



INFO

Nr. 164

Mitglieder-Magazin der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V. Dez. 2013



Prof. Dr. Björn Nashan



Dr. Michaela Hagelstein

ferenten

Patienten

ReSeminar



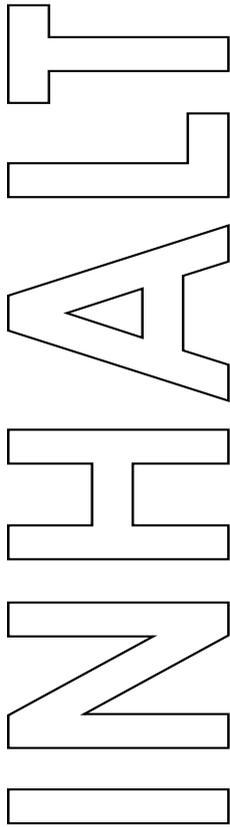
PD Dr. Karl Wagner



Dr. Martin Nitschke

Unsere R

Fotos: Chr. Marsig



INFO
164

Erscheint dreimal jährlich

Zeitschrift für Mitglieder,
Freunde und
Förderer der
Nieren Selbsthilfe
Hamburg e. V.

- Editorial → **03**
- Impressum → **04**
- Dialysefahrt der Kinder und Jugendlichen → **05**
- Einzelheiten von der Anmeldung bis zur Transplantation → **08**
- Impfungen für Dialysepatienten und Transplantierte → **10**
- Impfungen auf Reisen → **12**
- Treffpunkt und andere Termine → **14**
- Umfrage zur Dialysesituation in den Hamburger Zentren → **16**
- Taxifahrten, immer wieder ein Problem → **21**
- Das Transplantationsgeschehen im Eurotransplant-Raum → **22**
- Sport im Winter → **29**
- Informationen zu Diabetes → **30**
- Weg mit dem Bierbauch... → **32**
- Erinnerungen an Hugo Kumpe → **33**
- Zu guter Letzt nochmals Sport → **34**
- Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung → **35**

Vorstand der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V.

Vorsitz:	Peter Stoetzer	☎ 040/85 33 79 36	📠 040/890 17 72
		E-Mail: PStoetzer@aol.com	
Stellv. u. Öffentlichkeitsarbeit:	Heinz Jagels	☎ 040/70 12 11 40	
		E-Mail: h.jagels@wtnet.de	
Kassenführung:	Stefan Drass	☎ 040/64 89 10 87	
		E-Mail: Stefan.Drass@gmx.de	
Schriftführung:	Christa Marsig	☎ 040/722 96 49	
		E-Mail: christamarsig@web.de	
Besondere Aufgaben:	Joan Meins	☎ 040/642 80 25	
		E-Mail: jomume@freenet.de	
Elternkreis:	Carsten Schroers	☎ 04152/703 44	
		E-Mail: C.Schroers@t-online.de	

L[🎄]ebe Leser[🎄] L[🎄]eber Leser

„**M**anchmal frage ich mich: Müssen Krankenkassen so sein?“ So habe ich mein Editorial in der vorangegangenen Info 163 eingeleitet. Heute würde ich die Frage ein klein wenig ändern in: Manchmal frage ich mich: Müssen manche Krankenkassen so sein?

Es sind immer wieder dieselben Krankenkassen, die uns respektive unseren Mitgliedern Kostenersatz verweigern – mit teils sehr unverständlichen und den Verordnungen nicht konformen Begründungen. Jetzt verweigert die HEK, die Hanseatische Krankenkasse Hamburg, schon wieder den Kostenersatz für Taxifahrten eines Mitgliedes. Doch lesen Sie selbst dazu im Heft.

In diesem Heft warten wir mit vielen Zahlen auf und fordern Ihnen auch einiges ab. Wir fügen Ihnen einen Fragebogen bei, der uns/mir sehr am Herzen liegt. In der Diskussion um reduzierte Sachkostenpauschalen und ggf. eine noch weitere Reduzierung des Kostenersatzes durch die Krankenkassen fragen wir uns, geht das? Zahlen dazu liefert Jo-

chen Brandtner in einem fundierten Bericht ergänzt durch einen Nachtrag.

Doch auch Zahlen klären nicht die Frage: Sind Sie mit Ihrer Dialyse zufrieden? Nun hat Jochen Brandtner die Fragen dazu in einem sehr übersichtlichen und aussagekräftigen Fragebogen für die Nieren Selbsthilfe Hamburg e.V. zusammengestellt. Natürlich hängt die Aussagekraft von Ihren ehrlichen, persönlichen Antworten ab. Daher unsere Bitte, dass Sie alle recht zahlreich uns den Fragebogen zurücksenden, faxen oder auch scannen. Je mehr Patienten dies tun, umso besser. Wir werten jeden Fragebogen anonym aus und geben nur die Gesamtauswertung weiter. Also an jeden nochmals unsere Bitte: Einmal den Fragebogen an uns ausgefüllt zurück. Auf Anregung eines Dialysearztes vom „Netzwerk Neue Niere“ hat unser Mitglied Hayri Catakli den Fragebogen für türkisch sprechende Patienten übersetzt. Auf Anfrage senden wir Ihnen gern die türkische Version per Fax, E-Mail-Anhang oder Brief zu.

Am Sonntag, den 20.10. 2013 haben wir wieder ein erfolgreiches Patientenseminar, unser 9tes in Folge, veranstalten können. Es waren 107 registrierte Gäste anwesend, die meisten sogar schon bei der vorausgehenden Andacht. Diese Teilnehmerzahl entsprach zwar nicht ganz unseren Erwartungen, war aber angesichts der kurzen Vorbereitung doch recht erfreulich. Wie uns gesagt wurde, haben Andacht, Seminar und, nicht zu vergessen, die Bewirtung rundum gefallen. Alle Referenten blieben sogar bis zum Ende des Seminars dabei, wofür ich ihnen sehr danke.

Da wir im Seminar einen Schwerpunkt auf Impfen gelegt hatten, drucken wir einen Artikel von Frau Bandrowki darüber ab und passend dazu eine Impfempfehlung für Transplantierte, wie sie z.B. für mich, von unserer Referentin Frau Dr. Hagelstein ausgearbeitet wurde.

Wir verfolgen derzeit einen Fall, in dem eine Hamburger Dialysepraxis einen Patienten nicht weiter dialysieren will. Pikanterweise geschieht dies, nachdem

diese Praxis vor kurzem an einen Konzern verkauft wurde. Wir werden weiter zu vermitteln versuchen; denn als Patientenvertreter ist es mir/uns sehr wichtig, dass sich keine Dialysepraxis die Patienten aussuchen darf, die sie behandeln will.

Bitte merken Sie sich schon einmal den 7. Januar 2014 vor, wenn wir wieder zu unserer jährlichen Nachweihnachtsfeier einladen. Eine persönliche Einladung



Foto: Chr. Marsig

**Im Namen von Vorstand
und Redaktion
Ihr/Euer**

**Vorsitzender
Nieren Selbsthilfe Hamburg**

folgt noch. Des Weiteren werden wir Sie bitten, uns die SEPA-Abbuchung von Ihrem Konto zu erlauben.



Wenn Sie das Heft bekommen, beginnt bereits der Advent. Wir wünschen Ihnen eine schöne Zeit, frohe Weihnachten, einen guten Rutsch in ein erfreuliches Neues Jahr und natürlich alle Gesundheit.

Impressum

Für diese Ausgabe ist verantwortlich:

Peter Stöetzer, Malerwinkel 5, 22607 Hamburg
Telefon: 040/85 33 79 36 - Fax: 040/890 17 72 - E-Mail: PStoetzer@aol.com

Das Redaktionsteam:

Stefan Drass, Heinz Jagels, Christa Marsig, Peter Stöetzer, Jens Tamcke

Redaktionsbüro:

Christa Marsig, Leuschnerstraße 83c, 21031 Hamburg
Telefon: 040/722 96 49 - E-Mail: christamarsig@web.de

Textverarbeitung, Gestaltung, Versand:

Jens Tamcke, Neue Straße 12, 21224 Rosengarten
Telefon: 04105/7058 - E-Mail: herr.ta@t-online.de

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Nieren Selbsthilfe Hamburg wieder. Änderung und Kürzung eingereicherter Manuskripte behält sich die Redaktion vor.

Wenn Sie einen Artikel aus diesem Mitgliedermagazin nachdrucken wollen, freuen wir uns darüber, bitten Sie aber, zuvor unser Einverständnis einzuholen (für Beiträge aus anderen Publikationen können wir Ihnen natürlich keine Nachdruckgenehmigung geben).

MIT DEM VIP-BUS IN DIE HEIDE



Unsere dritte Dialysefahrt des KfH fand vom 16. bis 18. August 2013 statt. Da die Kinder dieses Jahr das Ziel bestimmen durften, ging es – wie nicht anders erwartet – in den Heidepark Soltau.

Am Freitag starteten wir voller Vorfreude alle zusammen nach der Dialyse und gingen zum Reisebus, der uns zum Heidepark bringen sollte. Am Haupteingang des UKEs erwartete uns bereits die erste Überraschung, als wir statt dem erwarteten 9-Sitzer-Kleinbus einen riesigen VIP-Bus mit getönten Scheiben und allem technischen Zubehör gegenüber standen. Die Kinder fühlten sich gleich wie echte Popstars und so konnte unsere lang erwartete Reise starten.

In Soltau angekommen bezo-

gen wir als erstes unsere 5 Häuser im HolidayCamp, welches direkt neben dem Heidepark liegt. Nach dem Bettenbeziehen wurde natürlich das Gelände mit dem dazugehörigen Strand erkundet, wo wir dann eine Zeit lang Federball und Fußball spielen konnten.

Danach hatten wir einen Riesen hunger, weshalb wir uns zum BowlingCenter in Soltau aufmachten, dort hatten wir ein leckeres Abendessen, um uns für die kommende Bowling-Action zu stärken. Es wurde viel gebowlt, Airhockey und Billard gespielt,

aber auch der Flipper und das Autorennen fanden ihre Fans.

Nachdem wir uns ausgepowert hatten, fuhren wir zurück zum Camp, in dem gerade ein Karaoke-Abend stattfand. Es wurde viel gesungen, gelacht und getanzt, und sogar unsere Mädels trauten sich vor dem versammelten Publikum ein Lied zum Besten zu geben, welches frenetischen Applaus erntete.

Am nächsten Tag, dem Samstag, ging es dann nach einem ausgiebigen Frühstück endlich in den Heidepark. Dort teilten wir uns in



Gruppen auf und hatten dann Spaß in den verschiedenen Attraktionen, sogar die riesige Holzachterbahn und der Freefalltower wurden nicht ausgespart. In der Wildwasserbahn, dem Aquaspin und den verschiedenen Breakdancern konnten die Kinder erfolgreich ihren Mut beweisen. Bevor wir uns alle zum Mittagessen wiedertrafen, wurde es beim Mountain-Rafting dann noch einmal richtig nass.

Am Nachmittag sahen wir uns alle zusammen die neue Zirkusshow „Madagaskar“ an, die bei den Kids wahre Begeisterungstürme auslöste. Danach wurde die verbleibende Zeit bis zur Parkschließung natürlich noch mal dazu genutzt, um ein zweites oder drittes Mal mit den Lieblingskarussells zu fahren oder den letzten Rest Mut zusammenzukratzen und sich in den Scream oder in die Achterbahn zu trauen.

Als wir dann wieder zurück ins HolidayCamp kamen, freuten wir uns natürlich schon auf das Abendessen mit All-You-Can-Eat-Buffer, an dem wir alle kräftig zuschlugen. Der Abend wurde dann trotz des aufregenden Tagesprogramms doch eher lang und klang

dann schließlich mit Karaoke an der Strandbar aus. Gerüchten zufolge hielt aber auch die späte Stunde die Kinder nicht davon ab die Nacht weiterhin zum Tag zu machen.

Am Sonntag nach dem Frühstück ging unsere kleine Reise dann leider schon zu Ende. Wir packten unsere Koffer und es ging zurück nach Hamburg, wo die Eltern ihre aufgeregten Kinder wieder heil in Empfang nehmen konnten.

Unsere Dialysefahrt in den Heidepark war für alle Beteiligten eine tolle Zeit und ein Riesenerfolg!

MARDEL 13 Jahre alt

Freitag: Freitag haben wir alle noch Dialyse gemacht und nach dem Essen sind wir dann mit dem Bus in den Heidepark gefahren. Um 16 Uhr waren wir endlich da. Dann sind wir alle zum HolidayCamp gegangen.

Als erstes haben wir die Betten bezogen. Als wir fertig waren, sind wir erstmal alle das Camp angucken gegangen. Am Abend sind wir dann zum Bowling gefahren. Als wir da waren, haben wir erstmal gegessen, dann haben wir gebowlt, die Mädchen gegen die

Jungs. Natürlich haben die Jungs gewonnen.

Samstag: Am Samstag ging es endlich in den Park. Dann haben wir Gruppen gebildet. Dann gingen die Gruppen los. Am Nachmittag haben wir noch eine Madagaskar-Show geguckt, die ging eine halbe Stunde. Nach der Show gingen wir noch rum.

Abends trafen wir uns noch zur Karaoke, da haben wir die Mädels mit Seife und Wasser nass gemacht. Die Mädchen haben natürlich angefangen. Martina war am Abend die Dancing Queen. Japi und ich haben Michael Jackson nachgemacht. Lara hat mich mit Seife ca. 7 Minuten lang um den Tisch gejagt, aber sie hat mich nicht gekriegt.

Sonntag: Am Sonntag haben wir die Sachen gepackt. Dann sind wir zum Essen gegangen. Als wir fertig waren, gingen wir alle zum Bus, der uns um 12 Uhr beim Haupteingang absetzte.

Es war eine tolle Fahrt! Danke schön!

MARTINA 16 Jahre alt

Ich fand den Freitag total super! Als wir angekommen sind, haben wir erst gewartet, dass wir unsere Häuser bekommen und dann sind wir eingezogen. Dann haben die anderen den Hof erkundet, aber ich habe mich zusammen mit Romina lieber ausgeruht.

Abends sind wir dann zum Bowlen gefahren. Da haben wir erst gegessen und dann durften wir mit den Spielen dort spielen und danach haben wir angefangen zu bowlen. Erst haben wir gegen die Jungs gespielt und wer danach noch wollte, konnte weitermachen, die anderen haben dann zum Beispiel Billard gespielt.

Am Abend hat die Karaoke nacht sehr viel Spaß gemacht und

ich habe auch viel getanzt!

Ich fand die Fahrt sehr gut und mir hat alles Spaß gemacht!

LASSE 14 Jahre alt

Wir sind nach der Dialyse zum Haupteingang gegangen, dort stand ein cooler Reisebus, der uns zum Heidepark fuhr. Als wir ankamen, packten wir unsere Sachen in jeweils zugeteilte Häuser. Nachdem wir fertig waren, gingen wir zum Strand und spielten Badminton und Fußball. Es war anstrengend, da es sehr heiß war.

Am Abend fuhren wir zum Bowling. Wir bowlten und Anja hat uns immer Geld für die anderen Spiele dort gegeben, und gegessen haben wir dort auch. Als wir wieder zurück waren, gab es noch ein Eis!

ROMINA 13 Jahre alt

Am Samstag wachten wir auf und wussten, heute wird ein schöner Tag! Wir gehen in den Heidepark!

Wir zogen uns schnell an, waren frühstücken und um 10 Uhr gingen wir los. Im Heidepark waren Anja und ich als erstes im Screami (dem kleinen Scream). Die Jungs haben eine Gruppe gebildet, darin waren Niklas, Japi und Marcel, in der anderen Gruppe waren Kati, Lara und Lisa und in der dritten Gruppe waren Dr. Kemper, Martina, Anja und ich.

Wir gingen auf die Wasserrutsche, auf die Schiffsschaukel, auf eine Schifffahrt

und in meine allererste Achterbahn!

Um 15 Uhr gingen wir in die Zirkusshow „Madagaskar live – it's circus time“. Der Zirkus war sehr lustig und schön bunt. Am besten war King Julien.

Nach dem Zirkus teilten wir uns auf und gingen bis 18 Uhr weiter durch den Park.

Abends gab es auch noch eine Karaoke-Show und Martina war die Dancing Queen.

Währenddessen hatte Lara die Idee, dass wir die Jungs mit Seife einschmieren. Wir liefen auf die Toilette, nahmen Schaumseife auf die Hand und liefen unbemerkt auf Japi und Marcel zu. Und patsch! – klebte schon die Seife in ihren Gesichtern! Es dauerte weniger als 3 Minuten als auch die Jungs weggingen, deshalb wusste ich sofort was los war! Die Jungs wollten Rache! Also liefen wir ganz schnell weg. Aber zu meinem Pech kriegten sie mich, während sich Lara hinter einem Baum versteckte, und dann hatte ich von

beiden Seiten Seife im Gesicht.

Später um 23.30 Uhr gingen wir alle zu Bett und waren traurig, dass morgen schon wieder alles vorbei war.

LARA 12 Jahre alt

Das Coolste im Heidepark war die Holzachterbahn Colossos. Sie ist 52 m hoch und fährt 120 km/h. Mit dieser Geschwindigkeit ist sie die schnellste Holzachterbahn der Welt! Die Fahrt dauert genau 2 Minuten und 23 Sekunden. 1.500 Leute können pro Stunde damit fahren.

Es stand dran, dass man 75 Minuten anstehen muss, wir mussten aber nur 60 Minuten warten. Kati musste alleine sitzen und ich saß mit Niklas zusammen. Dann sind wir hochgefahren und auf einmal ging es ganz schnell runter und dann wieder hoch usw. wie Berg und Tal. Ich fand es toll und würde immer wieder damit fahren! Es ist nur zu empfehlen! ☺



DIE NIERENTRANSPLANTATION

Für jedes Spenderorgan, das aktuell zur Verfügung steht, wird die Rangliste per Computer neu berechnet und damit ändert sich die Chance auf ein Spenderorgan für jeden Patienten ständig.

Von Maria Bandrowski

Es ist sehr wichtig, rechtzeitig auf die Warteliste für eine Spenderniere zu kommen. Nur wer gelistet ist, kann das Glück haben, eine *full-house*-Niere vorzeitig zu erhalten. Dazu ist es notwendig über die Organzuteilung genau informiert zu sein.

Wenn die Nieren nicht mehr richtig arbeiten, hat das schwerwiegende Auswirkungen auf den gesamten Organismus. Es kommt zu hohem Blutdruck, Wasseransammlung im Körper, allgemeiner stetig sich vergrößernder Leistungsabfall, Verlust der Nierenfunktion und damit zur Vergiftung des Körpers. Auch können Hautveränderungen (fahles Gesicht) und chronische Schmerzen auftreten - wenn auch seltener. Im fortgeschrittenen Stadium ist eine Ersatztherapie notwendig, d.h. eine Dialyse oder Transplantation muss die Funktion einer gesunden Niere übernehmen. Die Dialyse ist für die Patienten meistens eine große zeitliche und körperliche Belastung. Die Lebensqualität ist deutlich eingeschränkt. Man weiß, dass die Begleiterscheinungen sich unter der Dialysebehandlung schnell verschlechtern und den körperlichen Zustand des Patienten beeinträchtigen. Es steht die Frage offen, wie lange kann der

Kranke dialysiert werden und nach welcher Zeitspanne kann erfolgreich noch transplantiert werden: 10, 20 Jahre... mehr...?

Nierentransplantationen gehören inzwischen zum chirurgischen Alltag. Bei den Patienten allerdings herrscht eine große Unsicherheit darüber, wie oder wer über die Verteilung der Organe bestimmt.

Deutschland und einige europäische Länder haben sich zu einem Verbund *Eurotransplant* zusammengeschlossen. Dort werden die gesamten Daten angemeldeter Patienten gespeichert.

Für die Aufnahme auf die Warteliste werden einige medizinische Untersuchungen notwendig.

Zum Beispiel:

- Ultraschall der Bauchorgane
- Magen- und Darmspiegelung
- EKG, Belastungs-EKG und Ultraschall des Herzens
- Untersuchung von Mund, Nase und Ohren
- Abklärung von Prostata bzw. Gebärmutter
- Zahnärztliche Untersuchung.

Diese Untersuchungen sollen klären, ob eine Nierentransplantation ohne besondere Risiken durchgeführt werden kann und ob die dann notwendige Immunsuppression langfristig vertragen wird.

Die gesamten Unterlagen werden an das Transplantationszentrum Ihrer Wahl eingereicht und

dann in einer Computerbank bei *Eurotransplant* gespeichert.

Die Nierentransplantate von einem postmortalen (hirntoten) Spender werden nach einem festgelegten Punkte-System (Algorithmus) vergeben. Der Empfänger bekommt eine entsprechende Zahl von Punkten:

- Um die Organabstoßung nach der Transplantation zu vermeiden, wird versucht, eine möglichst gute Gewebeübereinstimmung zu erreichen (s.g. HLA-Merkmale). Für Übereinstimmung in den Gewebegruppen kann man im Idealfall (komplette Übereinstimmung der Gewebemerkmale s.g. *full-house*-Niere) max. 400 Punkte bekommen.
- Für die Wahrscheinlichkeit jemals ein gutes "HLA Match" zu erreichen, bekommt man max. 100 Punkte.
- Bis zu ca. 200 Zusatzpunkte erhält der Empfänger für Organe, die vom Spender in gleicher Region entnommen werden (z.B. gleiches Bundesland, regionale Nähe, geringe Transportzeit).
- Die Wartezeit beginnt mit dem Tag der ersten Dialyse und wird in Tagen berechnet. Pro Jahr bekommt man 33,3 Punkte.
- Die medizinische Situation des Patienten muss einen Erfolg

der Transplantation garantiert. Es dürfen keine schwerwiegenden zusätzlichen Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge oder Leber) vorliegen. Bevorzugt werden Patienten, die am längsten mit dem Organ überleben können.

- Auch das Alter und die Dialysezeit spielen eine Rolle.

Die Organzuteilung liegt aktuell bei ca. 800 - 900 Punkten (ETKAS Punkte-System).

Für jedes Spenderorgan, das aktuell zur Verfügung steht, wird die Rangliste per Computer neu berechnet und damit ändert sich die Chance auf ein Spenderorgan für jeden Patienten ständig.

Direkt vor der Transplantation wird noch ein s.g. *crossmatch* gemacht. Dies soll eine akute Abstoßung aufgrund von Gewebeunverträglichkeiten verhindern.

Die Spende eines lebenden Menschen verkürzt die Wartezeit erheblich. Das Transplantationsgesetz erlaubt die Organentnahme bei Verwandten (Eltern oder Geschwister), Ehegatten, sowie anderen Personen, die dem Empfänger nachweislich nahe stehen. Die Vo-

oraussetzung ist eine Blutgruppenkompatibilität. Dies kann über den Hausarzt oder Dialysearzt sehr einfach getestet werden. Wenn die Blutgruppe vom Spender und Empfänger nicht zueinander passen, wird das Immunsystem erst desensibilisiert. Ca. zwei bis drei Wochen vor der Operation wird ein Verfahren ähnlich einer Blutwäsche über einen speziellen Filter angewendet, der die Antikörper gegen die fremde Blutgruppe "abfängt". Parallel dazu werden spezielle Medikamente verabreicht und dadurch kann einem Großteil der möglichen Spender die Organspende ermöglicht werden.

Wichtig für eine Lebendspende ist außerdem eine ärztliche Untersuchung (meistens im Krankenhaus), d.h. gesundheitlicher Zustand des Spenders, Aufklärung und ethische Stabilität. Die guten Erfolge werden durch die Vorbereitung von Spender und Empfänger sowie auch durch die kurzen Konservierungszeiten der Spenderniere erzielt. Die Kosten der Vorbereitung, der Transplantation und der notwendigen Nachsorge

der Organspender übernimmt die Krankenkasse des Empfängers.

Für die älteren Patienten ist es meistens schwierig, die lange Zeit an der Dialyse zu bewältigen. Deswegen wurde für Patienten ab dem 65zigsten Lebensjahr ein s.g. *old-for-old-Programm* (Europäisches Seniorenprogramm ESP) entwickelt, so dass Nieren von "alten" Spendern zur Verfügung stehen. Der ältere Empfänger muss sich entscheiden, ob er (oder sie) in der normalen Warteliste oder in der Liste für Senioren geführt werden möchte. Die Wartezeit im *old-for-old-Programm* ist deutlich kürzer unter anderem dadurch, dass Spenderorgane nur aus der Region entnommen werden (nur kurze Zeit auf Eis gelagert).

Transplantation bedeutet nicht, dass alle Probleme beseitigt werden. Zu einer Nierentransplantation kann sich nicht jeder entscheiden. Es gibt viele Faktoren die abgewogen werden müssen. Wenn ich allerdings wieder an die Dialyse sollte, würde ich den Gedankenkampf von neuem aufnehmen müssen ☹

Auch unter uns gibt es Armut.

Der Patientenhilfsverein der Hamburger Dialysepatienten braucht Ihre Unterstützung, um helfen zu können.

Dialysehilfe Hamburg e.V.

Tel. 040 – 57 99 44

Konto-Nr. 693 769 201
BLZ 200 100 20
Postbank Hamburg

MIT IMPFUNGEN LEBEN NIERENKRANKE LÄNGER

Aber es gibt auch verbotene Impfungen für Nierentransplantierte

Von Maria Bandrowski

Schutzimpfungen gehören zu den sichersten und wirksamsten Vorsorgemaßnahmen der modernen Medizin. Sie verringern das Risiko überhaupt zu erkranken oder schwere Komplikationen zu erleiden. Zum Heilungsprozess einer Erkrankung gehört notwendiger Abwehrschutz. Chronisch Kranken jeden Alters werden bestimmte Impfungen empfohlen. Bei gefährdeten Risikopatienten können neben Standardimpfungen spezielle Impfungen wie z. B. gegen Pneumokokken und Influenza-Viren sinnvoll sein. Viele der früher gefürchteten Krankheiten, wie z.B. Diphtherie, sind heute seltener geworden und haben viel von ihrem Schrecken verloren. Im Erwachsenenalter, besonders für Nierenkranke, ist Impfschutz gegen Hepatitis B sogar notwendig.

Impfungen bei Dialysepatienten:

- Hepatitis B (Eine virusbedingte Entzündung der Leber. Menschen tragen das Virus chronisch in sich. Der Erreger wird über Blut und Flüssigkeit übertragen). Erfolg der Grundimmunisierung wird nach der dritten Dosis überprüft und festgelegt, nach welchem Zeitraum aufgefrischt werden soll. Regelmäßige Kontrolle ist zu überlegen.
- Influenza (Grippe, eine Virus-erkrankung, die gehäuft im Winter auftritt und ansteckend ist). Routineimpfung jährlich im Herbst.
- Pneumokokken (Bakterien, die Mittelohrentzündung, Lungenentzündung und Hirnhautentzündung hervorrufen können). Nach der Standardimpfung, im Alter von 60 Jahren wird nach je 5 Jahre aufgefrischt.
- Poliomyelitis / Kinderlähmung. (Das Virus wird hauptsächlich durch ungenügende Toilettenhygiene übertragen und führt zur massiven Virenproduktion im Magen-Darm-Bereich). Keine routinemäßige Auffrischung. Impfung meistens bei Fernreisen.
- Tetanus (Schwere Erkrankung des Nervensystems. Erreger befindet sich in Böden und gelangt z.B. bei der Gartenarbeit in den Körper). Nach der Grundimmunisierung Auffrischung alle 10 Jahre.
- Diphtherie (Erkrankung, die durch Toxin eines Bakteriums ausgelöst wird. Die Krankheit wird mit der Atemluft übertragen und führt zu Infektion der oberen Atemwege). Nach der Grundimmunisierung Auffrischung alle 10 Jahre.
- Keuchhusten / Pertussis (Hochansteckende, bakterielle Krankheit der Atemwege). Nach der Grundimmunisierung Auffrischung alle 10 Jahre, möglichst mit Diphtherie, Tetanus und Polio-Impfung zusammen.
- FSME (Viren von Zecken, die auf Menschen übertragen werden). Für Dialysepatienten wird nach der Impfung möglicherweise eine zweite Teilimpfung empfohlen. Nach der Grundimmunisierung, Auffrischung nach 3 Jahren.

Impfungen nach der Nierentransplantation:

Da die medikamentöse Immunsuppression nach der Nierentransplantation sehr stark ist, dürfen Impfungen erst nach 12 Monaten durchgeführt werden. (In früherer Phase wird der Körper auf Impfungen noch nicht reagieren und daher ist jede Schutzmaßnahme sinnlos). Nach ca. einem Jahr werden langsam Abwehrzellen und Antikörper gebildet. Allerdings bestehen für viele Impfungen ein

verminderter Impferfolg und eine individuelle Wirkungsdauer. Je stärker die Immunsuppression desto geringer die Immunantwort auf die Impfung. Leider relativ wenige Impfungen sind nach der Transplantation überhaupt erlaubt.

Verboten sind alle Lebendimpfstoffe (erhalten vermehrungsfähige "lebende" Viren) gegen Infektionen wie z. B. Masern, Mumps, Röteln (Kombi-Impfstoff MMR), Tuberkulose, Windpocken (Varizellen), Cholera, Polio (Schluckimpfung), Typhus

(Schluckimpfung), Gelbfieber und z. Zeit noch Malaria. Notwendige Impfungen mit Lebendimpfstoffen sollten daher vor der Transplantation durchgeführt werden.

Zu den Impfungen, die transplantierten Patienten empfohlen werden, gehören s. g. Totimpfstoffe (enthalten abgetötete Erreger oder nur das Gift. So können sie sich nicht mehr vermehren). Impfungen gegen Infektionen wie Hepatitis A und B, Tetanus, Tollwut und ggf. Diphtherie und Polio weisen auf Erfolgsaussichten. Patienten mit häufigen Atemwegsinfektionen können von der Pneumokokken-Impfung profitieren. Auch die jährliche Influenza-Impfung wird sehr empfohlen.

Impfung gegen FSME hat leider stark eingeschränkte Wirkung. Daher bei Reisen in Risikogebiete besser Zeckenkontakt meiden.

Auch wenn Impfungen allgemein empfohlen sind, gibt es Situationen, in denen Nierenkranke nicht geimpft werden sollten. In jedem Fall müssen Sie den Arzt fragen, ob es ratsam und notwendig wäre, diese präventiven Maßnahmen durchzuführen ☺

Auch wenn Impfungen allgemein empfohlen sind, gibt es Situationen, in denen Nierenkranke nicht geimpft werden sollten. In jedem Fall müssen Sie den Arzt fragen, ob es ratsam und notwendig wäre, diese präventiven Maßnahmen durchzuführen ☺

Die Transplantierten-Weltmeisterschaften in Durban - ein Erfolg?

Von Peter Stoetzer

In diesem ersten Bericht kann ich die Frage mit einem dicken Ja, zugleich aber mit einem kritischen „Jein“ beantworten.

Das kleine, meines Erachtens viel zu kleine deutsche Team hat sich sehr erfolgreich geschlagen. In dem großen Feld der 49 teilnehmenden Länder haben wir uns mit unseren 13 Gold-, 15 Silber- und 14 Bronzemedailles auf einen beachtlichen 13. Platz vorgekämpft; ein voller Erfolg.

Dazu kommen noch einige neue Weltrekorde, die nun von Deutschen gehalten werden. Allein in der Leichtathletik haben wir mit unserem Team 16 Medaillen errungen.

Leider bestanden z. B. beim Tischtennis oder Schwimmen noch große organisatorische Defizite. Oft mussten die Athletinnen und Athleten 6 und mehr Stunden im Stadion warten, ehe sie an einem Wettbewerb teilnehmen und damit die Chance auf eine Medail-

le wahren konnten. In einem später folgenden Artikel gehe ich dann näher auf die Spiele ein.

Die Unterbringung im sehr großen Garden Court Hotel an der Marine Parade direkt am Strand war gut, das Essen immer gut. Allein das pappige Brot in den Lunchboxen entsprach nicht ganz meinem Geschmack. Gut war die Planung in diesem Fall. Die Abendessen jeweils mit reichlichem Buffet waren ganz hervorragend. Die anschließend zum Ende des Essens dargebotenen Shows waren originell und farbig, ganz Afrika!! Durch ihre Lautstärke beeinträchtigten sie aber leider die Gespräche.

Doch zurück zum Sport. Alle Angereisten nahmen an mehreren Wettbewerben teil, es waren bis zu 5 Wettbewerbe erlaubt. Leider kamen mit der deutschen Mannschaft keine Team- oder Staffelt Wettbewerbe zu Stande, weil wir einfach zu wenig Teilnehmer hat-

ten. Alle Wettbewerbe waren sehr anspruchsvoll und das Niveau hoch, wie etliche neue (WTR) World Transplant Records zeigen.

Alle waren Sieger. Insbesondere seien die Neulinge erwähnt, die ohne große Erwartung kamen und dann doch recht gute Plätze und sogar Medaillen erzielen konnten.

Einige Teilnehmer des deutschen Teams nutzten die lange Anreise zu eigenen Anschlussreisen in dem sehr interessanten südlichen Afrika.

Im Übrigen hatten wir den Besuch der ehemaligen Ministerin für Gesundheit Ulla Schmidt und der SPD Gesundheitsreferentin, die bei verschiedenen Wettbewerben hereinschauten. Doch davon werde ich später berichten.

Aus dem Kreis der Nieren-selbsthilfe Hamburg haben teilgenommen:

Peter Stoetzer (3x Gold/2x Silber)

Stefan Mroncz (2x Bronze)

Hayri Catakli ☺

IMPFFEN

Ein wichtiges Thema - auch auf unserem Patientenseminar.

Was nützen alle Empfehlungen, wenn diese nur schwer verstanden werden. Dann hilft oft ein Beispiel besser. Unser Vorsitzender Peter Stoetzer öffnet nachfolgend die ihm empfohlenen Impfungen als Vorbereitung seiner Reise nach Durban zu den Welt-Transplantierten Spielen. Die Empfehlungen kamen

von unserer Seminar-Referentin, Frau Dr. Hagelstein.

Beim Studium der Liste sind 3 Faktoren zu beachten:

- Der Patient ist Reise-erfahren, vor und auch nach seiner Transplantation in verschiedenen Kontinenten unterwegs gewesen und hat eine lange Impferfahrung.

- Das Protokoll ist auf den Süden Afrikas ausgerichtet, in dem es zu dieser Zeit keine Malaria-Gefahr gibt.

- Der Patient ist seit 24 Jahren erfolgreich Nieren-transplantiert.

Lesen Sie hinein und - wenn Sie reiselustig sind - fragen Sie Ihren Arzt oder einen "Impfologen" ☺



Die tabellarische Übersicht auf der nachfolgenden Seite hat die Verfasserin, Frau Dr. Hagelstein, mit folgende Hinweise ergänzt:

Dukoral® (oral einzunehmender Totimpfstoff) eigentlich gegen Cholera entwickelt, hat auch positiven Effekt auf die Verhinderung von **Reisediarrhoe**; Schluckimpfstoff; nach der 1. Dosis sollte die zweite Dosis frühestens nach 1 Woche, spätestens 6 Wochen danach eingenommen werden, aber es sollte noch ca. 1 Woche bis zur Abreise Zeit sein zum Aufbau eines Immunschutzes; Auffrischung nach 2 Jahren; bei Immunsupprimierten ist die Schutzwirkung fraglich!

Bei **Malariarisiko** immer an Expositionsprophylaxe denken (Mückenschutz mit Kleidung, Repellents/Lotionen, Moskitonetz). Chemoprophylaxe (Malaria-prophylaxe mit Medikamenten) unterschiedlich je nach Risikogebiet, Reiseland und Reisezeit (z. B.

welches Medikament, Art der Einnahme, reicht stand-by oder besser Dauereinnahme etc.), bitte rechtzeitig vorher besprechen!

FAZIT:

Aktuell empfohlene Impfungen für Südafrika:

- Auffrischung Tetanus/Diphtherie/Polio/Pertussis (1 x impfen).
- Typhus (1 x impfen).
- Tollwut, wenn entsprechende Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann (3 x impfen innerhalb von 4 Wochen).
- Evtl. Bestimmung Hepatitis B-Antikörper, ggf. erneute Impfung.

Da alles Totimpfstoffe sind, müssen keine Impfabstände zueinander bedacht werden (bis auf die empfohlenen Abstände zwischen den einzelnen Tollwutimpfungen).

Typhusimpfstoff ist derzeit nur Typhim® verfügbar, Typherix® ist gegenwärtig nicht lieferbar, bitte nicht mit Typhoral® impfen

(Lebendimpfstoff).

Als Tollwutimpfstoff ist z. B. Rabipur® geeignet.

Unabhängig von dieser Reise sollte erfolgen:

- Pneumokokkenbooster mit Prevenar 13.
- Jährliche Grippeimpfung.

Malariarisiko in Südafrika siehe nachfolgende Karte; auch der Kwazulu-Natal ist schon teilweise im gefährdeten Gebiet und Mücken halten sich nun mal ungern an Grenzen, wie sie auf einer Karte stehen....

Malariagebiete sollten Sie bitte meiden, da Immunsuppressiva und Malariamittel eine ziemliche Interaktion zeigen und gerade mit Myfortic, da wenig Erfahrungen bestehen.....

Nichtdestotrotz ist Mückenschutz wichtig und auch Sonnenschutz (gerade für Immunsupprimierte!!!), Infos folgen.

Gute Reise! Viel Spaß und gesunde Rückkehr!

M. Hagelstein



STANDARDIMPFUNGEN:	Wann geimpft?	Impfschutz? (VS = Vollschutz)	Empfehlung:
Tetanus	Grundimmunisierung erfolgt, letzter Booster 2001	VS bis 2011	Auffrischungsimpfung mit z.B. Repevax® oder Boostrix Polio® (=Tetanus/Diphtherie/Polio/Pertussis) empfohlen
Diphtherie	Letzter booster 2011	???	
Polio	???	Titerkontrolle?	Wegen Immunsuppression regelmäßige Titerkontrolle zu überlegen, booster je nach Titer - außer bei nachgewiesenem non-responder
Pertussis (= Keuchhusten)	Grundimmunisierung 2001/2001, dann mehrfach geboostert, zuletzt wohl 2010?		Booster mit Prevenar 13® empfohlen, kein Pneumovax® mehr
Hepatitis A	2007 mit Pneumovax®	fraglich	
Hepatitis B	Nach Ihren Angaben Erkrankungen im Kindesalter durchgemacht, in diesem Fall ist von dann Immunität auszugehen; also keine Impfung erforderlich; da die Impfung eine Lebendimpfung wäre, ist sie bei bestehender Immunsuppression sowieso nicht unbedingt empfehlenswert		
Pneumokokken-Pneumonie			
MMR = Masern, Mumps, Röteln			
An jährliche Gripeschutzimpfung denken (v.a. bei häufigen Chinareisen auch reisemedizinisch bedeutsam, zur Abgrenzung gegen die Vogelgrippe)			
Varizellenimpfung(Windpocken)			
Zu empfehlende Impfungen bei entsprechendem Risiko / entsprechendem Reisegebiet:			
Typhus <u>Zu empfehlen für Indien, China etc.</u>	bei Aufenthalt in hygienisch bedenklichen Gebieten (z.B. sehr warm, tropisch, unklarer Lebensmittelhigiene-standard)	1 x impfen, Schutzdauer: 3 Jahre Wg. Immunsuppression nur mit Totimpfstoff impfen! (z.B. Typherix® oder Typhim Vi®, nicht Typhoral!!!)	
Gelbfieber/Yellow Fever = YF	Bei Reisen in Endemiegebiete wie Teile Afrikas und Südamerika 1 x impfen, Lebendimpfung, mind. 10 Tage vor Einreise sonst Bescheinigung nicht gültig; nur bei zugelassenen Impfstellen (z.B. unsere Praxis); Schutzwirkung 10 Jahre	YF 1969 und 1979 geimpft, jetzt kontraindiziert, da Immunsuppression; entsprechende Reisegebiete mit Risiko YF sollten gemieden werden.	
Meningokokken-Meningitis Typen A, C, W, Y	Zentralafrika, Saudi-Arabien während des Hadsch (=Pilgerzeit, dann ist Impfung eine Einreisebestimmung), sonst bei aktuellen Ausbrüchen /Änderungen weltweit	1 x Impfung, (Impfstoff Menveo®), Auffrischung nach derzeitigem Sachstand nicht erforderlich	
Tollwut <u>Zu empfehlen für Indien, China etc.</u>	Weltweit verbreitet, sinnvoll, wenn Kontakt mit (Wild-)tieren nicht ausgeschlossen werden kann (Hunde, Katzen, Fledermäuse, Nagetiere etc.); Indien hat die höchste Morbiditätsrate	3 x impfen innerhalb 3-4 Wochen (an den Tagen 0 – 7 – 21 oder 28, je nach Impfstoff); Auffrischung nach ca 3 Jahren oder nach unklarem Tierkontakt	
Japanische Enzephalitis	Südostasien , bei Aufenthalt in feuchtwarmen ländlichen Gebieten mit ungenügendem Mückenschutz (v.a. abends / nachts)	2 x impfen innerhalb von 4 Wochen (Impfstoff IXIARIO®), Auffrischungsdaten noch unklar, noch keine Daten, derzeit evtl. nach 1 Jahr nachfragen.	
FSME = Frühommer-Meningoencephalitis	Von Zecken übertragene Hirnhautentzündung; v.a. Süddeutschland, Österreich, Osteuropa, aber auch z.B. teilweise China	3 x impfen (0 – 4 Wochen – 6 Monate), am besten im Winterhalbjahr, vor Beginn der Zeckensaison; Auffrischung nach 3-5 Jahren (je nach Gefährdung);	

Einmal im Monat

sehen sich
Dialysepatienten
Transplantierte
Angehörige
und Gäste beim

Treff

meistens dienstags (Termine nebenstehend)

im Logenhaus

Moorweidenstraße 36

Nähe Dammtorbahnhof

Metrobusse 4 und 5 (Haltestelle Staatsbibliothek)

(Zugang über Logenhaus-Restaurant)

um 19.00 Uhr

Dienstag, 3. Dezember

☞☞☞ Treffpunkt zum Klönen

Dienstag, 7. Januar

Neujahrsfeier

Wie schon Januar 2013 treffen wir uns für die kleine Jahres/Weihnachts-Nachfeier im Gasthof Seehof. Das Restaurant bietet viel Platz in gemütlicher Atmosphäre. Wir haben genug Platz für eine rauschende Tanzvorführung unserer Tanz-aktiven Turniertänzerinnen und -tänzer, die uns Ihre Künste darbieten werden. Schreiben mit Einladung folgt im Dezember.

Dienstag, 4. Februar

☞☞☞ Treffpunkt zum Klönen

Dienstag, 4. März

☞☞☞ Treffpunkt mit Referat

Dienstag, 1. April

☞☞☞ Mitgliederversammlung

Auch 2014 wieder im Kulturhaus Eppendorf. Unter anderem sind die Kassenprüfer zu wählen. Eine separate Einladung mit dem kompletten Programm folgt zu einem späteren Zeitpunkt.

Sonntag, 11. Mai

☞☞☞ Busausflug

Wir werden wieder zu einem interessanten Ziel in Norddeutschland einladen. Einzelheiten werden wir Ihnen noch per Brief und im Internet mitteilen.

**Sonnabend oder Sonntag,
14. oder 15. Juni**

☞☞☞ Wir feiern 40jähriges

Wenn Sie Ideen oder Wünsche zu diesem Tag haben, dann schreiben Sie uns bitte. Wir haben wegen dieses Termins keine weiteren Veranstaltungen oder Treffs im Mai und Juni 2014 vorgesehen.

Weitere Hinweise zu unserem Treffpunkt: Juli/August Sommerpause - 2. September - Oktober kein Treff wegen der Messe - 4. November - 2. Dezember

Und außerdem: 3. - 12. Oktober „Du und Deine Welt“

Termine auch auf unserer Homepage: www.Nieren-Hamburg.de

Weitere Fragen beantwortet Ihnen: Peter Stoetzer

Telefon: 040 - 85 33 79 36, Fax: 890 17 72 oder E-Mail: PStoetzer@AOL.com

UNSERE HAMBURGER DIALYSEZENTREN

Eine Umfrage der Nierenselbsthilfe Hamburg

Droht der Dialysequalität wirklich der „Ausverkauf“? Werden wir es ab Juli 2013 in unseren Dialysezentren mit einer „Discountermedizin“ zu tun haben? Die Macher unserer Bundeszeitschrift „Der Dialysepatient“ jedenfalls sehen - wie sie in den letzten Ausgaben prophezeien - dunkle Wolken am Horizont aufziehen; ja sogar unser Leben in Gefahr, sofern die Krankenkassen ab Juli den Betrag senken, den sie den Betreibern der Dialysepraxen und -Zentren für ihre Auslagen erstatten. Diese Auslagen, auch Sachkostenpauschale genannt, umfassen alles, was bei der Dialyse Kosten verursacht, außer der Vergütung, die der Arzt für seine Tätigkeit erhält. Im Gegensatz zur Sachkostenpauschale soll die ärztliche Vergütung ab Juli sogar erhöht werden.

Auf der einen Seite ist der unvoreingenommene Leser geneigt, dem Protest unserer Verbandsverantwortlichen gegen die Kürzungen vorbehaltlos zuzustimmen, sind doch wesentliche Anteile, welche die Dialysenkosten bestimmen, in den letzten zehn Jahren gestiegen. Vor allem die Gehälter der Dialyseschwesterinnen und -pfleger sowie des übrigen Personals dürften sich, den allgemeinen Lohnsteigerungen folgend, nach oben bewegt haben. Aber auch

die Kosten für Energie (Strom, Wasser, Heizung) und Raummieten haben über die Jahre deutliche Steigerungen erfahren.

Inwieweit auf der anderen Seite mögliche Preissenkungen bei der Technik (Dialysegeräte, Wasseraufbereitungsanlagen, Schlauchsysteme, Filter, Punktionsnadeln und Heparin), Reduzierung bei den Personalausgaben (weniger Personal versorgt heute mehr Patienten als noch vor zehn Jahren) und günstigere Rabatte beim Einkauf - infolge gestiegener Patientenzahlen die oben erwähnten Kostensteigerungen - egalisieren oder sie möglicherweise senken konnten, ist für Außenstehende nicht einzuschätzen.

Hier liegt die Crux für Patienten - und die in den Praxen Beschäftigten. Niemand dürfte Einblicke in die Bilanzen und Abrechnungen der Dialysebetreiber haben, um auf objektiver Basis beurteilen zu können, ob die von den Krankenkassen geplanten/vorgenommenen Reduzierungen bei der Kostenerstattung gerechtfertigt sind und nur der Marktentwicklung folgen oder ob die Betreiber unserer Dialysepraxen dadurch gezwungen werden, bei Personaleinsatz oder Materialeinkauf den Rotstift anzusetzen. Sollte Letzteres der Fall sein, so bleibt nur zu hoffen, dass es nicht zu der von unserem Dachverband be-

fürchteten Qualitätsabsenkung kommt, oder dass gar die dann durchgeführten Dialysen den Begriff „Discountermedizin“ rechtfertigen.

Aus den gerade geschilderten Gründen scheint es der Nierenselbsthilfe Hamburg an der Zeit, den derzeitigen Stand und die Qualität der Dialyseversorgung in Hamburg zu erforschen. Wer könnte hierüber besser Auskunft geben, als diejenigen, die dreimal pro Woche, jahrein und jahraus auf die Dialysebehandlung, die ärztliche Beratung, die pflegerische Betreuung und das Funktionieren der Technik angewiesen sind, nämlich Sie, unsere Mitglieder.

Damit sind auch schon die drei Bereiche beschrieben, welche die Dialysequalität bestimmen: Die eingesetzte Technik, die ärztliche Versorgung und die Betreuung durch das Pflegepersonal der Praxen. Und, was von besonderer Bedeutung ist: Wie sieht am Ende das Ergebnis der Behandlung aus? In diese vier Abschnitte gliedert sich auch der auf den beiden folgenden Seiten abgedruckte Fragebogen, um dessen Beantwortung wir Sie, unsere Mitglieder, herzlich bitten. Wir wissen, dass es in der Regel neben Negativem auch Positives, neben Kritisierenswertem auch Lobenswertes gibt. Wir haben aus diesem Grund zu fast al-

len Fragen Raum für einen kurzen Kommentar gelassen. Wir wären Ihnen, liebe Mitglieder unserer Selbsthilfegruppe, dankbar, wenn Sie sich die Mühe machten, uns dabei zu helfen, die Hamburger Dialyseszene transparenter und überschaubarer zu machen.

Wir versichern, dass die Ergebnisse in unserer Info völlig anonym veröffentlicht werden. Aus diesem Grund wird in dem Fragebogen auch nicht nach dem Namen desjenigen gefragt, der die Fragen beantwortet. Niemand

braucht also Sorge zu haben, dass er im Fall von kritischer Bewertung irgendeines Details in seiner Praxis oder in seinem Zentrum mit negativen Reaktionen rechnen muss. Sie haben in der Regel zwei Zeilen für Kommentierungen zur Verfügung. Sollte dieser Platz nicht ausreichen, so fügen Sie bitte ein Extrablatt bei und vermerken den Punkt, zu dem die Ergänzung gehört.

Trennen Sie bitte die Seiten mit dem beantworteten Fragebogen heraus und senden sie per Brief

oder per Fax an den Vorsitzenden der Nierenselbsthilfe Hamburg e.V.:

Herrn
Peter Stoetzer
Malerwinkel 5
22607 Hamburg

Fax: 040-890 17 72

Wir bitten möglichst viele, sich der Mühe des Ausfüllens zu unterziehen. Nur so können wir etwas bewirken ☺

Fragebogen zur Dialysesituation 2013

Meine Dialysepraxis / Mein Dialysezentrum
(Name oder Straße oder Name des Leitenden Arztes).....

A. Einrichtung und Technik

A. 1 Wie viele Patienten dialysieren zusammen mit Ihnen im Raum?

A. 2 Sind Sie mit dem Raum, in dem Sie dialysieren, zufrieden?
.....
.....

A. 3 Ist ausreichend Raum zwischen den Behandlungsplätzen?
.....
.....

A. 4 Ist die Maschine, an der Sie dialysieren, zuverlässig oder gibt es öfter Störungen?
.....
.....

A. 5 Sind Sie mit dem Material, das bei Ihrer Dialyse verwendet wird (Filter, Nadeln), zufrieden?
.....
.....

A. 6 Mit welcher Note bewerten Sie insgesamt die Einrichtung und die Technik Ihres Zentrums?
(Zutreffendes bitte unterstreichen)
1=sehr gut 2=gut 3=befriedigend 4=ausreichend 5=mangelhaft 6=ungenügend

B. Ärztliche Versorgung

B. 1 Wie viele Ärzte sind insgesamt in Ihrer Praxis für die Dialysepatienten zuständig?

B. 2 Wie oft sehen Sie den Arzt während der Dialyse? (Nur 1x während der Visite oder öfter)

.....

Kommentar

B. 3 Hat der Arzt genügend Zeit für Sie, wenn Sie ein Problem haben?

.....

.....

B. 4 Hatten Sie während der Dialyse schon einmal einen ernsten Zwischenfall, bei dem Sie ärztliche Hilfe benötigten?

.....

.....

B. 5 Falls ja, hat Ihr Arzt bei diesem Zwischenfall nach Ihrer Einschätzung richtig reagiert?

.....

.....

B. 6 Erfolgen in Ihrem Zentrum regelmäßige körperliche Untersuchungen (Herz, Lunge, Leber etc.)?

.....

.....

B. 7 Glauben Sie, dass Sie bei Schwierigkeiten, die Ihr Arzt nicht beherrscht, rechtzeitig zu anderen Fachärzten überwiesen werden?

.....

.....

B. 8 Haben Sie menschlich zu Ihrem Arzt/Ihren Ärzten ein gutes Verhältnis?

.....

.....

B. 9 Mit welcher Note bewerten Sie insgesamt die ärztliche Versorgung in Ihrem Zentrum?
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

1=sehr gut 2=gut 3=befriedigend 4=ausreichend 5=mangelhaft 6=ungenügend

C. Betreuung durch das Pflegepersonal

C. 1 Wie viele Schwestern/Pfleger versorgen während der Dialyse wie viele Patienten?

Anzahl	Schwester/Pfleger versorgen	Anzahl	Patienten
--------	-----------------------------	--------	-----------

Kommentar

C. 2 Sind das An- und Abhängen zu Beginn und am Ende der Dialyse gut geregelt oder .müssen Sie lange Wartezeiten in Kauf nehmen?

.....
.....

C. 3 Ist das Pflegepersonal gut trainiert, um die Punktion sicher und zuverlässig auszuführen?

.....
.....

C. 4 Ist das Pflegepersonal gut geschult, um Störungen an der Maschine schnell beheben zu können?

.....
.....

C. 5 Wird in ausreichendem Maß auf Hygiene geachtet?

.....
.....

C. 6 Ist das Pflegepersonal aufgeschlossen, hilfsbereit und freundlich oder gibt es möglicherweise auch mürrische, unverbindliche und abweisende Mitarbeiter?

.....
.....

C. 7 Haben Sie den Eindruck, dass das Pflegepersonal genügend Zeit hat oder wirken die Mitarbeiter gehetzt und unter Stress stehend?

.....
.....

C. 8 Bemüht sich das Pflegepersonal, im Zentrum eine zwischenmenschlich angenehme Atmosphäre zu schaffen, z.B. durch Gespräche?

.....
.....

C. 9 Wird während der Dialyse eine Verpflegung angeboten und, falls ja, wie beurteilen Sie diese?

.....
.....

C. 10 Mit welcher Note bewerten Sie insgesamt die Betreuung durch das Pflegepersonal Ihres Zentrums?

(Zutreffendes bitte unterstreichen)

1=sehr gut 2=gut 3=befriedigend 4=ausreichend 5=mangelhaft 6=ungenügend

Fortsetzung nächste Seite ➔

D. Dialysequalität

D. 1 Wie viele Jahre dialysieren Sie schon?

D. 2 Wie viele Dialysebehandlungen machen Sie pro Woche?

D. 3 Wie viele Stunden dauert bei Ihnen eine Dialyse? Stunden

D. 4 Wie viel Gewicht müssen Sie in der Regel pro Dialyse entziehen?

In der Regel zwischen kg (geringste Zunahme) und kg (höchste Zunahme)

Kommentar:

.....

D4. Ist Ihr Blutdruck während der Behandlung stabil?

.....

.....

D5. Wie fühlen Sie sich nach der Behandlung und am dialysefreien Tag?

.....

.....

D6. Leiden Sie zwischen den Dialysen unter starkem Durst?

.....

.....

D7. Sind Sie zu einer Transplantation angemeldet und wenn ja, wie lange schon?

.....

.....



Auf Wunsch können wir Ihnen den Fragebogen auch in türkischer Sprache zur Verfügung stellen. Rufen Sie bitte hierfür Herrn Peter Stoetzer unter Tel. 040/85 33 79 36 an.

TAXIFAHRTEN

Sind Taxifahrten zur Dialyse von den gesetzlichen Krankenkassen zu ersetzen?

Von Peter Stoetzer

Es ist auch Aufgabe der Patienten, Krankheitskosten möglichst gering zu halten. Bei einer Solidargemeinschaft ein notorisches Gebot; denn der Topf, aus dem Kosten bei Krankheit ersetzt werden, ist begrenzt. Je mehr Einzelne kosten, desto weniger bekommen andere, oder es muss (vornehmlich bei uns durch den Staat) Geld nachgeschossen werden.

Daher schreibe ich seit Jahren für ein kostenbewusstes Verhalten bei Taxifahrten zur Dialyse. Abgestuft am liebsten per Pedes oder Rad, wenn es dem Patienten möglich ist, sonst lieber mit öffentlichen Verkehrsmitteln wie Bus oder Bahn. Wenn dies nicht möglich ist, dann lieber im Sammeltaxi.

Doch nicht immer geht das. Nicht jeder besitzt die notwendige Gesundheit oder hat den Bus vor der Haustür. Selbst wenn mancher es wollte, wäre die Fahrt im eigenen Auto nach einer Dialyse nicht immer zu vertreten, denn bei manchen Patienten ist z.B. durch den Wasserentzug der Gesichtskreis eingeschränkt.

Die HEK (Hanseatische Krankenkasse Hamburg) verweigert nun schon zum wiederholten Male den Kostenersatz für eines unserer Mitglieder. Erfreulich: bisher

hat die „Business-K(1)asse“ (Eigenwerbung im Netz) zwar nach vielen Briefen und eMail-Wechseln bzw. Telefonaten dann doch noch eingelenkt und gezahlt. Doch diesmal droht mir/uns die HEK „...dass wir uns... juristische Schritte vorbehalten...“ bei Veröffentlichung in jeglicher Form.

Aus diesem Anlass habe ich mir von kompetenter Seite eine Ausarbeitung machen lassen:

„Für die Auswahl des Transportmittels ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall maßgeblich. Nach der kassenärztlichen Bundesvereinigung besteht für Krankenfahrten die Auswahl zwischen ÖPNV, Mietwagen, Taxi und Liegendsmietwagen/-taxi. Die Auswahl ist vom Arzt unter Berücksichtigung des aktuellen Gesundheitszustandes des Patienten und seiner Gehfähigkeit zu entscheiden (§ 4 Kr-Trans-RL). Dabei ist die Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen (qualifiziertes Beförderungsmittel) nur zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen keine öffentlichen Verkehrsmittel benutzen kann. Hierfür ist zu berücksichtigen, wie der GBA in seiner Stellungnahme zu der Krankentransport-Richtlinie festhält, dass es bei der Dialysebehandlung zu Flüssigkeitsverschiebungen im Körper kommt. Die damit einhergehenden Kreislaufreakti-

onen, die bei Patienten mit einem verschlechterten Allgemeinzustand auftreten können, können dazu führen, dass der Patient z.B. an der Bushaltestelle kollabiert. Weiterhin besteht eine erhöhte Blutungsgefahr nach der Dialysebehandlung, so dass der Patient durch Remppler/Stöße zu bluten beginnen kann, die in Bus oder Bahn unerwartet auftreten können und unvermeidbar sind. Diese Gefahren (Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben) zu beurteilen und abzuwenden, obliegt der Entscheidung des Arztes.

Weiterhin ist festzuhalten, dass Dialysepatienten als chronisch Kranke angesehen werden und regelmäßig eine Schwerbehinderung von 100 % anerkannt bekommen. Es ist die Pflicht der Krankenkasse die Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung für Patienten, die einen Schwerbehindertenausweis vorlegen, zu genehmigen (§ 3 Abs. 3 S. 1 Kr-Trans-RL).“

Hier wird klar herausgestellt, dass es Kassen in Deutschland gibt, die die Taxikosten ohne eine so intensive Prüfung, wie sie die HEK im aktuellen Fall verlangt, ersetzen.

Es ist nicht nur mein Eindruck, dass bei Kostenersatz für Dialysefahrten Krankenkassen sich unterschiedlich verhalten. Dies gilt nicht nur für Hamburg, sondern wurde für ganz Deutschland bestätigt

EUROTRANSPLANT 2012

Im Folgenden möchten wir Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, einen kleinen Überblick über das Transplantationsgeschehen in Deutschland vermitteln, über die Warteliste, die Spenderzahl und die Zahl der Nierentransplantationen.

Quelle: Eurotransplant "Annual Reports 2007 - 2012"

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Deutschland	8.207	8.003	8.014	7.869	7.873	7.919
EUROTRANSPLANT (gesamt)	11.308	11.082	11.010	10.768	10.622	10.525

Tabelle 1

Auf der Warteliste für eine Nierentransplantation gemeldete Patienten aus Deutschland sowie aus allen acht EUROTRANSPLANT-Ländern gemeinsam am 31. Dezember des jeweiligen Jahres

Zusammengestellt von
Jochen Brandtner

Grundlage unserer Zusammenstellung sind die Berichte der EUROTRANSPLANT-Organisation aus den Jahren 2007 bis 2012. Von der Unmenge von Zahlen, mit denen EUROTRANSPLANT seine Bemühungen beschreibt, den an einem Organversagen leidenden Patienten in Europa zu helfen, haben wir nur einige wenige in unseren Beitrag aufgenommen, von denen wir hoffen, dass sie Ihr Interessen finden.

Es liegt uns am Herzen, daran zu erinnern, dass jede der Spenderzahlen für einen Menschen steht, dessen Leben durch eine Krankheit oder einen Unfall ein unglückliches Ende fand. Und nicht vergessen dürfen wir auch, dass hinter diesen Zahlen Angehörige stehen, die um einen ihnen nahe stehenden Menschen trauern, die oft unerwartet und unvorbereitet Abschied nehmen mussten und die trotz ihres Schmerzes und ihrer Trauer eine Entschei-

dung trafen, die für viele von uns neue Hoffnung und ein neues, leichteres Leben bedeuteten. Allen diesen Menschen sind wir zu tiefem Dank verpflichtet.

Die EUROTRANSPLANT-Organisation

Eurotransplant ist eine 1967 von Jon van Rood gegründete Stiftung mit Sitz in Leiden (Niederlande). Sie ist die Vermittlungsstelle für Organspenden in den Benelux-Ländern, Deutschland, Österreich, Slowenien und Kroatien. Im vergangenen Jahr ist auch noch Ungarn hinzugekommen. An der internationalen Zusammenarbeit dieser Länder sind alle Transplantationszentren, Gewebetypisierungslaboratorien und Krankenhäuser, in denen Organspenden durchgeführt werden, beteiligt.

Vorrangiges Ziel von Eurotransplant ist die optimale Verfügbarkeit von Spenderorganen beziehungsweise -geweben. Weitere Ziele sind unter anderem die Förderung von Forschungen zur Ver-

besserung der Transplantationsergebnisse, sowie Erhöhung verfügbarer Organe oder Geweben durch Werbung.

Zwischen 1967 und 2007 hat Eurotransplant 122.000 Menschen durch die Vermittlung eines Spenderorgans helfen können. In diesen 40 Jahren wurden im Eurotransplant-Gebiet mehr als 14.000 Herzen, 4.000 Lungen, 79.000 Nieren, 21.000 Lebern und 4.200 Bauchspeicheldrüsen transplantiert.“ (Text aus der Internet-Enzyklopädie Wikipedia)

Die Wartenden

Die Warteliste zur Nierentransplantation 2007 - 2012

Eine Transplantation beginnt in der Regel mit medizinischen Voruntersuchungen im Heimatort und der anschließenden Anmeldung bei EUROTRANSPLANT in Leiden. Dort wird man mit all seinen Daten (Blutgruppe, Gewebeeigenschaften, Anteil schon vorhandener Antikörper etc.) in die Liste der Wartenden aufge-

Wartezeit am 31.12.2012seit Dialysebeginn	...seit Meldung bei EUROTRANSPLANT
noch vor Dialysebeginn	189 = 2 %	-
weniger als 1 Jahr	1.205 = 16 %	3.099 = 41 %
2-4 Jahre	3.242 = 42 %	2.895 = 38 %
5 Jahre und länger	3.009 = 39 %	1.651 = 21 %

☐ Tabelle 2

Verteilung der Wartezeiten für die aus Deutschland stammenden Patienten bei EUROTRANSPLANT, die auf eine Nierentransplantation hofften

Wartende Patienten aus Deutschland am 31.12.2012	Von ihnen warteten auf ihre erste Transplantation	Von ihnen warteten auf ihre 2. oder 3. Transplantation
7.645	6.292 = 82 %	1.353 = 18 %

☐ Tabelle 3

Verteilung der Patienten aus Deutschland am 31.12.2012 auf der EUROTRANSPLANT-Warteliste, die auf ihre erste oder auf die zweite oder auch dritte Nierentransplantation warteten

nommen; man ist auf der Warteliste. Über den Umfang und die Zusammensetzung der Warteliste gibt EUROTRANSPLANT jährlich eine umfangreiche Übersicht. Wir haben einige interessante Aspekte herausgesucht.

Tabelle 1 auf der linken Seite zeigt alle jene Patienten, die auf eine neue Niere warteten. Die überwiegende Mehrheit dieser gemeldeten Patienten wartete oder wartet ausschließlich auf eine Niere. Einige wenige vom Schicksal besonders schwer geprüfte Mitpatienten jedoch benötigten eine Mehrfachtransplantation, z.B. Niere + Bauchspeicheldrüse oder Niere + Leber. Die Zahl der Wartenden ist in den letzten sechs Jahren, sowohl in Deutschland als auch auf der gesamten EUROTRANSPLANT-Liste, nahezu konstant geblieben.

Wartezeiten

Tabelle 2 oben zeigt die Verteilung der Wartezeiten der aus Deutschland gemeldeten Patienten. Dabei werden zwei Zeitpunkte unterschieden: Zeitpunkt des Dialysebeginns sowie Zeitpunkt der Anmeldung bei EUROTRANSPLANT.

Man entnimmt der Übersicht, dass 39 % der aus Deutschland stammenden Patienten auf der EUROTRANSPLANT-Warteliste am Ende des Jahres 2012 auf eine Dialysedauer von mehr als fünf Jahren zurückblickt und, dass für 21% von ihnen auch bereits mehr als fünf Jahre vergangen sind, seit sie bei EUROTRANSPLANT auf die Warteliste gesetzt wurden.

Erste oder Mehrfachtransplantation

In den Tabellen 3 - 5 sind nur

Patienten aufgeführt, die ausschließlich auf eine Niere warteten.

Altersverteilung

Tabelle 4 unten zeigt die Altersverteilung der aus Deutschland stammenden, auf eine Nierentransplantation wartenden Patienten bei EUROTRANSPLANT

Blutgruppenverteilung

Die letzte Übersicht, die sich mit der EUROTRANSPLANT-Warteliste beschäftigt (Tabelle 5 auf der folgenden Seite), gibt Auskunft über die Verteilung der Blutgruppen der auf eine Nierentransplantation wartenden Patienten, die aus Deutschland gemeldet wurden.

Die Übersicht zeigt, dass, verglichen mit dem Durchschnitt der deutschen Bevölkerung, die Blut-

Wartenden Patienten aus Deutschland am 31.12.2012	Davon waren			
	15 Jahre u. jünger	16 - 55 Jahre	56 - 64 Jahre	älter als 65 Jahre
7.645	63 = 0,8 %	4.666 = 61 %	2.174 = 28 %	742 = 10 %

☐ Tabelle 4

Altersverteilung der auf eine Nierentransplantation wartenden Patienten aus Deutschland am 31.12.2012 auf der EUROTRANSPLANT-Warteliste

Blutgruppe ↻	A	AB	B	0
Bei EUROTRANSPLANT wartende deutsche Patienten	2.770 = 36 %	174 = 2 %	971 = 13 %	3.730 = 49 %
deutsche Durchschnittsbevölkerung	43 %	5 %	11 %	41 %

☛ **Tabelle 5**

Verteilung der Blutgruppen der auf eine Nierentransplantation wartenden Patienten aus Deutschland am 31.12.2012 auf der EUROTRANSPLANT-Warteliste sowie der deutschen Durchschnittsbevölkerung

Länder der EUROTRANSPLANT-Organisation	2008	2009	2010	2011	2012
Belgien	24,1	25,1	23,9	29,2	29,0
Deutschland	14,5	14,6	15,5	14,4	12,5
Kroatien	18,4	17,9	29,5	33,5	34,3
Luxemburg	Wegen der geringen Einwohnerzahl wurden die Zahlen nicht aufgeführt				
Niederlande	12,0	12,9	12,9	13,2	15,1
Österreich	20,0	24,9	22,5	23,2	22,6
Slowenien	17,1	15,7	19,0	14,8	22,4
Ungarn	Ungarn ist erst seit 2012 Mitglied bei EUROTRANSPLANT				13,2

☛ **Tabelle 6**

Verstorbene Organspender pro 1 Million Einwohner in den acht EUROTRANSPLANT-Ländern, deren Organe für eine Transplantation verwendet wurden.

gruppe A ein wenig unterrepräsentiert, die Blutgruppe 0 auf der deutschen Warteliste dagegen etwas stärker vertreten ist. Auf jeden Fall aber sind die Wartenden der Blutgruppe 0 nicht mehr so benachteiligt wie vor Jahren noch, als die Nieren von Spendern ihrer Blutgruppe vielfach auch den Wartenden der anderen Blutgruppen zugeteilt wurden und die Wartenden der Blutgruppe 0 immer längere Wartezeiten in Kauf nehmen mussten.

Die Spender

In den EUROTRANSPLANT-Ländern gemeldete Organspender 2007-2012

Tabelle 6 zeigt die Zahl der verstorbenen Organspender in den acht Ländern der EUROTRANSPLANT-Organisation zwischen

2007 und 2012. Die Zahlen sind relative Zahlen, d.h. sie geben die Spender bezogen auf eine Million Einwohner an. Diese Darstellung ist sinnvoll, um die Bemühungen der Länder vergleichen zu können. Denn natürlich meldet ein großes Land wie Deutschland mit 81 Millionen Einwohnern viel mehr Spender an EUROTRANSPLANT als ein kleines wie z.B. Slowenien mit nur 2 Millionen. Ein Vergleich der absoluten Spenderzahlen von Deutschland und Slowenien würde für 2012 ergeben:

Deutschland = 1024 Spender, Slowenien 46 Spender, was den Eindruck vermitteln dürfte, dass die slowenischen Krankenhäuser nur geringe Aktivitäten bei ihren Transplantationsbemühungen entwickeln. Bezogen auf eine Million Einwohner jedoch erkennt man,

dass man in Slowenien mindestens genau so oder gar mehr bemüht ist, seinen nierenkranken Bürgern zu helfen, wie in unserem Land.

Organspender in absoluten Zahlen

Multipliziert man die obigen Spenderzahlen mit der Einwohnerzahl des jeweiligen Landes, so ergibt sich die absolute Zahl der verstorbenen Organspender. Das Ergebnis für Deutschland ergibt aus Tabelle 7 auf der folgenden Seite:

Die Todesursachen der Organspender im Jahr 2012

Im Gegensatz zu den frühen Jahren der Organtransplantation, als die überwiegende Mehrzahl der Organspender Unfallopfer waren, hat sich dies heute geän-

Land	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Deutschland (81,8 Mio.)	1.285	1.184	1.196	1.271	1.176	1.024
EUROTRANSPLANT (bis 2011 = 124,5 Mio./ (ab 2012 Ungarn = 134,8 Mio.)	2.070	1.942	2.006	2.109	2.097	2.046

☛ **Tabelle 7**

Verstorbene Organspender in Deutschland (in absoluten Zahlen), deren Organe für eine Transplantation verwendet wurden, und im gesamten EUROTRANSPLANT-Bereich

	Unfall	Natürlicher Tod	Suizid	Sonstige
Deutschland	151	870	0	3
EUROTRANSPLANT	388	1.649	53	16

☛ **Tabelle 8**

Todesursachen der Organspender 2012 in Deutschland und im gesamten EUROTRANSPLANT-Bereich

dert, wie Tabelle 8 für Deutschland sowie für die gesamten EUROTRANSPLANT-Länder zeigt. Die natürlichen Todesursachen werden von EUROTRANSPLANT nicht genannt. Es dürfte sich im Wesentlichen um Erkrankungen wie Gehirntumore oder Schlaganfälle handeln, bei denen der Gehirntod irreversibel war.

Lebendspender

Der Mangel an Spenderorganen von Verstorbenen hat die Zahl der Lebendspenden deutlich anwachsen lassen. Während die Zahl der gesamten Lebendspenden im EUROTRANSPLANT-Bereich in den Anfangsjahren noch im einstelligen Bereich lag (1969 = 9, 1971 = 5), ist sie in den Folgejahren rasant angestiegen und erreichte 2012 die bisher höchste Zahl von 1380 Lebendspenden.

Die Zahl der von Lebendspendern transplantierten Nieren

Besonders bei der Nierentransplantation ist wegen des Mangels an Organen von Verstorbenen die Lebendspende zu einem wichtigen Faktor geworden. Es hat sich gezeigt, dass die verbliebene Niere allein in der Lage ist, den Körper des Spenders ausreichend zu entgiften und entwässern.

Tabelle 9 unten zeigt die Zahl der 2012 von Lebenden gespendeten Nieren in Deutschland und im gesamten EUROTRANSPLANT-Bereich.

Beziehung von Spender zum Empfänger

Von Interesse ist sicher auch, in welchem Verhältnis der Lebendspender und der Empfänger zu einander standen. EUROTRANSPLANT gibt zu dieser Frage für das Jahr 2012 eine detaillierte Aufschlüsselung in Tabelle 10 auf der nächsten Seite..

Und zum Schluss noch zwei bemerkenswerte Aspekte zu die-

sem Abschnitt:

- Von den 59 Söhnen oder Töchtern in allen EUROTRANSPLANT-Ländern, die 2012 einem Elternteil eine Niere spendeten, stammten allein 41 aus den Niederlanden – ein Zeichen einer besonders engen Kind-Eltern-Beziehung?
- 62 von 67 aus den EUROTRANSPLANT-Ländern gemeldete Bürger, die 2012 einem Nicht-Verwandten, in keiner engeren Beziehung zu ihnen Stehenden eine ihrer Nieren spendeten, stammten aus den Niederlanden. Dies ist ein wirklich bemerkenswertes Zeichen von praktizierter Solidarität.

Die Empfänger

Transplantierte Nieren

Dank der Spenderbereitschaft in der Bevölkerung konnte EUROTRANSPLANT vielen auf ein

	2012 gespendete Nieren von Verwandten	2012 gespendete Nieren von Nicht-Verwandten
Deutschland	409	357
EUROTRANSPLANT	727	653

☛ **Tabelle 9**

Von Lebendspendern gespendete Nieren im Jahr 2012 in Deutschland und im gesamten EUROTRANSPLANT-Bereich

	Spenden in Deutschland	Spenden im EURO-TRANSPLANT-Bereich
Der Spender ist <u>blutsverwandt</u> mit dem Empfänger, und zwar ist er ein/eine:		
Bruder/Schwester	129	257
Vater	93	146
Mutter	144	216
Sohn/Tochter	14	59
Großvater/Großmutter	4	5
Onkel/Tante	13	21
Neffe/Nichte	7	14
Cousin/Cousine	5	7
Blutsverwandter aber nicht weiter be-	0	2
Der Spender ist <u>nicht blutsverwandt</u> mit dem Empfänger, und zwar ist er		
Ehe-/Lebenspartner	308	481
nicht blutsverwandtes Familienmit-	25	60
Freund/Freundin	19	45
nicht blutsverwandte sonstige Be-	5	67

☛ Tabelle 10
Die Beziehung von Lebendspender zum Empfänger der gespendeten Niere im Jahr 2012 in Deutschland und im gesamten EUROTRANSPLANT-Raum

Spenderorgan wartenden Patienten ein Organ vermitteln. Bei allen folgenden Übersichten (ab Tabelle 11) handelt es sich bei den Spendern um verstorbene Personen. Was speziell die Niere angeht, so zeigt Tabelle 11 die Zahl der gespendeten und auch transplantierten Nieren, einmal in allen EUROTRANSPLANT-Ländern zusammen und dann allein für Deutschland.

Die Tabelle zeigt, dass 2012 die Zahl der in Deutschland transplantierten Nieren erstmals in den letzten sechs Jahren unter die Zahl von 2000 gefallen ist.

Das, was zu wissen im Grunde

am interessantesten wäre, nämlich, wie erfolgreich waren diese Transplantationen, darüber findet sich in der EUROTRANSPLANT-Statistik leider nichts. Vermutlich wäre der Aufwand zu groß, die Funktion der transplantierten Organe über Jahre zu verfolgen.

So geben wir im folgenden einige Parameter wieder, die EUROTRANSPLANT im Abschnitt „Empfänger“ veröffentlicht, und zwar für die deutschen Patienten, die 2012 eine neue Niere erhielten.

Die Wartezeiten

Die folgende Übersicht

(Tabelle 12 auf der nächsten Seite) zeigt, dass einige wenige deutsche Patienten 2012 eine neue Niere erhielten, bevor sie mit der Dialyse begannen und, dass für 61 die Dialyse bereits nach weniger als einem Jahr überstanden war. Jedoch mehr als die Hälfte musste mehr als 5 Jahre dialysieren, bis sie der ersehnte Anruf des Transplantationszentrums erreichte.

Die Gewebsübereinstimmung

Insgesamt 6 Gewebsmerkmale (HLA-System) werden bei Spender und Empfänger auf den weißen Blutzellen getestet. Für jedes Spenderorgan versucht EURO-

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
EUROTRANSPLANT	3.713	3.528	3.581	3.731	3.630	3.432
Deutschland	2.331	2.190	2.164	2.276	2.068	1.820

☛ Tabelle 11
Zahl der transplantierten Nieren von verstorbenen Spendern im gesamten Bereich der EUROTRANSPLANT-Länder sowie in Deutschland von 2007 bis 2012. (Die Tabelle zeigt alle Transplantationen, bei denen zumindest eine Niere aber gleichzeitig auch andere Organe verpflanzt wurden z.B. Niere+Pankreas, Niere+Leber)

noch vor Dialysebeginn	21 = 1%
Wartezeit seit Dialysebeginn	
weniger als 1 Jahr	61 = 4%
1-2 Jahre	152 = 9%
2-5 Jahre	540 = 33%
5 Jahre und länger	884 = 53%

☉ Tabelle 12
Wartezeiten der aus Deutschland stammenden Patienten vom Beginn der Dialyse bis zur Nierentransplantation im Jahr 2012

Anzahl der HLA – mismatches 2012	transplantierte Nieren 2012
0 mismatches = Full House Alle Gewebsmerkmale stimmen überein	237 = 14%
1	106 = 6%
2	344 = 21%
3	475 = 29%
4	285 = 17%
5	162 = 10%
6 mismatches	48 = 3%

☉ Tabelle 13
Gewebsübereinstimmung bei den aus Deutschland stammenden Patienten, die im Jahr 2012 transplantiert wurden

TRANSPLANT, denjenigen Empfänger mit der besten Übereinstimmung zu finden. Stimmen alle 6 Merkmale von Spender und Empfänger überein, so spricht man von einem „Full-House“-Transplantat. Doch nicht immer findet sich zu einem Spenderorgan der ideal passende Empfänger. Jedes Gewebsmerkmal des Spenders, das sich von denen des Empfängers unterscheidet, wird als „mismatch“ bezeichnet. Je mehr mismatches ein Spenderorgan aufweist, desto größer ist der genetische Unterschied. Allerdings

ist das Ergebnis einer Transplantation nicht immer so, wie es die Zahl der mismatches erwarten ließe. Nicht jede „Full-House“-Transplantation wird ein Erfolg, und viele Transplantationen zeigen gute Resultate, obwohl die HLA-Übereinstimmung nicht ideal war. Aus Tabelle 13 ist uns schwer zu erkennen, dass 2012 die größte Gruppe der transplantierten Patienten 3 mismatches bei der Gewebstestung aufwies, d.h. dass von den 6 HLA-Gewebsmerkmalen bei Spender und Empfänger nur die Hälfte

übereinstimmte. Und bei 3% der transplantierten Patienten wiesen Spenderorgan und Empfänger überhaupt keine Übereinstimmung in den getesteten Gewebsmerkmalen auf. Interessant zu wissen wäre, aus welchen Gründen diese Transplantationen ausgeführt wurden und mit welchem Ergebnis.

Es handelt sich ausschließlich um diejenigen Patienten, die eine oder beide Nieren des Spenders, jedoch kein weiteres Organ erhielten.

Noch ein Wort zur Gründung von EUROTRANSPLANT im Jahr 1967: Zu den Gewebsmerkmalen eines Spenderorgans den Empfänger mit den am besten übereinstimmenden Merkmalen zu finden, das war damals die Aufgabe. Und die führte Dr.van Rood zu der Überlegung, dass dies umso erfolgreicher sein werde, je mehr Empfänger zur Auswahl stünden, dass also nicht jedes Land sein eigenes Süllein kochen dürfe sondern sich möglichst viele zusammenschließen müssten.

Die Altersverteilung

Die tabellarische Übersicht 14 zeigt die Altersverteilung der aus Deutschland stammenden 2012 nierentransplantierten Patienten. Es handelt sich ausschließlich um diejenigen Patienten, die eine oder beide Nieren des Spenders, jedoch kein weiteres Organ erhielten.

Eine Entwicklung, die bei der Gründung von EUROTRANS-

2012 nierentransplantierten Patienten aus Deutschland	Davon			
	bis 15 Jahre	16 - 55	56 - 64	Ab 65 Jahre
1.658	46 = 3 %	706 = 43 %	374 = 22 %	532 = 32 %

☉ Tabelle 14
Altersverteilung der aus Deutschland stammenden Patienten, denen EUROTRANSPLANT 2012 eine Niere vermittelte.

2012 nierentransplantierten Patienten aus Deutschland	Davon	
	erlebten ihre erste Transplantation	erlebten ihre zweite oder dritte Transplantation
1.658	1.439 = 87 %	219 = 13 %

☉ Tabelle 15

Verteilung der 2012 nierentransplantierten Patienten aus Deutschland, die ihre erste oder auch die zweite oder dritte Transplantation erlebten.

PLANT im Jahr 1967 noch nicht für möglich gehalten worden wäre: Fast ein Drittel aller im Jahr 2012 nierentransplantierten Patienten hat das 65ste Lebensjahr erreicht oder überschritten.

Zum wievielten Mal transplantiert?

Die Übersicht in Tabelle 15 zeigt, wie oft die 2012 in Deutschland transplantierten Patienten sich bereits dieser Operation unterzogen hatten. Es handelt sich ausschließlich um diejenigen Pati-

enten, die eine oder beide Nieren des Spenders, jedoch kein weiteres Organ erhielten.

Schlussbemerkung

All diese Zahlen und Übersichten lassen ahnen, wie vieler Organisation, Koordination und Kooperation es bedarf, um die Hoffnungen eines auf eine Transplantation wartenden Patienten zu erfüllen. Die EUROTRANSPLANT-Mitarbeiter leisten ihren Dienst im Stillen und treten nur selten in die Öffentlichkeit. Selbst

wir Patienten, die eines Tages den Anruf erhielten, dass eine "neue Niere" für uns da sei, wissen in der Regel nichts von denjenigen, ohne die unser Warten umsonst gewesen wäre. Umso mehr sollen die letzten Worte dieses Beitrags und unser Dank denen gewidmet sein, die sich im fernen Leiden in den Niederlanden aber auch in den vielen Kliniken der acht Länder der EUROTRANSPLANT-Organisation seit vielen Jahren darum bemühen, unser Leben zu erleichtern oder gar zu retten☺

Im Editorial der letzten Info hatten wir über eine Falschmeldung der Kassenärztliche Vereinigung Hamburg (KVH) in deren Mai-2013-Heft zur Krankmeldung von Lebend-Organ Spendern berichtet. Diese hat die KVH nun wie folgt berichtigt:

ARBEITSUNFÄHIGKEIT WEGEN ORGANSPENDE

Ärzte müssen AU-Bescheinigung ausstellen

Kann ein Angestellter wegen einer Organspende nicht arbeiten, gilt dies nach neuer Gesetzeslage als unverschuldete Arbeitsunfähigkeit. Der Arzt hat dem Organspender in diesen Fällen eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung auszustellen. Der Organspender hat Anspruch auf Entgeltfortzahlung für sechs Wochen. Dem Arbeitgeber des Organspenders wird von der Krankenkasse des Organempfängers (gegebenenfalls anteilig mit der Beihilfe) das fortgezahlte Arbeitsentgelt einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge auf Antrag erstattet.

Im KVH-Journal 5/2013 (Seite 17) heißt es, in der Arbeitsunfähigkeitsrichtlinie sei geregelt, dass keine Arbeitsunfähigkeit vorliege, wenn ein Organspender wegen seiner Spende der beruflichen Tätigkeit nicht nachkommen kann. Allerdings wurden im Rahmen der Gesetzgebung zur Neuregelung der Organspende sowohl das Entgeltfortzahlungsgesetz als auch das SGB V geändert – und diese Gesetze haben Vorrang vor der (noch nicht angepassten) Richtlinie☺

DA GIBT ES KEINE AUS- REDE



Effektive Abhärtung, Erkältungen sind seltener.

Sport im Freien ist auch im Winter ratsam.

Pressemeldung der deutschen Sportärzte.

Können sogenannte populäre „Sommer-sportarten“ auch ohne Probleme im Winter betrieben werden? Die Antwort lautet eindeutig ja, und die Ausrede: „Es ist zu kalt“ gilt nicht. Wichtig ist, die Sportart vom Sommer und Herbst bis in den Winter kontinuierlich zu betreiben. Sogar bei niedrigen Temperaturen können einfache Sportarten wie Joggen und Walking oder Nordic Walking unverändert ausgeübt werden. Notwendig ist eine entsprechende Kleidung, zum Beispiel mehrere Sporthemden oder T-Shirts übereinander, eine winddichte Jacke und eine lange warme Sporthose. Eine Mütze ist in der Regel erforderlich, um die Ohren zu schützen, Handschuhe, eventuell ein Schal. Man sollte sich sorgfältig aufwärmen, etwa fünf bis zehn Minuten langsames lockeres Laufen, dann erst im gewohnten Tempo weiterlaufen. Darauf wei-

sen die deutschen Sportmediziner hin, die sich in der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) organisiert haben.

Das Lauftempo sollte im Sinne einer Regeneration etwas langsamer sein als üblich, man sollte also das Tempo nicht forcieren. Die Laufschuhe müssen Profil haben, da die Rutschgefahr bei Schnee und Glätte größer ist (sogenannte Trail-Schuhe). Walking kann ebenso gesund sein wie Joggen. Mit der Dauer sollte man es nicht übertreiben. 45 bis 60 Minuten am Tag sind genug.

Radfahren ist eher etwas für die Abgehärteten, da insbesondere der Fahrtwind unangenehm sein kann. Außerdem ist bei wenig Geübten die Sturzgefahr bei Schnee und Eis deutlich größer.

Grundsätzlich ist Sport im Freien auch im Winter gesund, da die Abhärtung sehr effektiv ist und Erkältungen eher seltener

sind. Unterschiede zwischen Männern und Frauen sind nicht bekannt. Es könnte sein, dass Frauen etwas weniger frieren als "dünne" Männer.

Es gibt also keine Entschuldigung, sich im Winter nicht sportlich zu betätigen. Nur bei älteren Menschen ist etwas Zurückhaltung geboten. Ihnen empfiehlt man Spazieren gehen auf sicheren Wegen, eventuell als Nordic Walking. Selbstverständlich sollte man bei Erkältungen pausieren und nach Abklingen wieder einsteigen.

Drei Tipps zum Sport im Freien im Winter:

1. Ziehen Sie sich den Temperaturen entsprechend warm an.
2. Sorgen Sie für winterfestes Schuhwerk.
3. Wenn die Lunge „brennt“, ist es zu kalt für Sie, brechen Sie Ihre sportliche Betätigung ab



KEINE ANGST VOR DIABETES

Diabetes ist eine Erkrankung, die zu schweren Folgeschäden führen kann, aber nicht muss.

Mit der richtigen Therapie lässt sich die Stoffwechselerkrankung gut behandeln. Lebenslange Insulingaben, Verzicht auf Süßigkeiten, schwere Folgeerkrankungen – wegen dieser Überzeugungen ist für viele Menschen Diabetes ein Schreckgespenst. Zum Welt-**D**iabetestag am 14. November möchte der Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein (BdSN) über die größten Mythen im Zusammenhang mit der Stoffwechselstörung aufklären und den Patienten die Angst nehmen:

1. Diabetiker müssen eine strenge Diät einhalten

Grundsätzlich dürfen Diabetiker die gleichen Lebensmittel essen, wie gesunde Menschen. Eine spezielle Diät ist nicht notwendig. Diabetiker sollten wie alle Menschen auf eine abwechslungsreiche, ausgewogene Ernährung achten, zu der auch ein Stück Kuchen oder Kartoffeln gehören können.

2. Diabetiker sollten spezielle Diabetiker-Lebensmittel essen

Wie bereits erklärt, ist für Diabetiker keine spezielle Diät notwendig, weshalb das Bundesministerium für Ernährung, Land-

wirtschaft und Verbraucherschutz eine Änderung der Diätverordnung erwirkt hat. Spezielle Diabetiker-Lebensmittel werden demnach nicht länger verkauft. Dennoch hält sich beispielsweise der Mythos, Fruchtzucker sei gesünder als „normaler Zucker“ und besonders für Diabetiker geeignet. Das Gegenteil ist jedoch der Fall – Fruchtzucker schadet mehr als er nutzt, da er vom Körper anders verarbeitet wird als normaler Zucker und dadurch Bluthochdruck, Insulinresistenz und erhöhte Blutfettwerte zusätzlich fördern kann.

3. Alle Diabetiker müssen sich Insulin spritzen

Bei Typ-1-Diabetikern kann die Bauchspeicheldrüse kein Insulin produzieren. Daher sind diese Patienten auf eine künstliche Insulinzufuhr angewiesen. Bei Typ-2-Diabetikern ist dies nicht zwangsläufig der Fall: Wenn die Bauchspeicheldrüsenfunktion erhalten werden kann, z. B. durch eine medikamentöse Behandlung, Gewichtsabnahme oder Lebensstiländerung, müssen sie kein Insulin spritzen. Und selbst wenn dies doch einmal nötig wird, muss das nicht das ganze Leben lang so bleiben. Nach einer Umstellung der Lebensweise kann unter Umständen auch wieder auf das Insu-

lin verzichtet werden.

4. Tabletten können dafür sorgen, dass der Diabetes verschwindet

Diabetes verschwindet nicht. Wenn einmal ein manifester Diabetes besteht, ist die Regulation des Zuckerspiegels auf Dauer gestört. Mit der richtigen Einstellung können jedoch fast normale Blutzuckerwerte erreicht und Folgeerkrankungen vermindert werden.

5. Wenn die Blutzuckerwerte nur leicht erhöht sind, ist der Diabetes nicht so schlimm

„Ein bisschen Zucker“ gibt es genauso wenig wie ein bisschen Schwangerschaft. Auch geringfügig erhöhte Blutzuckerwerte sind auf Dauer nicht gesund für den Körper und bedürfen der Behandlung oder zumindest der regelmäßigen Kontrolle.

6. Alle Diabetiker müssen ständig ihren Blutzucker messen

Bei Diabetes ist es wichtig, den Blutzuckerspiegel im Auge zu behalten, denn der darf weder dauerhaft zu hoch noch zu niedrig sein. Messen ist sinnvoll, um die Auswirkungen von Bewegung

und Ernährung zu erfassen oder wenn der Messung eine Kon-

sequenz folgt wie das Ändern der Therapie. Wie häufig die Messung notwendig ist, weiß Ihr Diabetologe.

7. Wer Diabetes bekommt, ist daran selbst schuld

Diabetes Typ 1 entsteht, weil die Bauchspeicheldrüse nicht in der Lage ist, Insulin zu produzieren. Die Erkrankung entsteht durch Veranlagung und nicht durch Fehlverhalten der Betroffenen. Bei Diabetes Typ 2 besteht eine sehr starke genetische Prägung. Hier spielen die äußeren Lebensumstände zwar eine größere Rolle als bei Typ-1-Diabetes, in vielen Fällen ist die Entwicklung jedoch nur schwer zu beeinflussen und Schuldzuweisungen behindern die Behandlung.

8. Diabetiker dürfen keinen Sport treiben

Diabetiker sollen wie jeder andere Mensch sogar Sport treiben! Eine ausgewogene, abwechslungsreiche Ernährung und regelmäßige Bewegung sind wichtige Bausteine, wenn die Patienten ihre Erkrankung in den Griff bekommen wollen. Bewegung senkt meist den Blutzucker. Dabei muss es gar nicht einmal Leistungssport sein – bereits ein täglicher halbstündiger Spaziergang tut dem Körper sehr gut.

9. Wenn man einmal Diabetes hat, muss man ein Leben lang mit seinem Gewicht kämpfen

Häufig bekommen Typ-2-Diabetiker zu hören, dass sie abnehmen müssen. Tatsächlich begünstigt Übergewicht die Entstehung eines Diabetes Typ 2, doch das heißt nicht zwangsläufig, dass Gewichtsverlust die Erkrankung verbessert. Einige Diabetiker profitieren tatsächlich von einer Gewichtsreduktion, doch falls diese einfach nicht gelingen will, gibt es keinen Grund, sich selbst zu geißeln: Bei einer vernünftigen medikamentösen Therapie und einer guten Einstellung durch den behandelnden Arzt kann der Diabetiker auch mit Übergewicht gut unter Kontrolle gebracht werden.

10. Alle Diabetiker müssen mit Folgeerkrankungen wie Erblindung, Nierenversagen oder Beinamputationen rechnen

Diabetes ist eine Erkrankung, die zu schweren Folgeschäden führen kann, aber nicht muss. Sofern der Patient eine günstige Einstellung aufweist (normnahe Stoffwechseleinstellung mit möglichst normalen Blutzucker- und HbA1c-Werten) und der behandelnde Arzt regelmäßig die Werte kontrolliert und ggf. die Behand-

lung anpasst, müssen Diabetiker nicht notwendigerweise mit Folgeerkrankungen rechnen.

„Sicherlich ist Diabetes eine ernst zu nehmende Erkrankung, doch wenn die Patienten gut auf die Medikamente eingestellt sind, steht einem normalen Leben nichts im Weg“, fasst Dr. Frank Best aus dem BdSN zusammen. „Strukturierte Betreuung verhindert Spätschäden. In Nordrhein stimmen zumindest die strukturellen Voraussetzungen dank unseres langjährigen Bemühens, nun sind Diabetologen, Hausärzte, Krankenkassen und der Gesetzgeber in der Pflicht, die Betreuung weiter zu verbessern“

Hintergrund:

Im Berufsverband der diabetologischen Schwerpunktpraxen in Nordrhein (BdSN) haben sich über 100 niedergelassene Diabetologen organisiert und die bisherige positive Entwicklung in der Betreuung von Diabetes-Patienten mitgestaltet. Ziel ist es, die ambulante Versorgung Diabeteskranker weiter zu verbessern.

BdSN-Pressbüro

ZIEGS PLUS MÜLLER DIE
MARKETING AGENTUR, Regina Hamacher

Telefon 0221/50 29 46-45,

Fax 0221/50 29 46-49,

E-Mail r.hamacher@zplusm.de

Dialysehilfe Hamburg e.V.

Der Hilfsverein der Hamburger Dialysepatienten für Hamburger Dialysepatienten

Tel. 040 – 57 99 44
Konto-Nr. 693 769 201
BLZ 200 100 20
Postbank Hamburg

EIN BIERBAUCH . . .

...lässt sich nicht mit Situps „wegtrainieren“.

Die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) räumt mit einigen Fitnessmythen auf.

Professor Dr. Dr. Winfried Banzer ist Leiter der Abteilung Sportmedizin an der Universität Frankfurt. Er ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin-Chirotherapie, außerdem hat er sich als Ernährungsmediziner und im Bereich der Akupunktur weiter qualifiziert. Professor Banzer ist Gesundheitssportbeauftragter des Landessportbundes Hessen und im Beirat „Sportentwicklung“ des Deutschen Olympischen Sportbundes und Vorstandsmitglied der Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung.

Entnommen dem Mediendienst Angelika Müller Medien- und Kommunikationsberatung von DGSP.

Von Prof. Dr.
Winfried Banzer

Viele Sportler versprechen sich durch ein morgendliches Ausdauertraining in nüchternem Zustand eine größere Gewichtsabnahme im Vergleich zu einem Training nach einer kohlenhydrathaltigen Mahlzeit. Diese Annahme basiert auf einer häufig vertretenen Meinung, dass bei nüchternem Training der relative Anteil der Fettverbrennung an den insgesamt verbrannten Kalorien höher sei. Dieses Phänomen konnte zwar durch Studien belegt werden, doch lässt dies noch nicht den Rückschluss zu, dass ein solches Training auch zu einer höheren Gewichtsreduktion führt. Denn bei einem Nüchterntraining ist nur eine deutlich reduzierte Intensität und damit ein geringerer Gesamtenergieverbrauch möglich, es birgt auch zusätzlich immer die Gefahr einer Unterzuckerung. Somit ist es für

den gewichtsbewussten Freizeitsportler viel wichtiger, seine Herz-Kreislaufleistungsfähigkeit zu verbessern, als auf eine „optimale“ Fettverbrennung zu achten. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP) im Rahmen ihres jährlichen Kongresses am 6. und 7. September in Frankfurt am Main hin.

Auch ist der vielfach empfohlene Bereich des Fettstoffwechsels ein immer wieder gehener Gast in der öffentlichen Diskussion zum Thema Abnehmen und Sport. Viele Gesundheitssportler gehen davon aus, dass es nur einen ganz bestimmten Pulsbereich gibt, bei dem die Pfunde purzeln. Dabei ist die Frage nach dem relativen Anteil der Fettverbrennung am Gesamtenergieumsatz für das Abnehmen weniger wichtig als die Menge der insgesamt verbrauchten Kalorien. Nicht zuletzt, weil die Intensität, bei der der höchste Fettstoffwech-

sel auftritt, sehr hohe Schwankungen von Tag zu Tag aufweist. Somit ist für Personen, die durch Sport abspecken möchten, ein möglichst regelmäßiges Training in einem breiten Intensitätsspektrum effektiv und sinnvoll.

Die Angst, während sportlicher Belastung zu wenig Flüssigkeit aufzunehmen, ist bei vielen Freizeitsportlern immer noch gegenwärtig. In der Wissenschaft existieren dazu zwei kontroverse Sichtweisen. Viele Untersuchungen zeigen, dass nicht nur im Hochleistungssport sehr hohe Flüssigkeitsverluste bei Marathonläufern gemessen wurden, sondern dass zudem die schnellsten Läufer häufig am meisten „geschwitzt“ hatten. Somit lauten die aktuellen Empfehlungen entsprechender Forschergruppen, dass man am besten nach seinem individuellen Durstgefühl trinken sollte und dadurch sehr wahrscheinlich auch die besten Leistungen erzielt.

Hartnäckig hält sich die These, man könne durch gezielte Übungen bestimmte Problemzonen „schöner trainieren“. So möchten viele Frauen, ihre „Reiterhosen“ oder Männer ihre Bierbäuche mit speziellen Übungen „wegtrainieren“. Dies ist allerdings nicht möglich. Zwar wurde in aktiven Muskeln eine erhöhte Fettabbaurate nachgewiesen, aber alles deutet darauf hin, dass die so etwas „leerer“ gewordenen Fettdepots wieder aufgefüllt werden. Ein weiterer Grund dafür, warum Sit-

tups dicke Bäuche nicht schmelzen lassen können, besteht darin, dass für eine erhebliche (und auch sichtbare) Fettreduktion die relativ lang anhaltende Arbeit von möglichst vielen, großen Muskelgruppen erforderlich ist. Optimal sind aerobe Trainingsformen wie zum Beispiel Joggen, Walken oder Radfahren. Auch wenn Situps oder Beinpresse keine „Schönheitspflaster“ sind, sollten die und andere Kräftigungsübungen selbstverständlich Teil jedes Trainingsplans sein.

Weitverbreitet ist die Annahme, dass Joggen die Knie ruiniere. Aktuelle Erkenntnisse zeichnen ein viel differenzierteres Bild. Das Kniegelenk ist ein dynamisches „Organ“, das auf Reize mit Anpassung reagiert. Es liegen wissenschaftliche Hinweise vor, dass Joggen das Kniegelenk stärkt und vitaler macht. In einer der bis dato größten Studie zum Zusammenhang von Joggen und Kniearthrosen fanden die Forscher gerade bei denen, die am meisten laufen, das niedrigste Arthroserisiko **C**

Erinnerung an Hugo Kumpe

Wir trauern um Hugo Kumpe, der am 14. August 2013 nach kurzer, heftiger Krankheit verstarb.

Hugo und Annemarie gehörten fest zusammen, und sie waren offen für die Eroberung der Kontinente. Durch die Transplantierten Spiele kamen sie in den letzten Jahren viel in der Welt herum und waren uns immer liebe Reisepartner; das war so in Frankreich, Kanada, in Thailand, Australien und Neuseeland, Irland, Schweden sowie in Kroatien, wo diese Aufnahme 2012 anlässlich der Europäischen Transplantierten Spiele in Zagreb entstand.

Beiden war es ein ganz spezielles Anliegen, die Deutschen Meisterschaften für Dialysepflichtige und Transplantierte in die Altmark, in ihre Heimat zu holen, die sie im Mai dieses Jahres noch mit viel Energie in Osterburg/Stendal ausrichteten – sehr erfolgreich ausrichteten, auch weil beide in den Orten sehr gut vernetzt waren. Die ganze Gegend hat mitge-



Hugo und Annemarie, über 50 Jahre verheiratet und doch lange nicht genug

holfen, dass Annemarie beweisen konnte, ein Nierenversagen ist noch lange kein Ende; kein Ende für eine großartige Partnerschaft mit Hugo, kein Ende eines aktiven Lebens, für eine tolle sportliche Karriere und für ein gemeinsames Beieinander von Ost- und Westdeutschen und mit neuen, internationalen Freunden.

Die deutsche Wiedervereinigung ermöglichte uns den gemeinsamen Sport. Annemarie und ich hatten sogar denselben Nachsor-

gearzt, Annemarie vor der Wende, ich ab der Wende.

Bei allen Vorbereitungen, beim Training und dann im Wettkampf bei 1500m, bei 3000m, beim Schwimmen oder Kugelstoßen war Hugo stets zuverlässig an Annemaries Seite, gab Rat und liebevolle Unterstützung. Beide waren eben in der damaligen DDR ausgebildete und aktive Sportler/Sportlehrer.

Leider reichte Hugos Kraft am Ende nicht mehr, die schon gebuchte Reise nach Südafrika zu den Welt-Transplantierten-Spielen in Durban mitzuerleben. Über Annemarie hat er dann, obschon stark geschwächt, im Krankenhaus von unseren Erlebnissen und den Spielen in Südafrika erfahren. Gern hätten wir ihm mehr Zeit gegönnt und nicht so früh erfahren müssen, welche Lücke Hugo hinterlässt. Doch wie es in der Traueranzeige steht: in unseren Herzen hat Hugo eine Bleibe gefunden

Sigrid und Peter Stoetzer

WEG MIT SÜSSEM MÜSLI-RIEGEL . . .

...Cracker, Chips Mars, Snickers und Co. und dann runter vom Sofa und ab zum Sport.

Entnommen dem amerikanischen Nieren Portal www.kidney.org der National Kidney Foundation™

Von Peter Stoetzer

Ich war gerade auf dem Weg zu den Welt Transplantierten Spielen, die in diesem Jahr in Durban / Südafrika stattfanden, als ich den nachfolgenden Artikel las.

Inoffizielle Voraussetzung für die Teilnahme in Durban war die Teilnahme an den Deutschen Dialyse- und Transplantierten Meisterschaften in Stendal/Osterburg (wir berichteten). Alle Teilnehmer sind praktizierende Sportler, manche wie ich auch, haben erst mit der Dialyse oder nach der Transplantation mit Leistungssport angefangen. Doch alle teilnehmenden Organtransplantierten (Niere, Herz, Leber, Lunge, Pankreas, Rückenmark) zeichnet hohe Fitness aus.

Warum ich das schreibe? Ein-

mal mehr wurde in einer groß angelegten Studie festgestellt, dass in den USA eine Verbindung zwischen Anfälligkeit zu Nierenversagen mit Diabetes und mit Übergewicht besteht

In den USA stehen die Südstaaten, die besonders mit Fettleibigkeit und körperlicher Inaktivität in Verbindung gebracht werden, unter den 10 Staaten (von 50) mit den meisten Fällen von Diabetes und Nierenversagen.

Anders formuliert: Der Sport hilft Diabetes und Nierenversagen zu vermeiden

Und hier der Original-Artikel für die Fans der englischen bzw. amerikanischen Sprache:

In the U.S., over half a million adults face kidney failure—and

lifestyle and geography may have something to do with it.

Southern states make up the top 10 list of those hardest hit by kidney failure. According to the Centers for Disease Control (CDC), more than 8% of the population in each of these states also has diagnosed diabetes, the leading cause of kidney disease.

“These states have high rates of obesity and physical inactivity. Multiple chronic diseases are highly prevalent in this geographic area, also known as the ‘stroke belt.’ Yet healthy diet combined with physical activity to maintain a healthy body weight could change the levels of kidney failure,” said Joseph Vassalotti, MD, National Kidney Foundation Chief Medical Officer

Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V.

Allgemeine Angaben

Name PatientIn _____ Name PartnerIn _____

Vorname PatientIn _____ Vorname PartnerIn _____

Erziehungsberechtigter (bei Kindern) _____

Straße _____

Postleitzahl/Ort _____

Mitglied geb. am _____

Telefon / Telefax _____

e-mail-Adresse _____

Ich bin Patient Partner
 Angehöriger Fördermitglied

freiwillige Angaben

Meine Dialyse fand statt am (Datum) _____

Ich mache Peritonealdialyse
 Heimdialyse
 Limited-Care-Dialyse
 CAPD
 klinische Dialyse

Ich bin transplantiert noch nicht an der Dialyse

Ich werde betreut vom Dialysezentrum _____

meine Krankenkasse _____

Beruf _____

Datum, Unterschrift für die Beitrittserklärung _____

Einzugsermächtigung

Wenn Sie bereits Mitglied sind und nachträglich die Einzugsermächtigung geben wollen, bitte Name und Anschrift links angeben.

Hiermit ermächtige ich die Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V., ab sofort bis auf Widerruf folgende Beträge zu Lasten des unten aufgeführten Kontos einzuziehen:

Jahresbeiträge:

- 25,- Euro Mitglieder
 35,- Euro Familien
 50,- Euro Fördermitglieder
 Euro zusätzliche Spende pro Jahr
 Euro einmalige Spende

Bank/Sparkasse _____

Kontonummer _____

Bankleitzahl _____

Kontoinhaber (falls abweichend vom Mitglied) _____

Datum, Unterschrift für die Einzugsermächtigung _____

Nieren Selbsthilfe Hamburg
Stefan Drass
Bramfelder Chaussee 338a
22175 Hamburg

Bitte senden Sie Beitrittserklärung und/oder Einzugsermächtigung an die angegebene Adresse
 Adressfeld bei entsprechender Faltung für Fensterbriefumschlag geeignet

**SIE WOLLEN DIE
NIEREN SELBSTHILFE
HAMBURG E. V.
FINANZIELL UNTERSTÜTZEN?**



UNSERE KONTONUMMER

28 415-207

IBAN: DE16 2001 0020 0028 4152 07

BANKLEITZAHL

200 100 20

BIC-Code (SWIFT): PBNKDEFF200

POSTBANK HAMBURG

Ab 100,- SPENDENBESCHEINIGUNG AUF ANFORDERUNG