

+++ JUNI-NEWS +++

Ausgabe Februar 2004



Kalzium/Phosphat Haushalt - Neue Erkenntnisse +++ Richtlinien zur schwerwiegenden chronischen Erkrankungen +++ Richtlinie zu Krankentransporten +++ Nachruf Ute Merz

Liebe Mitglieder, liebe Leser !

am 23.01.2004 ist unser Vereinsmitglied und Regionalgruppenleiterin Ute Merz verstorben. Wir der Vorstand, die Redaktion und alle Mitglieder sprechen der Familie unserer tief empfundenen Beileid aus. Aus diesem Grunde möchte ich auch heute mit einer Erzählung beginnen.

*Eines Nachts hatte ich einen Traum:
Ich ging am Meer entlang mit
meinem Herrn.*

*Vor dem dunklen Nachthimmel
Erstrahlten, Streiflichtern gleich,
Bilder aus meinem Leben und jedes
Mal sah ich zwei Fußspuren im
Sand,
meine Eigene und die meines
Herrn.*

Als das letzte Bild an meinen Augen

*vorübergezogen war, blickte ich
zurück.*

*Ich erschrak, als ich entdeckte,
dass an vielen Stellen meines
Lebensweges
nur eine Spur zu sehen war. Und
das waren gerade die schwersten
Zeiten meines Lebens.*

*Besorgt fragte ich den Herrn:
„Herr, als ich anfang, dir nachzu-
folgen,*

*da hast du mir versprochen, auf
allen Wegen bei mir zu sein.*

*Aber jetzt entdecke ich, dass in
den schwersten Zeiten meines
Lebens*

*nur eine Spur im Sand zu sehen
ist. Warum hast du mich allein ge-
lassen,*

als ich Dich am meisten

brauchte?!“

*Da antwortete er: „Mein liebes Kind,
ich liebe dich und werde dich nie
allein lassen,
erst recht nicht in Nöten und
Schwierigkeiten. Dort, wo du nur
eine Spur gesehen hast,
da habe ich dich getragen.“*

Margaret Fishback Powers

Was erwartet Euch in der größten Ausgabe der bisher erschienenen Juni – News? Ein Bericht über Arterienverkalkung, Aktuelles zur Gesundheitsreform, der Presse Spiegel und aktuellen Termine.

(mm)

Neue Gesichtspunkte in der Kontrolle der Kalzium- und Phosphatkonzentration niereninsuffizienter Patienten

M. SCHÖMIG, E. RITZ Medizinische Univ.-Klinik Heidelberg, (mit freundlicher Genehmigung von Dr. M. Schömig)

Hyperphosphatämie (zu hoher Phosphat Spiegel) und Hypokalzämie sind schon seit langem als wesentliche Faktoren in der Entstehung des renalen sekundären (zusatzkrankung bei Nierenversagen) Hyperparathyreoidismus bekannt. Im Mittelpunkt des therapeutischen Interesses stand bislang die Verminderung der Stimulation der Nebenschilddrüse bedingt durch Abweichung der Serumkalzium- oder Serumphosphatkonzentration. Seitdem erkannt wurde, dass hohe Phosphat Spiegel das kardiovaskuläre (Med. Herz u. Gefäße betreffend) Risiko bei Urämikern (Patienten mit Nieren-leiden/versagen) steigern, gewinnt dieser Aspekt der Hyperphosphatämie zunehmend Interesse. Das hohe kardiovaskuläre Risiko bei Hyperphosphatämie wird auf die größere Häufigkeit von Gefäßverkalkungen zurückgeführt. Gefäßverkalkungen sind nicht einfach nur Folge des passiven Ausfalles von amorphem (gestaltlos;

„Juni-News“ ist die offizielle monatliche Informationsschrift des Vereins „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“ Für Beiträge Dritter wird keine Haftung übernommen.

junge nierenkranke deutschland e.v.
Vorsitzende: Monika Centmayer

jn_info@junge-nierenkranke.de
Sonnenrain 27
Reg.-Nr. VR 1119

http://www.junge-nierenkranke.de
D-72218 Wildberg
Amtsgericht Bruchsal

Fon: +49 (0) 7054 9203509
Fax: +49 (0) 7054 931329

Zwischenstufe zwischen festem und flüssigem Aggregatzustand) Kalzium und Phosphat bei Überschreitung eines bestimmten Kalzium-Phosphat-Löslichkeitsproduktes. Offensichtlich sind dabei auch aktive Prozesse in der Zellwand und die Hemmwirkung von Inhibitoren (ein Stoff, der einen chemischen Vorgang hemmt oder verhindert) beteiligt. Bezüglich der Kalkeinlagerung in Blutgefäßen lassen sich die Mediaverkalkung (Die Mediaverkalkung ist eine Form der Atherosklerose.) vom Mönckeberg-Typ, die zu verminderter Elastizität der Gefäße führt, von der Verkalkung von atherosklerotischen Intima-Plaques (ablagerungen in den Gefäßen) unterscheiden. Bei Gabe kalziumhaltiger Phosphatbinder muss, vor allem bei gleichzeitiger Gabe von aktivem Vitamin D, auf die Gefahr einer positiven Kalziumbilanz geachtet werden. Die Indikation zum Einsatz nicht-kalziumhaltiger Phosphatbinder ist gegenwärtig in der Diskussion.

Im Originaltext von der Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie. Im Internet unter www.nachzulesen.de.

1. Phosphatstoffwechsel bei Dialysepatienten

Bei normaler westlicher Diät beträgt die tägliche Zufuhr von Phosphat über die Nahrung 800-2000 mg. Etwa 40-80% des diätetisch zugeführten Phosphates werden im Dünndarm resorbiert (aufgenommen), unter Therapie mit aktivem Vitamin D steigt die Resorptionsquote (Aufnahmerate der gelösten Stoffe durch die Zellwände in das Zellinnere) an. Der größte Teil des zugeführten Phosphates wird im Knochen in Form von Hydroxylapatit (Hauptbestandteil des Knochen) gespeichert, ein kleinerer Teil in die Zellen aufgenommen und dort für die Synthese (Zusammenfügung (Chem: Aufbau einer Substanz)) von Phospholipiden (Phospholipide sind phosphorhaltige Lipide, die in Zellmembranen wichtige biologische Funktionen ausüben. Zu den Phospholipiden gehören u.a. die Lecithine), energiereichen Phosphaten etc. verwandt. Überschüssiges Phosphat wird unter Parathormonkontrolle über die Nieren ausgeschieden, so dass der Phosphatspiegel normalerweise im Normbereich zwischen 0,8 und 1,5 mmol/l gehalten wird.

Bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz kann diätetisch zugeführtes

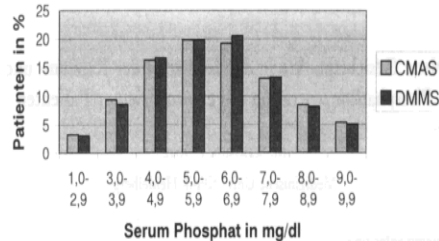


Abbildung 1 Verteilung der prädialytischen Serumphosphatwerte bei amerikanischen Dialysepatienten in der CNIAS und der DMMS Studie [3]. CMAS: Case mix Adequacy Study DMMS: Dialysis Morbidity and Mortality Study 1

Phosphat nicht mehr über die Nieren ausgeschieden werden, es kommt zum sogenannten Phosphatstau. Durch Dialyse werden pro Dialysesitzung etwa 600 -1200 mg Phosphat eliminiert, der größte Teil innerhalb der ersten zwei Stunden. Danach fällt die Serum-Phosphatkonzentration ab und die Elimination ist aufgrund des langsamen Übertritts von Phosphat aus dem Intrazellulärraum (der Raum zwischen den Zellen) in die Extrazellulärflüssigkeit begrenzt. Bei dreimaliger Dialyse pro Woche können somit maximal etwa 3000 mg eliminiert werden, was bei der üblichen diätetischen Zufuhr von 5000-7000 mg nicht ausreichend ist, so dass es zu einem Anstieg der Serum-Phosphatkonzentration kommt. Als therapeutische Option kann entweder die Zufuhr von

Phosphat in der Diät begrenzt, oder aber die Resorption (Aufnahme) des diätetisch zugeführten Phosphates durch oral (durch den Mund) zugeführten Phosphatbindern verhindert werden. Die erste Alternative birgt die Gefahr der Malnutrition (Fehl- bzw. Mangelernährung). Der Dialysepatient sollte deshalb lediglich auf besonders phosphatreiche Nahrungsprodukte wie Quark, Hartkäse, phosphathaltige Wurst, Haferflocken etc. verzichten. Die Gabe von Phosphatbindern setzt neben der Compliance (Verhalten/Zusammenarbeit des Patienten im therapeutischen Prozeß) des Patienten auch den richtigen Einsatz voraus (d.h. die Einnahme zu den Mahlzeiten und nicht zwischen den Mahlzeiten). Auch bei phosphathaltigen Zwischenmahlzeiten sollten Phosphatbinder zum Einsatz kommen. Dass diese Maßnahmen jedoch bislang ineffektiv (unwirksam, nutzlos; Ggs effektiv) sind, zeigen zwei große Studien in den USA (Abb. 1 [3]). So sind bei fast 75% der Patienten die prädialytischen (Patienten die vor der Dialysebehandlung stehen) Phosphatspiegel über dem Normbereich erhöht (>1,5 mmol/l), bei über der Hälfte der Patienten liegen sie über 6 mg/dl (1,9 mmol/l) und bei fast 1/3 sogar über 7 mg/dl (2,2 mmol/l).

2. Klassische Wirkungen der Hyperphosphatämie auf die Parathyreoidea (primärer/sekundärer Parathyreoidismus)

An der Nebenschilddrüse lassen sich indirekte Wirkungen von direkten Wirkungen von Phosphat unterscheiden. Indirekte Wirkungen sind Abnahme der ionisierten Serum-Kalzium-Konzentration nach Überschreiten des kritischen Kalzium-Phosphat-Löslichkeitsproduktes durch Ausfällen von Kalzium-Phosphat und die verminderte Synthese (*Zusammensetzung*) von aktivem Vitamin D3 durch Hemmung der renal-tubulären 1-Alpha-Hydroxylase-Aktivität (*gestörte Produktion von Vitamin D3 durch Ausfall der Nierenleistung*).

Dass Phosphat die Parathyreoidea direkt beeinflusst, wurde schon seit längerem vermutet. Die Aufklärung des molekularen Mechanismus (*Verbindungsablauf*) zur Beeinflussung der PTH-Synthese durch hohe Serum-Phosphat-Konzentrationen gelang der Arbeitsgruppe um SILVER in Jerusalem. Sie identifizierten ein Phosphatbindendes Protein, das bei hohen Phosphatspiegeln an einen nicht-translatierten (*lat. translation Übertragung*) Teil der PTH-messenger RNA (*Ribonukleinsäure*) bindet und dort die Stabilität erhöht, indem der Abbau der RNA durch RNAsen blockiert wird. Durch längere Verfügbarkeit wird eine gesteigerte PTH-Syntheserate (*Parathormon aufbau-rate*) ermöglicht.

Dass niereninsuffiziente hyperphosphatämische Patienten zu Weichteilverkalkungen neigen, ist schon lange bekannt. Vorzugslokalisationen (*bevorzugter Platz*) sind:

Gelenke, entweder bei großen Gelenken als sogenannte pseudotumoröse (*Scheintumore*) Verkalkungen (wie z. B. Schulter und Hüfte), oder bei kleinen Gelenken

als Pseudo-Gicht. Hautverkalkung, entweder Verkalkung von Hämatomen oder großflächige Hautnekrosen (*Hautabsterben*) durch kalzifizierende Arteriopathie bei Kalziophylaxie (*Verkalkungen kleiner arterieller Gefäße*). Lunge, insbesondere Verkalkung der Pleura (*fachliche Bezeichnung für Brustfell, Rippenfell, Lungenfell*).

Gefäßverkalkung und Verkalkung von Herzklappen.

Die Diagnose von Weichteilverkalkungen ist bei Verdacht durch Röntgenaufnahme der betroffenen Region zu stellen.

Bei Gefäßverkalkung lassen sich zwei Typen unterscheiden: (I) Verkalkung der Media der Gefäßwand vom Mönckeberg-Typ und (II) Verkalkung atherosklerotischer Intimaplaques. Bei Kalciphylaxie kommt es, meist, aber nicht immer, bei schwerem Hyperparathyreoidismus, zu großflächigen Hautnekrosen mit hoher Mortalität. Sie stellt daher einen Notfall dar und erfordert in der Regel eine Parathyreoidektomie (*Entfernung der Nebenschilddrüsen*).

3. Pathomechanismen und Folgen der Gefäßverkalkungen

Nachdem 1998 durch die Studie von BLOCK erstmals gezeigt wurde, dass ein Zusammenhang besteht zwischen erhöhten prädialytischen Phosphatspiegeln und der Gesamtmortalität (Abb. 2) wurde den kardiovaskulären Folgen der Hyperphosphatämie mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Eine weitere Analyse der Daten zeigte, dass die erhöhte Mortalität hauptsächlich zu Lasten gesteigerter kardiovaskulärer Mortalität geht. Als Ursache der gesteigerten kardiovaskulären Mortalität bei Hyperphosphatämie wurde die gesteigerte

Prädisposition (*Empfänglichkeit für eine Krankheit*) zu Gefäßverkalkungen diskutiert. Wie oben ausgeführt, sind hierbei zwei Formen der Gefäßverkalkung zu diskutieren:

(i) die Mediaverkalkung hat eine Abnahme der Gefäßelastizität mit Verlust der Windkesselfunktion (*Verminderung der kontinuierlichen Durchblutung der Organe*) zur Folge. Dadurch muss das Herz in der Auswurfphase (Systole) einen erhöhten Druck aufbringen (Pulsdruck), um ein gegebenes Auswurfvolumen zu erzielen. In der Diastole

Wir freuen uns über Rückmeldungen.

Schreibt euer Kommentar an Martin.Mueller@junge-nierenkranke.de den nur so ist es uns möglich, dass Info - Angebot optimal an eure Wünsche und Bedürfnisse anzupassen.

(*Erweiterung der Herzkammern*) kommt es aufgrund der fehlenden Windkesselfunktion zu einem schnelleren Abfall des Blutdruckes, was wiederum die Koronardurchblutung vermindert. Einem erhöhten Sauerstoffbedarf durch Zunahme der Herzarbeit steht somit eine Verschlechterung der Koronardurchblutung (*Herzdurchblutung*) entgegen, was die bekannte Korrelation (*Wechselbeziehung*) zwischen verminderter Gefäßelastizität (*gesteigerte Pulswellengeschwindigkeit*) und Mortalität bei Dialysepatienten erklären kann.

Die Verkalkung von atherosklerotischen Plaques (*Verengung der Blutgefäßen durch Ablagerung*) in der Intima (*innerste Schicht der Blut-*

gefäßwand) ist ein charakteristisches Zeichen der fortgeschrittenen Atherosklerose. Mit Verbesserung der Gerätetechnik (Spiral-CT, Elektronenstrahl-CT, MRT etc.) kann Koronarkalk nichtinvasiv (Ein Untersuchungsverfahren des menschlichen Körpers, das ohne eine Verletzung auskommt) erkannt werden. Nichtinvasiv detektierter Koronarkalk gilt heute als ein Marker des kardiovaskulären Risikos. SCHWARZ et al. konnten zeigen, dass sich die Koronar-Plaques urämischer und nicht-urämischer Patienten durch signifikant (bezeichnend) häufigere Verkalkung unterscheiden (70% vs. 20%). GOODMAN zeigte mittels Elektronenstrahl-CT in vivo, dass bereits junge Hämodialysepatienten im Vergleich zu gesunden Kontrollen häufiger Koronarkalk aufweisen. Da vermutet wird, dass Verkalkung die Instabilität des Plaques fördert, könnte damit eine erhöhte Rate kardiovaskulärer Ereignisse bei urämischen Patienten erklärt werden. Allerdings ist diese Darstellung hypothetisch. Andere Autoren nehmen sogar an, dass Plaques durch Verkalkung stabilisiert werden können.

Welche Anhaltspunkte gibt es, die vermuten lassen, dass eine Störung des Kalzium-Phosphatstoffwechsels für Gefäßverkalkungen verantwortlich sind? JONO und Mitarbeiter stellten in der Zellkultur fest, dass es bei hohen Phosphatspiegeln (2 mm/l) zu Verkalkungen glatter Gefäßmuskelzellen kommt. Es ist von Interesse, dass hierbei offensichtlich aktive Vorgänge beteiligt sind und glatte Gefäßmuskelzellen partiell (teilweise/anteilig) den Phänotyp (Erscheinungsbild) von Osteoklasten (Zellen, die die Knochensubstanz abbauen) erwerben.

Die Hyperphosphatämie als Risikofaktor der Gefäßverkalkung wird

auch durch das Experiment der Klothomäuse belegt. Diese Mäuse weisen eine angeborene Störung der Phosphatausscheidung auf und entwickeln bei erhöhten Phosphatspiegeln

Gefäßverkalkungen (trotz normaler Nierenfunktion). Daher liegt die Vermutung nahe, dass es bei erhöhtem Kalzium-Phosphatprodukt bei Überschreitung eines kritischen Grenzwertes zu Gefäßverkalkungen kommt. Doch nicht bei jedem niereninsuffizienten hyperphosphatämischen

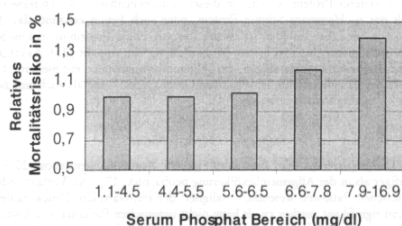


Abbildung 2 Zusammenhang zwischen prädialytischen Serumphosphatwerten und dem relativen Mortalitätsrisiko [3].

Patienten findet sich Gefäßverkalkung und es gibt niereninsuffiziente Patienten mit exzessiven Gefäßverkalkungen bei normalem Kalzium- und Phosphatspiegel. Es müssen also noch zusätzliche Faktoren eine Rolle spielen.

Neue Einblicke in den Mechanismus von Gefäßverkalkungen haben knockout Experimente mit Mäusen gebracht. KARSENTY und Mitarbeiter untersuchen knock-out Mäuse, bei denen das Matrix-Gla-Protein (Bei Mangel Anfälligkeit für Infektionen durch Vitamin K1 Mangel.) (MGP) inaktiviert wurde. MGP ist ein mineralbindendes, Polyglutaminsäure-haltiges Vitamin K (fettlösliches Vitamine bei Mangel

Gerinnungstörungen erhöhtes Infektionsrisiko) -abhängiges Protein der extrazellulären Matrix (Struktur die den Zwischenraum zw. Zellen ausfüllt; bei Bindegewebe, Knorpel und Knochengewebe), welches von glatten Gefäßmuskelzellen und Chondrozyten (Knorpelzellen) gebildet wird. MGP-knock-out-Mäuse entwickeln schwere Gefäßverkalkungen vom Mediatyp und versterben bis zur 8. Woche an einer Ruptur der Bauchaorta ohne Zeichen einer Atherosklerose. Die Schlussfolgerung aus diesem Experiment war, dass das MGP ein Inhibitor der Gefäßverkalkung ist. Beim Menschen ist ein Mangel an MGP als Krankheitsbild des Keutel-Syndroms (Das KEUTEL-Syndrom beim Menschen (eine erbliche Erkrankung) wird nur ein nicht-funktionelles MGP gebildet, wodurch anormale Verkalkungen in verschiedenen Geweben entstehen.) bekannt. Da diese Patienten jedoch lediglich vermehrte Knorpel-Calcifizierung aufweisen, scheint das MGP bei Menschen nicht eine gleich wichtige Bedeutung wie bei der Maus zu haben.

Auch Osteoprotegerin (hemmt die Knochen abbauenden Zellenreifung) knock-out Mäuse (Opg) entwickeln Verkalkungen, ohne dass atherosklerotische Plaques vorliegen. Dies betrifft vor allem die Bauchaorta und die Nierenarterien. Opg ist ein Protein der TNF-Rezeptor-Familie (Verwandte Rezeptoren, die immunologisch den Zelltod steuern), welches die Differenzierung von Osteoklasten hemmt. Es kommt zu verminderter Skelettmasse, was Hyperkalzämie und Gefäßverkalkung begünstigt. Ob Opg auch eine Rolle in menschlichen Arterien spielt, ist bislang nicht bekannt.

Ein weiteres Protein, welches in diesem Zusammenhang von Interesse ist, stellt das α_2 Heremans-

Schmid-Protein, oder auch Fetuin (AHSG, im Folgenden kurz Fetuin genannt, ist ein potenter Hemmer der Kalzium-Phosphat-Präzipitation. Ketteler und Mitarbeiter berichteten kürzlich in „Lancet“, dass niedrige Fetuinspiegel mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko ($p = 0,031$) und einer erhöhten Gesamtsterblichkeit ($p = 0,0013$) verknüpft sind.)

genannt, dar. Es wird von der Leber gebildet, ist als sog. Negativ-Phase-Protein in vivo (dauerhaft) im Serum nachweisbar. In vitro hemmt es die Bildung von Appatit [23]. KETTELER und Mitarbeiter konnten zeigen, dass Hämodialysepatienten mit niedrigen Fetuin-Spiegeln eine erhöhte Inzidenz von Coronarverkalkung als auch eine höhere Gesamtmortalität aufweisen.

4. Verkalkung von Herzklappen und Myocardfibrose (Umwandlung des Bindegewebes am Herzen die Elastizität der Gefäße geht verloren)

Bei Dialysepatienten wird eine calcifizierende Aortenklappenstenose 20 mal häufiger als in der Allgemeinbevölkerung beobachtet. Der Verlauf ist bei urämischen Patienten wesentlich maligner: der transvalvuläre Druckgradient nimmt signifikant rascher zu als beim nicht-urämischen Patienten mit Aortenklappenstenose. Hohe Phosphat Spiegel sind ein Risikofaktor für das Auftreten von Aortenklappenverkalkung. Die Gefährdung des linken Ventrikels (seltene Herzfehlbildung) durch die Aortenklappenstenose wird beim Urämiker noch zusätzlich gesteigert durch die Hyperzirkulation (Anämie, Hypervolämie (Vergrößerung des zirkulierenden Blutvolumens), A V -Shunt) und die häufige begleitende Coronararterienstenose.

Phosphat kann wahrscheinlich, abgesehen von der Begünstigung von Gefäß und Herzklappenverkalkung, das kardiovaskuläre Risiko auch noch durch Beeinflussung der Herzstruktur erklären. Tierexperimentell konnten AMANN et al. bei urämischen Ratten nachweisen, dass bei Phosphat-reicher Ernährung (nicht jedoch bei Phosphat-ärmer Diät) sich eine ausgeprägte Myocardfibrose entwickelte.

5. Therapeutische Überlegungen

Mit den gegenwärtigen Dialyseverfahren befinden sich Dialysepatienten mit dreimal wöchentlicher Hämodialyse in positiver Phosphatbilanz, da Phosphat nicht ausreichend durch die Dialyse eliminiert werden kann. Eine Steigerung der Dialysefrequenz oder der Dialysezeit (nächtliche Dialyse) steht heute noch nicht routinemäßig zur Verfügung. Mit den konventionellen Phosphatbindern, Kalzium-Carbonat resp. Kalzium-Acetat, kann zwar eine Hyperphosphatämie behandelt werden, langfristig besteht jedoch unter Kalzium-haltigen Phosphatbindern, speziell bei gleichzeitiger Therapie mit aktivem Vitamin D, die Gefahr der Hyperkalzämie resp. der positiven Kalziumbilanz. Diese ist aus Gründen der Gefäßverkalkung jedoch unerwünscht. Deshalb besteht ein gesteigertes Interesse an Kalzium-freien Phosphatbindern. Der Phosphatbinder Sevelamer-Hydrochlorid (Renege18) hat in ersten Studien bewiesen, dass die Phosphatabsorption bei oraler Zufuhr von Sevelamer-Hydrochlorid gleichzeitig zur Nahrungsaufnahme vermindert wird [2, 7]. Allerdings ist die Substanz im Vergleich zu konventionellen Phosphatbindern wesentlich teu-

rer. Eisenhaltige Phosphatbinder (z. B. stabilisiertes polynukleäres Eisen-Hydroxyd) waren in klinischen Tests erfolgreich, sind allerdings noch nicht kommerziell verfügbar.

Ein weiteres Therapieprinzip gibt in diesem Zusammenhang zur Hoffnung Anlass. Bei ausgeprägtem Hyperparathyreoidismus sind erfahrungsgemäß hohe Dosen an aktivem Vitamin D notwendig, um die Nebenschilddrüse zu supprimieren. Dabei musste bislang das Risiko in Kauf genommen werden, dass Serum-Kalzium- und Serum-Phosphat-Konzentration ansteigen. Gegenwärtig befinden sich sogenannte Calcimimetika in klinischer Erprobung. Dies sind Substanzen, die am Kalziumrezeptor der Parathyreoidea binden und den Rezeptor aktivieren. Dadurch wird der Parathyreoidea-zelle eine falsch hohe extrazelluläre ionisierte Kalzium-Konzentration vorgetäuscht, was die PTH-Produktion und die Proliferation der Nebenschilddrüsenzelle hemmt. Vorausgesetzt, dass sich keine gravierenden Nebenwirkungen zeigen, würden Calcimimetika (das sind Moleküle, welche die Wirkung von Calcium imitieren und die Ausschüttung des Parathormons verhindern.) eine weitere Option in der Therapie des renalen sekundären Hyperparathyreoidismus darstellen.

Die Fremdwörter Erklärung erfolgte nach bestem Wissen durch Martin Müller unter Verwendung der Suchmaschine Google, der Internetseite Wissen.de, dem klinischen Wörterbuch Pschyrembel 259. Auflage, dem Duden und mit Hilfe von Pflegepersonal und Ärzten der Dialysestation in Püttlingen. Sollte dennoch Fehler bei der ein oder anderen Erklärung entstanden sein bitte ich um Entschuldigung und darum es mir mitzuteilen.

Wir vermissen Ute Merz

Am 23. Januar 2004 starb unsere Freundin, Weggefährtin und unser Mitglied Ute Merz im Alter von 33 Jahren.

Von Geburt an war sie krank und musste schon im Säuglingsalter viel Zeit in Krankenhäusern verbringen. Mit 13 Jahren wurde sie dann dialysepflichtig. Allen Schwierigkeiten zum Trotz hatte sie immer den Ehrgeiz ein möglichst normales Leben zu führen. Sie glänzte in der Schule, machte eine Ausbildung in einem Berufsbildungszentrum in Bremen und bekam anschließend auch eine Arbeitsstelle. Eine erste Transplantation verlief nur mäßig erfolgreich, nach nur drei Jahren wurde sie wieder dialysepflichtig.

In einer Kur in Bad Wildungen lernte Ute 1997 ihren Rainer kennen und lieben. Mit ihm konnte sie noch 7 schöne Jahre erleben, die aber auch von vielen gesundheitlichen Höhen und Tiefen geprägt waren. So verlief die zweite Transplantation 1998 erfolglos. Die Niere musste nach drei Monaten wieder herausgenommen werden. Dann endlich im Mai 2001 kam die dritte Niere. Diesmal glaubten alle an den Erfolg. Ein Jahr lang ging es ihr auch relativ gut. So erfüllte sie sich 2002 auch noch einen ihrer größten Lebenswünsche, die Hochzeit in Weiß.

Dann gab es immer wieder Probleme mit ihrer Niere, mit ihrer Grunderkrankung, mit Neben-

wirkungen von Medikamenten. Mehrere Krankenhausaufenthalte waren erforderlich. Im Sommer 2003 musste sie dann wieder an die Dialyse. Erneut war ein Kampf angesagt. Da auch ihr Ehemann Rainer seit vielen Jahren nierenkrank ist und in absehbarer Zeit an die Dialyse muss, kämpften Ute und Rainer gemeinsam dafür, ge-

entgegen. Um so überraschender kam die Nachricht vom erneuten Krankenhausaufenthalt. Starke Durchblutungsstörungen aufgrund von Gefäßverkalkung waren die Ursache für die Leiden in ihren letzten vier Lebenswochen.

Alle, die Ute gekannt haben und besonders auch die jungen Nierenkranken sind geschockt über die Ereignisse dieser letzten vier Wochen. Und dennoch müssen wir Utes Tod, der einfach viel zu früh war, hinnehmen und akzeptieren. Wir können nur von ihr lernen, mit welcher bewundernswerten positiver Einstellung sie ihr Leben gemeistert hat. Egal wie schlecht es ihr Selbst ging, Ute konnte immer noch ihre Mitmenschen motivieren und trösten.

So hat sie wohl selbst im Todeskampf ein letztes Mal an ihre Familie und ihren Ehemann gedacht. Ihren letzten Tag hat Ute bewusst erlebt. Sie war wach und bei klarem Verstand und es schien bergauf zu gehen. Somit konnten sich die Familienangehörigen für einige Zeit von ihr lösen. Als es ihr dann wieder schlechter ging, entschied Ute sich ganz bewusst, dieses Leben nicht mehr leben zu wollen und starb, ohne dass ein Familienangehöriger die letzte Stunde miterleben musste.

Sie starb, wie sie lebte, in Gedanken bei ihren Liebsten.

Ute, wir vermissen dich.

Junge Nierenkranke Deutschland e. V.



meinsam zu Hause eine betreuungslose Heimdialyse durchführen zu können. Im November schien der Kampf gewonnen. Ihre Ärzte gaben zu verstehen, dass man ihnen diese Art der Dialyse wohl genehmigen wolle. Auch sonst ging es Ute in den letzten Monaten wohl wieder besser. Sie hatte wieder an Gewicht zugenommen, Ihre Einstellung war gewohnt positiv.

Eine Woche vor Weihnachten begann sie mit der Heimdialyse und sah sich rosigen Zeiten

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V

in der Fassung vom 22. Januar 2004 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 (S. 1343) vom 28. Januar 2004 in Kraft getreten am 29. Januar 2004

(1) (2) (1) (2) Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2004 die folgende Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten im Sinne des § 62 SGB V beschlossen:

Richtlinie vom 22. Januar 2004

§ 1 Allgemeines

Diese Richtlinie bestimmt das Nähere zur Definition von schwerwiegenden chronischen Krankheiten gemäß § 62 Abs. 1 Satz 4 i. V. m. § 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V.

Die Feststellung, dass Versicherte an einer schwerwiegenden chronischen Krankheit i. S. d. Richtlinie leiden, wird durch die Krankenkasse getroffen.

§ 2 Schwerwiegende chronische Krankheit

Eine Krankheit i. S. d. § 62 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ein regelwidriger körperlicher oder geistiger Zustand, der Behandlungsbedürftigkeit zur Folge hat. Gleiches gilt für die Erkrankung nach § 62 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Eine Krankheit ist schwerwiegend chronisch, wenn sie wenigstens ein Jahr lang, mindestens einmal pro Quartal ärztlich behandelt wurde (Dauerbehandlung) und eines der folgenden Merkmale vorhanden ist:

a) Es liegt eine Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 nach dem zweiten Kapitel SGB XI vor.

b) Es liegt ein Grad der Behinderung (GdB) von mindestens 60 nach § 30 BVG oder eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von mindestens 60% nach § 56 Abs. 2 SGB VII vor, wobei der GdB bzw. die MdE zumindest auch durch die Krankheit nach Satz 1

begründet sein muss.

c) Es ist eine kontinuierliche medizinische Versorgung (ärztliche oder psycho-therapeutische Behandlung,

Arzneimitteltherapie, Behandlungspflege, Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln) erforderlich, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die aufgrund der Krankheit nach Satz 1 verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.

§ 3 Belege

(2) (3) (4) Versicherte weisen die Dauerbehandlung nach § 2 Abs. 2 Satz 1 durch eine ärztliche Bescheinigung nach, in der die dauerbehandelte Krankheit angegeben ist. Zum Beleg für den Grad der Behinderung, die

Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (Krankentransport-Richtlinien)

in der Fassung vom 22. Januar 2004 (veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 18 vom 28. Januar 2004)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Allgemeines
- § 2 Verordnung
- § 3 Notwendigkeit der Beförderung
- § 4 Auswahl des Beförderungsmittels
- § 5 Rettungsfahrten
- § 6 Krankentransporte
- § 7 Krankenfahrten
- § 8 Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung
- § 9 Genehmigung
- § 10 Information des Versicherten
- § 11 Überprüfung der Richtlinien
- § 12 Inkrafttreten

Anlage 1: "Inhalt der Verordnung"

Anlage 2: "Ausnahmefälle nach § 8 der Richtlinien"

§ 1 Allgemeines

(1) Diese Richtlinien gemäß § 92 Abs.1 SGB V regeln die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransporten und Rettungsfahrten in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Leistungen sind nach § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V vom Vertragsarzt zu verordnen.

(2) Gesetzliche Grundlage für die Kostenübernahme von Krankentransportleistungen ist § 60 SGB V.

§ 2 Verordnung

(1) Für die Verordnung einer Krankentransportleistung hat der Vertragsarzt

- die Notwendigkeit der Beförderung nach § 3 zu prüfen und

- das erforderliche Transportmittel nach Maßgabe der §§ 4 bis 7 auszuwählen.

Die Verordnung ist auf dem vereinbarten Vordruck auszustellen. Die Inhalte der Verordnung sind in Anlage 1 geregelt.

(2) Der Vertragsarzt soll die Verordnung vor der Beförderung ausstellen. In Notfällen kann er nachträglich verordnen. Ein Notfall liegt vor, wenn sich der Versicherte in Lebensgefahr befindet oder schwere gesundheitliche Schäden zu befürchten sind, wenn er nicht unverzüglich die erforderliche medizinische Versorgung erhält.

(3) Bei Fahrten mit dem privaten Kraftfahrzeug oder mit einem öffentlichen Verkehrsmittel ist eine Verordnung nicht erforderlich.

(4) Für die Fahrten zu ambulanten oder stationären Rehabilitationsmaßnahmen ist ebenfalls keine Verordnung auszustellen, sondern der Versicherte zur Klärung der

An- und Abreise direkt an seine Krankenkasse zu verweisen.

§ 3 Notwendigkeit der Beförderung

(1) Voraussetzung für die Verordnung von Beförderungsmitteln ist, dass die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse zwingend medizinisch notwendig ist. Der zwingende medizinische Grund ist auf der Verordnung anzugeben. Eine Verordnung zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Verordnungen ist unzulässig.

(2) Notwendig im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse sind in der Regel nur die Fahrten auf dem direkten Weg zwischen dem jeweiligen Aufenthaltsort des Versicherten und der nächst erreichbaren geeigneten Behandlungsmöglichkeit. Die Notwendigkeit der Beförderung ist für den Hin- und Rückweg gesondert zu prüfen.

§ 4 Auswahl des Beförderungsmittels

Maßgeblich für die Auswahl des Beförderungsmittels gemäß der §§ 5 bis 7 ist ausschließlich die zwingende medizinische Notwendigkeit im Einzelfall unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Für die Auswahlentscheidung ist deshalb insbesondere der aktuelle Gesundheitszustand des Versicherten und seine Gehfähigkeit zu berücksichtigen.

§ 5 Rettungsfahrten

„Juni-News“ ist die offizielle monatliche Informationsschrift des Vereins „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“ Für Beiträge Dritter wird keine Haftung übernommen.

junge nierenkranke deutschland e.v.
Vorsitzende: Monika Centmayer

jn_info@junge-nierenkranke.de
Sonnenrain 27
Reg.-Nr. VR 1119

<http://www.junge-nierenkranke.de>
D-72218 Wildberg
Amtsgericht Bruchsal

Fon: +49 (0) 7054 9203509
Fax: +49 (0) 7054 931329

(1) Der Versicherte bedarf einer Rettungsfahrt, wenn er aufgrund seines Zustands mit einem qualifizierten Rettungsmittel (Rettungswagen, Notarztwagen, Rettungshubschrauber) befördert werden muss oder der Eintritt eines derartigen Zustands während des Transports zu erwarten ist.

(2) Rettungswagen (RTW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, die vor und während des Transportes neben den Erste-Hilfe-Maßnahmen auch zusätzlicher Maßnahmen bedürfen, die geeignet sind, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten oder wieder herzustellen.

(3) Notarztwagen (NAW) sind für Notfallpatienten zu verordnen, bei denen vor oder während des Transportes lebensrettende Sofortmaßnahmen durchzuführen oder zu erwarten sind, für die ein Notarzt erforderlich ist. Dies gilt entsprechend für die Verordnung von Notarzteinsatzfahrzeugen (NEF).

(4) Rettungshubschrauber (RTH) sind zu verordnen, wenn ein schneller Transport des Patienten mit einem bodengebundenen Rettungsmittel nicht ausreichend ist. Darüber hinaus sind Rettungshubschrauber anzufordern, wenn eine schnellere Heranführung des Notarztes an den Notfallort zur Durchführung lebensrettender Maßnahmen oder zur Herstellung der Transportfähigkeit des Patienten mit dem jeweils geeigneten Transportmittel notwendig ist.

(5) Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge und Rettungshubschrauber sind über die örtlich zuständige Rettungsleitstelle anzufordern.

§ 6 Krankentransporte

(1) Ein Krankentransport kann verordnet werden, wenn der Versicherte während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen des Krankentransportwagens (KTW) bedarf oder deren Erforderlichkeit aufgrund seines Zustandes zu erwarten ist. Die fachliche Betreuung in Krankentransportwagen wird nach den maßgeblichen landesrechtlichen Vorschriften durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal gewährleistet. Die medizinisch-technische Einrichtung ist auf die Beförderung von Nicht-Notfallpatienten ausgelegt.

(2) Der Krankentransport soll auch dann verordnet werden, wenn dadurch die Übertragung schwerer, ansteckender Krankheiten der Versicherten vermieden werden kann.

(3) Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gilt nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V.

§ 7 Krankenfahrten

(1) Krankenfahrten sind Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden. Zu den Mietwagen zählen z. B. auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt.

(2) Die Verordnung einer Krankenfahrt mit einem Taxi oder Mietwagen ist zulässig, bei

a) Fahrten zu Leistungen, die stationär erbracht werden (§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V),

b) Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115 a SGB V, wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,

c) Fahrten zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus oder in der Vertragsarztpraxis mit im Zusammenhang mit dieser Operation erfolgender Vor- oder Nachbehandlung.

Einzelheiten zu den Regelungen zu b) und c) sind in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V i. V. m. §§ 115 a und 115 b SGB V und den darauf beruhenden Vereinbarungen einschließlich dem gem. § 115 b Abs. 1 SGB V gültigen Katalog geregelt.

(3) Die Krankenfahrt mit einem Mietwagen oder einem Taxi ist nur dann zu verordnen, wenn der Versicherte aus zwingenden medizinischen Gründen öffentliche Verkehrsmittel oder ein privates Kraftfahrzeug nicht benutzen kann.

(4) Kann der Versicherte mit einem privaten Kraftfahrzeug oder öffentlichen Verkehrsmitteln fahren, stellt der Vertragsarzt in den Fällen des Absatzes 2 Buchstabe c und des § 8 keine Verordnung, aber auf Wunsch des Versicherten eine Anwesenheitsbescheinigung zur Vorlage bei seiner Krankenkasse aus.

(5) Falls mehrere Patienten gleichzeitig zum selben Ziel gefahren werden müssen, hat der Vertragsarzt je Patient eine Sammelfahrt unter Angabe der Patientenzahl zu verordnen, sofern keine medizinischen Gründe dagegen stehen.

§ 8 Ausnahmefälle für Krankfahrten zur ambulanten Behandlung

(1) In besonderen Ausnahmefällen können auch Fahrten zur ambulanten Behandlung außer der in § 7 Abs. 2 Buchstaben b) und c) geregelten Fälle bei zwingender medizinischer Notwendigkeit von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden. Sie bedürfen der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

(2) Voraussetzungen für eine Verordnung und eine Genehmigung sind,

- dass der Patient mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapie-schemata behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist,

und

- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Diese Voraussetzungen sind in den in Anlage 2 dieser Richtlinien genannten Ausnahmefällen in der Regel erfüllt. Diese Liste ist nicht abschließend.

(3) Daneben kann die Fahrt zur ambulanten Behandlung für Versicherte verordnet und genehmigt werden, die einen Schwerbehindertenausweis mit dem Merkzeichen "aG", "Bl" oder "H" oder einen Einstufungsbescheid gemäß SGB XI in die Pflegestufe 2 oder 3 bei der Verordnung vorlegen. Die Krankenkassen genehmigen auf

ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten, die keinen Nachweis nach Satz 1 besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

(4) Die zwingende medizinische Notwendigkeit einer Verordnung der Fahrt und des Beförderungsmittels ist zu begründen. Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

§ 9 Genehmigung

Fahrten nach § 6 Abs. 3 sowie § 8 dieser Richtlinien bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Genehmigungspflichtige Verordnungen sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen. Dauer und Umfang (z. B. Transportmittel, Hin- und Rückfahrt) der Genehmigung werden von der Krankenkasse festgelegt.

§ 10 Information des Versicherten

Der Versicherte soll darüber unterrichtet werden, dass seine Zuzahlung gemäß § 61 Satz 1 SGB V grundsätzlich zehn von Hundert der Kosten je Fahrt - mindestens je-doch 5 Euro und höchstens 10 Euro, allerdings jeweils nicht mehr als die Kosten der Fahrt - beträgt. Nur Versicherte, deren Zuzahlungen die Belastungsgrenze nach § 62 SGB V überschritten haben, sind bei Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung der Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres von weiteren Zuzahlungen befreit.

§ 11 Überprüfung der Richtlinien

Die Auswirkungen dieser Richtlinien werden bis zum 31.12.2004 überprüft.

§ 12 Inkrafttreten

Diese Richtlinien treten mit Wirkung vom 01. Januar 2004 in Kraft.

Bonn, den 22.01.2004

Gemeinsamer Bundesausschuss
Der Vorsitzende

Dr. Hess

Anlage 1 Inhalt der Verordnung

In der Verordnung hat der Vertragsarzt insbesondere anzugeben:

1. Das medizinisch notwendige Transportmittel
2. Die Begründung der zwingenden medizinischen Notwendigkeit unter Angabe des Diagnoseschlüssels nach ICD 10
3. Die Hauptleistung der Krankenkasse, für die der Transport als Nebenleistung erbracht wird:
 - vollstationäre Leistung
 - vor- oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus unter Angabe der Behandlungsdaten (bei Organtransplantationen mit Angabe des Datums der Transplantation)
 - teilstationäre Leistung
 - ambulante Behandlung im Krankenhaus
 - ambulante Behandlung in der Vertragsarztpraxis
 - Vor- und Nachbehandlung bei ambulanter Operation unter Angabe der Behandlungsdaten

JUNGE NIERENKRANKE DEUTSCHLAND E. V.

- ambulante Operation mit Angabe des Datums der Operation

4. Ausgangsort:

- Wohnung
- Arztpraxis
- Krankenhaus
- sonstiger Ausgangsort mit entsprechender Angabe

5. Zielort:

- Wohnung
- Arztpraxis
- Krankenhaus
- sonstiger Zielort mit entsprechender Angabe

6. Art des Transportes

- Sammelfahrt ja/nein; Anzahl der Mitfahrer
- Wartezeit ja/nein; Dauer der

Wartezeit

7. Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden (§ 294 a SGB V):

Anhaltspunkte für:

- Arbeitsunfall / -folgen,
- sonstiger Unfall, sonstige Unfallfolgen
- Berufskrankheit
- Versorgungsleiden (u.a. BVG)
- Gewaltanwendung
- Sonstiges

8. besonders anzugebende Leistungen:

- Zeitraum bei Serienverordnung gemäß § 8 der Richtlinie
- erforderliche Ausstattung bei

Krankenfahrten (z. B. rollstuhlgerechte Vorrichtung)

- erforderliche Betreuung während des Transports (notärztlich, fachlich, Trageleistung etc.)

9. bei Fahrten zur ambulanten Behandlung Angabe des Ausnahmefalles gemäß § 8

Anlage 2: Ausnahmefälle nach § 8 der Richtlinien

Ausnahmefälle gemäß § 8 sind in der Regel:

- Dialysebehandlung
- onkologische Strahlentherapie
- onkologische Chemotherapie

Pressespiegel

05.02.04 Charité: Simultane Transplantation von acht Organen erfolgreich durchgeführt

An der "Klinik für Allgemein- Viszeral- und Transplantationschirurgie" der Charité ist erstmals in Europa und weltweit als eine der ersten die simultane Transplantation von acht Organen erfolgreich durchgeführt worden. Einer 36 Jahre alten Frau wurden Leber, Bauchspeicheldrüse, Magen, Zwölffingerdarm, Dünndarm, Teile des Dickdarms, rechte Niere und rechte Nebenniere übertragen. Die Operation dauerte zwölf Stunden und liegt jetzt mehr als zwei Monate zurück. Nach unkompliziertem Heilungsverlauf sind alle Organe voll funktionsfähig. Die Patientin ist wohl auf, sie wird in Kürze nach abgeschlossener Rehabilitation aus der Klinik entlassen und plant bereits den Wiedereinstieg in ihren Beruf.

Mehr Infos:

http://idwonline.de/public/zeige_pm.html?pmid=75560

Quelle: Ärzte Zeitung 27.01.04

Bereitschaft zur Organspende groß

STUTTGART (dpa). Die meisten Deutschen sind zwar dazu bereit, nach ihrem Tod Organe zu spenden. 38 Prozent befürchten jedoch, zu früh für tot erklärt zu werden, wenn sie einen Organspenderausweis bei sich tragen.

Das ist das Ergebnis einer gestern veröffentlichten Umfrage des Meinungsforschungsinstituts Emnid im Auftrag des Magazins "Reader's Digest Deutschland" (Februar-Ausgabe).

Bei den 40- bis 49jährigen sei die Zustimmung zu einer Transplantation mit 71 Prozent am höchsten, von den über 60jährigen würden dagegen 59 Prozent einer Organentnahme nach ihrem Tod einwilligen. Nur 17 Prozent der Deutschen halten eine Organentnahme für richtig, wenn der Verstorbene zu Lebzeiten nicht widersprochen hat.

Quelle: Ärzte Zeitung 29.01.02
Zahl der Organspenden in Bayern steigt deutlich

Zuwachs von sechs Prozent innerhalb eines Jahres

MÜNCHEN (sto). Bei den Zahlen zur Organspende gibt es in Bayern eine positive Entwicklung. Das teilte Bayerns Sozialministerin Christa Stewens mit.

Im Jahr 2003 habe die Deutsche Stiftung Organtransplantation (DSO)

„Juni-News“ ist die offizielle monatliche Informationsschrift des Vereins „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“ Für Beiträge Dritter wird keine Haftung übernommen.

junge nierenkranke deutschland e.v.
Vorsitzende: Monika Centmayer

jn_info@junge-nierenkranke.de
Sonnenrain 27
Reg.-Nr. VR 1119

<http://www.junge-nierenkranke.de>
D-72218 Wildberg
Amtsgericht Bruchsal

Fon: +49 (0) 7054 9203509
Fax: +49 (0) 7054 931329

595 postmortal gespendete Organe in Bayern verzeichnet, sagte Stewens. Im Vergleich zu 2002 sei dies eine Steigerung von über sechs Prozent. Die Zahl der im Jahr 2003 in Bayern vorgenommenen Transplantationen sei auf insgesamt 522 gestiegen. Im Einzelnen seien in den sieben bayerischen Transplantationszentren im vergangenen Jahr 69 Herzen, 313 Nieren, 65 Lebern, 31 Lungen und 44 Bauchspeicheldrüsen verpflanzt worden.

Mehr Infos:

http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/01/29/016a0703.asp?cat=/politik/gesundheitsystem_uns

Quelle Ärzte Zeitung 27.01.04

Organspenden im Südwesten nehmen stark zu

STUTTGART (mm). Die Zahl der Organspenden in Baden-Württemberg ist im Jahr 2003 im Vergleich zum Vorjahr um 50 Prozent gestiegen.

Nach Angaben der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) lag die Zahl der Organtransplantationen damit bei 450 Eingriffen. Zugenommen habe auch die Zahl der Organspender (von 109 auf 140) und der gespendeten Organe (von 335 auf 455).

Im Bundesvergleich habe Baden-Württemberg mit 13 Organspendern auf eine Million Einwohner fast den Durchschnitt (14 Organspender pro eine Million) erreicht.

Quelle: Ärzte Zeitung 10.02.04
Zahl der Organspenden in Hessen gestiegen

WIESBADEN (con). Die Zahl der Organspenden ist in Hessen wieder deutlich gestiegen. Nach der zuletzt negativen Entwicklung

im Jahr 2002 ein Grund zur Freude für Sozialministerin Silke Lautenschläger.

So stieg die Zahl der postmortalen Organspender in Hessen von 54 auf 71 im Jahr 2003. "Die Spendenbereitschaft hat sich erheblich gesteigert. Dies ist ein Plus von 31 Prozent", sagte Ministerin Lautenschläger bei der Vorstellung der Zahlen. Die Zahl der entnommenen Organe stieg von 173 auf 211 und damit um 22 Prozent. In den Transplantationszentren in Bad Nauheim, Frankfurt, Fulda, Gießen und Marburg wurden insgesamt 190 Transplantationen vorgenommen.

"Auch dies ist im Vergleich zum Vorjahr, in dem 146 Transplantationen vorgenommen wurden, ein deutlicher Anstieg um rund 30 Prozent", teilte Lautenschläger mit. In den meisten Fällen - 126 von 190 Transplantationen - wurde eine Niere verpflanzt. 19 Patienten erhielten ein neues Herz, 29 eine neue Leber, zwölf eine neue Lunge und vier eine neue Bauchspeicheldrüse. Nur ein Teil der Organspender verfügte über einen Organspendeausweis oder eine schriftliche Willenserklärung.

Quelle: American Society of Nephrology (ASN), Renal Week 2003 (San Diego); Abstract F-FC047 & Niere.Org

Volumen einer Spenderniere beeinflusst Organfunktion nach der Transplantation

(NAM) Die Größe einer Spenderniere scheint die Funktion des Organs nach einer Transplantation wesentlich zu beeinflussen. Entscheidend ist nach den Ergebnissen US-amerikanischer Wissenschaftler dabei das Verhältnis zwischen dem Volu-

Schwerbehinderte und Arbeit

Für Schwerbehinderte ist es nach wie vor schwierig, einen Arbeitsplatz zu finden. Viele Arbeitgeber lehnen die Einstellung von schwerbehinderten Mitarbeitern grundsätzlich ab. Andere wiederum würden vielleicht gerne einen schwerbehinderten Mitarbeiter einstellen, können das Risiko jedoch nicht einkalkulieren und wissen nicht, dass es öffentliche Stellen gibt, die hier unterstützend tätig werden und die Einstellung von Schwerbehinderten fördern.

Das Integrationsamt Stuttgart ist so ein Förderer. Um mehr Arbeitgeber zu erreichen, die schwerbehinderte Mitarbeiter einstellen, hat das Integrationsamt einen Werbefilm hergestellt, der über einige Möglichkeiten informiert. Der Link führt zu dem Film.

www.lvw-wh.de/leistungen/schwerbehindert/schwerbehinderung/film.html

men des Transplantates und dem Körpergewicht des Empfängers. Auf der „Renal Week 2003“ der American Society of Nephrology empfahlen die Forscher daher, die Organgröße vor der Verpflanzung zukünftig auch bei Lebendspendern zuverlässig zu ermitteln. Mit der Magnetresonanztomographie (MRT) stehe ein geeignetes, risikoarmes Verfahren zur Verfügung. Das Team um Anjali Bhatt untersuchte mittels einer MRT 56 Personen, die sich zu einer Nierenlebenspende bereit erklärt hatten. Anschließend berechneten sie das Verhältnis zwischen Volumen des Transplantates und dem Körpergewicht des jeweiligen Empfängers. Entsprechend dieses Quotienten wurden die Spender-Empfänger-Paare in drei Gruppen unterteilt: niedriges, mittleres oder hohes Nierenvolumen im Verhältnis zum Körpergewicht. Die Funktion des Organs kontrollierten die Mediziner von der Stanford University (Kalifornien) nach sechs und zwölf Monaten.

Die Nierenfunktion war zu beiden Messzeitpunkten in der Gruppe mit einem relativ großen Transplantat am besten. Die Leistungsfähigkeit des Organs (ermittelt anhand der glomerulären Filtrationsrate, GFR) lag ein Jahr nach dem Eingriff fast 70 Prozent über dem Durchschnittswert der Studienteilnehmer mit einem niedrigen Volumen-Gewichts-Quotienten. Keinen Einfluss hatte die Transplantatgröße dagegen auf

die Rate der Abstoßungsreaktionen. AG

Mehr Infos:

American Society of Nephrology
<http://www.asn-online.org>

Quelle: Journal für das
Nephrologische Team Ausgabe
01.04

WAS SIND BEGRÜNDETE TATSÄCHLICHE ANHALTSPUNKTE FÜR FEHLENDE

FREIWILLIGKEIT ODER VERBOTENEN HANDEL BEI DER LEBENDTRANSPLANTATION?

Die Voraussetzungen der Lebenspende sind kompliziert, wohl nicht nur durch die gesetzliche Regelung, obwohl diese nicht durch besondere Klarheit und Einfachheit überzeugt. Hier soll es um den Umfang der Ermittlungspflicht der Kommissionen nach § 8 Abs. 3 des Transplantationsgesetzes (TPG) gehen. Abs. 3 dieses Gesetzes schreibt vor, dass eine weitere Voraussetzung der Entnahme von Organen bei einem Lebenden darstellt, dass die nach Landesrecht zuständige Kommission gutachterlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach § 17 Transplantationsgesetz ist.

Mehr Infos: <http://www.pabst-publishers.de/Medizin/med%20Zeitschriften/jnt/2003-4/170-173.pdf>

Termine 2004

Von **18.03 bis 21.03 2004**

Seminar Langzeitdialyse, Qualitätssicherung
Vollversammlung im Umkreis von Bonn

Von **24.04 bis 25.04 2004**

Delegiertenversammlung des DDEV
Von **20.05 bis 23.05.2004** DSVO - Deutsche Meisterschaft der Organtransplantierten und der Dialysepatienten in Wuppertal

Am **05.06.** Tag der Organspende

Von **16.07 bis 25.07.2004** DSVO - Sommer-Weltspiele für Organtransplantierte in Ontario / Kanada

Von **29.07 bis 01.08. 2004** Seminar Partnerschaft und Kinderwunsch an der Mecklenburgische Seenplatte

Von **01.08 bis 06.08. 2004**

Gemeinsamer Gruppenurlaub an der Mecklenburgische Seenplatte

Rehawoche von **28.10 bis 08.11.03** in Bad Rippoldsau (Schwarzwald)

„Juni-News“ ist die offizielle monatliche Informationsschrift des Vereins „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“ Für Beiträge Dritter wird keine Haftung übernommen.

junge nierenkranke deutschland e.v.
Vorsitzende: Monika Centmayer

jn_info@junge-nierenkranke.de
Sonnenrain 27
Reg.-Nr. VR 1119

<http://www.junge-nierenkranke.de>
D-72218 Wildberg
Amtsgericht Bruchsal

Fon: +49 (0) 7054 9203509
Fax: +49 (0) 7054 931329