JuNi News

Das junge Nierenmagazin

Ausgabe Nr. 4 - 2009

Shuntecke zum Thema Shuntanarysmen

Bericht zum Halbmarathonlauf des Vorsitzenden Rainer Merz

Seminarbericht Junge Nierenkranke Deutschland e.V. Recht und Soziales Teil 3 in Hirschberg Großbachsen

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.

Rainer Merz

Vorwort
Der Vereinsname

Liebe Mitglieder,

heute möchte ich in meinem Vorwort mal unserem Vereinsnamen „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“ näher auf den Grund gehen. Was steckt für ein Grundgedanke hinter dem Vereinsnamen, dem Verein selbst und seiner Tätigkeit?

Wie sagte Herr Gilmer, Vorsitzender des Bundesverband Niere e.V. beim Tag der Arbeitskreise in Königswinter, als er die Vereine im Bundesverband vorstellte und an die Vorstellung des Jungen Nierenkranken Deutschland e.V. gekommen war?! „So jung sind die auch nicht mehr!“ Es ist eine sehr beliebte Aussage, die der Bundesvorsitzende im Zusammenhang mit unserem Verein tätigt. Hat er mit dieser Aussage recht?

Aktuell liegt der Altersdurchschnitt in unserem Verein bei ca. 35 Jahren, damit liegen wir fast 40 Jahre unter dem Altersdurchschnitt der vorherrschenden Altersstruktur der Mitglieder in den regionalen Verbänden des Bundesverband Niere. Also sind wir doch dem Gegenüber sehr jung und somit ist auch die Aussage von Herrn Gilmer nicht ganz korrekt. Aber ob seine Aussage in dem Punkt ernst gemeint ist glaube ich nicht, ich sehe die Aussage eher scherzhaft an. Zufrieden sind wir im Verein mit dem Altersdurchschnitt jedoch nicht. So stellen wir als Vorstand viele Überlegungen an, wie wir noch jüngere Nierenkranke erreichen.

Aber trotz allem muss man zugeben, unser Vereinsname oft für Verwirrung sorgt. So ist es schon vorgekommen, dass ich eine Krankenkasse für ein paar Werbegeschenke angeschrieben habe und Mützen, Zahnbürsten und Malbücher erhalten habe! Geht man doch dort vom Vereinsnamen her aus, dass wir uns um Kinder kümmern. Sieht man uns als Vorstand mit einem Durchschnittsalter von 40 Jahren, fragt man, was wir mit jungen Nierenkranken zu tun hätten! Es bleibt nichts anderes übrig, als immer wieder den Grundgedanken des Vereins zu erklären.

Rückblickend denke ich die Vereinsgründer haben bis auf die Wahl des Vereinsnamens alles richtig gemacht . Denn wir werden über den Namen nur sehr selten als das erkannt, was wir sind: Erwachsen gewordene Nierenkranke.

Was haben sich die Vereinsgründer bei der Namensgebung aber wirklich gedacht? Ich denke mal sie dachten daran, dass die meisten von uns im frühen Kindesalter erkrankt sind und somit junge Nierenkranke waren. Die Kinder von einst sind gegen jede ärztliche Erwartung erwachsen geworden. Hatten wir schon mit der Krankheit Probleme in der Schule, so stand mit 18 Jahren die Ausbildung, Berufswahl und auch die weitere Zukunftsplanung für uns an erster Stelle. In dieser Phase der Lebensumstellung hatten viele auch noch den Wechsel vom Kinderdialysezentrum in eine Erwachsenendialyse zu überwinden.

Wir hatten so viele Probleme zu bewältigen. Es gab kaum einen Ansprechpartner der uns aufzeigte, wie wir mit der Erkrankung und den daraus resultierenden Problemen uns selbst versorgen und eine unabhängige Existenz aufbauen können. Auch im Bundesverband Niere e.V. fand man hierzu keine Ansprechpartner. Nach vielen erfolglosen Gesprächen vor der Gründung unseres Vereins, so sagte man mir, entschied man sich, unseren Verein „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.“ zu gründen. Rückblickend eine mehr als erfolgreiche Idee! Heute würde ich jedoch den Namen „Erwachsene Nierenkranke“ oder Ähnliches für den Verein favorisieren.

Zahlreiche Seminare haben wir bisher veranstaltet und so wurden wir Mitglieder mit der Zeit gegenüber unseren medizinischen und sozialen Ansprechpartnern ein kompetenter Vertreter unser eigenen Interessen. Nicht nur das förderte unsere Selbstständigkeit, sondern auch das Reisen an immer wechselnde Seminarorte. Wer selbstständig eine Anreise von zum Teil über 500 km schaffte war nicht nur stolz auf sich, sondern bemerkte beiläufig was alles trotz der Krankheit möglich ist.

So brachte der Verein auch mich selbst wieder über die Landesgrenze hin bis nach Hamburg! Für einen waschechten Saarländer wie mich, der schon beim Brotkauf in Frankreich (6 Kilometer von Saarbrücken entfernt) Heimweh bekommt, eine absolute Leistung! Aber ich gebe zu, um das zu erreichen, musste man mich am Anfang sozusagen an die Hand nehmen. Dank der damaligen Vorsitzenden Monika Centmayer und dem Vorstand Paul Dehli sowie Thomas Lehn, die mir in vielen Gesprächen aufzeigten, was mit der Erkrankung möglich ist, führe ich heute ein normales Leben.

An meinem Beispiel kann man sehen, wie wertvoll der Verein für seine Mitglieder ist und sein kann. Es ist eine unbestrittene Tatsache, dass manche junge Nierenkranke nicht selbstständig genug sind, um alles alleine zu bewältigen. Einige leben auch noch mit Mitte bis Ende 20 zu Hause und sind von den Eltern noch genau so abhängig wie im Kindesalter. Was nicht nur an den Nierenkranken hängt, sondern auch an der übertrieben Fürsorge ihrer Eltern. Ob sie ihren Kindern

damit immer einen Gefallen tun ist für mich sehr fraglich.

An diesem Punkt sind wir als Verein und Vorstand besonders gefragt! Wir müssen durch Kontakt zu den Mitgliedern immer wieder versuchen, sie zu motivieren ihr Leben in die eigene Hand zu nehmen. Das gehört zu den vorrangigen Aufgaben unseres Vorstandes neben der Planung von Veranstaltungen und Besuchen von Kongressen! Es wäre ja auch sehr einfach, wenn wir uns in erster Linie nur um die Mitglieder kümmern würden, die ihren Weg in ein unabhängiges Leben schon gefunden haben.

Ich/wir können es nur zum wiederholten Male anbieten, euch mit Rat und Tat zur Verfügung zu stehen, wenn ihr Hilfe benötigt oder über eure Probleme reden möchtet. Da wir auf vielen Kongressen sind und dadurch viele Erfahrungen sammeln und hilfreiche Kontakte knüpfen, sind wir allesamt gute Ansprechpartner.

Man kann gar nicht aufzählen was aus dem Gedanken und der Gründung des Vereins bis heute entstanden ist und welche Unterstützung wir in den zurückliegenden 8 Jahren leisten durften. Der Kontakt zu Betroffenen und die Aufklärung durch Seminare für unsere Erkrankung zu fördern ist dabei nur ein Teil unseres Arbeitsspektrums.

Als Verein leben wir aber nicht nur durch die Aktivität des Vorstandes, sondern auch durch die aktive Teilnahme unserer Mitglieder am Vereinsleben. So war es in diesem Jahr sehr schön, auch Mitglieder kennen zu lernen, die bisher noch keine Vereinsveranstaltungen besucht hatten. Wer durch finanzielle Probleme gehindert war an unseren Veranstaltungen teilzunehmen, sollte sich an den Vorstand wenden. Es gibt die Möglichkeit unter bestimmten Voraussetzungen einen Zuschuss vom „Hilfsfond Dialyseferien“ für Seminare und Urlaube zu erhalten!

Nur über den persönlichen Weg der Ansprache sowie das füreinander da sein, konnte sich der Verein bis heute entwickeln. Hinzu kommt, dass sich durch das Treffen auf Seminaren viele Freundschaften unter den Mitgliedern entwickelt haben.

Ich glaube wenn man so genau hinschaut, ist der Name unseres Vereins nicht so wichtig. Entscheident ist die Arbeit die er leistet! Wenn die Arbeit gut ist wird sich das weiterhin herumsprechen, sodass hoffentlich noch viele Betroffene in unseren Angeboten und bei den „Jungen Nierenkranken“ Hilfe und Unterstützung finden!

Nun wünsche ich euch viel Spaß beim Lesen der JuNi News!

Martin G. Müller
Stellv. Vorsitzender

Wir sind für Euch da!

1. Vorsitzender Rainer Merz

2. Vorsitzender Martin Müller

Kassenführerin Karin Gujahr

Internet Paul Dehli

Schriftführerin Daniela Helduser

Koordination Gunther Fischborn

Bei Fragen und Problemen könnt ihr uns gerne anrufen!

Rainer Merz Tel: 0 7728 - 919190
Martin Müller Tel: 0681 - 4171723
Karin Gujahr Tel: 06184/590515
Daniela Helduser Tel: 06722/4025073
Gunther Fischborn Tel: 06221 - 751721
Paul Dehli Tel: 06126 583898

Aus der Presse
Pressespiegel

Ärzte Zeitung, 10.11.2009

Nierenschutz schon zu einem frühen Zeitpunkt

Trotz aller therapeutischen Bemühungen entwickeln nach wie vor viele Diabetiker eine Nephropathie. Werden sie frühzeitig mit dem AT_1-Rezeptorblocker Olmesartan behandelt, lässt sich der Beginn dieser Entwicklung hinauszögern oder verhindern.

SAN DIEGO. Dafür sprechen die Ergebnisse der jüngst beim Kongress der US-amerikanischen Gesellschaft für Nephrologie (ASN) in San Diego vorgestellten ROADMAP*-Studie. Insgesamt 4400 Typ-

2-Diabetiker sind für 3,5 Jahre entweder mit dem AT_1-Rezeptorblocker Olmesartan (40 mg) oder Placebo zusätzlich zur ihrer sonstigen antihypertensiven Medikation behandelt worden.

Außergewöhnlich gute Einstellung des Blutdrucks

Mit einer Quote von 80 Prozent erreichte ein für diese Patientenpopulation außergewöhnlich hoher Anteil den Zielblutdruck von unter 130/80 mmHg - ein per se wichtiger therapeutischer Erfolg.

Darüber hinaus konnte durch Olmesartan das Risiko für eine Mikroalbuminurie - der primäre Studienendpunkt - signifikant um 23 Prozent gesenkt werden. Auch nach Korrektur für die etwas stärkere Senkung des Blutdrucks unter dem AT_1-Rezeptorblocker ergab sich eine blutdruckunabhängige Senkung des Mikroalbuminurie-Risikos um 17 bzw. 18 Prozent durch Olmesartan, berichtete Studienleiter Professor Hermann Haller aus Hannover.

Die Rate der kardiovaskulären Ereignisse und Todesfälle war insgesamt sehr niedrig - vermutlich eine Folge der sehr guten Blutdrucksenkung, so Haller. Bei der Gesamtrate dieser Ereignisse gab es keinen Unterschied zwischen beiden Gruppen.

Allerdings war die Zahl der kardiovaskulären Todesfälle mit 15 versus 3 im Olmesartan-Arm signifikant höher als im Placebo-Arm. Angesichts einer ingesamt niedrigen Ereignisrate, die kaum höher als in der gesunden Normalbevölkerung war, könnte dieser Unterschied ein Produkt des Zufalls sein, meinte Haller. Eine endgültige Aussage dazu, ob aus der Senkung des Mikroalbuminurie-Risikos für die Patienten eine Verringerung von Morbidität und Mortalität resultiert, werden erst die Ergebnisse der laufenden längerfristigen Follow-up-Studie erlauben.

Üblichweise wird der Arzt dann tätig, wenn der Patienten mit Symptomen in die Praxis kommt. Bei kardiovaskulären Erkrankungen ist das spät. Deshalb wird heute bereits in der subklinischen Phase interveniert, wenn ein validierter Marker ein erhöhtes individuelles Risiko anzeigt.

Von allen verfügbaren Markern einer vaskulären Schädigung zeichnet sich der Test auf Mikroalbuminurie durch eine sehr hohe prädiktive Aussagekraft nicht nur bezüglich des renalen, sondern auch des kardiovaskulären Risikos aus - bei zugleich sehr guter Verfügbarkeit und nicht zuletzt niedrigen Kosten.

Er ist zudem leicht durchführbar: Entgegen der noch immer kursierenden Annahme muss kein 24-h-Urin gesammelt werden. Es reicht eine Probe des Morgenurins. Eine einzelne positive Probe ist nicht aussagekräftig; es sollten innerhalb eines halben Jahres drei Tests durchgeführt werden, von denen zwei positiv sein müssen, um eine Mikroalbuminurie diagnostizieren zu können.

Die Messung dieses Parameters verschafft dem Arzt nach Ansicht Hallers eine gute Orientierung, wie intensiv er antihypertensiv behandelt muss.

Test auf Mikroalbuminurie von Relevanz in der Praxis

Und sie kann außerdem dazu beitragen, den Patienten mit Hypertonie stärker in die Therapie einzubinden, da sich daran verdeutlichen lässt, welchen Schaden der erhöhte Blutdruck bereits angerichtet hat. "Wenn ein Patient mit einem Blutdruck von 150/100 mmHg in die Praxis kommt und keine Hinweise auf eine vaskuläre Schädigung hat, muss der Blutdruck zwar behandelt werden, es besteht aber keine so hohe Dringlichkeit. Sind die Tests auf eine vaskuläre Schädigung dagegen positiv, sollte er innerhalb von sechs Monaten auf Zielwert sein," so Haller.

28. Oktober 2009 Ärzteblatt

Erhöhtes Sterberisiko von Dialysepatienten

Leiden – Dass die Hämodialyse keinen vollwertigen Ersatz für die natürliche Nierenfunktion bietet, ist lange bekannt. Nach einer Analyse europäischer Patientenregister im US-Amerikanischen Ärzteblatt JAMA (2009; 302: 1782-1789) ist neben der kardiovaskulären auch die nicht kardiovaskuläre Sterblichkeit deutlich erhöht.

Von den etwa 123.000 Patienten, die in neun europäischen Ländern (keine deutsche Beteiligung) seit 1994 dialysiert wurden, starb jeder Dritte innerhalb der ersten drei Jahre. Die erhöhte Sterblichkeit wurde bisher allein auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückgeführt.

Diese sind einmal häufig Ursache der Niereninsuffizienz. Zum anderen fördert die Urämie die Arteriosklerose. Die 8,8-fach erhöhte kardiovaskuläre Sterblichkeit der Dialyse-Patienten, die Dinanda de Jager von der Universität Leiden errechnet hat, stellt deshalb keine Überraschung dar.

Die Patienten starben jedoch nicht nur an den Folgen von koronarer Herzkrankheit und Herzinsuffizienz. Auch die nicht kardiale Sterblichkeit war um den Faktor 8,1 erhöht. Auffällig war hier eine hohe Zahl von Todesfällen an Infektionen, die die Autorin auf die Urämie und die die dadurch bedingte Funktionsstörung des Immunsystems zurückführen.

Dies könnte auch die erhöhte Krebsrate erklären, zumal in anderen Studien eine Häufung von virusassoziierten Krebserkrankungen aufgefallen war. Auch die bei vielen Dialyse-Patienten zu beobachtenden körperliche Gebrechlichkeit mit Gewichtsverlust, Muskelschwäche, Abgeschlagenheit und geringer körperlicher Aktivität trägt nach Ansicht der Autorin ebenfalls zur erhöhten Sterblichkeit der Dialysepatienten bei.

04.11.2009 Med Journal

Umdenken bei Ernährung von Dialysepatienten

Menschen, die aufgrund eines chronischen Nierenversagens auf die Dialyse angewiesen sind, leiden häufig an verschiedenen zusätzlichen Erkrankungen, wie Diabetes, Herzinsuffizienz und Bluthochdruck. Das Risiko, eine kardiovaskulären Komplikation, wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, zu erleiden ist bei Dialysepatienten gegenüber der normalen Bevölkerung deutlich erhöht.

So liegt dieses Risiko in der Gruppe der 35 bis 44-Jährigen etwa 100-fach höher als in der Allgemeinbevölkerung. Einen wichtigen Faktor für die Entwicklung dieser Gefäßkomplikationen stellt eine chronische Entzündung (Inflammation) dar. Bei Entstehung und Behandlung der chronischen Inflammation spielt die Ernährung eine besondere Rolle. "Eine klassische 'Verzicht-Diät' für Patienten, die aufgrund eines Nierenversagens dauerhaft auf die Dialyse angewiesen sind, ist nicht mehr zeitgemäß," sagte Prof. Dr. Martin Kuhlmann, Vivantes Klinikum Berlin Friedrichshain, anlässlich einer Fachtagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) im schwäbischen Irsee (30./31.10.09). Bislang wurde den Patienten häufig empfohlen, auf Obst und Gemüse wegen des Kaliumgehaltes ganz zu verzichten und die Eiweißzufuhr wegen der damit verbundenen Phosphatzufuhr zu reduzieren. Mit diesen Empfehlungen kann es jedoch langfristig zur Entwicklung einer Mangelernährung mit Verlust an Fett- und Muskelmasse kommen .

Mit der richtigen Ernährung kann sowohl einer Unterernährung vorgebeugt, als auch die chronische Inflammation in Schranken gehalten werden. Prof. Kuhlmann empfiehlt daher auch für Dialysepatienten eine typisch mediterrane Kostform. Der einzige Unterschied zum Nierengesunden besteht allerdings darin, dass die täglich zugeführte Menge an Obst und Gemüse in Absprache mit dem behandelnden Arzt festgelegt werden sollte, um eine exzessive Kaliumzufuhr zu vermeiden. Darüber hinaus sollte die tägliche Kochsalzaufnahme sechs Gramm möglichst nicht überschreiten, eine Empfehlung, die auch den Richtlinien der WHO für Nierengesunde entspricht. Das bedeutet, Dialysepatienten sollten hochwertige, frische Lebensmittel zu sich nehmen, einschließlich einer definierten Menge frisches Obst und Gemüse, wenig industriell aufgearbeitete und konservierte Produkte und möglichst hochwertige, ungesättigte Fette. Da die Erkrankung für einen erhöhten Kalorien- und Eiweißbedarf sorgt, ist eine ausreichende Kalorien- und Eiweißzufuhr für Dialysepatienten von besonderer Bedeutung. Im Gegensatz zu gesunden Menschen, für die eine tägliche Kalorienzufuhr zwischen 20 - 25 Kilokalorien (kcal) pro Kilogramm Körpergewicht und eine Eiweißzufuhr von 0.75 bis 0.95 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht empfohlen wird, liegen die Richtwerte für Dialysepatienten bei 30 bis 35 kcal und 1.0 bis 1.2 Gramm Eiweiß pro Kilogramm Körpergewicht. Des Weiteren ist eine ausreichende Versorgung mit Vitamin C wünschenswert, da Vitamin C das Risiko einer chronischen Entzündung mindern kann.

Metabolische Kaskade wird Ausgelöst

"Speziell die Ernährung ist bei Dialysepatienten ein zentraler Punkt", sagte Prof. Kuhlmann. Durch falsche Ernährung werde eine ganze Kaskade von Nachfolgeerscheinungen ausgelöst. So steige das Risiko von zusätzlichen Erkrankungen, chronischen Entzündungen, Bluthochdruck und Herzerkrankungen. Bei unzureichender Eiweiß- und Kalorienzufuhr werde der Körper geschwächt und schnell stellen sich Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Appetitverlust, Muskelabbau und Depressionen ein. Der Appetitverlust sorgt dann zusätzlich für eine noch geringere Energiezufuhr. Dementsprechend entwickelt sich eine Mangelernährung, die den Teufelskreis in Gang hält. "Wichtig ist deshalb, bei jedem Dialysepatienten den Ernährungszustand regelmäßig zu untersuchen und bei einer Verschlechterung frühzeitig Gegenmaßnahmen zu ergreifen", sagte Prof. Kuhlmann. Informationen zu Erhebungsbögen und anderen Werkzeugen zur Feststellung einer Mangelernährung gibt es unter www.dgem.de. Besteht bereits eine Mangelernährung, so sollte versucht werden, diese zunächst mit der zusätzlichen Gabe von hochkalorischer und eiweißreicher Trinknahrung aufzufangen. In jedem Fall sollte eine professionelle Ernährungsberatung den Patienten bei der Zusammenstellung seiner Ernährung unterstützen.

Transplantationsfähigkeit erhalten

Da viele Dialysepatienten auf die Transplantation eines neuen Organs warten, ist ebenso die sogenannte Erhaltung der Transplantationsfähigkeit wichtig. Bei Patienten mit einem schlechten Ernährungsstatus, Mangelernährung und eventuell bereits vorhandenen Mehrfahrerkrankungen steigt das Risiko, nicht transplantierfähig zu sein immens. Speziell im Fall der Transplantation mit den nachfolgenden medikamentösen Therapien zur Verhinderung einer Organabstoßung, profitiert der Körper von einem guten Ernährungsstatus.

Weitere Informationen auch unter www.dgem.de/leitlinien/I.A.pdf

Vivantes Klinikum im Friedrichshain
Prof. Dr. med. Martin K. Kuhlmann
Internist, Nephrologe, Diabetologe, Hypertensiologe DHL
Klinikdirektor Innere Medizin - Nephrologie
Quelle: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

31.10.2009 Nürnberger Nachrichten

Lange Wartezeit auf ein Ersatz- Organ

Mehr als 600 Patienten hoffen auf eine Transplantation

NÜRNBERG - Rund 12.000 Menschen im Land warten auf ein Spenderorgan, auf Niere, Leber, Lunge oder Herz, das ihnen das Leben rettet. Wir haben mit der Fachärztin Dr. Katharina Pressmar gesprochen, Leiterin der Transplantationszentrale am Transplantationszentrum Erlangen-Nürnberg, wo aktuell 630 Patienten betreut werden.

Frau Dr. Pressmar, Deutschland ist Schlusslicht in Europa bei der Bereitschaft zur Organspende - weshalb?

Katharina Pressmar: Wesentlicher Grund ist die mangelhafte Aufklärung der Menschen über Organspende. Viele haben beispielsweise keinen Organspendeausweis, weil sie fürchten, sie erhielten bei einem Unfall womöglich nicht jede erdenkliche Hilfe und würden von vornherein als potenzieller Organspender eingeschätzt. Dabei ist die gesetzliche Lage klar: Erst wenn jemand hirntot ist und seine Zustimmung zur Organspende vorliegt, etwa durch einen Organspendeausweis, dürfen die Organe entnommen werden. Den Hirntod müssen zwei qualifizierte Ärzte, die nicht am Organspendeprozess beteiligt sind, diagnostizieren, und zwar unabhängig voneinander.

Was heißt denn «hirntot» genau?

Pressmar: Bei einem hirntoten Menschen ist das zentrale Nervensystem tot, das heißt, die zentralen Steuerungsmechanismen - Blutdruck, Temperatur, Hormone und Atmung - irreversibel zerstört; aber die anderen Organe funktionieren noch, solange das Herz pumpt, etwa mit Hilfe von Medikamenten, und die Lunge beatmet wird. Den Hirntod kann man nur auf der Intensivstation feststellen. Wer zu Hause im Bett stirbt, bei dem hört das Herz auf zu schlagen, er ist herztot, und damit sterben auch die Organe, weil ihre Durchblutung und damit ihre Sauerstoffversorgung ausfällt. Nur in 0,8 Prozent aller Todesfälle findet sich ein Hirntod. Und von diesen wenigen wiederum haben nur 6,6 Prozent schriftlich erklärt, ob sie Organe spenden oder nicht.

Und wenn kein schriftlicher Wille, kein Organspendeausweis vorliegt?

Pressmar: Im Organspendeausweis kann angegeben werden, ob man Organe spenden will oder nicht. Das ist wie ein Testament, ein Letzter Wille. Liegt kein Ausweis vor, sind es die Angehörigen, die entscheiden müssen, ob die Organe eines Hirntoten entnommen werden dürfen.

Zuletzt ging die Spendebereitschaft in Deutschland zurück - was tun?

Pressmar: Aufklärung, Aufklärung und nochmals Aufklärung. In Schulen, Kirchen, Gemeinden, daheim, bei Freunden. Jeder sollte die Möglichkeit haben, sich eine fundierte Meinung zu bilden. Laut Umfragen haben nur zwölf bis 16 Prozent der Bevölkerung einen Organspendeausweis ausgefüllt. Gefordert wird seit langem auch eine Gesetzesänderung, von der «erweiterten Zustimmungslösung» hin zur Widerspruchslösung, wie sie auch andere Länder haben. Danach wäre jeder Organspender, außer er lehnt das ab und lässt sich in ein Register eintragen.

Wie ist die Situation in der Metropolregion Nürnberg?

Pressmar: Das Transplantationszentrum Erlangen-Nürnberg hat in den vergangenen fünf Jahren, zwischen 2004 und 2008, 460 Nierentransplantationen durchgeführt, 60 Leber- und 81 Herztransplantationen. Es gibt aber weitaus mehr Menschen, die auf ein Organ warten. Derzeit haben wir 430 Patienten, die auf eine Spenderniere und 200, die auf ein Herz, eine Leber oder Bauchspeicheldrüse warten. Die Wartezeit für Dialysepatienten beträgt im Schnitt sieben Jahre, aber manche müssen auch über zehn Jahre auf ein Organ warten.

Welche Aufgaben hat die Transplantationszentrale?

Pressmar: Die Transplantationszentrale des Transplantationszentrums Erlangen-Nürnberg führt Listen von Patienten, die bei Eurotransplant für eine Organtransplantation angemeldet sind. Bei einer Organspende für einen unserer Patienten organisieren wir im Verbund mit Eurotransplant und der Deutschen Stiftung Organspende die Transplantation. Der Patient wird von mir über Jahre in Kooperation mit niedergelassenen Fachärzten in der Vorbereitung auf diesen Tag «X» betreut, mit dem Ziel, ihn hierfür fit zu halten.

12.10.2009 Presseportal

Widerspruchsregelung bei Organspende gefordert

München (ots) - Der 67. Bayerische Ärztetag in Ingolstadt hat als erste Landesärztekammer in Deutschland die Widerspruchsregelung bei der Organspende befürwortet. Mit der Einführung der Widerspruchsregelung würde ein Quantensprung in der Organspende erreicht werden. Die aktuell geltende gesetzliche Regelung mit der Notwendigkeit einer Zustimmungserklärung zur Organspende führe dazu, dass nur ein geringer Teil derjenigen, die der Organspende positiv gegenüberstehen, auch tatsächlich Spender würden. "Jedes Jahr sterben in Deutschland über 1.000 Menschen, die durch die Möglichkeiten der Transplantationsmedizin vermutlich gerettet werden könnten, für die jedoch nicht rechtzeitig ein entsprechendes Spenderorgan zur Verfügung steht", so der Beschlusstext. Zirka 12.000 Menschen warten in Deutschland auf ein Spenderorgan.

Weitere Beschlüsse des Bayerischen Ärzteparlaments befassten sich mit dem von der AOK

angekündigten Online-Ärzte-Bewertungs-Portal, das professioneller gestaltet werden sollte. In der jetzt geplanten Form würden die bayerischen Ärztinnen und Ärzte dieses Portal ablehnen. Die Delegierten forderten die Krankenkassen auf, die palliativmedizinsche Versorgung ihrer Versicherten zu verbessern und Verträge für ein zielgerichtetes Zusammenwirken von Hausärzten und palliativmedizinisch besonders qualifizierten Ärzten und Pflegepersonen, so genannten Palliative-Care-Teams (PCT), abzuschließen. Gefordert wurde von den Delegierten in diesem Zusammenhang eine flächendeckende Versorgung der Patientinnen und Patienten mit PCTs. Für einen Flächenstaat, wie Bayern, seien bezüglich der Größe des PCT und der Anzahl der von ihm zu betreuenden Einwohner eine adäquate Flexibilität notwendig. Die derzeitige starre Regelung berücksichtige nicht die regionalen Gegebenheiten in Bayern, wie beispielsweise die Bevölkerungsdichte oder die räumliche Entfernung zum Patienten.

Mit den Tagungsordnungspunkten Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Bayern, Finanzen, Wahlordnung, Satzungsänderungen und weiteren Anträgen ging der 67. Bayerische Ärztetag in Ingolstadt am Sonntag zu Ende.

Seminarbericht
Recht und Soziales Teil 3.

Recht und Soziales Teil 3 (Hirschberg/Großsachsen 08.-11. Oktober 2009)

Zu unserem dritten und letzten Teilseminar Recht und Soziales in 2009 haben wir uns dieses Jahr in dem kleinen Ort Hirschberg/Großsachsen zwischen Mannheim und Heidelberg im Hotel Krone getroffen. Diesmal sollte es neben Sozialrechtlichen Themen wie das persönliche Budget und Rente/Erwerbsminderungsrente auch aus aktuellem Anlass um die Gefahren der Schweinegrippe für Transplantierte und Dialysepatienten gehen.

Zur allgemeinen Freude konnten wir diesmal besonders viele Mitglieder, darunter auch einige neue Gesichter bei der Veranstaltung begrüßen, da die günstige Lage des Seminarhotels vielen Mitgliedern die Teilnahme als Tagesgast ermöglichte.

Am Freitag, den 09. Oktober 2009 nach einer kurzen Begrüßung durch unsere Seminarleiter, Rainer Merz und Martin Müller, übernahm als erster Referent Prof. Dr. Martin Zeiher vom Nierenzentrum der Uniklinik Heidelberg das Wort zum Thema

„Schweinegrippe“ welche Gefahren bestehen für Transplantierte und Dialysepatienten

Prof. Martin Zeier

Wie man bereits an der derzeitigen Medienhysterie bezüglich der Massenimpfung gegen die Schweinegrippe merkt, handelt es sich hierbei um ein sehr emotionales Thema.

Grundsätzlich gilt, dass eine Virusinfektion heutzutage potentiell gut behandelbar ist, da wirksame Medikamente (z.B. Tamiflu) existieren. Daneben gibt es erste Hinweise, dass der Impfstoff gegen die saisonale Grippe bereits H1N1 enthält.

Grundsätzlich gilt auch, dass die Impfung gegen die Schweinegrippe freiwillig ist. Aber es ist bisher auch schon bekannt, dass der Virus ansteckender als ein normaler Grippevirus ist. D.h. die Grippewelle könnte eine größere Anzahl von Menschen treffen, als die sonst saisonale Grippe. Daneben ist die Ausbreitung einer Grippewelle während der Sommermonate auf der Nordhalbkugel ein alarmierendes Zeichen für die pandemische Eigenschaft des Virus. Das ist eine Erkenntnis aus den Pandemien im vergangenen Jahrhundert (1918, 1957,1968). Weitere Erkenntnisse daraus sind:

- es gibt immer eine zweite, schwerere Grippewelle,
- bei der die Ansteckungsgefahr erhöht ist,
- bei die die Krankheitsverläufe schwerer sind, weil das Virus mutiert.

Ein Grippevirus besteht immer aus 2 Teilen:

- H = Hämagglutinin (H1 bis H15) = Protein
- N = Neuraminidase (N1 bis N 9) = Enzym

Das Protein (H) heftet sich an die Wirtszelle, so dass der Virus eindringen kann. Das Enzym (N) ermöglicht, dass das Virus aus der Wirtszelle wieder austritt und andere Zellen infiziert.

Da immungeschwächte Patienten (z.B. Transplantierte) meistens bereits eine kaputte Schleimhaut haben, können sich an das Virus bakterielle Infektionen (z.B. Lungenentzündungen) anheften, so dass es zu schweren Komplikationen bei einer Grippeinfektion kommen kann. D.h. Transplantierte sind als Risikopatienten besonders gefährdet.

Für Dialysepraxen gibt es einen Notfallplan:

- Benennung eines Zentrumsbeauftragten
- Aufklärung der Patienten über Symptome, Händehygiene
- Betreten der Praxis nach Instruktion
- Keine Taxisammeltransporte
- Separater Raum, keine separate Maschine
- Atemschutzmaske
- Dialysepersonal -> Schutzkleidung

Was weiß man bisher über H1N1?

- Inkubationszeit 1-7 Tage
- Tröpfcheninfektion (Kontakt Mensch zu Mensch)
- Schwere Krankheitsverläufe vor allem bei jüngeren Menschen, die Menschen über 65 Jahre scheinen einen gewissen Immunschutz zu haben

Verhalten bei einem Verdachtsfall:

- Arbeitsschutz beachten Labormedizinische Diagnostik (langwierig, aufwendig, teuer)
- Bei positivem Ergebnis -> Meldung an das Gesundheitsamt
- Aber: Die bekannten Grippemittel (z.B. **Tamiflu**) wirken nur bei Verwendung bei den ersten Anzeichen einer Grippe (innerhalb der ersten 24-48h). Das heißt, man müsste das Mittel bereits vorrätig zu Hause haben, um es rechtzeitig anwenden zu können. Bei der Anwendung von Tamiflu wird für Transplantierte eine Dosisreduktion auf 1x 75 mg/Tag empfohlen. Achtung! Tamiflu wird für Dialysepatienten gar nicht empfohlen, sondern das Grippemittel Zanamivir (Relenza).

Für Deutschland ist eine Massenimpfaktion geplant. Dabei sollen u.a. die durch Komplika-tionen besonders gefährdeten Personengruppen zuerst geimpft werden (z.B. chronisch kranke Menschen). Wobei nicht nachgewiesen ist, dass Transplantierte und Dialysepatienten stärker gefährdet sind, als andere.

Seminargruppe

Bezüglich der Schweinegrippe gibt es derzeit 3 Impfstoffe:

- Pandemix (hühnereibasiert) mit Impfverstärkern (Adjuvanzien)
- Focetria (auf Zellkulturen vermehrter Impfstoff)
- Celvagan – von Baxter – (ohne Adjuvanzien!)

Der Impfstoff ist nicht ungefährlich – insbesondere der mit Impfverstärkern. Theoretisch ist nicht auszuschließen, dass die Kombination von Bestandteilen der Schweinegrippeviren mit den eingesetzten Impfverstärkern unerwartete Nebenwirkungen auslöst. Insbesondere gibt es keinerlei Erfahrungen für den Einsatz bei Transplantierten.

Nach aktuellem Erkenntnisstand, ist die Schweinegrippe nicht wirklich gefährlich, aber man kann auch noch keine Entwarnung geben. Die Gefahr besteht in der Mutation des Virus.
Aus diesem Grund wird empfohlen, sich auf jeden Fall jetzt gegen die saisonale Grippe impfen zu lassen und wer will, gegebenenfalls nach einer gründlichen Beratung mit dem behandelnden Nephrologen ca. 4 Wochen später gegen die Schweinegrippe.

Mit vielen neuen Erkenntnissen gingen wir in die wohlverdiente Pause. Wir bedanken uns herzlich bei Herrn Prof. Dr. Martin Zeiher für diesen sehr aufschlussreichen Vortrag.

Nach einer kurzen Kaffeepause gab uns unsere neue Referentin,

Frau Spindler von der PHV Waiblingen einen Einblick zum Thema. Den Seminarbericht zu diesem Thema hat freundlicherweise unser Spezialist auf dem Gebiet der Heimhämodialyse Thomas Lehn übernommen, so dass ich hier auf diesen Vortrag nicht weiter eingehen werde. **Anmerkung der Redaktion:** Der Bericht wird in der Dezemberausgabe veröffentlicht.

Nach einer längeren Mittagspause versammelten wir uns am Nachmittag zur Fortsetzung des Programms unter dem Thema

Selbstbestimmtes Leben – persönliches Budget

Dieses für uns recht neue Thema wurde interessanter Weise durch zwei völlig verschiedene Referenten auf eindrucksvolle Weise vorgestellt.

Zum einen von Frau Annemarie Riedel von der Offene Hilfen Lebenshilfe Heidelberg, welche uns die theoretischen Basisdaten für das persönliche Budget darlegte. Und zum anderen von Frau Verena Wiedmann, die uns in besonders eindrücklicher Weise ihr Arbeitgebermodell des persönlichen Budgets als persönlich Betroffene vorstellte.

Die Leistungsform des Persönlichen Budgets wurde mit dem SGB IX zum1 Juli 2001 eingeführt. Ab 1.Januar 2008 hat man einen Rechtsanspruch auf diese Leistungsform.
(17 SGB IX)

Für ein Persönliches Budget müssen Menschen mit Behinderung einen entsprechenden Antrag beim Leistungsträger stellen.

Durch das Persönliche Budget können Leistungsempfänger von den Rehabilitationsträgern anstelle von Dienst- oder Sachleistungen zur Teilhabe ein Budget wählen. Hieraus bezahlen sie die Aufwendungen, die zur Deckung ihres persönlichen Hilfsbedarfs erforderlich sind. Damit sollen behinderte Menschen zu Budgetnehmern werden, die den „Einkauf“ der Leistungen eigenverantwortlich, selbständig und selbstbestimmt regeln können; sie werden Käufer, Kunden oder sogar Arbeitgeber. Als Experten in eigener Sache entscheiden sie so selbst, welche Hilfen für sie am besten sind und welcher Dienst und welche Personen zu dem von ihnen gewünschten Zeitpunkt eine Leistung erbringen soll.

Besondere Bedeutung für die Fortentwicklung der Leistungen zur Teilhabe haben trägerübergreifende Persönliche Budgets als Komplexleistungen. Hiervon spricht man, wenn mehrere Leistungsträger unterschiedliche Teilhabe- und Rehabilitationsleistungen in einem Budget erbringen.

1. Leistungen
Grundsätzlich können alle Leistungen zur Teilhabe statt Dienst- und Sachleistungen als Persönliches Budget bewilligt werden. Leistungen zur Teilhabe umfassen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Leistungen zur Teilhabe in der Gemeinschaft. Auch Einmalzahlungen sind möglich. Über die Leistungen zur Teilhabe hinaus können einbezogen werden Leistungen der Krankenkassen und Pflegekassen, Leistungen der Träger der Unfallversicherung bei Pflegebedürftigkeit sowie Hilfen zur Pflege nach dem SGB XII, die sich auf alltägliche und regelmäßig wiederkehrende Bedarfe beziehen und als Geldleistung oder Gutschein erbracht werden können.

2. Leistungsträger
Folgende Leistungsträger können bei einem persönlichen Budget beteiligt sein:

- Krankenkasse
- Pflegekasse
- Rentenversicherungsträger
- Unfallversicherungsträger
- Träger der Alterssicherung der Landwirte
- Träger der Kriegsopferversorgung/-fürsorge
- Jugendhilfeträger
- Sozialhilfeträger Integrationsamt sowie Bundesagentur für Arbeit

3. Verfahren

Das Verfahren des Persönlichen Budgets durchläuft folgende Stufen:

- Antragstellung
- Feststellen des Bedarfs
- Bestimmung und Rolle des Beauftragten
- Unterrichtung der beteiligten Leistungsträger/Einholung der Stellungnahmen
- Zielvereinbarung
- Bescheide

Voraussetzung für die Bewilligung von Leistungen zur Teilhabe in Form des Persönlichen Budgets ist zunächst der Antrag. Die Antragstellung ist immer freiwillig. Neben den bereits aufgelisteten Leistungsträgern können Anträge auch bei gemeinsamen Servicestellen der Rehabilitationsträger gestellt werden (www.reha-servicestellen.de), sowohl auf ein „einfaches“ Persönliches Budget bei nur einem einzigen Leistungsträger als auch auf ein trägerübergreifendes Persönliches Budget bei mehreren Leistungsträgern.

Den Antrag kann jeder behinderte oder von Behinderung bedrohte Mensch stellen – egal wie schwer seine Behinderung ist. Auch für Menschen, die das Persönliche Budget aufgrund ihrer Behinderung nicht allein verwalten können, kommt ein persönliches Budget infrage. Darüber hinaus können auch Eltern für ihre behinderten Kinder ein persönliches Budget beantragen, etwa für Einzelfallhilfe, Sozialassistenz vom Jugendamt oder Ferienbetreuung vom Jugendamt.

Im Rahmen eines so genannten

Bedarfsfeststellungsverfahren bei den Leistungsträgern wird der jeweilige Hilfsbedarf des behinderten Menschen ermittelt. Wer bisher schon Leistungen bezogen hat und nun lediglich auf die Leistungsform des Persönlichen Budgets umsteigen will, wird die Umstellung relativ leicht erreichen, da der Bedarf schon ermittelt ist. Bei diesen Budgetnehmern wird es hauptsächlich darauf ankommen, die Preise für den Ankauf von bestimmten Leistungen festzulegen (Verpreislichung). Wer wegen eines erhöhten Bedarfs auf ein Persönliches Budget wechseln möchte, teilt dies seinem Leistungsträger oder der gemeinsamen Servicestelle mit. Bei Neuanträgen wird der Bedarf in so genannten Hilfeplan- oder Budgetkonferenzen wie bei Leistungen ermittelt, die nicht als Persönliches Budget beantragt werden. Hieran nehmen selbstverständlich gleichberechtigt neben allen beteiligten Leistungsträgern und gegebenenfalls der gemeinsamen Servicestellen auch der Budgetnehmer und gegebenenfalls eine Vertrauensperson teil. Hier erfolgt auch sofort die Zusammenführung der Teilbudgets.

Wichtig: Die Teilnahme am Bedarfsfeststellungsverfahren ist gründlich vorzubereiten!
Hilfssatz: *Wann brauche ich wen, wofür, wie lange?*
Welcher Unterstützungsbedarf besteht? Wie möchte ich leben und was hindert mich daran, so zu leben wie ich will? (Unterstützungsbedarf an Hindernissen orientieren!)
Eventuell notwendige Aufwendungen für Beratung und Unterstützung insbesondere im Rechtsbehelfsverfahren unbedingt mit im Persönlichen Budget berücksichtigen.

Als persönliches Budget können sämtliche Leistungen zur Teilhabe in Anspruch genommen werden. Ausdrücklich vorgesehen ist auch der Einsatz des Persönlichen Budgets für betreutes Wohnen. Es eignet sich in besonderem Maße, den Auszug aus einem Heim und den Eintritt in betreute Wohnmöglichkeiten zu erleichtern.

Außerdem sind als Persönliches Budget möglich:

- Pflegeleistungen der Pflegeversicherung und der Sozialhilfe
- Krankenkassenleistungen
- Leistungen der begleitenden Hilfen im Arbeitsleben (Arbeitsassistenz, Kraftfahrzeughilfe)

4. Bestimmen und Rolle des Beauftragten

Für die trägerübergreifende Koordinierung der Leistungserbringung ist grundsätzlich der Leistungsträger verantwortlich, bei dem der Antrag gestellt wurde. Allerdings muss dieser zumindest an einer Teilleistung am Persönlichen Budget beteiligt sein. Er wird damit grundsätzlich „Beauftragter". Er ist verpflichtet, innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob er zuständig ist. Dabei hat er sowohl seine sachliche als auch seine örtliche Zuständigkeit zu prüfen. Stellt der Rehabilitationsträger dabei fest, dass er nicht zuständig ist, leitet er den Antrag unverzüglich an den seiner Auffassung nach zuständigen Rehabilitationsträger weiter.
Zum „Beauftragten" für die weitere Durchführung des Budgetverfahrens wird dann entweder der neu angesprochene Leistungsträger oder der es bleibt der Leistungsträger, der zuerst angesprochen wurde. Die beteiligten Leistungsträger können jedoch in Abstimmung mit dem Budgetnehmer eine abweichende Zuständigkeitsregelung treffen. Diese Regelungen gelten auch für gemeinsame Servicestellen mit dem Rehabilitationsträger, dem die gemeinsame Servicestelle zugeordnet ist.

5. Unterrichtung der beteiligten Leistungsträger/Einholung der Stellungnahmen
Der Beauftragte unterrichtet unverzüglich die beteiligten Leistungsträger über die Beantragung von Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets und holt von diesen Stellungnahmen hierzu ein. Die Stellungnahmen der beteiligten Leistungsträger müssen Aussagen zu folgenden Inhalten treffen:

- dem Bedarf, der durch budgetfähige Leistungen gedeckt werden kann, unter Berücksichtigung des Wunsch- und Wahlrechts des behinderten Menschen,
- der Höhe des Persönlichen Budgets als Geldleistung oder durch Gutscheine
- dem Inhalt der Zielvereinbarung sowie
- einem Beratungs- und Unterstützungsbedarf

6. Zielvereinbarung
Sobald der jeweilige Bedarf von dem oder den jeweiligen Leistungsträgern ermittelt wurde, schließen der Budgetnehmer und der beauftragte Leistungsträger eine so genannte Ziel-vereinbarung ab. Die Zielvereinbarung regelt die Ausrichtung der individuellen Förder- und Leistungsziele und enthält eine Regelung über den Nachweis für die Deckung des festgestellten individuellen Bedarfs sowie über die Qualitätssicherung. Die Zielvereinbarung muss individuell au die jeweilige Person und die Leistungen angepasst werden und möglichst konkret sein. D.h. Zielvereinbarungen sollen spezifisch, messbar, anspruchsvoll, realistisch und terminiert sein.

7. Bescheide
Bei einem „einfachen" Persönlichen Budget erstellt der Leistungsträger, der für die Bewilligung der entsprechenden Leistung zuständig ist, den Bescheid.
Bei einem trägerübergreifenden Persönlichen Budget wird der Bescheid vom beauftragten und am Persönlichen Budget beteiligten Leistungsträger (Beauftragter) im Auftrag und im Namen der anderen beteiligten Leistungsträger gefertigt (Gesamtverwaltungsakt) und er erbringt die Leistung.
Wichtig: Die jeweiligen Bescheide sind rechtsmittelfähig. Das heißt: Wenn nicht im Sinne des potentiellen Budgetnehmers entschieden wurde, können Rechtsmittel (Widerspruch und Klage) gegenüber dem Leistungsträger, der den Bescheid gefertigt hat, eingelegt werden. Dazu muss der Bescheid eine entsprechende Rechtsbehelfsbelehrung enthalten!

Abschließend zu diesem Thema ist zu sagen, dass man jederzeit vom persönlichen Budget zurück zu den herkömmlichen Leistungen der Rehabilitationsträger wechseln kann.

Wir bedanken uns herzlich bei Frau Annemarie Riechel für die Darlegung der theoretischen Basisdaten. Ein besonderes Dankeschön geht an Frau Verena Wiedmann, die uns mit ihrer Person und ihrem tollen Vortrag sehr beeindruckt und Mut gemacht hat. Wir wünschen ihr für die Zukunft von Herzen alles Gute.

Nach diesem eindrucksvollen Vortrag endete das Seminar für diesen Tag. Bis auf die Dialysepatienten, welche nach der Veranstaltung zur Behandlung fuhren, haben die Teilnehmer den Abend in geselliger Runde ausklingen lassen.

Am zweiten Seminartag übernahm nach einer kurzen Begrüßung durch unseren heutigen Seminarleiter Martin G. Müller, die uns schon aus Berlin gut bekannte Referentin Frau Rechtsanwältin Cornelia Breiter (Rechtsanwaltskanzlei Breiter Wiesloch) das Wort zum Thema

Rente und Erwerbsminderungsrente

Seit 2001 ist das bisherige System der Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsrenten mit Rentenbeginn ab 01.01.2001 durch eine zweistufige Erwerbsminderungsrente ersetzt worden, bei der auf Basis der individuell berechneten Altersrente mit 60 Jahren zwei Leistungen vorgesehen sind. Dabei bildet die aus arbeitsmedizinischer Sicht festgestellte noch vorhandene Arbeitsfähigkeit ein wichtiges Kriterium für die Rentenhöhe.

Voraussetzungen für die gesundheitsbedingte Frühberentung in der gesetzlichen Rentenversicherung ab 2001 (§§ 43, 240 SGB VI
Versichertenstatus nach § 1-4 SGB VI

- Minderung der Erwerbsfähigkeit wegen Krankheit oder Behinderung
- 3 Jahre Pflichtbeiträge in den letzten 5 Jahren vor Eintritt der Erwerbsminderung
- Erfüllung der allgemeinen Wartezeit (5 Jahre Beitragszeiten) vor Eintritt der Erwerbsminderung
- Antrag

Die erste Voraussetzung ist, dass man den Versichertenstatus erfüllt. D.h. man muss ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis haben. Minijobs mindern Ansprüche!
Auf Basis dieses Versichertenstatus muss man in den letzten 5 Jahren für 3 Jahre Pflichtbeiträge einzahlt haben. Wichtig Sperrzeiten vom Arbeitsamt unterbrechen die Versicherungszeit. Unbedingt gegen Sperrzeiten wehren!

Zur Feststellung des Rentenstatus kann man beim Rententräger (normalerweise die Deutsche Rentenversicherung) eine Rentenauskunft beantragen.

Bei Erfüllung dieser Voraussetzungen nach medizinischer Prüfung ergeben sich folgende Möglichkeiten der Erwerbsminderungsrente:

- Volle Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von unter 3 Stunden pro Tag.
- Halbe Erwerbsminderungsrente bei einem Restleistungsvermögen von 3 bis unter 6 Stunden pro Tag; bei Verschlossenheit des Arbeitsmarktes wird statt der halben Erwerbsminderungsrente die volle Erwerbsminderungsrente gezahlt

Wichtig in diesen Zusammenhang ist noch einmal ausdrücklich festzuhalten, es gibt **keine Leistung ohne Antrag**. Die sicherste Art bei einer Behörde einen Antrag zu stellen, ist per Fax mit Ausdruck der ersten Seite des Antrags als Sendeprotokoll (Nachweis). Wer kein Fax hat, kann den Antrag auch beim Amtsgericht einwerfen (Tagesstempel).

Wichtig: Man muss heutzutage um seine Rechte kämpfen.

Da der Anspruch auf Erwerbsminderungsrente nur individuell bestimmt werden kann, steht Frau Rechtsanwalt Breiter auch gern für Fragen zur Verfügung:

Kontaktdaten:
Cornelia Breiter
Rechtsanwältin und Fachanwältin für Sozialrecht
Kanzlei Breiter
Hauptstraße 100
69168 Wiesloch
06222/ 3045 966
Breiter@Kanzlei-Breiter.de

Wir bedanken uns herzlich bei unserer Referentin, Frau Rechtsanwältin Cornelia Breiter für diesen guten Vortrag.

Lachen ist Gesund

Hieß der letzte Vortrag des Seminars, den Frau Hannelore Schmitt hielt. Dabei mussten einige Leute so Lachen, dass Ihnen die Tränen die Wangen herunter gelaufen sind. War es doch mal eine neue Erfahrung auf dem Seminar gemeinsam das Lied Bruder Jakob zu singen. Aber nicht nur das lernten wir sondern wir erfuhren auch, welche verschiedenen Arten des Lachen es gibt. Aber der Vortrag zeigte auch die nachdenklich Seite des Lachens auf. Zum Schluss durfte sich noch jeder seinen persönlichen Lebensspruch sozusagen als Geschenk aus einer kleinen Kiste ziehen. Der Titel Lachen ist gesund war dabei sehr gut gewählt, denn wie man aus der eigenen Erfahrung weiß, wären heute einige ohne ihren unerschütterlichen Optimismus und Humor nicht mehr da!

Nach einem letzten gemeinsamen Mittagessen in großer Runde, machten sich die verbliebenen Hotelgäste auf zur Altstadtführung in der wunderschönen Universitätsstadt Heidelberg am Neckar, wo wir einen wunderschönen Nachmittag erlebten und das Seminar am Abend in geselliger Runde bei sehr gutem italienischem Essen ausklingen ließen.

Wir bedanken uns herzlich bei Rainer Merz und Martin G. Müller für die Organisation dieses eindrucksvollen Seminars und die Auswahl des Hotels. Sowie bei Gunther Fischborn für die freundliche und ortskundige Begleitung beim Freizeitbesuch in Heidelberg.

Anja Sachs

Freizeit am Abend

Im Seminar

Mitglied Pia Kautzky

Beim singen

Schweinegrippe

Die Impf-Risiken trägt allein der Staat

Dortmund. Wer übernimmt die Haftung, wenn durch die Impfung gegen die Schweinegrippe ein Schaden entsteht? Diese Frage scheint bisher nicht ausreichend geklärt. Bundesregierung, Pharmaindustrie und Ärzte sind unterschiedlicher Auffassung. Nachdem sich zahlreiche Ärzte in ganz Deutschland lange geweigert hatten, die Impfung vor der Klärung der Verantwortlichkeiten durchzuführen, relativiert das Bundesgesundheitsministerium nun: "Die Impfung gegen Schweinegrippe unterliegt keinen anderen Regelungen als herkömmliche Impfungen", lässt der neue Gesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) verlauten.

Das würde bedeuten: Bei einer empfohlenen Impfung haftet weitestgehend der Staat. Im Detail sind die Haftungsfragen in den Verträgen zwischen Bundesländern und Ärzten geregelt. Demnach liegt die Herstellerhaftung beim Land. Der Arzt hingegen haftet für alle Schäden, die mit Fehlern rund um die Impfung selbst zusammenhängen, etwa das Mischen und die Aufbewahrung der Impfstoffe sowie die Aufklärung über die Impfung. Die Pharmaunternehmen haften für Nebenwirkungen, die nicht im Beipackzettel stehen.

Das scheint im Falle der Schweinegrippe anders zu laufen.

"Das ist Unfug"
Die Pharmaindustrie soll die Verantwortung weitestgehend an die Bundesregierung und die behandelnden Ärzte abgeschoben haben. Das Arznei-Telegramm, ein unabhängiger Informationsdienst für Ärzte und Apotheker, zitiert auf seiner Internetseite aus einer "Haftungsfreisstellung", die sich das Pharmaunternehmen Glaxo-Smith-Kline (GSK), Hersteller des Impfstoffs Pandemrix, von der Bundesregierung vor der Freigabe von 50 Millionen Dosen Impfstoff hat geben lassen: "Da aufgrund der besonderen Situation im Pandemiefall weder umfangreiche klinische Daten noch Erfahrungen mit dem Pandemie-Impfstoff in seiner konkreten Zusammensetzung vorliegen", werde das Unternehmen für Impfschäden, die nicht im Beipackzettel stehen, von einer Haftung freigestellt.

Demnach sollen für jegliche Impfschäden nicht die Hersteller aufkommen, sondern der Staat. Hat sich der Staat hier erpressen lassen?

"Das ist Unfug", sagt Klaus Vater, Sprecher des Gesundheitsministeriums.
Selbstverständlich hafte weiterhin auch der Hersteller. Allerdings nur für Schäden durch "grobe Fahrlässigkeiten beim Produkt" oder bewusst zurückgehaltene Erkenntnisse über das Impfmittel. Komme es zu einer gravierenden Nebenwirkung, die zu den Risiken jeder Impfung gehört, sei der Staat in der Pflicht, so der Ministeriumssprecher. Das könnte zum Beispiel im Fall einer aufsteigenden Lähmung passieren, die nach der Immunisierung auftritt. Dieses Problem sei jedoch äußerst selten, so Vater.

Diese Haftpflicht des Staates sei "keine Besonderheit", so Vater. Das sieht Volker Heiliger, Sprecher der Ärztekammer Westfalen-Lippe etwas anders. "Die Bundesregierung hat die Haftung übernommen, weil es schnell gehen musste", erklärt Heiliger. "Im Normalfall ist das nicht so." Im Falle der Schweinegrippe-Impfung habe das Pharmaunternehmen sich wegen des verkürzten Testverfahrens wohl das Risiko abnehmen lassen, so Heiliger.

Das bestätigt die Berliner Senatorin für Gesundheit, Katrin Lompscher: "Der Staat musst die Haftung für mögliche Impfschäden übernehmen, da der Impfstoff relativ zügig unter den Vorzeichen einier drohenden Pandemie entwickelt wurde." Den Firmen habe die Zeit gefehlt, die Impfstoffe ausreichend zu testen.

"Ärzte sind raus"
In der TV-Talksendung "Hart aber fair" bestätigte der Staatssekretär des Bundesgesundheitsministeriums, Klaus Theo Schröder, dass die Industrie nicht für Nebenwirkungen hafte, weil die klinischen Studien noch nicht so weit seien. Bund und Länder müssten die Haftung übernehmen.

"Damit ist der Arzt raus aus dem Haftungs-Dilemma", soTheodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe.

Was auf den Staat und somit auf den Bürger zukommt, bleibt abzuwarten...

Schweinegrippe-Impfung: Erster Beinahe-Todesfall in Deutschland

Die Pharma-Medien schieben Panik: Allerdings nicht vor der Schweinegrippe, sondern davor, dass sich keiner impfen lässt. Sehnsüchtig schreiben sie die »Zweite Welle« der Schweinegrippe herbei. In Düsseldorf klappte inzwischen ein 30-jähriger Mann unmittelbar nach der Impfung zusammen. Er konnte gerade noch gerettet werden. Der Impf-Arzt macht sich nun Gedanken, ob »das H1N1-Mittel nicht ganz so unbedenklich ist wie der herkömmliche Impfstoff«. Andere Ärzte raten rundheraus von der Impfung ab.

Düsseldorf, 31. Oktober 2009. In der Arztpraxis von Christian Wittig wird ein 30-jähriger Mann gegen die sogenannte »Schweinegrippe« geimpft.

***Verzweifelt gesucht: Die 2. Welle, hier von der Münchner* tz**

Doch kaum hat der Mann die Spritze bekommen, geht es mit ihm rapide bergab: »Nachdem der Arzt ihm das Mittel Pandemrix verabreicht hatte, klagte der Patient über Übelkeit, Zitteranfälle und eine un-

regelmäßige Atmung«, berichtete *RP Online* am 3. November 2009: »Der Blutdruck sank rapide und der Puls stieg auf 120«, zitierte das Blatt Impf-Arzt Christian Wittig, »der den Kreislauf des Patienten mit fünf Medikamenten, Infusionen und Sauerstoff stabilisieren konnte.«
Das Impfopfer war nur wenige Sekunden vom Tod enfernt: »Bei so einer Überreaktion hat man höchstens 90 Sekunden Zeit, um zu reagieren«, erklärte Wittig laut *RP Online*. Alles ging so schnell, dass der Orthopäde den Rettungsdienst erst nach der Notfallbehandlung verständigen konnte.
Das erste Mal konnte man die tödlichen Nebenwirkungen des Impfstoffs also live beobachten. Bisher wird ja ein Zusammenhang zwischen Impfungen und Todesfällen wie beispielsweise in Schweden in Zweifel gezogen.

Hätte der Mann die Praxis bereits verlassen gehabt, hätte er die Impfung jedoch wohl kaum überlebt.

***Eine Schweinepanik schiebt auch die Website der* Tagesschau**

»Bei den gewöhnlichen Impfungen habe ich so eine Überreaktion noch nicht erlebt«, zitiert *RP Online* den Arzt, »der seit zehn Jahren gegen die saisonale Grippe impft«. Das heißt: Kaum führt der Mann mal einige Impfungen gegen die Schweinegrippe durch, stirbt ihm beinahe ein Patient unter den Händen. »Es scheint mir, als sei das H1N1-Mittel nicht ganz so unbedenklich wie der herkömmliche Impfstoff«, sagte Wittig vorsichtig.
»Dennoch sei die Impfung sinnvoll und notwendig«, meinte der Arzt laut *B.Z.* Berlin vom 3. November. Inzwischen sei der Mann wieder »bei bester Gesundheit«.
Sicher: Das Glaubensbekenntnis gegenüber der Pharma-Religion darf nicht fehlen.

Das ist die perfekte Welle ... jedenfalls für die Pharmaindustrie

Dennoch muss man eine Lanze für unsere Ärzte brechen. Vielen von ihnen ist die Gesundheit ihrer Patienten wichtiger als die der

Experten warnen vor Schweinegrippe
"Die Welle hat jetzt begonnen"

Pharmaindustrie – und auch wichtiger als das Impf-Honorar. Bei einer Umfrage unter Medizinern erlebte das Berliner Boulevardblatt *B.Z.* eine böse Überraschung: Nur einer von sechs empfahl die Impfung.
»Wir waren mit unserem knapp zweijährigen Sohn schon beim Kinderarzt. Doch er hält eine Impfung gegen Schweinegrippe momentan nicht für notwendig«, berichtete *B.Z.*-Nachrichten-Redakteur Thomas Klementz. »Der Impfstoff ist an Kindern unter drei Jahren nicht getestet«, zitiert das Blatt Dr. Ulrich Fegeler vom Bundesverband der Kinder- und Jugendärzte. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. Günther Jonitz, beschied die Journalisten sogar: »Ich lasse mich auf keinen Fall spritzen, denn das Risiko der Impfung ist weitaus größer als das Risiko einer Erkrankung.« Nur eine Ärztin war der Meinung, man könne auf die Impfung nicht verzichten: »Meine Ärztin sagte, die Krankheit sei zu gefährlich, um sie zu ignorieren«, erklärte *B.Z.*-Fotoredakteur Thilo Folesky: »Ich werde mich impfen lassen.«
Na dann: viel Spaß dabei.

Quelle Kopp Verlag

Impfung gegen Schweinegrippe

Die beiden Impfstoffe gegen die so genannte "Schweinegrippe" Pandemrix® und Focetria®, enthalten als Adjuvans (Wirkverstärker) Squalen.

Beim Menschen ist Squalen bei den US-Soldaten des ersten Golfkriegs als Impfverstärker engesetzt worden. 23-27%, also jeder Vierte von ihnen und auch solche, die zu Hause blieben(!), bekamen die sog. Golfkriegskrankheit, mit chronischer Müdigkeit, Fibromyalgie (Muskelrheuma), neben Gedächtnis - und Konzentrationsproblemen, persistierenden Kopfschmerzen, Erschöpfung und ausgedehnten Schmerzen charakterisiert. Die Krankheit kann auch chronische Verdauungsprobleme und Hautausschlag einschließen.

Die Erkrankung hat sich seit 1991 also seit 18 Jahren nicht gebessert. Bei 95% der Geimpften mit Golfkriegssyndrom wurden Squalen-Antikörper gefunden, bei den Geimpften aber nicht Erkrankten bei 0%. Erst nach mehr als 10 Jahren wurden die Schäden vom US-Verteidigungsministerium anerkannt.

Wenn die Bundesregierung ihren Willen durchsetzt und 35 Millionen Menschen geimpft werden, ist damit zu rechnen, dass 8-9 Millionen Bundesbürger für die nächsten Jahrzehnte unter chronischer Müdigkeit und Fibromyalgie etc. leiden werden.

Juliane Sacher
Fachärztin für Allgemeinmedizin und Impfgegnerin

Quelle:
Www.nachrichten.amplify.com

Aktuelle Zahlen zur Schweinegrippe

Das Robert Koch Institut meldete mit Stand 6 November 2009

Zahl der Infizierten seit April 2009:

Deutschland: **29.907**

Zahl der Toten seit April 2009
Europa: **390**
weltweit: **6441**
Deutschland: **9**

Stand: 11. November

Zahl der Infizierten Seit April 2009
Deutschland: **40.271**
Europa **425**
weltweit: **6640**
Deutschland: **14**

Es sind nicht mehr alle erkrankt!

Aktuelle Zahlen unter:
http://www.pd-internet.de/squirrelmail/src/webmail.php

Erfahrungsbericht

Danke der Deutschen Dialysequaltität!

Danke der Deutschen Dialysequaltität!!! oder 5 Jahre Dialyse und dann??? Halbmarathon!!!

Im Frühjahr 2008 als ich bereits über 4 Jahre an der Dialyse war, reifte in mir die Entscheidung in Kur zu gehen, gleichzeitig hatte ich festgestellt, dass mein Puls an der Dialyse sich im Ruhezustand immer mehr nach oben bewegte. Also sollte ich doch wieder etwas für mich und meinen Körper tun. Beim Aufnahmegespräch in der Müritzklinik zu meiner beantragten Reha bat ich den zuständigen Arzt er

solle doch darauf achten, dass ich körperlich relativ fit wieder nach Hause kommen würde. Meinem Wunsch wurde entsprochen und ich erhielt einen tollen Plan mit viel Bewegung und Sport.

Erste Erfahrungen

Nachdem ich dann Anfang September 2008 wieder zu Hause war, melde ich mich bei einem Lauftreff eines Sportgeschäftes bei uns an. Dort gibt es die Aktion von 0 auf 21, was bedeutet, dass man als gesunder in ca. 6 Monaten einen Halbmarathon laufen kann. Ich wollte mich jedoch nicht so unter Zeitdruck setzen und vor allem musste ich ja erst einmal meinen Körper bei diesen Belastungen kennen lernen. Mein Ziel war der Halbmarathon in Mainz im Mai.
Jedoch musste ich im Laufe des sehr kalten Winters feststellen, dass ich das Ziel
nicht erreichen würde. Somit habe ich mich auf den Halbmarathon in Bräunlingen am 11.10.09 konzentriert. Im Winter bei minus 10 bis 15 Grad eine Stunde zu laufen ist sehr anstrengend und man muss auch ganz schön auf den inneren Schweinehund einprügeln, damit der nicht die Überhand gewinnt. Im Frühjahr wurde dann alles besser, da es sich bei angenehmen Temperaturen sehr viel leichter laufen lässt. Mit der Zeit hatte ich jetzt auch ein besseres Gefühl für meinen Körper und wusste, was ich mir zutrauen kann und wo meine Belastungsgrenzen sind. Es gab natürlich auch Tage, an denen ich das Training abbrechen musste, da mein Puls total explodierte, weil ich zu trocken war. Jedoch wurden die Laufzeiten immer länger. Das erste halbe Jahr blieb es bei einer Stunde und nicht mehr, dann auf einmal, es war ein Wohltätigkeitslauf für einen Jungen mit Krebs des Lymphsystems, konnte ich mich auf 2 Stunden am Stück steigern und lief gute 14 Kilometer. Das brachte die Motivation wieder so richtig in Gang.

Weiteres Training

Doch leider habe ich mir in der folgenden Woche den kleinen Zeh an einem Türrahmen so sehr gestoßen, dass ich 2 Wochen nicht trainieren konnte. Darauf folgte dann noch eine Erkältung, die mich nochmals eine gute Woche aussetzen ließ. Doch dann war ich wieder beim Training. Ich war teilweise bis zu 3-mal die Woche 2 Stunden beim Laufen und es machte immer mehr Spaß. Während der heißen Phasen in diesem Sommer hatte ich dann mit meinem Wasserhaushalt zu kämpfen. Ich beschloss gegen meine Meinung, dass man beim Laufen abnimmt mein Sollgewicht um 1 Kg nach oben zu setzten und am Sonntag und am Dienstag nochmals 1 Kg „drin zulassen“, da ich montags und mittwochs laufen wollte. Das brachte mich wieder in die richtige Richtung.

Vorbereitungen auf Bräunlingen

Dann war es schlagartig September und der Marathon in Bräunlingen kam immer näher. Ich meldete mich beim Fitnessfestival eines Sportvereines an. Als Laufstrecke wählte ich 14,9 Km. Bei der Veranstaltung stellte ich fest, dass die Strecke auf 16 Km verlängert wurde. Das war dann aber auch kein Problem. Während des Laufens stellten wir fest, dass irgendein Spaßvogel

Schilder entfernt hatte und so liefen wir noch einen kleinen Umweg von 4 Km um dann doch mit 20 Km wieder am Ziel zu sein. Für diesen Lauf benötigte ich 3 Stunden und 10 Minuten. Mein Ziel in Bräunlingen war
1. Ankommen
2. 3 Stunden minus X ; alles unter 3 Stunden ist mehr als ich mir auch noch vor 4 Wochen vorstellen konnte.

Letzte Vorbereitungen

Am Sonntag darauf war dann der Trainingslauf in Bräunlingen angesagt. Wir trafen uns um 9:00 Uhr

in Bräunlingen um die Strecke einmal abzulaufen, damit man auch weiß, was auf einen zukommt. Das Wetter war super zum Laufen. Wir hatten ca. 12 – 15 Grad und es war sonnig. Dank des Mannes einer Laufkollegin hatten wir zu der einen Verpflegungsstation des Veranstalters noch 2 weitere. Der Lauf war sehr anstrengend, dennoch hatte ich erstmal meine Ziele erreicht. Ich war am Ziel angekommen und ich war bei einer Laufzeit inklusive Verpflegungspausen bei 2 Stunden 59 Minuten und damit unter 3 Stunden.
In der folgenden Woche hatte ich den Lauftreff am Mittwoch und bin am Sonntag beim Kongress der Gesellschaft für Nephrologie in Göttingen beim Nephrologischen Morgenlauf am Sonntag ab 6:30 Uhr mitgelaufen. Die Distanz war 4

Km und da waren wir recht schnell unterwegs. Am folgenden Mittwoch wurden wir von unserem Trainer beim Lauftreff noch mal richtig gequält mit Sprinttraining, das für einen tollen Muskelkater sorgte. Danach war aber nur noch leichtes Training bis Bräunlingen angesagt. Unglücklicherweise fiel das Marathonwochenende genau auf das Wochenende, an dem unser Seminar in Hirschberg stattfand. Daher konnte ich nur am Freitag teilnehmen. Am Samstagnachmittag hatte ich noch eine 4. Dialyse „gebucht“ um nicht mit totaler Vergiftung bei meinem ersten „richtigen“ Halbmarathon zu starten. Der große Tag kam. Sonntagmorgen klingelte der Wecker um 6:00. Erst einmal wurde gefrühstückt, da man ca. 3 Stunden vor dem Lauf nichts mehr essen sollte, jedoch noch etwas in seine Kohlenhydratspeicher bringen sollte. Wir, das heißt Evelin und ich, waren dann um ca. 8:30 in Bräunlingen. Hier hieß es die Startnummer holen und den Chip für die Zeitmessung anbringen. Pünktlich um 9:30 war dann Startschuss. Die Marathon- und die Halbmarathonläufer starteten gemeinsam.

Beim Lauf durch Bräunlingen läuteten die Kirchenglocken und der Pfarrer und seine Ministranten, sowie einige Mitglieder der Kirchen-

besucher standen vor der Kirche, an der der Lauf vorbeiführte und feuerten die Läufer an. Das Wetter war optimal zum Laufen, wir hatten morgens zwar nur etwa 7 Grad und im Laufe des Vormittags ca. 12 Grad, aber der gemeldete Regen blieb glücklicherweise aus. Auf der Halbmarathonstrecke gab es 4 Verpflegungsstationen mit verschiedenen Getränken, die man auch als Dialysepatient unbedingt nutzen muss um nicht zu trocken zu laufen. Der Schwarzwald-Marathon in Bräunlingen gilt als einer der schönsten Naturläufe in Deutschland. Man läuft fast 90 % der Stecke auf Waldwegen und die Natur im Schwarzwald hat sowieso genug zu bieten. Als dann das Ziel, der Kirchturm von Bräunlingen, in Sichtweite kam, waren noch 3 Km zu laufen. Dort war auch die letzte Ver-

pflegungsstation und dann wusste man, dass man so zu sagen auf der Zielgeraden war. Auf dem letzten Kilometer

waren wieder sehr viele Zuschauer, die die Läufer anfeuerten und somit wurde nochmals die Laufgeschwindigkeit gesteigert. Das

INT.SCHWARZWALD-MARATHON
SEIT 1968

Sonntag, 11. Oktober 2009

URKUNDE

Rainer Merz
Sport Weiß Team

belegte beim Halbmarathon
in einer Zeit von 02:33:10
den 895. Platz in der Gesamtwertung
und den 178. Platz in der Altersklasse 40

O.K. Schwarzwald-Marathon

Ziel kam in Sicht und die letzten Reserven wurden aktiviert. Ich war stolz als die Uhr 2:33 Std. anzeigte, denn ich war damit 27 Minuten schneller als meine von mir gesetzte Vorgabe. Am Montag und Dienstag hatte ich noch etwas Muskelkater in den Oberschenkeln, jedoch ist es ein tolles Gefühl so was geleistet zu haben. Die Anmeldungen für nächstes Frühjahr zum Halbmarathon in Freiburg am 28.03.2010 und in Mainz am 09.05.2010 sind schon abgegeben und ich befürchte, dass mich nun doch die Laufsucht erwischt hat.

Rainer Merz

NEIN KELLY, DU SOLLST IN DIE VENE PUNKTIEREN!

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 Ldt 2004 all rights reserved, Cartoons: Peter Quaife - deutsche Übersetzung: Thomas Lehn)

Humor
Lachen ist Gesund

Treffen sich ein Löwe, ein Eisbär und ein Schwein.

Sagt der Löwe: "Wenn ich brülle, dann zittert ganz Afrika." Der Eisbär brummt: "Das ist noch nichts. Wenn ich brülle, dann erzittert die Arktis." Grunzt das Schwein: "Na und? Wenn ich niese, dann zittert die ganze Welt."

Ein Mann, von Beruf Arzt, und seine Frau streiten beim Frühstück. Der Mann steht wutentbrannt auf und schreit: "Und nur, dass du es weißt, du bist eine Niete im Bett" - und verlässt das Haus.

Nach einer Weile bekommt er ein schlechtes Gewissen und ruft zu Hause an, um sich zu entschuldigen.

Nachdem es eine Zeit lang geläutet hat, hebt sie endlich ab. "Warum hast du so lange gebraucht, um abzuheben?". er irritiert.

"Ich war im Bett."

"Im Bett? Um diese Zeit? Wozu?"

"Ich habe mir einen zweiten Befund ausstellen lassen", antwortet die Ehefrau

Kommt ein Tscheche zum Augenarzt. Der hält ihm die Buchstabentafel vor, auf der steht C Z W X N Q Y S T A C Z, und fragt ihn: "Können Sie das lesen?"

"Lesen?", ruft der Tscheche erstaunt aus, "Ich kenne den Kerl!"

Ehemann :
Immer wenn ich dich ärgere bleibst du ruhig. Du gehst dann zur Toilette und...ich höre dich singen.
Wie machst du das bloss deine Wut in den Griff zu bekommen?

Ehefrau:
Ich putz die Kloschüssel!

Ehemann:
Aber wie hilft dir das?

Ehefrau:
Ich nehm DEINE Zahnbürste!

Treffen sich zwei Rosinen: Sag die eine zu der anderen....."Warum hast Du denn einen Helm an?!" Sagt die andere..... "Ich muss noch in den Stollen! "

Witze wurden von Neumitglied Tina Schneider Saarland zugesandte.

Weisheit
Spruch

Wer die Sonnenseiten... des Lebens genießen möchte…darf den Himmel... nicht ständig nach Wolken absuchen...

Zugesteuert von Christina Rupp

Neue Studie zu EPO bei Nierenkranken

Die meisten schwer nierenkranken Patienten erhalten das gentechnologisch hergestellte Hormon Erythropoietin (EPO) zur Therapie gegen Blutarmut. Wissenschaftern berichten über neue Erkenntnisse zu Wirkungen und Nebenwirkungen dieser Therapie.

Danach führte die EPO-Therapie nicht zu einem Rückgang von Herz-Kreislaufkomplikationen, sondern es traten im Gegenteil gehäuft Schlaganfälle auf. Gegen eine seltene Abwehrreaktion des Körpers als Folge einer EPO-Therapie konnten die Forscher erstmals ein neues Medikament einsetzen. "Damit hat die seltene Komplikation, die letztlich regelmäßige Bluttransfusionen notwendig macht, ihren Schrecken weitgehend verloren", sagte Prof. Kai-Uwe Eckardt, Direktor der Medizinischen Klinik 4 - Nephrologie und Hypertensiologie - am Uni-Klinikum Erlangen und Klinikum Nürnberg. "Auch die Studie zu den Behandlungseffekten ist trotz der enttäuschenden Resultate von großer Bedeutung."

Hintergrund: Die gesunden Nieren sind nicht nur für die Ausscheidung von Flüssigkeit und Stoffwechselprodukten verantwortlich, sondern regulieren über das Hormon EPO auch die normale Blutbildung. Deshalb entwickeln Patienten mit chronischer Nierenerkrankung nahezu regelhaft eine Blutarmut. Um dies zu verhindern, wird das Hormon EPO seit mehr als 20 Jahren gentechnologisch hergestellt, und steht seitdem als Medikament zu Verfügung. Die meisten Dialysepatienten erhalten es heute regelmäßig verabreicht. Ihre Blutarmut lässt sich damit korrigieren, und die Notwendigkeit zur Verabreichung von Bluttransfusionen ist deutlich reduziert.

Erste Studie beschreibt Nebenwirkungen der EPO-Therapie

In einer Studie bei über 4.000 Patienten, die nierenkrank waren und eine Zuckerkrankheit hatten, wurde jetzt getestet, ob durch Behandlung der Blutarmut mit dem Ziel einer Normalisierung des Hämoglobin-Wertes die Dialysepflichtigkeit verzögert und Herz- Kreislaufkomplikationen verhindert werden können. Beide Effekte konnten aber nicht nachgewiesen werden. Im Gegenteil traten bei den mit einem EPO-Päparat (Darbepoetin alfa) behandelten Patienten gehäuft Schlaganfälle auf. Andererseits war die Zahl der Patienten, die Bluttranfusionen erhielten, unter der Therapie geringer und die Lebensqualität war etwas besser. "Die Studie ermöglicht uns eine bessere Risiko-/Nutzen-Abschätzung der EPO-Therapie", sagte Prof. Eckardt. Es handelt sich um eine der größten Studien, die bislang in dieser sehr gefährdeten Patientengruppe durchgeführt wurde.

2. Studie belegt wirkungsvolle EPO-Ersatztherapie

In einer zweiten Studie beschäftigten sich die Forscher mit einer sehr seltenen Komplikation der EPO-Therapie - der Entwicklung von Antikörpern gegen das Hormon. Die fatale Folge dieser Antikörperbildung ist, dass das zugeführte Hormon seine Wirkung verliert, und auch das restliche vom Körper gebildete Hormon nicht mehr aktiv ist. In schweren Fällen kommt es zum völligen Erliegen der Blutbildung. Die Patienten sind auf regelmäßige Bluttransfusionen angewiesen. Forscher aus Erlangen, Paris und London konnten jetzt erstmals ein neues Medikament bei diesen Patienten einsetzen, das ähnlich wie EPO wirkt und denselben Rezeptor aktiviert, dessen Struktur aber überhaupt nicht mit der des Hormons verwandt ist. Die Ärzte vermuteten, dass diese neue Substanz auch nicht mit den Antikörpern gegen EPO reagieren würde und deshalb zu einer Erholung der Blutbildung führen könnte. Diese Vermutung konnte bei 14 Patienten eindruckvoll bestätigt werden. Mit einer Ausnahme sprachen die Patienten sehr gut und dauerhaft auf die Behandlung an und ihre Blutarmut ließ sich korrigieren ohne dass weitere Blutkonserven nötig waren. Die sechs in Erlangen behandelten Patienten kommen aus dem gesamten Bundesgebiet.

Originalpublikation: A Peptide-Based Erythropoietin-Receptor Agonist for Pure Red-Cell Aplasia

Shuntecke

Heute Anarysmen

FRAGE

"Bei Shunts entstehen meistens durch falscher Punktionstechnik Pseudoaneurysmen, die hässlich ausschauen? Wann sollte man dies Anarysmen beseitigen lassen? Kann man da eine pauschale Antwort machen."

Dr. med. Michael Berkhoff (lt. Shuntchirurg)
Allgemeinchirurgie St. Vincenz-Krankenhaus Mainz

Shuntaneurysmen sind einerseits Folge langjähriger Punktionen, können andererseits aber auch Ausdruck von nachgeschalteten Engen der Shuntvene sein, vor denen sich der Blutfluss chronisch staut.

Solange der Blutfluss nicht wesentlich behindert ist, besteht kein Grund zur Korrektur; der rein kosmetische Aspekt steht ganz im Hintergrund. Problematisch ist die Situation, wenn Aneurysmen in kurzer Zeit (wenigen Wochen) deutlich an Größe zunehmen, wenn die Haut darüber papierdünn wird, oder sogar kleine Geschwüre der Haut durch die große Spannung entstehen. In diesen Fällen ist eine Korrektur notwendig, im Falle der Geschwürsbildung sogar dringend. Sinnvoll ist eine Operation auch dann, wenn sich durch die "Verwirbelung" des Blutes im Aneurysma größere Thromben bilden und infolgedessen der akute Gefäßverschluss im Aneurysma droht.

Nicht selten entstehen - wie anfangs schon erwähnt - Aneurysmen dadurch, dass sich das Blut vor einer Gefäßenge im Verlauf der Shuntvene aufstaut. In diesem Fall müssen sowohl die ursächliche Enge als auch das Aneurysma korrigiert werden.

In der Regel erfolgt bei Aneurysmaoperationen die großzügige Teilentfernung der Vorderwand des Aneurysmas mit entsprechender Längsnaht. Da bei vielen Patienten mehrere Aneurysmen im Shuntvenenverlauf bestehen, ist es sinnvoll, die Sanierung auf zwei Operationen zu verteilen, damit der Dialyserhythmus über die Punktion des zunächst nicht operierten Aneurysmas beibehalten werden kann. Nach Ausheilen der Gefäßnaht innerhalb von einigen Wochen kann dann der sanierte Abschnitt punktiert und die Operation des zweiten Aneurysmas in Angriff genommen werden.

Weitere Informationen:
www.Dialyseshunt.com

Ansprechpartner
Kontakt zu uns

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
Hugo-Asbach-Straße 11
65385 Rüdesheim
Tel: 06722 - 4025073
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
Klausnerstraße. 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
Tel: 02171-81623
E-Mail:jörg.rockenbach@junge-nierenkranke.de

Thüringen
Junge Nierenkranke Deutschland e.V.
Heike Oschmann
Ludwig-Brehm-Weg 5
99894 Schönau v. d. Walde
Tel: 036253 - 44958
E-Mail: *heike.oschmann@junge-nierenkranken.de*

Berlin
Junge Nierenkranke Deutschland e.V.
Anja Sachs
Bernkasteler Str. 14a
13088 Berlin
Tel: 030/340 63 649
E-Mail: *anja.sachs@junge-nierenkranke.de*

Termine
2009 / 2010

- **12.12.2009** Jahresabschlussfeier und Weihnachtsmarktbesuch in Esslingen.

Termine 2010

- **11. bis 14.03.2010** Seminar mit Mitgliederversammlung Fulda Hotel Lenz
- **13.03.2010** Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen Fulda Hotel Lenz
- **01.08. bis 08.08.2010** Gesundheitswoche
- **07. bis 10.10.2010** Seminar in Kiel

Impressum

JuNi-News ist die Informationsschrift des Vereins „Junge Nierenkranke Deutschland e.V.

Layout: Martin G. Müller

Redaktion
Martin G. Müller (mgm)
Anja Sachs (as)
Thomas Lehn (tl)
Rainer Merz (rm)
Michael Rhos (mr)

Postversand
Daniela Helduser

Titelbild:
Rainer Merz

Bilder:
Martin G. Müller
Rainer Merz

Autoren dieser Ausgabe:
Thomas Lehn
Martin G. Müller
Rainer Merz
Anja Sachs

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 dir Redaktion räumt der Verfasser JuNiNews 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 Junge Nierenkranke Deutschlande.V.

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

Spendenkonto:
Konto-Nr. 4798929
BLZ: 66650085

Jahresabschlussfeier mit Weihnachtsmarktbesuch vom 12.12. bis 13.12. 2009 in Esslingen

Jetzt noch schnell bei Rainer Merz anmelden!!!
Tel: 07728 - 919190

Junge Nierenkranke
Deutschland e.V.

Seminarankündigung vom 11.03.2010 bis 14.03.2010 in Fulda

Themen unteranderem

- Dialyse und Soziales Änderungen seit 01.01.2010
- Wirkungen von Generika, Immunsuppression, Blutdruckmedikamente und weitere Medika-mente
- Mitgliederversammlung mit Vorstandswahlen

Seminarankündigung

www.junge-nierenkranke.de