personal in kleine gefaltete Papiertüten portioniert und liegen zur Abholung durch den Patienten bereit. Für die von uns betreuten Patienten stand nur ungenügendes Verbandmaterial zur Verfügung. Desinfektionsmittel sind nicht an jedem Ort vorhanden. Technische Hilfsmittel, wie Blutdruckmessgeräte, Stethoskope oder Thermometer fehlten, sind defekt oder standen nur in geringer Anzahl bereit. Voraussetzungen, die den Krankenhausalltag und die Patientenpflege oft erschweren.

Das bewegt

Ein von Dr. Küster, leitendem Arzt des Nephrologischen Zentrums Niedersachsen, transplantiertes Patient bat uns, einen Dankesbrief mit nach Deutschland zu nehmen. Die Tränen des Patienten berührten uns sehr. Wir gaben unser Versprechen, den Brief zu überreichen.

Wir sehen uns wieder

Im Abschiedsgespräch mit unseren Kolleginnen und Kollegen stellten wir zusammenfassend fest, welche großen Unterschiede in der Krankenpflege bestehen. Mit Hochachtung müssen wir anerkennen, was die Kolleginnen und Kollegen im Rahmen der finanziellen und materiellen Möglichkeiten leisten. Eine Krankenschwester in Russland verdient etwa 30 Prozent des Gehalts einer vergleichbaren Kollegin.

Nachdenklich und mit vielen intensiven Eindrücken kehrten wir nach einer Woche zurück. Wir blicken voller Freude und Erwartung auf den Austausch mit unserer russischen Kollegin, die im Herbst zu uns in das Nephrologische Zentrum nach Hann.-Münden kommt.

Matthias Gundlach

Fachpfleger Nephrologie, Transplantationsbeauftragter, AWO Gesundheitsdienste gGmbH, Nephrologisches Zentrum Niedersachsen, Vogel-sang 105, 34346 Hann.-Münden, E-Mail: m.gundlach@awogsd.de

HLA-Diagnostik im Wandel der Zeit

Teresa Kauke

Die Transplantationsmedizin ist eine wesentliche Errungenschaft der modernen Medizin. Transplantationen von soliden Organen und Knochenmark haben einen festen Platz in der klinischen Routine. Die Aufgabe des immungenetischen Labors ist die Charakterisierung des HLA-Systems (humane Leukozytenantigene) von Empfänger und Spender. Die genaue Typisierung der individuellen Oberflächenmerkmale ist der Grundstein einer jeden Gewebeverträglichkeitsprüfung, deren negatives Ergebnis eine der Voraussetzungen für eine Transplantation darstellt. Im Hintergrund einer Transplantation müssen aufwändige Laboruntersuchungen durchgeführt werden, um die Vorbereitung, die richtige Zuordnung der wenigen Organe und die angemessene Behandlung von Abstoßungen zu gewährleisten.

Ein großes Problem ist die Präsenz von Antikörpern im Serum des Empfängers gegen Oberflächenmerkmale des potentiellen Spenders, die zu einer Abstoßung führen können. Grund dafür sind bereits erfolgte Transplantationen, Transfusionen oder Schwangerschaften, die die Patienten gegen Fremdantigene immunisiert haben.

Technologische Fortschritte wie die Sequenzierung von Genabschnitten und das Luminex-Verfahren lassen inzwischen die Gewebetypisierung immer präziser und die Antikörpersuche immer genauer werden. Die hoch auflösende Diagnostik sollte helfen, das Risiko einer Abstoßung bereits vor der Transplantation abzuschätzen und die Suche nach einem kompatiblen Organ zu erleichtern. Doch nicht selten werfen die zusätzlichen Informationen, die wir durch die neuen Techniken gewinnen, auch viele Fragen nach der möglichen klinischen Relevanz auf. Hilfreich bei der Interpretation der Befunde sind die Spezifität der Antikörper und Hinweise auf die Exposition z.B. mit Antigenen des Spenders oder Ehemanns. Insbesondere bei hoch immunisierten Patienten ist die genaue Kenntnis der Gewebeantigene, gegen die der Patient

nicht reagiert, oftmals der einzige Weg, ein kompatibles Organ auszuwählen.

Die modernen Methoden haben inzwischen ihren festen Platz in der Routinediagnostik. Inwieweit sie jedoch den heutigen Standard der cytotoxischen Zelltestung ablösen werden, ist derzeit noch Gegenstand klinischer Studien.

Dr. Teresa Kauke

*Ludwig-Maximilians-Universität, Chirurgisches Klinikum Großhadern,
Marchioninistr. 15, 81377 München*

Multiviszeraltransplantation in Berlin

Andreas Pascher

Nach wesentlichen Fortschritten in der immunsuppressiven Therapie etablierte unser Zentrum im Jahre 2000 die Dünndarm (DDTx)- und Multiviszeraltransplantation (MVTx). Bis zum jetzigen Zeitpunkt wurden 24 Patienten dünn darmtransplantiert. Ein Viertel dieser Patienten erhielt auf Grund von sekundären Organkomplikationen der dauerhaften parenteralen Ernährung eine MVTx.

Unter einer Multiviszeraltransplantation versteht man die kombinierte Transplantation des Dünndarms mit Magen, Duodenum und Pankreas; in der Regel ist auch die Leber Bestandteil des Transplantates. Je nach individueller Erkrankungssituation können ggf. weitere Organe, wie z.B. rechtes Hemicolon und Niere mittransplantiert werden.

Patienten, die zur Multiviszeraltransplantation vorgestellt werden, weisen in den meisten Fällen eine deutlich höhere Morbidität auf als Patienten zur isolierten Dünndarmtransplantation und stellen daher bereits in der Prätransplant-Phase eine erhebliche medizinische Herausforderung dar. Dies spiegelt sich auch in einer hohen Wartelistenmortalität wider.

Überdies stellt die MVTx eine Herausforderung an die Operationstechnik, das perioperative anästhesiologische Management als auch die postoperative intensivmedizinische Betreuung dar. Auf Grund der hohen präoperativen Morbidität tragen die Patienten ein erhöhtes Risiko für postoperative Komplikationen einschließlich pulmonaler Infekte und opportunistischer Erkrankungen.

In der Präsentation wird die bisherige Erfahrung des Dünndarm- und Multiviszeraltransplantationsprogrammes der Berliner Charité dargestellt und auf die Besonderheiten der Mehrfachorgantransplantation eingegangen

OA PD Dr. Andreas Pascher

Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Zentrum für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Augustenburgerplatz 1, 13353 Berlin, E-Mail: andreas.pascher@charite.de

Postoperative Intensivpflege bei Dünndarm- und Multiviszeraltransplantation

E. Dähnert, S. Göldnitz

In unserem Vortrag erläutern wir unsere Erfahrungen in der postoperativen intensivmedizinischen Pflege von PatientInnen mit einer Dünndarm-/Multiviszeraltransplantation (DDTX). Der postoperative Verlauf von DDTX-PatientInnen ist komplex und aufgrund der hohen Immunsuppression mit hohen Risiken verbunden, deswegen ist die Pflege aufwendig und anspruchsvoll. Eine wichtige Aufgabe der intensivmedizinischen Pflege ist die Prävention bzw. Eindämmung von Infektionen, um ein Transplantatversagen zu verhindern. Wir fokussieren dabei auf die ersten 24h nach der Transplantation. In diesem Zeitraum werden wichtige Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe begonnen und somit Grundlagen für die postoperative Stabilisierung und Rekonvaleszenz gelegt. Außerdem stellen wir andere Teilaspekte der postoperativen Pflege in Hinblick auf Infektionen vor. Dazu gehören u. a. Atemtraining, Körperpflege und eine frühzeitige enterale Ernährung. Ein weiterer Schwerpunkt unserer Arbeit im Rahmen der Infektionsprophylaxe liegt in der Beurteilung und Pflege der postoperativen Drainagen wie der Ernährungs-sonde oder des Ileostomas.

Enrico Dähnert

Fachkrankenschwester, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Zentrum für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie, Augustenburgerplatz 1, 13353 Berlin

E-Mail: enrico.daehnert@charite.de

Pflege nach Multivisceraltransplantation – periphere Station

Frank Tielo

Wie im Vortrag von Herrn PD Dr. Pascher erläutert wurde, ist die präoperative Morbiditätsrate ein erhöhtes Risiko. Darum ist es unsere Aufgabe, den Patienten durch Vorgabe von Hygieneleitlinien zum Selbstschutz anzuleiten, um mehr Selbstsicherheit zu gewinnen. Es wird großer Wert auf die richtige Ernährung und eine konsequente Kontrolle der Trinkmenge gelegt.

Auf Grund unserer Erfahrungen mit einer großen Anzahl an Leber- und Dünndarmtransplantierten vermitteln wir auch den Multivisceraltransplantierten Patienten ein fundiertes Wissen, das ihnen das Leben nach der Entlassung aus dem Krankenhaus erleichtert.

Das selbständige Medikamentenstellen und Einnahme sowie der sichere Umgang mit dem künstlichen Darmausgang werden durch Hilfe und Anleitung mehrmals am Tage geübt. Die Angehörigen werden in alle Maßnahmen soweit wie möglich mit einbezogen.

Wir möchten unser gesamtes Wissen weitergeben und somit ein Stück Lebensqualität sichern, und unsere Leistung nicht als Service verkannt wissen.

Auch beratungsresistente Patienten bedürfen einer Chance.

Mehrfachtransplantierte sind und bleiben etwas ganz Besonderes in der Krankenpflege!

Frank Tielo

Krankenpfleger, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Zentrum für Allgemein-, Visceral- und Transplantationschirurgie, Augustenburgerplatz 1, 13353 Berlin

E-Mail: frank.tielo@charite.de

Diabetes nach Transplantation?! Behandlung, Ernährung und Lebensqualität

E. Eichler, C. Czerwinski

Der Diabetes mellitus nach der erfolgreichen Transplantation stellt die Patienten vor ein oft unvorhersehbares Problem, sowohl in Bezug auf eine schnelle Erkennung, die Behandlung als auch den Umgang mit dem neuen Krankheitsbild.

Der Vortrag zeigt eine Behandlungsstrategie des Fachbereichs Transplantationsmedizin der Müritzklinik auf.

Die Vorteile einer Rehabilitationsklinik, d. h. die Zusammenarbeit von Pflege, Ärzten, Psychologen, Ernährungsberatung, Sporttherapie, Ergotherapie und Sozialarbeit und die gemeinsame Betreuung der Patienten, können hier ideal genutzt werden.

Moderne Medikamente und eine Umstellung bestimmter Verhaltensweisen im Alltag bringen dem Patienten Sicherheit, hohe Lebensqualität und Sicherung des Transplantationserfolges.

Elvira Eichler

*Diät- und Diabetesassistentin DDC, Müritz-Klinik Klink, Am Seeblick 2,
17192 Klink*

E-Mail: Eichler@mueritz-klinik.de

Fit nach Transplantation

Wolfgang Ludwig

Zustand bei/direkt nach der Transplantation

physischer Zustand

- reduziertes Herz-/Kreislaufsystem
- Rückgebildete Muskulatur
- oft geschwächter Knochenbau verbunden mit Knochenschmerzen
- kaum Körpergefühl

psychischer Zustand

- reduziertes Selbstwertgefühl: „Ich kann nichts mehr leisten.“
- soziale Isolation (zum Teil auch von der Familie)
- Angst und Unsicherheiten vor der Zukunft

Was ist Lebensqualität?

- physisches und psychisches Wohlbefinden
- Selbstständigkeit und soziale Integration

Nutzen von Bewegung

- Körperliche Fitness nach Transplantation wiederherstellen
- durch körperliche Fitness Mobilität und Selbstständigkeit zurückgewinnen
- Mehrwert von Bewegung bei Berücksichtigung der Nebenwirkungen der Immunsuppressiva
- Bewegung und Sport als zusätzliches Medikament.

Wie fange ich mit Sport und Bewegung an?

- Bewegung im Alltag
- Keine Überforderung, realistische Ziele
- Überwindung des inneren Schweinehundes
- Mehr als nur Bewegung
- Geeignete Sportarten

TransDia e.V.

– Kurzvorstellung

Wolfgang Ludwig

Arnheimweg 28, 48161 Münster

E-Mail: ludwig@transdiaev.de

www.transdiaev.de

Physiotherapeutische Herausforderungen nach beidseitiger Armtransplantation

Heidemarie Geier

Im Juli 2008 ist in München weltweit die erste allogene Oberarm-Transplantation erfolgreich durchgeführt worden. Sieht man einmal von der chirurgischen und immunologischen Herausforderung ab, steht die Physiotherapie mit ihren komplexen Anforderungen im Mittelpunkt der postoperativen Therapie.

In der frühen p.o. Phase galt zunächst der Mobilisation des Patienten das primäre Interesse.

Die Grundproblematik besteht jedoch darin, dass die Nervenregeneration erfahrungsgemäß nur 1 mm/Tag beträgt und die Muskeldegeneration in der Regel jedoch deutlich schneller eintritt. Mit dem Anspruch der Verhinderung degenerativer Veränderungen und der kognitiven Reintegration der Transplantate wurde deshalb ein komplexes aufeinander abgestimmtes Konzept entwickelt, das aus den nachfolgend aufgeführten therapeutischen Komponenten besteht:

- Intensive passive Bewegungsübungen mit Techniken aus der „Manuellen Therapie“ zur Verhinderung von Kontrakturen an den Schulter-, Ellbogen-, Hand- und Fingergelenken.
- Einsatz von „Weichteiltechniken“ zur Vermeidung von Muskelverkürzungen.
- „Elektrostimulation“ der Muskulatur mit dem Ziel der Vermeidung von Muskeldegeneration und Erhalt der Kontraktionsfähigkeit.
- „Manuelle Lymphdrainage“ als primäre Maßnahme zur Verhinderung bzw. Reduzierung von Flüssigkeitseinlagerungen in das Weichteilgewebe infolge initial fehlender Muskelpumpe.
- „Kognitiv therapeutische Übungen (nach Perfetti)“ zur Anbahnung der Motorik und Förderung der Sensorik.
- „Geräte- und Aquatraining“ im Sinne einer Haltungs- und Gehschulung zur Komplettierung des Körperschemas.

Nach über einem Jahr intensiver Physiotherapie hat der Patient sukzessive Fortschritte gemacht.
Wir berichten über die therapeutischen Grundprinzipien sowie Ergebnisse und bewerten diese kritisch.

Heidmarie Geier

*Haldenweg 22, 87700 Memmingen
heidmarie.geier@klinikum-memmingen.de*

Tipps zu sozialen und staatlichen Unterstützungsmöglichkeiten für Patienten nach Transplantation

Daniela Süßkind

Patienten stehen nach einer Transplantation völlig unerwarteten Dingen gegenüber. Vieles muss geregelt werden, um ein neues Leben zu beginnen.

- Wie kann der Alltag gemeistert werden, welche staatlichen Unterstützungsmöglichkeiten gibt es?
- Welche Rehabilitationsmaßnahmen sind nützlich?
- Wer hilft bei der Statusfeststellung zur Pflegeversicherung oder zur Anerkennung als Schwerbehinderter?
- Es sind Fragen der Frühverrentung mit den Leistungsträgern zu klären.
- Rehabilitation: Anspruchsvoraussetzungen, Unterscheidung AHB/Rehabilitation
- Frühberentung: Voraussetzungen, Unterscheidung zwischen voller und teilweiser sowie unbefristeter und befristeter Frühberentung
- Pflege: Voraussetzungen, Geld-/Sachleistungsprinzip
- Schwerbehinderung: Voraussetzungen

Erste Fragen beantworten die Sozialdienste im Krankenhaus und in den Rehabilitationseinrichtungen. Von den Erfahrungen aus dem Krankenhaus wird dieser Vortrag berichten.

Daniela Süßkind

Diplom-Sozialpädagogin, Charité Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow Klinikum, Augustenburgerplatz 1, 13353 Berlin

E-Mail: daniela.suesskind@charite.de

Überwachung nach Transplantation auf der peripheren Station nach Nieren- und Lebertransplantation

Jamila Bouzardaoui, Lara Marks

Wir möchten mit unserem Vortrag einen Einblick über die Pflege nach Transplantation an unserer Klinik geben.

Inhalte:

1. Intensivübernahme
2. Vitalparameter
3. Bilanz/Urin
4. Verschiedene Drainagen
5. Hygienemaßnahmen
6. Medikamente
7. Ernährung

Ziele:

Vermitteln des Pflegestandards an Pflegende und dabei besonders an neue Kollegen.

Besonderheiten und Probleme nach Nierentransplantation auf der peripheren Station. Nach zum Beispiel langjähriger Dialyse fällt es einigen Patienten schwer, selbstständig mit dem „neuen Organ“ umzugehen.

Besonderheiten und Probleme nach Lebertransplantation mit verlängerter postoperativer Verweildauer auf der peripheren Station auf Grund von zum Beispiel mangelnder oraler Nahrungsaufnahme.

Für den Patienten:

- Steigerung der Patientenzufriedenheit
- Compliance des Patienten fördern
- Angstabbau
- Sicherheit und neue Lebensqualität mit dem „neuen Organ“ steigern

Zusammenfassung:

Es ist wichtig, dass die Pflege nach Transplantation nach einem speziellen Standard arbeitet, damit die Patienten eine professionelle Betreuung erhalten. Denn nur speziell ausgebildetes Pflegepersonal kann zum Beispiel trotz reduzierter Anzahl von Pflegekräften die Qualität nach Organtransplantation „halten“.

Jamila Bouzardaoui

Krankenschwester, Chirurgische Intensivstation 1B (Ebene 1), Klinikum der Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Visceralchirurgie, Kerperner Str. 62, 50924 Köln

E-Mail: jamila.bouzardaoui@uk-koeln.de

Postoperative Patientenschulung nach Nieren- und Lebertransplantation

Lara Marks

Mit meinem Vortrag möchte ich einen Einblick in die Patientenschulung auf der peripheren Station an unserer Klinik geben.

Es werden Leber-, Nieren- und Pankreastransplantationen durchgeführt.

Nieren: Lebend- und Leichenspende

Inhalte der Patientenschulung:

1. Hygienemaßnahmen
2. Medikamentenschulung
3. Vitalparameter
4. Bilanz
5. andere Schulungsmöglichkeiten
6. Abstoßungszeichen
7. Entlassungsmanagement
8. Nachsorge

Ziele:

Nur bei Patienten, die direkt nach der Transplantation speziell geschult werden, kann eine eventuelle Non-Compliance reduziert und die Langzeitprognose des Organüberlebens verbessert werden.

Außerdem sollen Pflegestandards nach Transplantation auf der peripheren Station an Pflegende vermittelt werden.

Für den Patienten

Generell: anleiten, unterstützen, motivieren, kontrollieren

- Kennenlernen der verschiedenen Schulungsinhalte und Möglichkeiten
- Angstabbau
- Lebensqualität mit dem „neuen Organ“ verbessern
- Selbstständigkeit steigern

Zusammenfassung:

Die Notwendigkeit der speziellen Pflege nach Organtransplantation auf der peripheren Station erfordert ein Pflegepersonal, das in der Transplantationspflege speziell geschult ist. Nur dann ist professionelle Patientenschulung nach Standard möglich.

Die Wichtigkeit der Patientenschulung bedeutet, dass der Patient „sicher“, gut und möglichst selbstständig (+ Angehörige) geschult nach Hause entlassen wird.

Lara Marks

*Krankenschwester, Wundberaterin, Algesiologische Fachassistenz der DGSS, Transplantationsbeauftragte der Station 18/2 (Ebene 18), Klinikum der Universität zu Köln, Klinik und Poliklinik für Viszeralchirurgie, Kerpener Str. 62, 50924 Köln
E-Mail: lara.marks@uk-koeln.de*

Transplantation und Partnerschaft: Mögliche Auswirkungen und Problemfelder

Ilka Ahrent

Jede Erkrankung mit ihren dazugehörigen Beeinträchtigungen bedeutet gleichermaßen auch eine Auswirkung auf die bestehende Partnerschaft. Dabei stellen jahrelange Krankheiten und deren Folgen schwerste Belastungen dar, die von beiden Partnern getragen werden müssen. Dies gilt gerade auch für den Bereich der Transplantation.

Das Hauptaugenmerk wird dabei auf die Situation des kranken Partners gelegt. Doch insbesondere auch der gesunde Partner gerät häufig in eine schwierige emotionale Lage, innerhalb derer er versucht, Hilfe und Unterstützung in vielerlei Hinsicht zu geben und die Rolle einer starken und stützenden Begleitung einzunehmen. Dabei besteht die Gefahr, durch die erlebte chronische Belastung selbst Symptome der psychovegetativen Erschöpfung bzw. der Depression zu entwickeln und somit auch zu erkranken. Problematisch kann die partnerschaftliche Situation zudem dann werden, wenn der kranke Partner wiederum Gefühle der Zerrissenheit zwischen dem Wunsch nach Verständnis sowie der Angst, nur noch Ballast zu sein, entwickelt. Allzu schnell besteht dabei die Gefahr der Isolation, wenn beide Partner dazu tendieren, ihre Sorgen mit sich selbst auszumachen und sich zu verschließen. Die Lebensqualität sinkt und möglicherweise potenzieren sich partnerschaftliche Probleme.

Jede Phase der Transplantation hegt besondere Eigentümlichkeiten bzw. Anforderungen an die Partnerschaft. So fühlen sich Angehörige bereits oft während der Wartezeit schon mitverantwortlich für das Wohlergehen des Patienten und versuchen, den Partner weitestgehend zu unterstützen. Nach der Transplantation überwiegen oftmals starke positive Gefühle, wie Freude und Hoffnung. Jedoch kann nunmehr auch der gesunde Partner erschöpft und kraftlos sein, so dass schnell

die Gefahr von Spannungen und Missverständnissen gegeben ist. Resultieren kann ein Dilemma, welches beide mit Gefühlen zwischen Anhänglichkeit und Unabhängigkeit erleben können.

In der Nachsorge der transplantierten Patienten sind wir innerhalb der Arbeit in unserer Klinik mit den Gedanken und Gefühlen der Patienten vertraut. Aber auch häufig begleiten Angehörige den Aufenthalt in der Klinik, die ihrerseits ihre Empfindungen darlegen und nach Bewältigungsmöglichkeiten suchen. Hilfreiche Unterstützungen wie eine „lebendige“ Beziehungspflege, offene Kommunikationsmöglichkeiten, der Versuch der Perspektivenübernahme sowie feste Regeln und Absprachen sind dann wiederholt Themen, die gemeinsam bearbeitet und auch geübt werden können. Fallbeispiele greifen die tiefen Gefühle auf, die beide Partner innerhalb der Phasen der Transplantation erleben können.

Studien wie die von Laederach-Hofmann, Bunzel et. al (2002) belegen die Veränderungen in der Paarbeziehung nach Transplantation von Herz, Leber oder Niere sowie die Schwierigkeiten bzw. Unterschiede im emotionalen Bereich, in der Rollenfindung und der Kommunikation. Zu einer gelungenen Transplantation und zum langfristigen Erhalt des Spenderorgans gehört eine gute Adhärenz. Für diese wiederum kann auch die Partnerschaft eine wichtige Schlüsselfunktion sein und in positiver Hinsicht Einfluss ausüben. Somit sollte im Rahmen der Transplantation der Blick auch auf das Umfeld und deren Sichtweisen und Erleben gelenkt werden. Leider gibt es im Klinikalltag hierfür nur selten Gelegenheit. Vielleicht können wir hier ein Forum finden, gemeinsam über mögliche Auswirkungen der Transplantation auf die Partnerschaft zu diskutieren.

Literatur

Laederach-Hofmann, K., Bunzel, B., Freundorfer, E., Schubert, M.-T. (2002) Veränderung der Paarbeziehung nach Organtransplantation: Vergleich von Herz-, Leber- und Nierentransplantation. PPM Psychotherapie Psychosomatik med. Psychologie 52, 5-15.

Maisch, A. (2007) In: http://www.welt.de/wissenschaft/article1238080/Wenn_der_Partner_chronisch_krank_ist.html

Smeritschnig, B., Freundorfer, E. In: http://www.oegkv.at/uploads/media/freundorfer_smeritschnig.pdf

Sperner-Unterweger, B. In: http://www.lungentransplantation.at/downloads/pub_

psychetransplantation.pdf
Weiss, T. In: <http://weiss.de/krankheiten/fibro/symptome/partnerschaft/>

Ilka Ahrent

Diplom-Psychologin, Müritz-Klinik Klink, Am Seeblick 2, 17192 Klink

E-Mail: Ahrent@mueritz-klinik.de

Bösartige Tumore nach Organtransplantation

Stephan Böhm

Unsere organtransplantierten Patienten werden immer älter. Zum einen, weil auch ältere Menschen häufiger noch transplantiert werden, zum anderen, weil die Überlebensrate der Organe immer länger wird. Das spricht natürlich für die Transplantationsmedizin, bedingt jedoch auch ein zunehmendes Problem: Hauttumore werden in Zukunft häufiger zu beobachten sein. Nicht nur vermehrte Sonneneinstrahlung, sondern auch genetische Veranlagung und schlicht und ergreifend das Alter erhöhen das Risiko, an Hauttumoren zu erkranken. Zudem ist bei Transplantierten der natürliche Reparaturmechanismus durch die vielfältige Immunsuppression nachhaltig gestört. So ist das allgemeine Krebsrisiko bei Immunsupprimierten um ein Vielfaches erhöht. Doch anders als bei den Tumoren der inneren Organe und des Blutes kann der Patient bei der Haut aktiv sein Krebsrisiko vermindern und auch Tumore selbst mit entdecken helfen. So unterliegt es seiner Verantwortung bereits vor, aber auch nach der Transplantation, einen effektiven Sonnenschutz zu pflegen. Tägliche Verwendung von Sunblockern und strahlungshemmende Kleidung (Sonnenhut, Kleidung mit Lichtschutzfaktor), aber auch einfaches Fernhalten aus der Sonne haben einen großen Einfluss auf das individuelle Hautkrebsrisiko. Doch was tun, wenn der Tumor trotzdem entsteht? Bei den meisten Hauttumoren ist die Früherkennung extrem wichtig, da es oft erst später zu einer Metastasierung kommt und sich somit die Therapie noch viel einfacher gestaltet. Auch hier ist der Patient gefragt. Häufige Untersuchungen der Haut und vor allem der bestehenden Hautmale können eine Veränderung rechtzeitig erkennen lassen. Sensibilität und Fachwissen ist jedoch auch vom medizinischen Personal gefragt. Das Poster soll also alle ansprechen und

anregen, die mit Transplantation und immunsupprimierten Personen zu tun haben.

Stephan Böhm

*Fachkrankenschwester Nephrologie, Universitätsklinikum Erlangen, Nephrologische Allgemeinstation (M4N), Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen
E-Mail: pa_ste@web.de*

Ziele und Auswirkungen der Pathways in der Pflege

Angela Cepancic

Ziele:

- Optimierung von Ressourcenverfügbarkeit
- Abbau von nicht notwendigen Leistungen
- Optimierung der Ablauforganisation
- Erfassung und Evaluierung von Abweichungen in der Behandlung
- Transparente Darstellung aller Abläufe des Gesamtprozesses und relevanter Teilabschnitte

Stationsablauf:

- Präoperativ
 - Dialyse
 - EKG
 - Rö-Thorax
 - Patienten-Aufnahme
 - Vorbereitung OP-Papiere und OP-Medikation
 - Patienten- und Nierentransfer in den OP
- Postoperativ
 - Wundkontrolle
 - Drainage/EF-Kontrolle
 - Kontrolle Vitalparameter
 - Labor: Nephroblock, BB, Cya-Spiegel (PEAK)
 - Bilanzierung
 - Ernährung
 - Medikation: Immunsuppressiva, SX-Medikation, Infektionsprophylaxe, sonstige Medikation
 - Krankengymnastik (durch Pflege):
 - Atemtherapie,
 - Mobilisation, Thromboseprophylaxe

- Besonderheiten
 - 3 p.OP Tag: Decortin 50mg 1x tgl.
 - 4 p.OP Tag: Redon ex
 - 5 p.OP Tag: DK ex
 - 6 p.OP Tag: Crea/HST aus EF
EF ex (Drain/HST Serumequivalent)
 - 8 p.OP Tag: Schulung des Pat. bzgl. Medikation
 - 9 p.OP Tag: Decortin Reduzierung auf 25mg 1x tgl.

- Entlassungsmanagement
 - Klinikapotheke informieren
 - Medikamentenliste an die Hausapotheke faxen
 - Vorbereitung der Entlassungspapiere
 - Planung der poststationären Untersuchungen

Angela Cepancic

Universitätsklinikum Mannheim, Transplantationsstation 2-11, Theodor-Kutzer-Ufer, 68167 Mannheim

E-Mail: cepancic@aol.com

Patientencompliance – eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Therapie

Elke Pforte

Die Compliance des Patienten ist ein wichtiger und entscheidender Bestandteil für eine erfolgreiche Funktion des transplantierten Organs. Ohne die kontinuierliche, lückenlose medikamentöse Unterdrückung des körpereigenen Immunsystems würde dieses sofort beginnen, das „fremde“ Organ anzugreifen und zu zerstören.

In Bezug auf die Compliance gibt es vier verschiedene Grundtypen an Patienten:

der disziplinierte Patient: Er hat einen geregelten Tagesablauf und ist auf eine regelmäßige Medikamenteneinnahme bedacht.

der sorglose Patient: Er hat keinen geregelten Tagesablauf, lebt gerne in den Tag hinein, plant Unternehmungen kurzfristig und entscheidet sich oft spontan.

der vergessliche Patient: Vergesslichkeit hat viele Gründe: berufliche oder private Belastung, Erkrankungen, höheres Alter oder einfach die Veranlagung. Vergesslichkeit kann viele Bereiche des Lebens betreffen.

der mündige Patient: Er sucht intensiv nach Informationen über seine Krankheit und beschäftigt sich mit diesen gründlich. Er hat ein hohes Maß an Wis-

sen über seine Krankheit und die Medikamente. Bei Therapieentscheidungen möchte er mitbestimmen.

Die Compliance ist oftmals abhängig vom Bildungsniveau und dem Interesse des Patienten bezüglich des Krankheitsverlaufs. Teilweise spielt auch das Alter des Patienten eine entscheidende Rolle (z.B. die Pubertät). Das Vertrauen und die enge Zusammenarbeit von Arzt, Patient und Pflegepersonal sind ein ebenso entscheidender Aspekt.

Oftmals ist die Ursache einer Non-Compliance im Verarbeitungsprozess der Transplantation oder der fehlenden psychischen Verarbeitung der Grunderkrankung zu suchen. Solche Probleme können nur mit Hilfe einer kompetenten, fachspezifischen psychologischen Betreuung bewältigt werden.

Elke Pforte

Fachschwester für Nephrologie, Universitätsklinikum Jena, Urologische Wachstation/NTZ, 07740 Jena

Advanced Practice Nursing (APN) in der Medizinischen Universitätsklinik Freiburg.

Pflegerische Betreuung nierentransplantierte Patienten in der Abteilung 4 (Nephrologie und Allgemeine Medizin)

*Anne Rebafka, Monika Hasemann,
Albrecht Kramer-Zucker*

In der Universitätsklinik Freiburg wird die Nachsorge nierentransplantierte Patienten von der Abteilung IV (Nephrologie und Allgemeine Medizin) der Medizinischen Universitätsklinik übernommen. Dabei sind in der Regel die Transplant-Ambulanz und – bei Komplikationen – die nephrologischen Stationen involviert.

Bei der pflegerischen Versorgung der transplantierten Patienten fielen folgende **Problemstellungen** auf:

Diskontinuität im Behandlungsverlauf

- Es kommt immer wieder zu Irritationen von Patienten und Angehörigen bzgl. Standards und Vorgehensweisen
- Schnittstellenproblematik Station – Ambulanz: Zwischen den betreuenden Stellen findet kein systematischer pflegerischer Austausch statt

Lücken in der pflegerischen Versorgung

- Patienten haben keinen festen pflegerischen Ansprechpartner, sondern werden in den verschiedenen Bereichen unabhängig voneinander betreut
- Schnittstellenproblematik: Station – Ambulanz – Dialyse

- „Radar-Syndrom: Patienten erscheinen auf dem Schirm, werden behandelt und verschwinden wieder“ (vgl. Dobbels, 2009)

Fehlen eines kompetenten pflegerischen Ansprechpartners für andere Berufsgruppen

Diese Problemstellungen sollen durch eine Pflegeexpertin verringert werden, die im Sinne von APN agiert. Unter APN (advanced practice nurse) versteht man laut dem International Council of Nurses (ICN) „eine examinierte Pflegekraft [...], die Expertenwissen erworben hat, komplexe Entscheidungen treffen kann und über klinische Kompetenzen für eine erweiterte Pflegepraxis verfügt, [...]. Als Zugangsvoraussetzung wird ein Mastertitel empfohlen“ (International Council of Nurses, 2005)).

Die **Ziele** der Einführung von APN sind:

- Die Spezialisierung der Pflegeexpertin auf die Patientengruppe der Nierentransplantierten
- Das Schaffen eines kontinuierlichen, kompetenten Ansprechpartners für Patienten und Angehörige, Pflegenden und andere Berufsgruppen
- Die Beratung und Unterstützung von Patienten, Angehörigen und Pflegenden bei besonders komplexen Pflegesituationen im stationären wie im ambulanten Bereich
- Die Verbesserung der pflegerischen Betreuung, vor allem hinsichtlich Schnittstellen in der Pflege und multidisziplinärer Zusammenarbeit
- Die Evidenzbasierung pflegerischen Handelns
- Die Weiterentwicklung pflegerischer Kompetenz

Die **Kernkompetenzen und Tätigkeiten** der APN mit Schwerpunkt NTx liegen dabei in folgenden Bereichen (vgl. Schober & Affara, 2008):

- Direkte Pflege
Die Pflege und Betreuung der Nierentransplantierten steht im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit
- Klinische & berufspolitische Führungsqualitäten
Teilnahme an interdisziplinären Besprechungen der Medizin/Transplantationschirurgie
- Forschungsfähigkeiten
Identifikation pflegerischer Problemstellungen.
Feststellen des aktuellen state-of-the-art

- Erarbeiten möglicher Vorgehensweisen am UKF in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst
- Coaching & Führungsqualitäten
 - Entwicklung von Standards für transplantierte Patienten im stationären und ambulanten Bereich
 - Planung und Durchführung von Fortbildungen
 - Fähigkeit, Beratungen durchzuführen
 - Kontaktaufnahme mit den Patienten so früh wie möglich
 - Entwicklung von Schulungsmaterial zu relevanten Themen, Patientenschulung
 - Kontaktperson für Patienten und Angehörige auch zwischen Klinik- bzw. Ambulanzbesuchen
 - Hinweis der Patienten auf Unterstützungsmöglichkeiten (Selbsthilfegruppen, Hilfsmittel)
 - Fähigkeit zur Zusammenarbeit
 - Verbindungsglied zwischen den einzelnen Bereichen (Dialyse, Station und Ambulanz)
 - Leben eines multiprofessionellen Betreuungsansatzes
 - Ethische Entscheidungsfindung
 - Unterstützung von Patienten und deren Angehörigen und Pflegenden bei ethischen Fragestellungen

Literatur

- Dobbels, F. (2009). Principles of chronic illness management in transplantation. Paper presented at the International Symposium of Transplant Nursing. Current Practice, Future Challenges.
- International Council of Nurses (2005). Regulation Terminology. Retrieved 13.07.2009, from http://www.icn.ch/Regulation_Terminology.pdf
- Schober, M., & Affara, F. (2008). Advanced Nursing Practice (ANP). Bern: Huber.

Anne Rebafka

RbP (Gesundheits- und Krankenpflegerin), Diplom-Pflegewirtin (FH), PGDip, Universitätsklinikum Freiburg, Pflegeexpertin Medizin, Abteilung II und IV, Hugstetterstr. 55, 79106 Freiburg
E-Mail: anne.rebafka@uniklinik-freiburg.de

Checkliste nach Transplantation

Elke Scholz-Zeh

Die Checkliste gibt einen kompakten Überblick zu wichtigen Hygienemaßnahmen, der notwendigen Dokumentation der Vitalwerte und Hinweise zur Medikamenteneinnahme sowie allgemeine Verhaltenshinweise unmittelbar nach einer Herztransplantation.

1. Hygiene

- besonders wichtig: richtige Händedesinfektion (vor dem Essen, nach Toilettengang, nach Kontakt mit Keimträgern, Tieren etc.)
- Hinweise zum Wie: genügend Desinfektionsmittel gründlich verteilen, verreiben und mind. 30 sec. einwirken lassen
- außer Haus möglichst immer eine kleine Flasche Desinfektionsmittel mitführen

2. Mundschutz

Es ist besonders wichtig, den Mundschutz auf dem Nasenrücken richtig anzuformen und bis unter das Kinn zu ziehen, damit er richtig anliegt und optimalen Schutz gibt.

3. Handschuhe

Schutzhandschuhe sind zunächst außerhalb des Zimmers bzw. der Wohnung zu tragen.

Für Küchenarbeiten und sonstige Tätigkeiten mit Händeverschmutzung werden Einmal-Gummihandschuhe empfohlen.

4. Vitalwerte

Tägliche Dokumentation von Gewicht, Blutdruck, Puls und Temperatur. Sofortige Arztkonsultation bei Fieber, Durchfall (länger als 2 Tage) sowie schneller Gewichtsveränderung.

5. Medikamente und allgemeine Hinweise

- regelmäßige, pünktliche Tabletteneinnahme immer zur gleichen Zeit, praktisch ist eine Wochenbox
- pünktliche Anwendung der Pilzprophylaxe
- Mundhygiene, insbesondere 2-mal tägl. Zähneputzen
- Atemtraining mit Atemtrainergerät
- Sport und Bewegung langsam steigern, nicht überlasten!
- Ernährungshinweise: wenig Zucker, wenig Fett, keine Grapefruit/frische Erdbeeren, kein rohes Fleisch, keine Salami oder roher Schinken, alles gut durchgaren, besondere Küchenhygiene
- Gartenarbeit vermeiden
- Infektionsgefahr beim Umgang mit Tieren (insb. Haustieren) beachten!

Elke Scholz-Zeh

*Krankenschwester HTX-Station F 2, Herzzentrum Leipzig, Strümpellstr.
39, 04289 Leipzig*

E-Mail: elkescholz@email.de

Postoperative Wundheilungsstörungen nach thorakaler Organtransplantation

*Paula Weishäupl-Karstens, P. Zardo, A. Haverich,
I. Kutschka*

Hintergrund:

Wundheilungsstörungen und Wundinfektionen nach Organtransplantation stellen gerade aufgrund der erforderlichen Immunsuppression eine große Herausforderung im klinischen Alltag dar. Häufig anzutreffende Komorbidität wie insulinpflichtiger Diabetes mellitus (IDDM), chronische Niereninsuffizienz mit und ohne passagere Hämodialyse sowie schlechter Allgemein- und Ernährungszustand oder auch die Besiedlung mit multiresistenten nosokomialen Keimen erfordern den Einsatz innovativer Therapiestrategien.

Ziele:

Primäre Ziele

- Lokale Infektkontrolle
- Verhinderung des Übergreifens auf benachbarte Strukturen
- Wenig invasive Eingriffe

Sekundäre Ziele

- Mikrobielle Sanierung
- Wundverschluss (operativ/konservativ)

Methoden:

Wir präsentieren das Therapiekonzept in 4 Fällen immunsupprimierter Patienten nach thorakaler Organtransplantation, die im postoperativen Verlauf eine tiefe Wundinfektion mit Nachweis von Problemkeimen entwickelten.

Paula Weißhäupl-Karstens

*Fachkrankenschwester, Medizinische Hochschule Hannover, Herz-Thorax-Chirurgie Intensiv, Stat. 74, Carl-Neuberg-Str. 1, 30623 Hannover
E-Mail: paula.karstens@t-online.de*

Jugendfreizeit für transplantierte Jugendliche

Meike Franke

Die Ergebnisse der Lebertransplantation bei Jugendlichen haben gezeigt, dass eine Schulung sehr wichtig ist, um die Kinder und Jugendlichen auf ihre Selbständigkeit vorzubereiten. Vor diesem Hintergrund hat die Kinderhilfe-Organtransplantation KiO sich angeboten, Seminare für Kinder und Jugendliche ohne Begleitung der Eltern zu finanzieren. Durch meine 30-jährige Tätigkeit in der Pflege und psychosozialen Betreuung (Brückenschwester) für leber- und nierentransplantierte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene war ich gerne bereit dieses Projekt der KiO zu unterstützen. Seit 2006 begleite ich diese Seminare und bin bemüht, die Eltern auf die Wichtigkeit dieser Seminare für die Kinder hinzuweisen.

Das Seminar für die Jugendlichen enthält:

- 1.) ein erlebnispädagogisches Programm, organisiert von der Gruppe Roots e.V. Um das Selbstvertrauen zu stärken, werden Aktionen wie Klettern, Abseilen, Höhlenwanderung usw. unternommen.
- 2.) ein psychologisches Programm. Dieses wird ebenfalls von psychologisch ausgebildetem Personal von Roots e. V. gestaltet. Für die medizinischen und psychosozialen Aspekte bin ich als Ansprechpartner zusammen mit einem Arzt tätig.

Es werden verschiedene Punkte zum Thema Transplantation abgehandelt:

- Eigenverantwortung - Medikamenteneinnahme, Drogen, Alkohol, Rauchen,
- Vertrauen zwischen Eltern, Jugendlichen und med. Personal, Zukunftsaussichten - Beruf, Familienplanung sowie Gleichstellung zu anderen Altersgenossen.

Die Gespräche finden in ungezwungener Atmosphäre statt. Außerdem erzählt jeder Teilnehmer seine Lebensgeschichte unter dem Aspekt Lebenslinien. Schließlich wird nachgefragt, wo die individuellen Stärken und Schwächen liegen. Diese Seminare führen dazu, dass sich die Compliance verbessert, das Selbstwertgefühl gestärkt wird und sich ein besseres Verständnis der immunsuppressiven Therapie entwickelt.

Meike Franke

*Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Brückenschwester, Psychosoziale Betreuung, Arnold-Heller-Straße 3 (Haus 9), 24105 Kiel
E-Mail: Meike.Franke@uk-sh.de*

Autorenverzeichnis

Ilka **Ahrent**

Diplom-Psychologin
Müritz-Klinik Klink
Am Seeblick 2
17192 Klink
ahrent@mueritz-klinik.de

Stephan **Böhm**

Fachkrankenschwester Nephrologie
Universitätsklinikum Erlangen
Nephrologische Allgemeinstation
(M4N)
Krankenhausstr. 12
91054 Erlangen
pa_ste@web.de

Jamila **Bouzardaoui**

Krankenschwester
Chirurgische Intensivstation 1B
seit 01.07.2009 (Ebene 1)
Klinikum der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für
Visceralchirurgie
Kerpener Str. 62
50924 Köln
jamila.bouzardaoui@uk-koeln.de

Angela **Cepanic**

Universitätsklinikum Mannheim
Transplantationsstation 2-11
Theodor-Kutzer-Ufer
68167 Mannheim
cepanic@aol.com

Cornelia **Czerwinski**

Krankenschwester
Abteilung für Urologie und
Transplantation
Müritz-Klinik Klink
Am Seeblick 2
17192 Klink
CyCzerwinski@web.de

Enrico **Dähnert**

Fachkrankenschwester
Charité Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow Klinikum
Zentrum für Allgemein, Visceral-
und Transplantationschirurgie
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin
enrico.daehnert@charite.de

Elvira **Eichler**

Diät- und Diabetesassistentin
DDG
Müritz-Klinik Klink
Am Seeblick 2
17192 Klink
Eichler@mueritz-klinik.de

Hedwig Francois-Kettner
Pflegedirektorin
Charité Universitätsmedizin
Berlin
Charitéplatz 1
10117 Berlin
francois-kettner@charite.de

Meike Franke
Universitätsklinikum
Schleswig-Holstein
Brückenschwester
Psychosoziale Betreuung
Arnold-Heller-Str. 3 (Haus 9)
24105 Kiel
Meike.Franke@uk-sh.de

Katholischer Pfarrer Horst Freyer
Dipl.-Theologe
Krankenhausdekan
Leiter des Arbeitskreises Hospiz-
seelsorge im Erzbistum Berlin

Heidemarie Geier
Haldenweg 22
87700 Memmingen
heidemarie.geier@klinikum-
memmingen.de

Norbert Gittler-Hebestreit
Dipl.-Pflege- u. Gesundheitswiss.
(Uni) MA Pflegedirektion/GB
Medizinmanagement
Universitätsklinikum Jena
07740 Jena
norbert.gittler-hebestreit@med.
uni-jena.de

Silke Göldnitz
Fachkrankenschwester
Charité Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow Klinikum
Zentrum für Allgemein, Visceral-
und Transplantationschirurgie
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin
silke.goeldnitz@charite.de

Matthias Gundlach
Fachpfleger Nephrologie,
Transplantationsbeauftragter
AWO Gesundheitsdienste
gGmbH
Nephrologisches Zentrum
Niedersachsen
Vogelsang 105
34346 Hann.-Münden
m.gundlach@awogsd.de

Dr. Teresa Kauke
Ludwig-Maximilians-Universität
Chirurgisches Klinikum
Großhadern
Marchioninstr. 15
81377 München

Wolfgang Ludwig
Arnheimweg 28
48161 Münster
ludwig@transdiaev.de
www.transdiaev.de

Lara **Marks**
Krankenschwester
Wundberaterin, Algesiologische
Fachassistenz der DGSS,
Transplantationsbeauftragte der
Station 18/2 (Ebene 18)
Klinikum der Universität zu Köln
Klinik und Poliklinik für Viszeral-
chirurgie
Kerpener Str. 62
50924 Köln
lara.marks@uk-koeln.de

Catrin **Meier**
Fachkrankenschwester für
Intensivmedizin und Anästhesie
Kordinatorin
Region Ost
Organisationszentrale
Walter-Koehn-Str. 1a
04356 Leipzig
catrin.meier@dso.de

Univ.-Prof. Dr. P. **Neuhaus**
Direktor des Zentrums für
Allgemein-, Visceral- und
Transplantationschirurgie
Charité Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow Klinikum
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin
peter.neuhaus@charite.de

OA PD Dr. Andreas **Pascher**
Charité Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow Klinikum
Zentrum für Allgemein-, Viszeral-
und Transplantationschirurgie
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin
andreas.pascher@charite.de

Elke **Pforte**
Fachschwester für Nephrologie
Universitätsklinikum Jena
Urologische Wachstation/NTZ
07740 Jena

Anne **Rebafka**
RbP (Gesundheits- und
Krankenpflegerin)
Diplom-Pflegewirtin (FH), PGDip
Universitätsklinikum Freiburg
Pflegeexpertin Medizin
Abteilung II und IV
Hugstetterstr. 55
79106 Freiburg
anne.rebafka@uniklinik-
freiburg.de

Elke **Scholz**
Krankenschwester HTX-Station
F 2
Herzzentrum Leipzig
Strümpellstr. 39
04289 Leipzig
elkescholz@email.de

*Daniela **Süßkind***
Diplom-Sozialpädagogin
Charité Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow Klinikum
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin
daniela.suesskind@charite.de

*Frank **Tiello***
Krankenpfleger
Charité Universitätsmedizin
Berlin
Campus Virchow Klinikum
Zentrum für Allgemein-,
Visceral- und
Transplantationschirurgie
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin
frank.tiello@charite.de

*Paula **Weißhäupl-Karstens***
Fachkrankenschwester
Medizinische Hochschule
Hannover
Herz-Thorax-Chirurgie Intensiv,
Stat. 74
Carl-Neuberg-Str. 1
30623 Hannover
paula.karstens@t-online.de

AKTX – Wir über uns



Wer sind wir?

Wir sind eine Gruppe von Pflegenden aus verschiedenen Transplantationszentren Deutschlands. Angeregt durch internationale Organisationen haben wir uns zum *Arbeitskreis Transplantationspflege* zusammengeschlossen, um den Pflegekräften in Deutschland eine Plattform zu bieten, Probleme und Erfahrungen im Bereich der Transplantationspflege zu erörtern und Lösungsstrategien zu entwickeln. Um den gestiegenen organisatorischen Ansprüchen gerecht zu werden, hat sich aus dem lockeren Zusammenschluss am 01. Juni 1999 der Verein AKTX-Pflege e. V. konstituiert. Der Verein wird vom Finanzamt vorläufig als gemeinnützig anerkannt.

Was wollen wir?

- Qualifizierte Pflege in der Transplantationsmedizin
- Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Pflegenden der verschiedenen Transplantationszentren
- Fachliche Fortbildungen zu Themen der Transplantationspflege
- Initiierung und Begleitung von Pflegeforschungsprojekten
- Erarbeitung von Pflegekonzepten
- Zusammenarbeit mit dem internationalen Fachverband für Transplantationspflege (ITNS)

Was machen wir?

- Veranstaltung von Symposien zu pflegerelevanten Themen aus der Transplantationsmedizin
- Veröffentlichung von Beiträgen in Pflegezeitschriften und Internet
- Hilfestellung bei Kontaktaufnahme zu Pflegenden anderer TX-Zentren
- Hilfestellung bei Literaturrecherchen

Wie könnt ihr uns helfen?

- Unterstützung in den einzelnen Zentren, um den AKTX-Pflege in allen TX-Abteilungen bekannt zu machen

- Durch Einbringen von Verbesserungs- und Themenvorschlägen
- Durch Einbringen von Beiträgen für Pflegesymposien und Fachzeitschriften

Mitgliedsbeitrag

Der Jahresmitgliedsbeitrag beläuft sich nach Beschluss der Mitgliederversammlung vom 22. November 2001 auf €15,00.

Wie sind wir zu erreichen?

Internet: <http://www.aktxpflege.de>

Vorstand des AKTX-Pflege e.V.

Petra Hecker 1. Vorsitzende Charité Campus Virchow Klinikum Berlin	Gregoroviusweg 12 D-10318 Berlin	Tel.: 030 / 503 08 14 Fax: 030 / 450 552 994 E-Mail: petra.hecker@onlinehome.de
Britta Meeder 2. Vorsitzende MH Hannover	Emslandstr. 89 D-30539 Hannover	Tel.: 0511 / 532 439 998 E-Mail: meederb@web.de
Grit Zahl Kassenwartin FSU Jena	Im Unterdorf 99 D-07751 Cospeda	Tel.: 03641 / 514 311 Fax: 03641 / 935 540 E-Mail: gritzahl@gmx.de
Dorothea Theune Schriftführerin Herzzentrum Bad Krozingen	Lilienweg 6 D-79295 Sulzburg-Laufen	Tel.: 07634 / 553 823 Fax: 07633 / 402 760 E-Mail: dorothea.theune@herzzentrum.de
Esther Ziemann Pressewartin Charité Campus Virchow Klinikum Berlin	Rathausstr. 7 D-15749 Mittenwalde	Tel.: 033764 / 625 02 Fax: 030 / 450 552 994 E-Mail: esther.ziemann@charite.de
Barbara Gnatz Beisitzerin	Josef-Danzer-Str. 23 D-82152 Planegg	Tel.: 089 / 709 526 52 Email: barbara.gnatz@med.uni- muenchen.de
Paula Weishäupl- Karstens Beisitzerin	Stolzenbergring 21 30657 Hannover	Fax: 0511 / 908 83 05 Tel.dienstl.: 0511 / 532 43 99 E-Mail: paula.karstens@t-online.de

Satzung des Vereines „AKTX-Pflege“

§ 1 Name und Sitz

- (1) Der Verein führt den Namen „AKTX-Pflege“
- (2) Er soll in das Vereinsregister eingetragen werden und führt nach der Eintragung ins Vereinsregister den Namenszusatz „eingetragener Verein“ in der abgekürzten Form „e. V.“
- (3) Sitz des Vereins ist Köln

§ 2 Zweck

- (1) Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Zwecke im Sinn des Abschnitts „Steuerbegünstigte Zwecke“ der Abgabenordnung von 1977 in der jeweils gültigen Fassung
- (2) Zweck des Vereins sind Maßnahmen zur Förderung der Gesundheitspflege, Krankenpflege, Organtransplantation und der pflegerischen Forschung in diesem Sinne. Hierbei wird er sich insbesondere der pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, speziell Organspender, Organtransplantierte und „Organ-Warte-Patienten“ durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen der Pflegekräfte widmen.
- (3) Der Vereinszweck wird verwirklicht insbesondere durch
 - a) Qualitätssicherung der Pflege durch Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen
 - b) Organisation und Durchführung von Pflegesymposien und Workshops
 - c) Initiierung und Betreuung von Projekten, die der Pflegeforschung dienen
 - d) Informationsbeschaffung in medizinischer und pflegerischer Hinsicht sowie Errichtung einer vom Verein selbst zu unterhaltenden Informationsstelle
 - e) Herausgabe einer schriftlichen Dokumentation zur Unterrichtung seiner Mitglieder und der Öffentlichkeit über den Stand und Fortentwicklung der Gesundheits- und Krankenpflege, insbesondere für den Bereich der Transplantationspflege
 - f) Förderung des Erfahrungsaustausches und koordiniertes Handeln mit anderen Organisationen, Einrichtungen und öffentlichen Stellen, die dazu beitragen können die Ziele des Vereins zu verwirklichen.

- g) Beschaffung von finanziellen Mitteln zur Erreichung der vorge-
nannten Vereinszwecke.

§ 3 Tätigkeit des Vereins/Mittelverwendung

- (1) Der Verein ist selbstlos tätig. Er verfolgt nicht in erster Linie eigenwirtschaftliche Zwecke
- (2) Die Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsmäßigen Zwecke verwendet werden. Aufwendungen der Mitglieder, die durch den Verein veranlasst sind, werden innerhalb der steuerlichen anerkannten Höchstbeträge erstattet. Dies gilt insbesondere für Reisekosten, Verpflegungsmehraufwendungen und Übernachtungskosten. Hierzu ist durch das Mitglied eine Reisekostenabrechnung zu erstellen und zusammen mit Originalbelegen an den Kassenswart des Vereines zu senden.
- (3) Es darf keine Person durch Ausgaben, die dem Zweck des Vereins fremd sind, oder durch unverhältnismäßig hohe Vergütungen begünstigt werden

§ 4 Geschäftsjahr

Geschäftsjahr des Vereins ist das Kalenderjahr. Das erste Geschäftsjahr endet am 31. Dezember 1999

§ 5 Mitgliedschaft

- (1) Mitglied des Vereins kann jede natürliche Person und jede juristische Person des privaten oder öffentlichen Rechts werden. Jugendliche bedürfen der Zustimmung des/der gesetzlichen Vertreter. Stimmberechtigt sind Mitglieder in Versammlungen erst ab Volljährigkeit.
- (2) Der Beitrittsantrag muss schriftlich erfolgen.
- (3) Über Aufnahme entscheidet der Vorstand. Ein Aufnahmean-spruch besteht nicht. Die Ablehnung der Aufnahme bedarf keiner Begründung.
- (4) Die Mitgliedschaft endet
 - a) mit dem Tod des Mitglieds
 - b) durch schriftliche Austrittserklärung, gerichtet an ein Vorstandsmitglied. Sie ist nur zum Schluss eines Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zulässig
 - c) durch Ausschluss aus dem Verein
 - d) durch Streichung der Mitgliedschaft

- (5) Ein Mitglied, das in erheblichen Maß gegen das Vereinsinteresse verstoßen hat, kann durch Beschluss des Vorstands aus dem Verein ausgeschlossen werden. Vor dem Ausschluss ist das betroffene Mitglied persönlich oder schriftlich zu hören. Die Entscheidung über den Ausschluss ist schriftlich zu begründen und dem Mitglied mit Einschreiben gegen Rückschein zuzustellen. Es kann innerhalb von einem Monat ab Zugang schriftlich Berufung beim Vorstand einlegen. Über die Berufung entscheidet die Mitgliederversammlung. Macht das Mitglied vom Recht der Berufung innerhalb der Frist keinen Gebrauch, unterwirft es sich dem Ausschließungsbeschluss.
- (6) Die Streichung der Mitgliedschaft erfolgt, wenn das Mitglied trotz zweimaliger Mahnung mit der Zahlung des Mitgliedsbeitrages im Rückstand ist und seit Absendung des 2. Mahnschreibens, in dem ein Hinweis auf die Streichung enthalten sein muss, mehr als 3 Monate vergangen sind. Die Streichung erfolgt durch Beschluss des Vorstands. Sie ist dem Mitglied mittels eines eingeschriebenen Briefes mitzuteilen.
- (7) Mit Beendigung der Mitgliedschaft erlöschen alle Ansprüche aus dem Mitgliedschaftsverhältnis, unbeachtet des Anspruchs des Vereins auf bestehende Forderungen.

§ 6 Mitgliedsbeiträge

- (1) Die Mitgliedsbeiträge sind Jahresbeiträge und sind jeweils am 1. Juli eines Jahres im Voraus fällig.
- (2) Über die Höhe des Jahresbeitrags entscheidet die Mitgliederversammlung. Sie kann den Beitrag für Schüler und Studenten bis zu 50 v.H. ermäßigen.
- (3) Mitglieder des Vorstandes sind von der Beitragspflicht befreit.

§ 7 Aufnahmegebühr

Eine Aufnahmegebühr wird nicht erhoben

§ 8 Organe des Vereins

Die Organe des Vereins sind der Vorstand und die Mitgliederversammlung

§ 9 Vorstand

- (1) Der Vorstand im Sinn des §26 BGB besteht aus dem 1. und 2. Vorsitzenden, dem Kassenwart, dem Schriftführer, dem Pressewart und bis zu 2 Beisitzern. Der Verein wird jeweils durch zwei Mitglieder des Vorstandes gerichtlich und außergerichtlich vertreten.
- (2) Die Vertretung des Vorstandes wird mit Wirkung gegen Dritte in der Weise beschränkt, dass zu Rechtsgeschäften mit einem Geschäftswert von mehr als 5.000,- €(i.W. fünftausend Euro), die Zustimmung der Mitgliederversammlung erforderlich ist.
- (3) Der Vorstand wird durch Beschluss der Mitgliederversammlung für die Dauer von zwei Jahren bestellt. Er bleibt bis zur satzungsmäßigen Bestellung des nächsten Vorstandes im Amt.
- (4) Vorstandsmitglieder können nur Mitglieder des Vereins werden.
- (5) Das Amt eines Mitglieds des Vorstandes endet mit seinem Ausscheiden aus dem Verein.
- (6) Scheidet ein Mitglied des Vorstandes während der Amtsperiode aus, wählt der Vorstand ein Ersatzmitglied für den Rest der Amtsdauer des ausgeschiedenen Vorstandsmitglieds.

§ 10 Aufgaben und Zuständigkeiten des Vorstandes

- (1) Der Vorstand ist für alle Angelegenheiten des Vereins zuständig, soweit sie nicht einem anderen Organ durch Satzung zugewiesen sind.
- (2) Er hat vor allem folgende Aufgaben:
 - a) Führung der laufenden Geschäfte
 - b) Vorbereitung der Mitgliederversammlung und Aufstellung der Tagesordnungen
 - c) Einberufung der Mitgliederversammlung
 - d) Ausführung der Beschlüsse der Mitgliederversammlung
 - e) Ausführung eines etwaigen Haushaltsplanes, Buchführung, Erstellung eines Jahresberichtes, Vorlage der Jahresplanung
 - f) Beschlussfassung über Aufnahmeanträge, Ausschlüsse von Mitgliedern
 - g) Satzungsänderungen, soweit diese notwendig sind, um den Status der Gemeinnützigkeit des Vereins zu erhalten oder soweit sie nur redaktionelle Änderungen betreffen. Satzungsänderungen i.d.S. müssen den Mitgliedern des Vereins auf der nächsten Mitgliederversammlung mitgeteilt werden.

§ 11 Die Mitgliederversammlung

- (1) In der Mitgliederversammlung hat jedes Mitglied eine Stimme. Die Übertragung der Ausübung des Stimmrechts auf andere Mitglieder ist nicht zulässig.
- (2) Die Mitgliederversammlung hat insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) Wahl, Abberufung und Entlastung der Vorstandschaft
 - b) Beschlussfassung über Änderungen der Satzung, soweit sie nicht unter § 10 (2) g fallen, und Vereinsauflösung
 - c) Festsetzung der Höhe des Mitgliederbeitrags
 - d) Wahl und Entlastung der Kassenprüfer
- (3) Die Mitgliederversammlung ist jährlich vom Vorstand unter Einhaltung einer Einladungsfrist von 4 Wochen durch persönliche Einladung mittels Brief einzuberufen. Dabei ist die vom Vorstand festgesetzte Tagesordnung mitzuteilen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Absendung der Einladung an die letzte bekannte Mitgliederanschrift.
- (4) Jede ordnungsgemäß berufene Mitgliederversammlung ist beschlussfähig.
- (5) Die Tagesordnung ist zu ergänzen, wenn dies ein Mitglied bis spätestens eine Woche vor dem angesetzten Termin schriftlich mit Gründen beantragt. Die Ergänzung ist zu Beginn der Versammlung bekanntzumachen.
- (6) Die Mitgliederversammlung wird vom 1. Vorsitzenden des Vereins, bei dessen Verhinderung von einem anderen Mitglied des Vorstandes geleitet, wenn die Versammlung nicht jemand anderen bestimmt.
- (7) Der Protokollführer wird vom Versammlungsleiter bestimmt. Zum Protokollführer kann auch ein Nichtmitglied bestimmt werden.
- (8) Beschlüsse der Mitgliederversammlung werden mit einfacher Mehrheit der abgegebenen Stimmen gefasst, Stimmenthaltungen bleiben außer Betracht.
- (9) Die Beschlussfassung erfolgt in geheimer Abstimmung, wenn ein Drittel der anwesenden stimmberechtigten Mitglieder dies beantragt.
- (10) Satzungsänderungen bedürfen einer $\frac{3}{4}$ Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Hierbei kommt es auf die abgegebenen gültigen Stimmen an. Für Änderungen des Vereinszwecks ist die Zustimmung aller Mitglieder notwendig.

- (11) Über die Beschlüsse der Mitgliederversammlung ist ein Protokoll aufzunehmen, das vom Versammlungsleiter und dem Protokollführer zu unterzeichnen ist.

§ 12 Außerordentliche Mitgliederversammlung

- (1) Der Vorstand kann jederzeit eine außerordentliche Mitgliederversammlung einberufen.
- (2) Diese muss einberufen werden, wenn das Interesse des Vereins dies erfordert oder wenn die Berufung von einem Drittel aller Mitglieder unter Angabe des Zwecks und der Gründe vom Vorstand verlangt wird.
- (3) Der § 11 gilt entsprechend.

§ 13 Kassenprüfer

- (1) Die Konten und die Kasse des Vereins werden durch zwei von der Mitgliederversammlung für 2 Jahre gewählte Kassenprüfer kontrolliert. Die Mitgliederversammlung kann ferner zwei Personen für den Fall ernsthafter Verhinderung als Ersatzprüfer wählen.
- (2) Die Überprüfung hat mindestens einmal im Jahr zu erfolgen. Über das Ergebnis ist in der Mitgliederversammlung zu berichten und bei ordnungsgemäßer Führung der Geschäfte die Entlastung des Kassenswarts zu beantragen.
- (3) Kassenprüfer dürfen keine Mitglieder des Gesamtvorstandes sein.

§ 14 Auflösung des Vereins

- (1) Die Auflösung des Vereins ist durch Beschluss der Mitgliederversammlung mit 4/5 Mehrheit der stimmberechtigten Mitglieder herbeizuführen.
- (2) Im Übrigen gelten die Vorschriften des § 11.
- (3) Soweit von der Mitgliederversammlung nicht anders beschlossen, sind der 1. und 2. Vorsitzende gemeinsam vertretungsberechtigte Liquidatoren des Vereins.
- (4) Die vorstehende Vorschrift gilt entsprechend für den Fall, dass der Verein aus einem anderen Grund aufgelöst wird oder seine Rechtsfähigkeit verliert.
- (5) Bei Auflösung des Vereins oder bei Wegfall steuerbegünstigter Zwecke fällt das Vereinsvermögen an:

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband, der es unmittelbar und ausschließlich für steuerbegünstigte Zwecke zu verwenden hat.

- (6) Beschlüsse über die künftige Verwendung des Vermögens dürfen erst nach Einwilligung des zuständigen Finanzamtes ausgeführt werden.

Zuletzt geändert durch Beschluss der Mitgliederversammlung vom 19. Oktober 2006