



Junge Nierenkranke
Deutschland e.V.

*Der Vorstand und
Juni-News wünscht allen
Mitgliedern, Lesern,
Förderer sowie Freunden
des Vereins Jungen
Nierenkranken
Deutschland e.V. einen
guten Rutsch ins neue Jahr.*

*Wir freuen uns auf ein
Wiedersehen mit allen in
2007.*

*Junge Nierenkranke
Deutschland e.V.*

+++ JUNI - NEWS+++

Jahresrückblick 2006

Jahresrückblick



Liebe Mitglieder, liebe Leser der Juni-News,

das Jahr ist zu Ende und das gibt Anlass zum Rückblick.

Im Jahr 2006 wurde vom Vorstand wie in jedem Jahr wieder viel Zeit und Arbeit in den Verein investiert. Die Planung und Veranstaltungen von Seminaren sowie die Sicherstellung der Finanzierung sind neben der üblichen Vorstandsarbeit sehr zeitaufwendig. Aufgrund dessen sitzen die Vorstandsmitglieder täglich mehrere Stunden am PC, Telefon oder fahren zu Terminen um den Verein weiter publik zu machen. Die Tätigkeit erfolgt bei den meisten neben Berufs und Familienleben und kostet auch schon mal private Urlaubstage. Ohne diesen intensiven Arbeitseinsatz, wäre die Vereinsarbeit nicht zu leisten. Hier geht auch mal ein ganz herzlicher Dank an die Partner der Vorstandsmitglieder, die viel Verständnis für die ehrenamtliche Tätigkeit ihrer Partner zeigen.

Bei der Mitgliederversammlung im März 2006 sind unsere beiden Vereinsgründer und Vorsitzende aus gesundheitlichen Gründen aus dem Vorstand ausgeschieden. Gerade der hohe Arbeitseinsatz im Vorstand von Monika der teilweise bis in die Nacht andauerte, war für den neuen Vorstand nur schwer zu kompensieren. Was für sie selbstverständlich war, musste sich der neue Vorstand erst einmal aneignen. Wir hatten das Glück, dass wir jederzeit bei Monika und Joachim nachfragen konnten, wenn mal was unklar war. So war ein

guter Übergang für den neuen Vorstand möglich.

Im Juni galt das Motto „fünf Jahre Junge Nierenkranke Deutschland e. V.“. In Biedenkopf gab es dazu eine große Jubiläumsfeier mit Alleinunterhalter, Band, Tombola und Grillabend. Im Rahmen dieser Feier wurden dann auch unsere beiden Vereinsgründer Monika Centmayer und Joachim Kaiser unter großem Beifall der Mitglieder zu den ersten Ehrenmitgliedern des Vereins ernannt. Auch vonseiten der Mitglieder wurde für ein Abschiedsgeschenk gesammelt und ihnen zum Dank für ihren großen Einsatz für Verein und Mitglieder überreicht.

Der August bedeutet für zahlreiche Mitglieder Bewegung, klettern und Wellness. Im Aqua Lux Hotel in Bad Salzschlirf fand die Aktivwoche statt. Dabei trieb es manche Mitglieder in schwindel treibende Höhen.

Im Oktober standen gleich zwei Programmpunkte an. In Püttlingen feierte die Regionalgruppe Rheinland Pfalz/ Saarland unter Leitung von Thomas Lehn und mir, mit einem Abendseminar und Imbiss ihre Gründung.

Einen Tag später, hieß das Seminarthema des Bundesvereins: Krankheitsbewältigung. Hier war die wichtigste Erkenntnis, dass viele, unabhängig voneinander, instinktiv die gleichen Methoden der Krankheitsbewältigung praktizieren.

Zum Abschluss des Jahres hatte die Regionalgruppe Rheinland Pfalz/ Saarland im Dezember zur Jahresabschlussfeier und zu einem Weihnachtsmarktbesuch ins saarländische St. Wendel eingeladen. Der neue Programmpunkt im Vereinskalendar wurde zur großen Überraschung, vieler, sehr gut angenommen. So hatte man dann noch zum Ende des Jahres schöne Stunden zusammen und konnte das Vereinsjahr erfolgreich beschließen.

Das Vereinsjahr 2006 bestand jedoch nicht nur aus glücklichen Moment! So mussten wir im Oktober von unserer zweiten Vorsitzenden Selda Kara Abschied nehmen. Sie war nach schwerer Krankheit am 13. Oktober verstorben. Ihr Tod machte nicht nur

die Mitglieder des Vereins betroffen, sondern löste auch Betroffenheit außerhalb des Vereins aus. Sie war ein Mensch mit einem sehr liebenswerten Wesen und idealen. Wir werden Selda immer als liebe Freundin und Vorstandkollegin in Erinnerung behalten.

Die Mitgliederzahl hat sich trotz einiger Austritte zum Ende 2006, weiter positiv entwickelt.

Zu den Mitgliedern, die den Verein zum 31.12 verlassen wollen, gehörte auch unsere Vereinsgründerin Monika Centmayer.

Ich persönlich habe Monika sehr viel zu verdanken. Sie hatte mich Anfang 2003 mit ihren Aktivierungskünsten und mit einer Mitarbeit im Verein dazu gebracht, wieder aktiv am Leben teilzunehmen. Aus dieser Mitarbeit und dem Kennenlernen einiger Mitglieder, zu denen sich Freundschaften entwickelten, entstanden bei mir neue Interessen die dazu führten, dass ich heute nur noch selten zu Hause anzutreffen bin.

So wie Monika mir damals geholfen hat, hat sie auch vielen anderen Mitgliedern die Jahre über im Verein und auch außerhalb des Vereins in schwierigen Lebenssituationen helfen können.

Für die vielseitige Hilfe und ihren Arbeitseinsatz richtet Juni - News ganz besonderen Dank an sie und wünscht ihr für ihren weiteren Lebensweg vor allem gesundheitlich alles erdenklich Gute!

Der Wunsch geht auch an die Mitglieder, die den Verein zum 31.12.2006 auch verlassen wollen.

In dieser Juni-News Ausgabe sind nochmal Themen aus verschiedenen Ausgaben des Jahres 2006 zusammengefasst.

Ich wünsche allen einen guten Rutsch und ein gesundes Jahr 2007.

Martin G. Müller

**Patienten-Arzt-Seminar
„Infektionen und Impfungen
bei Dialysepatienten und
Nierentransplantierten“
in Dresden
vom
16. bis 19 März 2006**

Die Anreise erfolgte für einige Mitglieder im Lauf des Donnerstagnachmittag, dabei war das erste Kennen lernen recht schnell erledigt, da mittlerweile die meisten sich von den vorigen Seminaren kennen. Wobei wir natürlich auch sehr neue Mitglieder und Seminarteilnehmer bei unseren Seminaren begrüßen.

Nach dem Abendessen, das absolut hervorragend schmeckte, wie das gesamt Essen im Laufe des Seminars, und für Dialysepatienten auch von dem Salzgehalt absolut klasse war, schwitzen einige in der hoteleigenen Sauna, die anderen saßen gemütlich zusammen.

Am Freitagmorgen war der erste Punkt des Seminars „**die Virushepatitis**“, wobei wir sehr viel über die Ansteckungsmöglichkeiten und den teilweise falschen Vorstellungen über die Infektionen erfahren haben. Was mich sehr überraschte, war die Tatsache, dass ein Hepatitis-B Virus bis zu 7 Tage auf trockenen Oberflächen überleben kann.

Der zweite Vortrag war „**die medikamentöse Therapiemöglichkeit von Hepatitis-Infektionen bei Nierenkranken**“ der nahezu Übergangslos vom ersten Vortrag überging.

Nach einer etwas längeren Kaffeepause stand der Vortrag zum Thema „**Die Leberdialyse - das M.A.R.S. - System**“ an. Bei diesem Vortrag gab uns Dr. Jost sehr Interessante und aufschlussreiche Informationen über die Leberdialyse und die Möglichkeiten und Kosten.

Nach dem Mittagessen war als nächstes der Vortrag „**Leber- / kombinierte Leber-Nieren-Transplantation**“ auf dem Programm. Wobei wir erfahren, dass die kombinierte Leber-Nieren-Transplantation nicht so häufig vorkommt.

Nach einer Kaffeepause referierte Prof. Guggenbichler über das „**Infektionsrisiko Krankenhaus**“. Bei dem wir hörten, dass es keine wirklichen Zahlen über das Risiko sich im Krankenhaus anzustecken gibt, da es den Krankenhäusern freiwillig überlassen wird, Zahlen zu veröffentlichen. Es jedoch ein nicht abstreitbarer Punkt ist, dass ein gewisses Risiko besteht, dass teilweise sogar tödlich enden kann.

Noch vor Ende des sehr interessanten Vortrages mussten die Dialysepatienten sich für die Fahrt zur Dialyse verabschieden. Die Dialyse war sehr gut von Gunther Fischborn organisiert und wir waren sehr zufrieden mit dem Dialysepersonal welches sich sehr gut auf unsere speziellen Wünsche einstellte.

Am Samstag stand bereits um 9:00 Uhr „**CMV-Infektion**“ auf dem Programm. Frau Dr. Palm erklärte uns viele teilweise bekannte, teilweise neue Erkenntnisse über den CMV-Virus.

Im Anschluss berichtete uns Dr. Wichmann über „den Epstein-Bar-Virus“ was bei diesem Vortrag sehr überraschend war, ist die Tatsache, dass nahezu 100 % der Bevölkerung in den so genannten hoch entwickelten Industrienationen, jedoch nur ca. 50 % der Bevölkerung in den Entwicklungsländern mit dem Virus infiziert sind.

Nach dem wieder einmal hervorragenden Mittagessen wurde uns über die „**Impfungen für Dialysepatienten/Nierentransplantierte**“ berichtet. Wobei wir erfuhren, dass jemand der bei einer Impfung nicht anspricht (Non-responder) bei einer anderen Impfung sehr wohl einen Impfschutz aufbauen kann.

Im Anschluss an die Kaffeepause wurden wir über „**Multiresistente Keime**“ von Dr. Jatzwauk informiert. Wir hörten, dass die Gefahr einen multiresistenten Erreger aufleben zu lassen erst durch die Einnahme von Antibiotika, das die nicht resistenten Keime abtötet, in erhöhtem Maße besteht.

Als letzter Referent berichtete uns Dr. Girnd über „Shuntinfektionen“ und wie man sie rechtzeitig erkennt, bzw. wie

man sie am besten vermeidet.

Nach dem Abendessen teilte sich die Gruppe auf, ein Teil erhielt von unserem Mitglied Elke Klee eine kleine Stadtführung durch Dresden eine anderer Teil blieb im Hotel, wo man sich später noch gemütlich in der Hotelhalle einfand zu einem gemütlichen Ausklingen des Abends.

Am Sonntag stand dann noch die Mitgliederversammlung an, bei der einige Personalentscheidungen zu treffen waren.

Unsere Vorsitzende Monika Centmayer sowie ihr Stellvertreter Joachim Kaiser stellten aus gesundheitlichen Gründen ihr Amt zur Verfügung. Als neuer Vorsitzender wurde Rainer Merz und als Stellvertreter Selda Kara gewählt. Da der Vorstandsposten von Selda nun freigeworden war, wurde noch ein Vorstandsmitglied gewählt und zwar Johannes Schmid.

Da Rainer Merz als Kassenprüfer ausgeschieden war, wurden noch ein Kassenprüfer und ein Stellvertreter gewählt. Neue Kassenprüferin ist Karin Gutjahr und neuer stellvertreter ist Wolfgang Klee.

Abschließend waren sich alle Teilnehmer einig, dass dieses Seminar sehr lehrreich und wieder einmal hervorragend organisiert war. Wir freuen uns bereits auf das Seminar vom 01.06. bis 05.06.06. in Biedenkopf mit dem 5-jährigen Vereinsjubiläum.

Virushepatitis – Ansteckung und Verlauf von Hepatitis-Infektionen bei chronisch Nierenkranken

Rainer Merz

war das Thema von **Frau Dr. Ulrike Kullig** aus dem **Städtischen Klinikum Dresden-Friedrichstadt**.

Ein Leberschaden kann verursacht werden bei der Hepatitis C durch den Virus selbst sowie bei der Hepatitis B und bei der Hepatitis C durch die Reaktion des Immunsystems auf den Virus.

Bei dem Hepatitis B Virus handelt es sich um einen DNS-Virus mit Hülle. Dieses bereits 1964 entdeckte Virus ist unverändert immer gleich. Sein Vorkommen liegt in Deutschland bei 0,6 %. Dabei sind zu 42 % ausländische Mitbürger betroffen. Vor allem in Vietnam und der ehemaligen Sowjetunion ist das Hepatitisvorkommen sehr hoch.

Das Hepatitis C Virus ist ein RNS-Virus. Dieses Virus wurde 1989 entdeckt. Es mutiert immer wieder, verändert also sein Aussehen und entzieht sich daher der Bekämpfung durch das eigene Immunsystem. Sein Vorkommen in Deutschland liegt bei etwa 0,63 %.

Für beide Infektionen gilt, dort wo gemessen wird, sinkt die Anzahl der infizierten Patienten. Die Ursache ist einerseits die Abnahme der Neuinfektionen durch mehr Hygiene, mehr Informationen und Schutzimpfungen (nur B). Zum anderen ist die Sterberate bei bereits infizierten Patienten mit 12,2 % sehr hoch.

Bei Dialysepatienten ist vor allem der Anteil Hepatitis C-infizierter Patienten sehr hoch, da vor der Erfindung von Erythropoetin regelmäßig Blutübertragungen stattgefunden haben, die aufgrund mangelnder Testmöglichkeiten immer wieder verseucht waren. Zum anderen gibt es bis heute keine Schutzimpfung gegen Hepatitis C.

Außer durch Blut und Blutprodukte kann die Hepatitis C durch Drogen (70 %), perinatal (tritt bei der Geburt auf), intrafamiliär (durch Hygienemangel), sexuell (nur bei ständigem Partnerwechsel) und durch Nadelstichverletzungen übertragen werden.

Das Hepatitis B-Virus kann sexuell, durch kontaminierte Injektionen und perinatal übertragen werden.

Beide Virusarten sind bei infizierten Personen auch in Körpersekreten und -exkrementen nachweisbar, können aber nicht durch diese (Stuhlgang, Urin, Tränen, Schweiß) übertragen werden.

Für Dialysepatienten ist vor allem die Ansteckungsgefahr mit dem Hepatitis B-Virus sehr groß, da dieses Virus sehr stabil ist und bei Raumtemperatur bis zu 7 Tage auf Ober-

flächen, z. B. Klemmen, Türklinken, Dialysemaschinen, überleben kann.

Daher ist die Hepatitis B-Schutzimpfung für Dialysepatienten sehr wichtig, ebenso die Einhaltung von Hygienevorschriften in den Dialysezentren.

Eine Hepatitis B kann 1 bis 6 Monate nach Infektion ausbrechen, eine Hepatitis C 14 Tage bis 5 Monate nach Infektion.

Die Symptome einer frischen Infektion sind:

ein allgemeines Krankheitsgefühl
Gelbfärbung
dunkler Urin
Gelenksbeschwerden
Übelkeit
Müdigkeit

Allerdings sind 90 % der Hepatitis C-Infektionen und 65 % der Hepatitis B-Infektionen absolut symptomfrei.

In seltenen Fällen kommt es nach einer frischen Hepatitis B-Infektion zum akuten Totalausfall der Leber.

Ca. 90 bis 95 % der Hepatitis B-Infektionen heilen spontan von alleine wieder aus, indem das eigene Immunsystem den Virus bekämpft. Bei Dialysepatienten, die ein geschwächtes Immunsystem haben, ist die Zahl wesentlich geringer, 40 %?, genaue Daten gibt es allerdings nicht.

Bei der Hepatitis C-Infektion heilen spontan ca. 45 bis 50 % aus, mit Interferontherapie 100 %, allerdings lediglich bei frischen Infektionen.

Anders ist es beim chronischen Verlauf, das heißt beim Nachweis von Viruspartikeln über einen Zeitraum von mehr als 6 Monaten.

Bei der Hepatitis B gibt es dann drei Verlaufsmöglichkeiten:

70 % der Hepatitis B-infizierten Personen sind „gesunde Virusträger“, das heißt keine erhöhten Leberwerte (Transaminasen)
nur gering verändertes Lebergewebe
Viruskonzentration im Blut unter 100.000 Kopien/ml oder negativ
eine Reaktivierung der Entzündung ist bei 20 % der Patienten möglich
das Risiko für Leberkrebs ist leicht

erhöht
spontaner Verlust von HBS AG bei ca. 2 % im Jahr

Chronische mäßige Entzündung
Chronische aggressive Entzündung mit schneller Entwicklung einer Leberzirrhose

Das Sterberisiko für Hepatitis B-infizierte Patienten ist wahrscheinlich nicht höher als bei nicht infizierten Patienten. Es gibt allerdings nicht viele verlässliche Daten, da Dialysepatienten oft an anderen Erkrankungen sterben.

Der chronische Verlauf bei Hepatitis C-infizierten Patienten sieht wie folgt aus:

1/3 haben ihr Leben lang keine wesentlichen Veränderungen der Leber
1/3 haben mittlere Veränderungen
1/3 haben schwere Veränderungen der Leber mit Leberzirrhose nach ca. 10 bis 20 Jahren.

Das Leberkrebsrisiko bei Leberzirrhose beträgt 3 bis 5 % pro Jahr.

Starker Alkoholkonsum, der Zeitpunkt der Infektion (vor dem 40. Lebensjahr) sowie das männliche Geschlecht beeinflussen die Verschlechterung der Leberfibrose negativ. Vor allem die in der Kindheit erworbene Hepatitis wird zu 95 % chronisch.

Bei Dialysepatienten verlaufen sowohl die Hepatitis B wie auch die Hepatitis C in der Regel eher ruhig. Die Viruslast ist meistens gering. Als Ursache hierfür werden vermutet eine geringere Schädigung durch das eigene Abwehrsystem, da das Abwehrsystem von Dialysepatienten geschwächt ist; Verringerung der Hepatitis C-Viren durch die Dialyse selbst
Verbesserung der körpereigenen Waffen (Interferonerhöhung) durch Dialyse

Wenn sich allerdings eine Zirrhose entwickelt, ist der weitere Verlauf bei Dialysepatienten schlechter als bei nierengesunden Hepatitispatienten.

Diagnostiziert werden beide Hepatitis-Infektionen durch Laboruntersuchungen. Bei der Hepatitis B kann man das Oberflächenantigen vom Virus, die Erbsubstanz, das

Hüllprotein oder vom Immunsystem gebildete Antikörper feststellen. Beim Hepatitis C-Virus kann man den Virus selbst oder Antikörper feststellen.

Es gibt bei beiden Hepatitis-Infektionen verschiedene Untergruppen, sogenannte Genotypen. Beim Hepatitis B-Virus gibt es 8 verschiedene Genotypen, die jedoch in der Regel nicht bestimmt werden, da sie für Verlauf und Behandlung nicht relevant sind. Anders ist es beim Hepatitis C-Virus. Hier gibt es 6 verschiedene Genotypen, die sich im Verlauf und Behandlungserfolg unterscheiden. Auch das weltweite Vorkommen der einzelnen Genotypen ist nicht gleich. In Europa und den USA kommt am häufigsten (60 %) der Genotyp 1 vor, Genotyp 2 und 3 werden sehr häufig durch Drogenkonsum (verunreinigte Spritzen) übertragen, die Genotypen 4 bis 6 kommen in Europa nur selten vor.

Wichtig bei Hepatitis-Infektionen ist auch die Beobachtung der Leberwerte = Transaminasen = Enzyme aus der Leberzelle, die bei Zerstörung der Leberzelle in den Blutkreislauf gelangen. Folglich müssten bei einer Zerstörung der Leber = Leberzirrhose, die Transaminasen (ALAT/GPTG und ASAT/GOT) erhöht sein. Dies ist aber erstaunlicherweise nicht immer so.

Die Diagnose einer Leberzirrhose kann durchgeführt werden

per Ultraschall durch

vergrößerte Lymphknoten im Bereich der Leber
die Vernarbung bei einer fortgeschrittenen Zirrhose
Vergrößerung der Milz
Bauchwasser (Aszitis)

per MRT

zur genauen Beurteilung von Rundherden in der Leber

durch Leberpunktion/Biopsie

der histologische (mikroskopische) Befund zeigt den genauen Zustand des Lebergewebes an

Die Nachteile der Leberpunktion sind die möglichen Komplikationen. In äußerst seltenen Fällen (0,01 %) kann die Punktion den Tod des Patienten verursachen. Manchmal kommt es zu Schmerzen an der

Punktionsstelle oder der rechten Schulter. Es können auch Blutungen auftreten, die Verletzung der Galle, der eigenen Niere, der Lunge oder eine Bauchfellentzündung sind möglich.

Auch eine Leberpunktion gibt nicht unbedingt eine 100 % sichere Diagnose, wichtig ist genügend Lebergewebe (mindestens 25 mm großer Zylinder). Bei 33 % der Patienten mit Leberzirrhose gibt es unterschiedliche Befunde zwischen dem rechten und dem linken Leberlappen. Dennoch ist die Leberpunktion die sicherste Diagnosemöglichkeit für die Feststellung der Veränderungen in der Leber.

Durch immunsuppressive Medikamente (nach Nierentransplantation) wird bei beiden Hepatitis-Arten sehr oft die Virusbildung aktiviert, was in der Folge zu Leberversagen führen kann. Daher ist eine Therapie vor Transplantation empfehlenswert.

CMV-Infektion: Ansteckung – Merkmale – Diagnose – Therapie“

Monika Centmayer

Referentin: OÄ Dr. med. C. Palm, Transplantationszentrum am Universitätsklinikum Carl-Gustav Carus, Dresden

Im Rahmen unseres Seminars zum Thema „Infektionen und Impfungen“ in Dresden hörten wir von Fr. Dr. Palm einen interessanten Vortrag zum Thema „CMV-Infektion“ nach

CMV-Status		Risiko einer Infektion	Risiko einer Erkrankung	
Spender	Empfänger		mit Prophylaxe	ohne Prophylaxe
positiv	negativ	56 – 80 %	8 %	25,2 %
positiv	positiv	27 – 39 %		
negativ	positiv	0 – 27 %		
negativ	negativ	< 5 %		

Trans- plantation. Fr. Dr. Palm be- treut auf der nephrologischen Station am Universitätsklinikum Dresden unter anderem Patienten nach Nierentransplantation und ist deshalb praxisbezogen mit dieser vor allem nach Transplantation vorkommenden Komplikation vertraut.

CMV ist die Abkürzung für Cytomegalievirus und die häufigste vorkommende Infektions- krankheit nach Nierentransplantation. Ca. 2/3 der Bevölkerung trägt das Virus in sich und hat diese Infektion bereits durchgemacht, meist jedoch unerkant mit allgemeinen Symptomen einer Erkältungskrankheit wie leichtes Fieber, Schwäche oder Kopfschmerzen. Ein gesundes Immunsystem entwickelt Antikörper dagegen und verhindert so eine erneute Erkrankung.

Das Virus ruht fortan in ver- schiedenen Körperzellen, eine Re- aktivierung kann hauptsächlich erfolgen, wenn unser Immunsystem unterdrückt wird (wie z.B. durch hohe Immunsuppression nach Trans- plantation).

Eine abgelaufene Infektion ist durch eine Blutuntersuchung mit dem Er- gebnis „positiv“ (ab 14 Tage nach der Infektion) nachweisbar: Serologie: CMV-IgG = CMV-Immunglobulin G = positiv!).

Man unterscheidet zwischen den Be- griffen einer „CMV-Infektion“ und „CMV-Erkrankung“. Der Unterschied besteht darin, dass eine *Infektion* meist nur durch Laborbefunde nach- weisbar ist, wird die Virenlast jedoch höher, spricht man von einer *Viruser- krankung*, dessen Symptome ins- besondere unter hoher Immun- suppression nach Transplantation schwer- wiegend sein können.

Bei einer Transplantation kann eine Infektion je nach Risikokonstellation von Spender (med. = donor) und Empfänger (med. = recipient)

erfolgen: Eine Hochrisikokonstellation für eine Infektion stellt somit mit 56 – 80 % eine Transplantation von positivem Spender auf negativen Empfänger dar, aber auch bei einer Trans- plantation von positivem Spender zu positivem Empfänger kann durch unterschiedliche Virusstämme eine

Reaktivierung und damit eine Neuinfektion erfolgen.

Weitere Faktoren für eine CMV-Erkrankung nach Transplantation ist das Ausmaß der Immunsuppression (Double / Triple Immunsuppression, d.h. Therapie mit zwei oder drei verschiedenen Immunsuppressiva; OKT3 / ATG-Gabe bei sehr hohem Abstoßungsrisiko).

Die Symptome einer CMV-Erkrankung können mehr oder weniger schwerwiegend und sehr unterschiedlich sein: Manchmal ist eine Infektion bzw. Erkrankung nur durch Laborbefunde nachweisbar, oft beobachtet man jedoch Symptome wie Fieber, Schwäche, Husten, Kopfschmerzen oder Blutbildveränderungen. Aber auch ernstere Symptome wie gastro-intestinale Beschwerden, Lungen- und Darmentzündungen bis hin zur Transplantat-abstoßung sind möglich.

Die Diagnose einer CMV-Infektion bzw. -erkrankung ist nur durch eine Blutuntersuchung sicher nachweisbar. Folgende Laborwerte sind bestimmbar:

Vor Transplantation zur Ermittlung des CMV-Status (bereits abgelaufene Infektion in der Vergangenheit?): CMV-IgG (Ergebnis: negativ / positiv; ab 14. Tag nach Infektion positiv) Nach Transplantation: CMV-DNA (Erbmaterial, 3 – 7 Tage vor einer CMV-Erkrankung positiv) pp65-Antigen (=Eiweißbaustein d. Virus, mit Beginn d. Erkrankung positiv, Ergebnis: gezählte Kerne, z.B. 200).

Des Weiteren lässt sich das Cytomegalievirus bei einer Gewebepsi (z.B. TPL-Niere) nachweisen.

Durch Fortschritte in der Diagnostik (adäquate und rechtzeitige Bestimmung vom CMV-PCR und pp65-Antigen) ist eine CMV-Erkrankung oft zu verhindern bzw. gut therapierbar.

Bei einer Hochrisikokonstellation (pos. Spender → neg. Empfänger) erhält der Transplantierte auf jeden Fall eine 3-monatige Prophylaxe in Form des Medikaments Cymeven (Wirkstoff Ganciclovir) bzw. des moderneren Medikaments Valcyte (Wirkstoff: Valganciclovir). Bei anderen Konstellationen wird über

eine vorsorgliche Prophylaxe fallbezogen je nach weiteren Risikofaktoren (z.B. sehr hohe Immunsuppression) entschieden. Dagegen muss sowohl eine CMV-Infektion als auch – erkrankung auf jeden Fall behandelt werden.

Bei einer schweren manifesten (erkennbaren) Erkrankung ist eine 14-tägige antivirale Infusionstherapie mit Ganciclovir (meist stationär) oder durch orale Einnahme von Valcyte unabdingbar. Valcyte hat gegenüber dem herkömmlichen Medikament Cymeven den Vorteil, dass eine geringere Dosis eingenommen werden muss. Die Dosis richtet sich unter anderem auch nach der Transplantatfunktion. Beide Medikamente sind lt. Fr. Dr. Palm im allgemeinen gut verträglich.

Des Weiteren muss bei einer CMV-Erkrankung die Immunsuppression reduziert werden. Insbesondere CellCept begünstigt den Ausbruch einer CMV-Erkrankung, deshalb sollte dieses Medikament dann nach Möglichkeit (zumindest vorübergehend) abgesetzt werden.

Sollte sich in einigen seltenen Fällen die Viruslast des Patienten auf die obengenannte Therapie nicht reduzieren (=CMV-Pneumonie), stehen als letzte Möglichkeit noch CMV-Hyper-Immunglobuline als Infusionstherapie zur Verfügung.

Eine abgelaufene CMV-Erkrankung hat auf das 5-Jahrestransplantatüberleben nur geringe Auswirkungen: Die 5-Jahrestransplantatüberlebensrate bei Patienten mit einer abgelaufenen CMV-Erkrankung beträgt ca. 82 %, Patienten ohne CMV-Erkrankung nach TPL weisen eine Rate von ca. 90 % auf.

Ein Diskussionspunkt entstand am Ende des Vortrags bei der Frage eines Seminarteilnehmers, ob der Patient auf Nachfrage vor der Transplantation Auskunft über den CMV-Status des Spenders erhält bzw. im Vorfeld auf der Warteliste vermerken lassen kann, dass er eine solche Niere nicht transplantiert bekommen möchte. Fr. Dr. Palm verneinte dies mit der Begründung, dass erstens der „Durchseuchungsgrad“ in der Bevölkerung sehr hoch ist und sich

dadurch die Chance insbesondere negativer Empfänger deutlich verschlechtert, und zweitens eine CMV-Infektion gut behandelbar ist.

Passivrauchen eine unsichtbare Gefahr!

Christine Wörner

Passivrauchen bezeichnet die Inhalation von Tabakrauch in der Raumluft. Tabakrauch ist die häufigste und massivste Beeinträchtigung der Luftqualität in Innenräumen. Tabakraucher gefährden nicht nur sich selbst, auch anwesende nichtrauchende Personen können schwere gesundheitliche Schäden davontragen.

An der Folge des Passivrauchens versterben jährlich etwa 3300 Nichtraucher an den gesundheitlichen Folgen. Die häufigste Todesursache mit 2140 Todesfällen jährlich, ist eine koronare Herzerkrankung wie z.B. Atherosklerose (Verengung der Herzkranien), Herzinfarkt und vieles mehr.

Vor allem Herzpatienten und auch Patienten mit Krebserkrankungen ist zu empfehlen, sich möglichst nicht in Räumen wo viel geraucht wird aufzuhalten. Ehepartner, Partnerinnen und Freunde sollten Verständnis zeigen und in Gegenwart betroffener Patienten nicht rauchen.

Diese Aufforderung wird leider selten befolgt, zu oft kommt die Ignoranz und die Eigenwilligkeit der Raucher zu Tage und sie rauchen auch in Gegenwart der Kranken Partnerinnen und Freunde, dabei wäre ein Ausweichen mal nachmal so einfach! Wie schädlich das Passivrauchen sein kann, erklärt der Text Aspekte des Passivrauchens.

Aspekte des Passivrauchens Allgemeine Einteilung

Tabakrauch wurde von der International Agency for Research on Cancer (IARC) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Karzinogen der Gruppe 1 eingestuft. In diese Gruppe werden Stoffe eingestuft, die schon kleinste Mengen krebs-erregend sind. Es werden dabei keine

Grenzwerte festgelegt, es gibt also keine „unbedenkliche Menge“, der man sich oder Dritte aussetzen kann.

Passivrauch gilt als das schädlichste Wohngift. Er besteht aus dem exhalieren *Hauptstromrauch* und dem schwelenden *Nebenstromrauch*. 20 Prozent des Tabakrauchs atmet ein Raucher in Form des Hauptstromrauchs ein und aus. Zu 80 Prozent besteht der Tabakrauch aus dem sogenannten Nebenstromrauch, der sich zwischen den Zügen entwickelt. Dieser wird vom glimmenden Ende einer Zigarette (Glutkegel) abgegeben.

Hauptstromrauch entsteht bei 950° Celsius und Nebenstromrauch bei 500°C. Deshalb setzt Nebenstromrauch mehr giftige und krebs-erregende Stoffe frei. Die Art der Verbrennung des Tabaks bestimmt somit direkt die Gefährdung durch Passivrauch. Je weniger stark und häufig ein Raucher an einer Zigarette zieht, desto mehr Schadstoffe werden freigesetzt, weil der Tabak nur unvollständig verbrennt. Die Schadstoffentwicklung ähnelt dem eines Feuers, welches periodisch aufflammt und dann wieder schwelt und starken Rauch entwickelt. Bei Verbrennung an der Zigarettenspitze gleichen sich Hauptstromrauch und Nebenstromrauch in Menge und Schadstoffkonzentration. Während des Glimmens verändert sich die Zusammensetzung enorm: So sind die Nitrosamine im Nebenstromrauch vierhundertfach höher konzentriert als im Hauptstromrauch. Dies unterscheidet Tabakrauch von vielen anderen Emissionen.

Der von glimmenden Zigaretten in die Raumluft freigesetzte Nebenstromrauch wird passiv von den anwesenden Menschen über die Atmung aufgenommen. Dies geschieht ebenso beim Einatmen von Pfeifen- und Zigarrenrauch.

Chemische Zusammensetzung

Tabakrauch setzt sich zusammen aus einem Gemisch aus gasförmigen Substanzen und Partikeln. Laut Auskunft der Weltgesundheitsorganisation WHO fanden sich im Tabakrauch bislang ungefähr 4000 Chemikalien, von denen 40 als krebs-erregend eingestuft werden.

Passivrauch enthält giftige und krebs-

erregende Substanzen. Die toxischen Stoffe sind die Reizgase Blausäure und Ammoniak, das Nervengift Nikotin, sowie das Atemgift Kohlenmonoxid. Karzinogen wirken Schadstoffe wie Polyzyklische aromatische Kohlenwasserstoffe, N-Nitrosamine, aromatische Amine, das schon bei Hautkontakt wirkende Benzol, Vinylchlorid, Arsen, Cadmium, Chrom, Trockenkondensat (Teer) und das radioaktive Isotop Polonium 210. Des Weiteren finden sich auch die das Erbgut schädigenden Dioxine, das schleimhautreizende Formaldehyd, das Allergen Nickel und freie Radikale, welche den Alterungsprozeß beschleunigen.

Besondere Bedeutung kommt dem aus den Reizpartikeln gebildeten, scharfen Feinstaub zu, welcher tief in die Lungen eindringt und dabei radioaktive Gase sowie Schwermetalle mittransportiert. Der Durchmesser der Partikel im Hauptstromrauch liegt etwa bei 0,4 µm, der Nebenstromrauch besteht aus feineren Partikeln von etwa 0,20 µm. Die Partikel erreichen also nicht nur den Bronchialbaum, sondern auch die Lungenbläschen. Es kommt zu einer Entzündung des Lungenepithels. Laut David Groneberg von der Berliner Charité führt Feinstaub bei heranwachsenden Kindern zu einer zu kleinen Lungen.

Ausbreitung in Räumlichkeiten

Bei Luftzug breitet sich der Passivrauch in Räumlichkeiten entsprechend den Strömungsverhältnissen richtungsbezogen aus. Ohne Luftzug kommt es zur gleichmäßigen Ausbreitung gemäß den Diffusionsgesetzen bzw. der Brownschen Molekularbewegung. Die einzelnen Partikel verhalten sich wie ein gasähnliches Aerosol. Das Diffusionsgefälle der Tabakrauchquelle im Raum selbst ist dabei entscheidend.

Parameter der Ausbreitung sind

- Größe und Geometrie des Raumes
- Raumtemperatur samt Temperaturgradient
- Luftwechsel
- relative Luftfeuchte
- die Durchmischung (Luftaustausch)

- Luftströmung in Höhe des Kopfes
- Desorption und Sorption der Oberflächen
- evtl vorhandene Luftreinigungsanlagen

Nachweis

Als Expositionsmarker für Passivrauch kommt Cotinin zum Einsatz. Cotinin ist ein Abbauprodukt des Nikotins und findet sich auch beim Passivraucher in Blut und Harn. Es hat eine Halbwertszeit von 16 bis 22 Stunden.

Problematisch aus epidemiologischer Sicht ist die Klärung direkter Zusammenhänge zwischen Wirkung und Ursache. So zeitigt ein Bronchialkarzinom, je nach Exposition des Erkrankten, Latenzzeiten von bis zu zehn Jahren. Demnach ist der Nachweis eines einzelnen Verursachers, wie der Belastung durch Passivrauch, am Einzelfällen sehr schwer zu führen. Vielmehr bedarf es statistischer Untersuchungen mit großen Zahlen von Probanden.

Einige Studien haben bisher einzelne Parameter des Tabakrauchs bestimmt, sie beschäftigten sich vornehmlich mit den üblichen flüchtigen organischen Verbindungen, dem Nikotin und anderen tabaktypischen Substanzen wie den Aldehyden.

Typische Cotinin-Werte

- beim Raucher 1000-2500 ng/ml
- Nichtraucher
 - keinem Passivrauch ausgesetzt: 1,7 ng/ml
 - Passivrauch ausgesetzt: 2,6 ng/ml
 - Restaurantpersonal: bis 5,6 ng/ml
 - Diskothekenpersonal: bis 24 ng/ml
 - Personal in Bars: bis 45 ng/ml

Gesundheitliche Gefährdungen

Passivrauch ist das häufigste Human-kanzerogen am Arbeitsplatz und zeigt

adverse Effekte auf die Gesundheit.

Der Schadstoff Passivrauch reizt akut die Atemwege (Asthmaanfälle, Bronchitis, Entzündungen der tiefen Luftwege). Passivrauch kann schon bei kurzer Belastung zu Kurzatmigkeit bei körperlicher Belastung, erhöhter Infektanfälligkeit, Kopfschmerzen und Schwindel führen. Passivrauch kann beitragen zu Herzkrankheiten, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Lungenerkrankungen und chronischen Atemwegserkrankungen. Verschiedene Substanzen im Tabakrauch lassen das Blut zusammenklumpen und verstopfen die Herzkranzgefäße und Hirngefäße.

Experimente mit Ratten wiesen die mutagene (genverändernde) Wirkung des Passivrauchens nach. Die Ratten wurden über einen Zeitraum von mehreren Tagen dem Nebenstromrauch (Rauchmaschine 2–4 Filterzigaretten) ausgesetzt. Es fanden sich in der Forschung keine Grenzwerte für krebserregende Substanzen in Tabakrauch, unterhalb derer keine Gesundheitsgefährdung zu erwarten sei. Deshalb bergen schon kleinste Belastungen das Risiko der Entstehung von Tumoren wie das Bronchialkarzinom. Der Lungenkrebs wird begünstigt, da die Lunge eines Kettenrauchers der neunfachen der gewöhnlichen jährlichen radioaktiven Dosis ausgesetzt ist. In der Mehrzahl der epidemiologischen Studien wird ein erhöhtes relatives Lungenkrebsrisiko nach Passivrauchen zu Hause oder am Arbeitsplatz festgestellt. Von besonderer Bedeutung ist dabei, dass die relativen Risiken in den Gruppen mit höchster Exposition am größten sind und eine Expositions-Wirkungs-Beziehung besteht.

Besonders gefährdet sind ungeborene Kinder, Säuglinge und Kleinkinder, sowie gesundheitlich angeschlagene oder anfällige Menschen und chronisch Kranke (z.B. Asthmatiker u.a.). Der Aufenthalt von drei bis vier Stunden in einem von Zigarettenrauch gefüllten geschlossenen Raum entspricht für einen Nichtraucher einem „aktiven“ Rauchen von vier bis neun Zigaretten.

Parameter

Das Risiko für koronare Herzkrankheiten im beruflichen Bereich wächst für Nichtraucher drastisch mit den beteiligten Faktoren Anzahl gerauchter

Zigaretten, Anzahl der Raucher, und die Dauer der Exposition. (A.J. Wells, 1998). Eine finnische Studie von Heloma und Jaakola 1994 bis 1998 ermittelte, dass in Industrie und Büro das Passivrauchen stark abnahm, während es im Bereich der Dienstleistungen zunahm.

Allgemeine Schädigungen

Eine Studie in Puerto Rico ergab, dass Passivrauchen mit einem niedrigen Vitamin-C-Spiegel im Blut einhergeht. Ein Mangel an Vitamin C kann sich bei Kindern besonders schädlich auswirken, da ihr Körper noch im Wachstum begriffen ist. Di Franza et Lew wiesen 1996 im Pediatrics darauf hin, dass das Risiko für respiratorische Erkrankungen (Mittelohrentzündung, Pneumonie, Asthma bronchiale) bei Kindern von Rauchern bei 1,5 Prozent liegt.

Das Risiko, einen Schlaganfall zu erleiden erhöht sich durch Passivrauchen, beispielsweise für Nichtraucher, die einer regelmäßiger Passivrauchbelastung im eigenen Haushalt ausgesetzt sind um 18 Prozent. (Passivrauchen – ein unterschätztes Gesundheitsrisiko, Deutsches Krebsforschungszentrum, Heidelberg)

Ungeborene und Heranwachsende

Rauchen während der Schwangerschaft verdoppelt das Risiko vom plötzlichen Kindstod sowie das Frühgeburtsrisiko. Eine höhere Anzahl an Nikotinrezeptoren im Gehirn macht schon beim ungeborenen Kind eine spätere Abhängigkeit wahrscheinlich. (DKFZ, 2003)

Belastung von heranwachsenden Kindern mit Passivrauch geht einher mit einer verzögerten geistigen und körperlichen Entwicklung. (ETH Zürich)

M o r t a l i t ä t s s t u d i e n (Sterblichkeitsstudien) Deutschland

Laut Mikrozensus 2003 rauchen in Deutschland rund 31 Mio. Bürger ab 15 Jahren. Die meisten Raucher finden sich in den Altersklassen zwischen 20 und 50 Lebensjahren. Die Raucherquote unter Jugendlichen stieg von 1993 bis 2000 bei Mädchen um 75 % und bei Jungen um 63 %.

Ende 2005 stellte das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) zum

zweiten Male die Ergebnisse einer Studie zum Passivrauchen vor; eine frühere Studie, in der das DKFZ die Tödlichkeit des Passivrauchens nachweisen konnte, die aber nur die an Lungenkrebs gestorbenen erfasste, war bereits vorher veröffentlicht worden und befindet sich im Internet abrufbar auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziales <http://www.bmgs.de>). Die zweite, aktuellere Studie erfasst auch andere Krankheiten (koronare Herzkrankheiten, Schlaganfälle etc.) und wurde von Epidemiologen der Universitäten Münster und Heidelberg erstellt. Herausgeberin der Studie war Martina Pötschke-Langer vom DKFZ.

Laut Studie gliedern sich die betroffenen Nichtraucher in folgende Gruppen auf: 35 Millionen Erwachsene, die am Arbeitsplatz (8,5 Millionen) oder in ihrer Freizeit den Schadstoffen von Tabakrauch ausgesetzt. Etwa acht Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben in einem Haushalt mit mindestens einem Raucher. 170.000 Säuglinge werden bereits als Föten im Mutterleib mit Passivrauch kontaminiert.

In Folge versterben jährlich etwa 3300 Nichtraucher an den gesundheitlichen Folgen des passiven Rauchens. Dies übertrifft die Summe der Todesfälle durch Asbest und illegale Drogen. Die Todesursachen teilen sich im Wesentlichen auf in:

- 2140 Tote an einer koronaren Herzkrankheit
- 770 an Schlaganfall
- 260 an Lungenkrebs
- 60 an Nikotin-Vergiftung

Letzteres erleiden darüber hinaus Neugeborene, die in ihrem häuslichen Umfeld dauerhaft Tabakrauch ausgesetzt sind oder deren Mutter während der Schwangerschaft rauchte.

Die Studie des DKFZ wird von Politikern und der Tabakindustrie nahe stehenden Wissenschaftlern wegen angeblich verfehlter Methodik und Zahleninterpretation kritisiert. Zudem verfolgten die Verfasser der Studie nicht den Passivraucherschutz, sondern die Verringerung des

Tabakkonsums.

Resultat

Zentrale Aussage der Studie ist, dass Tabakrauch in Innenräumen nicht nur eine erhebliche Belästigung ist, sondern eine Gesundheitsgefährdung mit Todesfolge. Passivrauch erhöht nachweislich das Krebsrisiko und schädigt insbesondere Kinder und Jugendliche. Deshalb fordert das DKFZ ein Bundesgesetz für einen umfassenden Nichtraucherchutz in öffentlichen Räumen und ein Rauchverbot in der Gastronomie.

USA

Die American Lung Association spricht für das Jahr 2004 für die USA von 3.000 Lungenkrebstoten und rund 35.000 tödlichen verlaufenen Herzerkrankungen, die auf Passivrauchen zurückführbar seien.

Prävention

Der Schutz vor dem Passivrauchen gilt als die effizienteste (kostengünstigste) und effektivste (wirksamste) Einzelmaßnahme in der Tabakprävention: Sie schützt den Bevölkerungsteil, der keine Tabakwaren konsumiert, senkt erwiegendermaßen die Einstiegsquote bei Kindern und Jugendlichen, motiviert Ausstiegswillige Tabakkonsumenten und lässt sich zu geringsten Kosten umsetzen.

Weiteres

Der Aufenthalt von 3-4 Stunden Dauer in einem von Zigarettenrauch gefüllten geschlossenen Raum (wie z. B. in Discotheken oder Kneipen) entspricht dem "aktiven" Rauchen von 4-9 Zigaretten, was mit der Giftigkeit des Nebenstromrauchs im Gegensatz zum vom Raucher ein- und ausgeatmeten Hauptstromrauch zusammenhängt. Daher haben in den letzten Jahren immer mehr Staaten Rauchverbote für Restaurants und öffentliche Gebäude erlassen.

Kinder, die in einem Haushalt aufwachsen, in dem ein oder beide Elternteile rauchen, sind als Kind statistisch gesehen häufiger krank und haben ein höheres Krebsrisiko. Auch intensives Lüften oder die Einrichtung eines Raucherzimmers können an diesem Problem nichts ändern, da Schadstoffe auch dann noch lange in der Raumluft verbleiben können. Untersuchungen zeigen zudem, dass Kinder rauchender Eltern später häufiger selbst rauchen als Kinder, deren Eltern Nichtraucher

sind.

Zitate

- "Eine Stunde pro Tag im gleichen Zimmer mit einem Raucher löst mit einer 100-fach größeren Wahrscheinlichkeit Lungenkrebs bei einem Nichtraucher aus als 20 Jahre in einem Gebäude, in welchem Asbest in die Wände eingebaut wurde." (Sir Richard Doll, Universitätsprofessor in Oxford und Verfasser epidemiologischer Tabakstudien)
- „Die Zigarette ist das einzige Industrieprodukt, das bei bestimmungsmäßigem Gebrauch zum Tode führt." (Patrick Reynolds, Enkel des Gründers von Amerikas zweitgrößtem Tabakkonzern)

Wissenschaftliche Evidenz Deutschland

Die o.g. Veröffentlichung des DKFZ ist nicht die einzige Studie zum Thema Passivrauchen aus Deutschland. In einer früheren Studie, die vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziales bestätigt wurde, wurden ebenso tägliche Todesfälle durch Passivrauchen nachgewiesen. Hier wurde allerdings nur die Zahl der durch Passivrauch an Lungenkrebs erkrankten und dadurch getöteten Nichtraucher erfasst (ca. 400 pro Jahr in Deutschland), allerdings ist dies nur die bisher nachgewiesene Zahl. Die Dunkelziffer der durch Lungenkrebs erkrankten Nichtraucher ist nach Einschätzung anderer hochrangiger deutscher Forschungseinrichtungen wie dem Robert-Koch-Institut wesentlich höher. Hinzu kommt, dass die Mehrheit der Passivrauchopfer nicht an Lungenkrebs verstirbt, wie gemeinhin angenommen, sondern an koronaren Herzkrankheiten. Diese wurden in der neuen Studie durch genaue epidemiologische Berechnungen berücksichtigt; doch auch die Zahl der jährlich 3300 an Passivrauch getöteten Nichtraucher ist vermutlich weit unterschätzt. Da Deutsche Forschungseinrichtungen erst seit kurzer Zeit frei und unabhängig von der Tabakindustrie arbeiten können, ist in Zukunft von noch höheren Zahlen auszugehen.

Die Europäische Union, deren Gesetzgebung im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland weniger von einer Tabaklobby beeinflusst wird, schätzt die Anzahl der in Europa durch giftigen Passivrauch getöteten Nichtraucher auf mindestens 130

Meine Transplantation Von Stephanie Schrenker

Todesopfer pro Tag!

Infos www.Wikipedia.de

Am 30.06.05 war für mich ein stressiger Abend. Nach der Schule bin ich auf die Straßenbahn und danach auf meine S-Bahn nach Bietigheim gerannt, die ich gerade mal noch so bekommen habe.

Ich bin reingesprungen, da gingen auch schon die Türen zu und ich dachte so bei mir: "Wow, gerade noch mal gut gegangen!"

Da klingelte mein Handy und ich dachte, es wäre eine Freundin, die noch etwas mit mir trinken gehen wollte, doch es war Max mein Mann.

Er war ganz aufgewühlt und fragte wo bist du, bist du noch in Stuttgart und ich gab ihm zu Antwort: "Nein, ich sitze in der S-Bahn irgendwo zwischen Hauptbahnhof und Nordbahnhof!"

Er meinte nur zu mir: "Steig aus, du musst zurück, du musst ins Katharinenhospital, die haben eine Niere für dich".

Die warten auf dich, habe ich glaube ich schon gar nicht mehr registriert. In diesem Moment kam ich mir vor wie vor meiner ersten Rollen in einem großen Film, ich war so aufgeregt und Stolz zugleich, Stolz auf mich selbst, dass ich es geschafft hatte so lange zu warten. In diesem Film tat alles das schön brav, was man von mir verlangte.

Als ich am Nordbahnhof ausgestiegen bin, habe ich erst einmal ein paar Leute angerufen, die mir sehr wichtig waren und ich dachte, dass sie das Recht auf diese Nachricht hatten, während ich auf die S-Bahn zum Hauptbahnhof wartete.

Als die S-Bahn kam, stieg ich ein, ohne großartig nachzudenken, ja ich hatte das Gefühl, mein Denken war momentan ganz blockiert oder sogar abgeschaltet.

Am Hauptbahnhof beschloss ich, dass kleine Stück noch zu Fuß zu gehen. Am KH angekommen sah ich, dass der Haupteingang schon geschlossen war, was um kurz vor zehn ja auch kein Wunder war. Ich klingelte und die schickten mich zur Jägerpforte und ich lief los, ohne auf weitere Erklärungen der Dame zu hören. Ich wusste nur so viel, es musste die nächste Straße links rein sein, dort war auch das Transplantationsbüro! Nach einmal Nachfragen hatte ich die Jägerpforte schließlich gefunden und ich erklärte dem Pförtner genau, warum ich hier bin und wo ich hin soll und dann fragte ich ihn noch, ob er Raucher ist, doch er verneinte.

Jetzt war ich wieder auf mich alleine gestellt und mein Film ging weiter und ich wusste nicht, wie er enden würde! Ich wusste nur, dass ich jetzt eine wahnsinnige Lust auf eine Zigarette hatte und dabei genau wusste, dass es die Letzte seien, würde. Doch im Moment sah es damit echt schlecht aus. Ich lief weiter, bis ich den vom Pförtner markierten Eingang erreicht hatte. Ich klingelte und erklärte wieder meine Situation, was ich diesen Abend schon ein paar mal getan habe, bis ich endlich an dem Punkt angelangt war, an dem man mich erwartete, nämlich auf der Intensivstation (M 1)! Man bat mich, draußen noch ein wenig Platz zu nehmen, da noch nicht alle Vorbereitungen getroffen worden waren.

Als ich da so saß und wartete war mein Kopf fast wie leer, das Einzige woran ich denken musste waren die Erdbeerküchlein, die ich Morgen in die Schule bringen sollte, da wir die Vorbereitungen für die dies jährige Abschlussklasse zu machen hatten. Ich überlegte, wie ich die Küchlein trotzdem noch fertig bekommen könnte, ohne selber dabei anwesend sein zu müssen.

Auf einmal ging die Aufzugtür auf und Max kam raus. Er war aufgedreht, wie ich ihn sonst noch nie gesehen hatte und ich sagte: "Max, setz dich doch hin, gelaufen bist du doch genug"! Darauf erwiderte er nur: "Nein, nein, ich kann nicht ich muss stehen und ich muss laufen, jetzt und hier, lass mich doch stehen". Ich bettelte Max um eine einzige Zigarette an und sagte zugleich, dass dies doch eh

meine Letzte sein würde. Schließlich gab er mir die Zigarette und ich rannte damit nach unten, um die letzte Zigarette in aller Ruhe und ohne Stress zu genießen. Doch nach der Hälfte hatte ich mein Verlangen gestillt und ich drückt sie aus und ging wieder brav nach oben. Doch die ganze Zeit ging mir durch den Kopf, ob ich die TPL machen sollte oder doch lieber nicht? Noch kam mir das alles vor wie ein Spiel, wo man nicht wusste, wer gewinnen und wer verlieren würde.

Nach wenigen weiteren Minuten des warten's kam ein junger Pfleger aus der Glastür und begann mich über die OP aufzuklären und was alles dabei passieren kann. In diesem Moment unterbrach mein Film und ich begann zu überlegen! Will ich das überhaupt und ist es das Wert, habe ich mit Dialyse nicht gut gelebt??

Tausend Gedanken schossen mir jetzt durch den Kopf, zum Beispiel, dass mein Bauchfell immer schlechter wurde und ich merkte, dass ich mich jetzt zusammenreißen muss, wenn das alles glatt über die Bühne gehen sollte! Mit meinen Gedanken bin ich um Jahre zurückgegangen und dabei habe ich gemerkt, wie viel Glück ich im Leben gehabt hatte, also dachte ich bei mir: "Warum soll dann ausgerechnet heute etwas passieren"! Also nahm ich diesen Wisch und unterschrieb ihn, wobei ich kaum hinschauen konnte, womit ich meine Einwilligung für die Transplantation gegeben hatte.

Nach kurzer Zeit wurde ich in die Intensivstation in ein Bett gebracht und es wurden erst mal sämtliche Untersuchungen durchgeführt. Max war die ganze Zeit an meiner Seite, ich glaube es war so ein Uhr, als er ging, in diesem Moment hatte ich nämlich absolut keine Zeitvorstellung mehr. Dann versuchte ich zu schlafen, was mir leider nicht gelang, da ich langsam immer aufgeregter wurde. Gegen halb drei kam ein Pfleger und meinte: "Er brächte jemanden, der nicht schlafen könne". So kam Max und brachte mir noch sämtliche Dinge wie Zahnbürste u.s.w. und um kurz nach drei musste er dann wieder gehen um einen letzten Zug zu erwischen. Ein wenig bin auch ich dann noch eingeschlafen, nach dem ich eine Beruhigungstablette bekommen hatte, doch die Nacht war

kurz!!

Zum Frühstück bekam ich eh nichts und so um zwanzig vor neun haben sie mich dann für den OP geholt und langsam wurde mir immer bewusster, dass nun ein neues Leben beginnen würde! Ob es jedoch so werden würde, wie ich es mir vorgestellt hatte, das würde sich erst nach der OP herausstellen. Angst und Glück waren bei mir nun auf einer Wellenlänge, darum wusste ich auch nicht, auf was ich mehr achten sollte, so beschloss gar nicht groß nachzudenken und schlief von der Narkose ziemlich schnell ein.

Als ich wieder zu mir kam, war ich schon wieder auf der Intensivstation und spürte genau, wo die Niere saß, da ich wahnsinnige Schmerzen hatte. Man hatte mir mitgeteilt, dass die Niere schon auf dem OP- Tisch ihre Arbeit aufgenommen habe, als ich das gehört habe, dachte ich: "Du hast alles überstanden jetzt geht nichts mehr schief, wenn du nur ganz fest daran glaubst". Ein neuer Lebensabschnitt war geschafft.

Nach einer weiteren Stunde Schlaf war ich ziemlich fit und hatte das Bedürfnis mit Menschen zu sprechen, die mir nah standen. Ziemlich viele wunderten sich nach so kurzer Zeit über meinen Anruf, da sie dachten, dass ich nun erst mal viel schlafen würde, da haben sie sich ganz schön in meiner Energie getäuscht. Am zweiten Tag musste ich gleich aufstehen und ans Waschbecken sitzen, was mir gar nicht gut gefiel, da dass die Schmerzen vergrößerte, aber ich bekam ja auch Schmerzmittel. Als der zweite Tag um war, viel mir auf, dass ich Todmüde war und schlief ziemlich schnell ein. Die nächsten 4 Tage auf der Intensivstation habe ich fast nur geschlafen und gemerkt, wie dringend mein Körper den Schlaf benötigte! Egal, wer zu Besuch da war, ich registrierte es meistens nur kurz und freute mich darüber. Doch nach 4 Tagen konnte ich den Tag mit Mittagsschlaf durchstehen und konnte mich noch mehr über den Besuch freuen. Es kam sogar eine Freundin von mir auf der Intensivstation vorbei und ich habe mich wahnsinnig gefreut. Jeder der mich gefragt hatte, wie es weitergehen würde, dem gab ich eine Antwort eben so gut ich konnte.

Auf der Intensivstation wurde mir noch der Blasenkatheeter entfernt, so dass ich jetzt nur noch 2 von den Dingen hatte. Die Nierenfistel (Nifi), also der Katheter der direkt in die Niere führt und die Blasenfistel (Pufi), die vom Unterbauch (Blase) eingeführt worden war.

Nach 6 Tagen wurde ich von der Intensivstation auf Normalstation verlegt, auf die M11 die gerade ganz neu renoviert worden war. Was immer mir schwer fiel, in allem wurde ich von den Schwestern und Pflegern der Station unterstützt, wenn nicht gerade zu viel Stress war. Am Anfang hatte ich zwar noch mit Durchfall zu kämpfen, doch der löste sich mit der Zeit auch in Luft auf. So langsam merkte ich wie es Tag für Tag besser wurde, was sich sicherlich auch durch die Krankengymnastik bemerkbar machte. Am ersten Tag der Krankengymnastik stand ich nur auf, und verzog wahrscheinlich ganz schön das Gesicht, wegen dem Schmerz. Am zweiten Tag der Krankengymnastik lief ich schon den Gang der Station entlang, erst einmal dann zweimal und schließlich immer häufiger in die Patientenküche zum Kaffee holen, natürlich habe ich auch Monika gefragt, wenn sich die Gelegenheit gerade geboten hat, ob ich was mitbringen soll.

Nach einer Woche wollte die Krankengymnastin Treppen mit mir steigen, da habe ich dann gleich zwei Stockwerke am Stück geschafft, was mich unheimlich stolz gemacht hat. Als mir die Treppen zu langweilig waren und ich es von Erdgeschoss in den 4. Stock schaffte, sind wir raus in die Parkanlage gegangen. Wenn es dann aber leicht bergauf gegangen ist, wurde mir wieder bewusst, dass ich ja gerade erst frisch operiert worden war. Als ich irgendwann so wahnsinnige Rückenschmerzen hatte, bekam ich sogar noch Massagen verschrieben und der Masseur hat seine Arbeit wirklich gut gemacht, auch wenn er noch ziemlich jung war!

In dieser ganzen Zeit auf der M11 hatte ich immer wieder Probleme mit meinen Kathetern, da die sich alle hübsch fein nacheinander entzündeten, was ich nicht ganz so lustig finden konnte, da es doch etwas weh tat. Ich glaube wegen den blöden Kathetern habe ich die meisten Schmerzmittel gebraucht und nicht

wegen der eigentlichen OP der Nierentransplantation. Es gab eine Zeit da kam aus der Nifi mehr und es gab eine Zeit da kam aus dem Pufi mehr und genau aus diesem Grund musste ich etwas öfter zum Urologen, so dass die mich mit der Zeit kannten. Nach dem Urin aus der Austrittsstelle der Nifi kam, fand ich das nicht mehr lustig und sagte der Schwester bescheid. Irgendwann bei der Visite meinte Dr. Hasche zu mir: "Das Ding kommt raus, dann kann es auch keine Probleme mehr bereiten"! Noch am gleichen Tag wurde mir der Nifi-Katheter gezogen und ich hoffte, dass die Welt jetzt in Ordnung wäre, was weit gefehlt war. Kaum 2 Tage später begann mein Blasenkatheeter ungemain zu schmerzen und so landete ich wieder beim Urologen, doch der Katheter sollte noch ein wenig drin bleiben, da ich ja noch nicht einmal mit dem Blasentraining angefangen hatte.

Nach 2 Tagen kam ich noch mal zum Urologen runter, da ich diese Befestigung zwischen Niere und Blase raus bekommen sollte, da der Übergang zur Blase jetzt stabil genug seinen sollte. Ich hatte wahnsinnigen Schiss, vor diesem kurzen Eingriff, doch diese Angst hatte sich überhaupt nicht gelohnt. Den schon nach 30-40 Sekunden, war das Ding draußen. Glücklicherweise gut überstanden zu haben, ging es mit einem großen Hunger zurück auf die Station, wo das Mittagessen und meine Eltern schon warteten.

Nun ging es mir schon so gut, dass ich meinte, Bäume ausreißen zu können und jeder Tag ging unwahrscheinlich schnell rum. Mein Kreatinin schwankte mittlerweile zwischen 0,8-0,9. Als ich dann noch gesagt bekam, dass ich spätestens in einer Woche nach Hause könne, war ich überglücklich und sogar ein wenig stolz, das alle ohne eine Abstoßung so gut überstanden zu haben. An dem Tag, an dem ich gehen durfte, bekamen die Schwestern von meiner Mutter einen Kuchen, über den sie sich wahnsinnig gefreut hatten. Man könnte es auch als Entschädigung sehen, für die viele Rennerei, die sie mit mir hatten.

Nach ca. 3 Wochen gaben meine Freundinnen eine Party für mich, die natürlich der neuen Niere (Cinderella)

gelten sollte. Das schöne Schild von meinen Freundinnen bewahre ich noch heute mit Stolz bei mir auf und jedes Mal, wenn ich darauf schaue, werde ich an etwas Unbeschreibliches erinnert.

Nach ca. 3 Monaten war ein kleiner Ausrutscher meines Kreas, da es kurzfristig auf 1,4 gestiegen war. Die Ärzte schlugen natürlich gleich Alarm, doch am Ende war es doch nichts. Im KH wurde mein Krea gemessen und war 1,1 und so konnte ich beruhigt wieder entlassen werden. Mein Krea hat sich nun so bei 1,0-1,3 eingependelt.

Heute nach 4,5 Monaten kann ich sagen, dass ich momentan einen stabilen Zustand habe und ich hoffe, dass es so bleibt, auch wenn gewisse

Bericht zum Seminar Transplantation aktuell am 02.06.2006 in Biedenkopf

Medikamente in nächster Zeit abgesetzt werden.

Wie bereits schon bei allen vorigen Seminaren, war für einige Mitglieder die Anreise am Donnerstag im Laufe des Tages. Sie wurden alle von Monika Centmayer, die bereits früher angereist war, aufs herzlichste begrüßt. Einige der Angereisten entschieden sich spontan für einen kleinen Spaziergang zur Burg in Biedenkopf. Wobei wir dann noch die Möglichkeit gerne nutzten, dass dort ein sehr schönes Restaurant ist und man einen wunderschönen Ausblick über Biedenkopf genießen kann. Nach dem Abendessen waren Fachgespräche und sonstige Unterhaltungen angesagt, jeder hatte ja auch etwas zu erzählen seit dem letzten Treffen.

Der Freitagvormittag begann mit einem reichlich bestücktem Frühstücksbuffet und der Anreise weiterer Seminarteilnehmer. Gegen 8:45 Uhr wurde die Veranstaltung durch die Begrüßung der Teilnehmer durch den 1. Vorsitzenden (also mir) eröffnet.

Der erste Referent war **Dr. med. Wolfgang Arns** aus Köln-Merheim mit dem Thema „**Immunsuppressive**

Langzeittherapie nach Nieren-Transplantation“.

Wir hörten, daß man bei bestimmten Nebenwirkungen und auch Folgekrankheiten, die im Zusammenhang mit den Immunsuppressiva stehen, doch eine Auswahl an Medikamenten zur Verfügung stehen, die eventuell besser vertragen werden. Wobei, das den meisten bekannt sein dürfte, es eine sehr individuelle Einstellung erfordert. Diese Umstellung der Medikamente jedoch ausschließlich in Zusammenarbeit mit dem Transplantationszentrum durchgeführt werden sollte.

Dr. Arns berichtete uns, daß in Köln-Merheim eine Therapieumstellung eigentlich nur mit einer vorigen Biopsie durchgeführt wird. Damit kann man bereits Veränderungen des Transplantates feststellen, die noch nicht in den Blutwerten sichtbar sind.

Nach einer kurzen Kaffeepause begrüßten wir **Prof. Fred Fändrich** vom Transplantationszentrum der Universitätsklinik in Kiel.

Prof. Fändrich überraschte etliche der anwesenden mit seiner Studie, die er gerade durchführt. In dieser Studie werden dem Organspender (Lebend- wie Postmortal) einige Zellen der Milz entnommen und 5 Tage kultiviert um dann auf den Organempfänger übertragen zu werden. Die Ergebnisse dieser Studie sind, abgesehen von der zurzeit noch kleinen Zahl (7) der Studienteilnehmer, sehr Positiv. Er stellte uns einen seiner Patienten vor, der von seinem Bruder eine Niere gespendet bekommen hat. **Dieser Patient ist jetzt ca. 6 Monate transplantiert und nimmt seit ca. 3 Monate überhaupt keine Immunsuppressiva!!** In der Studie sind jedoch auch Teilnehmer, die Postmortal Spenden erhalten haben, **die nach 3 Monaten noch ca. 1 mg Prograf in 3 Tagen einnehmen.** Diese Studie macht sehr große Hoffnung, dass in absehbarer Zeit eine Transplantation ohne die teilweise erheblichen Nebenwirkungen durchführbar sein wird.

Wir als Junge Nierenkranke Deutschland werden auf jeden Fall diese Studie im Auge behalten und wünschen Prof. Fändrich und allen Dialysepatienten, daß diese Studie weiterhin so erfolgreich durchgeführt werden kann.

Im Anschluss referierte Frau **Prof. Anke Schwarz** von der Medizinischen Hochschule Hannover über „**Die Nachsorge nach Nierentransplantation, speziell Nutzen und Risiken von Protokollbiopsien**“.

Als erstes führte Frau Prof. Schwarz auf, daß man nach einer Transplantation nicht „Gesund“ sondern nur „anders Krank“ ist. Sie berichtete uns, daß in Hannover im Normalfall nach

6 Wochen, 3 Monaten und nach 6 Monaten eine Kontrollbiopsie durchgeführt wird, selbst wenn die Blutwerte dafür keinen Anlaß geben. Sie führte, wie bereits Dr. Arns, aus, daß im Transplantat teilweise schon schwere Abstoßungen in der Biopsie festgestellt werden, die sich im Blut noch nicht feststellen lassen. Sie zeigte uns Auswertungen, bei denen klar aufgezeichnet wurde, daß die Abstoßungen, die erst zu einem späteren Zeitpunkt nach der Transplantation erfolgen, sehr oft sehr schwere Folgen für das Transplantat überleben haben.

Ein weiterer Interessanter Aspekt war, daß bereits ein relativ geringer Kreatininanstieg nach der Transplantation sich sehr negativ für die Lebensdauer des Transplantates auswirkt.

Nach diesen vielen Neuigkeiten, hatten wir uns das Mittagessen verdient.

Bereits um 13:40 Uhr war jedoch schon der nächste Vortrag angesagt. Wir begrüßten

Pd Dr. Med. Wilfried Gwinner von der Medizinischen Hochschule Hannover mit dem Thema „**Transplantiert – und dann? Es geht nicht nur um die Niere**“

Als erstes erschreckte er uns mit der Zahl, daß 50 % der Transplantierten mit einem funktionierenden Transplantat versterben! Die aller meisten davon versterben an Herz- Kreislauf-erkrankungen. Es ist absolut wichtig seinen Blutdruck, seinen Fettstoffwechsel, evtl. seine Diabetes sowie den Kalzium/Phosphatstoffwechsel nicht nur an der Dialyse sondern auch nach Transplantation sehr gut in den Griff zu bekommen!

Nach einer schnellen Kaffeepause war nun **Prof. Dr. G. Klaus** mit seinem Thema

„**Verhalten nach Nierentransplantation**“ an der Reihe.

Prof. Klaus zeigt uns auf, auf was wir beim Umgang mit Tieren und auch in unserer Freizeit z.B. im Garten zu beachten haben, da ein Transplantiertes mit seinem geschwächten Immunsystem einfach empfänglicher ist für verschiedene Infektionen oder auch Pilze.

Im Anschluß war laut Tagesordnung um 15:50 Uhr drei Diskussionsgruppen über die Psychologischen Auswirkungen einer Transplantation angesetzt, jedoch hatten alle Referenten vorher Ihre Zeit so weit überschritten, was auch an den vielen Zwischenfragen von uns lag, daß es bereits 16:45 Uhr war und die Dialysepatienten sich auf den Weg zur Dialyse machen mußten.

Die Dialyse fand, wie bereits im letzten Jahr, im PHV-Zentrum Marburg statt und lief wie gewohnt für alle Problemlos ab.

Der Samstag stand dann ganz im Zeichen unseres 5 jährigen Jubiläums.

Wir wurden zum Sektempfang von dem Alleinunterhalter und „Comedyman“ Georg Leiste als Polizist empfangen, der die ganze Abwicklung des Sektempfanges und die Begrüßung der Gäste „voll im Griff hatte“.

Um 13:00 Uhr begann der offizielle Teil der Feier mit der Begrüßung durch den

1. Vorsitzenden (also wieder ich) und mit Grußworten von unserem Schirmherr der Veranstaltung, Herr Bürgermeister Karl-Hermann Bolldorf, sowie vom Vorsitzenden des Bundesverband Niere, Peter Gilmer und vom Vorsitzenden des Landesverbandes Baden-Württemberg, Klaus Zinnecker.

Im Anschluß war dann eine Showeinlage von Georg Leiste geplant, der als Tenor nicht nur gesanglich hervortrat.

Als Referenten für den Vortrag „Nierenersatztherapie – gestern und

heute“ hatten wir Prof. Dr. Karl Schärer eingeladen. Er zeigte uns Bilder von Dialysemaschinen, die fast ein ganzes Zimmer brauchten und dem ein oder anderen von uns, kamen diese Bilder aus seiner Kindheit doch noch sehr bekannt vor.

Der nächste Auftritt von Georg Leiste war als Ballerina, die auf dem Seil tanzt.

Danach stellte Monika Centmayer die Entstehung und die Geschichte der Jungen Nierenkranken über die letzten 5 Jahre in einer kleinen Präsentation vor.

Zum Abschluß kam noch einmal Georg Leiste mit dem Auftritt „00“.

Im Anschluß hatten wir den Grill anfeuern lassen und uns an leckerem Gegrillten gestärkt, denn dann kam noch im Anschluß die Band „Graffiti“, die uns mit 70er, 80er und teilweise aktuellen Songs dann doch noch einheizte und den ein oder anderen dazu brachte das Tanzbein zu schwingen.

Doch bevor die Band mit dem Spielen begann, hatte der Vorstand sowie die Mitglieder ein Abschiedsgeschenk für die ehemaligen Vorsitzenden Monika Centmayer und Joachim Kaiser. Beide wurden vom Verein noch auf eine besondere Art und Weise geehrt, sie wurden beide zu den ersten Ehrenmitglieder des Vereins unter großen Beifall der Mitglieder ernannt.

Am Sonntagvormittag hatte Herr Könemann von Parkhotel Biedenkopf noch für uns einen Alleinunterhalter arrangiert, so daß wir auch am Pfingstmontag nochmals das Tanzbein schwingen konnten.

Alles in allem war es wieder einmal ein sehr lehrreiches und fantastisch durchgeplantes Seminar. Als Vorsitzender habe ich mich besonders über die sehr große Zahl an Seminarteilnehmern gefreut, vor allem über die, die man teilweise schon etwas länger nicht mehr oder zum Teil auch zum ersten Mal auf einem Seminar begrüßen durfte. Und ich bin schon sehr gespannt auf die Wellnesswoche

Herzrhythmusstörungen: Die wichtigsten Fragen

im August und das Seminar in Püttlingen (Saarland) im Oktober.

Rainer Merz

Interview mit Professor Dr. med. Thomas Meinertz

Leben und Herzrhythmus gehören zusammen. Da das Leben voller Bewegung ist, kann auch das Herz nicht wie ein Uhrwerk schlagen. Wenn wir uns freuen, wenn wir uns aufregen, schlägt es schneller, das wissen wir. Aber wir wissen auch, dass es Herzrhythmusstörungen gibt, die nicht nur lästig, sondern gefährlich sind.

Wann muss man anfangen, sich Sorgen zu machen? Wann werden Herzrhythmusstörungen gefährlich?

Prof. Meinertz: Herzrhythmusstörungen können etwas völlig Normales sein. Praktisch jeder Mensch hat irgendwann in seinem Leben Unregelmäßigkeiten des Herzschlages - häufig, ohne es zu merken. Oft sind Herzrhythmusstörungen Folge einer Herzkrankheit (z. B. Veränderungen des Herzens aufgrund von Bluthochdruck, koronarer Herzkrankheit, Herzklappenfehlern). Selten sind Herzrhythmusstörungen Vorläufer und Warnzeichen eines drohenden plötzlichen Herztodes. Der Übergang zwischen normal und krankhaft kann fließend sein. Krankhaft bedeutet nicht immer gefährlich. Die Grenze ist im Einzelfall schwierig zu ziehen. Ob Herzrhythmusstörungen harmlos, weniger harmlos oder lebensbedrohlich sind, kann nur der Arzt, ein Internist oder Kardiologe, nach ausführlicher Untersuchung des Patienten entscheiden.

Herzrhythmusstörung ist also nicht gleich Herzrhythmusstörung?

Prof. Meinertz: So ist es. Zu unterscheiden ist zwischen: harmlosen Herzrhythmusstörungen, die als Fehlzündungen eines normalen Herzens angesehen werden können, Herzrhythmusstörungen, die durch eine Erkrankung der elektrischen Impulsgeber hervorgerufen werden (als Beispiele: AV-Block und das Sinusknoten-Syndrom), am häufigsten und am bedeutsamsten: Herzrhythmusstörungen, die Folge einer Herzkrankheit sind, und Herzrhythmusstörungen, die Folge anderer Krankheiten sind, wie z.B. einer Schilddrüsenüberfunktion. Herzrhythmusstörungen sind also in der Regel - wenn sie nicht angeboren sind - keine

eigene Erkrankung, sondern meistens die Folge von Herzkrankheiten oder anderen Einflüssen, die das Herz aus dem Takt bringen (Kalium- und Magnesiummangel, Alkohol, Kaffee oder Nikotin).

Was ist die beste Strategie?

Prof. Meinertz: Die beste Strategie gegen Herzrhythmusstörungen ist die Ausschaltung von Faktoren, die Herzrhythmusstörungen begünstigen, und die Behandlung der Grundkrankheit, die die Herzrhythmusstörung verursacht.

Wann müssen darüber hinaus Herzrhythmusstörungen direkt behandelt werden?

Prof. Meinertz: Früher haben wir viele Herzrhythmusstörungen für bedrohlich gehalten. In den letzten Jahren hat man gelernt, dass dies nicht der Fall ist. Viele Herzrhythmusstörungen müssen überhaupt nicht behandelt werden. Heute behandelt man Herzrhythmusstörungen nur, wenn dies zwingend erforderlich ist. Dann aber sollten sie konsequent und nur vom Fachmann behandelt werden. Die Entscheidung für eine Behandlung ist Sache des Kardiologen, die regelmäßige Verlaufskontrolle kann auch durch den Internisten bzw. Hausarzt erfolgen.

Wann ist die Behandlung notwendig?

Prof. Meinertz: Eine Herzrhythmusstörung muss behandelt werden, wenn sie die Gefahr eines plötzlichen Herztodes mit sich bringt, wenn sie zu einem Schlaganfall führen kann, wenn sie sich auf die körperliche Leistungsfähigkeit auswirkt, wenn sie den Patienten sehr belastet, zum Beispiel durch Schwindelanfälle, durch das Gefühl von Herzrasen oder durch ausgeprägtes Unwohlsein. Erst dann wird eine Therapie eingeleitet - in den meisten Fällen zunächst mit Medikamenten, bei langsamen Herzrhythmusstörungen mit einem Herzschrittmacher.

Was ist mit Medikamenten gegen Herzrhythmusstörungen zu erreichen?

Prof. Meinertz: Diese Medikamente können die Herzrhythmusstörung unterdrücken oder zumindest dafür sorgen, dass sie seltener, kürzer oder erträglicher auftritt. Dafür stehen verschiedene Medikamente zur Verfügung. Aber ihre Wirkung im Einzel-

fall ist nicht sicher vorauszusehen. Da die Patienten unterschiedlich auf die Medikamente ansprechen, braucht man Geduld und unter Umständen auch mehrfachen Medikamentenwechsel, bis das richtige Medikament und die richtige Dosierung gefunden sind.

Vorhofflimmern ist die häufigste Herzrhythmusstörung. Allein in Deutschland leiden 800 000 Menschen daran. Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Prof. Meinertz: Vorhofflimmern ist nicht nur die häufigste Herzrhythmusstörung, es ist auch die Herzrhythmusstörung, bei deren Therapie in den letzten zehn Jahren spektakuläre Fortschritte erzielt wurden. Oft ist es sinnvoll, Vorhofflimmern zunächst nicht zu behandeln, bzw. nur die Grundkrankheit, die das Vorhofflimmern verursacht, zu therapieren. Der nächste Schritt ist der Einsatz von Medikamenten. Wenn Medikamente nicht erfolgreich sind oder nicht vertragen werden und die Patienten erheblich unter dem Vorhofflimmern leiden, kommt die Katheterablation in Frage. Dabei handelt es sich um ein Verfahren, bei dem Herzzellen so verödet werden, dass Vorhofflimmern nicht mehr entstehen kann.

Wo sind sonst noch große Fortschritte erzielt worden?

Prof. Meinertz: Neben den Erfolgen bei der Behandlung des Vorhofflimmerns sehe ich in der Vorbeugung des plötzlichen Herztodes große Fortschritte. Gefährdeten Patienten können wir mit einem Defibrillator helfen. Der Defibrillator wird ähnlich wie ein Herzschrittmacher ins Herz eingepflanzt. Er kann zuverlässig lebensbedrohliche Herzrhythmusstörungen erkennen und durch die Abgabe von Elektroschock behandeln. Dadurch kann die Lebenserwartung von Risikopatienten wesentlich beeinflusst werden.

Wie soll man mit Herzrhythmusstörungen umgehen?

Prof. Meinertz: Mit Gelassenheit. Von Herzrhythmusstörungen darf man sich nicht verrückt machen lassen. Mit harmlosen Rhythmusstörungen muss man leben lernen. Andererseits muss man bei bedeutsamen Herzrhythmusstörungen konsequent vorgehen. Hier sollte man, wenn man einen Arzt gefunden hat, dem man vertraut, dessen

lange leben, ohne dauernd an die Rhythmusstörung zu denken.

Das vollständige Interview mit Prof. Dr. med. Thomas Meinertz ist nachzulesen in der neuen Broschüre der Deutschen Herzstiftung "Herzrhythmusstörungen heute" (S. 4 ff.), Oktober 2006. Die Broschüre ist gegen Einsendung von 3 Euro in Briefmarken zu beziehen bei: Deutsche Herzstiftung, Vogtstr. 50, 60322 Frankfurt. *Quelle: Informationsdienst Wissenschaft & Deutsche Herzstiftung*

Aktivwoche in Bad Salzschlirf

Am 20. August 2006 trafen sich die „Jungen Nierenkranken“ zum dritten Mal zu einer Aktivwoche. Mit André, Karin, Matthias, Wilfried, Silke, Hubert und Christina mit Ann-Christin (Püppi) sowie Dieter und mir kam eine diesmal 10köpfige Gruppe in das Aqualux Hotel nach Bad Salzschlirf.

Gleich am ersten Abend begeisterte uns das umfangreiche und schmackhafte Büffet. Danach trugen wir uns in die ausliegenden Listen für die verschiedenen Gymnastikprogramme am Montag ein. Dieter und ich waren etwas später gekommen und ließen uns von den anderen das umfangreiche Fitness- und Freizeit- und Wellnessangebot des Hotels erläutern.

Die Zimmer überraschten mit einem reichlich gefüllten Obstkorb, also ganz im Sinne von aktiv und gesund.

Nach der ersten Nacht und einem wieder reichlichen und schmackhaften Frühstück gings dann mit Rückengymnastik in den Frühsport. Einige hatten sogar schon eine stramme Stunde Nordic Walking hinter sich. Trainer Michael Hirsch begleitete uns fortan täglich durch die verschiedenen Gymnastik- und Sportarten wie Rücken-, Halswirbelsäulen- und Wassergymnastik sowie Nordic Walking, an die jeder von uns nach seiner persönlichen Fitness sehr oft teilnahm.

Außerdem vergnügten wir uns fast täglich 1 bis 2 Stunden mit Tischtennis und Badminton. Weiterhin gab es noch Trainingsräder und Stepper

sowie einen Kraftraum. Diese Möglichkeiten nutzten vor allem Matthias und Wilfried.

Unser „Gruppenkind Püppi“ war immer dabei. Vor allem in den Rückgymnastikstunden flirtete sie kräftig mit unserem jungen Trainer und wich meist nicht von seiner Seite. Richtig Spaß machte auch die Wassergymnastik, die die Muskeln richtig forderte. Das Solewasser (Tote Meer Deutschlands) ist sehr angenehm für die Haut und Dank der 32° C Wassertemperatur blieben wir meistens bis zu 2 Stunden im Wasser.

Frau Maolcomess begeisterte uns mit einem interessanten Vortrag zum Thema „Ent-Spannung“ und zeigte uns in einer Ent-Spannungs-Therapie, wie man auch im Alltag einfach mal kurz abschalten kann. Sie wurde von Püppi zu einer ihrer Urlaubssomas auserkoren.

In einem Ernährungsvortrag lernte Frau Gies mindestens genauso viel von uns wie wir von ihr. Aber die Diskussion war interessant und hat Spaß gemacht.

Einige nutzten auch noch die Wellnessangebote, vorwiegend verschiedene Massagen, des Hotels.

Ein besonderes Plätzchen fanden wir im K1, der hoteleigenen Kaffeebar. Am Nachmittag trafen wir uns hier zu Kaffee und Kuchen und am Abend legte fast täglich ab ca. 21:00 Uhr ein DJ CD's mit Tanzmusik auf. Zwar traf die Musik nicht immer so ganz unseren Geschmack, das hinderte uns aber nicht daran, an Tisch 8, der uns von Kellnerin Heike Krüger stets reserviert wurde, die Abende stimmungsvoll ausklingen zu lassen.

André und Silke mussten allerdings drei der Abende mit Dialyse ausklinken lassen, die sie im neugebauten Dialysezentrum Dr. Zinn in Lauterbach durchführten und wo sie sehr gut betreut wurden.

Ein absolutes Highlight dieser Aktivwoche fand allerdings außerhalb des Hotels statt. Am Donnerstagnachmittag fuhren Karin, André, Hubert, Christina, Püppi, Dieter und ich in den Hochseilgarten nach Schlitz. Karin hatte die Idee dazu gehabt und der Zufall wollte, dass noch für eine Klein-

gruppe wie uns Platz war. Fast wäre diese Klettertour noch ins Wasser gefallen, denn gerade als wir losfahren wollten, begann es, wie aus Eimern zu regnen. Aber nach wenigen Minuten war der Schauer vorbei.

Im Gelände des Hochseilgartens wurden wir von den Trainern Carmen, Franz, Bibo und Ricki begrüßt. Außer uns waren noch zwei weitere Kleingruppen da. Im Hochseilgarten ist es wichtig, aufeinander zu achten und sich gegenseitig zu vertrauen. Daher wurden zuerst einmal einige Bodenspiele gemacht, und so ein wenig Gefühl für Gleichgewicht und Körperspannung zu bekommen und die anderen Teilnehmer kennenzulernen.

Dann wurden die Gurte und der Schutzhelm angelegt und los ging, aber womit nur? Zuerst einmal mussten alle nach oben, und zwar an einer Kletterwand, denn die Kletterei in den Seilen findet in luftiger Höhe (ca. 10 m) statt. Schon beim bloßen zusehen packte mich die Befürchtung, diesen Kraftakt keinesfalls bewältigen zu können. Dies ging allerdings fast allen Teilnehmern so, doch Dank kräftiger Trainer kamen alle nach oben. Dort angekommen konnten wir dann die verschiedenen Übungen absolvieren. Dies gelang den einen mehr, dem anderen weniger. Auch ich hatte so meine Schwierigkeiten, denn eigentlich bin ich ein wenig zu klein für diese Übungen. So konnte ich halt nicht alles mitmachen und manchmal musste Trainerin Carmen mit etwas unterstützen und so ging es dann auch bei mir.

Nachdem wir alle wieder unten waren konnte, wer wollte, noch auf die „Riesenschaukel“. Keiner konnte sich so richtig vorstellen, was da passiert, also meldete ich mich freiwillig. Man wird quasi an ein langes Seil gehängt, wird dann sehr hoch gezogen, dann ausgeklinkt und schaukelt in mehreren Metern Höhe hin und her, ein riesiger Spaß. Hier kam dann selbst Püppi zum Zuge, die sich während unserer Klettertour mit Bauklötzen beschäftigt hatte und nun auch schaukeln durfte.

Am Samstag war in Bad Salzschlif ein großes Lichterfest, das hier scheinbar Tradition hat, da es bereits zum 30. Mal stattfand. Silke, Dieter,

André, Christina und Hubert schauten sich das Spektakel an und waren begeistert von der Wassersinfonie, der Lichtshow und vom Feuerwerk. Ich genoss am letzten Abend ein wenig Ruhe und befasste mich mit Püppi, Mensch Ärgere dich nicht und Gutenachtgeschichten.

Fazit:

Am Ende dieser Woche waren wir uns alle einig, in Bad Salzschlif werden wir uns wieder einmal einfinden zu einer Aktivwoche einfinden. Das Aqualux Hotel bietet so viele Möglichkeiten, dass auch bei Regen garantiert keine Langeweile aufkommt. Das Ambiente ist herrlich und herzlich, die gemütlichen Ecken und die warmen Farben laden zum verweilen ein. Wenn aber auch das Wetter noch mitspielt, kann man in der näheren Umgebung noch echte Herausforderungen erleben.

Jeder, der diesmal nicht dabei war, hat richtig was verpasst.

Sag mal, wie machst Du das?

Monika Centmayer

Am 5. Oktober 2006 folgte ich zum ersten Mal einer Einladung der Junge Nierenkranke Deutschland e.V. zum Seminar „Krankheitsbewältigung“ ins Stadthotel Püttlingen/ Saarland.

Den Anfang dieses Wochenendes bildete am Donnerstagabend die erste gemeinsame Regionalveranstaltung der Regionalgruppen Rheinland Pfalz und Saarland. Hierzu waren bereits viele Seminarteilnehmer, aber auch Ärzte, Pflegepersonal und Betroffene aus der Region, angereist.

Martin Müller begrüßte die Anwesenden und stellte zunächst den Verein und seine Anliegen vor: Die meisten regionalen Patientenvereine haben einen Altersdurchschnitt von über 60 Jahren, was vor allem unterschiedliche Interessen und Probleme der jungen Mitglieder, im Gegensatz zu den älteren, impliziert. Junge Dialysepatienten stellen somit eine Randgruppe dar. Der Verein Junge

Nierekranke, der deutschlandweit agiert, will seinen Mitgliedern in sozialen sowie medizinischen Problemen zur Seite zu stehen und organisiert auf seine Mitglieder zugeschnittene Seminare und Freizeitveranstaltungen.

Was Martin Müller aber besonders betonte ist, dass der Verein auf keinen Fall in Konkurrenz zu den regionalen Vereinen angesehen werden sollte. Viel mehr rief er zu einem Dialog und gemeinsamer Zusammenarbeit auf. Thomas Lehn schloss sich den Worten von Martin Müller an.

Der erste Redner des Abends war Herr Dr. med. E. Fugger, Chef des Dialysezentrums Püttlingen. Er erklärte sehr anschaulich an einem einfachen Beispiel, weshalb es besser sei, die Dialysezeit zu verlängern. Er verglich die Giftstoffe, die mittels der Dialyse entfernt werden sollen, mit Teilnehmern einer Volkswanderung. Die Strecke ist hierbei ein Rundkurs und am Ziel (Dialysefilter) warten Busse auf die Ankommenden (die Giftstoffe werden abtransportiert). Das Problem ist aber folgendes: aus Sicherheitsgründen dürfen nur 150 Wanderer gleichzeitig auf der Strecke sein und außerdem sind nicht alle Wanderer gleich schnell. So ist z.B. das Phosphat ein Wanderer, der relativ langsam unterwegs ist. Im Gegensatz zum Kalium braucht das Phosphat viel länger um überhaupt auf die Strecke zu gelangen und somit einen Bus zu erreichen. Erst dann kann sich ein neues Phosphat auf den Weg machen, denn die Teilnehmerzahl ist ja begrenzt. Damit erklärt sich die Tatsache, dass es besser ist, fünf statt drei Stunden Dialyse zu machen, denn nur so können auch viele der langsamen Wanderer abtransportiert werden. Die Dauer der Dialysebehandlung bestimmt somit die Qualität der Blutreinigung und diese wiederum wesentlich die Lebenszeit des Patienten (Dialysezeit gleich Lebenszeit).

Danach klärte uns Oberarzt Herr Dr. med. G. Heine von der Uniklinik Homburg über die Langzeitdialyse und ihre Folgeschäden auf. Besonders betonte er die Problematik der Arteriosklerose. Er wies ausdrücklich darauf hin, dass der Dialysepatient

selbst am meisten dazu beitragen kann, die Arteriosklerose zu vermindern: durch etwas Bewegung, eine gesunde, der Erkrankung angepasste Ernährung und den Verzicht auf Nikotin.

Oberärztin Frau Dr. med. E. Wandel der Uniklinik Mainz referierte über das Thema „Überleben und Langzeitprognose mit einer transplantierten Niere“. Sie stellte heraus, wie wichtig die Eigenverantwortung des Patienten nach einer Transplantation ist. Dieser sollte seine Medikamente, vor allem die Immunsuppressiva, kennen und strikt nach Anweisung einnehmen. Nur so hat die transplantierte Niere gute Chancen lange zu funktionieren.

Im Anschluss trat als letzter Referent Herr Prof. Dr. med. G. Krönung vom Kreiskrankenhaus Ottweiler auf – der Shuntspezialist schlechthin. Er untermalte seinen Vortrag, der unter anderem von „Shunts gestern und heute“ handelte, mit vielen Fotografien. Zudem erläuterte er schonungslos, anhand von reichlich Bildmaterial, die verschiedenen Operationsmethoden von der Anlage eines Shunts bis zu Revidierung – nichts für zart besaitete Personen!

Alle Referenten beantworteten gerne und vor allem ausführlich die Fragen aus dem Publikum. Martin Müller und Thomas Lehn, die gemeinsam durch das Programm geführte hatten, bedankten sich bei den Rednern sowie den Sponsoren und luden die Anwesenden zu einem kleinen Umtrunk und einem leckeren Buffet ein.

Der erste Seminartag begann mit einer Gesprächsrunde, an der auch ich selbst teilnahm. Das Gespräch wurde von der Diplompsychologin Frau I. Weitzel geleitet. Ziel war der Erfahrungsaustausch von Patienten in schwierigen Lebenssituationen (Brustkrebs, angeborener Herzfehler und (Langzeit)Dialyse). Wir, die Teilnehmer, berichteten von unseren Krankheitsgeschichten, von unseren Ängsten und den verschiedenen Erfahrungen mit Ärzten. Aber auch der Umgang mit der Krankheit in Familie und Freundeskreis war dabei ein Thema. Schnell entwickelte sich eine interessante Unterhaltung mit Beteiligung der Zuhörer. Dabei stellte sich heraus, dass es unabhängig von

der Art der Krankheit viele Parallelen gibt. Es wurden aber nicht nur Probleme diskutiert, sondern es wurde auch viel gelacht. Ein Fazit war, dass wir, als Kranke, die einfachen Dinge des Lebens mehr zu schätzen gelernt haben, als „die Gesunden“ - eine durchaus positive Seite der verschiedenen Erkrankungen.

Am Nachmittag hielt Frau Diplompsychologin Weitzel einen Vortrag zum Thema Stress. Sie sprach von positivem (Eustress) und negativem Stress (Distress) und den Möglichkeiten, wie man mit negativem Stress umgehen kann.

Nach einer kurzen Kaffeepause erzählte uns Herr Dipl. Psychologe Kimelman der Caritas Schmerzklinik in Saarbrücken von den vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten des Biofeedbacks. Hierbei sitzt der Patient beispielsweise vor einem Monitor auf dem, mittels Messung von Puls oder Hautleitwert, unbewusste Fehlreaktionen und -funktionen visualisiert werden. So lernt der Patient die Reaktionen bewusst zu beeinflussen und somit wieder in eine richtige Richtung zu lenken. Anwendungsgebiete sind hier z. B. chronische Schmerzen oder Migräne. Leider war der sehr interessante Vortrag mangels Zeit etwas kurz.

Den Abschluss dieses ersten Tages bildete eine Vorführung der Meridianen Energie Technik. Frau Diplompsychologin M. Mitzel führte vor, wie man mittels Beklopfen von bestimmten Endpunkten der Meridiane das Wohlbefinden steigern kann. Sie zeigte uns, wie man sich selbst beklopfen kann. An Martin Müller führte sie vor, wie man Müdigkeit „wegklopft“. Dieser bestätigte, wenn auch etwas skeptisch, dass seine Müdigkeit, viel weniger sei.

Danach fuhren einige von uns zur Dialyse. Im Dialysezentrum Püttlingen wurden sie von Dr. Fugger, dessen Kollegen und dem Pflegepersonal sehr freundlich und zuvorkommend behandelt und versorgt.

Am Abend war gemütliches Beisammensein im Hotel angesagt und einige machten noch Püttlingen und Umgebung unsicher.

Am zweiten Seminartag teilten sich die Teilnehmer in zwei Arbeitskreise auf. Einer hatte das Thema „Patient und Krankheit“, der andere be-

schäftigte sich mit „Familie und Beruf“. Die Arbeitskreise wurden von Nicole Scherhag und Silke Niebegall geleitet. Ich war Teilnehmer des ersten Arbeitskreises. Hier stellten sich als erstes alle untereinander vor und schilderten kurz ihre Krankheitsgeschichte. Schon hier kam es zu einem ersten, sehr interessanten Meinungsaustausch. Unter der Leitung von Silke Niebegall wurden dann die verschiedenen Arten, wie wir unsere Krankheit, den damit verbundenen Stress und die Sorgen verarbeiten, in verschiedene Gruppen eingeordnet. So stellte sich heraus, dass wir im Umgang mit unserer Krankheit erstens alle ähnliche, und zweitens aber auch sehr vielfältige Bewältigungsstrategien verfolgen. Diese gehen von der bewussten Ablenkung von der Krankheit (sich in die Arbeit stürzen oder Party machen) bis hin zum exzessiven Baden in Selbstmitleid („Ich will einfach meine Ruhe haben und mir selbst leid tun“). Ich denke, dass alle Teilnehmer dieses Arbeitskreises sehr viel Positives mit nach Hause nehmen konnten. Mir persönlich wurde dabei bewusst, dass meine eigenen Bewältigungsstrategien weder falsch noch außergewöhnlich sind. Die Ergebnisse der Arbeitskreise wurden am Nachmittag gegenseitig vorgestellt. Die Resultate des anderen Arbeitskreises blieben mir leider nicht so gut in Erinnerung. Hierzu kann ich nur sagen, dass sich dort herausstellte, dass das Ausüben eines Berufes für viele Patienten von großer Bedeutung ist. Erstens steigert es das Selbstwertgefühl, zweitens die soziale Anerkennung und drittens sichert es eine gewisse finanzielle Unabhängigkeit.

Als Abschluss dieses Tages zeigte uns Frau M. Conrads, wie die „Progressive Muskelrelaxation“, eine Entspannungstechnik funktioniert. Dabei werden ganz bewusst die einzelnen Muskelpartien von den Händen über den Kopf, den Rücken und Bauch hinab bis ganz unten zu den Zehen erst bewusst angespannt und wieder entspannt. Diese Übung machten wir Seminarteilnehmer gerne mit.

Nach dieser Entspannungsübung ließ Martin Müller das gesamte Seminar revue passieren und erhielt von unserer Seite, den Teilnehmern, eine sehr positive Resonanz.

Als eine der vielen Erkenntnisse dieses Wochenendes lässt sich fest-

richtig traurig und wütend auf das Leben und unser Schicksal zu sein. Jedoch genau so wichtig ist es, dass wir uns auch mal so richtig freuen und lachen können – trotz der Tatsache, dass wir krank sind!

Ich bin sehr froh, dass ich an diesem Seminar teilgenommen habe. Nicht nur, wegen dem Seminar an sich. Ich war auch ein Mitglied der anfangs genannten Randgruppe: ich bin zwar in einem regionalen Patientenverein aktiv, aber wir haben vorwiegend

ältere Mitglieder. Als ich Anfang des Jahres an die Dialyse musste, hatte ich deshalb dennoch keinen gleichartigen Ansprechpartner und stand mit meinen Problemen, Fragen und Ängsten ziemlich alleine da. Deshalb bin ich sehr froh, dass Martin Müller mich zu diesem Seminar eingeladen hat und ich die Möglichkeit hatte, endlich einmal junge Leute zu treffen, die „so sind wie ich“. Als mir Thomas Lehn samstags die Beitrittserklärung unter die Nase hielt, hatte ich längst schon eine ausgefüllt! Ich bin froh und stolz, selbst ein Mitglied dieses tollen Vereins, der aus vielen netten Leuten besteht, geworden zu sein.

Caroline Schmitt

Das Letzte

Frauen sind oft Morgenmuffel
Frauen sind größere Morgenmuffel als Männer, das hat jetzt eine britische Studie herausgefunden. Danach sind 13 Prozent der Britinnen vom Moment des Aufwachens an schlechter Laune, und die hält auch noch bis zu vier Stunden an. Von den Männern bezeichnete sich nur jeder Zehnte als Morgenmuffel.
Der Online-Agentur Ananova zufolge hatte der britische Schlaf-Rat 2105 Erwachsene befragt. 40 Prozent der Probanden führten ihre miese Morgenlaune auf eine gestörte Nachtruhe zurück, 24 Prozent auf Streß und Sorgen. Männer erklärten deutlich häufiger, daß sie normalerweise nachts durchschlafen. (Smi)

Weihnachtsmarkt und Jahresabschlussfeier 2006 in St. Wendel.

Zum ersten mal lud die Regionalgruppe Rheinland Pfalz Saarland zur Jahresabschlussfeier und einem Weihnachtsmarktbesuch ins saarländischen St. Wendel ein. Mehr als 20 Mitglieder aus ganz Deutschland folgten der Einladung.

Am 09.12.06 trafen sich die Mitglieder so gegen 14.00 Uhr im Landhotel Rauber in Oberthal. Alle Ankommende Mitglieder wurden von Martin Müller der für die Organisation der Veranstaltung verantwortlich war, auf das herzlichste begrüßt.

Das Hotel wurde von den Teilnehmer gut angenommen nur die Zimmertemperatur war bei einigen sehr frostig.

Nach dem alle angereist und ihre Zimmer bezogen hatten, saß man noch einige Zeit zusammen und redete, bevor es auf zum Weihnachtsmarkt ging.

So gegen 15:00 Uhr begann die Abfahrt, alle fuhren zum Weihnachtsmarkt und vergaßen dabei 5 Teilnehmer im Hotel. Sie mussten mit dem eigenen PKW zum Weihnachtsmarkt fahren.

Auf dem Weihnachtsmarkt, traf man sich dann an einer riesigen Weihnachtspyramide. Dort teilte sich die Gruppe zum Erkunden des Weihnachtsmarktes auf. Martin als Gruppenleiter legte den Treffpunkt zur Rückreise zum Hotel für 18:00 Uhr am selben Platz fest.

Der Weihnachtsmarkt an sich war sehr schön. Hier fand man viele Attraktionen vor. Sowie z.B, die lebende Grippe mit Tieren, die große Pyramide und dem Zwergenwald. Der war nicht nur was zum entdecken für Kinder, sondern auch für dir Erwachsene. Man konnte ca. 200 Zipfelmützen, quicklebendige Kerlchen sehen die sich bewegen. Sie hämmerten und hobelten, feierten im Dorfgasthaus und gingen zur Jagd. Der Zwergenwald wurde von Hobbybastlern erstellt und wird in fast jedem Jahr erweitert. Beim Betrachten bemerkte man gleich, mit wie viel Liebe zum Detail hier gebastelt wurde.

Auch sonst konnte man sehr viel schöne Dinge sehen, z.B. eine alte Handwerkergerasse in der Kerzen gezogen oder wie im Mittelalter Schuhe

hergestellt wurden. Hier war es nicht schwer sein Geld für schöne Dinge auszugeben. So kamen einige gegen 18:00 Uhr mit vollen Tüten und leerem Geldbeutel zum Treffpunkt zurück.

Um 18:00 Uhr trafen dann auch alle wieder an der Pyramide ein, außer zwei Mitglieder sie wollten zu einem späteren Zeitpunkt ins Hotel zurückkommen. So machte sich die Gruppe gegen 18:30 Uhr zurück zum Hotel auf.

Gegen 19:30 Uhr waren die zwei Mitglieder immer noch nicht da. Von denen sie hätten sich auf dem Nachhauseweg verfahren. Wie man sich im kleinen Saarland verfahren kann, bleibt sicher für jeden ein Rätsel. So gegen 20:00 Uhr fanden dann auch die letzten beiden Mitglieder zurück zur Gruppe zurück.

Das Abendessen war dann der Höhepunkt der Veranstaltung! Es wurde ein Erstklassiges vier Gänge Menü ausgesucht. Nach dem Essen hielt Martin noch eine kleine Ansprache. Er bedankte sich auch im Namen von Thomas Lehn für das so zahlreiche Erscheinen der Mitglieder bei einem neuen Programmpunkt im Vereinskalendar. Martin sagte man habe in 2006 wieder viel Vereinsarbeit geleistet und schöne Seminare veranstaltet sowie auch eine schöne Fünfjahresfeier gefeiert. Das Traurigste im Vereinsjahr 2006 war der Tod der zweiten Vorsitzende Selda Kara. Deren Tod hatte viele betroffen gemacht. Martin wünschte noch allen einen schönen Abend und frohe Weihnachten von Vereinsseite und einen guten Rutsch.

Danach gingen noch einige Teilnehmer zum nah gelegenen Nikolaus Rock nach Bosen. Die restlichen Teilnehmer ließen den Tag mit Gesprächen ausklingen.

Am Sonntag 10.12. hieß es dann nach einem reichhaltigen Frühstück wieder auf Wiedersehen sagen. Alle wünschten sich noch frohe Weihnachten und einen guten Rutsch und fuhren zurück nach Hause.

Alles in allem war es schön, alle zum Ende des Jahres einfach mal so sehen zu können um zusammen Spaß zu haben.

Das waren die Termine 2006

- 16-19.03.2006 Seminar. Infektion Dresden mit Mitgliederversammlung
- 01.04.2006 Vorstandsitzung
- 01.06. bis 04/05.06 Seminar Transplantation aktuell. 2006 Biedenkopf 5 jähriges Jubiläum Juni-de
- 03.06.2006 Bundesweiter Tag der Organspende
- 15.07.2006 Vorstandsitzung
- 20. bis 27.08.2006 Aktiv- und Wellnesswoche
- 16. bis 22.09.2006 Deutsche Nierenstiftung: Nierenwoche, bundesweit mit verschiedenen Angeboten
- 05. bis 08.10.2006 Seminar Coping-Bewältigungsstrategien bei Stress chronischer Krankheit und deren Folgeauswirkungen. Saarland
- 05.10..2006 Regio Saarland: Abendseminar Dialysezeit = Lebenszeit. Püttlingen
- 21.10.2006 Vorstandsitzung
- 09.12.2006 Regio Rheinland Pfalz Saarland: Jahresabschlussfeier St. Wendel

Seminarreferenten 2006

Seminar „Infektionen und Impfungen“

- Oberärztin Frau Dr. med. Ulrike Kullig Krankenhaus Dresden Friedrichstadt
- Oberarzt Dr.med. Sven Wollenschläger Krankenhaus Dresden Friedrichstadt
- Prof. Josef Fangmann, Chirurgische Klinik II Uniklinikum Leipzig.
- Dr. Uwe Jost, Gambro Hospal Deutschland GmbH
- Prof. Dr. J. Peter Guggenbichler Universitätsklinikum Erlangen
- Oberärztin Dr. med. C. Palm

- Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
- Dr. med. Wichmann Universitätsklinikum Carl Gustav Carus, Dresden
- PD Dr. med. Matthias Girndt Universitätsklinikum des Saarlandes
- Dr. Jatzwauk Uniklinikum Dresden

Seminar „Transplantation aktuell“

- Dr. med. Wolfgang Arns KFH Dialysezentrum Köln Merheim.
- Prof. Dr. med. Klaus Universitätsklinikum Marburg
- Prof. Dr. med. Anke Schwarz Medizinische Hochschule Hannover
- PD Dr. med. Wilfried Gwinner Medizinische Hochschule Hannover
- Prof. Dr. med. Fred Fändrich Transplantationszentrum der Universität Kiel
- Frau Psychologin Saskia Naujoks Uniklinikum Marburg.
- Prof. Dr. med. Karl Scherer

Abendseminar Überleben als Dialysepatient und Transplantiertes

- Dr. med. E. Fugger Dialysezentrum Püttlingen Saar
- Oberarzt Dr. med. Heine Uniklinik Saarland
- Oberärztin Dr.med. E. Wandel Johannes Gutenberg Uniklinik Mainz
- Prof. Dr. med. G. Krönung Kreiskrankenhaus Ottweiler

Seminar „Krankheitsbewältigung“

- Dipl. Psychologin Ingrid Weitzel Uniklinik Homburg
- Heike Detzen Privat
- Hildegart Schütz Privat
- Caroline Schmidt Privat
- Peter Kleer Junge Nierenkranke Deutschland e.V.
- Martin G. Müller Junge Nierenkranke Deutschland e.V.
- Herr Kimelman Caritas Klinik Saarbrücken
- Frau Dipl. Psychologin Mitzel
- Frau Margret Conrads Junge Nierenkranke Deutschland e.V.

- Herr Kimelman Caritas Klinik Saarbrücken
- Frau Dipl. Psychologin Mitzel
- Frau Margret Conrads Junge Nierenkranke Deutschland e.V.
- Frau Silke Nibegall
- Frau Nicole Scherhag Bundesverband Niere e.V.

Mitgliederzahl

Ende 2005 hatte der Verein 135 Mitglieder diese Zahl ist bis zum Ende 2005 auf 142 Mitglieder angestiegen.

Der Verein in der Presse

- Schwarzwald Baar Kreis
- Südkurier
- Der Dialysepatient
- Wochenspiegel Saar
- Saarbrücker Zeitung
- Diatra Journal

Dank an unsere Förderer

Um die sehr kostenintensiven Seminare und auch andere Aktivitäten durchführen zu können und die Vorstandsarbeit finanzieren zu können, ist der Verein darauf angewiesen, außer den Mitgliedsbeiträgen viel Geld von anderen Stellen zu bekommen. Auch im Jahr 2006 haben wir wieder das Glück gehabt, diese Gelder zu erhalten.

Daher bedanken wir uns bei:

- Unseren Fördermitgliedern, die unsere Arbeit selbstlos unterstützen und
- bei allen Spendern aus Industrie und Wirtschaft und auch Privat Spendern.

Ein herzliches Dankeschön auch an die Krankenkassen für die Zuschüsse zu unserer Arbeit, dies waren in 2006 im Einzelnen:

Bilder des Jahres 2006

- AOK Bundesverband
- Barmer Ersatzkasse
- DAK - Deutsche Angestellten Krankenkasse
- Techniker Krankenkasse
- HEK - Hanseatische Krankenkasse
- HZK - Krankenkasse für Bau- und Holzberufe
- KEH Ersatzkasse
- Gmünder Ersatzkasse
- BKK Bundesverband
- IKK Bundesverband
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen
- See - Krankenkasse
- Bundesknappschaft

Ihnen allen ein herzliches Dankeschön!

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.



Wir trauern

Im Jahre 2006 verstarb unsere 2. Vorsitzende Selda Kara.



Spruch zum Jahresabschluss

*Sobald man davon spricht,
was im nächsten Jahr
geschehen wird, lacht der
Teufel.*

(japanisches Sprichwort)

Impressum

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

Redaktion: Martin G. Müller

Layout: Martin Müller nach einer Idee von Paul Dehli

Titelbild:
Martin G. 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 Beiträge an die Redaktion räumt der Verfasser Juni-News alle Veröffentlichungsrechte ein.

Haftung Autoren:

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

Autoren dieser Ausgabe:

Martin G. Müller
Rainer Merz
Monika Centmayer
Christine Wörner
Stephanie Schrenker
Caroline Schmitt

Redaktionsanschrift:

Junge Nierenkranke Deutschland e.V.
Klausnerstr.8
66115 Saarbrücken
Tel: 0681/ 41717 23 - 4162829
E-Mail: Martin.Mueller@junge-nierenkranke.de

Spendenkonto:

Konto-Nr. 4798929
BLZ: 66650085
Bei der Kreissparkasse
Pforzheim - Calw