



info

Nr. 177

Mitglieder-Magazin der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V. März 2018



Foto: Chr. Marsig

Frisches Grün und Frühlingsboten zieren diesmal unser Heft - unser Frühlingsbote für Sie.
Interessante Informationen und andere „Botschaften“ senden wir Ihnen mit herzlichen Grüßen.
Vorstand und Redaktion wünschen allen Leserinnen und Lesern Frohe Ostern.

INHALT

INFO
177



- 03/E** Editorial
- 04/Q** Qualitätsverordnung für Krankenhäuser
- 09/F** fünf Maßnahmen gegen Frühjahrsmüdigkeit
- 10/F** Peritonealdialyse auf Mallorca
- 12/M** Medizininfos aus Berlin in aller Kürze
- 16/V** Verstorbene Mitglieder 2017
- 17/B** Behandlung von Hepatitis C
- 18/T** Termine
- 20/E** Erlebnisse im Schlaflabor
- 22/N** Neue Mitglieder 2017
- 23/E** Erstaunliche Fähigkeiten unseres Gehirns
- 24/B** Buchbesprechung zur Haut
- 26/V** Von den Welt-Winterspielen für Transplantierte
- 28/B** Bessere Organspendezahlen in Hamburg?
- 31/J** Jahresfeier der Nieren Selbsthilfe
- 32/G** Glosse
- 33/I** Impressum
- 34/R** Radtouren-Programm
- 35/B** 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:	Jens Tamcke	☎ 04105/7058 und 01575/3371234 E-Mail: herr.ta@t-online.de
Besondere Aufgaben:	Joan Meins	☎ 040/642 80 25 E-Mail: jomume@freenet.de

Liebe Leserin Lieber Leser

„Sport ist Mord“, diese Aussage wird Sir Winston Churchill zugeschrieben. Optisch machte er ja auch nicht gerade den Eindruck eines Sportlers; dennoch wurde er trotz seines stressigen Berufes als Politiker immerhin über 90 Jahre alt.

In diesem Heft berichte ich über die Welt Winterspiele für Transplantierte in der Schweiz, über meine Affinität zum Wintersport und darüber, dass ich das seit 29 Jahren zuverlässige Arbeiten meiner Spenderniere auch auf meine sportlichen Aktivitäten zurückführe.

Nach wie vor betrachte ich den Sport für uns chronisch Kranke immer noch als eine sehr wichtige und hilfreiche Maßnahme zu einem lebenswerten Leben. Es muss nicht immer gleich Leistungssport sein. Viel Bewegung, auch an frischer Luft, statt des Fahrstuhls einmal die Treppe benutzen, zügiges Gehen oder aufs Fahrrad steigen hilft unseren Organen, gesund zu bleiben. Dazu gibt es bei uns auch in diesem Jahr wieder vier Radtouren, von Jens Tamcke sorgfältig geplant und detailliert ausgearbeitet. Wie ich lese, sind kaum nennenswerte Steigungen darin enthalten. Also für ein gutes, normales Fahrrad geeignet. Es kann, aber muss nicht gleich ein elektrisch unterstützender Antrieb sein. Nähere Einzelheiten sind im Heft auf Seite 34 zu finden.

Des Weiteren werden wir einen

Tagesausflug unternehmen. So wie die Planungen laufen, wollen wir die Lage Hamburgs am Wasser und den Fährverkehr nutzen und auch ein klein wenig wandern.

Zum dritten Mal berichtet Anja Sachs vom Verein „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“, Berlin, über die Ergebnisse in der Nierenforschung, so wie sie in USA vorgebracht wurden. Es sind neue, interessante Ergebnisse, die hoffentlich dazu beitragen, das Dialysieren zu verbessern oder das Transplantat länger zu behalten. Es gibt weitere neue Methoden, die bisher aber leider noch nicht in die Krankenhäuser Einzug halten konnten. Vielleicht kann in 10 Jahren eine Langzeitabstoßung besser vermieden werden. Wir werden weiter Foren verfolgen und darüber berichten.

Ein kleiner Ansatz zur Verbesserung der Organspende-Zahlen kommt von unserer Gesundheitsministerin Frau Prüfer-Storks durch die Einführung bzw. zwingende Einführung eines Transplantationsbeauftragten in Krankenhäusern mit Intensivstation. Das ist Deutschland weit wieder nur ein kleiner Schritt. Wir sollten uns ein Beispiel an Frankreich und Holland nehmen, die es geschafft haben, die Widerspruchslösung (die in Spanien und Österreich so bereits existieren) einzuführen. Nach unserer Ansicht der einzige Weg, der es den Ärzten erleichtert, zum ungünstigsten Zeitpunkt

die dann ganz unpassende Frage zur Freigabe für die Organspende auszusprechen. Mit der Widerspruchslösung wäre die Freigabe der Normalfall und die Zustimmung die Bestätigung. Bei der jetzt vorgeschriebenen Lösung, der erweiterten Zustimmungslösung, ist eine Freigabe immer mit einer Abwägung verbunden: was hätte der potentielle Spender gewollt? Sofern kein Organspendeausweis gefunden wird.

Wir hoffen, dass sich für die vielen Wartenden die Situation nun wieder verbessert.

Ich wünsche allen Leserinnen und Lesern ein frohes, sonniges Osterfest.



Im Namen von Vorstand
und Redaktion
Ihr/Euer

Stellv. Vorsitzender
Nieren Selbsthilfe Hamburg

QUALITÄTSVERORDNUNG

Die Qualitätsverordnung Hamburg legt Standards für ärztliche und pflegerische Versorgung bei komplexen Krankenhausbehandlungen fest. Wir drucken deshalb nachfolgend die hierzu von der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz am 20. Februar veröffentlichte Pressemeldung ab.

Hamburg legt Standards für mehr Patientensicherheit und gute ärztliche und pflegerische Versorgung bei komplizierten Operationen fest. Der Senat hat am 20. Februar 2018 eine Rechtsverordnung beschlossen, wonach ab 1. Juli 2018 nur noch die Krankenhäuser eine Herz-, Thorax- oder Gefäßchirurgie betreiben dürfen, die rund um die Uhr ausreichend Personal mit definierter hoher Qualifikation und Berufserfahrung und bestimmte medizinische Geräte vorhalten. Außerdem müssen jederzeit bis zu acht weitere Fachdisziplinen zur Behandlung hinzugezogen werden können. Für die Neurochirurgie gelten entsprechende Vorgaben bereits seit 1. Januar 2018. „Patientinnen und Patienten sollen sich in Hamburg jederzeit darauf verlassen können, dass bei ihrer Behandlung die hohen Anforderungen an Kompetenz und Sicherheit eingehalten werden, die medizinische Fachgesellschaften empfehlen. Deshalb machen wir diese Empfehlungen jetzt zum verbindlichen Standard“, so Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. „Immer mehr Patientinnen und Patienten aus dem Umland lassen sich in Hamburger Krankenhäusern behandeln, weil sie für hohe Qualität längere Wege in Kauf nehmen. Für die Herz-, Kinderherzchirurgie, Thorax- und Gefäßchirurgie

wird diese Qualität nun gesichert.“

Für den Erfolg einer Behandlung ist nicht nur die gelungene Operation, sondern gleichermaßen die ärztliche Versorgung und pflegerische Pflege danach wichtig. Deshalb wird den Hamburger Krankenhäusern in einem Stufenplan beginnend mit der Herzchirurgie in der Pflege eine Mindest-Personalbesetzung der Intensivstationen vorgegeben. In der Herzchirurgie soll so ein Verhältnis von einer Pflegekraft auf maximal zwei Patienten erreicht werden. Durch das gestufte Vorgehen können die Kliniken das erforderliche Personal aufbauen. Senatorin Prüfer-Storcks: „Pflegekräfte haben den direkten und häufigsten Patientenkontakt. Deshalb hat eine Investition in die Pflege am Bett unmittelbare Auswirkungen auf die Patientensicherheit.“

Wegen der hohen Anziehungskraft der Hamburger Krankenhäuser und damit gestiegenen Auslastung der Fachabteilungen ist eine vorzeitige Aufstockung der Kapazitäten notwendig. Mit 361 zusätzlichen Betten und 40 teilstationären Behandlungsplätzen wird schon jetzt dem ursprünglich erst für 2020 prognostizierten Bedarf Rechnung getragen. Hamburg entwickelt sich damit gegen den Trend in anderen Bundesländern, die Kapazitäten abbauen. Bereits 2016 ist die Zahl der in den Hamburger Plankrankenhäusern ver-

sorgten Fälle auf 508.515 gestiegen, in 2015 waren es noch 501.374 Fälle. Die durchschnittliche Verweildauer von Patientinnen und Patienten in den Krankenhäusern blieb dabei konstant bei 7,5 Tagen. Aufgrund dieser Entwicklung wurden mit der Zwischenfortschreibung des Krankenhausplans die vollstationären Kapazitäten in den Hamburger Plankrankenhäusern von 12.132 Betten auf eine Bettenzahl von 12.493 sowie die teilstationären Kapazitäten von 1.229 auf 1.269 Behandlungsplätze erhöht.

Zusätzlich wurden in 21 Versorgungsbereichen Zentren für besondere Aufgaben an 32 Standorten im Krankenhausplan ausgewiesen. Damit sollen die überregionale Bedeutung dieser „Leuchttürme“ und die besondere Expertise der Krankenhäuser herausgestellt und die Spezialisierung der Hamburger Hochleistungsmedizin gefördert werden.

Durch die Ausweisung im Krankenhausplan können die Krankenhäuser mit den Krankenkassen über Zuschläge verhandeln, mit denen zum Beispiel spezielle Leistungen zusätzlich vergütet werden. Beispielhaft zu nennen sind Transplantationszentren, Herzzentren, Traumazentren oder altersmedizinische Zentren. Hamburg weist als erstes Land Zentren im Krankenhausplan aus.

Eine weitere Neuerung: Ab

2018 werden im Hamburger Krankenhausplan innerhalb der Fachgebiete „Innere Medizin“ und „Chirurgie und Orthopädie“ auch die entsprechenden Teilgebiete im Krankenhausplan ausge-

wiesen. Diese Ausweisung, wie zum Beispiel der Gastroenterologie, der Rheumatologie, der Kardiologie soll zu einer verbesserten Orientierung der Patientinnen und Patienten und der einweisenden

Ärzte über die Versorgungsangebote der Hamburger Plankrankenhäuser beitragen. Damit kann auch eine entsprechende Qualität und Spezialisierung besser gefördert werden

Soweit die Pressemeldung. Es folgt der Verordnungstext:

Verordnung

über ergänzende Qualitätsanforderungen nach § 6b Absatz 3 des Hamburgischen Krankenhausgesetzes (HmbQualiVO)

Vom...

Auf Grund von § 6b Absatz 3 des Hamburgischen Krankenhausgesetzes vom 17. April 1991 (HmbGVBl. S. 127), zuletzt geändert am 21. Februar 2017 (HmbGVBl. S. 46), wird verordnet:

§ 1

Ziel und Grundsätze

- 1) Diese Verordnung legt für Krankenhäuser, die im Rahmen der Krankenhausplanung einen Versorgungsauftrag erhalten haben, ergänzende Qualitätsanforderungen für Teilgebiete fest. Sie sind zugleich Voraussetzung für die Erteilung eines Versorgungsauftrages in dem Teilgebiet.
- 2) Durch die ergänzenden Qualitätsanforderungen nach Absatz 1 soll eine qualitativ hochwertige stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten gewährleistet werden.
- 3) Die ergänzenden Qualitätsanforderungen sind von dem Krankenhaus einzuhalten, das einen Versorgungsauftrag für das jeweilige Teilgebiet erhalten hat. Bei nicht eingehaltenen ergänzenden Qualitätsanforderungen wird auf § 8 Absätze 1a und 1b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in der Fassung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 887), zuletzt geändert am 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581, 2612), in der jeweils geltenden Fassung hingewiesen.

§ 2

Qualitätsanforderungen

Ergänzende Qualitätsanforderungen für die Teilgebiete Gefäßchirurgie, Herzchirurgie und Thoraxchirurgie sind in der Anlage festgelegt.

§ 3

Nachweisverfahren und Mitteilungspflicht

- 1) Das Krankenhaus hat schriftlich gemäß einem Vordruck gegenüber der zuständigen Behörde zu bestätigen, dass es die in der Anlage für das jeweilige Teilgebiet benannten ergänzenden Qualitätsanforderungen einhält.

- 2) Hält ein Krankenhaus die ergänzenden Qualitätsanforderungen für das jeweilige Fachgebiet über einen Zeitraum von mehr als drei Kalendertagen nicht ein, ist es verpflichtet, dies unverzüglich der zuständigen Behörde mitzuteilen.

§ 4 Inkrafttreten

Diese Verordnung tritt am 1. Juli 2018 in Kraft.

§ 2 der Verordnung wird mit einer detaillierten Aufstellung der Qualitätsanforderungen jeweils für die verschiedenen, im Verordnungstext genannten Teilgebiete ausgefüllt. Wir haben darauf verzichtet, diese Anforderungen für alle drei Teilgebiete abzu- drucken, da sie in vielen Passagen text- bzw. inhaltsgleich sind. Es wird dort z. B. die „Gefäßchirurgie“ lediglich ersetzt durch „Herzchirurgie“. Insofern haben wir uns auf die Quali- tätsanforderungen für das Teilgebiet Gefäßchirurgie beschränkt, die Sie nachfolgend lesen können.

Danach folgt eine Übersicht über die in der Pressemeldung ge- nannten 21 Versorgungszentren an den Hamburger Krankenhäusern.

Anlage zu § 2

Abschnitt I	Qualitätsanforderungen für das Teilgebiet Gefäßchirurgie
1	Personelle Anforderungen
1.1	Facharztweiterbildung der Leitung und Stellvertretung
1.1.1	Die Leitung der Gefäßchirurgie muss die Facharztweiterbildung Gefäßchirurgie abgeschlossen haben.
1.1.2	Die Stellvertretung der Leitung der Gefäßchirurgie muss die Facharztweiterbildung Gefäßchirurgie abgeschlossen haben.
1.2	Besondere Erfahrungen der Leitung und Stellvertretung
1.2.1	Die Leitung der Gefäßchirurgie muss nach Abschluss der Weiterbildung eine mindestens fünfjährige gantztägige Tätigkeit oder eine vom Umfang her ent- sprechende Teilzeittätigkeit oder eine Kombination aus gantztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit ausgeübt haben; in begründeten Fällen können Erfah- rungen aus anderen Gebieten angerechnet werden oder die fehlende Erfah- rung kann durch eine besondere Expertise nachgewiesen werden.
1.2.2	Die Stellvertretung der Leitung der Gefäßchirurgie muss nach Abschluss der Weiterbildung eine mindestens zweieinhalbjährige gantztägige Tätigkeit oder eine vom Umfang her entsprechende Teilzeittätigkeit oder eine Kombination aus gantztägiger Tätigkeit und Teilzeittätigkeit ausgeübt haben; in begründe- ten Fällen können Erfahrungen aus anderen Gebieten angerechnet werden oder die fehlende Erfahrung kann durch eine besondere Expertise nachge- wiesen werden.

1.3	Gewährleistung des Facharztstandards/Multiprofessionelle Teams
1.3.1	Die gefäßchirurgische Versorgung muss jederzeit (24 Stunden am Tag, 7 Tage in der Woche) ¹⁾ im Facharztstandard gewährleistet sein.
1.3.2	Die radiologische Versorgung muss jederzeit ¹⁾ im Facharztstandard gewährleistet sein, entweder im eigenen Krankenhaus oder durch strukturierte Kooperationen.
1.3.3	Die anästhesiologische Versorgung muss jederzeit ¹⁾ gewährleistet sein, entweder im Facharztstandard eigenen Krankenhaus oder durch strukturierte Kooperationen.
1.3.4	Es müssen organisatorische Maßnahmen getroffen worden sein, um erforderlichenfalls folgende Disziplinen hinzuziehen zu können: Angiologie, Kardiologie, Neurologie, Nephrologie, Phlebologie Diabetologie, Physiotherapie, Diätassistenz/Ernährungsberatung
1.4	Anforderungen an das Pflegepersonal der dazugehörigen Intensivstation
1.4.1	Es muss jederzeit Pflegepersonal mit einer Fachweiterbildung Intensivpflege eingesetzt werden.
1.4.2	Es muss jederzeit Pflegepersonal mit mindestens fünf Jahren Berufserfahrung eingesetzt werden.
1.4.3	Die Stationsleitung muss zusätzlich über eine nachgewiesene Kompetenz zur Leitung der Station verfügen.
2	Anforderungen an Organisation und Infrastruktur
2.1	Ein MRT-Gerät (Magnetresonanztomographie) muss jederzeit verfügbar sein.
2.2	Ein CT-Gerät (Computertomographie) muss jederzeit verfügbar sein.
2.3	Ein Gerät zur digitalen Subtraktionsangiographie (Angiographie DSA) muss verfügbar sein.
2.4	Die für eine funktionelle Gefäßdiagnostik erforderlichen Geräte (zum Beispiel ein Kapillarmikroskop) müssen verfügbar sein.
2.5	Ein Labor muss verfügbar sein.
2.6	Ein Labor zur Sicherstellung der Transfusionsmedizin muss verfügbar sein.
2.7	Eine Intensivstation mit den strukturellen Voraussetzungen für die Versorgung akuter gefäßchirurgischer Krankheitsbilder muss im Krankenhaus vorhanden sein.

	Versorgungsbereich/Zentrum	Krankenhaus
1	Adipositaszentrum	Schön Klinik Hamburg Eilbek
2	Brustzentrum	Krankenhaus Jerusalem
3	Endoprothetik-Zentrum	Helios Endoklinik Hamburg
4	Epilepsiezentrum	Ev. Krankenhaus Alsterdorf
5	Hernienzentrum	Wilhelmsburger Krankenhaus Groß Sand
6	Herzzentrum	Universitäres Herzzentrum am UKE/UHZ
6	Herzzentrum	Albertinen-Krankenhaus
6	Herzzentrum	Asklepios Klinik St. Georg
7	Kinderorthopädisches Zentrum	Altonaer Kinderkrankenhaus
8	Komplexe und seltene Infektionen und Tropenkrankheiten/BZHI	UKE
9	Onkologisches Zentrum	Asklepios Klinik Barmbek für die Hamburger Asklepios Kliniken
9	Onkologisches Zentrum	UKE einschließlich pädiatrischer Hämatologie und Onkologie
10	Schwerbrandverletzentzentrum Erwachsene	BG Klinikum Hamburg
11	Schwerbrandverletzentzentrum Kinder und Jugendliche	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
12	Seltene Erkrankungen (Typ A und Typ B gemäß NAMSE) – diverse Schwerpunkte	UKE
12	Seltene Erkrankungen (Typ B gemäß NAMSE) - Marfan Syndrom	Universitäres Herzzentrum am UKE/UHZ
13	Transplantationszentrum (Leber, Niere, Pankreas)	UKE
13	Transplantationszentrum (Herz, Lunge)	Universitäres Herzzentrum am UKE/UHZ
14	Überregionale Stroke Unit	Asklepios Klinik Altona
14	Überregionale Stroke Unit	Asklepios Klinik Barmbek
14	Überregionale Stroke Unit	UKE
15	Überregionales Traumazentrum	Asklepios Klinik Altona
15	Überregionales Traumazentrum	Asklepios Klinik Nord
15	Überregionales Traumazentrum	Asklepios Klinik St. Georg
15	Überregionales Traumazentrum	UKE
16	Viszeral-medizinisches Zentrum	Israelitisches Krankenhaus
17	Zentrum für Altersmedizin	Albertinen-Krankenhaus für das Netzwerk freier Träger
17	Zentrum für Altersmedizin	Asklepios Klinik Nord für Netzwerk Asklepios Kliniken
18	Zentrum für contergangeschädigte Menschen	Schön Klinik Hamburg Eilbek
19	Zentrum für Kinderhandchirurgie	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift
20	Zentrum für Querschnittgelähmte	BG Klinikum Hamburg
21	Zentrum für vaskuläre Anomalien im Kindesalter	Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift

FRÜHJAHRSMÜDIGKEIT

Endlich ist der Frühling da – und wir sind das Gegenteil des blühenden Lebens. Während die Natur auf Hochtouren läuft, sind wir müde und schlapp. Nicht ohne Grund: Die Frühjahrsmüdigkeit hat uns fest im Griff. Die folgenden fünf Tipps helfen, trotzdem fit in den Frühling zu starten.

1. Früh aufstehen

Schuld an der Frühlingsflaute ist das sogenannte Schlafhormon Melatonin. Um den ermüdend hohen Blutgehalt nach dem Winter abzubauen, brauchen wir Licht. Während der Übergangszeit sollte man seinen Tagesrhythmus also nach der Sonne richten: Früh schlafen gehen und möglichst früh aufstehen. Genügend Tageslicht führt außerdem zu einer höheren Ausschüttung des Glückshormons Serotonin. Das erleichtert dem Körper die Hormonumstellung und man hat genügend Zeit, den Frühling in vollen Zügen zu genießen. Zum Beispiel bei einem Ausflug in die Natur: Die Hamburger Umgebung bietet viele Möglichkeiten.

2. Bewegung!

Mit Sportarten wie Laufen, Walken oder Radfahren kommt der Körper nach dem Winterschlaf wieder richtig auf Touren. Bewegungen an der frischen Luft versorgen den Körper mit einem Plus an Sauerstoff. Das regt die Hormonproduktion an, stärkt Herz und Kreislauf und unterstützt das Immunsystem. Als Faustregel gilt: Drei Mal wöchentlich jeweils mindestens 20 Minuten trainieren. Etwas schneller

geht es auf den abwechslungsreichen Nordic Walking-Routen in Hamburger Parks und Umgebung durch die grünenden Wälder, die auch für Jogger oder Mountainbiker interessant sind. Übrigens: Leichtes Joggen oder Walken bringt nicht nur den Körper auf Trab, sondern produziert auch das Glückshormon Endorphin – für einen gut gelaunten Start in die warme Jahreszeit.

3. Trinken, trinken, trinken!

Grundsätzlich gilt: Wer nicht genügend trinkt, ist ständig müde. Bei steigenden Temperaturen im Frühling weiten sich zudem die Blutgefäße, wodurch der Blutdruck sinkt. Das macht zusätzlich müde. Die Lösung: Wasser. Ausreichend Flüssigkeit kann den Blutdruck stabilisieren. Das Lebenselixier kann aber noch mehr, zum Beispiel im Rahmen einer sanften Fastenkur. Schon ein Fastentag mit Kräutertee, frisch gepressten Säften sowie viel Obst und Gemüse kann helfen, die Frühjahrsmüdigkeit zu überwinden. Unterstützend wirken hierbei ein paar Gläser aus einer Mineralwasser-Quellen. Die fluoridhaltigen Natrium-Chlorid-Wässer regen Verdauung und Stoffwechsel an aber bei der Auswahl bitte auf die Vorgaben des Arztes, der Praxis achten. Das gilt besonders für Dialysepatienten.

4. Gesundes Essen

Vitamine, Mineralstoffe, Proteine – während der Anpassung des Hormonhaushalts im Frühling braucht der Körper mehr. Nach dem langen Winter sind unsere Nährstoffdepots förmlich leerge-

fegt. Das macht anfällig für Infekte und erschwert die Umstellung. Jetzt hilft eine leichte, ausgewogene Ernährung. Viel frisches Obst und Gemüse, proteinreiche Lebensmittel wie Hülsenfrüchte, Sprossen und Vollkornprodukte sollten jetzt auf dem Speiseplan stehen. Bananen, Trauben, Äpfel und Ananas können sogar die angeschlagene Stimmung heben, da sie Spuren des Neurotransmitters Serotonin enthalten. Auch der regionale Anbau liefert mit Spinat, Blattsalat, Karotten, Lauch oder Frühlingszwiebeln wertvolle Vitamine. Essen leicht gemacht: Mehrere kleine Portionen pro Tag entlasten das Verdauungssystem und verbrauchen weniger Energie – das beugt Frühjahrsmüdigkeit vor.

5. Heiß und kalt

Eine Ursache von Frühjahrsmüdigkeit ist die Temperaturumstellung. Um den Kreislauf in Schwung zu bringen und den Organismus gegen frühlingshafte Temperaturschwankungen abzu härten, eignen sich morgendliche Wechselduschen. Der Wechsel zwischen heißem und kaltem Wasser macht garantiert hellwach. Ein Besuch in einer Sauna-Erlebniswelt sorgt außerdem für Entspannung. Wohltuend für alle, die nicht nur müde, sondern auch gereizt und wintersteif sind. Wichtig für beides: Immer mit einer kalten Dusche aufhören. Das fördert die Durchblutung der Haut und sorgt für frühlingsfrisches Aussehen. Den Sauna-Besuch sollten Dialysepatienten mit ihrem Arzt abstimmen ☺

FERIENDIALYSE AUF MALLORCA

Der Hygiene wird sehr große Aufmerksamkeit gezollt.

Von Peter Stoetzer

Wenn Mallorca erwähnt wird, woran denkt man dann? Zuallermeist an Ballermann, volle Strände, viel Sonne und an eher warmes als an kaltes Wetter mit Frost. Alles Sommerträume! Ich bin gerade von Mallorca zurückgekommen und kann nur berichten: von den 54 Tagen Regen, die es hier im Jahr geben soll, habe ich 2 erlebt. Volle Strände bei einer Lufttemperatur von 5 bis 10°C negativ! Am Ballermann war ich nicht; dieser war, wie ich mir habe sagen lassen, „voll“ verwaist.

Die Stadt war leer, keine Touristen, keine Schlangen vor den Eintrittsschaltern der Kathedrale oder der Museen.

Die Stadt war „picobello“ sauber; von den leidigen Problemen mit Hundehinterlassenschaften abgesehen, lag nirgends etwas wie Papier, Plastikflaschen oder Burgerschachteln herum. Die Altstadt wirkte super aufgeräumt. Sogar die Spitzen einiger hoher Berge waren in ein blütenreines Weiß getaucht.

Nun zu meinem Thema: Dialysen auf Mallorca. Ebenso sauber, extrem hygienisch, eher noch besser als mein Gesamteindruck von

der Stadt Palma. Die beiden von inzwischen weltweit betriebenen über 130 Dialysen des europäischen Anbieters von Hämodialysen sind auf dem allerneuesten Niveau. Zentrale Wasseraufbereitung, reichlich dimensioniert, allerneueste Maschinen des deutschen Herstellers Braun, natürlich Bildschirm-gesteuert, und mit einer zentralen Speicherung der während der Dialyse online aufgenommenen Daten. Damit können Werteveränderungen recht früh ausfindig gemacht werden.

Wir berichteten schon einmal über eine Dialyse auf Mallorca. Diese war von einem Hamburger Arzt eröffnet worden und besaß einige Eigenarten, die wir in lustiger Form angeprangert hatten. Diese Darstellung brachte der Nieren Selbsthilfe eine Klage ein, die der Arzt dann berechtigterweise verlor. Diese Befürchtung habe ich diesmal eher weniger. Eine der beiden Dialysen befindet sich in Palma, die andere ist in etwa der Mitte der Insel in Inca gelegen. Beide Dialysestationen sind momentan noch nicht mit Touristen belegt, was aber im Laufe der Zeit erwartet wird. Die Anmeldung erfolgt mittels einer Reihe von Formularen. Inzwischen hat sich die Buchung mit dem Kran-

kenkassenformular vereinfacht, und innerhalb Europas kommt der Patient ohne Zuzahlung aus. Das gilt auch - hier nur als Hinweis eingefügt - für die Schweiz und nach gerade erhaltener E-Mail-Information sogar für Dubai und den Oman. Wer mehr wissen möchte, möge mich anrufen. Gern gebe ich die Formulare und das Verfahren weiter.

In meinen nur 4½ Jahren Hämodialyse habe ich in 7 Ländern dialysiert und jedes Mal dazugelernt. Damals waren nicht alle Dialysen auf einem befriedigenden Standard, was heute aber wohl überwunden zu sein scheint.

Wie erwähnt, und wie ich mich vor Ort überzeugen konnte, wird bei den mallorquinischen Dialysen das Wasser auf hohem Niveau aufbereitet. Das Personal trägt Handschuhe und Mundschutz sowie einen Einmal-Kittel. Der Hygiene wird sehr große Aufmerksamkeit gezollt.

Die einzelnen Stühle sind mit einer Fernbedienung für die Sitzposition einstellbar. Jedem Dialyseplatz ist ein eigener Fernseher mit Fernbedienung zugeordnet. Kopfhörer sind allerdings notwendig, da wie früher Einzel- oder Zweibettzimmer die Ausnahme sind.

Auf Mallorca gibt es in beiden Zentren Sechs- bis Achtbettzimmer, mit Ausnahme der wenigen Räume für belastete Patienten. Daher bitte, wenn es der Fall sein sollte, immer vorher klären, ob Hepatitis, MRS oder ähnliche Belastungen akzeptiert werden.

Englisch geht in den beiden besuchten Dialysen auf Mallorca. Derzeit gibt es für beide Einrichtungen eine Ärztin, die recht gut Deutsch spricht. Weiteres deutschsprachiges Personal soll eingestellt werden. Die besichtigte Dialyse in Palma ist in einer engen Straße in der Stadt untergebracht, die in Inca in einem Eckgebäude. Sie befinden sich behindertengerecht immer im Erdgeschoss. Leider sind die Dialyseplätze ohne Fenster auf der sonst sehr auf Ausblick bedachten Insel.

Noch eine kleine Petitesse: Auf meine Frage, warum die Beschilderung der Räumlichkeiten in Spanisch und nicht auch noch in Englisch zu lesen sei, wurde ich belehrt, dass sie nur auf Katalanisch erfolgte.

Zusammenfassend will ich nochmals wiederholen, dass jeder, dem es gesundheitlich und finanziell möglich ist, auch an eine Ferrialdialyse denken sollte. Eine solche dient der Erholung wie auch



Fotos: P. Stoetzer

dem Wissen um die eigene Dialyse. Die finanziellen Belange können durch die Dialyseferien e.V. abgemildert werden. Die Nieren



🕒 Ein Dialyse-Einzelplatz

🔧 Im Wartungsraum für die Maschinen

Selbsthilfe in Hamburg ist Mitglied, was allen unseren Mitgliedern einen Anspruch innerhalb deren Statuten zusichert. Anträge können bei uns eingereicht werden🔧

WICHTIGE MEDIZINISCHE INFOS AUS BERLIN

Am 28. und 29. Januar 2017 fand in Berlin das 12. Annual Post ASN-Meeting in Kooperation mit der American Society of Nephrology (ASN) und des Verbands Deutscher Nierenzentren (DN) e.V., dem nephrologischen Fachverband und der deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V. statt.

Dabei werden von allen Referenten diverse Studien im Kurzdurchlauf besprochen und an Einzelfällen aus der Praxis erläutert.

Im Folgenden möchte ich die aus meiner Sicht wichtigsten Ergebnisse der Veranstaltung vorstellen, gebe aber zu bedenken, dass die Fülle der Informationen und die Brisanz der Forschungsergebnisse von mir als medizinischen Laien sicher nur in Ansätzen beschrieben werden können.

Wir danken der Autorin vom Verein Junge Nierenkranke Deutschland e. V., Regionalleitung Berlin.

Teil III

Von Anja Sachs

Den vierten und letzten Vortrag an diesem Samstag hielt Herr **Prof. Dr. Hermann Haller** (Medizinische Hochschule Hannover) zum Thema

Hypertonie

1.

In Studien wurde die überzeugende Hypothese nachgewiesen, dass die Entstehung von Hypertonie (Bluthochdruck) durch spezifische **Entzündungsmechanismen** erfolgt. Die Phagozytose (Aufnahme partikulärer Substanzen) von durch ROS veränderte Moleküle stimuliert dendritische Zellen, spezifische T-Zellklone zu indu-

zieren, welche dann zu endothelialer Dysfunktion führen, Nierengefäße schädigen und Bluthochdruck erzeugen. Diese inflammatorischen Zellen werden durch unterschiedliche Mechanismen reguliert (suppressorische Zellen, Complement, Kochsalz, Ernährung).

Zumindest bei einem Teil der hypertensiven Patienten wird ein solcher inflammatorischer Phänotyp eine Rolle spielen.

2.

Hypothese: Eine hohe **Salzkonzentration** führt zu einer Progression der renalen Fibrose bei chronischer Nierenerkrankung durch eine neuronale Verbindung zwischen Gehirn und renaler RAS (Nierenarterienstenose), welche

wir als „reno-zerebrale RAS- Achse“ bezeichnen

Fazit:

- Die renale und die zerebrale RAS – Achse ist verbunden durch einen reno-zerebralen Reflex, der durch Salz aktiviert wird und durch Blutdruckanstieg zu oxidativen Stress, Fibrose und einer Progression der chronischen Nierenerkrankung führt.
- Diese Erkenntnis bietet Potential für neue Strategien zur Vorbeugung und Behandlung nicht nur von Bluthochdruck sondern auch der Progression chronischer Nierenerkrankungen.

3.

Therapien zur Blutdrucksen-

kung – Frage nach dem Zielblutdruck

- Blutdruckeinstellung ist verbunden mit einem besseren Endergebnis bei chronisch nierenkranken Patienten.
- Einige Aspekte der Blutdruckkontrolle bei chronisch nierenkranken Personen sind zu überdenken:
 - Alter – bei älteren Patienten ist abzuwägen zwischen strikter Blutdruckeinstellung und Komplikationen bei zu niedrigem Blutdruck.
 - Sterblichkeitsrisiko – Patienten mit geringer Lebenserwartung profitieren nicht von einer strikten Blutdruckeinstellung.
- Zielblutdruck bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung:
 - Striktere Blutdruckkontrolle ist empfohlen bei nicht diabetischen Patienten, basierend auf der SPRINT-Studie.
 - Aber: Was meint „strikt“?
- Weitere Studien notwendig.

4.

Therapieresistenter Bluthochdruck

- PATHWAY-2-Studie zeigt erstmals, dass Spironolacton (täglich 25-50 mg) die erfolgreichste Therapie bei resisten-tem Bluthochdruck darstellt.
- Spironolacton kontrolliert den Blutdruck bei 60% der Patienten mit resisten-tem Bluthochdruck, und das 3mal besser im Vergleich zu Doxazosin und Bisoprolol.
- Spironolacton wird besser vertragen mit weniger Nebenwirkungen, Kaliumspiegel und Nierenfunktion sind streng zu kontrollieren, Hinweis auf Risiko der Entwicklung einer Gynäkomastie in seltenen Fällen

(6% in Langzeitstudien).

- Hämodynamische Studien und Renin-Daten unterstützen die Hypothese, dass resistenter Bluthochdruck überwiegend eine Folge der Natriumretention ist und das Spironolacton zur Diurese mit Blutdruckantwort führt, die unmittelbar verbunden ist mit Plasma-Renin.

Was heißt das für die klinische Praxis:

- Die effektivste Therapie resistenten Bluthochdruck scheint die salzfreie.
- Ist Spironolacton überlegen oder ist eine duale Diuresetherapie besser?
- Können wir den Anstieg des Renin-Plasmas nutzen, um den Nutzen der Therapie zu zeigen – „Titration von Renin“?
- Reduziert die weltweite Nutzung von Diurese (insbesondere bei Patienten mit Salzüberschuss) die Fälle an resistentem Bluthochdruck?

5.

ARTS-DN-Studiengruppe (Finerenone)

- Finerenone, (BAY 94-8862) ist ein neuartiger selektiver nichtsteroidaler Mineralocorticoid-Rezeptor-Antagonist (MRA).
- Es wurde gezeigt, dass es eine geringere Progression bei Diabetischer Nephropathie über die letzten 3 Dekaden von 8-9 ml/min/Jahr im Verlust der GFR im Durchschnitt von 2-3 ml/min/Jahr gibt.
- MRAs wurden nicht bei fortgeschrittener Chronischer Nierenerkrankung eingesetzt aus Angst vor Hyperkaliämie.
- Finerenone bietet den ersten nichtsteroidalen MRA zum Test bei nephropathischer Progression und Kardiovaskulärer

Sterblichkeit.

- FIDELIO- und FIGARO-Studie gehen weiter in Bezug auf diese beiden Themen.

6.

Arteriell-venöse Anastomose (AV-Coupler)

Ist das der Weg zur Kontrolle von Bluthochdruck?

Zusammenfassung:

- Führt zu einer sofortigen und anhaltenden Reduktion des Blutdrucks nach Verlegung.
- Ist sicher zu platzieren mit sofortiger Überprüfung der Funktion.
- Die Anastomose ist verbunden mit einer späteren Entwicklung einer proximalen Venenstenose ohne weitere Komplikationen.
- Ähnliche Ergebnisse bei isoliertem und kombiniertem Bluthochdruck.
- Ähnliche Ergebnisse bei Patienten nach renaler Denervation.
- Weitere Studien folgen.

7.

Blutdruckeinstellung und Nachtblutdruck

- Es existieren zentrale und periphere „innere“ Uhren im menschlichen Körper, eine Dyssynchronomie führt zu einer kardiovaskulären Erkrankung.
- Eine Studie zu körperlicher Aktivität, Endothelfunktion und Salzempfindlichkeit scheint die zirkadiane Variation im Bereich des Gesamtorganismus zu erklären.
- Nachtblutdruck hat einen geringen und heterogenen Einfluss auf den 24-Std.-Blutdruck.
- Größere Studien sollen zeigen, ob die Behandlung des Nacht-

blutdrucks mit Antihypertensiva sinnvoll ist oder nicht.

8.

Einhalten der Therapievorgaben bei Bluthochdruck

- Schlechte Blutdruckkontrolle ist eine vergebene Chance.
- Nichteinnahme verschriebener Medikamente ist ein großes und unterschätztes Problem bei schlechter Blutdruckeinstellung und wird „therapieresistenter Bluthochdruck“ genannt.
- Biochemisches Medikamenten-Screening kann die Nichteinnahme der Medikamente nachweisen.
- Nichteinnahme der Medikamente ist verbunden mit der Menge der verschriebenen Medikamente.
- Der Nachweis der Nichteinnahme der Medikamente kann Kosten reduzieren und unnötige Untersuchungen vermeiden, und kann direkt zu einer Verbesserung der Einhaltung der Therapievorgaben und der Blutdruckeinstellung führen.

Mit diesem sehr interessanten Vortrag endete das Programm am Samstag.

Am Sonntagmorgen wurde der zweite Veranstaltungstag mit dem ersten Vortrag durch Herrn **Prof. Dr. Christoph Wanner** (Universitätsklinikum Würzburg) eröffnet.

Klinische Nephrologie

Top-Themen bei der Kidney – Week (Nierenwoche):

1. Diabetes
2. Übergewicht
3. Klinische Untersuchungen und Studien

Zu 1.)

- Intrarenale Gewebehypoxie (Minderversorgung mit Sauer-

stoff) führt zu Nierenerkrankung.

- Patienten mit Diabetes haben Gewebehypoxie.
- Die Verteidigungsmechanismen zur Bewältigung der Gewebehypoxie sind bei Diabetikern beeinträchtigt.
- Gewebehypoxie führt zu Abnormalitäten in den mechanischen und vaskulären Funktionen und begünstigt diabetische Komplikationen.
- Regelmäßige Bewegung ist ein natürliches Mittel zum Umgang mit Gewebehypoxie.

Zu 2.)

- Übergewicht ist ein Risikofaktor für Chronische Nierenerkrankung („Nieren wollen kein Übergewicht“).
- Adipokine (= von Fettgewebe ausgesandte Stoffe) stehen wahrscheinlich in Verbindung mit der Nierenerkrankung bei Übergewicht.
- Die Rolle des Islet-β-Zellversagens bei der Progression der chronischen Nierenerkrankung muss weiter untersucht werden.
- Interventionen gegen Adipokine und/oder für Gewichtsverlust können das Fortschreiten der Nierenerkrankung bei Diabetes verlangsamen (z.B. aktuell sehr erfolgreich: Bariatri-sche Chirurgische Verfahren).

Zu 3.)

- Es besteht eine große Notwendigkeit für klinischen Studien bei Nierenerkrankung.
- Studien-Rekrutierung und Teilnahme führen zu einer Integration der Forschung in den klinischen Alltag = Learning Health System.
- Die elektronische Gesundheitsakte wird die Arbeitsabläufe beeinflussen und kann die Durchführung von Studien

und auch die Integration neuer Biomaker erleichtern.

- Patienten und Teilhaber der Gesundheitssysteme sollten Partner in der Forschung sein.
- „In-Studie“ - Kultur, die neue Realität.

Den zweiten und letzten Vortrag hielt Frau **Prof. Dr. Louise M. Moist** (MD London Health Sciences Center – Victoria Hospital, Kanada).

Terminale

Niereninsuffizienz

Der Dialysepatient im Jahr 2017:

- Verbesserung der Patientenergebnisse durch Verbesserung der Dialyseverfahren.
- Einflussfaktoren:
 - Zielgewicht
 - Dialysat (Salz, Bicarbonat, Kalium, Kalzium, Wasser)
 - Anämie (Eisen, EPO)
 - Knochenstoffwechsel (Phosphatbinder, Vit. K)
 - Verfahren, Häufigkeit, Dauer
 - Herzgesundheit (Blutdruck)
 - KT/V
 - Gefäßzugang
- Optimierung der Patientenergebnisse → Einleitung der Dialyse:
 1. Die Entscheidung über die Einleitung der Dialysebehandlung, insbesondere bei älteren Patienten, ist oft nicht übereinstimmend mit dem Wunsch des Patienten (Diskussion der Prognose und Versorgungsplanung).
 2. Dialyse bringt keine Vorteile bei alten, schwerkranken Patienten (Lebensqualität und Lebensdauer).
 3. Partizipative Entscheidungsfindung ist kaum integriert (oder wird nicht diskutiert) in der Versor-

gung von Patienten mit chronischer Nierenerkrankung.

(Partizipative Entscheidungsfindung (PEF; englisch: shared decision-making, SDM) wird in der Medizin die Interaktion bzw. Kommunikation zwischen Arzt und Patient genannt, die darauf zielt, zu einer von Patient und Arzt gemeinsam verantworteten Übereinkunft über eine angemessene medizinische Behandlung zu kommen)

4. Diskussion über Einleitung der Dialysebehandlung sollte eingeschlossen sein in die Vorsorgeplanung, Prognose und Erwartung an die Lebensqualität.
 - In den letzten 6 Lebensmonaten der Betreuung chronisch nierenkranker Patienten, insbesondere bei Dialysepatienten, wird die Betreuung intensiver, es gibt mehr Krankenhausaufenthalte etc.
 - Es geht um die Frage: Welche Versorgung soll zum Lebensende stattfinden?
 - Palliative Versorgung ist bei Dialysepatienten kaum vorhanden!
 - End-of-Life-Gespräche finden in der Versorgung kaum statt.
 - Aber: Lebensqualität ist den Patienten am wichtigsten!
 - Problem der Messbarkeit (Lebensqualität versus Sterblichkeit)!

Patientenergebnisse: Dialyse versus Transplantation

- Optimierung der Patientenergebnisse:
 - Maximierung der Lebenserwartung.

- Minimierung der Morbidität (= Häufigkeit von Erkrankungen).
- Priorität: alle transplantierbaren Patienten re-transplantieren bzw. listen.
- Optimierung der Betreuung bei der Überführung in die Dialyse.

Die „Unphysiologie der Hämodialyse“

(Die derzeitigen Hämodialysepraktiken sind noch unphysiologisch, weil sie die Blutchemie nicht innerhalb der normalen Grenzen halten können, sowohl vor als auch nach der Dialyse.)

- Eine Patientenpopulation mit:
 - Koronaren Herzerkrankungen
 - Kardiomyopathie
 - links ventrikulären Hypertrophie
- Langzeitintervalle zwischen den Behandlungen mit:
 - Hyperkaliämie
 - Überwässerung
 - Bluthochdruck
- Dialysebehandlung charakterisiert durch:
 - hohe Ultrafiltrationsraten führen zu Bluthochdruck und Herzmuskel-Dysfunktion.
 - Rapide Reduktion der Elektrolyte im Blut (Kalium, Kalzium).
 - Verminderung der Aktivität des sympathischen Nervensystems.
- Längere Dialysezeit senkt die Rate der Krankenhausaufenthalte und die Sterblichkeit.

Schlüsselpunkte zum intradialytischen Bluthochdruck:

- Senkung der Gewichtszunahme zwischen den Dialysen.
- Verringerung der Natriumaufnahme.
- Erhöhung der Dialysehäufigkeit und -dauer.

- Erhöhte Nutzung von Kompressionsstrümpfen.
- Kaltes Dialysat.
- Anwendung von Midrocin (Arzneistoff, der zur Behandlung von hypotonen Kreislaufstörungen dient).
- Im Dialysat höhere Konzentration von Kalzium und Bikarbonat.

Auswahl des Nierenersatzverfahrens – Individuellere Behandlung

- Welches Dialyseverfahren → HD vs. PD?
- Wo → im Zentrum oder zu Hause?
- Anmeldung zur Transplantation → ja/nein
- Immer wieder Phasen des Übergangs, neue Entscheidungsfindungen.

Calciphylaxie

(ist ein Syndrom der Verkalkung der Blutgefäße, Blutgerinnsel und Hautnekrosen)

- Risikofaktoren:
 - Demographie und Co-Erkrankungen:
 - Kaukasische Rasse
 - Weibliches Geschlecht
 - Übergewicht
 - Diabetes mellitus
 - Autoimmunerkrankungen
 - Hypercoagule Zustände
 - Hypoalbuminämie
 - Dialysedauer
 - Medikamente:
 - Kalziumbasierende Phosphatbinder
 - Vitamin D
 - Warfarin
 - Eisentherapie
 - Cortisontherapie
 - Knochenstoffwechselerkrankungen:
 - Hyperkalzemie
 - Hyperphosphatemie
 - Schwerer Hyperparathyroismus

- Vermeidung/Behandlung Calciphylaxie:
 - Identifizierung der Risikopatienten.
 - Nutzen-Risiko-Abwägung für den Warfarin-Einsatz.
 - Optimierung des Ernährungszustandes.
 - Management der chronischen Inflammation.
 - Management des Knochenstoffwechsels.
 - keine Verwendung von kalziumbasierten Phosphatbindern.
 - Ausgewählte Gabe von Vitamin D.
 - Dialysat mit niedrigem Kalziumanteil.
 - Einsatz von Cinacalcet (Mimpara).
 - Operation der Nebenschilddrüsen (Korrektur des Parathormon-Haus-
- halts).
- Im Ergebnis:
 - Optimierung der Dialyse-Angemessenheit.
 - Natriumthiosulfate (off-label-use = zulassungsüberschreitender Einsatz).
 - Wechsel von PD zu HD.
 - Hyperbare Sauerstofftherapie.
 - Biophosphonate.
- Lebensdauer für Lebenszeit = Dialyseshunt
 - AV-Fistel Reifung
Nur 44% der AV-Fisteln reifen ohne Intervention, d.h. 66% der AV-Fisteln reifen mit Intervention bzw. reifen gar nicht (Qualität?).
- Was Patienten sagen, was sie wollen:
 - (I CARE)/ich möchte:
 - **I**nformation/Information
 - **C**ompassion/Mitgefühl
 - **A**ttitude/Standpunkt
 - **R**esponsiveness/Reaktion
 - **E**xpertise/Kompetenz
- Was Patienten wollen:
 - sich besser fühlen,
 - weniger Juckreiz, Müdigkeit, Luftnot,
 - weniger Traurigkeit,
 - Kontinuität in der Behandlung (gleiches Team zur gleichen Zeit),
 - Vermeidung nicht notwendiger Untersuchungen und Medikamente,
 - keine langen Wartezeiten,
 - Vermeidung zusätzlicher Kosten (wie Parkgebühren),
 - Vermeidung langer Anreisen,
 - die Möglichkeiten kennen (Transplantation, Heimdialyse, Folgen der Einstellung der Behandlung)☺

Liebe Mitglieder,

auch 2017 haben wir wieder einige unserer Mitglieder durch Tod verloren und wir möchten an dieser Stelle ihrer gedenken:

Rolf Bluhm
 Rita Brümmer
 Margit Cordts
 Jürgen Baxmann
 Walter Grätz
 Heinz Jagels
 Uwe Gehlert
 Christel Meyer-Brons
 Jürgen Meyer-Brons
 Reimer Horns
 Ernst-August Förster
 Azis Bastawrous
 Rolf Baumgarten
 Wolfgang Heinrich Tiemeier
 Heinrich Schilling

Unser ganzes Mitgefühl gilt den Hinterbliebenen.

BEHANDLUNG VON HEPATITIS C

Nachfolgend drucken wir eine Mitteilung des MVZ für Lebertransplantation im UKE Hamburg an die „*sehr geehrten nephrologischen Kolleginnen und Kollegen*“ ab. Die Abkürzung DAA steht für „direct acting antivirals“ also „direkt antiviral wirksamen“ Medikamenten.

Die genannten Kontaktdaten sind für die nephrologischen Kolleginnen und Kollegen gedacht, nicht unmittelbar für die Patientinnen und Patienten.

„Seit Anfang 2017 die ersten DAA-Medikamente zur Behandlung der Hepatitis C bei Patienten mit präterminaler und terminaler Niereninsuffizienz zugelassen wurden und seit unserer gemeinsamen Fortbildung zu diesem Thema am 09. Mai 2017, hat sich viel getan. Zum einen ist das UKE aktuell an einer großen, multizentrischen Studie bzgl. „Hepatitis C bei Dialysepatienten“ beteiligt, zum anderen können auch mit den bereits zugelassenen DAA-Medikamenten großartige Erfolge (fast 100 % Heilungs-Chance bei fast keinen Nebenwirkungen) erzielt werden.

Daher können wir Ihnen heute, wie im Rahmen der Fortbildung bereits angekündigt, anbieten, Ihre Hepatitis C Patienten mit präterminaler und dialysepflichtiger Niereninsuffizienz in unserem MVZ mit Virushepatitis mit zu betreuen.

Normalerweise erfolgt die Terminvereinbarung über die Telefonnummer 040-741052831, doch in dieser konkreten Situation stehen wir Ihnen natürlich auch per E-Mail-Kontakt zur Verfügung.

Richten Sie Ihre E-Mail mit Ihrer Telefonnummer und der Bitte um Rückruf bzgl. HCV und Niere an s.pischke@uke.de. Ich rufe Sie umgehend zurück, und Ihr Patient erhält einen sehr zeitnahen und individuellen Termin.“

Busausflug im Mai

Falls Sie den traditionellen Busausflug in der Terminübersicht auf der nachfolgenden Doppelseite vermissen:

Im Hinblick auf das deutlich verringerte Interesse am Busausflug in den vergangenen Jahren und den gleichbleibend, also von der Teilnehmerzahl unabhängigen hohen Kosten für den Bus hat sich der Vorstand schweren Herzens dazu entschlossen, diese Veranstaltung nicht mehr durchzuführen. Wir bitten um Ihr Verständnis.

Ersatzweise werden wir unseren Mitgliedern einen Sommerausflug in Hamburg und Umgebung anbieten. In diesem Jahr haben wir uns für den 1. Juli entschieden. Sie werden eine separate Mitteilung per Post erhalten und Sie müssen sich danach verbindlich anmelden.

Monats-Treffen im Casino um 18.30 Uhr

beim Betriebssport Hamburg
Wendenstraße 120
S-Bahn Hammerbrook
Buslinien 154 und 160
(ab Berliner Tor bis Haltestelle Wendenstraße)

und andere Aktivitäten

Donnerstag, 5. April
Betriebssport Hamburg

☞☞☞ **Monats-Treffen**

Gelegenheit für Erfahrungs- und Informationsaustausch. Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Donnerstag, 3. Mai
Betriebssport Hamburg

☞☞☞ **Monats-Treffen**

Gelegenheit für Erfahrungs- und Informationsaustausch. Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Sonnabend, 5. Mai

☞☞☞ **Radtour Nr. 9**

Das Radtouren-Programm finden Sie auf S. 34.

Donnerstag, 7. Juni
Betriebssport Hamburg

☞☞☞ **Monats-Treffen**

Gelegenheit für Erfahrungs- und Informationsaustausch. Eine Anmeldung ist nicht nötig.

Sonnabend, 9. Juni

☞☞☞ **Radtour Nr. 10**

Das Radtouren-Programm finden Sie auf S. 34.

Sonnabend, 16. Juni

☞☞☞ **Patientenseminar im UKE**

Schon traditionell bieten wir in Zusammenarbeit mit der UKE-Transplantations-Ambulanz ein Patientenseminar rund um medizinische Themen zur Transplantation an. Unsere Mitglieder erhalten eine separate Einladung.

Sonntag, 1. Juli

☞☞☞ **Sommerausflug**

Halbtagesausflug am Nachmittag mit der Barkasse eine Stunde von den Landungsbrücken zur Elbinsel Kaltehofe. Dort werden wir Kaffee und Kuchen genießen, die Insel und die Wasserkunst erkunden und nach etwa zwei Stunden wieder zurück fahren. Unsere Mitglieder erhalten eine separate Einladung.

Bitte vormerken:
Patientenseminar der Nieren Selbsthilfe: 28. Oktober 2018

Laufend aktualisierte Informationen über unsere Veranstaltungen finden Sie auf unserer Internetseite: www.Nieren-Hamburg.de/Aktuelles/Termine.

Weitere Fragen beantwortet Ihnen: Kerstin Kühn
Telefon: 040 - 79 30 27 78 oder E-Mail: kuehn@bnev.de

WACHSAM SEIN IM SCHLAFLABOR

Versuch einer Darstellung meines Aufenthaltes im Schlaflabor als Grundlage meiner grundsätzlichen Kritik an unserem Gesundheitswesen als kapitalisierter Investment-Gesellschaft.

(Herr Dr. Crusius ist ein ehemaliger Kollege von mir, der nach einem schweren Unfall auf dem Fahrrad auf einer schadhafte Straße in Altona seit fast zwei Jahren halbseitig gelähmt im Rollstuhl sitzt. Nach einer monatelangen Reise durch verschiedene Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen lebt er nunmehr in einem Pflegeheim in Hamburg - Jens Tamcke)

Von Dr. Reinhard
Crusius

Vom 11. bis zum 13. Dezember 2017 war ich wegen Apnoe-Verdacht im Schlaflabor einer der Asklepios Kliniken in Hamburg (deren Vormachtstellung in der Hamburger Krankenhauslandschaft wir der Privatisierung der städtischen Krankenhäuser durch unseren damaligen Bürgermeister Ole von Beust zu verdanken haben, dem aber, falls ihn dieses Ergebnis seiner Politik einmal trifft, wegen vorzugsweiser Behandlung nichts von seinem verhängnisvollen Handeln zu Bewusstsein gelangen dürfte).

Im Schlaflabor machte ich Erfahrungen, die fast alles, was ich bisher in meiner bisher anderthalbjährigen Behandlung in elf verschiedenen Einrichtungen unseres Gesundheitswesens erlebt habe, in den Schatten stellt. Deshalb jetzt von mir der Versuch, einmal eine Art Protokoll zu schreiben, um meine Kritik zu verstehen, d. h. die schädliche Wirkung, die viel-

leicht auf den ersten Blick bei manchen Einzelheiten nicht ins Auge fällt.

Einige Vorbemerkungen zu meiner aktuellen gesundheitlichen Situation: Bei einem Fahrradsturz im April 2016 erlitt ich ein Schädel-Hirn-Trauma dritten Grades, lag vier Wochen im Koma und bekam anschließend als Folge meiner schweren Hirnverletzungen noch zwei Schlaganfälle. Ich habe überlebt – doch mit welchen Konsequenzen: Ein fast rundum leistungsgeminderter, teilweise schmerzgeplagter Körper; eine stark gestörte geistige Präsenz; eine immer mehr nachlassende Kommunikationsfähigkeit; ein immer leerer werdender Lebensalltag; eine immer mehr absterbende Hoffnung auf Besserung - dazu stetig sinkender Lebensmut. Das alles führt dazu, dass mich wachsende Empfindsamkeit „heimsucht“. Die „Gefangennahme“ in einem fabrikmäßigen (auch im architektonischen Sinne!) Gesundheitswesen macht mich zunehmend traurig, deprimiert und grau.

Umso bedeutsamer werden die

oft kleinen Begebenheiten, die negativ und positiv unter „Placebo-Effekt“ bekannt sind. Das betrifft zunächst alle technischen und rein wissenschaftlichen Elemente zur Behandlung von Krankheiten, die oft auch durch „Einbildung“ wirken, vor allem aber die elementare Erkenntnis beim Pflegepersonal, dass die Behandlung von Krankheiten zu allererst die Behandlung von Kranken ist, also von Menschen mit bestimmten Erfahrungen, Verhaltensweisen, Empfänglichkeiten und Empfindlichkeiten, von unterschiedlichsten körperlichen, mentalen und organischen Besonderheiten. Ein Verständnis, das im Umgang mit Kranken allgemein als *Empathie* bezeichnet wird. Dazu gehören u. a. ansprechende Räumlichkeiten, verträgliche, einsichtige Behandlungen, freundliches, aufmerksames und zusprechendes Personal, Aufklärung und Verantwortung!

Das ist natürlich ganz wesentlich eine Frage von gut ausgebildetem und hinreichend vorhandenem Personal – ausgebildet auch in Empathie, einer Eigenschaft die

man nicht einfach hat oder nicht hat, sondern die man durchaus auch erlernen kann! Die letztgenannten Faktoren sind wohl das größte Defizit, was natürlich auch begründet ist in der Herzlosigkeit, Kaltblütigkeit und ökonomischen Verengung der personellen, baulichen und materiellen Ausstattung der Gesundheitseinrichtungen, also einer Organisationsform, die mehr einer Investment-Gesellschaft als einer Heilungseinrichtung entspricht. So betrachte ich auch viele oft fast unauffällige Faktoren der schulmäßigen Medizin, der Pharmazie, der Behandlungstheorien. Meine kritischen Betrachtungen drehen sich u. a. um diese Aspekte, dabei berücksichtigend, dass das weiträumige Fehlen der hier angeführten Empathie diese Einbrüche einer fast nur noch formal formulierten Behandlungsmethode nach sich zieht – wir werden sehen!

1. Tag

Da bei meinem ereignisreichen, im doppelten Sinne bewegten Leben und meiner „Wiedergeburt“, dem Erwachen nach dem langen Koma, die Fähigkeit zur Bewegung auf der ersten Stelle meiner Wunschliste steht, habe ich mich bei allen bisherigen Reha-Maßnahmen immer sehr bemüht. Zusätzlich führe ich selbständig viele Übungen durch z. B. Spiegeltherapie, Sprach- und Leseübungen und Singen (Logopädie), und habe mit viel Mühe erreicht, dass ich nach dem Aufwecken erst einmal 15 bis 20 Minuten Zeit kriege, um im Bett Gymnastik zu betreiben (zur Steigerung von Lebendigkeit und Beweglichkeit und Belebung meines morgens oft steifen und leblosen Körpers).

Am 11. Dezember wurde ich zu spät geweckt, konnte also keine

Gymnastik mehr machen und nur eine Tasse Kaffee im Schnell-Schluck-Verfahren zu mir nehmen. Dann Fahrt im Krankenwagen in hartem, ungepolstertem Rollstuhl und so schon etwas zerschunden in der Klinik angekommen. Dort stellte ich fest, dass die Fahrer meinen gepolsterten Rollstuhl im Heim vergessen hatten. Nächster negativer Eindruck: Ein fabrikmäßiger kalter Neubau mit vielen Unebenheiten in den Fluren, also weiterhin mit „Ruckelei“ und Lärmbelästigung (Gänsehaut, Atembeschwerden, Kopf- und Herzschmerzen sowie einem Anflug von Übelkeit). Schon hier: Ein exorbitant lärmiges „Krankenhaus“ mit lauten Fluren, rumplenden Wagen, knallenden Zimmer- und Schranktüren sowie metallenen, jedes Mal laut scheppernenden Mülleimern.

Dann anderthalb Stunden Warten im Wartezimmer in meinem viel zu harten Rollstuhl. Als mir der Hintern schon wehtat – abgesehen von der quälenden Warterei – endlich ab ins Bett. Allerdings ein für ein Krankenhaus m. E. unbrauchbares Bett, z. B. keine Seitengitter als Ein- und Ausstiegshilfe, kein Bettgalgen mit Haltegriff zur Unterstützung des Personals bei der mühseligen Bewegung der oft nicht leichten und unbeweglichen Körper. Dann Mittagessen im Bett, wo das Essen aufgrund meiner halbseitigen Lähmung schon sehr schwierig war. Außerdem soll ich aufgrund meiner Schluck- und Kauprobleme nur im Sitzen essen, was dem Personal allerdings zu umständlich war. Vor allem: Es war ein normales Krankenhausessen, was ich nicht essen durfte! Das stand zwar im Begleitschreiben meines Heims, was man augenscheinlich jedoch nicht zur Kenntnis genommen

hatte. Nach meinem Hinweis erhielt ich dann ein püriertes Essen und ein Glas mit Saft, allerdings dieses auch entgegen der Information meines Heims ohne Verdickungsmittel. Kommt hinzu, dass ich die Verdickungsmittel in meiner Tasche hatte, welche mir offenbar niemand ausgepackt hatte.

Mit den „Schwierigkeiten“ ging es auf dem Klo weiter, das einen Handgriff nur auf der linken, also meiner gelähmten Seite hatte, was den Toilettenbesuch für mich und das Personal zu einem beschwerlichen Vorgang machte. Ich sollte nach dem ersten Toilettengang tagsüber eine sog. Windel umgelegt bekommen (im Heim spöttisch als „Pamper“ bezeichnet), vor allem, um bei dem häufigen Funktionsausfall meines Blasenkateters etwas gesichert zu sein. Auch diese spezielle Windel gab es angeblich nicht, obwohl ich drei Exemplare in meiner Tasche hatte. Danach etwas Schlaf, dann Abendbrot. Auch hier, wie üblich, klassisch (Vollkornbrot und Brötchen). Das musste ich erneut zurückgehen lassen und gegen ein Glas Suppe austauschen (die zweite Korrektur in derselben Sache). Danach schlafen. Vorher Information über das Problem der Apnoe, dass ich in der nächsten Nacht einen gründlichen Test durchführen würde, um dann am Mittwoch zu erfahren, wie der Stand der Dinge ist.

Die nächste richtig traumatische Überraschung: Um 5 Uhr wachte ich aufgrund starker Spasmen im gelähmten Arm und Bein auf und dabei fiel mir ein, dass ich bisher überhaupt keine Medikamente erhalten hatte, wobei ein starkes Mittel gegen meine Spasmen Teil dieser medikamentösen Zusammenstellung ist. Außerdem fiel mir „in dem Zusammenhang“

auf, dass ich kein Wasser und keine künstliche Verpflegung erhalten hatte, die mir sonst jede Nacht über einen Infusionsständer verabreicht werden. (Auch hier ist zu bemerken, dass drei dieser Verpflegungsbeutel in meiner Tasche lagen. Das allein hätte schon gereicht, das Verfahren in Gang zu bringen.) Da mich diese Situation natürlich besorgte, habe ich die Nachtwache informiert und über den Sachverhalt unterrichtet. Daraufhin wurden mir die Medikamente sowie Wasser nachgereicht.

Noch etwas anderes belastete mich: Ich wurde in einem Doppelzimmer mit einem sehr strapaziösen Patienten untergebracht, der unter schwerem Husten litt und wahrscheinlich aus medizinischen Gründen meistens in seinem Bett saß und dabei ständig mit irgendwelchen Gegenständen klapperte, was meinen Schlaf natürlich noch mehr reduzierte.

2. Tag

Als ich am zweiten Tag wieder „einsatzfähig“ war, wurde mir er-

neut ein falsches Frühstück vorgesetzt. Auch das Waschen und Wechseln meines T-Shirts am Morgen hätte weitere Erkenntnisse provozieren müssen, denn ich hatte den Zugang zu meiner PEG-Sonde aus meinem Bauch gucken, wobei mir das T-Shirt so rabiart über den Kopf gezogen wurde, dass mir die Magensonde unter großen Schmerzen halb aus dem Bauch gezogen wurde. Das Mittagessen war dann allerdings schon püriert. Gegen Abend wurde dann das Atemgerät an mich angeschlossen, einschließlich eines komplizierten Verkabelungsprozesses. Wegen des ungeeigneten Bettes und der Tatsache, dass ein Medizinstudent, keine Fachkraft, diesen umständlichen und langwierigen Vorgang durchführte, fiel mir das Einschlafen entsprechend schwer. Erstaunlicherweise habe ich dann in der Nacht doch einigermaßen ruhig geschlafen.

3. Tag

Nach dem endlich richtigen Frühstück wurde mir der Koffer

mit dem Beatmungsgerät gezeigt und mir mitgeteilt, dass ich in Bälde in mein Heim zurückgebracht würde und man dort mein Pflegepersonal mit der Behandlung meines Beatmungsgerätes vertraut machen würde. So geschah es auch, wobei mich der Rücktransport, wie schon beim Hintransport vermerkt, sehr strapazierte. Das Mittagessen erhielt ich dann in regulärer Weise in meinem Heim. Jetzt warte ich darauf, wie das ganze Verfahren weitergeht, denn ich bin, obwohl ein starker Schnupfen das Anlegen des Beatmungsgerätes im Moment unmöglich macht, wie bisher natürlich immer gewillt, jede Möglichkeit meiner Genesung zu unterstützen, aktiv voranzutreiben bzw. mitzuhelfen, eine Verschlimmerung meiner gesundheitlichen Situation zu verhindern.

Ich hoffe, das Geschilderte macht deutlich, warum ich es diesmal nicht nur bei einer mündlichen Kritik beließ, sondern diese Art Protokoll verfasst habe und zugänglich mache ☺

Neue Mitglieder 2017

Wir begrüßen auf das Herzlichste unsere 6 neuen Mitglieder, die 2017 in unseren Selbsthilfeverein eingetreten sind, und wir hoffen, dass Sie sich bei uns wohlfühlen und wir uns gemeinsam bei Problemen und der Bewältigung der Krankheit stärken und unterstützen.

Milian Kesic
Franziska Köhn
Norbert Mecklenburg
Georg Osterloher
Andreas Ziege
Sandra Jagels

IM AUGEN DES BACHETTERS . . .

...oder besser: Im Gehen des Betrachters.
Und die Augen geben ein schönes Beispiel dafür, das Aus-

Von Jens Tamcke

Wiel der Vortrag von Herrn Munderloh auf unserem Panniseminar Ende 2016 so gut ankam, haben wir uns dazu entschlossen, unseren Mitgliedern, die interessiert sind, diesen Vortrag auch hier zu veröffentlichen. Als Reaktionen haben wir wieder Herrn Munderloh danken.

Der Vortrag zeigt die Bedeutung der Augen für die Gesundheit. Die Augen sind ein sehr wichtiges Organ, das uns ermöglicht, die Welt um uns herum zu sehen. Die Augen sind auch ein Spiegelbild unserer Seele. Die Augen sind ein Fenster zur Seele. Die Augen sind ein Fenster zum Leben. Die Augen sind ein Fenster zum Glück. Die Augen sind ein Fenster zum Frieden. Die Augen sind ein Fenster zum Licht. Die Augen sind ein Fenster zum Leben. Die Augen sind ein Fenster zum Glück. Die Augen sind ein Fenster zum Frieden. Die Augen sind ein Fenster zum Licht.

Auch das ist ein wichtiger Punkt. Die Augen sind ein Spiegelbild unserer Seele. Die Augen sind ein Fenster zur Seele. Die Augen sind ein Fenster zum Leben. Die Augen sind ein Fenster zum Glück. Die Augen sind ein Fenster zum Frieden. Die Augen sind ein Fenster zum Licht. Die Augen sind ein Fenster zum Leben. Die Augen sind ein Fenster zum Glück. Die Augen sind ein Fenster zum Frieden. Die Augen sind ein Fenster zum Licht.

sehen bei gleichbleibender Distanz zum Objekt zu unterbrechen und andere Distanzen zu wählen. Das kann der Blick aus dem Fenster, in den Raum oder auch ein kleiner Rundgang auf dem Flur sein. Dadurch wird die Beweglichkeit des Augapfels selbst und seiner beweglichen Teile wie Pupille und Linse gefördert und das Auge ist wieder besser in der Lage, u. a. ein scharfes Bild auf die Netzhaut zu leiten.

Entspannung und Entlastung erfährt das Auge auch, indem Sie die Handflächen aneinander reiben bis sie sich erwärmt haben und Sie dann diese warmen Handflächen bzw. die Ballen auf die Augenhöhle legen. Mit unseren auf diese Weise gepflegten Augen waren wir in der Lage, eine Maus in die Mausefalle zu bringen (natürlich nur optisch) und aus unklaren schwarzen und weißen Flächen eine Kuh zu erkennen.

Beim Schreiben dieser Zeilen ist mir der Gedanke gekommen, dass alle Patienten ein Sehtraining bei Herrn Munderloh, so wie er es auch Fußball- und Eishockeyschiedsrichtern zukommen lässt, belegen, damit wir genau hinschauen und uns nicht täuschen lassen, was im Gesundheitswesen vor sich geht, welche Fälschungen begangen werden und auf welchen Abwegen es sich befindet.

Auch ohne Brille ist es von Vorteil, ab und zu das „starrende“

HAUT NAH

"Haut nah" ist der Titel des Buches der Dermatologin Dr. Yael Adler. Weil das Thema uns Nierenkranke sehr nahesteht, habe ich einige Fragmente (Zitate) aus dem Buch ausgesucht und so zusammengestellt, dass sie eine Einheit bilden.

Zusammengestellt von
Maria Bandrowski

Die Haut ist knapp zwei Quadratmeter groß in dem unser Leben steckt und zugleich ein gigantisches Biotop für Bakterien, Pilze, Viren und Parasiten bildet. ...Von/aus der Haut stammen Schuppen, Ohrenschmalz, Pickel, Schweiß und auch Syphilis, Warzen, Herpes oder HIV-Krankheiten. ...Vor allem aber spiegelt sich in unserer Haut unser Nerven- und Immunsystem wider. ...Die Haut ist Abbildung der Seele, psychischem Gleichgewicht und ist ein Archiv voller Spuren und Hinweise. ...Sie ist eine Klimaanlage und Fußbodenheizung. ...Sie regelt die Durchblutung bzw. Wärmeabgabe des Körpers. Ist ein wichtiger Außenposten unseres Immunsystems. ...Wo Fett und Feuchtigkeit verloren geht, wird die Haut stumpf, runzlig und beginnt zu jucken.

...Juckreiz ist ein naher Verwandter des Schmerzes. ...Durch Kratzen wird Botenstoff Histamin freigesetzt. Obwohl man weiß, dass man durch Kratzen eher schadet (z.B. Bakterien), bringt es aber Genussaspekte mit sich. ... So unterschiedlich die Botenstoffe, so unterschiedlich die Maßnahmen, den Juckreiz zu stillen: Neurodermitis-Patienten scheuern eher, nach Mückenstichen wird ge-

kratzt, bei Diabetes, Leber- oder Nierenkranken wird mit dem Fingernagel gelöffelt und ein Loch in die Haut gekratzt. ...Chronische Erkrankungen (red. wie z.B. Niereninsuffizienz) können auch einen "Juckreiz ohne Materie", also ohne Hauterkrankung auslösen.

...Neurodermitis ist demnach ein Ekzem, dessen Ursache nicht klar zuzuordnen ist. ...Die Hautempfindlichkeit ist genetisch beeinflusst, weitere typische Auslösefaktoren sind eine aus dem Lot geratene Darmflora und die Psyche.

...Schuppenflechte oder Psoriasis ist eine genetisch bestimmte Erkrankung mit Entzündungen der Haut und fest haftender silberner Schuppung und häufig Juckreiz.

...Alterungsflecken beispielweise installiert die sonnengeschädigte Haut als eine Art Stoppschild gegen weitere UV-Strahlung. ... Jede Bräunung und Rötung der Haut ist eine verzweifelte Reaktion auf die schädigenden UV-Strahlen. ...Die Frage ist nur, ob wir uns davon beeindrucken lassen und fortan zu Sonnencreme und Hut greifen.

...Leberflecken werden erst im Laufe des Lebens sichtbar. ...Es sind gutartige Tumore, die aber zu schwarzem Hautkrebs entarten können. ...Die Hautkrebsvorsorge beim Dermatologen dient dazu, harmlose oder weniger

harmlosen Flecken zu unterscheiden. ...Um Hautkrebs einzudämmen wird viel Melatonin gebraucht. Wer Stress hat oder zu wenig schläft, ... hat zu wenig Melatonin im Blut, ist trauriger und altert daher schneller. ...Damit es uns gutgeht, brauchen wir nachts Melatonin und tagsüber Serotonin.

...Das angestaute Gewebewasser führt zu einem längeren Reiseweg für Sauerstoff, die Vernarbungszellen im Gewebe werden stimuliert, das Gewebe altert. ... Unterhalb der ausgeleiteten Venen geben die noch intakten Gefäßabschnitte wegen des dauernden Rückstaus ebenfalls nach. ... Wenn sich Fuß und Unterschenkel langsam verfärben und Blutaustritte für gelbbraune Flecken und Punkte sorgen; dann spricht der Dermatologe von punktförmigen Einblutungen in Gelb und Ocker. ...Irgendwann kann sich in so einem geschädigten Gewebe auch ein Stauungsekzem, eine Venenentzündung oder irgendwann ein Geschwür, also ein offenes Bein, entwickeln.

...Akute Nebenniereninsuffizienz zeigt, was bei plötzlichem Mangel an Cortisolproduktion passiert. Es kommt zu Übelkeit, Erbrechen, Durchfällen, Bauchschmerzen, Fieber, massivem Flüssigkeitsverlust und Kreislaufkollaps begleitet von Herzrasen. ...Wenn die Nebennieren dagegen

überaktiv sind, also zu viel Cortisol produzieren, (red. oder bei längerer Einnahme von Kortison) entsteht die Krankheit Cushing-Syndrom. Die Symptome sind rotes Vollmondgesicht, Stiernacken, Stammfettsucht. ...Begleitet wird das Ganze von zu hohem Blutdruck, Diabetes und einem Absinken der Geschlechtshormone. ... Weiter geht es mit Muskelabbau, Muskelschwäche, Osteoporose, psychischen Veränderungen, Schlafstörungen und einer Vielzahl von Hautveränderungen. ... Die Haut wird dünn und brüchig, ist von vielen blauen Flecken überzogen, weil die Blutgefäße ihre Elastizität verlieren. ...Auf der Haut werden auch rote Dehnungsstreifen sichtbar.

...Jeder weiß, dass man mit Hilfe der Sonne in der Haut Vitamin D selbst bildet. ...Vitamin D (eher ein Hormon als Vitamin) hat einen gewaltigen Einfluss auf unsere Gesundheit. ...Psychiater berichten, dass es als Antidepressivum wirkt, Frühjahrsmüdigkeit und Winterdepression zu beheben hilft und Schlafstörungen redu-

ziert; Immunologen preisen die Verbesserung der körpereigenen Abwehr durch Vitamin D, und Gynäkologen weisen seit Jahren darauf hin, wie wichtig es gegen Osteoporose ist. Mittlerweile fallen auch Sportmediziner in diese Lobeshymne ein: Der ganze Bewegungsapparat - Knochen, Gelenke und Muskeln - profitiert, Fitness und Leistungsfähigkeit steigen, Gelenksbeschwerden nehmen ab. Internisten, Onkologen und Neurologen wollen da nicht zurückstehen und vermelden positive Signale bei Vorbeugung und Therapie von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Lymphomen und anderen Krebsarten, Autoimmunerkrankungen und Diabetes mellitus. ...Dermatologen schließlich beobachten im Zusammenhang mit Vitamin D Vorteile bei der Prävention von schwarzem und weißem Hautkrebs, Linderung bei Haarausfall, Besserung von Hautinfekten und Schuppenflechte.

...Leider erschlafft die Haut im Lauf des Lebens, u. a. weil wir uns Alterungsbeschleunigern wie Zi-

garetten, Stress, schlechte Ernährung, zu wenig Bewegung, Sonne und Solarium aussetzen. ... Unnötig wird unsere Haut mit meist alkalischer Seife malträtiert und führt deshalb zu noch mehr Juckreiz. Deshalb soll man saure (nicht alkalische) und synthetisch hergestellte Waschmittel verwenden. ...Eine synthetische Waschsubstanzen ist einer klassischen Seife vorzuziehen. ...Empfehlenswert bei trockener Haut ist eine Bodylotion mit dem Zusatz UREA. Dahinter verbirgt sich nichts anderes als Harnstoff.

...Wer der Haut wirklich Gutes tun will, sollte nicht zu viel tun. Sie kann sich nämlich ganz gut um sich selbst kümmern. Da reichen wirklich ein sparsamer Umgang mit Seife, eine gute und ausgewogene Ernährung, im besten Sinne Maß halten☺

Dr. med. Yael Adler:

„HAUT NAH - Alles über unser größtes Organ“

Erschienen als Paperback für 16,99 Euro im Verlag Droemer-Knaur unter der ISBN-Nr. 978-3-426-27699-0

Es hilft uns und Ihnen selber weiter

Wenn Sie uns Ihre E-Mail-Verbindung mitteilen.

Uns möglichst schnell über folgende Veränderungen informieren:

Adresse

Telefon-Nummer

Bankverbindung

Bitte schreiben oder mailen Sie an:

Nieren Selbsthilfe Hamburg e.V.

c/o Maria Bandrowski

Klabautermannweg 107

22457 Hamburg

Maria.Bandrowski@yahoo.de

SKISPORT

IN DEN BERGEN



Von den Welt-Winterspielen für Transplantierte

Von Peter Stoetzer

Wenn ich gefragt werde, warum meine neue Niere trotz dreier „mismatches“ bei der Transplantation nun seit fast 30 Jahren arbeitet, ohne mich einmal im Stich gelassen zu haben, stehen aus meiner Sicht mehrere Gründe dahinter. Der wichtigste Grund erscheint mir, aktiv – sportlich aktiv zu sein und zu bleiben.

Ich bin in Bayern aufgewachsen, und der Wintersport hat für mich immer eine wichtige Rolle gespielt. Heute lebe ich in Hamburg, zwar eine Stadt mit der größten Skigemeinde, die selbst aber kaum Trainingsmöglichkeiten bietet. Die beiden großen näher gelegenen „Kühlschränke“ in Bispingen und Wittenburg mit ca. 250 - 350 m Abfahrtslänge eignen

sich weniger für ein ausgedehntes Training, sondern eher für das Gefühl, wieder einmal auf Skiern zu stehen, und sind ansonsten ein guter Einstieg für Anfänger. Der Harz mit meist wenig Schneesicherheit, aber weiterer Entfernung ist nicht unbedingt eine Alternative. Dank der in Hamburg üblichen Skiferien sollte man also seinen Urlaub in die Berge verlegen und dort das versäumte Training nachholen.

Alle zwei Jahre findet die große Leistungsschau der Welt-Winterspiele für Transplantierte statt. Da kann man sich dann einmal mit Betroffenen aller Altersgruppen aus vielen Ländern messen und feststellen, wie gut man trotz fortgeschrittenen Alters noch in „Schuss“ ist und dafür mit der einen oder anderen Medaille belohnt wird. So durfte ich in die-

sem Jahr mit dreimal Gold bei den alpinen (Ü70) Wettbewerben Slalom, Riesenslalom und SuperG sowie mit einmal Silber im Parallelslalom nach Hause fahren.

Neben Abfahrt- und Langlaufski sowie Snowboard sind z.B. Curling und Schneeschuhlaufen auch für wenig routinierte Wintersportler gute Alternativen.

Die diesjährigen Welt-Winterspiele in Anzère, das nach 2012 zum zweiten Mal Austragungsort war, verliefen sehr harmonisch, und die deutsche Mannschaft konnte gute Erfolge verbuchen. Auch oder gerade weil es mit einer Beteiligung von (nur) 125 Aktiven, d.h. insgesamt 200 mit Begleitern, eher kleine Spiele waren, herrschte eine hervorragende Stimmung, wozu das gemeinsame Frühstück und Abendessen im Hotel Eden, jeweils mit den natio-

nalen Mannschaften an einem Tisch, das vorzügliche Galadinner im Zelt und schließlich das immer besser werdende Wetter mit guten Schneeverhältnissen, viel Sonne und einem fast wolkenlosen Himmel nicht unwesentlich beitrugen. Wir hatten Glück im westlichen Wallis, wo Anzère nahe Crans-Montana nördlich der Rhone liegt. Zur selben Zeit war das östliche Wallis mit Zermatt als bekanntestem Skiort durch Unmengen von Schnee tagelang von der Außenwelt abgeschnitten.

Gleichzeitig mit den Welt-Winterspielen fand das Tackers

Camp statt, in dem transplantierte Kinder, die oft zum ersten Mal auf Skiern oder Snowboard stehen, eine Woche lang Unterricht bekommen und dann bei einem kleinen Abschlussrennen zeigen, was sie gelernt haben.

Die 10. Welt-Winterspiele seit ihrem Beginn 1994 in Tignes und 1996 in Pra Loup, beides Austragungsorte in Frankreich, machten Lust auf mehr. Die Norweger kündigten an, in zwei Jahren (2020) die Spiele in Lillehammer, 170 km nördlich von Oslo im südlichen Norwegen gelegen, auszurichten. Ich empfehle allen

Transplantierten, die Lust auf Wintersport haben, eine Teilnahme in Erwägung zu ziehen. Lillehammer war 1994 bereits Olympia Austragungsort.

Anzère hat im Übrigen seine Kandidatur für Olympia angemeldet, die von einem hervorragend geeigneten Gelände und einem ausgezeichneten Organisationsteam mit aller erforderlichen Logistik vor Ort für die Ausrichtung derartig großer Spiele untermauert wird. Ich kann das nach zweimaliger Teilnahme an den Welt-Winterspielen dort nur bestätigen

☉ Zuerst der Blick ins Rhone-Tal, dann auf die Medaillengewinnerinnen und -gewinner des deutschen Teams ☉



HAMBURG WILL TRENDWENDE BEI ORGANSPENDEN

Neues Landesgesetz macht Krankenhäusern klare Vorgaben zu Transplantationsbeauftragten und Berichten an die Gesundheitsbehörde.

Dazu hat die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz am 6. Februar 2018 nachfolgende Pressemitteilung veröffentlicht.

Die aktuellen Spenderzahlen der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) belegen die schwierige Situation in der Bundesrepublik: 2017 gab es bundesweit 797 Organspender, 60 weniger als im Jahr zuvor. Von dieser negativen Entwicklung ist auch Hamburg betroffen. Während im Jahr 2016 noch eine Steigerung von zuvor 27 auf 40 postmortale Organspender verzeichnet wurde, standen im vergangenen Jahr in der Hansestadt lediglich die Organe von 24 Verstorbenen zur Transplantation zur Verfügung. Nach Einschätzung der DSO versterben in den Kliniken Hamburgs aber jährlich ca. 2.000 Personen, die für eine Organspende in Betracht kämen. Ein Hamburgisches Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz des Bundes soll nun eine Trendwende einleiten. Die Steigerung der realisierten Organspenden soll maßgeblich durch intensivere Aktivitäten in den Krankenhäusern erreicht werden.

Neues Landesgesetz macht Krankenhäusern klare Vorgaben zu Transplantationsbeauftragten und Berichten an die Gesundheitsbehörde

„Täglich sterben in Deutschland Menschen, weil sie vergebens auf ein Spenderorgan gewartet haben. Es ist höchste Zeit, alle Kräfte zu mobilisieren, um diesen Negativtrend umzukehren und kontinuierlich und dauerhaft mehr Organspenden zu realisieren. Der Schlüssel dazu liegt – neben der Frage der Spenderausweise – auch in den Krankenhäusern“, so Gesundheitssenatorin Cornelia Prüfer-Storcks. „Von den neuen Vorgaben in unserem Landesgesetz zur Berufung und Freistellung von Transplantationsbeauftragten sowie der Berichtspflicht der Krankenhäuser erwarte ich starke positive Effekte.“

Die 22 Hamburger Krankenhäuser, die Organentnahmen durchführen, müssen demnach mindestens einen Transplantationsbeauftragten benennen. In größeren Häusern müssen mindestens zwei Transplantationsbeauftragte eingesetzt werden.

Die Krankenhäuser sind zukünftig verpflichtet, die Transplantationsbeauftragten nach einem festen Schlüssel (0,1 Stellenanteile pro 10 Intensivbetten, das heißt eine Stelle pro 100 Betten) von allen weiteren Aufgaben freizustellen. Eine vergleichbare Be-

stimmung existiert seit Anfang 2017 bislang nur im Bayerischen Ausführungsgesetz. Bayern ist das Bundesland, das im zurückliegenden Jahr entgegen dem Bundestrend die deutlichste Steigerung der Organspende erzielt hat.

Für die fachliche Qualifikation der Transplantationsbeauftragten wird gezielt ein hohes Niveau festgelegt. Hierzu zählt eine Facharztqualifikation und eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in der Intensivmedizin oder die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass nur in der praktischen (intensivmedizinischen) Tätigkeit sehr erfahrene Personen zum Transplantationsbeauftragten bestellt werden dürfen. Dies können unter bestimmten Voraussetzungen auch Pflegekräfte sein. Insgesamt sollen das hohe Qualifikationsniveau und der erweiterte Handlungsrahmen dazu beitragen, die Funktion der Transplantationsbeauftragten zu stärken und ihrem Wirken im Klinikalltag gegenüber anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bis hin zur Klinikleitung die erforderliche Bedeutung zu verleihen.

„Etwa 30 Prozent der Bevölkerung haben einen Organspende-

ausweis. Aber nur zwischen ein und zwei Prozent der möglichen Organspenden sind in den letzten Jahren in Hamburgs Krankenhäusern realisiert worden. Das zeigt, dass wir hier das größte Potential zur Steigerung der Organspende haben“, so Senatorin Prüfer-Storcks.

Deshalb soll die Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz (BGV) durch die Einführung einer Berichtspflicht der Krankenhäuser zukünftig beurteilen können, ob in den einzelnen Entnahmekrankenhäusern die Potentiale für mögliche Organspenden umfassend erkannt und genutzt werden. Die entsprechenden Angaben der Kliniken werden von der Gesundheitsbehörde veröffentlicht, so dass eine neue Transparenz geschaffen wird.

Der Entwurf des Ausführungs-

gesetzes, der nun in die Bürgerschaft eingebracht wird, verleiht zudem der staatlichen Aufsicht im Bereich des Transplantationswesens mehr Gewicht. Vertreterinnen oder Vertreter der Gesundheitsbehörde oder beauftragte Sachverständige können an den Transplantationskonferenzen der Transplantationszentren teilnehmen. In diesem Gremium werden für die Patientinnen und Patienten höchst bedeutsame Entscheidungen, wie zum Beispiel die Aufnahme auf die Warteliste bei der Vermittlungsstelle (Eurotransplant), getroffen. Diese Aufsichtsbestimmung ist bundesweit bislang ohne Vorbild. Senatorin Prüfer-Storcks: „Ich bin zuversichtlich, dass die in Hamburg vorhandenen Potentiale für die Organspende bei einem erfolgreichen Ineinandergreifen unserer Regelungen viel besser

ausgeschöpft werden können. Darüber hinaus werden wir nicht nachlassen, für die Organspendeausweise zu werben. Der dokumentierte Willen eines Menschen gibt Angehörigen sowie Ärztinnen und Ärzten mehr Sicherheit bei ihrem Handeln.“

Nach Umfragen stehen über 80 Prozent der Deutschen einer Organspende positiv gegenüber. Aber nur rund 30 Prozent haben dies in einem Organspendeausweis dokumentiert. Die Gesundheitsbehörde wirbt bereits seit 2010 mit verschiedenen Kampagnen für mehr Organspendeausweise. 2016 wurde die Kampagne unter dem Motto „Werd‘ auch Du zum Superhelden“ neu aufgelegt und stadtweit beworben. 2017 wurde die Plakatierung im Umfeld des „Internationalen Tags der Organspende“ wiederholt

Kommentar:

Das neue Landesgesetz ist sicherlich nicht schlecht, möglicherweise können dadurch die Organspendezahlen in Hamburg gehalten, vielleicht sogar etwas verbessert werden. Aber es ist meiner Meinung nach nicht das, was bisher gefehlt hat, um auch nur annähernd vergleichbare Zahlen pro Mio. Einwohner wie in Spanien, Österreich oder Belgien zu erreichen. Dort wie in weiteren 19 Ländern der EU gilt die Widerspruchslösung. Die Abgeordneten in den Parlamenten dieser Länder werden ihre Entscheidung verantwortungsvoll und wohlüberlegt getroffen haben.

Man fragt sich, warum es dem Gesetzgeber in Deutschland so schwer fällt bzw. es ihm unmöglich ist, den 22 Partnerländern in der EU zu folgen und ein Transplantationsgesetz mit einer Widerspruchslösung zu beschließen, wo doch 80 % unserer Bevölkerung der Organspende positiv gegenüberstehen.

Stattdessen hat die Politik organisatorische Mängel für die historisch niedrigen Organspendezahlen in Deutschland ausgemacht. Das ist gut, weil man sich jetzt der Verantwortung für grundlegende Veränderungen entledigen kann, durch die Stärkung der Transplantationsbeauftragten aber gleichzeitig Handlungsfähigkeit zeigt. Somit wird also die Verantwortung an die Krankenhäuser bzw. an die Transplantationsbeauftragten weitergeleitet. Diese Delegationslösungen kennen wir ja aus vielen Politikfeldern.

Nun liegt es also an den Menschen, die die Funktion eines Transplantationsbeauftragten übernehmen, für bessere Organspendezahlen zu sor-

gen. Das ist eine anspruchsvolle Aufgabe.

Dabei ist allein schon die Tatsache, Menschen nach aufwühlenden Ereignissen und in schweren Stunden auf die Organspende anzusprechen, menschlich sehr schwierig sowie emotional und psychisch äußerst belastend. Ich kann nicht erkennen, dass durch das Hamburgische Ausführungsgesetz diese Situation erleichtert wird, denn welche der anzusprechenden Angehörigen wird dieses kennen. Der Transplantationsbeauftragte wird ihnen vor der entscheidenden Frage seine Funktion und Aufgabenstellung erläutern müssen. Trotzdem käme er aus seiner Bittstellerposition nicht heraus.

Ein Transplantationsgesetz mit einer Widerspruchslösung würde nicht nur die positive Einstellung der meisten Menschen zur Organspende widerspiegeln, sondern den Transplantationsbeauftragten die Erfüllung ihrer Aufgabe erleichtern, indem es ihnen politisch den Rücken stärkt und ethisch eine sicherere Basis ihres Handelns gibt.

Sollte die Behörde beabsichtigen, für den Organspendeausweis weiterhin mit der plumpen Aufforderung „Werd‘ auch Du zum Superhelden“ zu werben, tut sie der Organspende keinen Gefallen. Für die Organspende braucht es keine Helden, sondern informierte und selbstbestimmte erwachsene Menschen. Wenn schon Superhelden, dann bitte im Bundestag mit einer entsprechenden Gesetzgebung.

Jens Tamcke

§ 3

Aufgaben der Transplantationsbeauftragten

Zusätzlich zu den in § 9b Absatz 2 TPG genannten Aufgaben sind Transplantationsbeauftragte insbesondere auch verantwortlich für,

1. die organisatorische Sicherstellung der Feststellung und Dokumentation des Spenderwillens,
2. die organisatorische Sicherstellung eines qualifizierten Angehörigengesprächs im Hinblick auf die nach § 4 Absatz 1 TPG im Einzelfall erforderliche Zustimmung zur Organentnahme, gegebenenfalls unter Hinzuziehung einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters der Koordinierungsstelle,
3. die organisatorische Sicherstellung der vollständigen Dokumentation des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Großhirns, des Kleinhirns und des Hirnstamms gemäß der Richtlinie der Bundesärztekammer,
4. die organisatorische Sicherstellung einer ohne Personenbezug erfolgenden quartalsweisen Dokumentation und Weiterleitung der Todesfälle mit primärer oder sekundärer Hirnschädigung an die Koordinierungsstelle unter Verwendung des hierfür zur Verfügung gestellten Erhebungsbogens zur Einzelfallanalyse, auf dem insbesondere die Gründe für eine nicht erfolgte Hirntoddiagnostik, die Gründe einer nicht erfolgten Meldung an die Koordinierungsstelle und andere der Organentnahme entgegenstehende Gründe erfasst werden, sofern die relevanten Daten der Koordinierungsstelle nicht bereits auf anderem Wege zur Verfügung gestellt wurden,
5. die Bereitstellung von schriftlichen Handlungsempfehlungen für das Personal der Intensiv- und Beatmungsstationen, insbesondere zum Ablauf einer Organspende, zu den Maßnahmen der Hirntoddiagnostik und zur intensivmedizinischen Vorbereitung einer Organentnahme,
6. die kontinuierliche Information des ärztlichen und pflegerischen Personals über die rechtlichen Grundlagen und die Bedeutung der Organspende im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen, die themenbezogen auf Anforderung der oder des Transplantationsbeauftragten unter Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Koordinierungsstelle erfolgt,
7. die Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Koordinierungsstelle bei ihrer Tätigkeit im Krankenhaus,
8. die Sicherstellung der Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren und der Koordinierungsstelle,
9. die Information der ärztlichen Leitung des Entnahmekrankenhauses mindestens halbjährlich über die hausinternen Strukturen für die Organspende und die erfolgten Organentnahmen. Darüber hinaus ist die ärztliche Leitung in allen Angelegenheiten der Organspende zu beraten und über die Ergebnisse der Erhebung nach Nummer 4 zu informieren.



Die Nieren Selbsthilfe hatte zur diesjährigen Jahresfeier am 11. Januar 2018 eingeladen. Als Einladungsort wählten wir wieder das Restaurant "Zum Hufschlag", nachdem dieses im Jahr zuvor sehr großen Anklang bei allen Anwesenden gefunden hatte. Die ausgesuchten Gerichte waren wieder einmal sehr schmackhaft, reichlich und "heiß". Leider nahmen nur 36 Personen an der ausgezeichnet organisierten Feier teil; konnten doch einige aus Krankheitsgründen nicht dabei sein. Dessen ungeachtet war es eine unterhaltsame und launige Gesellschaft. Ein junges Paar gesellte sich erstmals zu uns, das sich ausführlich von unseren "Lebendspendern/Empfängern" informieren ließ. So konnte auch das Angenehme mit dem Nützlichen verbunden werden. Es fühlten sich alle sehr wohl und gut aufgehoben. Nach einem gelungenen Abend rüsteten sich gegen 21:30 Uhr die Ersten für den Heimweg.

Für das kommende Jahr wünscht sich die Nieren Selbsthilfe wieder, mehr Mitglieder und Angehörige bei der Begrüßung des neuen Jahres willkommen heißen zu dürfen ☺

Text und Fotos von
Christa Marsig

JAHRES

FEIER

DIE TÜRSCHLIEßER – DAS ENDE DER KULTUR

Von Peter Stoetzer

Was kann der arme Türschließer dafür, dass ich ihn mit dem Ende der Kultur in Verbindung bringe? Ich rede jetzt nicht von den befrackten oder uniformierten Türstehern, die die Türen händisch öffnen, wenn sie einen Auftrag dazu haben. Diese sind heute bis auf z. B. Regierungsbehörden, den behelmten Schweizer Garden im Vatikan, den Wächtern in Gefängnissen ausrangiert.

Nein, ich meine die kleinen Helfer, die eine offene Tür sanft wieder in den Rahmen zurückdrehen und mit einem leichten Klick ins Schloss einrasten.

Wenn ich bei meiner Apotheke Immunsuppressiva, Blutdruckmittel oder sonstige Medikamente abhole, dann öffnet sich die Tür vor dem Betreten automatisch. Wenn ich dann hinausgehe, beladen mit einer Tüte, womöglich noch das stark erleichterte Portemonnaie in der Hand halte, muss ich die Tür händisch öffnen. Vermutlich hofft meine Apothekerin, dass ich noch bei einem der frei verkäuflichen Wundermittel hängenbleibe und so weiter zu ihrem Wohlstand beitrage.

Die Türschließer haben heute auch einen ganz besonderen Vorteil. Angesichts der sich immer weiter verbreitenden, behandlungsresistenten Krankenhauskeime ist eine sich selbstständig öff-

nende und schließende Tür eine sinnvolle Einrichtung, denn die Wissenschaft macht vor allem die Türklinken als Übertragungsweg verantwortlich. Dieser entfiel dann.

Was aber ist, wenn die Türschließer fehlen? In Behörden erkennt man das dann an den mürrischen Beamtinnen oder Beamten, die entweder laut aufschreien, wenn eine Tür offen stehen bleibt, oder sich selbst bewegen müssen, um diese zu schließen, was einer Überforderung ähnelt.

Die weite Verbreitung der Türschließer macht vor allem unsere Jugend faul. Wenn immer alles automatisch geht, wer würde das denn nicht gern annehmen. Wenn die Tür nun nicht von selbst schließt, dann bleibt sie eben offen. Wenn, wie bei jedem Festival oder Rockkonzert, nach der Aufführung nicht der ganze auf den Boden geworfene Abfall weggeräumt wird, bleibt er eben liegen. Wenn die Schüler auf dem Nachhauseweg nicht alle 3 Meter eine Mülltonne auf Armlänge erreichbar haben, dann geht der Abfall, die Verpackung oder die Burger-Schachtel, eben zu Boden und bleibt da.

Früher dachte ich, nur in Indien sei das ganze Umfeld eines Dorfes Dezimeter hoch vermüllt. Heute haben wir solche Ecken leider auch bei uns. Wer hat nicht schon an Ampeln oder Bushaltestellen ganze Kulturen von Ziga-

rettenkippen ausgemacht, die dort entsorgt wurden. Wir müssen wieder anfangen, auf Sauberkeit zu achten. Wir müssen wieder anfangen, uns für eine Lebenskultur zu interessieren. Wir müssen wieder anfangen, unsere Umwelt selber in die Hand zu nehmen und uns bemühen, auch in kleinen Dingen im Sinne der Allgemeinheit zu denken und zu handeln.

Dass Singapur eine so saubere Stadt ist, liegt an den drakonischen Strafen bei z.B. einer aus dem Auto geworfenen Kippe. Dort macht die Polizei keinerlei Zugeständnisse, auch nicht bei hohen Beamten. Wie sauber könnten die neuen am Hamburger „Jungfernstieg“ verlegten Marmorplatten sein, wenn Kaugummi verboten wären, wie es in der asiatischen Kapitale der Fall ist.

Erlauben Sie mir nun, den ganz großen Bogen zu schlagen. Was im Kleinen mit der Bequemlichkeit begann, das Türschließen einer Technik zu überlassen und, falls eine solche fehlt, dies ganz zu unterlassen, hört auch nicht im Großen auf. Ich war immer der Meinung, Kultur muss Top-down (von oben nach unten vorbildhaft) veranlasst werden. Wenn also unsere deutschen Politiker es nicht schaffen, nach einer Wahl die Parteipolitik das Staatswohl über die Parteiraison zu stellen, kann dies eine Verdrossenheit nur steigern. Und dann haben wir sie wieder – die Gefahr für die Kultur ☹

VIELEN DANK!

Nachfolgend sind die Spenden von über 50 € (ohne Trauerspenden) aufgeführt. Wir danken allen Spenderinnen und Spendern, auch wenn kleinere Beträgen gespendet wurden, sowie allen Mitgliedern, die mit ihrem Mitgliedsbeitrag unserer Sache eine gute Basis gegeben haben.

Bisotti-Meyer GmbH u. Co.KG

Brandorff, Dr. Gerd-Oltmann

Brüggemann, Foltrich

Czepul, Manfred und Karin

Eddelbüttel, Werner

Fraass, Ludwig

Harder, Renate

Henkel, Christiane

Hildebrecht, Peter und Helga

Jagels, Sandra

Kornstadt, Sylva

Lange, Ilse

Meibohm, Inge

Meyer-Brons, Jürgen und Christl

Reinicke, Erwin und Brigitte

Schlodtman, Ulrich Friedrich Wilhelm

Schneider, Marion

Tiedeken, Dr. Petra

Voss, Ingrid und Klaus

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,
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.

Radtouren 2018



Tour 9: Sonnabend, 5. Mai - Nach Haseldorf Marsch, Marsch

- Treffpunkt:** S-Bahnhof Wedel ●**Start:** 11:30 Uhr (Ankunft S-Bahn um 11:19)
- Route:** Auf verschlungenen Pfaden durch Wedel und Umgebung und über den Katastrophenweg (!) zu den Holmer Sandbergen. Weiter geht es über Holm und Heist nach Haseldorf mit Pause im Schlosspark. Zurück am Elbdeich entlang mit Schafherden auf dem Weg. Ca. 33 km, meist gute Wege ohne Steigungen.
- Ziel:** S-Bahnhof Wedel ●**Ende:** ca. zwischen 16:00 und 17:00 Uhr
- Fahrtkosten:** Hin- und zurück je 3,30 oder Tageskarte Großbereich 6,40



Tour 10: Sonnabend, 9. Juni - Die Beste kommt zum Schluss

- Treffpunkt:** U-Bahnhof Großhansdorf ●**Start:** 13:30 Uhr (Ankunft U-Bahn um 13:11)
- Route:** Nördlich von Großhansdorf fahren wir durch den Trittau Forst und atmen würzige Waldluft. In Tremsbüttel werfen wir einen Blick auf das Schloss. Am Kupfermühlenteich können wir picknicken oder einkehren. Hinter Rolfshagen kommen wir auf einem ehemaligen Bahndamm ohne Steigungen nach Bad Oldesloe, umrunden den Salzteich im Kurpark. Stadtrundfahrt und ggf. ein Spiel auf dem Minigolf-Platz unter schattigen Bäumen. Ca. 27 km auf guten Wegen mit wenigen Steigungen.
- Ziel:** Bahnhof Bad Oldesloe ●**Ende:** ca. 18:30 Uhr
- Fahrtkosten:** Hin 3,30, zurück 7,20/alternativ: Tageskarte 12,80 oder Gruppenkarte 24,00 (max. 5 Personen), jeweils zzgl. Fahrradkarte ab Bad Oldesloe für 3,50.



Tour 11: Sonnabend, 11. August - Zwischen Natur und Technik

- Treffpunkt:** Harburg, Neuländer Platz ●**Start:** 11:30 Uhr (Ankunft S-Bahn um 11:21)
- Route:** Wir durchfahren den Harburger Binnenhafen und spüren das alte Hafenumfeld neben einer Hafencity-Moderne. Richtung Westen noch Hafen, dann Raffinerie, Kraftwerk Moorburg und Container-Terminals auf der einen Seite, Kleingärten, kleine Seen und lauschige Tümpel auf der anderen. Über Moorburg kommen wir nach Finkenwerder und fahren zurück mit der Fähre zu den Landungsbrücken. Knapp 25 km auf überwiegend guten Wegen, keine Steigungen.
- Ziel:** Fähranleger Finkenwerder ●**Ende:** ca. 17:00 Uhr
- Fahrtkosten:** Hin- und Rückfahrt (inkl. Fähre) jeweils 3,30 oder Tageskarte 6,40



Tour 12: Sonnabend, 22. September - Von der Koll- zur Pinn... au!

- Treffpunkt:** U-Bahnhof Kellinghusenstraße ●**Start:** 11:30 Uhr
- Route:** Wasser ist unsere Leitlinie. Nach unserem Start am U-Bahnhof treffen wir schon bald auf die Alster, gefolgt vom Eppendorfer Mühlenteich (wo die Alsterschwäne überwintern), der Tarpenbek, der Kollau, die wir lange Zeit begleiten, der Pinnau an der Wulfsmühle, dem See an den Funktürmen und wieder der Pinnau in Pinneberg. Nach 35 km auf meist guten Wegen ohne Steigungen werden wir am Ziel sein.
- Ziel:** S-Bahn Pinneberg ●**Ende:** ca. zwischen 17:00 und 18:00 Uhr
- Fahrtkosten:** Hinfahrt 2,20, Rückfahrt 3,30 (alle Preise auf dieser Seite: Stand 2018 von/bis Hbf)

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 jährlich für Mitglieder
 40,- Euro jährlich für Familien
 50,- Euro jährlich für Fördermitglieder
 Euro jährlich als zusätzliche Spende
 Euro einmalige Spende

Bank/Sparkasse

IBAN

BIC

Kontoinhaber(in) falls abweichend vom Mitglied

Datum, Unterschrift für die Einzugsermächtigung

Beitrittserklärung

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