



info



Nr. 170

Mitglieder-Magazin der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V. Dez. 2015



nah
+
fern



Fotos: Chr. Marsig/J. Tawcke

INZ

info
170



- 03** Editorial
- 04** Auf in den Süden per Rad
- 07** Patientenseminar der Nieren Selbsthilfe im Oktober
- 09** Händewaschen nicht vergessen
- 10** Sommerfest mit Sünden in Sinstorf
- 12** Patientenseminar im UKE
- 13** Neue Räume für das Kulturhaus Eppendorf
- 14** Medikamente richtig aufbewahren
- 16** 40 Jahre Bundesverband
- 18** Treffpunkt und andere Termine
- 20** Das passende Dialyseverfahren finden
- 21** Impressum
- 22** Feriendialyse-Angebot
- 24** Glosse: Der PC-Kauf
- 26** Hautveränderungen nach Transplantation
- 32** Neues Angebot: Radtouren 2016
- 35** Beitrittserklärung und Einzugsermächtigung

Vorstand der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V.

Vorsitz:	Kerstin Kühn	☎ 040/79 30 27 78 E-Mail: kuehn@bnev.de
Stellvertretender Vorsitz:	Peter Stoetzer	☎ 040/85 33 79 36 E-Mail: PStoetzer@aol.com
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
	Heinz Jagels	☎ 040/70 12 11 40 E-Mail: h.jagels@wt.net.de

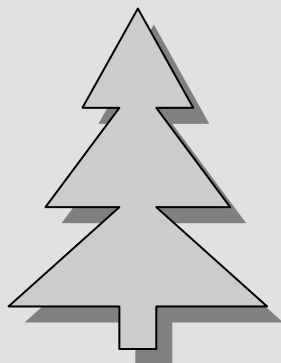
Liebe Leserin

Auf unserer Titelseite thematisieren wir die Themen „nah und fern“.

Einmal „nah“ die Referentinnen unseres Patientenseminars im Gemeindesaal in Hamburg Othmarschen nach der Blumenzeremonie durch unsere 1. Vorsitzende Kerstin Kühn. Zum anderen „fern“ die Reise von Jens Tamcke, der auch unsere Info Hefte gestaltet, von Hamburg **per Rad!!** nach Rom. Das Bild zeigt hier auf etwa halbem Weg die Auffahrt zum Brennerpass.

Im Heft verfolgen wir die differenzierte Betrachtung in „nah und fern“ weiter. Wir laden im Laufe des Jahres 2016 zu 4 Radtouren im und um den Großraum Hamburg ein. In die „Ferne“ wird zu unserer ersten Dialysereise in den Süden Spaniens angeboten.

Zu unseren monatlichen Treffs am jeweils ersten Dienstag im Logenhaus „nahe“ Dammtorbahnhof heißen wir alle Mitglieder und Gäste bei Vorträgen oder einfach nur zum Klönen herzlich willkommen. Dabei freuen wir uns auch immer über neue Mitglieder, Nierenkranke mit vielen Fragen und interessierte Noch-nicht-



Im Namen von Redaktion und Vorstand wünsche ich Ihnen ein ruhiges, harmonisches Weihnachtsfest, einen guten Rutsch in ein gesundes und erfolgreiches Neues Jahr 2016.
Ihr/Euer



**Stellv. Vorsitzender
Nieren Selbsthilfe Hamburg**

Foto: Chr. Marsig

Lieber Leser

Mitglieder. Einmal im Jahr geht es in die „Ferne“; im Mai findet unsere traditionelle Busreise zu einem noch nicht bekannten Ziel in Norddeutschland statt. In dem Monat fällt unser Treff aus.

Wir berichten in diesem Heft in einem ersten Teil von der internationalen Nephrologie Konferenz in Berlin über neueste Erkenntnisse aus USA auf dem Gebiet der Niereninsuffizienz und in Anlehnung an „nah“ von unserem 10. Patientenseminar in Hamburg.

Unsere wieder aufgelegte Glosse, die wir um Neuigkeiten im PC-Bereich erweitert haben, soll die aktuelle Problematik für alle Technik-Freaks unter den Yuppies und den Silberlocken ein wenig ironisch betrachten.

Die Info 170 ist also wieder ein volles Heft, in das Sie nun hineinlesen können. Viel Spaß - und melden Sie sich bitte zu den „fernen“ Ereignissen an.

Diesem Heft liegt ein Überweisungsträger bei. Damit bitten wir Sie um eine Spende, mit der Sie uns helfen, unsere Kosten zu decken, z.B. die Erstellung und Verteilung dieser Info. Vielen Dank im voraus!

RADTOUR NACH ROM

Auch 32 Jahre nach einer Nierentransplantation ist es möglich, mit dem Fahrrad von Hamburg in die italienische Hauptstadt zu fahren.

Eine Ermutigung für Menschen, die sich noch nicht für eine Organspende bzw. für eine Transplantation entscheiden konnten.

Von Jens Tamcke

Man glaubt gar nicht, wie schwer es oft ist, eine Tat in einen Gedanken umzusetzen.
Karl Kraus

Die Tat

Gerade hatte ich meine erste Solo-Fahrradtour hinter mir, die in drei Tagen von zu Hause nach Rostock führte, als ich einen Mann etwa in meinem Alter traf, der es ganz allein von Bangkok nach Honkong über 3.000 km geschafft hatte. Faszinierend die Distanz und die exotische Strecke, denn ich hatte schon lange den Wunsch, längere Reisen ganz allein mit dem Fahrrad zu unternehmen. Meine Ängste hatten mich aber daran gehindert, dieser Sehnsucht zu folgen.

Dass meine gesundheitliche Situation mit den hygienischen Verhältnissen in Südostasien wenig kompatibel war und diese Gegend deshalb nicht in Frage kam, war mir natürlich klar. Ich versuchte weiterhin, auf kleineren Reisen allein klarzukommen, vornehmlich im eher vertrauten und sicheren Norddeutschland, das jederzeitige Rückkehrmöglichkeit bot.

Aber wochenlang allein unterwegs sein und dann auch noch im Ausland? Was konnte da nicht alles an Unvorhersehbarem auf mich zukommen? Das zu schaf-



☛ **Meinem Fahrrad gönnte ich eine Runde auf den schönsten Plätzen unterwegs. Am Colosseum...**

fen, war damals (noch) undenkbar.

Mein Abschied vom Berufsleben rückte irgendwann näher und damit auch die Frage: Wie fülle ich meine Zeit danach aus? Sicher, da gibt es den Garten, die Kunst, die Aktivitäten für die Nieren Selbsthilfe und, natürlich, das Radfahren. Aber immer nur rund um Eckel, meinem Wohnort, oder mal wieder Norddeutschland? Die Landschaft ist zwar schön und ich bin hier gern unterwegs. Aber der neue Lebensabschnitt verlangte offenbar nach etwas Außerge-

wöhnlichem, quasi einem Anstoß bzw. das Überschreiten einer Schwelle. Vielleicht nach dem mir nicht bewussten Motto „wenn schon Veränderungen im Leben, dann auch beim Radfahren in neuen Dimensionen denken, alte Ängste abbauen und mehr Freiheit erlangen“.

Möglicherweise hatten auch die nachfolgenden Worte von Goethe ihre Wirkung getan:

*„Was keiner wagt, das sollt ihr wagen.
Was keiner sagt, das sagt heraus.
Was keiner denkt, das wagt zu denken.
Was keiner anfängt, das führt aus.“*

Jedenfalls kreiste irgendwann die Zahl 3.000 in meinem Kopf und ich überlegte, wo ich wohl in Europa bei dieser Distanz landen würde, wenn ich zu Hause losföhre. Mein Bauchgefühl, gespeist von einer stillen Hoffnung, sagte mir, Palermo könnte hinkommen. Schon war ich im Internet mit einem Routenplaner unterwegs und ja, Palermo passte. Ich war begeistert, denn Sizilien war schon lange das Ziel in meinen Reiseträumen. Und auf dem Weg lag ja auch Rom, bisher ebenfalls ein weißer Fleck auf meiner Reisekarte.

In einem mir unerklärlichen Anfall von Wagemut beschloss ich, gleich im ersten Jahr meines Rentnerdaseins nach Sizilien zu radeln. Bei uns Patienten weiß man ja nie, was die Gesundheit wann an unangenehmen Überras-

schungen bereithält. Und um dem inneren Bedenkenträger wenig Chancen zu geben, das Projekt noch wieder ins Wanken zu bringen, habe ich es gleich einer Reihe von Leuten erzählt, immer wenn die Frage kam, wie ich denn wohl meine Zeit ohne berufliche Verpflichtungen verbringen werde. Damit gab es dann schon bald, jedenfalls aus meiner Sicht, kein zurück mehr.

Den Start meiner Reise hatte ich auf den 15. August 2015 terminiert, einem Sonnabend. So würde ich nördlich der Alpen noch vom sommerlichen Wetter profitieren, in Italien ab Anfang September wäre es normalerweise nicht mehr so heiß wie im Sommer.

Je näher dieser Termin rückte, desto größer wurde mein Lampenfieber und auch meine Zweifel, ob ich das alles schaffen würde - u. a. die Überquerung der Alpen, mit impulsiven italienischen AutofahrerInnen die Straßen teilen, den vermeintlichen oder realen Gefahren in Süditalien (z. B. Neapel) ausgesetzt sein und überhaupt so lange allein sein - wachsen. Auch die Fragen, ob ich meiner Spenderniere mit einer so großen permanenten Anstrengung nicht schaden würde, ob mein Herz, das vor 7 Jahren einen Infarkt erlitten hatte, jeden Tag so viel leisten könne, und ob meine vegetarische Ernährung mir ausreichend Kraft verschaffen würde, drängten sich immer häufiger in den Vordergrund.

In den zwei Wochen vor Reisebeginn nahm ich 4 kg ab. Das Gute daran war, dass ich in den Bergen weniger zu schleppen hatte.

Als ich dann morgens bei Regengrau losfuhr, waren alle diese Gedanken vorerst verschwunden. Sie konzentrierten sich jetzt vor-

nehmlich auf das Tagesziel und den Streckenverlauf, die Wetterentwicklung, die Ernährungslage und den Zustand der Radwege.

Der Anfang gab meiner Aufbruchstimmung einen gehörigen Dämpfer, denn schon am zweiten Tag, in Alfeld, begann es zu regnen und es hörte erst in der Nacht zum Dienstag wieder auf. In Göttingen, das ich mit dem Zug erreicht hatte, war ich einen ganzen Tag zur Untätigkeit verdammt, und Wetterbesserung war zunächst nicht in Sicht. In dieser aussichtslosen Lage spielte ich schon mit dem Gedanken, mein Vorhaben abubrechen. Dazu ist es dann zum Glück nicht gekommen.

Als ich am Dienstag meine Reise fortsetzte, waren die Auswirkungen des massiven Regens - überschwemmte Felder, vollgelaufene Keller, Schlammablagerungen - vor allem im Leine- und Werratal noch vielfach zu erkennen und manchmal auch direkt auf dem Fahrrad zu spüren. Da-

nach meinte das Wetter es gut mit mir, abgesehen von einigen kurzen Regenschauern und großer Hitze in der Po-Ebene.

Nun möchte ich über den Verlauf der Reise nicht weiter ins Detail gehen, besteht doch das Risiko, außenstehende LeserInnen zu langweilen. Deshalb nur soviel:

- Nicht alle Bundesstraßen verfügen über Radwege, schon gar nicht in Thüringen. Das hatte ich mir anders vorgestellt, kenne ich sie aus meiner heimatlichen Umgebung nur mit Radwegen.
- Abgesehen vom sehr gut ausgebauten und beschilderten Radweg Brenner-Verona kann man in Italien davon ausgehen, keine Radwege vorzufinden.
- Den Brenner-Pass zu überqueren ist weniger herausfordernd, als ich befürchtet hatte.
- Die italienischen AutofahrerInnen sind besser als ihr Ruf, rücksichtsvoll und mit ausreichendem Abstand.
- Nach zwei Wochen, ich war in der Nähe von Mantua unterwegs und hatte 1.200 km zurückgelegt, spürte ich, dass mir die Zeit bis Palermo zu lang werden würde und ich mich nicht weitere geschätzte vier Wochen jeden morgen würde motivieren können. Ich korrigierte mein Ziel zuerst auf Rom, später dann auf Neapel.
- Kurz hinter Rom war meine Reise dann doch zu Ende, da die Kette gerissen und kein Ersatz zu bekommen war.
- Es ist möglich, in zwei Tagen nur mit Regionalzügen von Rom nach Hamburg zu reisen, wenn man bereit ist, 11x umzusteigen.

Die Gedanken

Für unser Mitgliedermagazin



U ...auf dem Petersplatz...

möchte ich vielmehr der Frage nachgehen, was eine solche Reise mit meiner persönlichen gesundheitlichen Situation und mit dem Anliegen der Nieren Selbsthilfe zu tun hat. Welchen Sinn ich ihr also diesbezüglich zuordnen kann.

Auf meinem Weg nach Süden habe ich der Stadt Bozen einen kurzen Besuch abgestattet. Hierher führte 1973 meine erste Italienreise im Rahmen meiner beruflichen Ausbildung und noch ohne Wissen um meine Nierenerkrankung. Ein Jahr später bekam ich die Diagnose. Nun saß ich wieder in der Stadt und erinnerte mich, wie unbeschwert es damals war, jugendlich unbeschwert zwar, aber leicht und kräftig. Diese Leichtigkeit nahm sukzessiv ab, bis ich während meiner Dialysezeit ab Mitte 1980 nicht mal mehr eine Treppe schaffte ohne außer Atem zu sein. An eine Reise wie heute wäre damals nicht zu denken gewesen, obwohl sie eher zu einem 25- oder 30-jährigen passen würde als zu einem Mann von 63 Jahren. Mir wurde nochmals sehr deutlich vor Augen geführt, welche körperlichen Einschränkungen mit der Nierenerkrankung und dem Funktionsversagen verbunden sind und wie sehr dadurch meine Jugend verloren gegangen

ist. Und spätestens hier wurde mir klar, dass ich mit dieser Fahrradtour nicht nur dem Altwerden Paroli bieten wollte, sondern dass ich etwas nachgeholt habe, was mir in jungen Jahren verwehrt wurde. So fällt es mir leichter, der Krankheit zu verzeihen, dass sie mich so schwer getroffen hat.

In Trento, rund 60 km weiter südlich, dann die Begegnung mit unangenehmen Erinnerungen an die Dialyse. 1982 machte ich Feriendialyse am Gardasee. Nach der Behandlung ging es mir dort regelmäßig schlecht. Eines Tages fuhren meine Frau und ich unmittelbar nach der Dialysezeit mit dem Bus durch die Berge nach Trento. Die ganze Fahrt über ging es mir so schlecht, dass mir die schöne Landschaft total egal war, denn ich musste mich darauf konzentrieren, mich nicht zu übergeben. In Trento angekommen, gab es kein Halten mehr.

Damals hatte ich schon die Hoffnung und Zuversicht, nach einer Transplantation, zu der ich bereits gemeldet war, bessere Zeiten zu erleben. Dass ich aber 33 Jahre später gesund und munter und sogar auf dem Rad diese Stadt besuchen würde, ist mir damals nicht im Traum eingefallen. Für mich war das Anlass, nochmals

meinem Nierenspender zu danken und mich über das Glück zu freuen, dank der Transplantation so lange und so problemlos leben zu können.

Mir ist bewusst, dass mein Krankheitsverlauf individuell ist und nicht verallgemeinert werden kann. Zu viele Einflussfaktoren spielen neben Glück oder Schicksal eine Rolle.

Gleichwohl möchte ich mit meiner Reise bzw. dem Bericht darüber zeigen, welche Möglichkeiten und Chancen eine Organspende eröffnen und wie nachhaltig dieses Geschenk sein kann.

Ich hoffe, dass diejenigen, die sich bisher noch nicht oder nur oberflächlich oder eher skeptisch mit dem Thema Organspende befasst haben, diese Tat in neue Gedanken über die Organspende umsetzen und in Zukunft einen Spendeausweis dabei haben werden.

Und diejenigen, die evtl. noch mit einer Anmeldung zur Transplantation zögern, möchte ich ermuntern, diesen Schritt zu wagen. Ich habe mich nach meinem Eintritt in die Nieren Selbsthilfe stets an den positiven Beispielen orientiert und versucht, ihnen nachzueifern. Das hat mir Hoffnung und Zuversicht gegeben 



Fotos: J. Tamcke

 ...und der Piazza del Campo in Siena

PATIENTENSEMINAR

Nr. 10

In diesem Jahr mit 97 Teilnehmerinnen und Teilnehmern

Von Peter Stoetzer

Mit dem Wechsel im Vorstand der Nieren Selbsthilfe Hamburg e.V. - wie die Verlagerung hin zum neuen Partner Lebertransplantierte Deutschland e.V. - sind auch neue Ideen in unsere Aktivitäten eingeflossen. Das 10. Patientenseminar war mit dem Ziel angesetzt, mehr aktive Mitarbeit in die reinen Vorträge zu bringen. Dementsprechend wurde das Programm in drei Diskussionsforen aufgeteilt. Die Foren waren dann allerdings so vielseitig und interessant geworden, dass allgemein längere Sitzungen gewünscht wurden. Dieser Wunsch soll beim 11. Patienten Seminar in 2016 berücksichtigt werden.

Mit genau 97 registrierten Teilnehmern waren wir wieder gut besucht. Vielleicht hätten wir auch die 100 erreicht, wenn wir auch Besucher erfasst hätten, die sich nicht eintragen wollten oder es vergaßen. Zum Glück glichen wie die letzten Male die go-shows die no-shows, also die Nicht-Angemeldeten die Nicht-Erschienenen ziemlich aus. Auch die Teilnahme am Gottesdienst durch weit mehr als der Hälfte der Seminar-Teilnehmer war wieder größer, und oft unabhängig von der Religionszugehörigkeit, wie mir einige persönlich bestätigten. Ergreifend war die Kerzenzeremonie, die



Fotos: Chr. Marstig

symbolisch für einen Moment der Trauer stand.

Sehr dankbar sind wir den drei Referentinnen, die mit viel Einsatz und Wissen ihre jeweilige Thematik in die Themen eingearbeitet hatten und dann auf die vielen Fragen eingingen.

Persönlich war ich ganz besonders erfreut, dass die Anwesenden es schafften, beide Suppentöpfe und alle Brötchen aufzuzehren. Es muss ja wohl auch geschmeckt haben.

Ein paar Aufnahmen sollen denen, die es nicht zum Dabeisein schafften, eine Vorstellung geben und den Erschienenen ein Dank für das Kommen und eine kleine Erinnerung sein.

Ergebnis der Umfrage:

Bisher sind es 35 Rückmeldungen. Darunter nur eine überwiegend negative. Ansonsten viel Positives. Der neue Ansatz wurde gelobt, die Aufteilung in die kleinen Gruppenräume sehr gut gesehen. Unsere Bemühungen um Information im Vorfeld fanden Zustimmung. Das Catering wurde mit „gut“ gelobt.

Die kritischen Anmerkungen bezogen sich vorrangig auf 2 Punkte: Die Akustik im großen Saal (fehlendes 2. Mikro bei Diskussionen) und der Zeitansatz von nur jeweils 45 Minuten für die Gruppenarbeit und Diskussion, was wir wie zuvor geschrieben berücksichtigen werden. ☺

ZUR BEGRÜßUNG HÄNDE SCHÜTTELN

Unsere Hände kommen mit vielen Erregern in Berührung. Regelmäßiges Händewaschen kann das Risiko reduzieren.

Von Maria Bandrowski

Kranke Menschen, deren Immunsystem geschwächt ist, haben ein sehr hohes Infektionsrisiko, denn Keime - also Bakterien, Viren und Pilze - sind ständig um uns.

Keime, also Krankheitserreger (ein Oberbegriff für sämtliche Bakterien, Viren, Pilze und ein paar andere Exoten) werden durch Händekontakt, Türklinken, Toiletten und andere Gegenstände, die zuvor von anderen Menschen mit Bakterien belastet wurden, übertragen. Häufige Verbreitung erfolgt auch durch Niesen, Husten und Sprechen.

Bakterien bestehen aus voll ausgestatteten Zellen und können sich durch Teilung vermehren. Verschiedene Arten von Bakterien übernehmen auch nützliche Funktionen. Nur wenn das Immunsystem bei z. B. nierenkranken Patienten geschwächt ist, können Bakterien auch Infektionen verursachen.

Zu den häufigsten Infektionen, an denen Bakterien beteiligt sind, zählen: Stirn-Nasenhöhlen- und Mittelohrentzündung, Mandelentzündung, grippaler Infekt, Bronchitis und sogar Lungenentzündung.

dung.

Viele Ursachen von Hautausschlag oder Juckreiz werden verursacht durch Baden im verschmutzten Wasser wie z. B. in Schwimmbädern und Seen.

Auf der Schleimhaut des Magens finden *Helicobacter pylori*-Bakterien ideale Bedingungen zur Vermehrung. Die Magenschleimhaut-Entzündung entsteht auch als Folge von langfristiger Medikamenten-Einnahme, wie es bei Nierenpatienten der Fall ist.

Allgemeine Abwehrschwäche nach der Transplantation begünstigen auch bakterielle Erkrankungen der Harnwege und Nieren.

Die genaue Art des Erregers wird durch eine Bakterien-Kultur-Untersuchung bestimmt. Danach werden Medikamentenwahl und Dauer der Behandlung bestimmt. Bakterielle Erkrankungen werden meistens mit Antibiotika behandelt. Allerdings, weil Erreger immer öfter gegen Antibiotika resistent werden, müssen ständig neue Medikamente entwickelt werden.

Salmonellen sind Bakterien, die für eine Lebensmittelinfektion verantwortlich sind. Sie können bei Menschen Entzündungen im Magen-Darm-Trakt, Durchfall und Erbrechen hervorrufen. Wo-

bei Salmonellen-Infektion und Lebensmittel-Vergiftung nicht das gleiche ist. Bei bakteriellen Infektionen gelangen Erreger selbst in den Körper und außer Übelkeit, Erbrechen und Durchfall kommt auch noch Fieber dazu.

In rohem Fleisch, Geflügel, Fisch, Eier und Milchprodukten vermehren sich Salmonellen besonders schnell und verursachen Magen- bzw. Darmbeschwerden. Leicht verderbliche Nahrungsmittel sollten daher immer kühl gelagert werden. Auch während des Transportes im Auto soll auf eine entsprechend niedrige Temperatur geachtet werden. Abtöten kann man Salmonellen nur, indem man sie mindestens 5 Minuten bei über 70 Grad C erhitzt.

Zubereitung von Speisen ist auch ein Thema für sich. Hände waschen wie auch Geschirr und Schneidebrett stets sauber halten ist selbstverständlich. Auch Speisereste und das Wasser von aufgetauten Lebensmitteln müssen gleich entsorgt werden. Lappen und Schwämme müssen regelmäßig ausgetauscht oder gewaschen werden. (Die Reinigungsmittel im Privathaushalt sind ausreichend). Zusätzliche Desinfektionsmittel sind meistens nicht notwendig.

Eine Salmonellen-Vergiftung wird meistens nicht mit Antibiotika behandelt. Der Körper soll durch die Zufuhr ausreichender Menge an Flüssigkeit ausgespült werden. In besonders schweren Fällen wird die Flüssigkeit über die Vene zugeführt.

Viren sind die kleinsten Krankheitserreger, die sich in Zellen von Fremdkörpern einschleusen und sie zerstören. Viren sind keine Lebewesen, bestehen nur aus Erbmasse und Schutzhülle, also können sie sich nur innerhalb einer Zelle vermehren. Sie verbreiten sich häufig über die Luft durch Tröpfchen z. B. beim Niesen, Husten und Sprechen.

Viren sind für viele Erkrankungen verantwortlich: Windpocken, Masern, Hepatitis, Gürtelrose, Tetanus, Atemwegeerkrankungen, Influenza also „echte“ Grippe, um nur einige Beispiele zu nennen. Außer Nervenknotten befallen z.B. Herpes-Viren auch Genitalien. Sie werden im direkten Kontakt zwischen den Menschen durch Küssen oder Geschlechtsverkehr übertragen (es entstehen Bläschen auf der Lippe).

Infektionen wie Noro- oder Rotaviren sind Erkrankungen, die in Form von Durchfall sowie Magen-Darm-Beschwerden auftreten. Leider werden sie meistens durch unsaubere Hände im Kontakt mit dem Mund, also durch direkte Aufnahme von Erbrochenen oder Stuhlresten, aufgenommen. Weil bereits eine geringe Menge für die Ansteckung ausreicht, ist Händewaschen mit Seife sehr wichtig.

Wenn Wunden oder Schleimhaut mit Blut oder Körperflüssigkeit einer infizierten Person in Berührung kommen, kann es zu einer schweren Krankheit (wie z. B. aktuell Ebola) oder einer Blutvergiftung führen.

Viren werden mit s.g. Virostatika behandelt. Das bedeutet, für jede Art von Viren muss ein spezielles Virostatikum erst entwickelt werden und kann dann bei Patienten eingesetzt werden. Bei vielen Viren beschränkt sich jedoch die Behandlung nur auf die Bekämpfung der Krankheits-Symptome. Den Rest muss das Immunsystem selbst erledigen.

Pilze wie auch Bakterien bestehen aus einer Zelle, bilden Fäden und vermehren sich in der feuchten Umgebung. Sie gelangen durch den direkten Kontakt von Mensch zu Mensch in den anderen Körper. Pilze können Krankheiten wie Entzündung der Mundhöhle, sowie Haut-, Haar- und Nagelinfektionen, Genitalienbereich-Krankheiten und auch Darmkrankheiten hervorrufen.

Wenn das Immunsystem durch Cortison und Immunsuppressiva nach einer Organtransplantation geschwächt ist, kann es sogar die Ausbreitung des Pilzbefalls in die Lunge begünstigen.

Eine andere Art von Pilzen sind Schimmelpilze. Viele davon sind z. B. bei Käse- oder Penicilinzubereitung wichtig. Die tägliche Speiseauswahl ist auch hier grundsätzlich zu beachten. Schimmelpilze können auch in einer feuchten Wohnung oder Klimaanlage vorkommen.

Die Pilzinfektionen werden durch sog. Antimycotica behandelt.

Da die Symptome der Krankheiten sich in vielen Fällen ähneln, ist es für einen Arzt, denke ich, oft sehr schwer, sofort zu bestimmen, welchem Erreger der Patient ausgesetzt war. Die Diagnose erfolgt in ausführlicher Untersuchung mit mehreren Methoden: Blutuntersuchung z. B. für die Bestimmung der Anzahl der weißen

Blutkörperchen, ein spezielles mikrobiologisches Verfahren, in dem man die Kulturen der Erreger züchtet, Antikörpertests, wo man mit Farbstoff Keime sichtbar machen kann, Anfertigen von Urinkulturen oder auch eine Ultraschall-Untersuchung. Wir Patienten können uns nicht vorstellen, wie eine schnelle ärztliche Hilfe in solchen Fällen schwierig werden kann.

Deswegen sollten wir einer Erkrankung vorbeugen. Schutzimpfungen gehören zu den sichersten Vorsorgemaßnahmen der modernen Medizin. Sie verringern das Risiko zu erkranken und sind ein notwendiger Abwehrschutz. Wie in unserem INFO-Magazin Nr. 164 bereits erwähnt, sind Impfungen bei Nierenkranken und Transplantierten sehr wichtig.

Wichtig ist auch eine Ansteckung zu vermeiden: Menschenmengen aus dem Weg gehen, Gartenarbeit nur mit Handschutz ausführen, bei öffentlichen Toiletten nur Papiertücher benutzen, Räume mit Schimmelpilz-Befall meiden, verdorbene Lebensmittel nicht essen. In keinem Fall unsauberes Wasser trinken.

Regelmäßiges Händewaschen kann das Risiko reduzieren. Allerdings muss man Hände gründlich mit Seife und unter fließendem Wasser reinigen. Das Händewaschen muss so verinnerlicht werden, dass es zu einem Automatismus wird.

Und wie bereits Hippokrates gesagt hat „Krankheiten befallen uns nicht aus heiterem Himmel, sondern entwickeln sich aus täglichen Sünden wider die Natur. Wenn sich diese gehäuft haben, brechen sie unversehens hervor“

Eine ergänzende Zusammenstellung finden Sie auf Seite 15.

SOMMERZEIT IST GRILLZEIT!

Trinkmengenüberschreitungen und Phosphatsünden auf dem Sommerfest des Dialysezentrums Sinstorf

Von Dr. Jan Vitu

Sommerzeit ist Grillzeit – dachten sich die Harburger Dialysepatienten im PHV Zentrum Sinstorf. Strenggenommen war es bereits meteorologischer Herbst in Deutschland, aber wir wollten ein Sommerfest; denn dieser Name steht für gute Laune und bestes Wetter.

Was, wann und wo wurde hier in Harburg wild durch alle Dialyseschichten und Ambulanzen diskutiert. Die Chance, dass sich Dialysepatient Meier, Müller und/oder Schmidt endlich mal wieder mit dem transplantierten ehemaligen Bettnachbarn oder der Lieblingsschwester bzw. Arzt in Zivil auf ein Getränk mit und ohne Schuss treffen konnte, wollte sich keiner entgehen lassen.

Unser Vorplatz bietet genügend Raum für Festzelt und Grillstation, so dass die Frage nach dem Ort schnell geklärt war. Wir entschieden uns für Samstag, den 5. September 2015 und hofften, dass der Wettergott mitspielen würde.

Nach schier endlosen Regenschauern am Vormittag waren die Helfer bereits beim Auspacken

der Festzeltgarnitur ausnahmslos durchnässt. Wie auf Kommando brach jedoch Punkt 15 Uhr die Sonne durch die Wolken und bescherte uns ein (fast) trockenes Grillvergnügen.

Um Feuchtfrohliches mit Sinnvollem zu verbinden, hatten wir Frau Kühn und Herrn Jagels vom Verein „Nieren Selbsthilfe Hamburg“ eingeladen. So konnten sich unsere Patienten sowie interessierte Angehörige und Freunde von der Arbeit des Vereins sowie zum Thema Organtransplantation informieren. Besonders freuten wir uns, dass uns Herr Prof. Nashan vom UKE Transplantationszentrum Hamburg Eppendorf auf Fragen Rede und Antwort stand. Und wer hat bisher schon die Folgetermine in der Transplantationsambulanz mit dem Chefarzt vereinbaren können und dabei ein Bier geprostet. Die Feierstimmung entsprach dem jetzt doch zunehmend guten Wetter, und so wurden die Gespräche im Verlaufe des Nachmittags lockerer und lustiger.

Zum Ausgleich für die eine oder andere Phosphatsünde am sehr leckeren Grillstand wurden

rundenweise Phosphatbinder spendiert. Im Laufe des Tages verlagerte sich die Partygesellschaft zunehmend vom Grillbüfett zum Getränkestand. Auch wenn zu befürchten war, dass hierbei Trinkmengenbegrenzungen überschritten wurden, so geschah dies immerhin unter medizinischer Aufsicht.

Am Ende unseres Festes blickten wir in durchweg freudig strahlende Gesichter.

Wir möchten uns noch einmal für die Mitarbeit all unserer Gäste sowie deren großartiger, positiver Reaktion bedanken. Auch in diesem Fall haben wir einstimmig von Patient zu Schwester und Arzt entschieden, ein Sommerfest jetzt regelmäßig als festen Programmpunkt in Harburg/Sinstorf zu verankern. Für das nächste Grillfest suchen wir aber noch eine gute Liveband. Alternativ hat das Dialysepersonal schon angedroht, dass es einen Auftritt mit Gitarre und Gesang der Schwestern und Ärzte geben wird, und wer möchte so etwas schon erleben?

Viele Grüße aus dem südlichsten Dialysezentrum Hamburgs ☺



PATIENTENSEMINAR IM UKE

Unser wissenschaftliches Seminar-Engagement zur Weiterbildung
für alle Mitglieder

Von Kerstin Kühn

Am 4. Juli 2015, dem heißen Besten Tag des Jahres, fand im Hörsaal der Anatomie auf dem Gelände des Universitätsklinikum Eppendorf (UKE) das schon traditionelle Seminar des Transplantationscentrums statt.

Dieses richtete sich an Patienten, Mitarbeiter des UKE sowie im Rahmen einer Fortbildungsveranstaltung auch an Ärzte und wurde in enger Kooperation mit dem Netzwerk Neue Niere e. V. durchgeführt. Für uns als Patientenvertretung ergab sich die Chance, durch enge Kooperation mit dem wissenschaftlichen Organisator Herrn Prof. Dr. Friedrich Thaiss vom UKE aktiv an der Programmgestaltung mitzuwirken.

Der Dank dafür wurde auch in der Begrüßung von mir und Herrn Wolfgang Veit vom Bund der Organtransplantierten (BDO) zum Ausdruck gebracht.

Das Programm des Vormittags beleuchtete dabei die unterschiedlichsten Aspekte in Bezug auf Organtransplantationen.

Zunächst stellte Frau Dr. Silke Scheidat vom UKE in ihrem Vortrag die Ambulanzstrukturen und die Mitarbeiter im Bereich Nierentransplantation vor.

Danach berichtete ich aus meiner Arbeit als Patientenvertreterin im Bereich der Qualitätssicherung

bei Nierentransplantationen. Hier wurde das System der derzeitigen Erfassung bei der Qualitätssicherung in den Kliniken vorgestellt und auch ein Ausblick auf die Weiterentwicklung hin zu einem systemübergreifenden Verfahren gegeben.

Frau Dr. Sylvia Kröncke von der Transplantationspsychologie am UKE erläuterte danach in ihrem Vortrag die wichtige Rolle der Adhärenz (Therapietreue) für den Erfolg der Transplantationen und stellte dazu neueste wissenschaftliche Erkenntnisse vor.

Dem schloss sich Herr Dr. Jun Oh an. Er erforscht am UKE die sogenannte Transition, d. h. den Übergang von der Kinder- zur Erwachsenen-Dialyse und auch Transplantation und erklärte die Wichtigkeit bestimmter Schrauben und Initiativen in diesem nicht unproblematischen Prozess.

Da Herr Prof. Dr. Björn Nashed verhindert war, übernahm es der Kollege Herr Dr. Vincent Spetzler, dem Auditorium neueste wissenschaftliche Erkenntnisse und Forschungsergebnisse auf dem Gebiet der Transplantationsmedizin vorzustellen.

Danach referierte Frau Dr. Gertrud Greif-Higer vom Universitätsklinikum Mainz aus ethischer Sicht über die Grenzen der Transplantationsmedizin in Bezug auf die Verteilungsgerechtigkeit auf

den Wartelisten. Sie stellte sehr anschaulich und durchaus kontrovers dar, dass es eine sogenannte "Gerechtigkeit" in diesem Kontext nicht geben wird und kann.

Zum Abschluss berichtete noch Herr Prof. Dr. Friedrich Thaiss vom UKE über die neuesten Erkenntnisse zum Langzeitüberleben nach Nierentransplantation und Nierenspende.

Insgesamt ein sehr gelungener Vormittag. Die Teilnahme hätte auf Patientenseite ein wenig besser sein können, aber das Seminar fand, wie schon dargestellt, am heißesten Tag des Jahres statt ☺





SUCHT SPENDEN FÜR NEUBAU

Die Nieren Selbsthilfe Hamburg ist seit über 20 Jahren Gast im Kulturhaus. Nun hat es uns einen Hilferuf geschickt, den wir gerne abdrucken.

Kräne, Baufahrzeuge, Bagger – wer in letzter Zeit durch die Martinistraße fährt, mag sich wundern. Die Großbaustelle Bethanien-Höfe ist gerade fertig gestellt, da geht es auf der gegenüberliegenden Straßenseite schon wieder los. Das ehemalige Krankenhaus Bethanien wird abgerissen. Nur die historische Fassade bleibt erhalten. Auf dem Gelände baut die Genossenschaft Bauverein der Elbgemeinden das Zentrum martini44. Hinter den alten Mauern entsteht ein sozial-kulturelles Zentrum: Kultur, Bildung, Beratung, Begegnung, Betreuung und Pflege – alles unter einem Dach. Anfang 2016 sollen die Hochbauarbeiten beginnen und der Einzug

wird für Ende 2017 erwartet. Das Herzstück des neuen Zentrums werden die neuen Räume des Kulturhauses bilden. Mit einem größeren Veranstaltungssaal, einer neuen Gastronomie und zusätzlichen Gruppenräumen stellt sich das Kulturhaus den Aufgaben der Zukunft. Es hat sich mit vier weiteren Vereinen zusammengesetzt, nutzt viele Flächen gemeinschaftlich und kann damit der hohen Nachfrage nach Räumen und Projekten für Stadtteilkultur nachkommen.

Vor kurzem wurde die Baugenehmigung erteilt. Damit es jetzt weitergehen kann, müssen in den nächsten Monaten mindestens 50.000 € für den Innenausbau gesammelt werden. Verglichen mit

den gesamten Baukosten ist das eine kleine Summe, für den Trägerverein des Kulturhauses bedeutet es aber eine große Hürde. Helfen Sie, diese zu überspringen! Wir bauen auch mit Ihrer Hilfe ein gemeinschaftliches Haus, in dem sich alle wohlfühlen sollen und in dem niemand ausgegrenzt wird.

Jede Spende ist steuerlich absetzbar. Bescheinigungen stellt das Kulturhaus-Büro ab 100 Euro aus. Für geringere Beträge reicht der Kontoauszug zur Vorlage beim Finanzamt.

Wer mehr über martini44 und das neue Kulturhaus Eppendorf erfahren möchte, kann eine Spenden-Broschüre per e-mail (info@kulturhaus-eppendorf.de) oder Telefon (040-481548) anfordern.

Weitere Informationen gibt es unter www.martini44.de und www.kulturhaus-eppendorf.de.

Spendenkonto:
Kulturhaus Eppendorf
Hamburger Sparkasse
BIC: HASPDEHHXXX
IBAN:
DE79200505501208110427
Stichwort: Spende Neubau

Der Grundriss des neuen Kulturhauses



MEDIKAMENTE RICHTIG AUFBEWAHREN

Nicht zu kalt, nicht zu heiß, nicht zu hell.
Eine Information der ERGO Versicherungsgruppe.

Ob Schnupfen, Kopfschmerzen oder Brandblasen: Eine gut bestückte Hausapotheke kann bei kleineren Notfällen schnell Abhilfe schaffen. Doch Vorsicht: Wenn die Arzneien an einem ungeeigneten Ort liegen, wirken sie womöglich bei Bedarf nicht mehr richtig. Verdorbene Pillen, Salben oder Säfte können sogar gesundheitsschädlich sein. Was bei Aufbewahrung und Weiterverwendung angebrochener Medikamente zu beachten ist, erklärt Dr. Wolfgang Reuter, Experte bei der DKV Deutsche Krankenversicherung.

In vielen deutschen Haushalten lassen die Zustände in der Hausapotheke zu wünschen übrig: Zu hohe oder zu niedrige Temperaturen, direktes Licht oder Nässe – diese Faktoren können leicht dazu führen, dass die Wirksamkeit der Medikamente verloren geht. „Pharmazeutische Mittel sind sehr empfindliche Produkte“, weiß Dr. Wolfgang Reuter, Gesundheitsexperte der DKV Deutsche Krankenversicherung. „Trotzdem befindet sich das Arzneischränkchen bei den meisten Leuten im Badezimmer, also am denkbar ungünstigsten Ort. Denn ein feuchtes,

warmes Klima kann die Qualität der Präparate beeinträchtigen.“ Besser geeignete Standorte sind lichtgeschützte, trockene und kühle Plätze, zum Beispiel im Flur oder Schlafzimmer. Wichtig ist, dass die Hausapotheke nicht zu nah bei den Heizkörpern hängt und sich abschließen lässt, damit Kinder nicht an die Arzneien herankommen. „Ein weiterer häufiger Fehler ist, Medikamente auf der Ablage oder im Handschuhfach des geparkten Autos liegen zu lassen“, erläutert der DKV Experte. „Im Sommer kann es dort sehr schnell sehr heiß werden – und dann sind viele Medikamente bereits nach kurzer Zeit nicht mehr verwendbar.“

Manche Medikamente müssen in den Kühlschrank

Für viele Medikamente ist eine Raumtemperatur zwischen 15 und 25 Grad ideal. Es gibt aber auch Arzneien, die in den Kühlschrank gehören, darunter vor allem Zäpfchen und flüssige Mittel wie Augentropfen, Insulin oder Impfstoffe. „Wichtig ist, die Präparate nicht in der Tür des Kühlschranks zu lagern, weil dort keine konstant niedrigen Temperaturen herr-

schen“, rät Dr. Wolfgang Reuter. „Sie sollten aber auch nicht an der Rückwand stehen, weil sie gefrieren und so ihre Wirksamkeit einbüßen können.“ Zwar ist bei einigen Medikamenten eine Lagerung im Gefrierfach erforderlich. Bei den meisten Mitteln zerstört Frost jedoch die Wirkstoffe. Wer unsicher ist, sollte auf dem Beipackzettel nachlesen. Für den Fall, dass Fragen aufkommen, lohnt es sich, das Präparat zusammen mit der Beilage in der Originalverpackung aufzuheben – zum einen, weil darauf wichtige Hinweise zu finden sind, zum anderen, weil sie zusätzlichen Lichtschutz bietet. Flüssige Mittel sollten unbedingt in ihrem Fläschchen bleiben. Wer sie umfüllt, riskiert, dass Keime mit dem Medikament in Kontakt kommen und es kontaminieren. Nur bei korrekter Aufbewahrung ist sicher davon auszugehen, dass die Arzneien bis zum Verfallsdatum qualitativ einwandfrei bleiben.

Vorsicht bei Augentropfen und rezeptpflichtigen Medikamenten

Leicht verderbliche Medikamente, wie zum Beispiel Augen-

tropfen, erfordern besondere Sorgfalt: Ratsam ist, zunächst einen Blick auf Packung und Beilage zu werfen – dort finden sich Angaben, wie lange das Präparat nach Anbruch noch verwendbar bleibt. Hilfreich ist, das Öffnungsdatum auf der Schachtel zu notieren. Außerdem rät der DKV Experte: „Um eine Verun-

reinigung auszuschließen, ist bei jeder Entnahme auf hygienische Bedingungen zu achten. Vor allem darf der verbleibende Inhalt des Präparats nicht mit den Händen in Kontakt kommen.“ Auch sollten Flaschen und Röhrchen immer fest verschlossen lagern. Bei rezeptpflichtigen Medikamenten, zum Beispiel hochdo-

siertem Schmerzmittel, ist nach der Therapie eine Entsorgung der sichere Weg. Wer das Mittel später erneut einnimmt, ohne mit seinem Arzt Rücksprache zu halten, gefährdet seine Gesundheit. Eine gute Idee ist in jedem Fall, das Arzneischränkchen einmal pro Jahr zu prüfen und verfallene Mittel wegzuerwerfen ☹

In Ergänzung des Artikels „Zur Begrüßung Hände schütteln“ auf Seite 8/9

Gib Salmonellen & Co. im Sommer keine Chance!

Von Dr. Wolfgang Reuter, DKV

Hinweis 1: Lebensmittel kühlen

Verbraucher sollten leicht verderbliche Lebensmittel vom Supermarkt ohne Verzögerung nach Hause transportieren – am besten in einer Kühltasche.

Hinweis 2: Händewaschen

Bei sommerlicher Hitze ist eine hygienische Handhabung von Lebensmitteln besonders wichtig: Vor der Küchenarbeit ist gründliches Händewaschen angesagt!

Hinweis 3: Die richtige Zubereitung

Hack frisch aus dem Kühlschrank sofort weiter verarbeiten, Fisch immer kühl lagern und Geflügel komplett durchgaren.

Hinweis 4: Beim Grillen

Grillfreunde sollten Bratwurst, Steaks, Fisch und Hähnchenteile nicht ungekühlt neben dem Grill liegenlassen. Auch Kartoffelsalat mit Mayonnaise oder Tiramisu gehören erst kurz vor dem Verzehr auf den Tisch.

Hinweis 5: Salmonellen und Lebensmittel

Besonders anfällig für Salmonellen sind zum Beispiel Hackfleisch, Geflügel, Fisch, Eier oder Eis. Ältere und immunschwache Menschen sowie Kinder unter zwei Jahren sollten im Zweifel auf diese verzichten.

Hinweis 6: Viel Trinken bei einer Lebensmittelvergiftung

Auf jeden Fall sollten die Betroffenen reichlich trinken, weil der Körper sonst zu viel Flüssigkeit verlieren kann. Aber meist ist der Spuk nach ein paar Tagen wieder vorüber.

40 JAHRE BUNDESVERBAND

Der Bundesverband Niere feiert seine Jahresjubiläen immer nach uns; denn er wurde 1975 von der Hamburger Nieren Interessengruppe (damals IkN e.V.) mitbegründet, und folgte uns demgemäß in diesem Jahr mit der Feier seines 40-jährigen Bestehens.

Der Bundesverband verknüpfte die diesjährige Delegiertenversammlung mit der Jubiläumsfeier zu einer ausgewogenen Veranstaltung, zu der auch alle Einzelmitglieder eingeladen waren.

Text und Fotos von Peter Stoetzer



"Neugraben erleben"

Am 6. September 2015 fand wieder auf dem Marktplatz in Neugraben das traditionelle Stadtteilst "Neugraben erleben" statt. Das Besondere hierbei ist, dass sich zu diesem Stadtteilst örtliche Initiativen und Vereine präsentieren, um Ihre Arbeit vorzustellen.

Die Nieren Selbsthilfe e.V. war mit Heinz Jagels sowie Kerstin Kühn und ihrem Mann Holger Kühn mit einem Infostand vertreten.



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
IBAN: DE94200100200693769201
BIC: PBNKDEFFXXX (Hamburg)
Postbank Hamburg

Treffen im Logenhaus um 19.00 Uhr

(Referate beginnen meist um 19.30)

Moorweidenstraße 36

Nähe Dammtorbahnhof

Metrobusse 4 und 5 (Haltestelle Staatsbibliothek)

(Zugang über Logenhaus-Restaurant)

und andere Aktivitäten

Dienstag, 1. Dezember
Logenhaus

☞☞☞ Ohne Thema

Treff zum Klönen und Informationsabend für alle Feriendialyse-Reisenden.

Dienstag, 5. Januar
Gasthaus Seehof

☞☞☞ Neujahrsfeier

Zum vierten Male treffen wir uns zu unserer Jahres-/Weihnachts-Nachfeier im Gasthof Seehof. Das Restaurant bietet viel Platz und eine gemütliche Atmosphäre. Wir haben genug Raum für eine musikalische Sondereinlage. Separate Einladung folgt.

Dienstag, 2. Februar
Logenhaus

☞☞☞ Mit Referat

Thema wird noch bekannt gegeben.

Dienstag, 22. März
Kulturhaus Eppendorf

☞☞☞ Mitgliederversammlung

Wir bitten um zahlreiches Erscheinen aller Mitglieder. Angehörige und andere Gäste sind herzlich willkommen. Separate Einladung folgt.

Sonntag, 9. oder 16. April ☞☞☞
UKE

Patientenseminar

Wir laden wieder gemeinsam mit dem UKE zu einem interessanten Seminar ein. Separate Einladung folgt.

Sonntag, 8. Mai
Noch offen

☞☞☞ Busausflug

Wir werden wieder zu einem interessanten Ausflugsziel in Norddeutschland einladen. Einzelheiten werden noch per Brief sowie im Internet mitgeteilt. Anmeldung ist erforderlich.

Bitte beachten Sie:

Feriendialyse nach Torremolinos 17.– 26. April auf Seite 22/23.
Radtouren neu im Programm am 23. April und 11. Juni auf Seite 32-34.

Ausblick bis Ende Juni:

Tag der Organspende am 4. Juni.
Treffen im Logenhaus am 7. Juni voraussichtlich mit dem Thema „Haut“.

Termine auch auf unserer Homepage: www.Nieren-Hamburg.de
Weitere Fragen beantwortet Ihnen: Peter Stoetzer
Telefon: 040 – 85 33 79 36 oder E-Mail: PStoetzer@AOL.com

TERMINALE NIERENINSUFFIZIENZ

Entscheidung für das für den Patienten passende Dialyseverfahren.

Der Bericht über das 10. Annual Post ASN-Meeting erschien in der JuNi News, Zeitschrift der Jungen Nieren, Ausgabe 84 Nr. 10/2015.

Anja Sachs hat die Regionalleitung der „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“ in Berlin inne.

Von Anja Sachs

Der zweite Veranstaltungstag wurde mit dem Vortrag „Terminale Niereninsuffizienz“ durch Frau Dr. Vandana Niyyar (MD, FASN, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, USA) eröffnet und zwar mit dem Einmaleins der Behandlung.

Als erstes ging es um die Entscheidung für das für den Patienten passende Dialyseverfahren. Dabei zeigt sich, dass die PD in den ersten 10 Wochen einen deutlichen Überlebensvorteil bietet, wobei die Patientengruppe gegenüber den HD-Verfahren normalerweise von der Ausgangssituation her schon jünger und gesünder ist. Daher überlegt man die PD als Notfallverfahren weiter zu entwickeln, um das höhere Risiko der HD-Katheter (mehr Komplikationen, Infektionen, Stenosen, Thrombosen) künftig zu vermeiden.

In diesem Zusammenhang geht es auch darum, die Biokompatibilität der PD-Flüssigkeit zu verbessern,

um die Resturinausscheidung so lange wie möglich zu erhalten und die Schmerzen beim Einfluss zu reduzieren. Bei der HD hat sich gezeigt, dass die HDF (Europa ca. 18%, USA 0 %) nicht wesentlich teurer ist, aber einige Vorteile bzgl. Überleben, weniger Krankenhausaufenthalte und geringere Sterblichkeit bietet. PD und Heim-HD haben vergleichsweise gute Werte bezüglich höherer Lebensqualität, kurze Schulungszeiten. Wichtig ist dabei, die richtige Patientengruppe auszuwählen.

Fazit: Jede Dialyse muss eine optimale Dialyse sein!

Es besteht eine direkte Kausalität zwischen der Höhe der Ultrafiltrationsrate (UFR) und dem Sterblichkeitsrisiko. Das höchste kardiovaskuläre Risiko besteht in den 8 Stunden direkt nach der Dialyse. Dabei werden immer noch die folgenden Themen kontrovers diskutiert: - Natrium im Dialysat sollte möglichst 134 – 138 mol nicht übersteigen - Höhe des Bicarbonats im Dialysat - Eisengabe intravenös ist besser als oral, aber

höheres Infektionsrisiko. Derzeit wird die Wirksamkeit eisenbasierter Phosphatbinder untersucht. Aber Eisengabe kann auch gefährlich sein. Bei der Gabe von Eisen + Epo hat sich gezeigt, dass die Reduzierung beider Medikamente auf eine niedrige Erhaltungsdosis oft für den Patienten keine Verschlechterung birgt, d.h. hier sollte man möglichst die Medikamentgaben nach unten anpassen. Es gilt eine gute Balance zu finden zwischen Hypertonie, Überwässerung und erhöhtem Sterberisiko. Dabei sollte man im Bereich der Dialyse die Nutzung von Kathetern möglichst vermeiden und als Gefäßzugang auf Fistel bzw. Shunt zurückgreifen, da die Zentralen Venenkatheter (ZVK) zu viele Risiken beinhalten (Infektionen, Stenosen, Thrombosen). Allerdings starten immer noch viele Patienten, obwohl sie rechtzeitig - bereits ca. 4 Monate vor Beginn der Dialyse - beim Nephrologen vorgestellt wurden, mit Zentralen Venenkathetern.

Fazit: Dialysezeiten erhöhen, Ultrafiltrationsrate senken und

die Aktivität der Patienten erhöhen.

Zwei Mögliche Ansätze für die Zukunft sind:

- Tragbare Dialyse (Problem ZVK)
- Implantierbare Dialyse = 24 h HDF

Allerdings sind beide Verfahren zurzeit noch sehr experimentell. Wichtig ist, die Patienten umfassend zu informieren und den Patienten die Entscheidung für die Therapie ihrer Wahl zu überlassen.

Ich möchte mich an dieser Stelle herzlich bei den Veranstaltern bedanken, dass ich als Vertreterin

der Jungen Nierenkranken Deutschland e.V. erstmals als Gast an dieser eindrucksvollen Veranstaltung teilnehmen durfte



Das 10. Annual Post ASN-Meeting, das am 31. 1. und 1. 2. 2015 in Berlin in Kooperation mit der American Society of Nephrology (ASN) stattfand, wird auch vom Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e. V. und dem nephrologischen Fachverband, der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V., getragen. Es ist eine gemeinsame Präsentationsmöglichkeit einer hoch-

klassigen und intensiven Fortbildung im Fachbereich Nephrologie/Hypertensiologie.

Ziel des Kongresses ist es, die aktuellen Informationen, die auf dem Kongress der ASN im November 2014 in Philadelphia vorgestellt werden, zusammenzufassen, kritisch zu bewerten und in den aktuellen wissenschaftlichen und klinischen Stand der Nephrologie einzuordnen.

Die Themen der Vorträge waren Glomeruläre Erkrankungen, Nierentransplantation, Akutes Nierenversagen, Hypertonie, Terminale Niereninsuffizienz sowie Klinische Nephrologie

Impressum

Für diese Ausgabe ist verantwortlich:

Peter Stoetzer, Malerwinkel 5, 22607 Hamburg
Telefon: 040/85 33 79 36 - E-Mail: PStoetzer@aol.com

Das Redaktionsteam:

Maria Bandrowski, Stefan Drass, Heinz Jagels,
Christa Marsig, Peter Stoetzer, 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 eingereichter 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 keine Nachdruckgenehmigung geben).

Unsere Zeitschrift für Mitglieder, Freunde und Förderer der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V. erscheint dreimal jährlich

FERIENDIALYSE

Jetzt ist es endlich soweit. Mit dem Veranstalter VirtusVita, deren Repräsentanten wir beim Bundesverband einst kennengelernt hatten, haben wir ein Angebot für eine Dialysereise zusammengestellt. Diese Aktion ist erstmalig für Hamburg, und sollte sie erfolgreich verlaufen, ist an eine Wiederholung gedacht.

Jetzt ist es endlich soweit. Mit dem Veranstalter VirtusVita, dessen Repräsentant wir bei der Bundesverband-Niere Jubiläumsveranstaltung zum 40jährigen kennen gelernt hatten, haben wir ein Angebot für eine Dialysereise zusammengestellt.

Ganz im Sinne unserer Gründer wollen wir damit wieder eines unserer Gründerziele „mehr Feriendialysen“ erreichen. Damals vor 40 Jahren hatte sich die IkN e.V. vorrangig den Dialysepflichtigen gewidmet.

Diese Aktion ist erstmalig für Hamburg. Ähnliche Aktionen fanden in anderen Bundesländern statt und haben Dialysepflichtige vermehrt dazu bewogen, Mitglied einer Interessengemeinschaft zu werden. Wenn diese Feriendialyse erfolgreich ist, werden wir darüber schreiben und die Aktion bei Bedarf wiederholen.

Das Angebot wendet sich an Dialysepflichtige und ihre Angehörigen, wobei wir mit etwa 15 Dialysepflichtigen und 10 bis 12 Angehörigen rechnen. Als Ziel für unser erstes Angebot ist Spanien gewählt, Südspanien mit Strand.

Der Hin- und Rückflug erfolgt ab Hamburg mit einer renommierten Fluglinie.

Sollten noch Plätze frei sein, nehmen wir auch gern Nicht-Dialysepflichtige mit, vorrangig aber immer Mitglieder unserer Nieren Selbsthilfe Hamburg e.V.

Wir brauchen, um alles gut vorbereiten zu können, alle Anmeldungen bis Weihnachten 2015.

Die gewählte Dialysepraxis befindet sich in Torremolinos. Der Ort liegt an der südlichen Küste Spaniens, südwestlich und nahe der Stadt Málaga:

Die Einzelheiten für die Anmeldung:

1. Das Dialysezentrum

Centro de Diálisis Torremolinos/Spanien

C/ de la Cruz, n° 58.

29620 Torremolinos

Tel.: +34 95 237 48 69

Fax: +34 95 237 48 95

Email: tmlinos@diaverum.com

2. Reisedauer

Von Sonntag, den 17. bis Dienstag, den 26. April 2016

3. Die reservierten Dialyse-Termine:

19. 04. 2016 ab 18:00 Uhr

21. 04. 2016 ab 18:00 Uhr

23. 04. 2016 ab 18:00 Uhr

4. Folgende Unterlagen werden für die Behandlung in der Feriendialyse benötigt:

• Ein vorgegebenes Anmeldeformular ist vom Dialysearzt in Hamburg (bzw. in der Heimdialyse) auszufüllen. Das Formular wird von uns digital zur Verfügung gestellt oder kann per Post (siehe unter Ziff. 5) angefordert werden.

• Serologischer Status (B+, C+ oder HIV, Antigene und An-

tikörper, Hepatitis B positive Patienten sind nicht zugelassen) – 30 Tage vor Abreise wird nochmals ein aktualisierter Vordruck verlangt.

• Kompletter Arztbericht.

• Eine gültige Ausfertigung der neuen elektronischen Gesundheitskarte gilt als Zahlungsunterlage (EU). Für die Einreise sind Personalausweis oder Pass notwendig. In Sonderfällen kann ein Visum erforderlich sein.

5. Bei Fragen und zur Anmeldung wenden Sie sich bitte an:

Peter Stoetzer

c/o Nieren Selbsthilfe Hamburg e.V.

Malerwinkel 5

22607 HAMBURG

Tel.: 040 – 85 33 79 36

Mobil: +49-176 49 43 42 63

pstoetzer@nieren-hamburg.de
www.Nieren-Hamburg.de

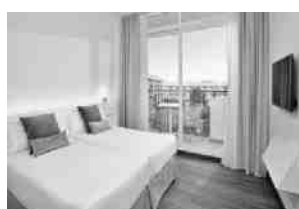
Die Plätze werden nach Eingang der Anmeldung vergeben. Im Falle von Bedürftigkeit weisen wir auf den Hilfsfonds Dialyseferien e.V. hin (www.hilfsfonds-dialyseferien.de).

Bei genügender Teilnahme ist eine Hamburger Reisebegleitung geplant, die sich um Termine, Ausflüge und bei Fragen vor Ort kümmert.

Wir hoffen, dass dieses Angebot Ihr Interesse findet ☺

Ferierendialyse vom 17.4. bis 26.4.2015 in

TORREMOLINOS * SPANIEN



Ein großes Erlebnis mit der Zuverlässigkeit von VIRTUS VITA & DIAVERUM

Im Preis sind eingeschlossen

- 10 Tage - 9 Übernachtungen im Hotel Sol Principe 4**** Halbpension * Frühstück und Abendessen
- Bustransfer Flugplatz – Hotel – und zurück. * Klimatisierte Luxusbusse
- **Alle Transfers zur und von der Dialysepraxis.** * Klimatisierte Luxusbusse

EXTRA SERVICES

- Flugtickets € 190,- pro Person: Hamburg – Malaga / Malaga - Hamburg
Die Flugtickets werden nach Anmeldeschluss von Virtus Vita oder dem Teilnehmer nach Verfügbarkeit gebucht und unterliegen den Bestimmungen der jeweiligen Airlines.

Hotel und Ausstattung

- Indoor & Outdoor Swimmingpool, Fitness Center, Wellness & Spa Center
- Privater Strand, Freies Wi-Fi

Anmeldeschluss: 20. Dezember 2015

Reisezeit 17/4/16 – 26/4/16	Dauer: 10 Tage – 9 Nächte	Hotel: Sol Principe Hotel 4****
Preise (je Person Halbpension ohne Flug)		
Im Doppelzimmer € 570		Im Einzelzimmer € 770
KONTAKT: Peter Stoetzer 040-899 1393 pstoetzer@aol.com +49 176 49 43 42 63		

DER PC-KAUF

...eine Sache für gute Nerven!

Eine Serie aus dem letzten Jahrhundert
neu gemixt: Gereimtes und Ungereimtes

Von Peter Stoetzer

Nicht immer hatte unser Chronist in den letzten Jahren das Glück, sich während der Dialyse mit netten Schwestern unterhalten zu können. Entweder waren sie an diesem Tag nicht zum Dienst eingeteilt oder sie hatten keine Zeit für einen Plausch. So hat er aus der Not eine Tugend gemacht und den Gesprächen der Nachbarn an der Maschine gelauscht.

Unsere „Kernmannschaft“ hat sich wieder einmal zwecks gemeinsamer Dialyse zusammengefunden. Seit kurzem allerdings verstärkt durch einen fünften Kollegen, Herrn Schnelle, ein Journalist, der sich gerade für das kostenlose Vorortmagazin, das jede Woche die Briefkästen verstopft, selbständig gemacht hat, ist heute wieder mit bei uns im Zimmer.

Dart, so sein Vorname, der kommt von seinem amerikanischen Vater, wie er uns das letzte Mal sagte; Dart also, macht heute, schon seit er seine Maschine aufzuzäumen begann, einen ganz wütenden Eindruck. Irgendeine Laus musste ihm über die Leber gelaufen sein, oder einer seiner Artikel war wieder um die Hälfte gekürzt worden, der Reklame wegen. Dart also ist sauer!

„Was ist los mit Ihnen“, fragt Frau von Ähren. „Ich bin stinksauer! Stellt euch vor, ich kaufte mir einen ganz neuen PC.“ „Was ist ein PC?“ fragt Frau von Ähren

nach, mehr aus Trotz, denn sie erzählte einmal, dass ihr Mann die Milchquoten für jede Kuh auch auf so einem Ding für sich kontrolliert, denn offiziell gibt es die Quote bedauerlicher Weise nicht mehr. Dart erklärt: „...einen Intel-Core mit 3,6 Gigahertz und 1 Terra Festplatte und 16,3 TMB Arbeitsspeicher, W-LAN, Bluetooth, 2 Chips gleich eingebaut“. Das versteht natürlich keiner außer Steve, der uns dann aufklärt:

„Tolle Maschine! Dart meint, dass der neue Computer mit 3.600 GigaHz getaktet wird, und mit der großen Festplatte kann er ganz locker alle Treiber und 3D-Spiele einladen und hat dann immer noch viel Platz. Das ist zurzeit das voll Fetteste. Jetzt hat es jeder von uns verstanden! „Aber wo ist das Problem?“, wage ich zu fragen.

Alles begann damit, dass ich überall bei Freunden und Kollegen rumgehört habe. Dann habe ich die Fachpresse gelesen mit den Tests. So kam ich auf so einen PC-online Handel, der immer als, der Beste in einem großen Fachmagazin abgeschnitten und nur gute Kritiken bekommen hat. Also habe ich mir dort das Schlagermodell, den „China-Yoga“, gekauft und gleich ganz bezahlt, und das war nicht wenig. Bis dahin alles bestens, logo. Der Verkäufer ein As, die Auftragsbestätigung kam sofort mit 8 Bogen Papier an Rechnung und Lieferzeit noch im alten Jahr, was mir als Journalist gut passte.



Aber die Firma hat dann wohl so viele Aufträge bekommen, ist gleichzeitig umgezogen und hat das Firmenjubiläum gefeiert, dass sie mir eine grüne Maschine geliefert haben. „Ist doch die schönste Farbe“, stellt Frau von Ähren fest. „Nein, nicht grünfarbige, sondern unausgereifte Entwicklung, nicht ganz sorgfältig zusammenmontiert. Sollte wohl bei mir noch reifen. Also maile ich die Firma an. Nachdem acht Mails nicht halfen, gehe ich in die Hotline“...

„...Hotline, das ist die Hilfefonnummer für Fragen nach der Bestellung“, ergänzt Steve, der ganz aufmerksam zuhört. Hätte er gar nicht erklären müssen, denn es gab eine Milchquoten-Hotline, die unsere Landfrau natürlich kennt, und Frau Stahl, die Unternehmersgattin in unserem Zimmer, ruft immer die Edelversand-Hotline an, um die neueste Modekreation zu bestellen.

„Der gleiche Verkäufer ist wieder dran“, fährt Dart fort, „entschuldigt sich sehr höflich und verbindet mich mit der technischen Hotline, die zuständig ist. Und das dauert. Gibt wohl mehrere, die auf Bananenmaschinen sitzen...“

„Das sind die Maschinen, die grün geerntet werden und beim Kunden nachreifen müssen“ ergänzt Steve.

Dart erzählt weiter: „Die Techniker sagen dann, dass sie die Teile senden, und ein Profi vor Ort

wird die Kiste zerlegen und die Teile einbauen. Also, die Teile kommen, aber der Profi nicht. Als ich den anrufe, weiß er von nichts. Hatten die doch vergessen, ihn über die Nachrüstung richtig zu informieren.

Dann als alles fertig ist, muckt das W-LAN. Also, wieder diverse Anrufe bei der Hotline, bis ich endlich durchkomme. Erst können die das nicht verstehen, dann sagt mir der nächst höhere Mitarbeiter in der Technikabteilung, dass sie das auch schon bemerkt haben und eine Lösung ihres Lieferanten erwarten. Wann? So in einigen Wochen vielleicht. Genau es wissen sie auch nicht. „Aber ich muss heute damit arbeiten, nicht erst zur Jahreswende“ sage ich denen. Nun bequemen sie sich, mir eine neue Platine zu senden (die ich sowieso von vornherein haben wollte, die mir der smarte Verkäufer aber ausgedreht hatte). Der gleiche Versandweg wie bei den Teilen vorher. Nur diesmal ist der „Profi vor Ort“ nicht frei für den Termin, weil er überlastet ist.

Irgendwann ist dann alles drin und dran. Ich fange an, meine Daten aus dem alten PC in den neuen zu laden. Und jetzt beginnen für mich Probleme der ganz neuen Art. Es ist, als ob die bei Microsoft den Blasebalg neu erfunden hätten oder mit Festplattenherstellern gute Verträge haben, damit immer größere verkauft werden müssen.

Daten ohne Ende

Aus meinen ohnehin schon recht großen Dateien werden wahre Monster. Die neue (7er) Version vom viel benutzten Word hat den Speicherbedarf meiner Dateien beim Duplizieren vom alten PC auf den neuen PC um das 10 fache Volumen aufgeblä-

sen. Was nützt dann die vierfache Speicherkapazität im neuen PC, wenn so was passiert! Also wieder Hotline. "Das sei nicht Problem der Hardware sondern der Software."

"...also", nimmt Dart den Faden wieder auf, „...also ich spreche mit der Microsoft-Hotline. Die sind gnädig und meinen, als Neukäufer bräuchte ich nur 3 Cents für die nächsten drei Anrufe zu bezahlen. Die drei Anrufe und mehr brauche ich dann auch, denn der Welt größter Softwarehersteller streitet alles ab. So etwas sei nicht möglich. Ich hätte einen Virus oder sonst etwas. Ich prüfe alles nach, finde natürlich nichts und rufe wieder an. Alles sehr zeitaufwendig. Wollen noch mehr Beweise oder Beispiele vom Problem. Da ich aber inzwischen in der Presse schon davon gelesen habe, können sie mir wenig vormachen. So raten sie mir, ein Update - das ist eine reparierte Version runterzuladen."

„Was heißt nun schon wieder runterladen“, fragt Frau Stahl, die andächtig zuhört und dabei sogar fast ihr Frühstück vergisst.

„Aus dem Internet kann man neue Programme oder Verbesserungen der Hersteller von Software in seinen Computer einlesen“, sage ich schnell, weil ich Angst habe, wenn wir jetzt beginnen, das Internet zu erklären und über E-Mail zu sprechen, reicht die Dialysezeit nicht aus, um von Darts Zittertour alles zu hören.

„Nun, das Runterladen klappte auch gut“, erzählt Dart weiter, „nur plötzlich waren dann die Texte in den Feldern für Speichern „ja - nein — abrechnen“ vertauscht und anders beschriftet. Jetzt, und daher bin ich so sauer, begann der Probleme fünfter Teil. Ich habe Änderungen in meinen

Berichten und Artikeln anstelle zu speichern, gelöscht. Hat mich wieder drei Tage Arbeit gekostet, bis ich es merkte. Wieder in die Hotline zu Bill Gates. „Dies sei ein ganz seltener Fall“, sagten die Word Hotline Spezialisten und dann folgten wieder Seiten mit Vorschlägen, was ich tun könne.

Doch diesmal kannten die mich schon, und nach zwei Stunden haben die Telefonseelsorger mich durch meinen Computer gejagt, und wir haben alles raus- und wieder reingeladen, und jetzt sollte es wohl laufen, sagen sie.

„Aber dann ist doch jetzt alles gut“, sagt Frau von Ähren. „Das schon“ antwortet Dart. „Ich habe viel gelernt, aber mir fehlt fast eine Woche Arbeitszeit, die ich für meine Erfahrung verloren habe.“

„Jetzt weiß ich auch, warum mein Mann immer sagt, er bleibt seinem alten Computer aus alt-ägyptischer Grabbeigabe treu. Den kenne er, und wat de Buur nich kennd, dat frett hey nich“, zitiert unsere Landadelige in bestem Plattdeutsch. „Das heißt DOS-PC“ korrigiert unser Dialyse Yuppie, „ganz alte Technik, wird bald aussterben, wie das germanische Ur-Rindviech auch“, scherzt er weiter. „Die Dialysemaschinen von heute sind ja auch nicht mehr die alten von früher, als man noch Zwischenwiegen musste und es kein Bikarbonat gab“, weiß sogar unser neuer Journalist, dessen Leidensweg durch die „bits und bytes“ wir gerade verfolgen konnten.

Die beginnende Diskussion über neue Techniken und wie viel Technik es sein darf, verschieben wir auf den nächsten Dialysetag, da die ersten von uns mit dem Ausbinden anfangen. Dann werden wir uns über Handys unterhalten ☺

HAUTVERÄNDERUNGEN NACH ORGANTRANSPLANTATION

Eine interdisziplinäre Herausforderung.

Entnommen dem Deutschen Ärzteblatt Nr. 111. Das Literaturverzeichnis finden Sie unter www.aerzteblatt.de/archiv oder auf Anforderung bei uns.

Von Claas Ulrich, Renate Arnold, Ulrich Frei, Roland Hetzer, Peter Neuhaus, Eggert Stockfleth.

Hintergrund: Die in der Transplantationsmedizin eingesetzten Immunsuppressiva führen insbesondere an der Haut zu einer deutlichen Zunahme von Neoplasien. Daten aus deutschen Zentren belegen eine kumulative Inzidenz von nichtmelanozytären Hauttumoren (NMSC) bei Nierentransplantierten von 20,5 %. Daten von mehr als 35 000 Nierentransplantierten in den USA zeigen nach 3 Jahren Immunsuppression eine kumulative NMSC-Inzidenz von über 7 %.

Methoden: Basierend auf einer selektiven Literaturrecherche in PubMed werden die Hauttumorinzidenz unter Immunsuppression und Hautinfektionserkrankungen sowie relevante Risikofaktoren dargestellt.

Ergebnisse: Das Patientenalter bei der Transplantation, helle Hauttypen, vorherige und fortlaufende Sonnenexposition sowie Art und Dauer der Immunsuppression sind wesentliche Risikofaktoren für die Hauttumorentstehung. Plattenepithelkarzinome (PEC) sind die häufigsten Hauttumoren bei Immunsupprimierten. Darüber hinaus lösen auch das Humane Herpesvirus 8 und das Merkel-

zell-Polyomavirus gehäuft Neoplasien aus. Die chirurgische Entfernung ist die Methode der Wahl. Bei warzenartigen (aktinischen) Keratosen ist das Risiko, im gleichen Hautareal ein PEC zu entwickeln, stark erhöht (Odds Ratio = 18,36; 95%-Konfidenzintervall: 3,03–111). Bei multiplen aktinischen Keratosen kann die photodynamische Therapie oder die Behandlung mit Acitretin erfolgen. Um das Hautkrebsrisiko zu vermindern, sollten Organtransplantierte täglich liposomale Lichtschutzmittel mit einem Lichtschutzfaktor von mindestens 50 auf exponierten Hautarealen verwenden. Zwischen 55 und 97 % der Organtransplantierten weisen Hautinfektionen auf, die in Abhängigkeit der Genese therapiert werden.

Schlussfolgerungen: Plattenepithelkarzinome sind wegen der damit einhergehenden erhöhten Morbidität und Letalität posttransplantationem eine der wesentlichen onkologischen Herausforderungen in der Betreuung Organtransplantierter. Strukturierte interdisziplinäre Nachsorgekonzepte ermöglichen eine risikoadaptierte Betreuung dieser Pati-

entengruppen.

Komplikationen durch Tumorerkrankungen und Infektionen stellen in der interdisziplinären Betreuung organtransplantierter Patienten eine wesentliche Herausforderung dar (1, ~~e1–~~ e4). Die Haut repräsentiert mit etwa 2 m² Oberfläche das größte Grenzflächenorgan. Sie ist durch reguläre Immunüberwachung in der Lage, ausgedehnte Hautinfektionen sowie bestimmte Hauttumorerkrankungen langfristig zu kontrollieren. Interessanterweise haben die grundlegenden immunologischen Untersuchungen zu Abstoßungsreaktionen, die der britische Wissenschaftler und spätere Nobelpreisträger Peter Medawar an der Haut von Verbrennungspatienten durchführte, die moderne Organtransplantationsmedizin überhaupt erst ermöglicht. Unter anderem durch die Entwicklung immer suffizienterer Immunsuppressiva konnte die durchschnittliche Nierentransplantatüberlebenszeit zwischen den Jahren 1988 und 1996 von 7,9 auf 13,8 bei sogenannten Leichenspenden und von 16,9 auf 35,9 bei Lebendspenden in den USA annähernd verdoppelt werden (2). Als neue, dermatologische

Herausforderung dieses langfristigen Überlebens unter Inhibition der zellulären Immunüberwachung entwickeln sich erhöhte Inzidenzen von Hautinfektionen (55–97 %) (2) und Hauttumoren (3, e3).

Ziel dieser Übersichtsarbeit ist es, die Epidemiologie, Pathophysiologie, Klinik und Therapie der häufigsten Hauterkrankungen nach einer Transplantation darzustellen. Dazu wurden Daten nationaler Patientenregister in den USA und Australien untersucht und pathophysiologisch relevante Risikofaktoren analysiert (1, 2, 4, 5). Eine selektive Literatursuche wurde in der Datenbank PubMed mit verschiedenen Kombinationen von Schlagwörtern recherchiert („skin cancer“ AND „organ transplant“ sowie „infections“ AND „organ transplant“). Zusätzlich wurden die in 10 Jahren interdisziplinärer Transplantationsnachsorge an der Charité und dem Deutschen Herzzentrum Berlin erarbeiteten Algorithmen und Therapien zusammengefasst.

Epidemiologie und Inzidenz maligner Hauttumoren

In Ermangelung nationaler Tumordatenbanken ist die Inzidenz maligner Hauttumoren bei Organtransplantierten in Deutschland allenfalls auf Basis lokaler Zentrumsdaten abschätzbar. Eine Publikation aus der Transplantationsmedizin im Klinikum München Großhadern beschreibt bei 2.419 Patienten, die zwischen 1978 und 2005 ein Transplantat erhalten hatten, eine kumulative Inzidenz von 20,5 % für nichtmelanozytäre Hauttumore und damit eine Erhöhung des relativen Risikos um den Faktor 52,7 (95%-Konfidenzintervall [95%-KI]: 44,79–61,76) (5). Die Auswertung krankenkas-

senbasierter Daten von über 35.000 Nierentransplantierten in den USA zeigte nach 3 Jahren Immunsuppression eine kumulative Inzidenz für nichtmelanozytäre Hauttumoren von über 7 % (1). Verglichen mit der immunkompetenten Allgemeinbevölkerung errechnete sich daraus eine Steigerung des Hautkrebsrisikos um den Faktor 20 (1). In einer australischen Kohortenanalyse der tumorassoziierten Letalität bei Leber-, Lungen- und Herztransplantierten standen nichtmelanozytäre Hauttumoren (NMSC) mit einer Erhöhung der standardisierten Mortalitätsrate (SMR) auf 49,6 (95 %-KI: 31,5–74,5) an Platz eins (6). Charakteristischerweise zeigen gerade NMSC wie Basalzellkarzinome (BCC), invasive Plattenepithelkarzinome (PEC) sowie deren In-situ-Vorstufen, die aktinischen Keratosen (AK), bei Organtransplantierten höhere Inzidenzunahmen als bei anderen Tumor-entitäten (5). Hierbei ist es unklar, warum gerade epitheliale Hauttumoren derart von einer Immunsuppression zu profitieren scheinen. Interessanterweise ist zudem bei Organtransplantierten das Verhältnis der Inzidenzen PEC zu BCC mit etwa 4 : 1 umgekehrt unproportional zu der bei Immunkompetenten beobachteten Dominanz des Basalzellkarzinoms (7). Sowohl eine höhere Dosierung der Immunsuppression (Herztransplantierte > Nierentransplantierte > Lebertransplantierte) sowie deren protrahierte Einnahmedauer als auch eine hohe kumulative UV-Exposition (Lebensmittelpunkt in Südeuropa > Nordeuropa) begünstigen dabei eine weitere Verschiebung der Hautkrebsinzidenz zugunsten invasiver PEC (8).

Klinisches Korrelat und Warn-

signal eines signifikanten Risikoanstiegs für PEC sind dabei multiple, warzenartige Hautveränderungen. In einer europäischen Multicenterstudie fand sich ein hochsignifikanter Zusammenhang (Odds Ratio [OR]: 18,36; 95 %-KI: 3,03–111) zwischen dem Auftreten warzenartiger Keratosen und PEC im selben Hautareal (9).

Neben dem PEC finden sich auch zwei weitere, in diesem Fall klar virusassoziierte Tumorformen gehäuft unter einer transplantationsassoziierten Immunsuppression. Das mit dem Humanen Herpesvirus 8 (HHV-8) assoziierte, iatrogene Kaposi-Sarkom tritt mit einer Latenz von 2 bis 5 Jahren auf. Es zeichnet sich in regionalen Vergleichsgruppen mit einer um den Faktor 84 gesteigerten Inzidenz im Vergleich zum klassischen Kaposi-Sarkom aus (7, e1). Auch das mit dem onkogenen Merkelzell-Polyomavirus assoziierte Merkelzellkarzinom zeigt unter Immunsuppression eine Inzidenzsteigerung (9, e1, e2).

Obwohl unter Immunsuppression häufig eine Zunahme melanozytärer Nävi beobachtet wird, ist die Inzidenz maligner Melanome bei Organtransplantierten mit dem Faktor 3 bis 4 vergleichsweise gering erhöht (10). Primär kutane Lymphome, wie das B-Zell-Lymphom oder das T-Zell-Lymphom, sind wie Angiosarkome, Leiomyosarkome und atypische Fibroxanthome selten. Genauere Daten über deren Inzidenz liegen nicht vor (11).

Management von Hauttumoren nach Transplantation

Unter allen Hauttumoren nach Transplantation kommt den Plattenepithelkarzinomen eine besondere Relevanz zu (1, 6, 7). PEC zeigen unter Immunsuppression

nicht nur eine überproportional gesteigerte Inzidenz, sondern auch eine höhere Aggressivität. Diese ist gekennzeichnet durch schnelles Wachstums- und Metastasierungspotenzial sowie histologisch durch die Tendenz zu gefäßinfiltrativem Tumorwachstum und perineuraler Invasion (e1). Zudem treten PEC unter Immunsuppression oft multifokal in den sonnenexponierten Hautarealen auf (Abbildung) (e2). Bis auf seltene



Abbildung:
Multiple aktinische
Keratosen und
Plattenepithel-
karzinome bei
einem Organtrans-
plantanten

Einzelfälle sind sämtliche invasive Hauttumoren bei Organtransplantanten nur dermatochirurgisch zu sanieren. Bei besonders aggressiven Hauttumoren ist zudem eine Wächterlymphknoten-Biopsie indiziert (12).

Neben der rein chirurgisch-reaktiven Therapie invasiver PEC kommt besonders auch der Eradikation der präinvasiven PEC, sogenannter aktinischen Keratosen (AK), eine Schlüsselrolle zu. Deren Progressionsrate im Verhältnis zu invasiven PEC von etwa 10 % bei Immunkompetenten ist auf über 30 % bei Organtransplantanten erhöht (7). Typischerweise entwickeln sich AK meist an chronisch lichtexponierter Haut, wie der Stirn, an Ohren, Glatze und am Unterarm als sogenannte Flächenkarzinose. Neben den, eher für vereinzelte AK geeigneten, unspezifisch destruierenden Methoden wie der Kryochirurgie mit flüssigem Stickstoff, bieten sich für multipel auftretende AK moderne Flächentherapieverfahren an (13, e5) (Tabelle 1). Bis da-

to liegen nur wenige klinisch kontrollierte Studien zur Flächentherapie aktinischer Keratosen bei Organtransplantanten vor (e6–e16). Die mit Abstand umfangreichsten Untersuchungen zu Effizienz und Therapiesicherheit gibt es dabei für die Photodynamische Therapie (PDT) (e8–e16). So führte die PDT in einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) bei 13 von 17 Patienten zu einer kompletten und bei 3 weiteren zu einer partiellen Remission, wohingegen in der Placebogruppe während der 16-wöchigen Beobachtungszeit keine Besserung verzeichnet wurde (e12). In einer US-amerikanischen Studie an 12 Organtransplantanten mit vorhergehenden multiplen Plattenepithelkarzinomen konnte die Anzahl neu auftretender PEC im Vergleich zum Vorstudienzeitraum durch die zyklische Re-Applikation von PDT um 95 % innerhalb von zwei Jahren reduziert werden (e13).

Der eingeschränkte Zulassungsstatus vieler zur AK-Therapie prinzipiell geeigneter Alternativenpräparate bei Organtransplantanten sollte beachtet werden.

Bei Patienten mit ausgeprägten AK oder multiplen PEC werden systemische Retinoide eingesetzt. Bei Nierentransplantanten zeigte sich unter der Therapie mit

Acitretin 30 mg/d in nur 6 Monaten ein signifikanter Rückgang der De-novo-Inzidenz von Plattenepithelkarzinomen. Zwei von 19 Patienten (11 %) in der Verumgruppe und 9 von 19 im Kontrollarm (47 %) entwickelten ein Plattenepithelkarzinom ($p = 0,1$) (14). Eine nachhaltige Therapie von Hauttumoren bei Organtransplantanten besteht zumeist in der individuell angepassten Kombination verschiedener Therapieansätze (Tabelle 1). Die bei Immunkompetenten dominierenden Basalzellkarzinome (BCC) finden sich bei Transplantanten um den Faktor 10 erhöht und damit proportional deutlich weniger verbreitet als PEC (13). Anders als PEC zeigt das BCC in den meisten Fällen unter Immunsuppression kein aggressiveres Wachstumsverhalten und sollte operativ behandelt werden (15).

Risikofaktoren für Hautkrebs bei Organtransplantanten

Für das Auftreten aktinischer Keratosen und Plattenepithelkarzinome sowie von Basalzellkarzinomen unter Immunsuppression sind die folgenden Risikofaktoren von zentraler Relevanz:

UV-Strahlung, die sowohl vergangene als auch aktuelle, private wie berufliche Exposition einschließt („kumulative Sonnenex-

TABELLE 1 Management nichtmelanozytärer Hauttumoren bei Organtransplantatempfängern					
Aktinische Keratosen (AK)	Therapie	Plattenepithelkarzinom	Therapie	Basalzellkarzinom (BCC)	Therapie
mild (< 5 AK)	– Sonnenschutz – läsionsadaptierte Therapie einzelner Läsionen (Kryotherapie, Laser, Kurettage) – evtl. Kombination mit Flächentherapie	klinisch wenig aggressiv: – kleine Größe – langsames Wachstum – gut abgegrenzte Ränder – nicht ulzeriert	– Sonnenschutzmaßnahmen – Therapie der Flächenkarzinose (AK) – mikroskopisch kontrollierte Exzision – Modifikation der Immunsuppression	superfizielle BCC	– Sonnenschutz – Exzision (histologische Schnitttrandkontrolle) – ggf. PDT
mäßig (< 10 AK/100 cm ²)	siehe oben, zusätzlich: – Flächentherapie mit PDT – Diclofenac in Hyaluronsäure-Gel (bei kleinen Flächen) – evtl. Modifikation der Immunsuppression	klinisch aggressives Wachstum: – große Ausdehnung – schnelles Wachstum – schlecht abgegrenzte Ränder – Ulzeration	siehe oben, zusätzlich: – evtl. Wächterlymphknotenbiopsie – ggf. systemische Retinoide	noduläre und andere BCC	– siehe oben – evtl. Modifikation der Immunsuppression
schwer (> 10 AK/100 cm ²)	siehe oben, zusätzlich: – Modifikation der Immunsuppression – ggf. systemische Retinoide	histologisch aggressives Wachstum: – gering differenziert – Invasion von subkutanem Fettgewebe – perineurale Invasion	siehe oben, zusätzlich: – evtl. Wächterlymphknotenbiopsie – systemische Retinoide		

AK, aktinische Keratose; BCC, Basalzellkarzinom; PDT, photodynamische Therapie

position“), in Verbindung mit der individuellen Suszeptibilität (heller Hauttyp)

Immunsuppression, abhängig von der Art des Wirkstoffs, Dauer und Dosierung

Eine Modifikation dieser Risikofaktoren durch Sonnenschutzmaßnahmen und die individuelle Auswahl und Dosierung der Immunsuppression stellen zugleich die Basis der Primärprophylaxe von Hauttumoren sowie weiterer Hauterkrankungen Organtransplanter dar.

UV-Exposition

Das Auftreten von mehr als 90 % der Hauttumoren bei Organtransplantierten in UV-exponierten Hautarealen belegt die entscheidende Rolle der UV-Strahlung als Hauptkarzinogen auch unter Immunsuppression (16). Dabei spielen sowohl die direkt mutagene Wirkung der UV-Strahlung auf die DNS des Keratinozyten-Stammzelllagers als auch der indirekte, das Tumorstadium fördernde Effekt (durch die zusätzliche Abschwächung der kutanen und systemischen Immunüberwachung) eine Schlüsselrolle (17). Basierend auf australischen Daten zur protektiven Wirkung von Sonnenschutzmitteln gegen AK, PEC und maligne Melanome gehört die tägliche Anwendung von Lichtschutzmitteln für Immunsupprimierte zu den Standardempfehlungen (17–20, e17–e20). Diese Praxis wird auch durch die Daten einer Fallkontrollstudie an 120 Organtransplantierten der eigenen Ambulanz unterstützt. In dieser Studie wurde jeweils 20 Leber-, Nieren- und Herztransplantierten ein hoch protektives (LSF 50+), liposomales Lichtschutzmittel für 24 Monate zur Verfügung gestellt. Die nach Patientenalter, Transplantat

und Transplantationszeit gematchte Kontrollgruppe erhielt lediglich eine standardisierte Lichtschutzberatung und musste sich ansonsten mit handelsüblichen Sonnenschutzmitteln selbst versorgen. Bei durchschnittlich 5,6 dokumentierten Applikationstagen pro Woche in der Lichtschutzgruppe konnte sowohl eine partielle Remission aktinischer Keratosen (–120 Läsionen versus +82 in der Kontrollgruppe; $p < 0,01$), als auch ein prophylaktischer Effekt gegen invasive PEC [0 versus 8; $p < 0,01$] und BCC (2 versus 9; nicht signifikant) beobachtet werden (18). Da in den meisten Studien handelsübliche Sonnenschutzmittel signifikant unter die mit dem angegebenen Lichtschutzfaktor korrelierende Konzentration von 2 mg/cm² unterdosiert werden, sollten die zur Hautkrebsprophylaxe empfohlenen Lichtschutzpräparate über zuverlässige Dosieranleitungen wie Dosierdispenser mit korrespondierenden Anwendungsanleitungen verfügen. Unverständlicherweise übernehmen gesetzliche Krankenversicherungen trotz der erwiesenen Prophylaxewirkung für diese Hoch-Risiko-Population bisher nur in Einzelfällen die Erstattung von wirksamem, medizinischem UV-Schutz.

Immunsuppression

Einer der wesentlichen Beiträge der Transplantationsmedizin zur Prophylaxe langfristiger Komplikationen einer chronischen Immunsuppression, und damit auch der Hauttumorgenese, ist daher die fortwährende Anpassung der Immunsuppression an die individuell niedrigste mögliche Erhaltungsdosis. Im Follow-up einer Vergleichsstudie zwischen organtransplantierten Patienten mit einer höheren und einer niedriger

dosierten Ciclosporin-Gabe zeigte sich nach 66 Monaten in der Niedrigdosis-Gruppe eine niedrigere Tumorzinzidenz (19 % versus 32 %; $p < 0,034$) (19).

Einige als Immunsuppressiva eingesetzte Wirkstoffe sind in der Lage, Hauttumoren direkt zu induzieren. So sensibilisiert in Zellkulturen Azathioprin (Aza), durch seinen Metaboliten 6-Thioguanin, die Keratinozyten-DNS spezifisch für die langwelligere UVA-Strahlung und führt über Sauerstoffradikale direkt zur Induktion von T-Dimeren in den betroffenen Hautzellen (20). Aufgrund dieser, auch klinisch nachgewiesenen Assoziation mit dem Auftreten multipler PEC und auch Warzen, sollte Aza aus dermatologischer Sicht in modernen Immunsuppressiva-Protokollen durch Mycophenolsäurepräparate oder mTOR-Inhibitoren (mTORi) substituiert werden (21). Neben der de novo Immunsuppression sei hier auch explizit die Umstellung bei langzeittransplantierten Patienten von Aza auf ein moderneres, weniger onkogenes Immunsuppressivum empfohlen (22). Hingegen lässt sich durch Kombination von Ciclosporin-A (CyA) mit mTOR-Inhibitoren wie Sirolimus oder Everolimus die Anzahl von Hauttumoren im Vergleich zu einer CyA-Monotherapie signifikant reduzieren (22 % versus 39 %, mittlere Zeit bis zum Auftreten von PEC 15 versus 7 Monate; $p = 0,02$) (23). Durch ihren antiproliferativen Effekt bei Tumorzellen sowie die Hemmung der Tumorstromatisierung sind mTORi in diversen retrospektiven sowie prospektiven Studien mit signifikant geringeren Inzidenzen für AK ($p < 0,0001$) und PEC ($p = 0,0176$) verknüpft. Sie sind besonders durch die bis zu komplet-

ten Remissionen gehende Ansprechrate von Kaposi-Sarkomen (21) nach Therapieumstellung bekannt geworden (23–25). In Fällen sehr fortgeschrittener Metastasierung wird bei Nierentransplantanten auch ein Abbruch der Immunsuppression empfohlen. Das bedeutet in den meisten Fällen einen Transplantatverlust (26).

Hautinfektionen bei Organtransplantanten

Zwischen 55 und 97 % der organtransplantierten Patienten leiden an Hautinfektionen (27). Wie bereits bei den Hauttumoren diskutiert, begünstigt die Herabsetzung der T-zellulären Immunantwort unter Immunsuppression durch eine Erleichterung der Invasion und Dissemination besonders schwerere und atypische klinische Verlaufsformen von Hautinfektionen. Auch Infektionen mit selteneren Erregern müssen bei Immunsupprimierten häufiger in Betracht gezogen werden (28).

Bakterielle Infektionen nach Transplantation ähneln denen von immunkompetenten Patienten. Unter temporär höher dosierten Steroidgaben im Kontext von Abstoßungsbehandlungen oder der Frühphase nach einer Transplantation sind akneiforme Follikulitiden und Pusteln häufige Nebenwirkungen in den ersten Monaten einer Immunsuppressionseinleitung (29).

Neben den auch bei immunkompetenten Patienten häufig beobachteten Plantar- und Nagelmykosen stehen die an sich harmlose Pityriasis versicolor sowie mukokutane Kandidosen nach Organtransplantation im Vordergrund (29). Letztere zeigen ihre größte Inzidenz typischerweise im ersten Jahr nach einer Transplantation sowie nach einer Therapie von Abstoßungsreaktionen (28). Von

besonderer klinischer Relevanz sind systemische Mykosen immunsupprimierter Patienten, die sich bei primären Lungeninfektionen durch *Aspergillus*-Spezies oder *Candida albicans* sekundär auch dermatologisch darstellen können (29). Die differenzialdiagnostisch anspruchsvolle Bandbreite der Hauteffloreszenzen reicht dabei von makupapulösen Exanthemen, einzelnen ulzerierten Plaques bis zu schmerzhaften erythematösen Knoten, die disseminiert an Extremitäten und am Stamm auftreten. Die versierte dermatologische Abklärung solcher Hautsymptome ermöglicht in Kombination mit einer Cito-Histologie die frühzeitige und spezifische Diagnostik vieler Pilzpneumonien (29). Ein weiteres Charakteristikum immunsupprimierter Patienten ist das Auftreten seltener Mykosen, die durch *Mucor*- oder *Alternaria*-Spezies, Phäohyphomyzeten oder sogar disseminierte Kryptokokkose ausgelöst werden (28). Bei der systemischen Therapie von Dermatomykosen ist die potenzielle Interaktion mit der immunsuppressiven Medikation zu beachten (28).

Bei den viralen Infektionen mit Hautmanifestation sind die Gruppe der Herpesviren sowie der Humanen Papillomaviren (HPV) von besonderer Relevanz für Organtransplantierte. Bei Patienten ohne Zytomegalie (CMV)-Prophylaxe mit Vala-/Ganciclovir reaktivieren Herpes-Simplex- (HSV) sowie Varizella-Zoster-Viren (VZV) bei 0–30 % der Transplantierten innerhalb der ersten 6 Monate (29). Während sich besonders bei Langzeittransplantierten HSV- und VZV-Reaktivierungen klinisch nahezu analog zu den Befunden Immunkompetenter darstellen, kommt es bei Reaktivie-

rungen unter höheren Immunsuppressiva-Spiegeln (in den ersten Wochen nach Transplantation, Therapie von Abstoßungsreaktionen) vermehrt zu größeren, teilweise nekrotisierenden Läsionen (28, 29). Die besonders bei Primärinfektionen mit VZV oder HSV bestehende Gefahr einer systemischen Ausbreitung mit Pneumonien, Vaskulitiden, Hepatitis und Enzephalitis mit potenziell tödlichem Verlauf sollte durch konsequente virostatische Frühbehandlung verringert werden (29).

Die durch HPV induzierten Verrucae vulgares gehören mit Prävalenzen von 50 % nach einem Jahr und über 90 % nach 5 Jahren zu den häufigsten Hautinfektionen überhaupt nach einer Nierentransplantation (30). Die derzeit verfügbaren Therapieansätze gegen die oft multipel auftretenden, therapierefraktären und rezidivfreudigen Verrucae lassen sich in destruierende (Kryotherapie, Laser, Kürettage), extern medikamentöse (Salicyl-5-FU-Lack, Cidofovir, Imiquimod) und systemische Therapieansätze (Retinoide, Umstellung auf mTOR-Inhibitor) unterteilen (31). Im Praxisalltag empfiehlt sich oftmals die Kombination mehrerer Therapieoptionen. Die eingeschränkte Zulassung vieler Therapieverfahren ist zu beachten (31).

Patientenführung und Versorgungsstrukturen in Deutschland

Während die Primäraufgabe der unmittelbaren Transplantation und Verhinderung von Abstoßungsreaktionen durch die Transplantationsmedizin selbst bewältigt werden konnten, wird das weitergehende infektiologische und insbesondere onkologische Management dieser Patientengruppe zunehmend zu einer fach-

übergreifenden Herausforderung. Zur Reduzierung der Letalität, die mit Immunsuppressiva assoziiert ist, sollte besonders der interdisziplinären Diagnostik, Prophylaxe und der Therapie früher Post-Transplantatmalignome eine Schlüsselrolle zukommen. Basierend auf einem 2002 an der Charité und dem Deutschen Herzzentrum Berlin initiierten dermatologischen Nachsorgekonzept (Grafik) konnten inzwischen an weiteren deutschen Transplantationszentren analoge Spezialambulanzen aufgebaut werden (32). Idealerweise erfolgt dabei bereits im Kontext der dermatologischen Erstuntersuchung vor Transplantationslistung die Erstellung eines individuellen Risikoprofils mit korrespondierendem Nachsorgeschema. Weiterhin sollten die Patienten über Sonnenschutzmaßnahmen und über einfache Selbstuntersuchungstechniken aufgeklärt werden. Die Sanierung florieller Hautinfektionen sowie präinvasiver Hauttumoren sollte bereits zu diesem Zeitpunkt eingeleitet und bis zur Transplantation regelmäßig kontrolliert werden. Unter Berücksichtigung des jeweiligen Rezidiv- und Metastasierungsrisikos wurde für Patienten, die bereits vor Transplantation eine positive Hauttumoranamnese aufweisen, eine Orientierungshilfe für die kritische Evaluation der Transplantationsindikation erarbeitet (Tabelle 2) (33).

Die Arbeit dermatologischer Spezialsprechstunden für Organtransplantierte wird in Deutschland vom Komitee zur Versorgung Immunsupprimierter in der Arbeitsgemeinschaft Dermatologische Onkologie (ADO) koordiniert. Eine analog spezialisierte Versorgung wird in dermatonkologischen Schwerpunktpra-

xen angeboten. Zur Dokumenta-tion der interdisziplinären Nachsorge wird für Organtransplantierte 2014 ein interdisziplinärer Nachsorgepass eingeführt

Widmung:

Die Autoren widmen diesen Beitrag Herrn Prof. Dr. med. Wolfram Sterry zu seiner Emeritierung.

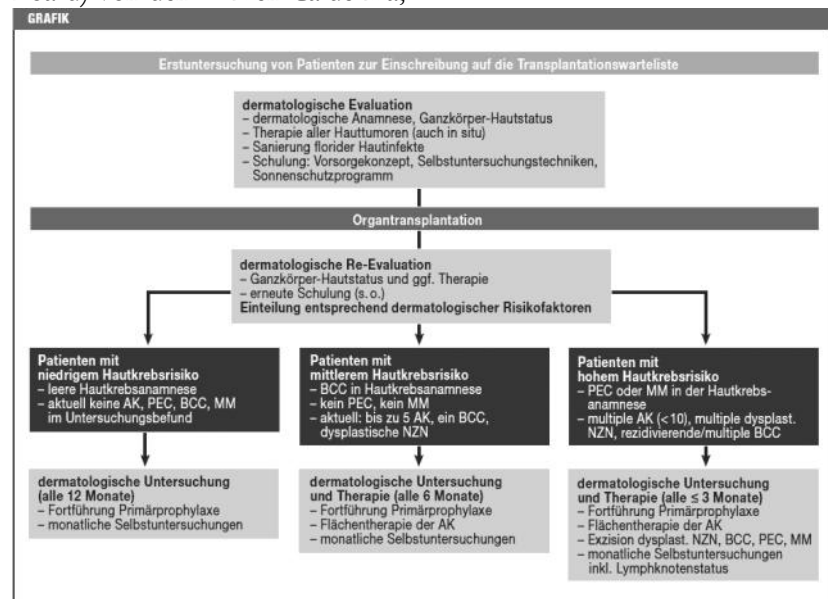
Interessenkonflikt:

Dr. Ulrich bekam Honorare für Beratertätigkeiten (Advisory Board) von den Firmen Calderma,

Novartis, Pfizer und Meda. Für ihn wurden Kongressgebühren und Reisekosten erstattet von der Firma Pfizer. Studienunterstützung (Drittmittel) wurde ihm zu-teil von den Firmen Calderma und Wyeth.

Prof. Stockfleth wurde hono-riert für Beratertätigkeiten (Advisory Board) von den Firmen Meda, Spigir und Almirall.

Prof. Arnold, Prof. Frei, Prof. Hetzer und Prof. Neuhaus erklä-ren, dass kein Interessenkonflikt besteht.



Dermatologisches Evaluations- und Nachsorgekonzept für Organtransplantierte
AK, aktinische Keratose; BCC, Basalzellkarzinom; MM, malignes Melanom; NZN, Naevuszell Naevus; PEC, Plattenepithelkarzinom

TABELLE 2

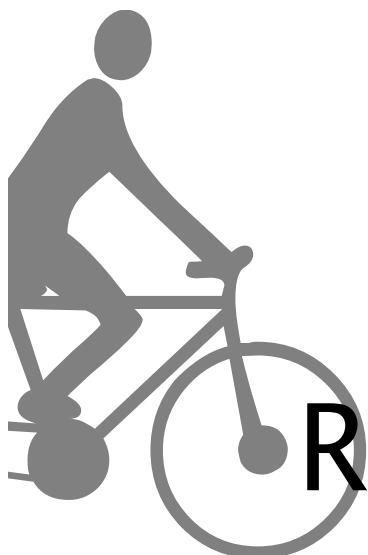
Dermato-onkologische Kriterien für die Evaluation der Transplantation

Hauttumor	Transplantation unbedenklich	Dermatologische Evaluation empfohlen	Ausschlusskriterium für Transplantation	Intervall bis zur dermatologischen Re-Evaluation nach Hautkrebsdiagnose (falls Transplantation primär nicht durchführbar)
Basalzellkarzinom				
primär	X			5 Jahre
metastasierend, in Remission			X	entfällt
metastasierend, nicht in Remission			X	
Plattenepithelkarzinom				
primär, niedriges Risiko	X			
primär, hohes Risiko ¹		X		3 Jahre
metastasierend, in Remission			X	3-5 Jahre
metastasierend, nicht in Remission			X	entfällt
Melanom				
Stadium 0 ² (in situ)	X			
Stadium I ²		X		2-3 Jahre
Stadium II ²			X	3-5 Jahre
Stadium III ²			X	entfällt
Stadium IV ²			X	entfällt
Merkelzellkarzinom				
primär		X		2-3 Jahre
metastasierend, in Remission			X	3-5 Jahre
metastasierend, nicht in Remission			X	entfällt
Kaposi-Sarkom				
Dermatofibrosarcoma protuberans	X			3 Jahre
seltene maligne Hauttumoren ³		X		3 Jahre

¹Kriterien für ein erhöhtes Metastasierungsrisiko des Plattenepithelkarzinoms (nach [e22]): Rezidiv, tiefe Invasion (> 4-6 mm), großer Durchmesser (> 2 mm), perineurales Wachstum, geringer Differenzierungsgrad (Broders 3 oder 4), schnelles Wachstum, Lokalisation im Bereich der Schläfe, Kopfhaut, Ohr oder Lippe, Entstehung im Narbengewebe

²American Joint Committee on Cancer (AJCC) 2002

³Z. B. atypisches Fibrosarkom, malignes Hydradenom, malignes Hidradenom, extramammaräres M. Paget (33)



RAUF AUFS RAD

Im nächsten Jahr wollen wir gerne mit Ihnen Rad fahren.

Hamburg auf andere Art erfahren, durch die schönen Landschaften und Orte der Umgebung radeln, auf neuen Wegen unterwegs sein, dabei Menschen kennenlernen oder bekannte wiedersehen, in Bewegung kommen oder bleiben, die Krankheit für einige Stunden hinter sich lassen, sich etwas Schönes gönnen, ohne Leistungsgedanken unterwegs sein.

Kommen Sie mit?

Das gemeinsame Radfahren findet unter folgenden Bedingungen/Voraussetzungen statt:

- Angesprochen sind in erster Linie Mitglieder der Nieren Selbsthilfe. Für sie ist das Mitfahren kostenfrei.
- Gäste können teilnehmen, wenn noch Plätze frei bleiben. Wir würden uns über eine Spende ab 5 Euro sehr freuen.
- Ich plane die Route vom Start bis zum Ziel und führe Sie durch die Strecke. Eine weitergehende Verantwortung für das Gelingen der Radfahrt übernehme ich nicht. Haftung durch den Verein oder durch mich bei Unfällen oder anderen Schäden ist ausgeschlossen. **Die Teilnahme erfolgt**

ausdrücklich auf eigene Gefahr.

- Änderungen im Streckenverlauf behalte ich mir vor.
- Die TeilnehmerInnen verpflichten sich zur Beachtung der Straßenverkehrsordnung, sie sind für die Verkehrssicherheit ihres Fahrrades selbst verantwortlich.
- Auf Straßen mit Autoverkehr aber ohne Radweg ist immer hintereinander zu fahren.
- Keine Mindestteilnehmerzahl, maximal 20 - 25 Personen.
- Die Anreise zum Start und die Abreise vom Ziel erfolgt auf eigene Verantwortung und Kosten. Fehlen angemeldete Personen, warten wir max. 15

Minuten.

- Wir fahren gemächlich und nehmen Rücksicht auf die persönliche Leistungsfähigkeit. Diese möge jeder selbst für sich einschätzen. Schieben ist kein Makel. Bitte nicht voraus-eilen, es erschwert mir den Überblick.
- Wir halten auf Wunsch jederzeit an z. B. wenn die „Luft“ nicht reicht oder das Wasser drängt, zum Fotografieren, an einer schönen Aussicht. Das Fahren sollte aber im Vordergrund stehen.
- Nicht jede Route ist für jedermann geeignet. Ich bemühe mich, sie hinsichtlich Länge und Schwierigkeitsgrad so zu gestalten, dass die unterschied-

lichen Gruppen von Mitgliedern (DialysepatientInnen, Transplantierte, völlig Gesunde) einmal im Laufe eines Jahres die Möglichkeit zur Teilnahme haben. Bitte schätzen Sie realistisch ein, was Sie sich zutrauen können.

- › Ob wir einkehren, wird im Einzelfall entschieden, es müssen alle einverstanden sein. Erfahrungsgemäß ist es bei mehr als 8 Personen schwierig, spontan ausreichend Tische bzw. Plätze zu bekommen. Auf jeden Fall machen wir mindestens eine Picknick-Pause. Bitte nehmen Sie sich ausreichend zu Essen und Trinken mit.
- › Bei Regen oder anderen widrigen Verhältnissen fällt die Fahrradtour ersatzlos aus. Hierüber informiere ich Sie, ggf. auch kurzfristig morgens am Veranstaltungstag, per E-

Mail oder SMS.

Und so kommen wir zusammen:

- › Bitte teilen Sie mir möglichst gleich per E-Mail oder ersatzweise per SMS mit, ob Sie grundsätzlich interessiert sind, damit ich das Potenzial abschätzen kann.
Mail: herr.ta@t-online.de
SMS: 01575-3371234
- › Sie können sich natürlich auch schon jetzt für eine oder mehrere Touren verbindlich anmelden.
- › Eine Woche vor dem Starttermin ist Anmeldeschluss. Ich werde rechtzeitig vorher erinnern, sofern mir E-Mail bzw. SMS bekannt sind.
- › Bei mehr als 20 - 25 Anmeldungen werde ich mit folgender Priorität auswählen (jeweils in der Reihenfolge der Anmeldungen):

- › Mitglieder
- › Nichtmitglieder, aber nahe Angehörige wie PartnerIn und Kinder
- › Gäste.
- › Anmeldungen, die nicht berücksichtigt werden konnten, werden beim nächsten Mal bevorzugt, sofern eine erneute Anmeldung bei mir eingegangen ist.
- › Bitte lesen Sie auf der nächsten Seite die Beschreibung der vier Fahrten 2016. Die Preise für öfftl. Verkehrsmittel ab/bis HH-Hauptbahnhof sind unverbindlich). Die Endzeiten sind grob geschätzt.
- › Wenn Sie Fragen oder Anregungen haben, schicken Sie mir eine Mail. Im Einzelfall können Sie mich auch anrufen unter 04105-7058. Ich freue mich auf Ihre Rückmeldung.

Ihr Jens Tamcke

Zum Fahrradprogramm bitte umblättern



Radtouren 2016



Tour 1: Sonnabend, 23. April - Vier- und Marschlande

- **Treffpunkt:** Zwischen den beiden Deichtorhallen ● **Start:** 11.00 Uhr
- **Route:** Auf dem relativ neuen Radweg Richtung Osten an den Großmarkthallen vorbei, durch den Entenwerder Park, Wasserkunst Kaltehofe, Tatenberger Schleuse, Marschenbahndamm über Ochsenwerder und Fünfhausen, Rast am ehemaligen Gleisdreieck, Bahndamm nach Bergedorf - rd. 35 km, keine Steigungen, gute Wege
- **Ziel:** S-Bahnhof Bergedorf ● **Ende:** ca. zwischen 15.00 und 16.00 Uhr
- **Fahrtkosten:** Einzelfahrt zurück 3,10 Euro



Tour 2: Sonnabend, 11. Juni - Harburg im Grünen

- **Treffpunkt:** S-Bahn Harburg (Bahnhof), Busbahnhof Hannoversche Straße
- **Start:** 14.00 Uhr
- **Route:** Am Außenmühlenteich und dem Mühlenbach entlang nach Sinstorf, weiter über Wittenberg nach Tötensen, in Sottorf Rast, von dort über Vahrendorf durch die „Vororte“ von Harburg, durchs Göhlbachtal - rd. 25 km, Steigungen insgesamt 150 Höhenmeter, meist gute Wege
- **Ziel:** S-Bahn Harburg-Rathaus ● **Ende:** ca. zwischen 17.00 und 18.00 Uhr
- **Fahrtkosten:** Einzelfahrt hin und zurück je 3,10 Euro, Tageskarte Großbereich 6,-- Euro



Tour 3: Sonnabend, 20. August - Nach Lüneburg

- **Treffpunkt 1:** S-Bahn Harburg (Bahnhof), Hinterausgang Neuländer Platz
- **Start:** 11.00 Uhr
- **Treffpunkt 2:** Bahnhof Stelle, Hinterausgang ● **Start:** 12.00 Uhr
- **Route:** Östlich entlang der Bahn am Rangierbahnhof Maschen vorbei, Bahnhof Stelle, Achterdeich, Winsen (Schloss und Innenstadt), durch die Winsener Elbmarsch (u. a. Tönninghausen, Fahrenholz, Oldershausen) nach St. Dionys, weiter durch das Lüneburger Holz zum Kloster Lüne (hier evtl. Einkehr) - rd. 55 km (ab Stelle 43 km), Steigungen insgesamt 110 Höhenmeter, meist gute Wege
- **Ziel:** Bahnhof Lüneburg ● **Ende:** ca. zwischen 17.00 und 18.00 Uhr
- **Fahrtkosten:** Einzelfahrt hin 3,10 Euro, zurück 8,40 Euro plus HVV-Fahrradkarte für den Metronom 3,50 Euro, Tageskarte Gesamtgebiet 15,90 Euro plus Fahrradkarte (ggf. Gruppen-Tageskarte 5,10 Euro pro Person bei 5 Personen)



Tour 4: Sonnabend, 8. Oktober - Kreuz und quer durch Wilhelmsburg

- **Treffpunkt:** Zwischen den beiden Deichtorhallen ● **Start:** 11.00 Uhr
- **Route:** Auf dem relativ neuen Radweg Richtung Osten, Veddel-Ballinstadt, Wilhelmsburger Dove-Elbe, Windmühle Johanna, Bunthäuser Spitze, Alte Elbbrücke, Harburger Schlossinsel, über IGS-Gelände zum Alten Elbtunnel - rd. 40 km, Steigungen insgesamt 80 Höhenmeter, gute Wege
- **Ziel:** S-Bahn/U-Bahn Landungsbrücken ● **Ende:** ca. zwischen 17.00 und 18.00 Uhr
- **Fahrtkosten:** Einzelfahrt zurück 1,50 Euro

Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V.

Allgemeine Angaben

Name Patientin/Patient Vorname

Name Partnerin/Partner Vorname

Erziehungsberechtigte(r) (bei Kindern)

Straße

Postleitzahl/Ort

Mitglied geboren am

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Ich bin ☐ Patientin/Patient ☐ Partnerin/Partner
☐ Angehöriger ☐ Fördermitglied

Freiwillige Angaben

Meine 1. Dialyse fand statt am

Ich mache ☐ Praxisdialyse ☐ Heimdialyse
☐ LC-Dialyse ☐ CAPD
☐ Klinische Dialyse ☐ keine Dialyse

Ich bin ☐ transplantiert

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:

- ☐ 30,- Euro Mitglieder
☐ 40,- Euro Familien
☐ 50,- Euro Fördermitglieder
☐ Euro zusätzliche Spende pro Jahr
☐ Euro einmalige Spende

Bank/Sparkasse

IBAN

BIC

Kontoinhaber(in) falls abweichend vom Mitglied

Datum, Unterschrift für die Einzugsermächtigung

Nieren Selbsthilfe Hamburg
Maria Bandrowski
Klabautermannweg 107
22457 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: PBNKDEFF200
POSTBANK HAMBURG**

Ab 100,- SPENDENBESCHEINIGUNG AUF ANFORDERUNG