



Junge Nierenkranke  
Deutschland e.V.

PTH  
Templar®

Galactose-Vitamin-D  
Ergänzung für eine  
Therapie

Das ist PTH eine  
aktive Calcium-Mischung  
für Nierenkranke

Das ist PTH eine  
aktive Calcium-Mischung  
für Nierenkranke

Das ist PTH eine  
aktive Calcium-Mischung  
für Nierenkranke



Junge Nierenkranke  
Deutschland e.V.

www.junge-nierenkranke.de

**Vorwort**

**AfnP Symposium Fulda**

**Seminarberichte  
Königsfeld**

**Telearbeitsplatz  
Bericht von Thomas Lehn**

**+++ JUNI - NEWS +++**

**Ausgabe September/ Oktober 2008**

Infostand in Fulda

### Vorwort von Thomas Lehn



Liebe Mitglieder, liebe Leser,

eigentlich wollte ich einen Leserbrief zum Bericht von Martin Müller: **Junge Nierenkranke, Bericht zum Tag der Arbeitskreise** aus dem letzten Heft August 2008 schreiben. Als Redaktionsmitglied der JUNI NEWS lasse ich es mir nun nicht nehmen, im Vorwort dieser Ausgabe meine Meinung zu dem o. a. brisanten Thema zu äußern.

Am Tag der Arbeitskreise des BNeV fanden Gespräche zwischen Vorstandsmitgliedern unseres Vereins und jungen Nierenkranken statt, die sich – so wie ich es verstanden habe – gerne unserem Verein Junge Nierenkranke Deutschland e.V. anschließen möchten oder was Eigenes auf die Beine stellen wollten. Meines Wissens gab es auch schon frühere Kontaktversuche zu den JUNIs.

Die geäußerten Kritiken der Jungen an unserem Selbsthilfeverein sind schwerwiegend, aber für mich nachvollziehbar und sollten vom Vorstand in einer Dringlichkeit behandelt werden. Aber anscheinend passiert da nichts.

Die primäre Aufgabe unserer Selbsthilfe ist doch die Akquise von Mitgliedern. Jeder Verein möchte neue Mitglieder werben, um entsprechend gemeinsam stark auftreten zu können, wenn es etwas zu erreichen gilt.

Nun stehen junge Leute vor der Tür und man lässt sie im Regen stehen. Warum geht man nicht auf die Leute zu und zeigt ihnen, dass sie in unserem Verein willkommen sind und dass ihre Interessen auch unsere Interessen sind? Die Diskrepanzen die entstanden sind, sind lösbar. Warum wirbt man nicht damit, dass sie sich mit ihren Ideen auch bei uns verwirklichen können. Die Grundstrukturen und Erfahrungen, um erfolgreich einen Verein zu führen, bestehen bei uns bereits. Die Jungen finden bei uns ein Management und ein KnowHow, um erfolgreich und gemeinsam den Verein Junge Nierenkranke Deutschland e.V. in die Zukunft zu führen. Wie man diese Leute in den Verein integrieren kann, dass sie Mitspracherechte im Vorstand (z. B. Beisitzer) bekommen, muss diskutiert werden. Ich denke, durch neue Ideen, frische Gedanken und moderne Impulse von deren Seite, kann unser Verein weiter belebt werden.

Ich empfehle dem Vorstand, sich mit den Jungen an einen Tisch zu setzen um gemeinsam eine Lösung zu finden.

Leute, wir sind die Jungen Nierenkranke, der Verein zu dem kritisch geschaut wird. Wir sind der Verein, wo andere etwas neidisch werden, wenn sie von unserem Seminarangebot lesen. Wir sind der Verein mit guten Kontakten zu führenden Universitätskliniken, Professoren, zur Industrie und vielem mehr. Wir sind der etwas andere Verein, wo sich Mitglieder um den Hals fallen, wenn sie sich sehen und sich jährlich treffen, um gemeinsam Urlaub zu machen. Wir sind der Verein, der akzeptiert wird. Wir sind die Jungen Wilden von damals, die es geschafft haben, sich von anderen Vereinen abzusetzen!

Lassen wir die neuen Jungen Wilden nicht im Regen stehen sondern mitmischen, damit unser Verein weiter eine erfolgreiche Zukunft hat.

*Thomas Lehn*

### Kommentar von Martin G. Müller

Lieber Thomas,

ich bin nicht nur Redaktionsmitglied sondern wie jeder weiß, auch Stellv. Vorsitzender unseres Vereins. Neben Dir Thomas, kennen aus meiner Mainzer Rede zum Thema junge Nierenkranke, ca. 300 weitere Leute aus dem Bundesverband und den Vereinen meine Meinung.

In einem Vorstand zählt aber die Meinung aller Mitglieder! Es wird ein Thema besprochen und eine Vorgehen beratschlagt. Am Ende steht der Vorstandsbeschluss, der für alle bindend ist. Wir haben in der Thematik nierenkranker Jugendlicher und dem Umgang mit Ihnen rückblickend sicher Fehler gemacht. Ob wir eine zweite Chance bekommen ist mehr als ungewiss.

Wir müssen akzeptieren, dass die Jugendlichen sich, nach einer schlechten Erfahrung, gegen uns entscheiden. Trotz allem wäre es schön, wenn doch noch, wie von Dir erwähnt, gemeinsam eine Lösung zu finden wäre!

Ich bin 2003 im Vorstand mit angetreten um jungen Nierenkranken zu helfen und sie zu unterstützen, daher möchte ich wenn möglich bei dem Thema, wie Du Thomas, eine befriedigende Lösung für alle finden.

Aber ich möchte in dem Zusammenhang noch etwas allgemeines sagen.

Wir machen als Vorstand unsere Arbeit ehrenamtlich und nach bestem Wissen und Gewissen. Wir sind alle nicht perfekt und Fehler kommen dabei vor. Da erfährt man in Gesprächen auf einer Industrieausstellung, wir würden die Aufnahme junge Nierenkranke in den Verein verhindern und ihre Probleme nicht ernst nehmen. Wie kommt so ein Meldung, der jede Grundlage fehlt, zustande? Man könnte die Vermutung anstellen, dass jemand dem Verein gezielt schaden möchte. Wir sind doch ein Selbsthilfe Verein und keine Partei in der im Hintergrund gegen die Führung alla Beck/ Stoiber gearbeitet wird. Bei uns sollte man alles offen

ansprechen können.

Als Vorstand tun wir unsere Arbeit so gut wie wir neben Beruf (zeitweise bis 12 Stunden am Tag), Dialyse sowie einem Privatleben, Zeit haben.

Vorstandsmitglieder opfern viele private Urlaubstage, beladen Autos mit zum Teil sehr schweren Kisten Infomaterial. Fahren sogar nach der Dialyse fast 400 Kilometer weit, laden aus, bauen auf und schlafen in billigen Absteigen. Das tun wir alles nicht um uns ein schönes Leben auf Vereinskosten zu machen und dem Verein zu schaden, sondern um für Verein, Mitglieder und Betroffene das Bestmögliche zu erreichen! Dafür sind wir auch 2007 zur Wahl angetreten.

Wenn jemand der Meinung ist, er kann es besser und fehlerfrei, dann kann er sich gerne melden und im Vorstand mitarbeiten. Wie man jedoch im letzten Jahr in Bad Salzschlirf bei der Mitgliederversammlung sehen konnte, war es schwer jemanden zu finden, der bereit gewesen wäre, mit Verantwortung zu tragen. Jeder der damaligen ca. 30 Anwesenden, wurde für ein Vorstandsamt vorgeschlagen!

Von Anfang an haben wir als Vorstand dazu aufgefordert, wenn euch etwas missfällt, meldet Euch bei uns. Mit uns kann man über alles Reden und Missstände ansprechen oder Vorschläge unterbreiten. Davon lebt der Verein! Das zählt heute wie auch für die Zukunft.

Wählt also wie Thomas den offenen Weg der Kritik, der Weg hinter vorgehaltener Hand schadet letztendlich nicht dem Vorstand sondern dem Ansehen des Vereins. Ich bin der festen Überzeugung, dass das kein Mitglied möchte.

*Martin G. Müller*

### AfnP Symposium in Fulda

Die Autobahn zieht eine Kurve und vor mir taucht die Saarbrücker Skyline auf. Für einen waschechten Saarländer, der das Saarland nicht gerne verlässt, immer wieder ein schönes Gefühl nach Hause zu kommen. Der Grund meiner Reise war ein Symposium in Fulda.

Am 24.10 fuhren Barbara Rüth und ich zum AfnP (Arbeitsgemeinschaft für nephrologisches Pflegepersonal) Symposium nach Fulda. Wir hatten als Verein die Möglichkeit bekommen, uns dort den Besuchern vorzustellen. Auf der Hinfahrt, hatten Barbara und ich noch großes Glück, denn direkt vor uns verlor ein LKW bei Tempo 100, den linken Hinterreifen.

Nach unserem Eintreffen wurden wir von den netten Verantwortlichen des AfnP in Empfang genommen.



Luise Tabellion & Elke Frölich vom AfnP

Die Vorsitzende Frau Bundschuh zeigte uns auch gleich den uns zugewiesenen Standplatz. Nach dem wir uns kurz darüber Gedanken gemacht hatten, wie wir unseren Stand und den des Bundesverband Niere e.V. platzieren, bauten wir die Stände auf.



Nach Beendigung des Aufbaus, gingen wir noch eine Kleinigkeit Essen und dann müde nach einem 15-Stunden-Tag, zu Bett.

Am Samstag 9:00 Uhr war es dann soweit, das 30. AfnP Symposium wurde mit Reden von der Vorsitzenden Frau Bundschuh, Prof. Fassbinder sowie dem Oberbürgermeister von Fulda Gerhard Möller eröffnet. Nach einem kleinen Einblick über die Entstehung des AfnP folgten dann interessante Vorträge. Zu den Vortragsthemen gehörten z.B. Erhalt der Restfunktion – ein besonderer klinischer Vorteil der PD, intensivierte Dialyse – Nachtdialyse im Zentrum und nächtliche Dialyse zu Hause Den Vortrag über 38 Jahre Leben mit der Dialyse – ohne jemals transplantiert zu sein, hielt unser Mitglied Thomas Lehn. Es ist nur eine kleine Auswahl des sehr guten Programms, das mit renommierten Referenten bestückt war.

Schon um 8:00 Uhr an diesem Morgen, standen Barbara und ich am Infostand für Gespräche mit den Teilnehmern bereit. Schon sehr schnell stellte es sich heraus, dass diese Veranstaltung eine der Wichtigsten im



Jahresprogramm war. Denn man merkte an Hand der Gespräche und den Nachfragen des Pflegepersonals, dass die Vereinsidee und die Aktivitäten des Vereins Interesse fand. Schwestern und Pflegern stehen direkt am Bett der Betroffenen und kennen die Probleme und Ängste ihrer Patienten. Sie sind es auch

denen es möglich ist, durch Hinweise auf Hilfsangebote ihren Patienten eine Orientierung anzubieten. Leider



kannten 90% der Pflegekräfte unseren Verein noch nicht, obwohl wir schon auf vielen Kongressen für Ärzte anwesend waren. Auch diese Erfahrung zeigte uns sehr deutlich, dass das Symposium in Fulda für den Verein eine der wichtigsten Veranstaltungen im Jahr ist. Viele Ärzte nehmen zwar den Gedanken der Selbsthilfe von Kongressen mit, doch gelangt er durch sie nicht ans Patientenbett.

So gegen 18:00 Uhr machten wir dann, nach 10 Stunden Einsatz und mit Schmerzen in Beinen sowie Füßen, Feierabend. Im Hotel erholten wir uns kurz von den Strapazen, bevor wir dann zusammen mit Willi Koller (2 Vorsitzender des Bundesverband Niere e.V.), Beate und Thomas Lehn sowie Khaled El-Ashry, in Fulda zum Abendessen gingen.

Khaled der auf dem Symposium für das Reiseziel Ägypten mit Dialyseangebot geworben hatte, versuchte den Saarländer, der nicht gerne in die



V.l. Thomas Lehn, Barbara Rüth, Willi Koller, Beate Lehn & Khaled El-Ashry

Ferne zieht, zu bewegen, seinen Urlaub statt im Schwarzwald in Ägypten zu verbringen. Doch selbst die besten Überredungskünste, ver-

stärkt durch Unterstützung durch Willi und Thomas, schafften es nicht, mich den Saarländer dazu zu bewegen, in absehbarer Zeit nach Ägypten zu reisen. Wie sagt der Saarländer „dehemm iss es immer noch am schänschde. Auf Deutsch: Zu Hause ist es immer noch am schönsten. Nach dem Essen gingen wir dann alle müde zurück zu unseren Hotels.

Am Sonntagmorgen standen wir dann ab 8:30 Uhr wieder am Infostand und führten noch viele interessante Gespräche mit Personal und Pharmareferenten. Gegen 12 Uhr konnten Barbara und ich mit dem gute Gefühl, für den Verein viel erreicht zu haben,



Nicole Scherhag & Martin G. Müller

nach Hause fahren.

Der Verein Junge Nierenkranke Deutschland e.V. dankt dem AfnP insbesondere seiner Vorsitzenden Frau Bundschuh für die gute Zusammenarbeit im Vorfeld und für die Möglichkeit der Teilnahme am Symposium. Wir hoffen, dass wir im nächsten Jahr wieder dabei sein dürfen.

Martin G. Müller  
Stellv. Vorsitzender

## Referat Prof. Reichel über den Sekundärer Hyperparathyreoidismus (sHPT) und seine Folgen

Prof. Reichel vom Nephrologischen Zentrum in Villingen-Schwenningen zeigte uns auf, dass die Niere nicht nur ein exokrines (ausscheidendes) Organ, sondern auch ein endokrines (hormonelles) Organ ist, das bei einer auftretenden Nierenschädigung in beiden Bereichen zu Veränderungen führt.

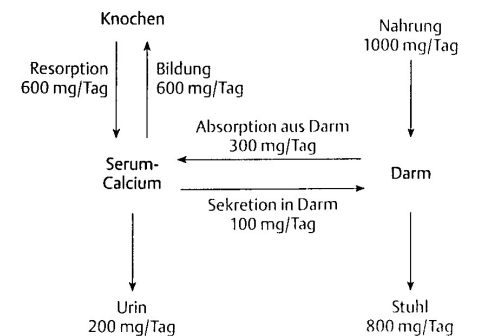
Die endokrinen Veränderungen sind:

- Abfall von aktivem Vitamin D (1,25-Dihydroxyvitamin D3 oder Calcitriol)
- Anstieg von PTH.

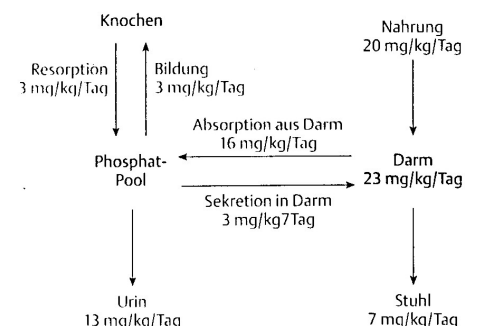
Die exokrinen Veränderungen sind:

- Verminderte renale Phosphat-ausscheidung
- Verminderte renale Calcium-ausscheidung

Der Calciumhaushalt eines gesunden Menschen wird in folgender Aufstellung erklärt:



Der Phosphathaushalt verhält sich bei einem gesunden Menschen wie folgt:



Wie man den obigen Darstellungen entnehmen kann ist die Ausscheidung über die Niere vor allem beim Phosphat sehr wichtig. Kommt es zum Nierenversagen so sind der Calcium- und vor allem der Phosphat-haushalt empfindlich gestört. Wichtig zu wissen ist, dass sich vom Calcium ca. 99 % und vom Phosphat ca. 85 % im Knochen befinden und nur ein verschwindend kleiner Teil sich frei im Serum feststellen lässt.

Das Parathormon (PTH), das in der Nebenschilddrüse gebildet wird, ist ein Hormon, das aus 84 Eiweißverbindungen besteht und verschiedene Aufgaben im Körper erfüllt.

Es ist ein aktives Hormon, welches für die Knochenregulierung und für die Erhaltung eines konstanten Serumgehaltes an Calcium und Phosphat im Blut zuständig ist. Weiterhin ist es auch für die Förderung der renalen Bildung (Bildung in der Niere) von 1,25-Dihydroxyvitamin D<sub>3</sub> zuständig. Bereits im frühen Prädialytiker Stadium steigt das PTH, weil das Vitamin D fällt, da die geschädigten Nieren nicht mehr in der Lage sind genügend davon zu produzieren.

Aktives Vitamin D fördert die Freisetzung von Calcium und Phosphat aus dem Knochen und stimuliert die Knochenmineralisation, fördert die Calcium- und Phosphataufnahme aus dem Darm, hemmt die PTH-Ausschüttung, somit steigt das Calcium an.

Prof. Reichel zeigte uns einige Folien, die uns verdeutlichten, dass bereits im frühen Stadium eines Nierenversagens das PTH erhöht und das aktive Vitamin D sehr niedrig ist.

Das Fatale am hohen PTH ist, dass es, ebenso wie die Nierenerkrankung selbst, keine Symptome zeigt. Wenn jedoch Symptome zu Tage treten ist es viel zu spät um noch etwas dagegen zu unternehmen.

Durch erhöhtes PTH wird mehr Knochen ab- als wieder aufgebaut. Die Hauptfaktoren des sHPT sind ein Mangel an aktivem Vitamin D (Calcitriol), eine Hyperphosphatämie sowie die Tendenz zur negativen Calciumbilanz.

Prof. Reichel zeigte uns Röntgenaufnahmen an denen sehr genau der Knochenabbau zu erkennen war. Weiterhin hatte er einige Daten über das Frakturrisiko bei erhöhtem PTH, was nicht als unwesentlich bezeichnet werden kann.

Unter anderem sind folgende Symptome bei einem schweren sHPT zu beobachten:  
Knochenschmerzen  
Fraktur  
Sehnenabriß  
Größenminderung des Patienten u. a.

Jedoch manifestiert sich der sHPT auch außerhalb des Bewegungsapparates durch Verkalkungen der Weichteile und Organe sowie der Gefäße (kardiovaskuläre Probleme).

Die Diagnose des sHPT wird am besten über die Messung verschiedener Knochenmarker (alkalische Knochenphosphatase, Saure Knochenphosphatase,  $\beta$ -Crosslaps u. a.) durchgeführt. Die Messung des Serum-Calcium, sowie des Serum-Phosphat sollte monatlich, die Messung des PTH vierteljährlich erfolgen.

Wahrscheinlich werden Anfang 2009 die bisherigen Leitlinien der K/DOQI durch die neuen Leitlinien der KDIGO ersetzt.

In den KDIGO-Leitlinien wird es wohl keine verbindlichen Zielbereiche mehr für Calcium, Phosphat und PTH geben.

Die derzeitige Therapie des sHPT wird mit der Gabe von aktivem Vitamin D, Gabe eines Calcimimetika (Cinacalcet), der Therapie der Hyperphosphatämie (medikamentös, Diät, Dialyseudosis), Aufrechterhaltung einer ausgeglichenen Calciumbilanz sowie die chirurgische Parathyreoid-ektomie (Entfernung der Nebenschilddrüsen) durchgeführt.

Danach verdeutlichte Prof. Reichel uns durch einige Folien die Wirkung von Vitamin D und Calcimimetika. Weiterhin zeigte er einige Studien, die nachwiesen, dass Dialysepatienten, die mit Vitamin D behandelt werden einen relativ niedrigeres Mortalitätsrisiko (Sterberisiko) haben ebenso ein reduziertes Risiko einer

Malignombildung (Krebs).

Was jedoch zu beachten ist, dass aktives Vitamin D zur Erhöhung des Calcium und des Phosphates im Serum führt. Sollten bei Patienten diese Werte zu weit erhöht werden, so ist auf Cinacalcet zurückzugreifen. Wird das Cinacalcet im frühen Stadium des sHPT mit noch geringer Vergrößerung der Nebenschilddrüse eingesetzt, reduziert sich das Risiko einer Chirurgischen Entfernung erheblich. Dies ist vor allem bei Patienten auf der Warteliste sehr wichtig, da sich die PTH-Werte nach einer gelungenen Transplantation wieder senken werden.

Zum Schluss kam Prof. Reichel noch auf den gestörten Calcium/Phosphat- und Knochenstoffwechsel nach Nierentransplantation zu sprechen.

Dieser kann durch einen persistierenden (fortdauernd) sHPT, gestörter Vitamin D Stoffwechsel, Hypercalcämie, Hypophosphatämie, Störungen des Knochenumsatzes und der Knochenmineralisation, Osteoporose und chronische Transplantatnephropathie (Schädigung des Transplantates) gestört werden.

Es gibt mehrere Risikofaktoren für einen persistierenden HPT: diese sind vor allem hohes PTH vor Nierentransplantation, Dauer der Dialysebehandlung, Größe der Parathyreodeae (Epithelkörperchen) u. a. Ein unkontrollierter sHPT vor Transplantation ist ein Risikofaktor für einen persistierenden HPT nach der Transplantation. Vergrößerte Epithelkörperchen der Nebenschilddrüse können sich im Laufe von Monaten bis mehreren Jahren wieder zurückbilden, wobei die Lebensdauer einer solchen Zelle bis zu 20 Jahren betragen kann. Es erfolgt eine Zellerneuerung pro Jahr von ca. 5 – 7 %.

Ein weiteres häufiges Problem nach Nierentransplantation ist bei über 50 % der Patienten eine Hypercalcämie. Die Ursachen sind ein persistierender HPT, der Anstieg des Calcitriol, Rückgang der ossären (den Knochen betreffend) PTH-Resistenz und eine Rückbildung der Verkalkungen der Weichteile sowie der Organe.

**Als Zusammenfassung ist festzustellen, dass der sHPT im längeren Verlauf gravierende Folgen hat. Die Normalisierung des PTH wird bei Dialyse wegen des Risikos eines reduzierten Knochenumsatzes nicht angestrebt. Neben generellen Maßnahmen ist eine spezifische medikamentöse Therapie des sHPT unter Berücksichtigung der Indikationen und Kontraindikationen relativ früh im Verlauf des sHPT anzusetzen. Ein schwerer sHPT muss vor einer Nierentransplantation saniert werden.**

### Pressespiegel

#### Nieren von älteren Spendern funktionieren sehr gut

*Nieren, die lebenden Spendern über 55 Jahren entnommen werden und Patienten mit Nierenversagen transplantiert werden, führten Daten des Organ Procurement Transplant Network/United Network for Organ Sharing zufolge bei beiden Beteiligten zu "exzellenten Erfolgen".*

"Angesichts sich andeutender Veränderungen in den Regelungen zur Organspende in den USA könnten sich Organspenden von älteren Lebendspendern als ein wichtiger Ausweg für ältere Patienten erweisen, die auf eine Nierentransplantation warten", berichten Wissenschaftler im American Journal of Kidney Diseases.

Unter Leitung von Dr. Jagbir Gill von der University of British Columbia in Vancouver untersuchte das Forscherteam zwischen 1996 und 2005 23.754 Empfänger von Nierentransplantaten, die zum Zeitpunkt der Transplantation im Alter von 60 Jahren oder darüber waren.

Fast ein Drittel erhielt Nieren von Lebendspendern; 1133 Spender waren älter als 55 Jahre und 5873 waren jünger.

Unter den verstorbenen Spendern entsprachen 1219 den Standardkriterien für Spender und 4551 waren nur unter Anwendung erweiterter

Kriterien zum Spender geworden. Letztere waren entweder älter als 60 oder sie waren zwischen 50 und 59 Jahre alt und hatten zwei oder drei nachteilige Erkrankungen: Bluthochdruck, Schlaganfall in der Krankheitsgeschichte oder Konzentrationen an Kreatinin im Blutserum über 1,5 Milligramm pro Dekaliter, ein Zeichen für eine Nierenfunktionsstörung.

Nach einer ausführlicheren Analyse stellten die Forscher fest, dass das Überleben des Transplantats bei allen Empfängern von Lebendspenden überragend war - verglichen mit den Transplantaten, die von verstorbenen Spendern stammten.

Unter den Empfängern von Lebendspenden war das Vier-Jahres-Überleben bei jüngeren Spendern nur wenig besser als bei älteren Spendern (84,2 verglichen mit 82,4 Prozent). Die entsprechenden Raten bei Organen von Spendern, die den Standardkriterien entsprachen bzw. nur die erweiterten Kriterien erfüllten, lagen bei 78,5 bzw. 67,5 Prozent.

Weitere Analysen ergaben, dass das Risiko für einen negativen Krankheitsverlauf sich verdreifachte, wenn das Organ von einem verstorbenen Spender stammte, der nur die erweiterten Kriterien erfüllte - verglichen mit Lebendspenden. Das Überleben nach vier Jahren habe bei mehr als 80 Prozent gelegen, sogar bei Empfängern, die Nieren von den ältesten Lebendspendern (über 65 Jahre) erhalten hätten, wie es in dem Bericht heißt.

Deshalb raten die Autoren: "Unsere Erkenntnisse unterstützen das Vorgehen, wann immer möglich Organe von sorgfältig ausgewählten älteren Lebendspendern für ältere Empfänger zu nutzen.?"

Auch wenn ältere Spender anscheinend nicht stärker unter Komplikationen der Entnahme litten als ihre jüngeren Gegenstücke, muss bedacht werden, dass nur für ein Viertel von ihnen Beobachtungsdaten aus der Zeit nach dem Eingriff zur Verfügung standen. "Es ist ganz klar notwendig", schlussfolgert Gills Arbeitsgruppe, "das Schicksal der Spender nach der Organentnahme näher zu untersuchen. Derzeit bauen verschiedenen Kliniken Spender-

register auf, die eben diesem Zweck dienen sollen".

Quelle: American Journal of Kidney Disease, September 2008

#### Enorme Fortschritte der Transplantationsmedizin

Frankfurt - Vor einem Menschenalter war es noch undenkbar: Das Herz eines anderen in der eigenen Brust schlagen zu hören, mit der Lunge eines Fremden zu atmen, mit der Niere oder der Leber eines Unfallopfers nach einer schweren Erkrankung ganz normal weiterzuleben. Möglich wurde dies, weil die Transplantationsmedizin von der Mitte des 20. Jahrhunderts an bis heute enorme Fortschritte erzielte.

Nicht nur die Operationstechniken, auch die Medikamente gegen die gefährdeten Abstoßungsreaktionen wurden immer besser. Während in der Vergangenheit die Blutgruppen von Spender und Empfänger noch identisch oder zumindest miteinander vereinbar sein mussten, sind jetzt sogar schon Nierentransplantationen bei Lebendspenden ohne diese Voraussetzung möglich. Heute besteht das Hauptproblem nach Ansicht von Experten im Mangel an geeigneten Spenderorganen und in der fehlenden Spendenbereitschaft.

Bereits seit dem Mittelalter wagten sich Ärzte an die schwierige Materie der Organverpflanzung. Glücklos versuchten sie zunächst, Hautgewebe von Hunden, Hühnern oder Rindern auf den Menschen zu übertragen, um etwaige Verunstaltungen zu beheben. Immer wieder scheiterten die Chirurgen an der Immunreaktion des Körpers, der «Fremdes» erst einmal abzustoßen versucht, wie er das zum Schutz vor Krankheitsserregern ja auch tut. Erst mit den Fortschritten auf dem Fachgebiet der Immunologie, als es immer besser gelang, die natürliche Immunantwort des Körpers zu unterdrücken, begann die Erfolgsgeschichte der Transplantationsmedizin.

Erste Herzverpflanzung 1967

Die weltweit erste erfolgreiche Nierentransplantation am Menschen gelang 1954 in Boston. 1963 wurden erst-

mals eine Leber und eine Lunge transplantiert, zwei Jahre später erstmals eine Bauspeicheldrüse. Für Schlagzeilen sorgte die Leistung des Herzchirurgen Christiaan Barnard, dem 1967 in Kapstadt erstmals eine Herzverpflanzung gelang. Sein Patient überlebte 18 Tage.

Heute gehört der Ersatz eines geschädigten Herzens durch das Organ eines verstorbenen Spenders beinahe schon zu den Routineoperationen. Barnard selbst transplantierte über 1.000 Herzen. Weltweit wurden Schätzungen zufolge mehr als 60.000 Herzverpflanzungen vorgenommen. Das Verfahren ist technisch ausgereift, und etwa 70 Prozent der Patienten haben dem Bericht zufolge eine voraussichtliche Überlebenswahrscheinlichkeit von zehn Jahren.

Die Betroffenen müssen nach der Transplantation ihr Leben lang sogenannte Immunsuppressiva einnehmen, die eine Abstoßung des fremden Organs verhindern. Mit der Entdeckung der Substanz Ciclosporin in einem Pilz Ende der 70er Jahre und der Entwicklung weiterer Wirkstoffe konnte die Abstoßung des transplantierten Organs wesentlich gezielter unterdrückt werden, wodurch sich die Überlebensrate der Patienten erhöhte.

Lebendspende gewinnt an Bedeutung

Die Zahl der Menschen, die auf eine Transplantation warten, steigt unaufhaltsam. Viele von denen, die auf der Warteliste stehen, müssen wegen des gravierenden Mangels an Spenderorganen sterben. Darum gewinnt die Lebendspende von Niere und Leber immer mehr an Bedeutung. Sie ist unter nahen Verwandten und einander eng verbundenen Personen zulässig. Wenn die medizinischen Voraussetzungen gegeben sind, muss eine unabhängige Ethikkommission allerdings noch die Freiwilligkeit der Spende prüfen und letztlich über die Zulässigkeit der Transplantation entscheiden.

Bei einer Lebend-Nierentransplantation wird die Niere des vorher gründlich untersuchten Spenders entnommen und dem Empfänger direkt im benachbarten OP-Saal eingesetzt. Dies sichert eine

sehr gute Qualität der Spenderniere und damit eine optimale Prognose für den langfristigen Erfolg.

Wenn sich die Blutgruppen von Spender und Empfänger nicht miteinander vertragen, haben die Mediziner in bestimmten Fällen auch hier eine Lösung gefunden: Durch eine besondere Blutwäsche entfernen sie die Blutgruppenantikörper aus dem Blut des Empfängers. Spezielle Medikamente verhindern, dass sich diese Antikörper immer wieder neu bilden können. Das Verfahren wurde erstmals vor 15 Jahren in Japan durchgeführt. In Europa wird es in größerem Umfang von den Universitätskliniken in Stockholm und seit 2004 in Freiburg angewandt.

Quelle: net-tribune 17. Oktober 2008

### Therapie bessert Schlaflosigkeit bei Dialyse-Patienten

Eine Art der Psychotherapie, die als kognitive Verhaltenstherapie bezeichnet wird, scheint bei Patienten an der Dialyse Schlaflosigkeit und ständige Müdigkeit zu reduzieren und die gesamte Schlafqualität zu verbessern, wie eine neue Studie zeigt. Eine kognitive Verhaltenstherapie könnte eine wirksame nicht-medikamentöse Therapie für Dialyse-Patienten mit Schlafproblemen sein, sagen die Forscher.

Bei der Dialyse handelt es sich um eine Prozedur, der sich Menschen mit Nierenversagen unterziehen müssen, um Giftstoffe aus der Blutbahn zu entfernen. Mehr als die Hälfte aller Personen mit fortgeschrittener Nierenerkrankung, die eine Dialysebehandlung erhalten, leiden an Schlaflosigkeit und anderen Schlafstörungen.

Schlafstörungen bei Dialyse-Patienten sind "rätselhaft und häufige Beschwerden", sagte Studienleiter Dr. Hung-Yuan Chen vom National Taiwan University Hospital in Taipei gegenüber Reuters Health. "Bisher stehen Ärzten jedoch nur Schlafmittel zur Verfügung, um dieses Problem in den Griff zu bekommen."

In Anbetracht dessen, dass die kognitive Verhaltenstherapie sich zur Behandlung chronischer Schlaflosigkeit bei älteren Menschen und Patienten mit Krebs oder chronischen Schmerzen als wirksam erwiesen hat, untersuchte Chens Team den Effekt der Therapie auf Schlafstörungen bei Patienten, die seit mehr als 90 Tagen zur Dialyse gingen.

Alle 24 Studienteilnehmer wurden vor der vierwöchigen Studie über richtige Schlafhygiene aufgeklärt; 13 von ihnen, die nach dem Zufallsprinzip ausgewählt wurden, nahmen zudem vier einstündige Termine zur kognitiven Verhaltenstherapie bei einem Psychiater wahr. Teilnehmer, die vor Eintritt in die Studie schon lange niedrig dosierte Schlafmittel eingenommen hatten, nahmen die gleichen Dosen auch während der Studie ein.

Nach vier Wochen zeigte sich bei Standardtests ein "beeindruckender" Trend hin zu einer Verbesserung des Schlafes, doch die Resultate seien statistisch nicht signifikant gewesen, berichtet das Team im American Journal of Kidney Diseases.

Bei nahezu 80 Prozent der Patienten in der Gruppe, die kognitive Verhaltenstherapie erhalten hatte, verbesserten sich die Schlafgewohnheiten. Auch Müdigkeit machte diesen Patienten weniger Probleme.

In der Gruppe mit kognitiver Verhaltenstherapie, aber nicht in der Kontrollgruppe, sanken die Konzentrationen eines Blutproteins namens Interleukin-1-beta, das mit Entzündungsprozessen verbunden ist.

Die vorliegende Studie, so Chen und Kollegen, liefere "neue Beweise" dafür, dass eine kognitive Verhaltenstherapie, zusätzlich zu niedrig dosierten Schlafmitteln, bei Dialyse-Patienten mit Schlafproblemen "nicht nur die Schlafqualität und Tagesmüdigkeit bessert, sondern auch die Konzentrationen an im Blut zirkulierenden Entzündungsproteinen".

Quelle: American Journal of Kidney Diseases, August 2008

**Programm:**

- **Weihnachtsmarktbesuch**
- **Abendessen**
- **Abendprogramm mit Nachtschwester Lackmeier**



**Junge Nierenkranke  
Deutschland e.V.**

***Einladung zum  
Weihnachtsmarkt und  
Jahresabschluss  
vom  
13. bis 14.12.2008  
in  
St. Wendel***

**Übernachtung mit Frühstück:**

**Einzelzimmer 45 €**

**Doppelzimmer für 2 Personen 65 €**

**Kinder unter 10 Jahre wohnen kostenfrei.**

**Alle Preise sind pro Zimmer und Tag inkl. Mehrwertsteuer, Frühstücksbuffet und Nutzung des Wellnessbereichs**

***Anmeldeschluss ist der 23.11.2008***

**Weihnachtsdorf mit riesiger  
Weihnachtspyramide.**

**Zwerge sind die großen Stars**

**Orientzauber 1001 Nacht**



**Einladung zum Weihnachtsmarkt**



### **Was Nierenkranken hilft, mit dem Rauchen aufzuhören**

Patienten, die an einer chronischen Nierenerkrankung leiden, sollten keinesfalls rauchen. Denn damit erhöhen sie ihr Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das durch das Nierenleiden sowieso schon erhöht ist, noch zusätzlich. US-Forscher haben jetzt überprüft, was wirklich beim Aufhören hilft.

Zigaretten rauchen sei einer der am besten reduzierbaren Risikofaktoren für chronische Nierenerkrankungen bzw. deren Fortschreiten bei bereits erkrankten Menschen, schreiben Harold J. Manley and Nicole M. Stack vom Albany College of Pharmacy im Nephrology Nursing Journal.

Ärzte sollten ihre nierenkranken Patienten deshalb dazu anhalten, mit dem Rauchen aufzuhören. Doch welche Hilfen unterstützen tatsächlich beim Aufhören?

Da Nikotin süchtig macht, sind zum Aufhören sowohl medikamentöse Maßnahmen als auch verhaltenstherapeutische Hilfe notwendig. Manley und Stack überprüften eine Reihe von Nikotinersatztherapien auf ihre Wirksamkeit und empfehlen: "Ärzte sollten kleine Dosen der Arzneistoffe Bupropion und Vareniclin verschreiben und außerdem eine Nikotinersatztherapie empfehlen."

Bupropion verringert das Verlangen des Patienten nach Nikotin, ist aber nikotinfrei. Vareniclin wirkt gegen die Tabakabhängigkeit, indem es das Verlangen vermindert und die durch Nikotin ausgelösten angenehmen Empfindungen blockiert.

Quelle: Nephrology Nursing Journal, July-August 2008

### **Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) gründete sich auf dem Nephrologiekongress**

Auf dem diesjährigen Nephrologiekongress in Tübingen gründete sich am 29.09.2008 eine neue nephrologische Fachgesellschaft, die

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie. Die neue Gesellschaft wird die beiden Muttergesellschaften, die Gesellschaft für Nephrologie und die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie, ablösen und zusammenführen. So sollen die Kräfte in der Nephrologie gebündelt und Synergien geschaffen werden.

Ziel der neuen Gesellschaft ist es, den Anliegen der Nephrologie in allen, das Fachgebiet betreffenden, Bereichen größeres Gewicht zu verschaffen. Sämtliche Fachgruppen und Verbände, die bisher das Spektrum der Nephrologie von den Grundlagenwissenschaften bis zur klinischen Versorgung in Ambulanz und Klinik vertreten haben, werden in der neuen Gesellschaft zusammenarbeiten. Die besonders erfolgreiche Arbeit der deutschen Grundlagenforscher gerade auf dem Gebiet der Hochdruck- und Nierenerkrankungen soll gezielt gefördert und zeitnah in die klinische Praxis eingeführt werden. Das Tätigkeitsfeld beinhaltet Fragen der Fort- und Weiterbildung, Durchführung wissenschaftlicher Tagungen, und die Förderung der intra- wie auch interdisziplinäre Kommunikation mit anderen medizinischen Fachgesellschaften im In- und Ausland. Als weitere Aufgaben definiert die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie die Nachwuchsförderung, die Erarbeitung von Qualifikationskriterien für ärztliches, pflegerisches und technisches Personal sowie die Beratung von Krankenhäusern, Versicherungsträgern und kommunalen oder staatlichen Stellen in allen Fragen der Nephrologie, insbesondere der Dialyse- und Transplantationsmedizin. Ein weiterer Schwerpunkt ist die Öffentlichkeitsarbeit. Die traditionell enge Verbundenheit der Gesellschaft für Nephrologie und der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für klinische Nephrologie zu Fachkollegen und Gesellschaften aus dem deutschsprachigen Ausland wird auch in der neuen Gesellschaft weiter gepflegt werden, nicht zuletzt durch die Repräsentation im erweiterten Vorstand der Gesellschaft.

Der Vorstand der neuen Gesellschaft wurde bei der Gründungsveranstaltung für die kommenden drei Jahre gewählt und setzt sich aus fünf

Vorstandsmitgliedern zusammen, die die wichtigsten Fachbereiche der neuen Gesellschaft repräsentieren. In den Gründungsvorstand wurden am 29. September 2008 berufen:

Prof. Dr. med. Reinhard Brunkhorst (Klinikum Oststadt, Hannover); Prof. Dr. med. Jürgen Floege ( Universitätsklinikum Aachen); Frau Prof. Dr. med. Christiane Erley (St. Josefskrankenhaus, Berlin); Frau Prof. Dr. med. Kerstin A mann (Universitätsklinikum Erlangen) und Dr. med Thomas Weinreich (Nephrologisches Zentrum Villingen-Schwenningen). Zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie wurde Prof. Dr. med. Reinhard Brunkhorst gewählt.

Die Pressestelle leiten Hr. Prof. Dr. J. Galle (Lüdenscheid) und Hr. Dr. Michael Nebel (Köln). Anfragen und Kontakte können an die Pressestelle (albersconcept, Jakobstr. 38, 99423 Weimar, Tel. 03643/ 7764-23, Fax - 52, albers@albersconcept.de ) gerichtet werden.

### **Medizinischer Fortschritt ermöglicht mehr Nierenlebensspenden**

Solange die Niere ihre Aufgabe erfüllt, verschwendet kaum jemand einen Gedanken an sie.

Dieses Desinteresse haben die rund 2 000 Teilnehmer des Jahreskongresses für Nephrologie in Tübingen mit Sorge registriert. Noch immer scheint die Bedeutung dieses zentralen Organs für Gesundheit oder Krankheit in der Bevölkerung weitgehend unbekannt zu sein.

Derweil steigt die Zahl der an Nierenleiden neu Erkrankten jährlich und damit auch die der Dialysepatienten. Zählte man 1996 noch 48 000 Nierenkranke in Deutschland, sind es heute rund 67 000 Betroffene. Nicht zugenommen hat dagegen die Bereitschaft zur Organspende nach dem Ableben (postmortale Spende). Kongresspräsident Professor Teut Risler attestiert Deutschland einen „ drastischen Mangel an Spenderorganen“.

Auf dem Gebiet der Dialyse, die die Zeit bis zur Transplantation über-

brückt, ist in den zurückliegenden Jahren durch innovative Behandlungstechniken viel für die Patienten erreicht worden. Die Effektivität der Behandlung ist gestiegen, und die Verträglichkeit der Dialyse sowie das Überleben der Patienten haben sich in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert. Viele Betroffene können heute weiterhin zur Arbeit gehen, Sport treiben oder in den Urlaub fahren. Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss 2006 verabschiedete verbindliche Richtlinie zur Qualitätssicherung von Dialysebehandlungen mit engmaschiger Kontrolle sorgt dafür, dass der hohe Versorgungsstandard flächendeckend in Deutschland gehalten wird.

Die Wartezeit auf eine passende Niere beträgt laut Risler im Mittel fünf bis sieben Jahre. Manche Patienten müssen allerdings so lange warten, dass ihr schlechter Allgemeinzustand eine Transplantation nicht mehr zulässt. Die Erfahrung zeigt jedoch, dass eine Transplantation fast für alle Empfänger unabhängig von Alter, Geschlecht, Grund- und Begleiterkrankungen eine Verbesserung der Lebensqualität und teilweise erheblichen Überlebensvorteil bringt. Die Nierentransplantation ist nach Expertenmeinung daher das beste Nierenersatzverfahren und muss vorangetrieben werden.

Mit konsequenter Aufklärung der Öffentlichkeit und Erweiterung des Spenderpools durch medizinische Innovationen versuchen die Nephrologen deshalb, dem Organmangel gegenzusteuern. Zur postmortalen Organspende ist in den letzten zehn Jahren bereits die Möglichkeit der Lebendnierenspende von nahen Angehörigen gekommen. Wegen Blutgruppen- und oder Gewebeunverträglichkeit zwischen Spender und Empfänger schieden bisher etwa 20 bis 30 Prozent der möglichen Lebendspenden aus – die Gefahr der akuten Abstoßung des implantierten Organs war zu groß. Doch Blutgruppenunverträglichkeit ist inzwischen keine Hürde mehr. „Heute vermögen wir die Patienten durch zwei Therapieschritte so vorzubereiten, dass sie auch bei Blutgruppenunverträglichkeit transplantiert werden können“, erklärte Risler.

Die zweite Barriere, die Gewebeunverträglichkeit, führt in aller Regel bereits während der Transplantation zur Abstoßung des fremden Organs. Doch auch hier ist es Tübinger Forschern jetzt gelungen, in bestimmten Fällen diese Hürde zu überwinden: Durch eine entsprechende Vorbehandlung des Empfängers werden die Haupt-Transplantationsantigene – die spenderspezifischen HLA-Antikörper – unterdrückt. Mehrere Nierenlebendspenden wurden mit diesem neuen Verfahren bereits erfolgreich durchgeführt.

Quelle: Focus online 04.10.2008

### **Nieren mit kleinen Tumoren können transplantiert werden**

Die Menge an Nieren, die für Transplantationen zur Verfügung stehen, könnte erhöht werden, wenn auch Nieren verwendet würden, die aufgrund kleiner, zufällig entdeckter Tumore entfernt wurden. Dies zeigen die Ergebnisse einer australischen Studie.

Das größte Problem bei der Transplantation von Nieren sei, dass es zu wenig Spenderorgane gebe, schreiben Dr. David L. Nicol vom Princess Alexandra Hospital in Brisbane und seine Kollegen. Die Verwendung "grenzwertiger" Nieren von verstorbenen Spendern ist eine Strategie, mit der versucht wurde, diesem Problem zu begegnen. Doch die Forschung hat gezeigt, dass der Transplantationserfolg im Allgemeinen besser ist, wenn das eingesetzte Organ von einem Lebendspender stammt, selbst wenn der Spender nicht mit dem Empfänger verwandt ist.

Für viele Patienten existiere jedoch kein passender Lebendspender, erklären sie. Dies sei besonders für ältere Patienten problematisch, oder auch für diejenigen, die an mehr als einer Krankheit leiden und versterben könnten, während sie darauf warten, die Niere einer verstorbenen Person zu erhalten.

Nicols Team untersuchte die Transplantationserfolge bei 43 Patienten, denen man Nieren eingesetzt hatte,

die kleine, zufällig entdeckte Tumore enthielten.

Die Organe stammten von 38 Patienten, denen aufgrund des Verdachts auf ein Nierenzellkarzinom eine Niere entfernt worden war, außerdem von drei verstorbenen Spendern. Nach der operativen Entfernung des Tumors wurden alle Nieren erfolgreich transplantiert.

Die meisten der Empfänger waren über 60 Jahre alt und viele von ihnen litten an mehreren Krankheiten. Vier Patienten starben aus nicht mit der Transplantation in Zusammenhang stehenden Gründen. Bei den verbleibenden Patienten funktionierte die Niere in den 32 Monaten, in denen sie von Nicols Team beobachtet wurden, einwandfrei.

Alle drei Monate wurden Überwachungsuntersuchungen durchgeführt, die bei einem Patienten die Rückkehr des Tumors aufdeckten. Der Tumor sei neun Monate nach der Transplantation erneut aufgetreten und der Patient sei in den letzten 18 Monaten stabil gewesen, berichten die Forscher.

"Unsere Erfahrung ?, schlussfolgern sie, "sagt uns, dass Nieren von Patienten mit kleinen Nierentumoren, die sich einer radikalen Nephrektomie (Nierenentfernung) unterziehen, eine wertvolle Quelle für viele Patienten mit Nierenversagen im Endstadium sein könnte, das bisher weitgehend unbeachtet geblieben ist".

Quelle: BJU Int. 2008 Jul;102(2):188-92

### **Aktiviertes Vitamin D beeinflusst Krankheitsverlauf bei Dialyse-Patienten positiv**

Die Einnahme von aktiviertem Vitamin D verbessert das Überleben von Patienten, die auf eine Dialyse angewiesen sind. Dies berichten Forscher des Hospital Universitario Central de Asturias im spanischen Oviedo.

Dr. Manuel Naves-Díaz und seine Kollegen verfolgten 16 Monate lang den Krankheitsverlauf von Hämodialyse-Patienten in sechs latein-

amerikanischen Ländern. Insgesamt 7203 Patienten nahmen aktiviertes Vitamin D ein. Die Gabe von aktiviertem Vitamin D sei in vielen Ländern die häufigste Behandlungsform bei sekundärem Hyperparathyreoidismus, der eine Folge der chronischen Nierenerkrankung ist, erklären die Wissenschaftler.

Die Patienten, die mit aktiviertem Vitamin D behandelt wurden, verstarben in der Studie deutlich seltener an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Infektionen oder bösartigen Neubildungen (Tumoren). Auch die Gesamtsterblichkeit war bei ihnen wesentlich niedriger. Dies stellten die Wissenschaftler fest, als sie die behandelten Patienten mit 8801 Patienten verglichen, die kein aktiviertes Vitamin D einnahmen.

Weiterhin fand das Team um Dr. Naves-Díaz heraus, dass die eingenommene Menge an aktiviertem Vitamin D von großer Bedeutung war. Am besten erging es in der Studie denjenigen Patienten, die die niedrigste Dosis an aktiviertem Vitamin D einnahmen.

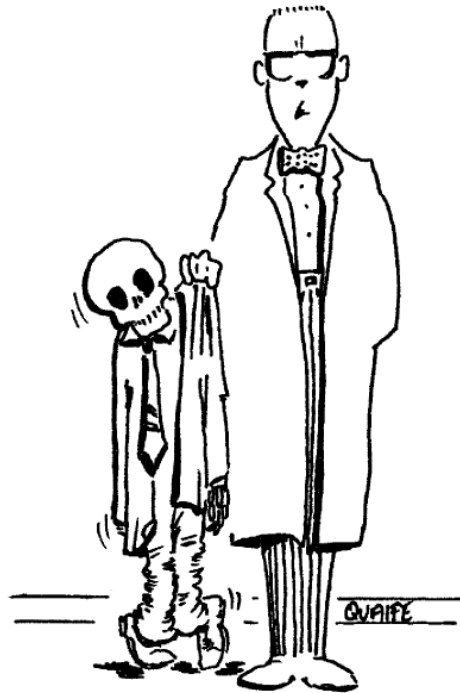
Quelle: Kidney International, online erschienen am 16. Juli 2008

### Weisheit des Monats

**Stark sein bedeutet nicht,  
nie zu fallen,  
nie zu weinen,  
nie zu leiden,  
nie vollkommen am Boden zerstört sein.**

**Nein...Stark sein bedeutet,  
immer wieder mit einem Lächeln aufzustehen,  
versuchen weiterzukämpfen,  
seine Fehler zu akzeptieren und aus ihnen zu lernen,  
das Leid zu ertragen und seinen Glauben und seine Hoffnung immer zu vergrößern.  
Das ist wahre Stärke.....**

Schreiber Unbekannt



Darf Ich Vorstellen: Das ist Mr. Bates, unser perfekter Patient. ER kontrolliert seine Flüssigkeitsmenge, in dem er nichts trinkt; seine Kalium, sein Cholesterin und sein Phosphat in dem er nichts isst.

Ich freue mich, dass mir erlaubt wurde, in jeder Ausgabe der JUNI NEWS ein Cartoon von Peter Quaife (früher Bassist der Rockgruppe The Kinks und auch Dialysepatient) aus seinem Buch: "The Lighter Side of Dialysis" ins Deutsche übersetzen zu dürfen.

(copyright © Jazz Communication Ltd 2004 all rights reserved, Cartoons: Peter Quaife - deutsche Übersetzung: Thomas Lehn)

### Aufbaukurs Erste Hilfe

Nachdem wir unserem Mitglied Matthias Müller alles Gute zu seinem Geburtstag gewünscht und ihm ein kleines Ständchen gebracht hatten, begannen wir unser Seminar mit dem ersten Thema „Erste Hilfe Aufbaukurs“.

Herr Achim Leibach vom DRK betonte in seiner Begrüßung, dass dies selbstverständlich kein vollständiger Auffrischungskurs sei, wie man ihn beim Deutschen Roten Kreuz absolvieren kann. Er könne uns nur noch einmal die Basis näher bringen.

Dies war von uns bei der Seminar-

planung auch so beabsichtigt. Wir wollten erreichen, dass die Teilnehmer sich bewusst werden, dass für jeden von uns eine vollständige Auffrischung notwendig ist.

Herr Leibach begann den Vormittag damit, uns Erste-Hilfe-Situationen vorzustellen. Erste-Hilfe wird nicht nur bei einem Verkehrsunfall benötigt. Im täglichen Leben können wir immer und überall in eine Situation geraten, in der unsere Hilfe benötigt wird. Sei es der Kollege am Arbeitsplatz, dem übel wird oder ein fremder Mensch der vor uns auf der Straße umfällt. Der Vortrag konzentrierte sich auf die Punkte

- Ablauf der Hilfeleistung
- Stabile Seitenlage
- Herz-Wiederbelebung
- Schocklage

Ganz wichtig sind immer zwei Dinge:

#### Absichern

Jeder Ersthelfer muss nicht nur eine eventuelle Unfallstelle absichern. Er muss auch für seine eigene Sicherheit sorgen.

#### Notruf absetzen

Ein Notruf muss immer abgesetzt werden. Auch wenn man selbst nicht helfen kann oder möchte. Hierfür gibt es viele Gründe: Infektionsgefahr, Ekel, evtl. Angst.

Wichtig für den Notruf sind folgende Angaben:

- Wo ist etwas passiert
- Was ist passiert
- Wie viele Personen sind betroffen
- Welche Verletzungen liegen vor (soweit erkennbar)
- Unbedingt auf Rückfragen der Leitstelle warten

Diese Angaben sind für die Notrufleitstelle besonders wichtig.

#### Ablauf der Hilfeleistung

- Absichern der Stelle (raus aus evtl. Gefahrenbereich)
- die Person ansprechen, anfassen und zeigen, dass geholfen wird
- durch ansprechen und rütteln, feststellen, ob die Person bei

- Bewusstsein ist wegen Erstickungsgefahr, den Kopf Strecken und die Mundhöhle nach Erbrochenen oder Fremdkörpern prüfen
- Atmung prüfen (im Rippenbogenbereich durch Fühlen, aber auch durch Hören und Sehen)
- ist die Atmung stabil, kann die Person in die stabile Seitenlage gebracht werden
- Fremdkörper müssen immer im Körper verbleiben (sonst evtl. große Gefahr des Verblutens)
- Notruf absetzen
- evtl. störende Gaffer vertreiben (am besten durch Einbeziehen in die Hilfeleistung)

Um nun praktisch üben zu können, wurden unter den Anwesenden zwei Gruppen gebildet. Unser Mitglied Anthony, hauptberuflich Rettungssanitäter beim DRK in Hessen, war dem Referenten behilflich. So war es möglich, dass wir alle am „lebenden“ Objekt, nämlich den Seminarteilnehmern, die ersten Maßnahmen üben konnten.

Wird bei der Hilfe suchenden Person festgestellt, dass die Atmung ausbleibt, muss Herz-Wiederbelegung erfolgen.

Bevor mit der HWB begonnen werden kann, muss unbedingt der Notruf abgesendet werden. Der Rettungsleitstelle mitteilen, dass die Person ohne Bewusstsein und Atmung ist und das mit der HWB begonnen wird.

- 30 x Herzdruckmassage
- 2 x Atemspende
- Herzdruckmassagen und Atemspenden im Wechsel so lange durchführen, bis der Rettungsdienst eintrifft und die Maßnahmen fortführt oder der Betroffene wieder normal zu atmen beginnt. Wird die HWB unterbrochen, bevor der Rettungsdienst eintrifft, sinken die Überlebenschancen des Betroffenen

rapide.

Auch die Herzdruckmassage konnte nun anhand einer Puppe praktisch geübt werden. Herr Leibach erklärte, dass pro Minute ca. 100 Mal gedrückt werden muss. Nach 3-4 Minuten lässt die Kraft des Helfers nach. Da die Maßnahme, wie bereits erwähnt, auf jeden Fall bis zum Eintreffen der Rettungskräfte durchgeführt werden muss, ist das Ausführen zu zweit ratsam. Die Helfer können dann immer wieder zwischen Beatmung und Herzdruckmassage wechseln. So handelt auch der Rettungsdienst des DRK.

Zum Schluss wurde noch der **SCHOCK** angesprochen.

Zuerst muss der Schockzustand erkannt werden. Hinweise dafür sind

- Unruhe, Angst, Nervosität
- blasse Hautfarbe
- kalte, oft schweißnasse Haut
- Frieren, Zittern
- im späteren Verlauf Ruhe, Teilnahmslosigkeit, ggf. Bewusstlosigkeit

Bei Nichtbeseitigung des Schocks kann unter Umständen der Tod durch Sauerstoffmangel eintreten.

### Maßnahmen

- Notruf absetzen
- Ermutigen, trösten und betreuen
- Betroffenen hinlegen und warm zudecken, für Ruhe sorgen
- Beine hoch lagern. Aus erhöhten Beinen fließt Blut zum Gehirn und zu den Organen (Schocklage)
- Bei Herz-Kreislauf-Stillstand **H e r z - L u n g e n - W i e d e r b e l e g u n g**

**ACHTUNG: Die Schocklage darf nicht angewandt werden bei den 5 B's**

Bewusstlosigkeit mit vorhandener Atmung (hier erfolgt die stabile Seitenlage)  
Bein- und Beckenbrüchen

Bauch- und Brustverletzungen  
Buckel (Rückenverletzungen)  
Birne (Kopfverletzungen)

Viele Menschen trauen sich nicht, Erst-Hilfe zu leisten, weil sie Angst haben, dass sie etwas falsch machen könnten. Hier gilt immer und unbedingt

### Keine Rechtsprechung WEGEN Hilfeleistung

Das bedeutet, wer hilft, hat keine rechtlichen Schritte zu befürchten, auch wenn er nicht alles richtig macht. Hilfe sollte jeder leisten, sei es auch nur der abgesetzte Notruf. Bewusst unterlassene Hilfeleistung jedoch wird bestraft.

Uns allen hat der der Vormittag mit Herrn Laubach sehr gefallen. Die Mischung zwischen Theorie und praktischen Übungen ist besonders gut angekommen. Unser Ziel, den Teilnehmern bewusst zu machen, dass unser Erste-Hilfe-Wissen bei den meisten tief verschüttet und eine Auffrischung dringend notwendig ist, haben wir erreicht. Der ein oder andere wird sicherlich noch einmal einen kompletten Kurs besuchen.

Denkt immer daran, es kann jeden von uns einmal treffen.

Daniela Helduser

**AOK startet neue Rabattschlacht**  
Chaos Nr. 2 in Sicht

Die „Risiken und Nebenwirkungen“ von Rabattverträgen sind schon lange bekannt. Vor allem chronisch kranke Menschen, die eine Vielzahl von Arzneimitteln einnehmen müssen, erinnern sich noch allzu gut an das Chaos, das bereits im Frühjahr 2007 für Ärger in den Apotheken gesorgt hat: Sogenannte Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern sollten bei den Kassen für angebliche Millioneneinsparungen sorgen – auf Kosten der

Patienten.

Warum einfach, wenn's auch kompliziert geht? Bisher entschied der Arzt, welches Arzneimittel ein Patient bekommen soll, und der Apotheker händigte dem Patienten das verschriebene Medikament aus. Dem Therapieerfolg stand praktisch nichts im Wege. Doch das bewährte System der Verschreibungen geriet mit dem Inkrafttreten der Rabattverträge gefährlich ins Wanken: Schließt heute eine Krankenkasse über einen Wirkstoff – z. B. ein Medikament zur Senkung des Blutdrucks – einen Rabattvertrag mit einem bestimmten Arzneimittelhersteller, bedeutet dies für den betroffenen Patienten, dass er plötzlich eine „rote“ statt einer „blauen“ Pille schlucken muss, es sei denn, der Arzt hätte durch einen speziellen Verordnungshinweis auf dem Rezept die Abgabe des bisher verordneten Medikaments ausdrücklich vorgeschrieben. Tut er das nicht, ist der Apotheker verpflichtet, dem Patienten nicht mehr das gewohnte Arzneimittel auszuhändigen, sondern das Produkt des Herstellers, mit dem die Krankenkasse einen Rabattvertrag geschlossen hat.

Dass die von Gesundheitsministerium und Krankenkassen als notwendig und ungefährlich dargestellte Praxis erhebliche Probleme mit sich bringt, zeigen die Reaktionen der Patienten in der Apotheke. Vor allem ältere Menschen, die viele Tabletten einnehmen müssen, reagieren mit Unverständnis und Unsicherheit. Auch wenn ihnen versichert wird, dass der Wirkstoff derselbe sei, sind sie nur schwer zu überzeugen. Experten warnen, dass in vielen Fällen die verordnete Therapie aufgrund von Verunsicherung nicht mehr oder nur eingeschränkt fortgeführt wird. Die mögliche Folge: Statt der erwarteten Kostensenkung entstehen höhere Kosten für die Krankenkassen aufgrund von Komplikationen oder Folgeerkrankungen.

Auch die logistische und wirtschaftliche Komponente stellt die Rabattverträge in Frage. Erheblicher bürokratischer Mehraufwand belastet Krankenkassen wie Apotheken gleichermaßen. Fraglich ist, ob diese Kosten in die von den Kassen veröffentlichten Erfolgsmeldungen

dämpfend einfließen. Darüber hinaus führten 2007 massive Lieferengpässe zu Problemen: Viele Hersteller, die die Zuschläge von Krankenkassen erhalten hatten, waren nicht in dem Ausmaß lieferfähig, wie es die neuen Vereinbarungen verlangten.

Voraussichtlich im März 2009 dürften sich AOK-Patienten erneut auf Umstellungen und massive Lieferprobleme gefasst machen: Ungeachtet der miserablen Erfahrungen aller Beteiligten mit den ersten Rabattverträgen schreibt die AOK 64 Wirkstoffe neu aus und teilt dazu Deutschland in nur fünf Los-Regionen ein! Massive Kritik ließ nicht auf sich warten. So beklagte der Vorsitzende des Deutschen Apothekerverbandes (DAV), Hermann S. Keller, dass seitens der AOK künftig nur noch ein einziger Hersteller den Zuschlag für einen Wirkstoff pro Los-Region bekommen soll: Mit dieser Praxis könne die Lieferfähigkeit nicht garantiert werden. Keller fand klare Worte für das Vorgehen der AOK: „Wenn heute, ein Jahr nach den ersten Erfahrungen mit Lieferdefekten, von der AOK wieder wissentlich die Fehler der Vergangenheit wiederholt werden, dann muss man sich schon fragen, was bei den Beteiligten mehr wiegt; die Gesundheit der Patienten oder Kosteneinsparungen auf Biegen und Brechen.“

Der Branchenverband der Generika-Hersteller „Pro Generika“ kritisiert die organisatorischen und juristischen Fehler im Rahmen der neuen AOK-Ausschreibungen: Es habe zahlreiche Pannen zum Nachteil der an den Ausschreibungen teilnehmenden Unternehmen gegeben. „Mit dieser Pannenserie verschärft sich die Diskussion über die Sinnhaftigkeit von Rabattverträgen erneut“, so Peter Schmidt, Geschäftsführer von Pro Generika. „Die haarsträubenden Fehler der AOK belasten unsere Mitgliedsunternehmen schwer.“

Angesichts der massiven und nachvollziehbaren Kritik von Patienten, Apothekern, Ärzten und Arzneimittelherstellern kann man es durchaus als Skandal bezeichnen, dass das Bundesgesundheitsministerium an einem Ausbau der Rabattverträge festhält. In den vergangenen Jahren ausgesprochen erfolgreich bei der Verbreitung von Erklärungen, die über die kontinuierliche Verschlechterung unserer Gesundheitsversorgung hinwegtäuschen, plädiert das Ministerium auch jetzt aktiv für einen Ausbau der Rabattverträge, um das angeblich zu teure Gesundheitswesen durch Sparmaßnahmen finanzierbar zu machen.

Aber das Festhalten an unsinnigen Rabattverträgen ist nicht der einzige Fehler der Gesundheitspolitik. Man denke nur an die vielen unterfinanzierten Krankenhäuser, die vor dem finanziellen Kollaps stehen, an die im europäischen Rahmen unanständig hohe Mehrwertsteuer von 19 % auf Arzneimittel – 5 Milliarden EURO(!) entzieht der Staat so Jahr für Jahr der Gesetzlichen Krankenversicherung – oder an die Tatsache, dass die Bundesagentur für Arbeit (BA) trotz guter Finanzdaten seit eh und je nur die halben Krankenversicherungsbeiträge für Arbeitslose an die GKV überweist. Die andere Hälfte bringen die braven Beitragszahler zusätzlich auf. Wieso eigentlich?

Und um das Maß voll zu machen: Ein gravierender Fehler der Gesundheitspolitik war auch die Zulassung des Versandhandels von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln. Leichte Bestellmöglichkeiten im Internet ohne



das persönliche Beratungsgespräch in der Apotheke erleichtern unkontrolliertes Suchtverhalten. Und weil Verbraucher seriöse Anbieter nicht von unseriösen Firmen im Internet unterscheiden können, sind Arzneimittelfälschungen – so die Warnungen von Experten – Tür und Tor geöffnet.

Da helfen auch keine Gütesiegel. Denn auch die kann man fälschen.

Quelle: Allgemeine Gesundheitszeitung Nr. 19. 2008

**Herbstseminar der Jungen  
Nierenkranken Deutschland  
e.V. in Königsfeld im  
Schwarzwald  
vom 2.-5. Oktober 2008**

Das dritte und letzte Seminar im Jahr 2008 fand über das verlängerte Wochenende zum

„Tag der deutschen Einheit“ ganz im Süden Deutschlands, in Königsfeld im Schwarzwald, statt.

Das Schwarzwaldpark-Hotel, schön gelegen in einem Park am Waldrand, war einigen der Teilnehmer aus Kinderfreizeiten der Kinderklinik Heidelberg bekannt. Dieter Centmayer hatte uns aus dieser Zeit um 1980 einige Fotos mitgebracht, wo sich der eine oder andere Teilnehmer wieder erkannte, und Erinnerungen an schöne Ferientage wurden wach.

Die Anreise am Donnerstag forderte den Teilnehmern, die mit dem Auto anreisten, einiges an Geduld ab, waren doch die Autobahnen mit langen Staus aufgrund des bevorstehenden „langen“ Wochenendes verstopft.

Zum Abendessen hatten es aber schließlich fast alle geschafft und wir durften uns an einem Buffet bedienen, das keine Wünsche offen ließ. Der Abend fand einen gemütlichen, teils langen Ausklang mit Gesprächen und Erzählungen. Ein kleiner Teil der Gruppe machte sich noch auf eine „Abendtour“ in die Villingen Innenstadt auf.

Der erste Seminartag am Freitag be-

gann mit einem ausgiebigen Frühstück vom Buffet, bei dem sich jeder ausreichend für den Tag stärken konnte.

Nach der Begrüßung durch Daniela Helduser und Rainer Merz frischte ein netter Referent vom DRK Ortsverband Königsfeld unsere Kenntnisse in Erster Hilfe auf. Ergänzt wurden seine Ausführungen durch Anthony, der beruflich als Rettungssanitäter tätig ist und spontan einige praktische Beispiele und Tipps hinzufügte.

Praktische Übungen zur stabilen Seitenlage und der Herz-Lungen-Wiederbelebung an „Little Anne“ (einer Übungspuppe) folgten. Der Vormittag verging so wie im Fluge und wir empfanden diesen praktischen Teil des Tages als sehr abwechslungsreich und auflockernd.

Nach der Mittagspause folgten fachlich anspruchsvolle Themen:

Herr Dr. Kramer-Zucker vom Uniklinikum Freiburg referierte über die CMV-Infektion und die Folgen, ein Thema, das viele Transplantierte aufgrund der Immunsuppression vor allem nach einer Transplantation tangiert und mit dem der eine oder andere bereits Erfahrungen gemacht hat. Unsere Fragen hierzu wurden von Herrn Dr. Kramer-Zucker verständlich beantwortet.

Noch anspruchsvoller wurde es beim letzten Vortrag des Tages von Herrn Prof. Reichel vom Nephrologischen Zentrum in Villingen-Schwenningen. Das Thema war der Sekundäre Hyperparathyreoidismus und die Folgen, d.h. die Überfunktion unserer Nebenschilddrüse, die oft durch den gestörten Calcium-Phosphat-Haushalt bei Nierenpatienten ausgelöst wird. Für einige Betroffene unter uns war dieser Vortrag sehr interessant, gewisse Vorkenntnisse zu dieser komplexen Thematik waren jedoch hilfreich. Auch hier bemühte sich der Referent um eine verständliche Beantwortung unserer Fragen.

Unsere vier Dialysepatienten machten sich anschließend zur Dialyse nach Villingen-Schwenningen auf und veräumten so leider wieder ein gutes Abendessen.

Der Rest der Gruppe hatte bis spät in der Nacht viel Spass in der im Hotel integrierten Kneipe „Fässle“. Der Alleinunterhalter „Pffifikus“ animierte

uns zur Bewegung auf der Tanzfläche mit Hits der 70er-Jahre, der Neuen Deutschen Welle und aktuellen Schlagern. Bei vielen kam der Schlaf etwas zu kurz in dieser Nacht, doch schafften es fast alle, am nächsten Tag pünktlich zum Seminarstart um 9 Uhr zu erscheinen.

Der erste Vortrag am Samstag war ein informativer Vortrag von Herrn Harren, dem Erfinder des Vita-Clip, vom Serumwerk Bernburg AG über den „Vita-Clip“ „Dialyse ohne Abdrücken“. Er hatte einen Patient als direkt Betroffenen und einen Pfleger aus dem Dialysezentrum Villingen-Schwenningen mitgebracht. Der Vita-Clip findet in der Hämodialyse Anwendung und ist ein auf die Haut aufklebbarer, mit einer Kanüle durchstechbarer Verschluss aus Silikon, welcher sich nach dem Ziehen der Kanüle von selbst wieder verschließt. Der Patient hat dadurch unter anderem den Vorteil, dass die Punktionsstellen nach der Dialyse nicht mehr abgedrückt werden müssen und gewinnt so an Zeit zurück.

Nach der Kaffeepause gaben Caroline Schmitt und ihre Eltern die Erfahrungen ihrer Lebendnierenspende von der Mutter auf die Tochter weiter. Sie berichteten über die Zeit der Entscheidungsfindung, der Transplantation im Uniklinikum Heidelberg bis zur ersten schweren Phase nach der Transplantation und Caroline erzählte uns, wie sie sich jetzt, 8 Monate nach der Transplantation, fühlt. Ergänzend wurden auch die Erfahrungen von Carolines Vater und ihrem Freund eingebracht, die den interessanten Bericht abrundeten. So manch ein Teilnehmer erinnerte sich durch die Erzählungen an seine eigene Transplantation und erkannte einige ähnliche Begebenheiten wieder.

Mit einem schönen Zitat beendete die Familie Schmitt diesen Vortrag und damit 1 ½ interessante Seminartage: **DIE VERGANGENHEIT IST GESCHICHTE, DIE ZUKUNFT EIN GEHEIMNIS UND DIE GEGENWART EIN GESCHENK.**

Den verregneten freien Nachmittag verbrachten wir mit Erholung im großen Wellnesbereich

(Schwimmbad, Sauna etc.) des Hotels, Spaziergängen nach Königswald oder Ausflügen in die nähere Umgebung.

Um 17.30 h hatte Rainer für uns eine Stadtführung durch Villingen organisiert.

Sein ehemaliger Lehrer brachte uns während eines Stadtrundgangs die Geschichte von Villingen näher, leider bei etwas frostigen Temperaturen, die uns doch etwas leiden ließen.

Zum Abschluss trafen wir uns anschließend alle in einem Restaurant, wo wir die gemeinsamen Tage gemütlich ausklingen ließen.

Am Abreisetag überraschte uns die Sonne, nachdem es am Freitag und Samstag für die Jahreszeit ungewöhnlich kalt war und gar zu Schneeregen neigte.

Wir ließen uns das Frühstück nochmals schmecken, dann nahte der Abschied ...

ein „Auf Wiedersehen“ von „Leidensgenossen“, die manch' einem zum guten Freund geworden sind und bei denen man ohne große Worte und Erklärungen Verständnis findet.

Herzlichen Dank an Daniela und Rainer für die gute Organisation dieses Seminars!

Christine Wörner

### Karpaltunnel-Diagnostik indiziert?

#### Drei einfache Zeichen wecken CTS-Verdacht

Die definitive Diagnostik eines Karpaltunnelsyndroms (CTS) fußt auf der Elektromyographie beziehungsweise der Messung der Nervenleitgeschwindigkeit. Drei einfache Fragen verraten, ob diese Untersuchungen angebracht sind.

Forscher um Dr. Simon Podnar von der Universität Ljubljana präsentierten auf dem Kongress der American Association of Neuromuscular & Electrodiagnostic Medicine drei besonders valide Kriterien, die eine ein-

gehende CTS-Diagnostik ratsam erscheinen lassen.

**1. Kribbeln in mindestens zwei der Finger I bis IV**

**2. Verschlimmerung während der Nacht oder beim Aufwachen**

**3. Verstärkung der Beschwerden beim Shake-hands**

Sofern mindestens zwei dieser Kriterien erfüllt sind, fallen die elektro-neurologischen Tests mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit positiv aus. Podnar gibt eine Quote von 97 Prozent an. Lediglich Patienten mit weit fortgeschrittenem Karpaltunnelsyndrom fallen Podnar zufolge durchs Raster dieser Kriterien.

Podnars Team hatte 100 Patienten einen Fragebogen mit sieben diagnostischen Fragen zum CTS ausfüllen lassen. Beim Abgleich mit den Ergebnissen der weiteren Diagnostik schälten sich die drei genannten Fragen als besonders aussagekräftig heraus.

Ärztliche Praxis 19.09 08

### Gericht verurteilt Dialysearzt

Duisburg (RP) Wegen Körperverletzung und Betruges ist ein niedergelassener Dialyse-Arzt aus Duisburg gestern zu einer Freiheitsstrafe von dreieinhalb Jahren verurteilt worden.

Die Richterin am Amtsgericht sah es als erwiesen an, dass der Nierenspezialist und Internist mit Praxis in der Innenstadt zwischen 2001 und 2005 in 1222 Fällen medizinisch nicht notwendige Dialysen angeordnet, durchgeführt und bei den Krankenkassen abgerechnet hat. Er habe es versäumt, auch nur dem Minimum an ärztlicher Pflicht nachzukommen, sagte die Richterin in ihrer Urteilsbegründung. Über Jahre hat er sich die gesundheitlichen Probleme der Patienten zunutze gemacht und Dialysen verordnet, um Geld zu machen.

Ein Sachverständiger hatte zuvor detailliert geschildert, dass der Arzt an jedem seiner Patienten gleich mehrere Behandlungsfehler auf ein-

mal begangen hat. So habe er bei der Eingangsuntersuchung lediglich Blut entnommen, nicht aber den Urin untersucht. Auch habe es keine richtigen Aufklärungsgespräche gegeben? Er hat mir nicht erklärt, was bei der Dialyse genau passiert und welche schlimmen Nebenwirkungen es geben kann. Er hat nur gesagt, ich muss sofort zur Dialyse, sonst werde ich nicht mehr lange leben?, erinnerte sich eine ehemalige Patientin.

Wenn es Komplikationen gab, hat der Arzt sie offenbar ignoriert. Wie etwa bei dem 71-Jährigen, der gestern ebenfalls als Zeuge auftrat. Ich hatte ständig Magenschmerzen. Außerdem konnte ich nichts mehr hören und nicht mehr richtig sprechen. Aber er hat einfach weitergemacht mit der Dialyse?, berichtete er. Erst als sein Hausarzt ihn nochmals untersuchte, flog die Sache auf: Er hat die Behandlung sofort gestoppt. Ohne ihn hätte ich Weihnachten nicht überlebt.? Der über weite Strecken unsicher wirkende Verteidiger sah das bis zuletzt anders. Sein Mandant habe keinen ärztlichen Fehler begangen. Die Therapie sei in allen Fällen richtig gewesen. Das ist gängige Praxis?, betonte er im Schlussplädoyer und beantragte Freispruch. Die Richterin konnte er damit nicht beeindrucken: Sie toppte das beantragte Strafmaß der Staatsanwaltschaft noch um sechs Monate.

### Kardiovaskuläres Risiko steigt mit HbA1c

**Retrospektive Beobachtungsstudie weist auf Zusammenhänge hin / Ab sieben Prozent steigt Inzidenz deutlich**

**ROM (hbr). Und sie hängen doch zusammen: HbA1c und Gefäßrisiko bei Patienten mit Typ-2-Diabetes. Das ergab eine Studie mit 17 691 Patienten. Demnach steigt die Gefahr für KHK, Schlaganfall und Tod jeglicher Ursache stufenweise mit dem HbA1c-Wert.**

Die retrospektive Beobachtungsstudie haben Forscher um Dr. Katharina Eeg-Olofsson in Schweden gemacht und beim Europäischen

Diabetes-Kongress in Rom vorgestellt. Ziel war, den Zusammenhang zwischen der Qualität der Stoffwechselkontrolle und den bei Typ-2-Diabetikern häufigen kardiovaskulären Komplikationen zu klären.

Denn über die Bedeutung einer guten Blutzuckerkontrolle für die Reduktion solcher Ereignisse bei diesen Patienten wird vielerorts noch gestritten - nicht zuletzt aus dem Gedanken heraus, Therapiekosten einzusparen.

Für die Analyse wurden nicht selektierte Daten aus dem schwedischen Diabetes-Register ausgewertet. Die Patienten waren im Durchschnitt 64 Jahre alt; ihre Anamnese wies weder KHK noch Schlaganfälle aus. Der HbA1c-Wert betrug 7,6 Prozent und die Diabetesdauer im Durchschnitt 8,4 Jahre. Jeder Fünfte hatte eine Mikroalbuminurie.

Nach sechs Jahren waren rund 7000 tödliche oder nicht tödliche Ereignisse (KHK, Schlaganfall, kardiovaskuläre Erkrankungen) aufgetreten. In der Rubrik "Tod jeglicher Ursache" wurden 1707 Todesfälle notiert.

Die Daten zeigen unter anderem eine Zunahme des KHK-Risikos um 13 Prozent pro HbA1c-Anstieg von einem Prozentpunkt. Diese Steigerung war unabhängig zum Beispiel von Alter, Diabetesdauer, Mikroalbuminurie und der Einnahme von Antihypertensiva (diese erhielt jeder Zweite) und Lipidsenkern (die bekam jeder Neunte).

Verglichen mit den Patienten, die ein HbA1c zwischen 6,0 und 6,9 Prozent aufwiesen, hatten Diabetiker mit HbA1c-Werten zwischen 5,0 und 5,9 Prozent eine um acht Prozent niedrigere KHK-Rate. Bei HbA1c-Werten oberhalb von 6,9 Prozent dagegen war sie höher: Zwischen 7,0 und 7,9 Prozent um ein Drittel. Und bei HbA1c-Werten von 8,0 bis 8,9 war sie sogar um 56 Prozent höher.

Quelle: Ärzte Zeitung

### Mehr Lebensqualität durch Telearbeit

Dialyse und Arbeit unter einen Hut zu bringen, wie ist das zu schaffen? Das ist eine Frage, die sich Betroffene stellen, die vor der ersten Dialysebehandlung stehen und erstmal aus dem Berufsleben gerissen werden. Später müssen sie mit der Doppelbelastung Beruf und Dialyse zurechtkommen. Erwerbsunfähigkeitrente sollte nur dann in Betracht kommen, wenn alle anderen Lösungen zwischen Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Integrationsamt und Deutsche Rentenversicherung ausgeschöpft wurden.

Eine Möglichkeit, in seinem Job weiterhin arbeiten zu können, ist die Telearbeit. Sie bietet gerade für Dialysepatienten die Chance weiterhin im Erwerbsleben zu bleiben.

Vor einiger Zeit bot mein Arbeitgeber Landesbetrieb für Daten und Information (LDI) in Mainz Telearbeit an. Erstmals wurden fünf alternierende Test - Telearbeitsplätze eingerichtet, worauf man sich bewerben konnte. Es gibt mehrere Formen der Telearbeit. Bei uns in der Betriebsstätte wurde die alternierende Telearbeit eingeführt.

Als alleiniger Dialysepatient und Schwerbehinderter in unserem Betrieb bewarb ich mich auf einen der fünf Telearbeitsplätze.

Folgende Beweggründe hob ich bei meinem Arbeitgeber hervor, um mich für die TA zu bewerben:

#### Persönlicher Beweggrund:

Wie Sie wissen, dialysiere ich schon seit über 36 Jahren und bin trotzdem noch voll berufsfähig. Das ist in erster Linie meiner gesundheitlichen Konstellation zu verdanken; aber auch an der Freude und Spass an der Arbeit und auch eine Aufgabe zu haben. Natürlich erlebe ich auch Tage, an denen meine Gesundheit oder Krankheit kaum zulässt, zur Arbeit zu kommen.

Die Dialyse vertrage ich nach wie vor gut, aber Knochen- bzw. Muskel-

schmerzen, die durch die lange Dialysezeit nun auftreten, machen mir zu schaffen. Durch die alternierende Arbeitszeit würde sich der Fahrtweg zur Dienststelle verringern.

Die Vereinbarkeit von meiner Dialysebehandlung, Lebensführung und Beruf wären besser zu gestalten bez. umzusetzen

#### Dienstlicher Beweggrund:

Ich bin in Vollzeit beim LDI beschäftigt. Hauptsächlich ist meine Aufgabe die Betreuung der Mainframe Landschaft, insbesondere der SYSA-LPAR, mitzeichnungsberechtigt und mitverantwortlich für die Mainframe Hardware. Weiterhin administrierte ich z.Z. noch mit einem Kollegen den SAN.

*(Ich denke, an dieser Stelle ist es nicht notwendig weitere Details für meinen dienstlichen Beweggrund zu erläutern. Es gibt dienstliche Beweggründe, die bei jedem Antragsteller unterschiedlichster Art sind. Es muss gewährleistet sein, dass die Arbeit von zu Hause zu machen ist).*

#### Häusliche Gegebenheit:

Die räumliche Voraussetzung wäre bei mir zu Hause gegeben: In meinem Arbeitszimmer könnte man einen Telearbeitsplatz einrichten. ISDN und Telefonanschluss sind vorhanden.

*(Wenn die technische Gegebenheiten (z.B. PC, ISDN Leitung, Telefonanschluss etc.) zu Hause nicht vorhanden sind, werden die Voraussetzungen vom Arbeitgeber geschaffen. Finanzielle Mittel können bei der Deutschen Rentenversicherung eventuell auch beim Integrationsamt für die Büroausstattung (Schreibtisch, abschließbarer Aktenschrank, etc.) beantragt werden. In der Regel stehen Gelder zur Verfügung, müssen aber vom Telearbeiter/in beantragt werden.)*

#### Zusätzliche Gegebenheit:

Ich möchte noch an §4 der Integrationsvereinbarung (Zielvereinbarungen) hinweisen, dass im Einzelfall geprüft werden soll, ob eine vorrangige Besetzung eines Telearbeitsplatz durch einen Schwerbehinderten möglich ist.

*(Diese LDI interne Integrationsvereinbarung wurde am*



1.9. 2001 zwischen der damaligen Geschäftsstelle, Personalrat und Schwerbehindertenvertretung abgeschlossen, um Regelungen für die Interessen der behinderten Arbeitnehmer zu finden und durchzusetzen, damit Schwerbehinderte mehr in das Arbeitsleben integriert werden. Konkret steht im Gesetz, dass alle privaten und öffentlichen Arbeitgeber, mit der Schwerbehindertenvertretung, dem Betriebsrat oder dem Personalrat und in Zusammenarbeit mit dem Beauftragten des Arbeitgebers, eine verbindliche Integrationsvereinbarung zu erarbeiten und abzuschließen (§ 83 SGB IX) sind).

### **Telearbeit bietet die für Dialysepatienten die Chance weiterhin in ihrem Job zu arbeiten**

Natürlich müssen die Voraussetzungen für Telearbeit gegeben sein oder geschaffen werden.

Seit Mitte Januar 2007 nehme ich nun an der Pilotphase Alternierende Telearbeit teil und kann über meine persönliche Vor- bzw. Nachteile der Telearbeit berichten. (Auf Vorteile und Nachteile, Beweggründe für Telearbeit aus Arbeitgebersicht, werde ich hier mich nicht beziehen.).

Die alternierende Telearbeit wirkt sich bei mir durch mehr **Lebens- und Arbeitsqualität und besserer Vereinbarkeit im Berufs- Privatleben und meiner Behinderung** aus.

### **Berufsleben:**

Bessere Arbeitsbedingungen bei der Telearbeit sind nicht von der Hand zu weisen:

- mehr Motivation
- stressfreieres Arbeiten
- bessere Konzentration
- ruhigere und angenehmere Arbeitsatmosphäre
- selbstbestimmtes Einteilen der Arbeitszeit durch Berücksichtigung eigener Leistungs- und Biorhythmen
- eher eigenverantwortliches und selbstständiges Arbeiten

### **Privatleben:**

Die Telearbeit lässt sich sehr gut in das Privatleben einfügen und bietet einige Vorteile:

- zwischendurch kann man Energie tanken, mal eine Malzeit einnehmen
- Mittagspause verbringt man zu Hause / kann sich etwas kochen
- Man ist in der Kleiderwahl unabhängig, z. B. Im Sommer kann man in bequemer luftiger Kleidung arbeiten
- Wegfall der Fahrzeit, dadurch mehr Freizeit
- Wegfall der Fahrtwege zur Arbeitsstätte, dadurch weniger Umweltbelastung, spart Spritkosten und man steht nicht in Verkehrstaus
- Rauchfreie Zone
- Wenn man Familie zu Hause hat, kann man zwischendurch mal Einkaufen gehen, die Kinder beaufsichtigen oder die Oma pflegen.

### **Behinderung:**

Gerade bei Dialysepatienten, die durch die Dialysebehandlung gehandicapt sind, bietet die Telearbeit Hilfe bei ihrer Krankheitsbewältigung:

- Kann sich die Pausen einteilen und sich mal ausruhen und hinlegen (Ruhezeiten)
- Kann Diätvorschriften besser einhalten, da man zu Hause etwas kochen kann (kein Kantinenessen)
- CAPD Patienten können in gewohnter sauberer Umgebung ihren Beutel wechseln
- weniger Schmerzmedikamente bei Gelenk- Knochen- und Muskelschmerzen
- Rückgang der Abwesenheits- und Fehlzeiten aufgrund von Unwohlsein nach der Dialyse (man meldet sich nicht so schnell krank)
- Versuch bei der Arbeit zu dialysieren, ist theoretisch möglich.

### **Nachteile:**

Es gibt natürlich auch die Kehrseiten der Telearbeit. Man muss folgende Punkte berücksichtigen:

- Soziale Isolation könnte ent-

stehen, wenn ausschließlich von zu Hause gearbeitet werden würde. Ist bei mir nicht der Fall, da ich nur an zwei Tagen in der Woche von zu Hause arbeite.

- Gewisse Gewöhnungszeit muss man einplanen, sowohl für sich selbst, aber auch für die Bürokollegen
- Anfänglicher Koordinierungsstress, d.h. Telefonweiterleitung, Absprache mit den Kollegen, etc.
- Verfügbarkeit der Daten, d.h. unter Umständen müssen Daten auf Papier doppelt vorgehalten werden.
- Informationsfluss nur über Telefon oder EMAIL
- Anfänglich zusätzlichen organisatorischen und technischen Aufwand (PC, Büromöbel, etc)
- Telearbeit erfordert Disziplin. Eigenverantwortlichkeit und Selbstständigkeit gegenüber sich selbst.
- Gelegentliche Probleme bei der Datenfernübertragung (Router- oder Modem Probleme, etc.)

### **Fazit:**

Meine persönliche Erfahrungen mit der alternierende Telearbeit (Mittwoch und Donnerstag) haben gezeigt, dass die Vereinbarkeit von Dialyse, Beruf und Privatleben sowie Zeit- und Kostenersparnisse und nicht zuletzt dadurch für mich bessere Lebensqualität erreicht wird. Die Telearbeit erfordert konsequente Arbeitsweisen, aber auch eine flexiblere Gestaltung der Pausen. Gerade als Dialysepatient ist die alternierende Telearbeit eine erstrebenswerte Möglichkeit, Beschäftigung und Dialysebehandlung unter einen Hut zu bekommen. Sie fördert die Chancengleichheit Behinderter im Berufsleben.

**Thomas Lehn**

**Junge Nierenkranke Deutschland e.V**

## Computer News

### Windows 7 hautnah: Microsoft zeigt den Vista-Nachfolger

Die Zeit der Gerüchte ist vorbei, heute hat Microsoft das neue Betriebssystem Windows 7 erstmalig der Öffentlichkeit präsentiert. Windows 7 wirkt, als hätte Microsoft konsequent aus den Schwächen von Vista gelernt - und damit ein Vista geschaffen, wie es sein sollte.

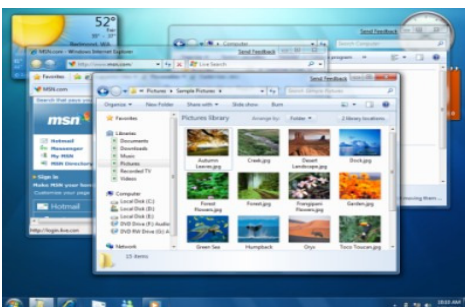
#### Inhalt

- \* Taskleiste: Neuer Augenschmaus
- \* Datei-Management erleichtert
- \* Bedienung von Ribbon bis Multi Touch
- \* Leistung ist Netbook-kompatibel
- \* Die Frage nach dem "Wann?"

Auf der Professional Developers Conference (PDC) zeigte Microsoft eine Vorabversion des neuen Betriebssystems Windows 7. Laut Ray Ozzie, Chief Software Architect des Konzerns, ist der Vista-Nachfolger die Zukunft des "Personal Computings": PC, Handy und das Internet würden zusammenwachsen, ein Betriebssystem wie Windows 7 sei dabei das Bindeglied.

#### Taskleiste: Neuer Augenschmaus

Die erste Neuerung, die bei der Demonstration von Windows 7 ins Auge fiel, war die rundum erneuerte Taskleiste. Einzelne Prozesse zeigt das Betriebssystem jetzt als Symbole an - ähnlich wie im aus Mac OS X bekannten Dock. Wer die Maus über einen Prozess bewegt, kann über ein Ausklappenmenü erkennen, welche Anwendungen oder Fenster dahinter stecken. Im Gegensatz zu früheren Windows-Versionen lassen sich die einzelnen Symbole beliebig tauschen.



Werden Fenster an den Rand des Bildschirms bewegt, rasten sie ein und positionieren sich selbstständig in der richtigen Größe. Frische Ideen gibt es auch beim System Tray, welcher Dienste und Programme unten rechts als kleine Icons anzeigt: Grundsätzlich darf dort kein Programm hinein, der Nutzer wählt die Inhalte selbst aus.

#### Datei-Management erleichtert

In Windows 7 führt Microsoft endgültig die seit Jahren geplanten Libraries ein. Inhalte aus verschiedenen Ordnern und Computern lassen sich in einer Art virtuellem Verzeichnis anzeigen und mit neuen Suchfunktionen im Windows Explorer verknüpfen.

Ein Heim-Netzwerk einzurichten, soll laut Microsoft mit Windows 7 einfacher denn je sein. Dank HomeGroups werden Computer, Mobiltelefone und Laptops automatisch einer bestimmten Gruppe zugeordnet und die gewünschten Inhalte wie Dokumente oder Fotos im Netzwerk zugänglich gemacht.

#### Bedienung von Ribbon bis Multi-Touch

Bereits Anfang des Jahres zeigte Microsoft, dass sich Windows 7 dank Multi-Touch auch mit den Händen bedienen lässt. Diese Idee wurde weiter ausgebaut: Laut Microsoft kann der Nutzer mit seinen Fingern sämtliche Funktionen in allen Anwendungen abrufen, die sonst mit Maus und Tastatur möglich wären.

Neben einem schlankeren Windows Media Player haben die Microsoft-Entwickler noch weitere standardmäßig in Windows integrierte Anwendungen modifiziert. Paint und WordPad erhalten die aus Office 2007 bekannte Ribbon-Oberfläche, in der die Befehle über Registerkarten aufgerufen werden können. Auch der Taschenrechner bekommt ein komplett neues Design verpasst.

Die in Windows Vista verhasste Benutzerkontensteuerung (UAC) wird verbessert. Die Entwickler haben Windows 7 und die UAC so angepasst, dass der Großteil von Aktionen ohne Administratorenrechte

von der Hand gehen kann. Darüber hinaus hat der Nutzer die Möglichkeit, die Empfindlichkeit der UAC selber zu justieren.

#### Leistung ist Netbook-kompatibel

Windows-Entwicklungschef Steven Sinofsky machte deutlich, dass Windows 7 auch in Sachen Leistung deutliche Fortschritte gegenüber dem Vorgänger Vista gemacht habe. Bootvorgang, Reaktionsschnelligkeit, Akkuverbrauch und Ressourcen-hunger seien grundlegend verbessert worden. Die Frage, ob Windows 7 auch für die aktuell im Trend liegenden Netbooks konzipiert sei, konnte Sinofsky ebenfalls beantworten: Er demonstrierte das Betriebssystem auf einem solchen Gerät, das über ein Gigahertz und ein Gigabyte Arbeitsspeicher verfügte.

#### Die Frage nach dem "Wann?"

Die Spekulationen über Erscheinungstermine zu Windows 7 wollten in den vergangenen Monaten nicht abreißen. Zu endgültigen Aussagen ließ sich Microsoft aber auch bei der offiziellen Vorführung nicht hinreißen. Fakt ist: Auf der PDC wird eine frühe Vorabversion verteilt, Anfang 2009 soll laut Sinofsky eine Beta-Version zum Download bereit stehen. Die finale Veröffentlichung indes bleibt weiter Verschlussache.

Quelle und weitere Infos auf [www.netzwelt.de/news](http://www.netzwelt.de/news)

## Humor

Luigi und Giovanni treffen sich. Luigi ist niedergeschlagen, wirkt sehr bedrückt. Giovanni macht sich Sorgen und fragt: „Luigi, was ist los, was bedrückt dich denn so?“ Luigi: „Ach weißt du, ich bin so traurig, weil Antonella meinen Heiratsantrag nicht angenommen hat“. Giovanni ist fassungslos: „Waaas! Wieso denn nicht? Das verstehe ich nicht. So ein netter Junge wie du, so gut aussehend. Hast eine gute Arbeit, kommst aus einer angesehenen Familie? Hast du ihr das denn alles gesagt?“ „Ja“, sagt Luigi, „ich habe alles erzählt“. „Ich verstehe Antonella nicht“, sagt Giovanni, „Hast du ihr

auch gesagt, wie reich dein Onkel Salvatore ist?“ „Aber ja, das habe ich ihr gesagt, antwortet Luigi. „Und? Wie hat sie reagiert?“ „Nun, sie ist jetzt meine Tante.“

---

Straßenbahn hält, Tür öffnet sich und herein stolpert ein betrunkenener Mann, hält sich an den Stangen fest und schaut auf die rechts und links sitzenden Fahrgäste. Plötzlich schreit er: "Die da rechts sitzen, sind alles Idioten!"-Totenstille in der Bahn. Plötzlich schreit er abermals: "und die da links sitzen sind alles Ehebrecher!" Da steht ein älterer Mann aus der linken Reihe - so ein Schlips- und Kragen -Typ - auf und protestiert: "Das sie Flegel, nehmen sie sofort zurück! In den 40 Jahren meiner Ehe war ich meiner Frau nicht einmal untreu!" Da schaut ihn der betrunkenene Mann mit gläsernen Augen an und lallt: "Dann setz dich doch gefälligst rüber zu den Idioten!"

---

Schüler: „Warum habe ich in Latein eine sechs bekommen?“ Lehrer: „Weil es leider noch keine Sieben gibt!“

### Eigenwillige Parkautomaten

#### Verbraucherfalle

Parken in der Innenstadt wird oft zum teuren Vergnügen. Gerade zu den Hauptgeschäftszeiten bleibt oft nur die Wahl zwischen Strafzettel und Parkhaus. Auch bei letzterem summieren sich die Preise schnell auf gehörige Beträge. Ganz so wie in der INFOMARKT-Verbraucherfalle geht es dabei normalerweise aber hoffentlich nicht zu.

Die schlägt diesmal nämlich im Parkhaus Fort Malakoff in Mainz zu. Über 1.000 Kunden parken dort täglich. Schließlich ist es auch eines der günstigen in Mainz. Aber nicht mehr lange, denn das INFOMARKT-Team dreht kräftig an der Preisschraube

des Parkautomaten. Selbst für einen kurzen Aufenthalt werden jetzt pauschal 25,- Euro verlangt.

Das kann ja nicht sein, denkt sich so mancher Kunde. Mit der Infotaste, die normalerweise Kontakt zum Betreiber herstellt, wird sich die Angelegenheit schon auflösen. Aber diesmal sitzt am anderen Ende der Lockvogel. Verblüffte Kunden kommen mit ihrer Beschwerde nicht allzu weit. Ein Pauschalpreis für das Wochenende, so lautet die Erklärung für den unverschämten Betrag. Vielleicht könnte man ja noch ein paar Erledigungen in Mainz machen und am Folgetag wiederkommen? Hüpfen für die Ausfahrt

Bei anderen Autofahrern hakt der Lockvogel nach: Da wird doch nicht einer schon am Vortag geparkt haben und sich nun um die Parkgebühren schummeln wollen? Schließlich irrt sich der Automat sonst ja nicht! Lange lassen sich die Kunden solche Geschichtchen aber nicht bieten und wollen sich bei der zuständigen Stelle beschweren. Da beendet das Team den Spuk. Bezahlt hätte man aber wahrscheinlich, nur um aus dem Parkhaus heraus zu kommen - und wäre nie wieder gekommen.

Das hätten sich wohl auch die beiden Damen vorgenommen, wenn der sprechende Automat allen Ernstes gefordert hätte, im "Kontaktbereich" am Boden auf und ab zu springen. Das war dann aber doch zu viel des Guten. Versteckte Kamera, lautet mit einigem Gelächter folgerichtig die Auflösung.

Was tatsächlich im Parkhaus gilt

Die Pflichten der Betreiber beginnen schon, bevor man überhaupt in ein Parkhaus einfährt. Die Preise müssen deutlich sichtbar angeschlagen sein - vor dem Eingang und zwar so, dass der Autofahrer notfalls umkehren kann. Erst einmal im Gebäude, bleibt im Regelfall genügend Zeit, um einen Parkplatz zu suchen. Die ersten zehn bis 20 Minuten sind nämlich meist gebührenfrei. Ist man bis dahin nicht fündig geworden, fährt man einfach wieder kostenlos heraus.

Autofahrer sollten im Parkhaus erhöhte Vorsicht walten lassen. Es gelten zwar die üblichen Regeln der

Straßenverkehrsordnung, auf seinen Rechten zu beharren könnte jedoch ein kostenintensives Nachspiel haben. Kommt es zum Unfall, wird den beteiligten Fahrern meist eine Teilschuld zugesprochen. Die gegenseitige Rücksichtnahme ist also oberstes Gebot. Schneller als Schrittgeschwindigkeit, sprich mit mehr als zehn Kilometern pro Stunde, fährt man besser nicht.

Personal vor Ort gehört in Parkhäusern mittlerweile schon zu den Ausnahmen. Falls der Automat streikt, ist das jedoch zunächst einmal kein Grund zur Verzweiflung. Per Infotaste ist eine Zentrale normalerweise immer erreichbar, außerdem geben zahlreiche Betreiber eine Telefonnummer für Notfälle an. Viele der Geräte sind so konstruiert, dass Fehler oft schnell und unkompliziert aus der Ferne behoben werden können. Genügt das nicht, ist ein Mitarbeiter vor Ort gefragt - ein Anspruch auf solche persönliche Hilfe besteht aber nicht.

Der Betreiber eines Parkhauses ist nicht verpflichtet, die Belegung von Frauen- oder Behindertenparkplätzen zu überprüfen. Wer hier gegen die Regeln verstößt, muss das normalerweise mit seinem Gewissen ausmachen. Auch sonst gehört das Abschleppen im Parkhaus eher zu den Ausnahmen. Schließlich möchte man, dass der Kunde wiederkommt.

## Termine

- 08.11.2008 Vorstandssitzung Ingelheim am Rhein
- 06.12.2008 Jahresabschlussfeier und Weihnachtsmarktbesuch in St. Wendel/ Saarland

### Termine 2009

- 12.03. bis 15.03.2009 Seminar Recht, Soziales und Finanzen Teil. 1 Bad Laasphe oder Bad Salzschlirf
- 14.03.2009 Mitgliederversammlung Bad Laasphe oder Bad Salzschlirf
- 16.07. bis 19.07.2009 Seminar Recht, Soziales und Finanzen Teil. 2 Berlin
- 19.07. bis 26.07.2009 Städtetour Berlin
- 08.10. bis 11.10.2009 Seminar Recht, Soziales und Finanzen Teil. 3 Rhein/ Neckarraum
- 05.12.2009 Jahresabschlussfeier St. Wendel / Saarland

### Termine anderer Organisationen und Vereine

- 20. bis 22.11.2008 6. Dreiländer Kongress nephro. Pflege des fnb. Konstanz
- 21. bis 23.11.2008 Nephrologisches Jahresgespräch DN e.V. Mannheim



Aufbauinfusion

## Ansprechpartner

### 1. Vorsitzender

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Rainer Merz  
Fichtenstr. 10  
78078 Niedereschach  
Tel: 07728 – 919190  
E-Mail: rainer.merz@junge-nierenkranke.de

### Baden Württemberg

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Gunther Fischborn  
Geschwister Scholl Str. 32  
69214 Eppelheim  
Tel.: 06221 - 751721  
Email: gunther.fischborn@junge-nierenkranke.de

### Hessen:

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Frau Daniela Helduser  
Aarstr. 188 b  
65232 Taunusstein  
Tel: 06128/480013  
E-Mail: daniela.helduser@junge-nierenkranke.de

### Rheinland Pfalz

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Herrn Thomas Lehn  
Bergstr. 30  
55218 Ingelheim  
Tel:06132 – 2003  
E-Mail: thomas.lehn@junge-nierenkranke.de

### Saarland

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
**Stellv. Vorsitzender**  
Herrn Martin Müller  
Klausnerstre. 8  
66115 Saarbrücken  
Tel: 0681 – 4171723  
Fax: 0681 – 8956413  
E-Mail: mmartin.mueller@junge-nierenkranke.de

### Schleswig Holstein

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Frau Christa Grund  
Pamirstr. 37  
24159 Kiel  
Tel: 0431 - 37 36 99  
E-Mail: christa.grund@junge-nierenkranke.de

### Sachsen

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Herrn Andre Strigan  
Breitenborner Str. 5  
09306 Rochlitz  
Tel: 034346 - 61628  
E-Mail: andre.strigan@junge-nierenkranke.de

### Nordrhein Westfalen

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Jörg Rockenbach  
Im Ziegelfeld 18  
51381 Leverkusen  
02171-81623  
E-Mail:jörg.rockenbach@junge-nierenkranke.de

## Impressum

Juni-News ist die monatliche Informationsschrift des Vereins „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“

**Layout:** Martin Müller nach einer Idee von Paul Dehli

### Redaktion:

Martin G. Müller  
Barbara Rüth  
Thomas Lehn

### Postversand

Daniela Helduser

### Titelbild:

Martin G. Müller

### Bilder:

Martin G. Müller  
Thomas Lehn

### Autoren dieser Ausgabe:

Thomas Lehn  
Rainer Merz  
Martin G. Müller  
Christine Wörner  
Daniela Helduser

### Beiträge:

Die Redaktion freut sich über jeden Beitrag, behält sich aber das Recht vor, Beiträge zu kürzen oder zu korrigieren. Mit der Überstellung der Beiträgen/ Bilder an die Redaktion räumt der Verfasser Juni-News alle Veröffentlichungsrechte ein.

### Haftung Autoren:

Für den Inhalt von eingesandten Berichten und die verwendeten Informationen sind die jeweiligen Autoren alleine verantwortlich, die Redaktion Juni-News sowie der Verein Junge Nierenkranke Deutschland e.V. trägt keine Verantwortung für Verletzung von Rechten Dritter. Eventuell Schadensansprüche sind daher an die Autoren zu richten und nicht an den Verein Junger Nierenkranker Deutschland e.V.

### Redaktionsanschrift:

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.  
Klausnerstr.8  
66115 Saarbrücken  
Tel: 0681/ 41717 23 - 4162829

**Spendenkonto:**  
Konto-Nr. 4798929  
BLZ: 66650085

### **Abschlägen bei Erwerbsminderungsrenten rechtmäßig**

Bundessozialgericht erklärt Abschläge bei Erwerbsminderungsrenten endgültig für rechtmäßig

Der 5a. Senat des Bundessozialgerichts in Kassel bestätigte am 14.8.2008 die seit 2001 gültige Praxis der Rentenversicherungsträger, Erwerbsminderungsrenten um bis zu 10,8 Prozent zu kürzen, wenn die Renten vor dem 60. Geburtstag in Anspruch genommen werden. Auch Hinterbliebene müssen diese Abschläge hinnehmen, wenn der Ehepartner vor dem 60. Geburtstag stirbt (B 5 R 32/07 R, B 5 R 88/07 R, B 5 R 98/07 R und B 5 R 140/07 R).

Nachdem auch Altersrentner hohe Rentenabschläge bis zu 18 Prozent hinzunehmen hätten, wenn sie vorzeitig in Rente gehen, sei es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, wenn Erwerbsminderungsrenten und daraus resultierende Hinterbliebenenrenten einer Kürzung unterworfen würden. Das Problem der "fehlenden Freiwilligkeit" bei einer Erwerbsminderung oder dem Tod des Ehepartners ließen die Richter nicht gelten. Unter anderem hieß es, das Minus sei auf 10,8 Prozent maximal begrenzt und daher könne von Willkür keine Rede sein.

Die Vorgeschichte:

Nachdem 2006 der 4. Senat beim Bundessozialgericht in einem umstrittenen Urteil (Urteil vom 16.5.2006, B 4 RA 22/05 R) entschieden hatte, dass die Kürzung des Zugangsfaktors bei Erwerbsminderungsrenten vor dem 60. Lebensjahr nicht verfassungsgemäß sei, waren die Rentenversicherungsträger dem nicht gefolgt. Sie betrachteten das Urteil lediglich als Einzelfallentscheidung und beriefen sich auf eine andere Auslegung der Vorschriften.

Der Sozialverband VdK Deutschland und andere Verbände hatten zur Klärung dieser Frage weitere Musterstreitverfahren durch die Instanzen bis zum Bundessozialgericht

geführt und auch bei den beiden anderen für Rentenversicherungsfragen zuständigen Senaten anhängig gemacht.

Im Januar 2008 hatte sich der 5a. Senat dann die Kürzung des Zugangsfaktors in o. g. Fällen für rechtmäßig erklärt und damit die Rechtsauffassung der Rentenversicherungsträger bestätigt. Aufgrund des Urteils des 4. Senats konnte der 5a. Senat allerdings nicht endgültig entscheiden, sondern fragte zunächst beim ebenfalls zuständigen 13. Senat an, ob dieser an der Rechtsprechung des 4. Senats festhalten oder diese ebenfalls verwerfen würde.

Mit Beschlüssen vom 26.6.2008 hat der 13. Senat auf die Anfragen des 5a. Senats erklärt, dass er an der Rechtsauffassung des 4. Senats nicht festhält und eine Absenkung des Zugangsfaktors vor dem 60. Lebensjahr des Versicherten für zulässig hält. Die Beschlüsse sind allerdings noch nicht veröffentlicht worden sondern liegen lediglich dem anfragenden 5a. Senat vor.

Damit ist der 4. Senat von den beiden anderen zuständigen Richtergerichten gewissermaßen "überstimmt" worden und die von ihm entwickelte Rechtsprechung zum Leidwesen der Betroffenen hinfällig.

Bis das Urteil des 5a. Senats vom 14.8.2008 veröffentlicht wird und in schriftlicher Form vorliegt, können zwei bis drei Monate vergehen.

Sobald dem Sozialverband VdK Deutschland die Beschlüsse des 13. Senats sowie die abschlägigen Urteile des 5a. vorliegen, wird in Zusammenarbeit mit anderen klagenden Verbänden und Gewerkschaften geprüft werden, ob und wie ein weiteres Vorgehen in dieser Rechtsfrage möglich oder sinnvoll ist. Sobald darüber entschieden ist, wird der VdK in der Mitgliederzeitung und im Internet darüber berichten.

Die Betroffenen, die nach unseren Empfehlungen einen Überprüfungsantrag gestellt oder einen Widerspruch eingelegt hatten und deren Verfahren ruhend gestellt wurden, sollten die Rechtsmittel solange noch nicht zurückziehen,

bis die Entscheidung des VdK und der anderen Verbände endgültig feststeht.

Quelle: [www.vdk.de](http://www.vdk.de)

### **Beipackzettel macht Patienten häufig Angst**

Informationen aus Beipackzetteln von Medikamenten lösen bei Patienten oft Ängste aus. Das hat eine Umfrage für den Gesundheitsmonitor der Bertelsmann Stiftung ergeben, berichtet die „Berliner Zeitung“. Je geringer der Bildungsgrad ist, desto häufiger machen Arzneimittelinformationen offenbar Angst. So finden 22 Prozent der Befragten mit Abitur, aber 48 Prozent mit Hauptschulabschluss Formulierungen in Beipackzetteln beängstigend.