



Junge Nierenkranke
Deutschland e.V.

Themen dieser Ausgabe

Der mündige Patient

Thomas Lehn im Interview
mit dem Shuntspetzialisten
Prof. Dr. med. Krönung

Presssespiegel

Termine 2005



Shuntspezialist Prof. Dr. med. Krönung

+++ JUNI - NEWS +++

Ausgabe September 2004

Vorwort



Liebe Mitglieder, liebe Leser,

die Juni-News erscheinen heute in einer neuen Aufmachung. Aber nicht nur die hat sich verändert, sondern der Inhalt soll sich auch ändern. Zukünftig wird es ein Vorwort zu bestimmten Ereignissen oder Veranstaltungen geben. Hinzu sollen hin und wieder Lebensgeschichten, Erfahrungsberichte sowie Interviews nach Seminaren, mit einem von Euch und seiner Meinung zu den Seminartagen geben. Ihr könnt mit euren Erfahrungen anderen von uns, die ähnlichen Probleme haben oder davor stehen, damit vielleicht etwas die Angst nehmen. Anderen mit seinen Erfahrungen zu helfen, nenne ich auch eine Art Selbsthilfe und aus diesem Grund sind wir doch alle in unserem Verein. Des weiteren habt Ihr auch die Möglichkeit, uns Leserbriefe zu bestimmten Themen zu zuschicken. Bestehen bleibt in alter Form, der Pressespiegel sowie die Seitenzahl von ca. 15 Seiten.

Ich hoffe, das Euch die neuen Juni-News sowie die zukünftige Themenauswahl gefallen werden.

Martin Müller
Redaktion

IMPRESSUM

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

Redaktion: Martin Müller

Layout: Martin Müller

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 an die Redaktion räumt der Verfasser Juni-News alle Veröffentlichungsrechte ein.

Autoren dieser Ausgabe:

Thomas Lehn

Martin Müller

Redaktionsanschrift:

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.

Klausnerstr. 8

66115 Saarbrücken

Tel: 0681/ 41717 23 - 4162829

E-Mail: Martin.Mueller@junge-nierenkranke.de

Der mündige Patient – Bericht zu einem Vortrag von Monika Centmayer

Immer wieder hört man von Patienten „Mein Arzt nimmt mich nicht ernst“ „Mein Arzt schimpft mit mir“ „Das kann ich meinem Arzt nicht sagen, dann denkt der ja, ich spinne.“ „Meine Meinung interessiert die Ärzte bei uns nicht.“

So etwas ist absolut unverständlich. Wie kann das sein? Der Arzt schimpft mit seinem Patienten, nimmt ihn nicht ernst, macht Vorschriften?! Kein Arzt der Welt hat das Recht, einem Vorschriften zu machen oder mit einem zu schimpfen! Man ist nierenkrank und nicht geisteskrank!

Monika berichtet, wie sie es von einem ihrer Ärzte gelernt hat: **„Ich (die Patientin) bin hier der Boss und der Arzt ist mein Berater.“**

Ebenso gilt: Ich trage die Verantwortung, ich setze mir meine Ziele!

Die Aufgabe des Arztes ist, mich aufzuklären und zu beraten, wie die Behandlung sein muss, damit ich diese Ziele erreichen kann. Dafür ist eine gute Kommunikation von beiden Seiten erforderlich. .

Es ist wichtig, dass ich als Patient alle Informationen über meine Behandlung bekomme und zu den Konsequenzen, wenn ich diese Behandlung nicht oder anders durchführe.

Der Arzt muss den Patienten ernst nehmen und auch wirklich daran interessiert sein, die Vorstellungen seiner Patienten von der Behandlung zu erfahren und zu erfahren, wie es einem geht und die eigenen gesundheitlichen Ziele sind.

Genauso wichtig ist, dass der Patient seinen Arzt darüber informiert, wenn er anderer Meinung ist oder etwas anders anwendet oder durchführt als vom Arzt vorgeschlagen. Und ganz besonders wichtig ist es, dass man als Patientin ehrlich zu sich selbst und seinem Arzt gegenüber ist.

Starallüren sind da absolut Fehl am Platz, und zwar auf beiden Seiten.

Eine Studie hat ergeben, dass die Patienten im Schnitt 1/3 weniger Medikamente nehmen, als vom Arzt verordnet.

Die meisten Patienten trauen sich

nicht, ihrem Arzt zu sagen, dass Sie weniger Medikamente nehmen als verordnet. Die Frage ist Warum tun sie das? Weil der Arzt schimpft? Dann hat der Arzt ein Problem, weil er seine Rolle nicht kennt und das muss man ihm dann auch klar machen. Ebenso wichtig ist aber auch, die eigene Rolle zu kennen und sich die eigene Rolle klar zu machen und die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Es ist doch das EIGENE Leben und die EIGENE Gesundheit, um die es geht!

Monika berichtet, ihr größtes Ziel ist es, ein langes und im Rahmen der Möglichkeiten gesundes Leben zu führen und dazu gehört, dass sie eine aufgeklärte Patientin ist, und weis, was dazugehört, dieses Ziel zu erreichen.

Ein aufgeklärter Patient weis, dass jeder Verstoß seine Konsequenzen hat, die die eigenen Ziele in Gefahr bringen.

Selbstverständlich gibt es auch Patienten, die selbst überhaupt nicht über ihre eigene Situation nachdenken wollen, Patienten, die konkrete Anweisungen vom Arzt erhalten möchten, diese strikt befolgen und jegliche Eigeninitiative scheuen. Das ist dann auch in Ordnung.

Für manche Ärzte sind dies sicherlich die liebsten Patienten, sie sind so einfach zu handhaben und machen so wenig Arbeit.

Funktionieren kann beides, der unmündige Patient ebenso wie der mündige. Die Frage ist, was möchte man als Patient sein, mündig oder unmündig. Ein guter Arzt, der auch psychologische Fähigkeiten hat, ist in der Lage dies zu erkennen und seine Patienten entsprechend individuell zu behandeln.

Leben trotz der Krankheit heißt für Monika Centmayer, dass die Krankheit einen zentralen Punkt im Leben einnimmt. Zentral in der Hinsicht, dass die Behandlung so gut sein muss, dass sie ihre Lebensziele erreichen kann. Die Verantwortung dafür liegt zur Hälfte bei ihr selbst und zur Hälfte bei ihrem Beraterteam.

Wer aber trotzdem Schwierigkeiten hat, sich mit seinem Ärzteteam auseinander zu setzen, der sollte folgen-

de „Tipps für mündige Patienten“ beachten:

- Verschaffe Dir zunächst Klarheit über Deine eigenen Wünsche und Erwartungen. Suchst Du eine schnelle Linderung der Symptome, oder strebst Du eine Heilung an?
- Verantwortung übernehmen heißt auch, sich einen Arzt suchen, bei dem man sich wohl fühlt. Und nicht aus Bequemlichkeit bei dem bleiben, zu dem man schon immer gegangen ist – der aber immer gehetzt wirkt, nichts erklärt und schnell zum Rezeptblock greift. Es gibt auch andere! Die kann man zum Beispiel finden, indem man Freunde, Bekannte oder andere Patienten mit der gleichen Krankheit befragt.
- Macht Dir vor einem Termin klar, dass Du nicht als Untergebener oder Bittsteller zum Arzt gehst. Juristisch gesehen besteht nämlich zwischen Arzt und Patient ein Behandlungs- oder Arztvertrag, der beide zu gleichberechtigten Vertragspartnern macht.
- Du solltest Dich vor dem Arztbesuch über Deine Krankheit informieren, das geht am besten durch Ratgeber, das Internet, Selbsthilfegruppen oder Patientenverbände. Auch die Apotheken können als Nahtstelle zwischen Patienten und Gesundheitssystem ihren Kunden durch Gespräche helfen.
- Nimm Dir einen „Spickzettel“ mit in die Sprechstunde, auf dem Du die wichtigsten Punkte und Fragen notiert hast, die Du mit Deinem Arzt besprechen willst. Scheu Dich nicht, auch während des Gesprächs Notizen zu machen.
- Frage nach, wenn Du etwas nicht verstanden hast. Bei lateinischen Fachbegriffen solltest Du auf jeden Fall um Übersetzung bitten.
- Wenn es Dir schwer fällt, eine Entscheidung für eine Untersuchung oder Behandlung zu treffen, erbitte Dir Bedenkzeit.
- Bilde Dir nach dem Arztbesuch ein Urteil: Hast Du Dich in der Praxis und im Sprechzimmer wohl gefühlt? Haben Dich die Vorschläge des Arztes überzeugt? Wenn Du zweifelst, sol-

test Du einen zweiten Mediziner zu Rate ziehen; besprich aber wegen der Kostenübernahme vorher mit Deiner Krankenkasse. Teile Deinem Arzt aber Deine Unzufriedenheit und Bedenken mit. Ein selbstbewusster Mediziner freut sich über Kritik.

Martin Müller

Seminar Bad Rippolsau

Liebe Mitglieder an alle die, die mit nach Bad Rippolsau fahren und mit dem eigenen Auto anreisen, möchte ich darauf aufmerksam machen, darauf zu achten ihr Auto winterfest zu machen. Dies ist insbesondere für die Leute wichtig die nach Freudenstadt zur Dialyse fahren müssen.

Außerdem sollte sich jeder seine wichtigsten Telefonnummern aufschreiben, denn Handys funktionieren dort wegen vielen Funklöchern meist nicht.

Interview mit dem Shuntchirurg Herrn Prof. Dr. med. Krönung

Der Verein Jungen Nierenkranke Deutschland e.V. veranstaltet für seine Mitglieder jährlich drei Seminare. Im Seminar *Qualitätsmanagement* hielt Prof. Krönung aus Ottweiler, einer der führenden Shuntspezialisten in Deutschland, einen Vortrag über Qualitätskriterien beim Shuntmanagement.

Als Vorstandsmitglied und Betroffener hatte ich die Gelegenheit, ein Interview bei Prof. Krönung im Saarland zu machen.

Herr Prof. Krönung, wir haben uns bei einem Patientenseminar **der Jungen Nierenkranke Deutschland e.V.** in Bonn kennen gelernt, bei dem Sie ei-

nen beeindruckenden Vortrag über **Qualitätskriterien beim Shuntmanagement** hielten.

Sie hatten dann noch beim Essen Gelegenheit, über ihre interessante, und für uns Betroffenen, ungeheuer wichtige Arbeit zu erzählen.

Aufgrund von Shuntschwierigkeiten, die bei mir als Langzeitdialysepatient (im 35 Jahr) immer mal wieder auftreten und erst kürzlich eine mehrstündige OP in Neckargemünd bei Prof. Brittinger zur Folge hatte, ist mir wieder einmal klar geworden, dass unsere Lebensader, der sog. Shunt, der die wichtigste Voraussetzung für eine optimale und effektive Dialyse ist, nur begrenzt haltbar ist. Ohne einen gut laufenden Shunt ist die Langzeit-Hämodialyse nicht möglich.

Sie sind einer der führenden Shunt-Chirurgen in Deutschland, wenn ich das mal so sagen darf. Bei Ihnen geben sich Betroffene mit ihren Problemschunts die Türklinke in die Hand. Das sind oft schwierige Fälle mit zahlreichen Voroperationen die dann letztendlich zu Ihnen überwiesen werden.

Sie sind Chefarzt der chirurgischen Abteilung des Kreiskrankenhauses in Ottweiler und haben bereits zahlreiche Publikationen zum Thema *Gefäßzugänge* verfasst.

Sie haben Ihr Shuntkompetenzzentrum in Ottweiler im Saarland aufgebaut und operieren mit Ihrem Team über 600 Shunts im Jahr. Sie sind auch im Ausland unter den Shuntchirurgen bekannt.

Frage 1:

Ich denke, in Deutschland haben sich seit Jahren nur einige wenige Schwerpunktzentren für Shunt-Chirurgie etabliert. Ich habe mal gelesen, Herr Professor Krönung, um die nötige Erfahrung in der Dialyseshunt-Chirurgie einschließlich aller möglichen exotischen Shuntformen zu erlangen, sollten in der Größenordnung mehr als 200 Shunt OP's vom Chirurgen im Jahr durchgeführt werden. Weiter habe ich gelesen, dass viele kleine Shunt Zentren ihre basisshunt-chirurgischen Kenntnisse bis zum Exzess ausreizen, und dass im Einzelfall der betroffene Dialysepatient wieder zu Ihnen oder zu den wenigen Schwerpunktzentren kommt, um zu einer anständigen Lebensader zu er-

langen. Wie sehen Sie das?

Es ist sicher richtig, dass eine gute Shuntchirurgie einen sehr hohen Grad an Erfahrung fordert. Ich würde bei weniger Erfahrung nicht von kleinen Shuntzentren reden. Hier handelt es sich um Allgemeinchirurgen oder Gefäßchirurgen, aber auch um andere Disziplinen, die gelegentlich shuntchirurgische Eingriffe durchführen. Dies ist heute sicherlich keine gute Voraussetzung mehr, eine professionelle Shuntchirurgie anzubieten. Es ist natürlich immer schwierig, eine Zahl zu nennen. Der Geschicktere oder Begabtere oder Engagiertere kommt mit weniger Shuntoperationen aus als der Ungeschicktere, Unbegabtere und weniger Engagierte.

Ich würde aber die Größenordnung ähnlich sehen, sicher nicht weniger als 100 Shunts pro Jahr.

Frage 2:

Was zeichnet einen hervorragenden Shunt-Chirurg aus?

Langjährige Erfahrung, minuziöse sorgfältigste OP-Technik, Verständnis der Shuntchirurgie als Prozesschirurgie, hohes Engagement mit Bereitschaft zum Verzicht im Privatleben durch die vielen dringlichen oder Notfallmäßigen Eingriffe, hohe soziale Kompetenz im Umgang mit den chronisch kranken, oft polymorbiden Dialysepatienten.

Frage 3:

Sie sagen Shunt-Chirurgie ist Prozesschirurgie. Was meinten Sie damit genau?

Die Shuntvene reagiert auf die Arterialisierung mit vielfältigen morphologischen Veränderungen. Diese müssen langfristig, unter Umständen über Jahre gesteuert und geführt werden (z. B. durch die Punktion, durch regelmäßige Kontrolluntersuchung, durch Abklärung jeder Fehlfunktion, durch Service-Operationen beim noch laufenden Shunt, um einer Komplikation wie der Thrombose zuvor zu kommen).

Frage 4:

In ihrem Vortrag sprachen sie über Management bei einer Shuntneuanlage. Was ist darunter zu verstehen?

Jede Shuntneuanlage wie auch die Shunterstanlage muss in ein langfristiges Konzept eingebaut werden. Es geht nicht nur um die Frage, welchen Shunt lege ich jetzt neu an, sondern wie werden die nächsten 2 bis 3 Shunts aussehen, wenn dieser Shunt einmal nicht mehr funktioniert. Hierbei sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass jede Shuntneuanlage möglichst viele Folgeschunts zulässt und nicht spätere Möglichkeiten verbaut.

Frage 5:

Gibt es in Deutschland für die Shunt-Chirurgie bestimmte Qualitätsstandards, wie z.B. in Amerika gibt es die DOQI-Guidelines?

Nein, wobei ich anmerken möchte, dass ich mit vielen Punkten der DOQI-Guidelines nicht einverstanden bin.

Frage 6:

Hat ein betroffener Dialysepatient die Möglichkeit, die Erstanlage seines Shunts in einem der Schwerpunktzentren operiert zu bekommen? Oder muss er zum Gefäßchirurg in seiner Nähe?

Hier gibt es keine allgemein gültige oder gar gesetzliche Regelung. Entscheidend ist im wesentlichen das Engagement des Patienten selber, seine Interessen durchzusetzen, d. h. zu einem professionellen Shuntchirurgen seiner Wahl zu gehen. Sollte es hier mit den Kostenträgern Transportprobleme geben, können diese meist gemeinsam vor der geplanten Op geklärt werden.

Frage 7:

Ich persönlich habe Bedenken, dass irgendwann die guten Shunt-Chirurgen aus Altersgründen ausscheiden werden. Das ist ja auch normal. Aber wie sieht es denn mit den Nachfolgern aus?

Dies scheint in der Tat ein Problem zu sein. Ich würde gerne einen Assistenten ausbilden, habe bis heute niemanden gefunden der bereit ist, diese tägliche

stundenlange feinmotorische Arbeit mit Lupenbrille über einen längeren Zeitraum mit häufigem Überschreiten der Arbeitszeit durch die vielen dringlichen und notfallmäßigen Operationen durchzuführen.

Frage 8:

Könnten Sie sich vorstellen, im Zeitalter des Internet und der digitalen Bildübertragung, dass Sie Ihre Erfahrung, an Ihre nicht so versierten Kollegen, die über einige hundert Kilometer entfernt am OP Tisch stehen, weitergeben könnten, damit die Patienten dann nicht so lange Anreisewege haben würden?

In meinem Zentrum erfolgt die gesamte Dokumentation inzwischen digital und ich biete auch Kollegen die digitale Informationsübermittlung an (z. B. OP-Fotos, Skizzen, etc.). Hiervon wird noch sehr wenig Gebrauch gemacht. Ich bin sicher, dass dies die Zukunft nicht nur der Shuntchirurgie, sondern auch in anderen medizinischen Bereichen sein wird. Hierfür fehlen aber noch infrastrukturelle Voraussetzungen, die der ganze Medizinbetrieb entwickeln muss, und dies ist auch im Entstehen, wenn auch langsam.

Frage 9:

Ich habe gelesen, dass es in Amerika sogenannte fliegende Shunt-Chirurgen gibt, die mit ihrem mobilen OP vor das Hospital parken und die bereitstehenden Patienten operieren! Könnte man sich das in Deutschland auch in der Zukunft vorstellen?

Diesen Vorschlag habe ich den Kostenträgern schon vor Jahren gemacht. Er ist damals an beruflichen Problemen (KV'en, etc.) gescheitert.

Frage 10:

Wird sich aufgrund des Kostendrucks die Qualität in der Shuntchirurgie auf der Strecke bleiben?

Hier entsteht eine paradoxe Situation. Bisher wurden Shunts relativ schlecht honoriert, so dass nur sehr wenige engagierte Shuntchirurgen trotzdem eine qualitativ hochwertige professionelle Shuntchirurgie betrieben haben. Eine Besserbezahlung der shuntchirurgischen Tätigkeit muss unbedingt

verbunden werden mit einer Qualitätskontrolle, damit nicht aus nahe liegenden Gründen unerfahrene Operateure in breitem Stil Shuntchirurgie betreiben.

Frage 11:

Was raten sie den Betroffenen, damit ihre Lebensader lange erhalten bleibt?

Sich nur einem erfahrenen Shuntchirurgen anvertrauen und mit ihm alle Einzelheiten über das jeweils individuelle Gefäßsystem und die damit verbundenen Shuntmöglichkeiten zu besprechen und die Shuntchirurgie möglichst in der Hand eines solchen erfahrenen Shuntchirurgen belassen. Das schlechteste ist sicherlich ein "Shunt-Tourismus" mit häufigem Wechsel von Shuntchirurgen, meist ohne den dringend notwendigen entsprechenden Informationsfluss.

Frage 12:

Wird es nach Ihrer Meinung in Zukunft andere Anschlussverfahren geben, oder entwickelt man die Shunts weiter?

Man kann alle grundsätzlich möglichen Gefäßzugänge systemisch in 4 Gruppen mit Untergruppen vollständig darstellen. Alle seit Beginn der Dialysetherapie Mitte des vorigen Jahrhunderts entwickelten Gefäßzugänge lassen sich zwanglos und eindeutig in dieses Schema einordnen. Da umgekehrt alle Möglichkeiten teils mehrfach realisiert wurden, folgt für die weitere Entwicklung:

Es liegt ein umfangreicher Erfahrungsschatz vor, der durch systematische Auswertung mit Formulierung zu Grunde liegender Gesetzmäßigkeiten zur Detailverbesserung und zur Vermeidung der Wiederholung von Fehlern führen sollte. Ein grundsätzlich neuer Lösungsansatz für den Gefäßzugang ist nicht formulierbar.

Vorstellbar wäre evtl. in der Zukunft die Verwendung von geklonten Gefäßen als Dialysezugang. Wenn die Genmedizin so weit ist wird es aber wahrscheinlich dann aber auch möglich sein, geklonte Nieren herzustellen, die dann die bisherige maschinelle Nierenersatztherapie und damit die Shunt-

chirurgie überflüssig machen würden.

Vielen Dank für das bemerkenswerte Interview.

Ich hoffe natürlich für uns Betroffenen, dass die Shuntchirurgie in der Zukunft, trotz Kostendruck und Gesundheitsreformen, weiterhin die Qualität aufweist, wie wir sie heute kennen.

Ich wünsche uns Betroffenen, dass für die Zukunft best ausgebildete professionelle Shuntchirurgen, mit dem Erfahrungsschatz und dem Engagement eines Prof. Krönung, eines Prof. Brittinger oder einer handvoll Shuntchirurgen in Deutschland, uns zur Verfügung stehen werden.

Thomas.Lehn

Frauen mit Spenderniere haben oft Frühgeburten

Transplantatfunktion wird durch Schwangerschaft nicht gefährdet / Tips für unkomplizierte Schwangerschaftsverläufe

MÜNCHEN (bib). Etwa jede zehnte Patientin mit Spenderniere ist im gebärfähigen Alter, eine von 50 solcher Frauen wird schwanger. Die Transplantatfunktion wird durch die Gravidität an sich nicht gefährdet. Es ist aber vermehrt mit komplizierten Schwangerschaftsverläufen zu rechnen, etwa mit Infektionen, Präeklampsie oder Frühgeburt. Dr. Florian Bergauer von der LMU München gibt Tips, wie sich die Problematik entschärfen lässt.

Hauptproblem bei Schwangeren mit Spenderniere ist die hohe Rate an Frühgeburten: Etwa 50 bis 60 Prozent haben eine Frühgeburt. Bergbauer: "Das mittlere Schwangerschaftsalter bei der Entbindung ist die 36. Schwangerschaftswoche bei einem mittleren Geburtsgewicht von etwa 2500 Gramm." Und die Hälfte der Kinder kommt per Sectio zur Welt, obwohl prinzipiell nichts gegen eine vaginale Entbindung spricht, auch nicht die Lage der Transplantatniere im Becken (Gynäkologie 5, 2004, 437).

"Bei Erreichen des zweiten Trimeons kann in über 90 Prozent mit der Geburt eines lebenden Kindes gerechnet werden", so der Gynäkologe.

Die Abortrate sei ähnlich wie bei normalen Schwangerschaften. Prognostisch ungünstig für das Kind sowie auch für das Transplantat sind ein über 1,4 mg/dl erhöhter Serumkreatinin-Ausgangswert, eine Proteinurie über 500 mg am Tag, ein schwer einstellbarer Hypertonus und ein geringer Abstand zwischen Nierentransplantation und Schwangerschaft.

"Mit der Schwangerschaft sollte ein bis zwei Jahre nach der Transplantation gewartet werden, bis sich Transplantatfunktion und immunsuppressive Therapie stabilisiert haben", empfiehlt Bergauer. Die Immunsuppression müsse selbstverständlich während der Schwangerschaft fortgesetzt werden, um die Transplantatfunktion zu erhalten.

Für die Erhaltungstherapie mit Azathioprin (< 2 mg/Tag, AZT), Ciclosporin (< 5 mg/kg Körpergewicht/Tag) und Prednisolon (< 15 mg/Tag) liegen nach Angaben des Gynäkologen bislang die meisten und günstigsten Erfahrungen vor.

Für Sirolimus gibt es bisher wenig Daten bei Schwangeren

Hinweise für die Häufung von Fehlbildungen gebe es nicht. Patientinnen, die vor der Schwangerschaft Mycophenolatmofetil erhalten hatten, sollten aufgrund der geringen Erfahrungen mit dieser Substanz bei Graviden auf AZT umgestellt werden. Auch zu Sirolimus gibt es noch wenig Daten bei Schwangeren. Ähnliches gilt für die Antikörper-Therapie.

Da Immunsuppressiva das Infektionsrisiko erhöhen, empfiehlt Bergauer Frauen mit Spenderniere, vor einer geplanten Schwangerschaft ein Screening auf Zytomegalie, Röteln, Hepatitis B und C, Herpes simplex und Toxoplasmose.

Oft kriegen Schwangere mit Nierenersatz Harnwegsinfekte

Bei Harnwegsinfekten, die etwa 40 Prozent der schwangeren Patientinnen bekommen und die eine Transplantatpyelonephritis verursachen können, rät der Gynäkologe zur konsequenten Infektsanierung über mindestens sechs Tage.

Problematisch ist auch die bei vielen Schwangeren mit Spenderniere vorhandene Hypertonie, die auch die hohe Inzidenz der Präeklampsie von 30 Prozent erklärt. Die Präeklampsie

kann schwer von einer Abstoßung zu unterscheiden sein; mitunter erfordert das eine Biopsie. Ein vorübergehender isolierter Abfall der glomerulären Filtrationsrate im dritten Trimenon ist ebenso wie eine Proteinurie < 500mg/Tag in Terminnähe physiologisch und nicht Ausdruck einer verschlechterten Transplantatfunktion. Allerdings sollten mindestens alle zwei Wochen die Serumkreatinin-Werte kontrolliert und die Niere sonographisch untersucht werden.

Information aus der Ärzte Zeitung

Beim Sex wird HCV nur sehr selten übertragen

In festen Partnerschaften sind Kondome zur Prävention nicht unbedingt nötig / Risiken bei Analverkehr

NEU-ISENBURG (eis). Das Hepatitis-C-Virus (HCV) kann bekanntlich beim Geschlechtsverkehr übertragen werden. Die Übertragungsraten bei normalen Sexualpraktiken sind aber nahezu null, wie jetzt eine italienische Studie bestätigt hat. Infizierte mit festem Partner brauchen deshalb zur Infektions-Prävention nicht unbedingt Kondome benutzen, sagen HCV-Experten.

In der Studie waren bei 895 heterosexuellen Paaren HCV-Übertragungen auf den nicht-infizierten Partner untersucht worden, wie Dr. Carmen Vandelli von der Universitätsklinik in Modena und ihre Kollegen berichten (Am J Gastroenterol 99, 2004, 855).

Nach eigenen Angaben benutzten die Paare beim Geschlechtsverkehr keine Kondome, vermieden aber Infektionsbegünstigende Praktiken wie Analverkehr oder Verkehr während der Menstruation. 87 Prozent der Paare wurden über zehn Jahre untersucht. Bei den verbleibenden 13 Prozent war die Untersuchungszeit geringer, weil das Virus eliminiert (acht Prozent) oder die Beziehung beendet (fünf Prozent) wurden.

Drei HCV-Infektionen habe es in den 7760 Beobachtungsjahren der Studie gegeben, so Vandelli. Eine Feintypisierung der Erreger habe aber ergeben, daß sich die Betroffenen nicht bei ihrem Partner angesteckt haben können.

Das sexuelle Übertragungsrisiko für HCV bei monogamen heterosexuellen Paaren sei damit extrem niedrig, so die italienische Forscherin. Eine generelle Empfehlung für den Gebrauch von Kondomen in solchen Partnerschaften sei daher nicht nötig. Das hat auch Professor Stefan Zeuzem vom Universitätsklinikum in Homburg/Saar auf Anfrage der "Ärzte Zeitung" bestätigt.

Infektionsrisiken sind nach seinen Angaben Sexualpraktiken mit der Möglichkeit zu Schleimhauteinrisen oder Verkehr bei Geschlechtskrankheiten wie Herpes genitalis. Ebenso sollten promiskuitive Hepatitis-C-Patienten Safer Sex praktizieren, auch um sich vor Infektionen mit weiteren Viren wie HBV oder HIV zu schützen, sagte Zeuzem.

Information aus der Ärzte Zeitung

Ob eine Hepatitis C ausheilt, hängt stark vom Genotyp ab

Beim HCV-Genotyp 3 häufiger Spontanheilung als bei solchen mit HCV-Genotyp 1 / Neue Studienergebnisse vorgestellt

LEIPZIG (otc). Einige Patienten mit akuter Hepatitis C (HCV) eliminieren das Virus spontan ohne Therapie. Je nach Ausprägung der Symptome beträgt der Anteil zwischen zehn und fünfzig Prozent. Um unnötige Therapien und somit unerwünschte Arznei-Wirkungen sowie Kosten zu vermeiden, wäre es wünschenswert, diese Patienten frühzeitig zu identifizieren. Hier kann eine Genotypisierung helfen.

Eine aktuelle Studie hat jetzt ergeben, daß es bei Patienten mit HCV-Genotyp 3 häufiger zu einer spontanen Ausheilung kommt als bei solchen mit HCV-Genotyp 1. Das hat Dr. Heiner Wedemeyer von der Medizinischen Hochschule Hannover bei der 59. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen in Leipzig berichtet. Bei 93 Prozent der Studienteilnehmer mit HCV-Genotyp 1 kam es zu einer Chronifizierung der Erkrankung, aber nur bei 63 Prozent mit HCV-Genotyp 3, so Wedemeyer bei einem vom Unternehmen Essex unterstützten Satelliten-Symposium.

Als Konsequenz aus dieser Studie

stellt sich nun die Frage: Bei welchen Patienten sollte man frühzeitig mit einer Therapie beginnen, und bei welchen sollte man abwarten, ob das Virus von allein eliminiert wird? Um unter anderem dieser Frage nachzugehen, läuft seit April dieses Jahres eine vom Kompetenznetz Hepatitis initiierte multizentrische, kontrollierte, prospektive und randomisierte HCV-III-Studie, wie Wedemeyer gesagt hat. Bis Mai 2006 werden noch Patienten aufgenommen, teilnehmen sollen an der Studie insgesamt 150 Patienten im Alter zwischen 18 und 70 Jahren.

Im Therapiearm A dieser Untersuchung werden Patienten mit einer symptomatischen akuten Hepatitis C möglichst frühzeitig mit pegyliertem Interferon alfa-2b (PegIntron®) in einer Dosierung von 1,5 Mikrogramm pro Kilogramm Körpergewicht über 24 Wochen behandelt. Bei den Patienten im Therapiearm B wird zuerst zwölf Wochen lang abgewartet, ob das HCV-Virus spontan eliminiert wird. Die Patienten, die am Ende dieses Zeitraums weiterhin HCV-RNA-positiv sind, werden anschließend für mindestens 24 Wochen mit pegyliertem Interferon alfa-2b (1,5 µg pro kg) plus Ribavirin behandelt.

Im Therapiearm C werden Patienten mit asymptomatischer akuter Hepatitis C - dazu gehören zum Beispiel Angehörige medizinischer Berufe nach einer Nadelstichverletzung - wie in Arm A möglichst frühzeitig behandelt.

Nähere Informationen zur Studie erhalten Sie im Internet unter www.kompetenznetz-hepatitis.de

Information aus der Ärzte Zeitung



Pressespiegel

Quelle Ärzte Zeitung 10.09.2004

84jähriger Mann erhält neue Niere

NEW YORK (dpa). In den USA gibt es einen neuen Altersrekord bei der Organtransplantation. Einem Mann ist im Alter von 84 Jahren und elf Monaten eine Niere seiner Tochter eingesetzt worden.

Er ist inzwischen 85 und erfreut sich

nach Angaben der Organisation United Network for Organ Sharing bester Gesundheit. Das Durchschnittsalter von Organempfängern liegt in den USA nach der jüngsten Statistik bei 42 Jahren. Der älteste deutsche Organempfänger erhielt sein Organ nach Angaben der Stiftung Eurotransplant mit 81 Jahren.

Quelle Informationsdienst Wissenschaft
09.09.2004

Waschmaschine fürs Blut

Blutvergiftungen verlaufen in fast jedem zweiten Fall tödlich. Eine wirkungsvolle Blutreinigung könnte den Patienten helfen. Forscher arbeiten an einem neuen Verfahren: Es fischt Giftstoffe gezielt und schnell aus dem lebenswichtigen Saft, ohne das Blutbild zu verändern. Unerbittlich kämpft der Körper gegen die Entzündung. Erobern und vergiften Bakterien das Blut dennoch, kommt es zur lebensbedrohlichen Sepsis. Ärzte müssen schnell reagieren und den roten Lebenssaft von den giftigen Stoffwechselprodukten (Endotoxinen) reinigen. Das ist aufwändig: Über eine Kanüle entnimmt der Arzt dem Patienten Blut. Ein Plasmafilter trennt die Zellen vom Plasma. In einem zweiten Schritt wird das Plasma über Mikrobead-Säulen geleitet, in denen Absorber die Giftstoffe spezifisch herausfischen. Das gereinigte Plasma wird wieder mit den Blutzellen vereinigt und zurück in den Körper geleitet. Die Blutzellen dürfen nicht mit den Absorberoberflächen in Kontakt kommen, denn sonst kann das Blut gerinnen.

Mehr Infos: http://idw-online.de/public/zeige_pm.html?pmid=85431

Quelle Ärzte Zeitung 09.09.2004

Mit implantiertem Chip läßt sich ganz einfach der Blutdruck messen

Die gemessenen Werte können mit einem Gerät am Gürtel abgefragt werden

WIESBADEN (gwa). Ein Chip mit Antenne, die in einer 2,3 mm dünnen Silikonkapsel mit drei Ankerfüßen eingegossen sind, könnte möglicherweise in Zukunft eine Dauerkontrolle des Blutdrucks bei

Hypertonie-Patienten ganz einfach machen. Die Aachener Kapsel soll etwa in einer Beckenarterie verankert werden. Die gemessenen Werte würden an einen Empfänger, der subkutan sitzt, übermittelt. Die Blutdruck- und Pulswerte könnten dann über etwa Handy-große Geräte, die die Patienten am Gürtel tragen würden, abgefragt werden.

Mehr Infos: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/09/09/161a1401.asp?cat=medizin/herzkreislauf>

Quelle Informationsdienst Wissenschaft
01.09.2004

Denkanstöße zur Verbesserung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient

FREIBURG. Der unbegrenzte Zugang zu medizinischen Fachinformationen und ein gestärktes Selbstbewusstsein revolutionieren seit einigen Jahren das Rollenverständnis der Patienten gegenüber den "Professionellen". Ein Indiz dafür ist das konsequente Einfordern von Kommunikation sowohl im Hinblick auf Qualität als auch auf Quantität. Besonders deutlich wird dies bei onkologischen Erkrankungen, da hier der Grad der Verunsicherung durch den bedrohlichen Charakter der Krankheit und durch die Unkalkulierbarkeit des therapeutischen Erfolgs sehr gravierend erscheint. Einen Beitrag zur kritischen Analyse der Interaktion zwischen Patienten und "Professionellen" leistet das im Karger Verlag erschienene Buch Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie - Arzt und Patient im Spannungsfeld der Shared Decision, herausgegeben von Prof. Hans Helge Bartsch (Ärztlicher Direktor an der Klinik für Tumorbologie) und Prof. Joachim Weis (Leiter der Abteilung Psychoonkologie an der Klinik für Tumorbologie).

Mehr Infos: http://idw-online.de/public/zeige_pm.html?pmid=85113

Quelle Ärzte Zeitung 01.09.2004

Keine Virusgefahr durch Organe von Schweinen?

BOSTON (ple). Die Verwendung von Schweineorganen für die Transplantation birgt möglicherweise ein weit geringeres Risiko der Übertragung endogener Viren als bisher vermutet. US-Forscher haben in Experimenten mit Mäusen herausgefunden, daß gleichzeitig in ein Tier verpflanzte Ge-

webe von Schweinen und Menschen nicht zur Infektion des Humangewebes mit endogenen Viren der Schweine geführt hat (JCI 114/5, 2004, 695). Die Wissenschaftler halten deshalb die Verwendung von Schweineorganen bei einer Xenotransplantation für sicher.

Quelle Ärzte Zeitung 01.09.2004

Strenge Maßstäbe für Patientenverfügungen

Enquete-Kommission will Reichweite von Patientenverfügungen auf irreversibel tödliche Krankheitsfälle beschränken BERLIN (hak). Das Mehrheitsvotum der Enquete, die Gültigkeit von Patientenverfügungen auf Fälle irreversibler und tödlich verlaufender Erkrankungen zu beschränken, fällt weit zurück hinter die Forderungen der Ärzteschaft und der vom Justizministerium eingesetzten Kommission unter Leitung des ehemaligen Bundesrichters Klaus Kutzer. Die Kutzer-Kommission hatte gefordert, die Zulässigkeit von indirekter Sterbehilfe (Schmerztherapie, die unbeabsichtigt zum Tode führt) und passiver Sterbehilfe (Behandlungsabbruch) - ausschließlich vom Willen des Patienten abhängig zu machen, nicht aber vom Krankheitsstadium. Die Bundesärztekammer hatte in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung Patientenverfügungen für die darin beschriebenen Situationen als bindend erklärt.

Mehr Infos: http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/09/01/155a0601.asp?cat=politik/gesundheitsystem_uns

Quelle Informationsdienst Wissenschaft
01.09.2004

Empfehlungen zur Selbstmedikation bei Kopfschmerzen

Die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft hat aufgrund neuer Untersuchungen ihre bisherigen Evidenz-basierten Empfehlungen für Patienten zur Selbstmedikation bei Spannungskopfschmerzen und Migräne überarbeitet. Die Empfehlungen für Patienten stehen auf der Website der DMKG (www.dmkg.de) zum Herunterladen zur Verfügung. Viele Pati-

enten, die unter Kopfschmerzen leiden, behandeln diese mit freiverkäuflichen Schmerzmitteln selbst. Mehr als 90 Prozent der Betroffenen haben Migräne, Spannungskopfschmerzen oder eine Kombination dieser beiden Formen. Bei diesen häufigen Kopfschmerzarten spricht aus Sicht der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft grundsätzlich nichts gegen eine Selbstmedikation, wenn die Patienten mit dieser Selbstbehandlung gut zurecht kommen.

Mehr Infos: http://idw-online.de/public/zeige_pm.html?pmid=85075

Quelle Ärzte Zeitung 31.08.2004

Neuer Wirkstoff stabilisiert den Herzrhythmus

Dronedaron reduzierte in Studien die Rate für Herzrhythmusstörungen verglichen mit Placebo um 22 bis 28 Prozent. Der neue antiarrhythmische Wirkstoff Dronedaron beugt bei Patienten mit Herzrhythmusstörungen erneutem Vorhofflimmern oder -flattern vor. Das haben zwei Studien mit insgesamt 1250 Patienten ergeben.

Mehr Infos: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/08/31/154a0401.asp?cat=/medizin/herzKreislauf>

Quelle Informationsdienst Wissenschaft 31.08.2004

Liebe und Partnerschaft gut fürs Herz

München, Montag, 30. August 2004 - Liebe, Partnerschaft und befriedigende soziale Beziehungen sind offenbar gut für das Herz - auch im medizinischen Sinn. Schweizer Wissenschaftler haben erstmals Paarbeziehungen im Fall der Herzerkrankung eines Partners unter die Lupe genommen. Fazit: Liebe und Unterstützung haben positive Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. Dänische Forscher berichteten auf dem Europäischen Kardiologenkongress, dass allein Lebende ein mindestens vierfach erhöhtes Risiko haben, einen plötzlichen Herztod zu erleiden.

Mehr Infos: http://idw-online.de/public/zeige_pm.html?pmid=85019

Quelle: Ärzte Zeitung 30.08.2004

BNP: Prognose-Marker bei schwerer Herzschwäche

BNP ist ein Gewebshormon mit kurzer Halbwertszeit, das in der Herzwand freigesetzt wird, wenn der Druck in den Herzkammern steigt. Es gilt deshalb als Hilfe bei der Diagnose der akuten Herzinsuffizienz.

Mehr Infos: <http://www.aerztezeitung.de/docs/2004/08/30/153a0402.asp?cat=/medizin/herzKreislauf>

Quelle: Informationsdienst Wissenschaft 24.08.2004

Nierentumor: Neues Verfahren gibt Sicherheit bei Operation - Urologen können Organ häufiger erhalten

Berlin-Buch, 24.08.2004. Zur Therapie von Nierenkrebs ist in vielen Fällen heute keine radikale Entfernung des Organs notwendig. Nach den Erfahrungen von Privatdozent Dr. med. Graf Popken, dem Chefarzt der Urologischen Klinik des HELIOS Klinikums Berlin-Buch, kann bei 30 bis 50 Prozent der betroffenen Patienten die Niere erhalten werden. Zum Erfolg der organerhaltenden Operation, die auch minimalinvasiv durchgeführt wird, trägt ein neues Verfahren (Fluoreszenzphotodetektion) bei, das den Chirurgen die sichere Unterscheidung von gut- und bösartigem Gewebe ermöglicht. PD Dr. Popken ist der einzige Operateur in Deutschland, der die Fluoreszenzphotodetektion zur Entfernung des Nierenzellkarzinoms einsetzt.

Mehr Infos: http://idw-online.de/public/zeige_pm.html?pmid=84866

Quelle: Ärzte Zeitung 23.08.2004

Bei Frauen größere Bereitschaft zur Lebendspende

MÜNCHEN (sto). Mehr Frauen als Männer sind in Bayern bereit, ein Organ zu spenden. Nach einer Übersicht der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) zur Lebendspende sind etwa 54 Prozent der Frauen bereit ein Organ abzugeben, während bei den Empfängern der Anteil der Männer mit 61 Prozent überwiegt.

Die meisten geplanten Lebendspenden finden zwischen Eheleuten (32

Prozent) und zwischen Eltern und Kindern (30 Prozent) statt.

Nach Angaben der Ärztekammer ist die Zahl der Gutachten bei den sechs bayerischen "Kommissionen zur Prüfung der Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende" im vergangenen Jahr leicht auf 89 angestiegen, im Vergleich zu 86 im Jahr 2002. Alle Gutachten bezogen sich auf Lebendspenden von Nieren. Die Zahl der im Jahr 2003 vorgenommenen Lebendspenden war mit 58 in etwa konstant.

Ein Problem bei den sechs bayerischen Gutachter-Kommissionen sei das formal zulässige "Kommissions-Hopping", berichtete der Vizepräsident der Kammer, Dr. Klaus Ottmann. So hatte sich ein Spender- und Empfängerpaar nacheinander bei zwei verschiedenen Kommissionen vorgestellt.

Die erste Kommission sprach sich gegen die Lebendspende aus, die andere, später angerufene Kommission jedoch dafür. Jetzt sollen die Kriterien, unter welchen Umständen eine Lebendspende freiwillig und unentgeltlich erfolgt, genauer gefasst werden.



Termine

28.9.2004

Besichtigung Fresenius St. Wendel

12.10.2004, 17 Uhr Region Saarland: Vortragsabend Dialysearten / Organspende mit Prof. Dr.-med. Franke, Saarlouis, Referent Deutsche Stiftung Organspende (DSO), Joachim Kaiser Junge Nierenkranke Deutschland e.V. Breitenstrasse 63, Saarbrücken Marlstatt

28.10.2004 - 31.10.2004

Seminar: Patienten-Arzt-Pflegeverhältnis Bad Rippoldsau / Schwarzwald /

31.10.2004 - 7.11.2004

Rehawoche Bad Rippoldsau /
Schwarzwald

17.-10.4.2005

Mitgliederversammlung und Seminar
alternativer Heilmethoden
Biedenkopf

23.-26.06.2005

Seminar Recht & Soziales
in Bamberg

13.-16.10.2005

Seminar Berufliche Rehabilitation und
Rente in Lüneburg

16.-20.10.2005

Kurzurlaub, Städtetour in Hamburg