



AfnP
Arbeitsgemeinschaft für
nephrologisches Personal e.V.

Kongressbericht und Ausblick

Nephro Fachtagung Ulm und Apherese-Treff 2017

Die staatlich anerkannte Nephrologische Weiterbildungsstätte Ulm (www.wbs-ulm.de) in Kooperation mit der AfnP e. V. (www.afnp.de) und dem Georg Thieme Verlag veranstalteten vom 09.–11.03.2017 zum siebten Mal die Nephro Fachtagung Ulm sowie zum ersten Mal den Apherese-Treff.

Wir bedanken uns für die sehr positiven Rückmeldungen der Teilnehmer. Es wurde lebhaft diskutiert und trotz Verlängerungen der Pausen war noch ein großer Austauschbedarf zwischen den Teilnehmern. Beim gemeinsamen Abendessen 2018 (Selbstzahler) werden wir dafür das Forum schaffen. Wir bedanken uns bei den folgenden anwesenden Firmen:

- Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Personal (AfnP e. V.)
- Georg Thieme Verlag (*Dialyse aktuell*)
- Staatlich anerkannte Nephrologische Weiterbildungsstätte Ulm (WBS-Ulm)
- Hexal
- Institut Schwarzkopf
- Otsuka Pharma GmbH
- Medac
- Netzwerk Pflege 24
- MSD
- Shire Deutschland GmbH
- Vitasyn
- Travel Nurse

Unsere Programme gestaltet der Programmbeirat und wählt Referenten aus, die nicht im finanziellen Interessenkonflikt stehen. Aus diesem Grund haben wir uns schon vor Jahren für die Zusammenarbeit mit dem Thieme Verlag entschieden und diese Entscheidung nicht bereut. Wichtig ist für uns die neutrale Information bei unseren Veranstaltungen. Die Vorträge können von den Teilnehmern unter www.nephro-ulm.de heruntergeladen werden.

Von der Tagungsgebühr werden 2 Kaffeepausen und ein Mittagessen (Auswahl aus 4 Gerichten mit Getränk) abgedeckt. Das Tagungsort Hotel Seligweiler ist gerade im Umbau und wird stark erweitert. Somit wird es für die nächsten Jahre sicher unseren Ansprüchen entsprechen. Es werden 60 weitere Zimmer und 4 zusätzliche Tagungsräume angebaut, außerdem wird der Wellnessbereich modernisiert. Damit wird der Tagungsort noch attraktiver. Der Tagungsort Hotel Seligweiler ist 12 km von der Innenstadt Ulm entfernt mit sehr guter Autobahnanbindung und kostenfreien Parkplätzen.

Zufriedene und viele Teilnehmer

Die Teilnehmer kamen bundesweit aus Deutschland und aus dem deutschsprachigen Raum. Die Frühregistrierung wurde von über 85 Teilnehmern genutzt. Auch die Möglichkeit, noch kurzfristig die Veranstaltung zu besuchen, war gefragt: Besonders wurden die Tageskarten genutzt. Wir hatten in diesem Jahr mehr Teilnehmer als erwartet und mussten nachbestuhlen. In der Summe kommen wir auf über 100 Teilnehmer. Durchweg gab es ein sehr positives Fazit der Teilnehmer. Einziger Kritikpunkt war die derzeit nicht optimal funktionierende Homepage. An dieser Stelle möchten wir uns für die ausgefüllten Evaluierungsbögen bedanken. Eine Hitliste kann in diesem Jahr nicht erstellt werden, da alle Vorträge nur Lob erhalten haben.

Apherese-Treff im Vorfeld

Erstmals haben wir am Donnerstag, den 09.03.2017, im Vorprogramm den Apherese-Treff durchgeführt. Das Ziel des Apherese-

se-Treffs ist, voneinander zu lernen und uns füreinander zu engagieren, damit möglichst viele davon profitieren können. Zum Thema „Apherese“ gibt es keine eigene Weiterbildungsordnung, die Anforderungen an uns steigen aber stetig und der Gesetzgeber verlangt auch den Nachweis, dass wir geschult sind. Daher wollen wir als AfnP hier eine „Plattform“ errichten, auf die möglichst viele Zugriff haben und sich Hilfe und Rat holen können. Hier stehen Experten zur Verfügung, die gerne Fragen beantworten. Die Veranstaltung fand so viel Zustimmung, dass ein Großteil der Teilnehmer auch nur zu dieser Veranstaltung angereist ist. Künftig werden wir den Apherese-Treff vor jeder Veranstaltung durchführen. Der nächste Termin ist am Donnerstag, den 23.11.2017, in Fulda (Vorprogramm des AfnP-Symposiums vom 24.–25.11.2017).

Nephro Fachtagung Ulm 2018

Schon heute möchten wir Sie zur nächsten Nephro Fachtagung Ulm am Freitag, den

Verantwortlich für die AfnP-Fachgesellschaftsseiten in der Dialyse aktuell:
Marion Bundschu, Ulm (V.i.S.d.P.)

Geschäftsstelle AfnP:
Käppelesweg 8
89129 Langenau
Telefon: 07354/22933
Fax: 07354/7540
info@afnp.de | www.afnp.de

Vorstand der AfnP:
Marion Bundschu (1. Vorsitzende)
Hans-Martin Schröder (2. Vorsitzende)
Roswitha Nicklas (Schatzmeisterin)
Ilona Adler (Schriftführerin)



► **Abb. 1** Prof. Frieder Keller, VDT-Ulm.
Quelle: Udo Irmer, AfnP e. V. [rerif]



► **Abb. 2** Marion Bundschu, Ulm.
Quelle: Udo Irmer, AfnP e. V. [rerif]

02.03.2018, und Samstag, den 03.03.2018, einladen (www.nephro-uhl.de). Die Planung laufen bereits. Viele Anregungen und Themenwünsche aus Ihren Rückmeldungen werden wir 2018 umsetzen.

Kurzfassungen der Vorträge 2017

Freitag, der 10. März

Zur Begrüßung betonte Christian Schäfer, verantwortlicher Redakteur für die *Dialyse aktuell*, das Interesse des Thieme Verlages an der Fachtagung und der Kooperation mit der Weiterbildungsstätte. Auch Prof. Frieder Keller, VDT-Ulm e. V., (Abb. 1) und Marion Bundschu, 1. Vorsitzende der AfnP e. V., begrüßten die Teilnehmer herzlich.

Geschlechterspezifische Kommunikationsmuster

Oliver Keifert, Bernstadt, berichtete über geschlechterspezifische Kommunikationsmuster. Männer legen mehr Wert auf Information und Frauen mehr auf Emotion. Missverständnisse werden vermieden, wenn die Kommunikation auf Augenhöhe stattfindet. Auch hier ist das Kommunikationsquadrat von Schulz von Thun 1981 noch aktuell: Jede Aussage hat einen Inhalt, eine Selbstangabe, eine Beziehungsangabe und einen Appell.

Frauen in Gesundheitsberufen

Marion Bundschu, Ulm, (Abb. 2) berichtete über Frauen in Gesundheitsberufen. Die Männer tragen eine Statusbrille, die Frauen eine Beziehungsbrille. Frauen reagieren auf psychosozialen Stress mit psychosomatischen Beschwerden. Die finanzielle Differenz zwischen Fachpflege und medizinischer Fachangestellten beträgt mindestens 500 Euro. Unterschiede in der Bezahlung zwi-

schen Männern und Frauen können bis zu 5000 Euro pro Jahr betragen. Darin sind dann oft bis zu 22% Zuschläge (in der Pflege nur bis zu 8%) enthalten. Neue Ideen zur Dialyse sind eine Zwischenschicht ab 10 Uhr morgens. Was die Patienten nicht wollen, sind Pflegeroboter.

Gendermedizin

Prof. Marion Haubitz, Fulda, stellte die geschlechtersensible Medizin in der Nephrologie vor. Frauen kommen seltener an die Dialyse. Östrogene haben möglicherweise eine Schutzfunktion. Die Frage ist, ob man in der Postmenopause moderne Östrogen-Präparate empfehlen soll. Frauen haben häufiger einen Dialysekatheter als Männer (28% gegen 18%). Frauen machen im Durchschnitt kürzer Dialyse, dabei gilt „Dialysezeit ist Lebenszeit“.

Konservative Therapie bei geriatrischen Patienten statt Nierenersatzverfahren

OMR Dr. sc. med. Wilfried Dschietzig, Cottbus, berichtete über die konservative Therapie bei geriatrischen Patienten. Es gilt, eine Nutzen-Lasten-Abwägung für den Patienten vorzunehmen. Dabei sprechen Multimorbidität, Pflegebedarf und die Gebrechlichkeit für eine konservative Therapie und keine Dialyse. Der Pflegeaufwand wird in „Allgemein“ und „Speziell“ aufgeteilt: A3 sind über 30 Minuten, S3 sind über 1 Stunde.

Nierenersatztherapie in der Intensivmedizin

Dr. Severin Lempp und Karmen Rohn, Stuttgart, sprachen über Nierenersatztherapie in der Intensivmedizin. Nach einer akuten Nierenschädigung behalten 10% eine chronische Niereninsuffizienz. In Brasilien und Nepal funktioniert eine Akut-Peritonealdialyse durchaus. Bei der Tankdialyse kann

die Zitratnutzung ein Überwachungsproblem bedeuten.

Heparininduzierte Thrombopenie

Dr. Joachim Buchholz, Coburg, berichtete über die heparininduzierte Thrombopenie. Die gefährliche HIT-2 ist durch IgG-Antikörper verursacht und definiert durch einen Thrombozytenabfall auf unter 100 000/nl. Man muss sofort Heparin absetzen, sonst ist dies lebensbedrohlich. HIT-2 ist zu vermuten bei Patienten mit häufigem Shuntverschluss. Alternativen sind Argatroban, Danaparoid oder auch die Zitratantikoagulation.

Natriumprofile

Carmen Reißerweber, Spardorf, ist ein Fan von Natriumprofilen. Wenn man Natriumprofile fährt, dann kontinuierlich, weil dann weniger Blutdruckabfälle auftreten und weniger Natriumzufuhr notwendig ist. Das geht aber nur, wenn man die Dialysen mit Natriumprofilen nicht vorzeitig beendet. Wegen des Gibbs-Donor-Gleichgewichts muss man 3 mmol Natrium für die Dialysmembran immer dazuzählen. Maximal sind 151 mmol Natrium im Dialysat erlaubt. Das Zielnatrium muss bei mindestens -5 mmol sein. Weitere Erfahrungen sind notwendig, denn bisher ist die Literatur eher skeptisch.

Weiterbildung und Delegation

Marion Bundschu, Ulm, stellte die Weiterbildungsstätte vor. Auch medizinische Fachangestellte können 10 Minuten ohne Arztanwesenheit tätig sein, aber im Notfall muss der Arzt sofort kommen. Die MFA mit Weiterbildung Curriculum Dialyse wird auf den Fachwirt für ambulante Versorgung angerechnet. In der Pflege gibt es vielfältige Qualifizierungsmöglichkeiten: Bachelor, Master und Fachweiterbildungen. Die Fachweiterbildung befähigt zu eigenständigem Handeln und der Übernahme von delegationsfähigen Aufgaben wie z. B. Injektionen. Die Arztverantwortung erfordert immer eine schriftliche Delegation. Die Pflege muss das Übernahmeverschulden bedenken, wenn die Qualifikation nicht ausreicht. Diese richtet sich nach der Ausbildungsverordnung.

Samstag, der 11. März

PD bei Diabetes mellitus

Prof. Andreas Vychtyl und Alois Ullmann, Wien (Österreich), stellten ihre Erfahrungen mit Peritonealdialyse bei Diabetikern vor.

Abseamed® 1.000 I.E./0,5 ml/- 2.000 I.E./1 ml/- 3.000 I.E./0,3 ml/- 4.000 I.E./0,4 ml/- 5.000 I.E./0,5 ml/- 6.000 I.E./0,6 ml/- 8.000 I.E./0,8 ml/- 10.000 I.E./1 ml Injektionslösung in einer Fertigspritze (Injektionszubereitung): **Wirkst.:** Epoetin alfa. **Zus.:** 1 Fertigspritze enth. 1.000 I.E./- 2.000 I.E./- 3.000 I.E./- 4.000 I.E./- 5.000 I.E./- 6.000 I.E./- 8.000 I.E./- 10.000 I.E., entspr. 8,4 µg/- 16,8 µg/- 25,2 µg/- 33,6 µg/- 42,0 µg/- 50,4 µg/- 67,2 µg/- 84,0 µg Epoetin alfa. Sonst. Bestandt.: Na-Dihydrogenphosphat-Dihydrat, Na-Monohydrogenphosphat-Dihydrat, Na-Chlorid, Glycin, Polysorbitol 80, Wasser f. Inj.-zwecke, Salzsäure, Na-Hydroxid. **Anw.:** Symptomat. Anämie bei chron. Niereninsuff. b. Erw., Jugendl. und Kdr. ab 1 J. unter Hämodialyse u. b. Erw. unter Peritonealdialyse; Behandl. d. schw. symptomat. ren. Anämie b. Erw. m. Niereninsuff., die noch nicht dialysepflichtig sind. Bei Anämie u. z. Reduktion d. Transfusionsbedarfs b. Erw. m. solid. Tumoren, malign. Lymphomen od. multipl. Myelom unter Chemother. mit bestehendem Risiko e. Transfusion aufgrund d. Allgemeinzust. (z. B. kardiovask. Status, vorbesteh. Anämie b. Beginn d. Chemother.); Steig. d. autologen Blutgewinn. b. Erw. i.R. ein. Eigenblutspendepr. Nur b. Pat. m. mittelschw. Anämie (Hb 10–13 g/dl) ohne Eisenmangel, falls blutgewinn. Maßnahmen nicht verfügb. o. unzureichend sind, b. gepl. größ. operat. Eingr., d. e. groß. Blutverlust erz. fordern (4 o. mehr Einh. Blut b. Frauen, 5 o. mehr Einh. b. Männern). Reduktion d. Bed. an Fremdbluttransfus. vor e. groß. elektiv. orthopäd. Eingriff b. Erw. ohne Eisenmangel b. hohem Risiko v. Transfusionskomplikat. Nur b. Pat. m. mittelschw. Anämie (z. B. Hb 10–13 g/dl) u. erwart. mittelschw. Blutverlust v. 900–1800 ml, die nicht an e. autologen Blutspendepr. teilnehmen können. **Gegenanz.:** Überempf. gegen d. Wirkstoff o. sonst. Bestandt.; Pat., d. unter Behandl. mit irgendeinem Erythropoetin an PRCA erkranken. Unkontroll. Bluthochdruck. Alle Gegenanz., die b. e. autolog. Blutspendepr. beacht. werden müssen. Bei Pat., die f. e. elektiv. orthopäd. Eingriff vorgesehen sind u. nicht an autolog. Blutspendepr. teiln. können: Schw. KHK, PAVK, vask. Erkrank. d. Karotiden od. zerebrovask. Erkrank., b. Pat. m. kürztl. Herzinfarkt od. zerebrovask. Ereignis. Chirurg. Pat., b. denen keine adäquate Thromboseprophylaxe durchgef. werden kann. **Anw.beschränk.:** Einzelh. s. Fachinfo. **Schwangersch.:** Bish. liegen keine od. n. sehr begrenzt. Erf. m. d. Anw. v. Epo. alfa b. Schwangeren vor. Tierexp. Stud. hab. e. Reproduktionstox. gez. Epo alfa darf nur angew. werden, wenn d. mögl. Nutzen geg. d. Risiko f. d. Föten überwiegt. Pat., d. a. e. autolog. Blutspendepr. teiln., wird die Anw. v. Epo. alfa nicht empföhl. **Stilleit.:** Es i. nicht bek., ob Epo. alfa i. d. Muttermilch überg. Epo. alfa sollte b. still. Müt. m. Vors. angew. werden. E. m. e. Entscheid. dar. getrof. werd., ob d. Stillen fortzuführen/zu unterbr. ist o. ob d. Behandl. m. Epo. alfa. fortzuführen/zu unterbr. ist. Dab. i. sow. d. Nutz. d. Stillens f. d. Kind als a. d. Nutz. v. Epo. alfa f. d. Frau zu berücks. B. stillenden Pat., d. a. e. autolog. Blutspendepr. teiln., w. d. präop. Anw. v. Epo. alfa nicht empföhl. **Nebenwirk.:** Thrombozythämie, Erythropoetin-antikörpervermittelte Erythroblastopenie, Hyperkaliämie, anaphylakt. Reakt., Überempfindlichk., Kopfschmerzen, Krampfanfälle, Schlaganfall, zerebrale Blutungen, Krämpfe, zerebrovask. Komplikat., hypert. Enzephalopathie, transit. ischäm. Attacken, Retinathrombose, Myokardinfarkt, venöse Thromb., tiefe Venenthromb., Hypertonie, arterielle Thromb., hypertensive Krisen, Husten, Lungenembolie, Kongestion d. Atemwege, Übelkeit, Diarrhö, Erbrechen, Hautausschlag, angioneurotisches Ödem, Urtikaria, Arthralgie, Knöchelschmerzen, Myalgie, Schmerz i. d. Extremitäten, Porphyrie, Pyrexie, Schüttelfrost, grippeähn. Sympt., unzureichende Wirksamkeit, periphere Ödeme, Reakt. a. d. Inj.stelle, Anti-Erythropoetin-Antikörper, pos., Shunt-Thromb. einschl. Thromb. im Dialysesystem; erh. Gefahr d. Tumorpr. d. Epo. Weit. Einzelh. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. Verschreibungspflichtig. Stand: 10/2016.

FerMed® 20 mg/ml Injektionslösung / Konzentrat zur Herstellung einer Infusionslösung. **Wirkst.:** Eisen-Sucrose-Komplex. **Zus.:** 1 Ampulle zu 5 ml Lösung enthält 100 mg Eisen, entsprechend 1563 – 1887 mg Eisen(III)-hydroxid-Sucrose-Komplex. Sonst. Bestandt.: 5 ml FerMed® enth. 3728 – 4112 mg Wasser für Injektionszwecke; 0 – 60 mg Natriumhydroxid-Lösung (15 %) zur pH-Wert-Einstellung. **Anw.:** Intravenöse Behandl. v. Eisenmangelzuständen, sofern e. orale Therap. vom Pat. nicht vertragen wird o. nicht effektiv ist. Die Diagnose d. Eisenmangels muss auf geeignet. Laboranalysen beruhen. FerMed® wird angew. bei Erwachsenen und Kindern ab 12 Jahren. **Gegenanz.:** Überempf. gegen d. Wirkstoff, gegen FerMed® o. einen der sonst. Bestandteile; bekannte schwere Überempf. gegen andere parent. Eisenpräp.; Anämien, welche nicht d. Eisenmangel verursacht sind; Eisenüberladung o. Eisenspeicherkrankheit (z. B. Haemochromatose, Haemosiderose); Eisenverwertungsstörungen (z. B. Thalassaemie, sideroachrestische Anämien). **Nebenwirk.:** Sehr häufig: Vorübergehende Störungen d. Geschmackssinnes (besonders metallischer Geschmack). Häufig: Schmerzen an d. Injektionsstelle. Gelegentlich: Kopfschmerzen; Schwindel; Benommenheit, Tachykardie und Palpitationen, Hypotonie und Kollaps, Bronchospasmen, Dyspnoe, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Diarrhö, Verstopfung, Anstieg der Transaminasen, Pruritus, Urtikaria, Ausschlag, Exanthem, Erythem, Muskelkrämpfe, Myalgie, Fieber, Schüttelfrost, Hitzewallungen; Brustschmerzen u. Enggegefühl in d. Brust; Lethargie; Irritationen an d. Injektionsstelle, wie oberflächliche Phlebitis, Brennen u. Schwellung. Seltener: Anaphylaktische Reaktionen, Parästhesien, periphere Ödeme; Müdigkeit, Asthenie, Unwohlsein. Häufigkeit nicht bekannt: Anaphylaktischer Schock, Bekommenheit; Ohnmacht; Bewusstseinsstörungen; Bradykardie; Hypertonie; Angioödem; Gelenkschwellungen; Hyperhidrose; Rückenschmerzen; Gelenkschmerzen; Hitzegefühl; Verfärbung des Urins. **Darreichungsform, Packungsgr.:** FerMed® 20 mg/ml Injektionslg. / Konzentrat z. Herst. e. Infusionslös., Packungen mit 5 farblosen Glasampullen zu je 5 ml. Weit. Einzelh. u. Hinw. s. Fach- u. Gebrauchsinfo. Verschreibungspflichtig. Stand 12/2016.

Zulassungsinhaber und lokaler Ansprechpartner:
MEDICE Arzneimittel Pütter GmbH & Co. KG, 58638 Iserlohn
www.medice-nephrologie.de

Das häufig gebrauchte Blutzuckermessgerät Akkucheck misst falsch, wenn als Dialysat Polyglukose wie Icodextrin verwendet wird. Blutzuckerprofile sind besser als der HbA_{1c}. Insulin in den Dialysatbeutel zu geben, macht keinen Sinn, da es an Plastik gebunden wird.

Schwangerschaft und Nierenkrankheiten

Prof. Sylvia Stracke, Greifswald, stellte Nierenkrankheiten in der Schwangerschaft vor. Die Präeklampsie ist bei 5 % aller Schwangerschaften die häufigste Nierenkrankheit weltweit. Sie tritt nach der 20. Schwangerschaftswoche auf. 4 % aller Frauen im gebärfähigem Alter sind chronisch nierenkrank. Bei Schwangeren muss man zur genauen Diagnostik nach wie vor den Sammelurin für die Bestimmung der Kreatinin-Clearance und einer Proteinurie anfordern. Im Vergleich zu früher, als nur 23 % der Geburten bei Nierenpatienten erfolgreich waren, sind inzwischen über 75 % erfolgreich.

Patientenkooperation

Prof. Andreas Vychytil und Alois Ullmann, Wien (Österreich), zeigten auf, wie man die Patientenkooperation verbessern kann. Früher sprach man von Compliance, dann wurde empfohlen, den Ausdruck Adhärenz zu verwenden. Aber am besten wird dies als Kooperation zwischen Patient und Arzt zu bezeichnen sein. Kooperation senkt die Mortalität. Wichtig ist die Psychodynamik: Ähnlich wie in der Onkologie, läuft ein Coping mit der Krankheit zunächst als Verweigerung, Auflehnung und schließlich mit Annahme der Krankheit ab. Depressionen sind eine Kontraindikation für die Peritonealdialyse. Eine Nachschulung ist nach 3 Monaten bei der Hälfte aller PD-Patienten notwendig. Regelmäßige Abfragen mit Fragebogen bessern die Kooperativität. Wichtig ist die stufenweise und portionsweise Vermittlung der Information. Therapieabweichungen muss man ansprechen.

Gewalt in der Pflege

Michael Metzger, München, hatte zum Thema „Gewalt in der Pflege“ seine Erfahrung in der Psychiatrie gemacht. Was früher als geschlossene, wird heute als geschützte Abteilung in der Psychiatrie bezeichnet. Fixierungen werden immer seltener notwendig. Ganz hilfreich sind Schulungen in Deeskalationsseminaren. Fixierung muss abso-

lut professionell wie ein Boxenstop beim Formel-1-Rennen organisiert werden. Neuroleptika niedrig dosiert können paradoxe Erregungszustände auslösen. Bei Dementen ist das Wohl über die Wahrheit zu stellen.

Post-Transplantations-Diabetes mellitus

Dr. Martina Guthoff, Tübingen, berichtete über den Post-Transplantations-Diabetes mellitus. Dieser wird diagnostiziert, wenn 3 Monate nach Transplantation erhöhte Blutzuckerwerte von über 125 mg/dl nüchtern, über 200 mg/dl im Belastungstest und ein HbA_{1c} von über 6,5 % gefunden werden. Die Inzidenz des Prädiabetes nach Transplantation beträgt 8 % pro Jahr und die Prävalenz 20 %. Der Prädiabetes ist reversibel: Insbesondere hat es sich bewährt, vorübergehend Insulin zu geben, wenn unmittelbar nach Transplantation hohe Steroiddosen notwendig sind. Das schon die Insulinzellen der Bauchspeicheldrüse. Tacrolimus muss möglichst niedrig dosiert werden, dann lässt sich ein Post-Transplantations-Diabetes vermeiden.

Blocklösungen bei Dialysekathetern

Adalbert Natterer und Prof. Frieder Keller, Ulm, referierten über Blocklösungen bei Dialysekathetern. Der allgemeine Trend zu „Zitrat 4 %“ ist erkennbar. Heparin hat zu viele Nebenwirkungen. Antimikrobielle Lösungen wie Gentamicin sollen vermieden werden wegen Resistenzentwicklungen und Schwerhörigkeit beim Langzeitgebrauch. Taurolidin als Monosubstanz ist nicht zu empfehlen, da es thrombogen ist. Aber es ist gut antimikrobiell wirksam und am besten mit Zitrat und niedrig dosiertem Heparin zu kombinieren. Der Plasminogenaktivator (= Alteplase) ist teuer und deshalb nur Einzelfällen vorbehalten. Bei der Konnektion der Katheter sollten beide, Pflegekraft und Patient, eine Maske tragen.

Management des Dialysekatheters

Udo Irmer, Markelsheim, zeigte, wie man Dialysekatheter pflegen muss. Der erste, der einen zentralvenösen Katheter gelegt hat, war 1952 Aubaniac. Sterilität und No-Touch-Technik sind wichtig. Zur Desinfektion wird Octenisept® empfohlen (= Phenoxyethanol + Oxinidindehydrochlorid). Irmer riet, Verbände diffusionsoffen anzulegen.

Marion Bundschu, Ulm;
Prof. i.R. Dr. med. Frieder Keller, Ulm