



# info



Nr. 176

Mitglieder-Magazin der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V.

Dez. 2017



## *Frohe Weihnachten*

Mit diesem winterlichen Motiv wünschen Ihnen Vorstand und Redaktion besinnliche Festtage und einen guten Rutsch ins neue Jahr.

Möge 2018 uns allen Gelegenheiten geben, vielfältige und geradlinige Wege zu Wohlbefinden und Zufriedenheit zu finden oder auf bereits eingeschlagenen Pfaden dorthin weiterzugehen.

# INHALT

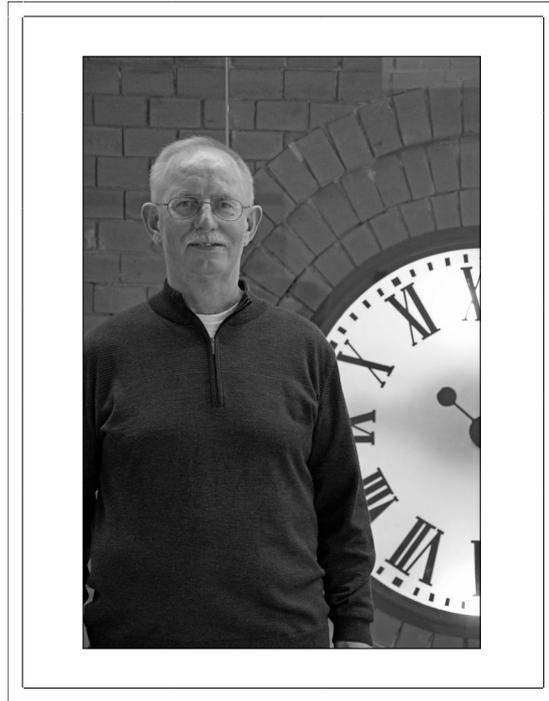
**INFO**  
**176**



<b>E</b>	<b>ditorial</b>	<b>03</b>
<b>D</b>	<b>ialysequalität bedenklich</b>	<b>04</b>
<b>N</b>	<b>eufer Arzttruf in Hamburg am Frühjahr 2018</b>	<b>06</b>
<b>O</b>	<b>ffen abgegebene Placebos wirken auch</b>	<b>07</b>
<b>N</b>	<b>eben- und Wechselwirkungen von Medikamenten</b>	<b>09</b>
<b>M</b>	<b>edikationsplan unzulänglich</b>	<b>10</b>
<b>M</b>	<b>edizininfos aus Berlin in aller Kürze</b>	<b>12</b>
<b>T</b>	<b>ermine</b>	<b>16</b>
<b>P</b>	<b>atientenseminar - so war's</b>	<b>18</b>
<b>G</b>	<b>losse</b>	<b>21</b>
<b>N</b>	<b>orddeutsches Shuntzentrum jetzt in Reinbek</b>	<b>22</b>
<b>I</b>	<b>mpressum</b>	<b>24</b>
<b>E</b>	<b>ntlassmanagement im Krankenhaus</b>	<b>25</b>
<b>S</b>	<b>chutz vor Grippe</b>	<b>27</b>
<b>S</b>	<b>elbsthilfe bei Herzinfarkt</b>	<b>28</b>
<b>R</b>	<b>adtouren 2018</b>	<b>29/30</b>

## Vorstand der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V.

Vorsitz:	Kerstin Kühn	☎ 040/79 30 27 78 E-Mail: kuehn@bnev.de
Stellvertretender Vorsitz:	Peter Stoetzer	☎ 040/85 33 79 36 E-Mail: PStoetzer@aol.com
Kassenführung:	Stefan Drass	☎ 040/64 89 10 87 E-Mail: Stefan.Drass@gmx.de
Schriftführung:	Jens Tamcke	☎ 04105/7058 und 01575/3371234 E-Mail: herr.ta@t-online.de
Besondere Aufgaben:	Joan Meins	☎ 040/642 80 25 E-Mail: jomume@freenet.de



Lieber Heinz,

Du hast Deinen Weg selbst gewählt und bist diesen Weg konsequent gegangen. Ich weiß, nicht jeder unserer Mitglieder oder Freunde geht mit meiner Meinung konform. Doch ich bewundere diesen Mut und die Entschlossenheit, die Du mit dem Verzicht auf Dialyse und dem Absetzen aller Medikamente gezeigt hast.

Du bist 71 Jahre geworden. Das ist heute kein Methusalem-Alter, aber Deinen eigenen Worten nach bist Du viel älter geworden, als die frühe Krankheit mit dem Nierenversagen vorherzusehen gewesen wäre. Du hast eine geliebte Tochter mit Enkelkind erleben dürfen. Ich weiß, Du hast dies immer wieder sehr freudig betont. Ich persönlich kann Deine Empfindungen besonders gut nachfühlen, nachdem ich heute mehr als doppelt so alt bin wie die besten Nephrologen Deutschlands mir zu meiner Studentenzeit vorhergesagt hatten und als Transplantierte mit Familie und

Enkeln doch ein eigentlich „gesundes“ Leben führen darf.

Du hast auch die Folgeprobleme lange Zeit geduldig ertragen – ohne zu klagen.

Dies ist nicht der einzige Grund, dass ich im Editorial über Dich schreibe.

Es gibt selbst in meinem sehr großen Bekanntenkreis wenige, auf die die Worte Johann Wolfgang von Goethes mit den ersten Zeilen seines Gedichts“ Edel sei der Mensch hilfreich und gut...“ so zutreffen wie auf Dich.

Wann immer wir in der Nieren-selbsthilfe Hilfe brauchten, Du warst da. Wir hatten beide den Lehrgang vom Bundesverband Niere zur Patientenbegleitung belegt. Du hast unverzüglich und mit großer Ausdauer unsere Aktivitäten im UKE begonnen, in Gesprächen mit dort hospitalisierten Nierenkranken, Nierentransplantierten und/oder Wartepatienten mit viel Zeit und Einsatz unterstützt. Sofern es Dir möglich war, Du warst immer zur Stelle. Stets freundlich, hilfreich und gut. Wir

haben viele Male auf der Mönckeburgstraße in Sichtweite des Rathauses gestanden und am Tag der Organspende für diese geworben.

Bei jedem unserer Veranstaltungen und Seminare hast Du Stühle mitgeschleppt für den Aufbau im Saal.

Kurz vor Deinem Ableben hast Du Dir Dein Lieblingsessen gewünscht, es bekommen und Dich dafür bedankt. Und mit Deinem letzten Wort hast Du dich noch einmal für Dein Leben bedankt und Dich mit einem „Danke“ bei Deiner Familie verabschiedet.

Heinz, wir alle werden Dich immer in herzlicher Erinnerung behalten ☺

**Im Namen von Vorstand  
und Redaktion  
Ihr/Euer**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Peter Staeger".

**Stellv. Vorsitzender  
Nieren Selbsthilfe Hamburg**

# DIALYSE QUALITÄT

In Hamburg reicht das Spektrum von recht gut bis recht bedenklich.

Den im nachfolgenden Text angesprochenen Beitrag im N 3 - Fernsehen können Sie im Internet unter folgendem Link ansehen:

<http://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/panorama3/Vorwuerfe-gegen-Dialysezentrum,panoramadreid2568.html>

Von Peter Stoetzer

**E**rstens: Menschen in chronischer Nierenerersatztherapie - ohne Dialyse oder Transplantation sterben sie.

Zweitens: Dialysepatienten sind ein Kostenfaktor für die Gemeinschaft der Versicherten.

Drittens: Sie sind eine Erwerbsquelle für die Betreiber, die behandelnden Ärzte und deren Personal.

Da sollten wir, als Vertreter der Betroffenen auch das Recht haben, eine gute Gegenleistung, respektive Behandlung einzufordern.

In Hamburg war die Qualität der Dialyse-Behandlung in früheren Zeiten immer gut bis sehr gut. Das lag an den Begründern der Hamburger Dialyse. Das waren gute, ethische Ärzte, vereint im Kuratorium..

Inzwischen hat sich die Dialyseszene in Hamburg gewandelt. Einige der ersten Dialyseärzte in Hamburg sind im Ru-

bestand. Mehrere große Unternehmen haben sich, teils mit Millionenbeträgen in Hamburg eingekauft, Einzelunternehmer haben neue Dialysen aufgemacht. Das hat auch damit zu tun, dass die Dialysepauschalen ein wirtschaftliches Arbeiten vor allem in größeren Einheiten rechtfertigt. Eine recht gut flächendeckende Behandlung wurde erreicht. Aber leider gibt es auch von einem „schwarzen Schaf“ zu berichten. Es lagen so viele Klagen vor, dass sogar das Fernsehen davon berichtete. Den Link zur Sendung am 22. August 2017 in der Sendereihe Panorama 3 finden Sie in der Überschrift. Es wird in dieser Sendung weder die Praxis noch werden Namen genannt. Insofern gibt es auch keine Aussagen von Seiten der Praxis, bzw. ist uns eine Stellungnahme nicht bekannt. Der Betrachter kann jedoch aus den Außenaufnahmen in dem Beitrag das Praxisgebäude der betroffenen Dialyse erkennen. Auch aus der Tatsache, dass

von drei Praxen gesprochen wurde und dass stets „sie“ verwendet wurde, kann auf die betreffenden Praxis schließen lassen. Wir haben uns entschieden, in dieser Info auf die Berichterstattung des NDR hinzuweisen, da uns auch für diese Praxis protokollierte Berichte von ehemaligen und aktuellen Patienten zu qualitativ nicht haltbaren Zuständen vorliegen. Auch ein ausführlicher Leserbrief der dieses belegt, liegt uns vor. Einige Patienten haben aufgrund dieser Zustände die Praxis gewechselt, was auch in dem Fernsehbeitrag erwähnt wurde.

Ein Gespräch mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg dazu hat leider nichts bewirkt. Die angesprochene Vertreterin der KVH hatte bei zwei Gesprächen leider keine Unterstützung oder irgendeine Maßnahme zugesagt. Ebenso wurde ein Brief an die Ombudsstelle der Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschmettert. Ein direktes Gespräch mit der

Ärztin war nutzlos und Zeitverschwendung. Wir werden die Entwicklung weiter verfolgen.

Um jetzt noch etwas konkreter zu werden, dürfen wir aus dem Leserbrief eines ehemaligen Patienten - stark gekürzt - zitieren:

- ...Die Ärztin kümmert sich nicht um die Patienten, weil sie keine Zeit dafür hat. Sie telefoniert häufig. Somit hat sie keine Zeit für ihre Patienten. Sie punktierte sogar mit dem Telefonhörer am Ohr die Patienten.
- Die Ärztin hat mehrere Dialysepraxen und aus organisatorischen Gründen ist es für sie nicht möglich, sich um alle Patienten und vor allem die Gesundheit der Patienten zu kümmern..... und sonst muss sie sich um das neue Personal kümmern. Die Schwestern bleiben nicht lange in der Praxis. So verlassen die Schwestern schnell die Praxis, und es werden jeden Tag neue gesucht....
- Ihre Schwestern sind nicht immer qualifizierte Fachkräfte..... Wenn eine Schwester im Dienst fehlt, müssen Azubis oder sogar Küchenhilfen bei der Dialyse helfen. Dadurch entstehen Engpässe. Patienten müssen etwa vierzig Minuten warten, bis sie punktiert werden.
- Azubis oder unqualifizierte Schwestern vergessen, Heparin-Klemmen aufzumachen oder Kalium-Kanister in Gang zu setzen. Epo-Spritzen werden oft vergessen und Medikamente, die für Patienten notwendig sind, werden auch in der Praxis einfach verges-

sen.

- Gewöhnlich arbeiten in der Praxis zwei Schwestern für dreißig Patienten. Abends, wenn fast alle Maschinen fertig sind, klingeln die Dialysepatienten alle, und die Schwestern oder die Küchenhilfen müssen das Klingeln ausmachen. Es entstehen lange Wartezeiten für die Patienten.... Taxifahrer sind genervt, wenn sie auf ihre Kunden lange warten müssen.
- Selbst als ich Schmerzen während der Dialyse hatte und eine Schwester die Ärztin darüber informierte, kam sie erst nach dreißig oder vierzig Minuten.
- Unter den Patienten in der Hauptpraxis waren zu meiner Zeit fünf Russen, fünf Türken, fünf schwererkrankte Menschen, fünf alte Patienten. Diese Menschen werden nie im Leben ein Wort gegen den Arzt sagen, denn sie haben alle Respekt und Angst vor einem Arzt.
- Eine ganz ....ungewöhnliche Methode in der Praxis ist es... den Natrium-Knopf an der Dialyse-Maschine auf 120 zu stellen (Normal ist 135 – 145 mmol). Jede Abweichung des Natriumspiegels führt zu Komplikationen. Das sind Verwirrtheit, Krämpfe, Koma, Bewusstlosigkeit und Persönlichkeitsveränderung, Gangstörungen und Kopfschmerzen und Übelkeit. Ein abweichender Natriumspiegel wird auch Hypo-natriämie genannt, und ich war selbst dreimal als Notpatient im UKE, denn nach der Dialyse und nach dem Entzug dieses Elektrolyts wurde ich schwerkrank. Der Notarzt, den ich

anrief, stellte eine Elektrolytverschiebung fest und wies mich in die UKE-Klinik ein. Die Ärztin begründet es, dass der Entzug von Natrium den Patienten helfen wird, nicht zu viel zu trinken und bessere Blutdruckwerte zu erzeugen. Für mich Unsinn! Ich war nach dem Entzug krank und habe in der Praxis Menschen gesehen, die kaum gehen konnten und taumelten und einen Taxifahrer um Hilfe gebeten haben.

- ...Ich habe der Ärztin eine ärztliche Untersuchung von meinem Kardiologen in die Hand gegeben, und die kardiologische Praxis hat dreimal Faxe als Kopie gesendet. Mein Kardiologe hat in dem Brief bestätigt, dass er gegen meine Nieren-Transplantation keine Einwände hätte. Die Ärztin erwähnte, sie hat gar keine Briefe oder Faxe diesbezüglich erhalten.
- Mein Chirurg war erstaunt, als er innerhalb von sechs Wochen zwei Leistenbrüche bei mir festgestellt hat. Einmal links und dann nach fünf Wochen rechts. Zehn Tage später platzte eine Nierenzyste in meinem Körper und verursachte stärkste Schmerzen und innere Blutungen, die zu einer Notoperation geführt haben. Mein Unterleib war voll mit starken Hämatomen bedeckt. Im Anschluss erfolgte die Überwachung in der Klinik für Intensivmedizin.
- Eine andere schädliche Spezialisierung in der Praxis war eine Heparin-Überdosierung. Die gefährliche Überdosierung von Heparin

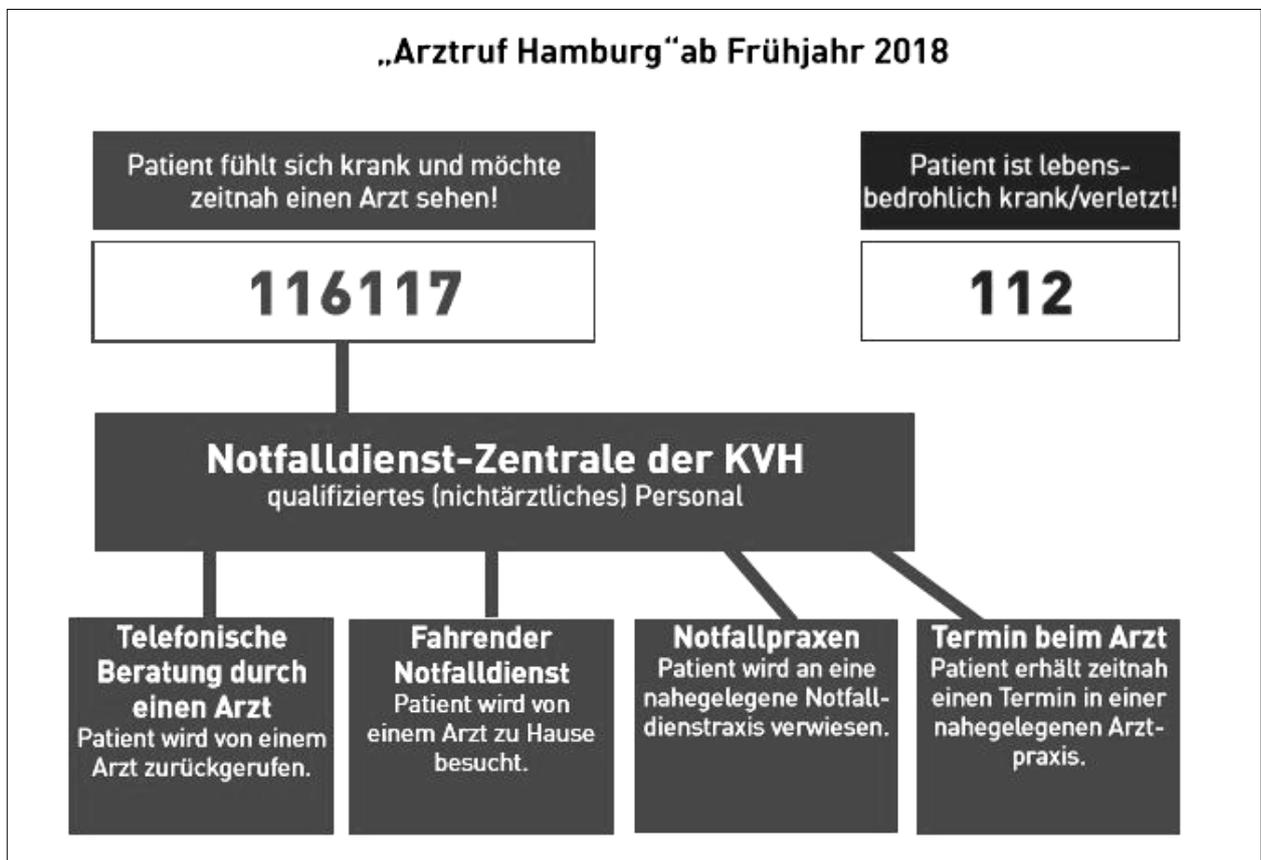
ist zuständig für ungewöhnliche Blutungen mit starken Schmerzen, alle Arten von Blutungen – Stuhl, Zahnfleisch oder Nase. Durch eine Heparin-Überdosis erlitten die Patienten und ich auch schwerverwiegende Blutungen im Inneren des Körpers.

- Viele Ärzte, die in der Praxis gearbeitet haben, haben schnell wieder gekündigt. Glasschilder vor der Praxis wurden alle paar Wochen gewechselt. Manchmal stand dort „Nephrologe“, dann

wieder „Kardiologe“, wobei in einem Fall der mitarbeitende Arzt ein Physiologe war. Wenn dieser für die Patienten nicht verfügbar war, kamen emeritierte/pensionierte Ärzte aus Lübeck oder Bremen in die Praxis und befragten die Patienten nach dem Befinden. Sie, die berenteten Ärzte, waren sehr nett. Weil sie aber nur alle zwei oder drei Monate in der Praxis waren, hatten Sie keinen Bezug zu den Patienten, und auch die Patienten wuss-

ten nicht genau, was sie über sich selbst oder über die Krankheit einer fremden Person berichten sollten. Eine schreckliche Situation für die Menschen, die krank sind, denn Dialysepatienten brauchen ständig einen Arzt, der sie laut Verordnung etwa zehn Minuten besuchen muss.

Außerdem ist uns der Name einer klagenden Patientin (das Verfahren hat inzwischen eine Krankenkasse übernommen) sowie die Namen weiterer Beschwerdeführer/Innen bekannt ☹



# AUCH OFFEN ABGEGEBENE PLACEBOS WIRKEN . . .

...wenn sie erklärt werden.

Bei manchen Beschwerden wirkt ein offen verabreichtes Placebo genauso gut wie ein Placebo, das als Täuschung abgegeben wird.

Eine wichtige Rolle bei der Vergabe eines Scheinmedikaments spielen die begleitenden Erläuterungen, wie Psychologen der Universität Basel und der Harvard Medical School im Fachjournal «Pain» berichten.

**D**ie erfolgreiche Behandlung bestimmter körperlicher und psychischer Beschwerden kann zu einem bedeutenden Anteil durch den Placebo-Effekt erklärt werden. Eine ethische Frage dabei ist, wie sich dieser Effekt nutzen lässt, ohne die Patientinnen und Patienten zu täuschen. Neuste empirische Studien zeigen, dass Placebos, die offen verabreicht werden, bei körperlichen Beschwerden wie chronischen Rückenschmerzen, Reizdarmsyndrom, episodischer Migräne und Rhinitis klinisch bedeutsame Effekte zeigen.

## ***Creme zur Schmerzlinderung***

Erstmals haben nun Forschende der Universität Basel mit Kollegen der Harvard Medical School die offene Placebo-Vergabe mit einer getäuschten verglichen. Dafür führte das Team eine experimentelle Studie mit 160 gesunden Probanden durch, denen am Unterarm ansteigende Hitze mittels einer Wärmeplatte zugeführt wurde. Die Studienteilnehmer wurden

gebeten, den Temperaturanstieg dann manuell zu stoppen, sobald sie die Hitze nicht mehr aushalten. Danach sollte der Schmerz mit einer Creme gelindert werden.

Bei dem Versuch wurde ein Teil der Probanden getäuscht: Ihnen wurde gesagt, dass sie eine Schmerzcreme mit dem Wirkstoff Lidocain erhalten, bei der es sich aber in Wirklichkeit um ein Placebo handelte. Andere Probanden erhielten eine Creme, die deutlich mit «Placebo» beschriftet war; sie wurden zusätzlich während einer Viertelstunde über den Placebo-Effekt, sein Zustandekommen und seine Wirkungsmechanismen informiert. Eine dritte Gruppe erhielt eine offene Placebo-Creme, jedoch ohne weitere Erläuterungen dazu.

Die Probanden der beiden ersten Gruppen berichteten nach dem Experiment von einer signifikanten Abnahme der Schmerzintensität und -unannehmlichkeit. «Die bisherige Annahme, dass Placebos nur wirken, wenn sie mittels Täuschung verabreicht werden, sollte neu überdacht werden», kommentiert Erstautorin

Dr. Cosima Locher von der Fakultät für Psychologie der Universität Basel das Ergebnis.

## ***Ohne Erläuterung stärkerer Schmerz***

Wenn ausführliche Erläuterungen über den Placebo-Effekt fehlten – wie in der dritten Gruppe –, berichteten die Probanden von deutlich intensiverem und unangenehmerem Schmerz. Bei der Placebo-Vergabe entscheidend sind demnach die begleitenden Informationen und die Kommunikation; die Forschenden sprechen hier von einem Narrativ. Damit unterscheidet sich der ethisch problematische Aspekt von Placebos, die Täuschung, möglicherweise nicht von einem transparenten und überzeugenden Narrativ: «Eine offene Abgabe eines Scheinmedikaments bietet neue Möglichkeiten, den Placebo-Effekt auf ethisch vertretbare Weise zu nutzen», so Mitautor Prof. Dr. Jens Gaab, Leiter der Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Basel.

# EIGENE MEDIKATION VERSTEHEN

Der nachfolgende Artikel ist nicht erschöpfend. Er soll lediglich auf einige der vielen Wechselwirkungen der gängigen Medikamente aufmerksam machen und auf die Wichtigkeit einer beständigen Kontrolle diesbezüglich hinweisen.

Von Maria Bandrowski

**F**ast jeder Patient hat die „schnellen Helfer“, rezeptfreie Schmerzmittel aus der Apotheke, zu Hause. Ein Griff in den Schrank kann sofort viele Beschwerden lindern. Allerdings sollten wir Nierenkranke auf eigene Faust diese Schmerzmittel nicht länger als ein paar Tage einnehmen. Denn unsere Leber und unsere Nieren sind besonders für Arzneimittel anfällig. Andererseits gibt es leider Medikamente, auf die wir nicht verzichten können. Wir leiden oft gleichzeitig an mehreren chronischen Erkrankungen, wie z.B. Bluthochdruck, Diabetes mellitus, Herzschwäche, Knochen- und Muskelschmerzen, und wir nehmen zusätzlich eine ganze Menge Tabletten ein. Deswegen ist es so wichtig, dass wir unsere eigene Krankheit und eigene Medikation verstehen.

Welche **Nebenwirkungen** (unerwünschte Arzneimittel-Ereignisse) können bei Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen auftreten:

- Bluthochdruck-Senker (u.a. sogenannte ACE-Hemmer) können Kopfschmerzen, Atembeschwerden, Reizhusten, Jucken der Haut und Muskelkrämpfe verursachen.
- Cholesterin-Senker (Statine) wirken, indem sie die körpereigene Bildung von "schlechtem Cholesterin" verringern und die Spiegel des "guten" erhöhen. Sie verursachen allerdings Atembeschwerden, Jucken der Haut, gelegentlich auch Schlaflosigkeit. Vor allem verursachen sie heftige Muskelkrämpfe, Sehnenerkrankungen, Gelenkschmerzen und sogar Muskelzerstörung.
- Magensäure-Blocker (PPI) wirken, indem sie die Säuremenge, die im Magen produziert wird, verringern. Werden diese Medikamente länger eingenommen, können sie unerwartete, heftige Beschwerden wie: Mineral, Calcium- und Vitaminmangel, blaue Flecken, Schlafstörungen, Gelenk- und Muskelschmerzen verursachen.
- Harntreibende-Mittel (Diuretika) sind wassertreibende Mittel, die Flüssigkeitsausscheidung aus dem Körper fördern. Sie werden eingesetzt, wenn ein Patient unter Wassereinlagerungen z.B. in den Beinen leidet. Weil mit dem Wasser auch Mineralsalze (wie Natrium, Kalium, Magnesium) ausgeschieden werden, gerät der Elektrolyt-Haushalt aus der Balance und gelegentlich treten Muskelkrämpfe auf.
- Herzmedikamente (u.a. Beta-Blocker) werden als Langzeitbehandlung gegen Herzinfarkt verschrieben. Die "blutverdünnenden" Mittel bewirken, dass die Herzgefäße sich weiten. Daher verursachen sie sehr oft eine Neigung zu Blutergüssen oder sogar zu Blutungen in allen Bereichen des Körpers.
- Zuckerstoffwechsel-Medikamente werden bei Mangel an Insulin eingesetzt. Durch die Verzögerung der Glukoseaufnahme aus dem Darm können Magen-Darm-Beschwerden auftreten. Gewichtszu- oder Abnahme sind weitere Folgen, die kontrolliert werden müssen.
- Immunsuppressiva sollen nach der Transplantation die neue Niere vor Abstoßung schützen. Für einige transplantierte Patienten stellen die Nebenwirkungen eine so starke Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität dar, dass sie daran denken, die Medikamente abzusetzen. Die meisten Nebenwirkungen der Immunsuppression sind häufige Infektionen, Atembeschwerden, Jucken der Haut oder Hautauschlag, Angstzustände, (auch Depres-

sion), Schlafstörungen, Muskelkrämpfe und Gelenkschmerzen. Eine sehr störende Angelegenheit ist das Zittern (Tremor).

Wenn ein nierenkranker Patient zu einem Facharzt, z.B. zu einem Orthopäden oder Kardiologen geht, wenn eine Erkältung oder eine Viruserkrankung im Anmarsch ist, müssen weitere Medikamente zu den "täglichen" kombiniert werden. Ohne Medikamentenplan hat ein Arzt auch keinen Überblick, welche Medikamente er bei einem Patienten mit Multimorbidität gefahrlos miteinander verordnen und abstimmen kann. Neben der verschreibungspflichtigen Arznei gehören auch frei verkäufliche Medikamente aus der Apotheke oder Drogerie. Oft werden dann Medikamente zusammen eingenommen, die möglicherweise **Wechselwirkungen** (Wirkstoffe verschiedener Medikamente, die sich gegenseitig beeinflussen) verursachen. Einige Wechselwirkungen sind so gravierend, dass man bestimmte Wirkstoffe nicht zusammen anwenden darf, z.B.:

- Bei Einnahme von Schmerzmittel wie Ibuprofen, Diclofenac und ASS-Tabletten z.B. Aspirin (bekannt unter der Kürzung NSAR) kann die Wirkung von anderen Präparaten verstärkt oder abgeschwächt werden.
- Schmerzmittel aus der NSAR-Gruppe können zu schweren Nierenschäden führen.
- Schmerzmittel aus der NSAR-Gruppe beeinflussen die Wirkung von Herzmedikamenten und blutdrucksenkenden Mitteln. Längere Zeit eingenommen können sie sogar zu Herzinfarkt, Schlaganfall und Nierenversagen führen.
- Schmerzmittel aus der NSAR-Gruppe und Kortison (Prednison) regelmäßig zusammen eingenommen können unerwartete Wirkungen hervorrufen. Sie führen zu verstärkten Salz- und Wassereinlagerungen. Außerdem greifen diese Wirkstoffe die Magenschleimhaut an und erhöhen die Blutungsgefahr.
- Schmerzmittel aus der NSAR-Gruppe mit Immunsuppressiva zusammen eingenommen verstärken deutlich die schädigenden Wirkungen auf die Nierenfunktion.
- Schmerzmittel aus der NSAR-Gruppe verstärken die Wirkung von Mitteln gegen Diabetes.
- Schmerzmittel können tatsächlich auch Schmerzen verursachen. Neueste Forschungen beweisen auch, dass sie unsere Emotionen und Empfindungen beeinflussen können.
- Die Dosierung von Arzneimitteln zur Behandlung von Magenproblemen (PPI) wie freiverkäufliche Säureblocker aus der Apotheke oder auch Omeprazol, während gleichzeitiger Einnahme von Herzmittel, Immunsuppressiva oder von Cholesterin-Senker, muss lt. neueste Forschungen streng von einem Arzt überwacht werden.
- Manche Antibiotika in Kombination mit Cholesterin-Senker (Statine) verstärken Muskelschmerzen.
- Manche Antibiotika lösen bei Diabetikern Zuckerschwankungen aus.
- Kalziumhaltige Produkten (z.B. Milchprodukte) bilden schwerlösliche Verbindungen und schwächen die Wirkung von Medikamenten wie z.B. Antibiotika und Schilddrüsenhormon L-Thyroxin.
- Mittel gegen Erkältung beeinflussen gerinnungshemmende Arzneien und können auch zum Anstieg des Blutdrucks führen.
- Einige Tabletten gegen Halsschmerzen können sogar Immunsuppressiva wie z. B. Sandimmun abschwächen.
- Johanniskraut kann die Wirkung von vielen Medikamenten deutlich verändern. Bei gleichzeitiger Einnahme von Immunsuppressiva kann es sogar zu Abstoßung der Niere führen.
- Grapefruit in Verbindung mit Cholesterin-Senker, blutdrucksenkenden Mitteln und Immunsuppressiva kann zu Orientierungsstörungen führen und Muskelschmerzen verstärken. Außerdem werden Medikamente langsamer abgebaut, bleiben also länger im Blut.
- Das wohlschmeckende Lakritz kann unerwartete, heftige Beschwerden verursachen.
- Alkohol wirkt blutdrucksenkend und daher kann die Wirkung von sehr vielen Medikamenten, die Herz-Nieren- und Leberkranke einnehmen, hemmen.
- Potenzmittel (z.B. Viagra) dürfen nicht von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingenommen werden. Herzmedikamente und Wirkstoff Sildenafil zusammen eingenommen bewirken, dass die Blutgefäße sich zu stark erweitern. Dadurch wird der Rückfluss des Blutes zum Herzen lebensbedrohlich beeinflusst.
- Abführmittel können die Wirkung von Herzmedikamenten verstärken.
- Einnahme von sog. Pillen

(auch Pflaster) können bei Frauen zu einer Blutdruckerhöhung führen und sogar Bluthochdruckmittel außer Kraft setzen.

- Beruhigungs- und Schlafmittel in Kombination mit sehr vielen Medikamenten können die Wirkung verstärken oder herabsetzen. Sie beeinträchtigen Blasen-schließmuskel, sodass bei Husten, Niesen und Lachen unbeabsichtigte Entleerung entsteht. Über einen längeren Zeitraum eingenommen, können sie abhängig machen.
- Bei der für Transplantierte empfohlene Darmspiegelung (Koloskopie), muss vor der Behandlung (Darmentleerung) auf phosphatfreie Mittel geachtet werden.

**Kaum jemand nimmt die äußerst bedenklichen Neben- und Wechselwirkungen der Medikamenten-Cocktails ernst!**

Für uns Patienten mit Multimorbidität gibt es wenig Alternativen. Daher muss ein Arzt, der über das Auftreten der Wirkungen informiert ist, den Patienten vor die Wahl stellen. Deshalb müssen wir Patienten die eigene Medikation verstehen. Dann sich selbst ehrlich eingestehen, was im Alltag

gesundheitliche Probleme bereitet, welche Medikamente wirklich wichtig sind und wie man mit anderen Möglichkeiten dagegenwirken kann. Vor allem Patienten mit mehreren chronischen Erkrankungen müssen das Risiko abwägen und sich bewusst mit allen Konsequenzen entscheiden.

Einen neuen Ansatz und Hilfe für die Patienten bieten auch Apps (einige davon gratis) oder Informationen im Internet, die auf Wechselwirkungen bei Eingabe der Wirkstoffe- oder Handelsnamen, hinweisen. Hilfe aus der Apotheke kann man immer in Anspruch nehmen und es ist sogar sehr ratsam.

Viele Ärzte verbinden heute Schulmedizin und alternative Heilmethoden, wie z.B. Akupunktur und Krankengymnastik, ganz selbstverständlich. Heilpraktiker bedienen sich vieler verschiedener Therapien, wie Bioresonanz, Chirotherapie, Osteopathie und Ayurveda, um Selbstheilungskräfte zu aktivieren und dann unseren Körper wieder ins Gleichgewicht zu bringen. Wir selbst können die Heilung auch gut unterstützen, indem wir z.B. statt Tabletten öfter auf pflanzliche Präparate ausweichen, inhalieren oder Salben

einreiben. Übrigens, auch Salben aus der NSAR-Gruppe werden vom Körper genauso resorbiert wie Tabletten! Außerdem sollen wir auch daran denken, dass manche Mittel gefährlich, verunreinigt oder nicht geeignet sein können.

Manchmal reicht es tatsächlich aus, bestimmte Tabletten morgens statt abends einzunehmen, z.B. Schilddrüsentabletten vor dem Frühstück. Manchmal reicht es, Magensäure-Blocker jeden zweiten Tag einzunehmen oder bei Schmerzen auf Novalgin umzusteigen. Manchmal reicht es, eventuell die Dosierung vom Arzt reduzieren bzw. ändern zu lassen. Manchmal helfen auch kleine Änderungen, wie z.B. auf entsprechende Ernährung und gute Versorgung mit Magnesium zu achten. Übrigens, wir Nierenkranke haben in der Drogerie bei freiverkäuflichen Nahrungs-Ergänzungsmitteln nichts zu suchen. Entspannungsübungen, die überall angeboten werden, lindern mit Sicherheit viele Beschwerden. Außerdem aktives Leben und Sport treiben verstärken das Gefühl, wieder die eigene Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen. Der Nephrologe als Partner hilft uns in jedem Fall den Überblick zu behalten ☺

**Auch unter uns gibt es Armut.**

Der Patientenhilfsverein der Hamburger Dialysepatienten braucht Ihre Unterstützung, um helfen zu können.

**Dialysehilfe Hamburg e.V.**

Tel. 040 - 57 99 44

IBAN: DE94200100200693769201

BIC: PBNKDEFFXXX (Hamburg)

Postbank Hamburg

# UNZULÄNGLICH

Seit gut einem Jahr haben viele PatientInnen Anspruch auf die Ausstellung eines Medikationsplans. Eine Untersuchung der hkk Krankenkasse hat nun ergeben, dass es bei der Umsetzung noch hapert.

## Von Jens Tamcke

**G**esetzlich versicherte Patienten, die dauerhaft mindestens drei verordnete Arzneimittel parallel anwenden, haben seit dem 1. Oktober 2016 Anspruch auf Erstellung und Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch ihren Arzt (wir berichteten - **INFO** Nr. 173, Seite 12). Die hkk Krankenkasse in Bremen hat unter der wissenschaftlichen Leitung des Bremer Instituts für Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung (BIAG) sowie der Universität Bremen eine Studie erstellt, die der Frage nachgeht, wie es sich mit der Umsetzung dieses neuen Elements des Gesundheitssystems verhält. Dazu wurden aus dem Kreis der hkk-Versicherten 1.000 Personen ausgewählt und angeschrieben, die im 4. Quartal 2016 einen Anspruch auf einen Medikationsplan hatten. 324 der Angesprochenen haben den vierseitigen Fragebogen zurückgeschickt. Daraus ergeben sich folgende Fakten:

- Nur 37,7 % haben einen Medikationsplan erhalten.
- 25 %, die einen Medikationsplan erhalten haben, wurden gar nicht oder nur unzureichend über den Sinn des Plans aufgeklärt.
- Fast 21 % waren weder über

den Nutzen noch über die Einnahmemodalitäten der verordneten Medikamente informiert wurden.

- 43 % wurden nicht darauf hingewiesen, den Plan auch zum Besuch anderer Ärzte mitzunehmen und ggf. ergänzen zu lassen.
- 51,6 % wurden nicht gefragt, ob sie sich zusätzlich rezeptfreie Arzneimittel in der Apotheke gekauft hätten.
- 32,5 %, die bei anderen Ärzten als dem Ersteller des Medikationsplans in Behandlung sind, wurden nicht nach dem Medikationsplan gefragt. Sofern der Medikationsplan bei diesen Arztkontakten überhaupt eine Rolle spielte, wurde dieser bei 14,3 % der befragten Patienten nicht ergänzt.

Die Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass die Einführung des Medikationsplans alles andere als rund läuft.

Das Ziel, eine höhere Arzneimitteltherapiesicherheit zu gewinnen und evtl. gesundheitlich unerwünschte Effekte durch die Einnahme mehrerer Arzneimittel oder Wirkstoffe zu vermeiden, ist damit bei weitem noch nicht erreicht. Die Frage ist, ob dieses Instrument überhaupt geeignet ist, dieses Ziel in ausreichendem Maße zu erreichen.

Wenn ich mir vorstelle, wie vie-

le Stellen an der medikamentösen Therapie beteiligt sein können - Hausarzt, Facharzt oder gleich mehrere einschl. Zahnarzt, Krankenhaus bzw. -häuser und der Patient selbst, dann kann ich mir vorstellen, dass der einst ausgestellte Medikationsplan schnell seine Aktualität verliert. Soll das nicht passieren, müsste bei jedem Arzt-Patienten-Kontakt routinemäßig spätestens am Ende ein Blick auf den Medikationsplan stehen und ggf. seine Aktualisierung und ein Neuausdruck vorgenommen werden. Bis sich das eingeschliffen hat, dürfte noch viel Zeit vergehen.

Und auch der Patient und die Patientin sind, das muss man wohl zugeben, nicht zu unterschätzende „Schwachpunkte“ in diesem System, denn möglicherweise haben sie den Plan nicht dabei, weichen in der Einnahme eigenmächtig von den Verordnungen ab oder er verschwindet in einer unaufgeräumten Ecke und ist nicht wiederzufinden. Und wahrscheinlich können sich viele PatientInnen die verordneten Medikamente ohne schriftliche Unterlagen merken.

Wer die anfangs erwähnte Untersuchung im einzelnen studieren möchte, kann dies auf der Internetseite der hkk Krankenkasse: [www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport#hkkgesundheit\\_sreport2017medikationsplan](http://www.hkk.de/infomaterial/hkk-gesundheitsreport#hkkgesundheit_sreport2017medikationsplan) ☺

# WICHTIGE MEDIZINISCHE INFOS AUS BERLIN

Am 28. und 29. Januar 2017 fand in Berlin das 12. Annual Post ASN-Meeting in Kooperation mit der American Society of Nephrology (ASN) und des Verbands Deutscher Nierenzentren (DN) e.V., dem nephrologischen Fachverband und der deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) e.V. statt.

Dabei werden von allen Referenten diverse Studien im Kurzdurchlauf besprochen und an Einzelfällen aus der Praxis erläutert.

Im Folgenden möchte ich die aus meiner Sicht wichtigsten Ergebnisse der Veranstaltung vorstellen, gebe aber zu bedenken, dass die Fülle der Informationen und die Brisanz der Forschungsergebnisse von mir als medizinischen Laien sicher nur in Ansätzen beschrieben werden können.

Wir danken der Autorin vom Verein Junge Nierenkranke Deutschland e. V., Regionalleitung Berlin.

## Teil II

Von Anja Sachs

**D**er dritte Vortrag dieses Tages und wurde von Herrn **Prof. Dr. Danilo Fliser** (Universitäts-klinikum des Saarlandes) gehalten. Er beschäftigte sich mit dem Thema

### ***Akutes Nierenversagen (AKI)***

1.

**Der Einfluss von akutem Nierenversagens auf die Funktion anderer Organsysteme.**

#### Leberversagen

Geht oft einher mit akutem Nierenversagen und ist mit einer hohen Sterblichkeitsrate verbunden. HRS = hepatorenales Syndrom ist eine funktionelle, progrediente

und potentiell reversible Abnahme der Nierenfunktion (glomerulären Filtrationsrate) mit der Folge eines oligurischen Nierenversagens bei Patienten mit Lebererkrankungen (Leberzirrhose oder fulminanter Hepatitis) bei fehlenden Hinweisen auf andere Ursachen einer Niereninsuffizienz (Ausschlussdiagnose). Durch die Ausschüttung von vasoaktiven (gefäßerweiternden/-verengenden) Substanzen kommt es dabei zu einer Verschlechterung der Nierendurchblutung.

#### Fazit:

- Bei Zirrhose tritt das akute Nierenversagen oft im Zusammenhang mit der akuten-chronischen Leberinsuffizienz (ACLF) auf.
- Pathophysiologisch bildet das

akute Nierenversagen keine Einheit mit der Zirrhose und bedarf daher einer gesonderten Behandlung.

- Terlipressin (= synthetisches Analogon von Vasopressin) und Albumin sind die Hauptbehandlungsmittel bei HRS, wirksamer als Albumin alleine. Aber akute tubuläre Nekrose (ATN) ist ein medizinischer Zustand in Verbindung mit dem Tod von tubulären Epithelzellen, die die renalen Tubuli der Nieren bilden. ATN präsentiert sich mit akuter Nierenverletzung (AKI) und ist eine der häufigsten Ursachen für AKI.
- Akutes Nierenversagen kann bei Hoch-Risiko Zirrhosepatienten wie folgt vorgebeugt werden:

- Entgiftung
- Albumin

## 2.

### **Akutes Nierenversagen, was ist zu tun? - Schwangerschaft**

#### Risikofaktoren für akutes Nierenversagen bei Schwangerschaft:

- Chronische Nierenerkrankung (Kreatinin unter 1,5 mg/dl)
- Proteinurämie (Eiweißausscheidung)
- Bluthochdruck
- Vorgeschichte: Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung)
- Vorgeschichte: Schwangerschaftshochdruck
- Vorgeschichte: TMA = thrombotische Mikroangiopathie
- Diabetes Mellitus
- Lupus-Nephritis

#### Weitere Aspekte:

- Hämodynamische Entwicklungen während der Schwangerschaft.
- Verschiedene Diagnoseverfahren des akuten Nierenversagens bei Schwangerschaft.
- Verschiedene Ursachen für akutes Nierenversagen bei Schwangerschaft:
  - In Verbindung mit der Schwangerschaft.
  - Unabhängig von der Schwangerschaft.
- Anhand bestimmter Bedingungen AKI bei Schwangerschaft vorhersehbar.
- Sichere Nieren-Biopsien auch unter Schwangerschaft möglich.

#### Fazit:

- Akutes Nierenversagen bei Schwangerschaft ist zum Glück selten, ist aber eine tödliche Gefahr bei Schwangerschaft.
- Das Verständnis der anatomischen und physiologischen Veränderungen ist kritisch zu

unserem Verständnis der verschiedenen Diagnosemöglichkeiten zu sehen.

- Bei der Entscheidung für das Diagnoseverfahren ist unbedingt auf das Schwangerschaftsstadium zu achten.
- Thrombotische Mikroangiopathie scheint uns vertraut, aber es gibt verschiedene Prozesse die unterschiedliche Behandlungsformen erfordern.

## 3.

### **Akutes Nierenversagen, was ist zu tun? - Onkologie**

- Es gibt eine Reihe neuer Behandlungsformen (Medikamente/Therapien) bei Krebserkrankungen in deren Folge ein akutes Nierenversagen auftreten kann.
- Das Auftreten eines akuten Nierenversagens ist mit einer höheren Sterblichkeitsrate verbunden.
- Das akute Nierenversagen entwickelt sich oft ca. 3 Monate nach Therapiebeginn. Es besteht ein hohes Risiko für eine auto-immun Reaktion der Niere (Hinweis: Die betroffenen Patienten haben vorher andere Probleme z. B. Hautreaktionen).

#### Fazit:

- Akutes Nierenversagen bei Krebserkrankung ist verbreitet.
- Akutes Nierenversagen ist besonders bedrohlich bei hämatologischen Krebserkrankungen.
- Biologische Therapien haben einheitlich Auswirkungen auf die Nieren.
- Neuartige Mittel können Einfluss auf die Nieren haben, die aber jetzt erst erkannt und beschrieben werden.
- Beweise für den Nutzen der HCO-HD (High-Cut-Dialyse)

bei Nierenfunktionsstörung bei Multiplem Myelom steht aus.

- Antikomplement-Therapien für Krebserkrankungen im Zusammenhang mit TMA kann bei ausgewählten Patienten sinnvoll sein.

## 4.

### **Nach Auftreten des chronischen Nierenversagens**

#### Chronisches Nierenversagen hat verschiedene Verläufe:

- Vollständige Erholung der Nierenfunktion.
- Entwicklung einer progressiven chronischen Nierenerkrankung.
- Progressive Verschlechterung der Nierenfunktion auf eine Vorstufe der chronischen Nierenerkrankung.
- Irreversibler Verlust der Nierenfunktion und Notwendigkeit eines Nierenersatzverfahrens.

#### Weitere Aspekte:

- Vor allem Patienten mit vielen Begleiterkrankungen erlangen nach einem akuten Nierenversagen ihre Nierenfunktion nicht mehr und haben ein erhöhtes Sterberisiko.
- Nach Auftreten eines einmaligen akuten Nierenversagens ist nach Wiedererlangen der Nierenfunktion mit einem erneuten akuten Ereignis zu rechnen.
- Wichtig: frühzeitige Einbeziehung des Nephrologen in die Betreuung.
- Zusammenhang: akute Nierenerkrankung – akutes Nierenversagen – chronische Nierenerkrankung.

#### Fazit:

- Wiederherstellung der Nierenfunktion nach akutem Nierenversagen sollte Ziel der Be-

- handlung sein.
- Wiederherstellung der Nierenfunktion sollte anhand eines ganzen Spektrums an Parametern gemessen werden, nicht nur an der GFR alleine.
  - Umfassende Ansätze zur Nutzung klinischer Daten, Biomarker und gesicherte Entwicklungen sind notwendig um dieses Ziel zu erreichen.

## 5.

### Nach Auftreten des chronischen Nierenversagens

Es ist allgemein bekannt, dass es eine enge Verbindung zwischen akutem Nierenversagen, Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung und der Notwendigkeit von Nierenersatzverfahren gibt.

Weniger bekannt: ein akutes Nierenversagen birgt in sich das Risiko, langfristig auch eine Kardiovaskuläre Erkrankung zu entwickeln:

- Bluthochdruck
- Herzinsuffizienz
- Myokardinfarkt/Ischämische Herzerkrankung

Daher geht es darum, etwaige Kandidaten für eine derartige Entwicklung zu erkennen und Behandlungsformen zu entwickeln, um die Risikofaktoren und damit die erhöhte Sterblichkeitsrate zu senken.

Wichtig: Die Zusammenhänge zwischen akutem Nierenversagen und dem erhöhten Risiko, eine Herzerkrankung zu entwickeln, bestehen auch weiter, wenn die Nierenfunktion wiedererlangt wurde.

#### Schlüsselpunkte:

- Akutes Nierenversagen ist verbunden mit entfernten Organereignissen.
- Im Erwachsenenalter ist akutes Nierenversagen verbunden mit anschließendem Bluthoch-

druck.

- Akutes Nierenversagen ist verbunden mit anschließender Herzschwäche und akuten Herzinfarktereignissen.
- Wie stark die Beziehung zwischen akutem Nierenversagen und chronischer Herzerkrankung ist, zeigt sich durch Bluthochdruck und Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung.

## 6.

### Nach Auftreten des chronischen Nierenversagens

#### Langzeitfolgen eines akuten Nierenversagens:

- Es besteht ein „Teufelskreis“ zwischen akutem Nierenversagen und Bluthochdruck, kardiovaskulären Ereignissen, erneutem akutem Nierenversagen, Entwicklung einer chronischen Nierenerkrankung bis hin zur Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie
- Wenn frühzeitig Nephrologen in die Behandlung einbezogen werden, geht die Sterblichkeit nach akutem Nierenversagen zurück.

#### Zusammenfassung:

- Die Anzahl der Patienten, die ein akutes Nierenversagen überlebt, steigt.
- Zahlreiche Forschungs- und Überwachungsdaten zeigen die Verbindung zwischen akutem Nierenversagen und Sterblichkeit, Entwicklung chronischer Nierenerkrankung, wiederkehrendes akutes Nierenversagen, kardiovaskulären Ereignissen und geringer Lebensqualität.
- Es zeigt sich eine enge Verbindung zwischen den Systemischen Erkrankungen, zwischen akuten und chronischen Ereignissen, zwischen akutem Nierenversagen und schweren Be-

gleiterkrankungen und Risikofaktoren für ein erneutes akutes Ereignis.

- Optimale Betreuung nach akutem Nierenversagen ist nicht definiert.
- Die Überlebenden einer akuten Nierenerkrankung unterscheiden sich von Patienten mit chronischer Nierenerkrankung auf verschiedene Weise.

## 7.

### Was ist neu bei der klinischen Behandlung des akuten Nierenversagens:

Vorhersage von akutem Nierenversagen und klinisches Ergebnis bei Nutzung einer Kombination von bekannten klinischen Parametern und neuen urämischen Biomarkern

Verschiedene Studien mit Biomarkern wurden durchgeführt (Vgl. klinische Routine):

- Vorhersage auf akutes Nierenversagen in allen Stadien (48h)
- Vorhersage auf akutes Nierenversagen in allen Stadien (7 Tage)
- Vorhersage von Tod bzw. Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie (30 Tage)

#### Zusammenfassung:

- Urin-NGAL (= neutrophiles Gelatinase assoziiertes Lipocalin, ein Eisen transportierendes Protein, das nach nephrotoxischen und ischämischen Beschwerden in den Nierentubuli und dem Urin schnell akkumuliert wird, wurde als früher, sensitiver und nicht invasiver Biomarker für akute Nierenschäden (AKI) vorgestellt) und Albumin unauffällig aber signifikant, verbessern die Vorhersage auf ein frühes oder spätes akutes Nierenversagen und die Vorhersage, ob Tod oder Dialysepflicht innerhalb von 30

Tagen bei schwer kranken erwachsenen Personen, im Zusammenhang mit klinischen Parametern.

- Die Nutzung aller aktuell vorhandenen Biomarker verbessert minimal die Vorhersage auf Sterblichkeit bzw. Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie, aber nicht die Diagnose des akuten Nierenversagens bei kritischen schwer kranken Patienten, im Vergleich zu den normalen klinischen Parametern.

### 8.

#### RIPC = Remote Ischemic Preconditioning bei Hochrisiko-Patienten in der Herzchirurgie

RIPC = wiederholte Minderdurchblutung einer Extremität durch wiederholtes Aufpumpen einer Blutdruckmanschette am Arm führt zu einem körpereigenen Schutzmechanismus des Herzens oder eines anderen Organs.

- RIPC führt zu einer Verbesserung der Transplantatfunktion nach Lebendnierenspende.
- Untersuchung des protektiven Einflusses auf die Nieren (Vermeidung des akuten Nierenversagens).

#### Zusammenfassung:

- RIPC ist sicher und kostenneutral und kann leicht in die Vorbereitung der Lebend-Nierenspende einbezogen werden.
- Eine Verbesserung der GFR in der Beobachtungsgruppe lässt erwarten, dass ein längeres Transplantatüberleben erreicht werden kann.
- RIPC hat Einfluss auf die Sterblichkeit und das Transplantatüberleben.
- Es wird empfohlen diese Intervention in die klinische Praxis zu übernehmen.

### 9.

#### WRF = worsening renal function = Verschlechterung der Nierenfunktion

#### Ausgangspunkt:

- Einige Studien zeigen, dass ein Anstieg des Serumkreatininspiegels verbunden ist mit einem schlechteren Endergebnis, aber: eine Verschlechterung der Nierenfunktion bedeutet nicht gleich akutes Nierenversagen.
- Verschlechterung der Nierenfunktion ist verbunden mit einer erhöhten Sterblichkeit.
- Verschlechterung der Nierenfunktion und Überleben (Rolle der Hämokonzentration).
- Stauungen im Bauchraum führen zu CRS = cardio renales syndrom.

Das neue Spektrum der Diagnose eines akuten Nierenversagens:

	Keine strukturelle Verletzung	Strukturelle Verletzung
Keine funktionelle Veränderung	Keine strukturelle und keine funktionelle Veränderung	Verletzung ohne Funktionsverlust
Funktionelle Veränderung	Funktionsverlust ohne strukturelle Veränderung	Verletzung mit Funktionsverlust

Bei einer akuten Herzerkrankung ist ein Anstieg des Serumkreatininspiegels nicht zwangsläufig mit einer Verletzung der Niere verbunden:

	Biomaker negativ	Biomaker positiv
Kreatininanstieg negativ	Keine strukturelle und keine funktionelle Veränderung	Verletzung ohne Funktionsverlust
Kreatininanstieg positiv	Funktionsverlust ohne strukturelle Veränderung	Verletzung mit Funktionsverlust

- Funktionsverlust ohne struktu-

relle Veränderung = hämodynamische Verschlechterung der Nierenfunktion

- Verletzung mit Funktionsverlust = „wahres“ AKI.

#### Zusammenfassung:

- Eine Verschlechterung der Nierenfunktion bei einer akuten Herzerkrankung heißt nicht, dass die Niere wirklich verletzt ist.
- Das Erreichen eines leichten Serumkreatininanstiegs führt zu einer Decongestion (Verschlechterung) und RAAS-Blockade wird gut toleriert und ist nicht verbunden mit einem schlechteren Endergebnis.
- Führt die Diurese nicht zu einer kontinuierlichen Verbesserung der Nierenfunktion, ist eine vorübergehende (transiente) Verschlechterung der Nierenfunktion besser als eine

ausdauernde (persistente) Verschlechterung der Nierenfunktion.

- Versuche die Nierenfunktion zu verbessern haben kein bes-

seres Endergebnis gezeigt ☹

# Monats-Treffen im Casino um 18.30 Uhr

beim Betriebssport Hamburg  
Wendenstraße 120  
S-Bahn Hammerbrook  
Buslinien 154 und 160  
(ab Berliner Tor bis Haltestelle Wendenstraße)

## und andere Aktivitäten

**Donnerstag, 11. Januar  
Restaurant „Hufschlag“**

**☞☞☞ Jahresfeier**

Der gemeinsame Abend zur Jahreswende gibt uns Gelegenheit, auf das vergangene Jahr zurückzublicken oder über die Zukunft im neuen Jahr zu philosophieren. Jedenfalls werden wir uns auf dem Gelände des Reitstalls Kruse in Bramfeld, Fahrenkrön 56, sehen, wenn Sie sich anmelden. Eine separate Einladung kommt noch oder ist schon da, wenn sie dieses Heft erhalten

**Donnerstag, 1. Februar  
Betriebssport Hamburg**

**☞☞☞ Monats-Treffen ohne Programm**

Hier bietet sich die Gelegenheit, sich zwanglos auszutauschen. Eine gesonderte Anmeldung ist nicht erforderlich.

**Donnerstag, 1. März  
Betriebssport Hamburg**

**☞☞☞ Mitgliederversammlung**

Wir bitten um zahlreiches Erscheinen aller Mitglieder. Angehörige und Gäste sind herzlich willkommen. Eine separate Einladung folgt.

**Donnerstag, 5. April  
Betriebssport Hamburg**

**☞☞☞ Monats-Treffen ohne Programm**

Hier bietet sich die Gelegenheit, sich zwanglos auszutauschen. Eine gesonderte Anmeldung ist nicht erforderlich.

**Donnerstag, 3. Mai  
Betriebssport Hamburg**

**☞☞☞ Monats-Treffen ohne Programm**

Hier bietet sich die Gelegenheit, sich zwanglos auszutauschen. Eine gesonderte Anmeldung ist nicht erforderlich.

**Sonnabend, 5. Mai**

**☞☞☞ Radtour Nr. 9**

Diesmal fahren wir hoffentlich tatsächlich durch die Haseldorfer Marsch. Ersatztermin für den regenbedingten Ausfall im Sommer 2017.

Das Radtouren-Programm für 2018 finden Sie auf Seite 30.

Laufend aktualisierte Informationen über unsere Veranstaltungen finden Sie auf unserer Internetseite: [www.Nieren-Hamburg.de/Aktuelles/Termine](http://www.Nieren-Hamburg.de/Aktuelles/Termine).

Weitere Fragen beantwortet Ihnen: Kerstin Kühn  
Telefon: 040 - 79 30 27 78 oder E-Mail: [kuehn@bnev.de](mailto:kuehn@bnev.de)

# ERFOLGREICHES PATIENTENSEMINAR

Im November 2017 fand das gemeinsam von Nierenselbsthilfe und Lebertransplantierten organisierte Patientenseminar zum 12. Mal statt.

Von Peter Stoetzer

Unser 12. Patientenseminar war ein voller Erfolg – so sagten es uns alle Teilnehmer, die wir gefragt haben oder die es uns kommentierten. Das lag

1. an der großen Besucherzahl von 130 Teilnehmern und
2. an den sehr guten Referentinnen bzw. Referenten, die die beiden eng kooperierenden Veranstalter, die Nieren SHH e.V. und die Lebertransplantierten Deutschlands e.V. gemeinsam ausgewählt und für einen Vortrag gewonnen hatten.

Das gleiche gilt für den Dankgottesdienst, den wir erst in den letzten Tagen zu einer ökumenischen Andacht komplettieren konnten. Neben der lokalen Pastorin Katharina Davis konnten wir dank der Beziehungen von Hans-Walter Ramm zum katholischen Bistum wenige Tage vor dem Sonntag Pastoralreferentin Silke Meemken gewinnen, um den katholischen Teil zu übernehmen. Es war ein mit etwa 100 Teilnehmern sehr gut besuchter Dankgottesdienst mit der einfühlsamen Einführung von Frau Davis und einer hervorragenden, sehr gut auf



Katharina Davis

die Organspende bezogenen Predigt von Frau Meemken.



Silke Meemken

Im Seminar hatten wir eine Referentin und zwei Referenten. Sie waren allesamt sehr gut und für uns Betroffene in ihrer Thematik passend. Es fällt schwer, ein Resümee zu schreiben, ohne nicht einige der vielen guten Aspekte zu vergessen. Daher werden wir am

Ende alle Adressenhinweise wiedergeben, falls der eine oder andere Leser nachfragen möchte.

Unser Eingangsreferat wurde von der durch mehrere Bücher, Schulungen und Seminare bekannten Diplompsychologin **Dr. Mirriam Prieß** gehalten. Sie ist auf Krisenbewältigung und Burnout-Syndrom spezialisiert.



Dr. Mirriam Prieß

Von ihren Folien will ich nur drei Folien, die sie uns zur Verfügung gestellt hatte, inhaltlich wiedergeben:

Krisen brauchen immer den Dialog. Ein Dialog braucht immer zwei Seiten; auch bei einem Eigendialog mit sich selber.

## 1. Ich:

### ▪ Interesse

Bin ich an dem anderen und

seiner Position interessiert, oder nur daran, von meiner Meinung zu überzeugen?

#### ▪ **Offenheit**

Bin ich offen für die Meinung des anderen und bereit, meine eigene Welt zu verlassen? Bin ich offen, für meine eigenen blinden Flecke, bereit, möglicherweise herauszufinden, dass ich mich geirrt habe? • Verstehe ich den anderen nicht nur rational, sondern auch emotional? Augenhöhe? • Fühle ich mich dem anderen gegenüber klein? Blicke ich auf den anderen herab? • Augenhöhe sich selbst (Stärken UND Schwächen) gegenüber?

### 2. Dein Gegenüber

(der Dialogpartner)

#### ▪ **Empathie**

Bin ich dazu in der Lage, mich auf den Platz des anderen zu setzen und (emotional und rational) nachzuvollziehen, wie er sich in der Situation fühlt?

#### ▪ **Respekt/Wertschätzung**

Kann ich den anderen respektieren und in seiner Person annehmen – fernab von seiner/s Position, Alters, Geschlechts, Status, Religion?

### 3. Selbstbewusstsein

(eigene Augenhöhe)

- Bin ich bereit und stark genug, die eigene Welt zu verlassen – ohne mich selbst zu verlieren?

Der innere Dialog ist Voraussetzung für äußeren Dialog. Wer mit sich selbst nicht im Gleichgewicht steht, kann der Umwelt kein starkes und standhaftes Gegenüber bieten.

An einer Frage aus dem Publikum wird dies gut ersichtlich:

Ein Kind mit einer sehr schlechten, belasteten Kindheit kann nichts mehr daran ändern. Es muss damit leben. Aber es kann ab sofort sich neue Wege

und neue Ziele vorgeben. Die Zukunft ändern.

Unser zweiter Referent, Prof. Dr. Michael Amling vom UKE, trug dann in seinem Referat mit sehr eindrucksvollen, oft witzigen Bemerkungen auch für mich Neues, Wichtiges zu Knochen und Osteoporose vor:



Prof. Dr. Michael Amling

1. Was wohl wenige von uns wissen: Unsere Knochen sind immer nur max. 6 Jahre alt (abgesehen von dem Gehörknöchelchen). Sie bauen sich ab (Osteoklasten) und gleichzeitig wieder auf (Osteoplasten), gesteuert von Osteozyten.

2. Also ist es wichtig, die aufbauenden Teile aktiv zu halten. Kleinkindern gibt man Vitamin D. Nach drei Jahren wird dies heute eingestellt. Völlig falsch: Sie sollten weitergegeben oder, wie bei den meisten Transplantierten, mit täglich oder wöchentlich gegebenem D2, z. B. Dekristol, fortgeführt werden. Denn im Norden Europas reicht die Sonne nicht aus, das für den Wiederaufbau der Knochen notwendige D2 zu erlangen.

- Vier von fünf Knochenbrüchen wären vermeidbar. Ein

Teil ist dem Mangel an Calcium oder dem Abbau auf Grund von Magensäureblockern/Protonenpumpenhemmern (PPI) geschuldet. Diese

- stören die Calciumaufnahme,
- verursachen Osteoporose/Brüche.
- Therapie: Calciumglukonat oder Calciumcitrat

Also fragen Sie Ihren Arzt, denn es gibt neuere und bessere Mittel.

Unser drittes Referat war ebenfalls ein Wirbel mit wichtigen Empfehlungen. Unser Referent, Prof. Dr. med. Jürgen Steinhoff, ist eben sowohl Arzt als auch Pharmakologe.



Prof. Dr. Jürgen Steinhoff

Selbst ich, der sich nun seit über 30 Jahren in der Szene mit vielen Menschen unterhält, habe dazugelernt. Ich weiß nun, dass ein Einbruch meiner Krea-Werte vermutlich die Folge einer Knoblauchkur ist, bei der ich meine Frau begleitete.

Ich will einige der Informationen im Folgenden wiedergeben:

***Arztverschreibung und/oder Selbstmedikation – wo liegen die Gefahren?***

- Niere und Autoregulation – Neben/Wechselwirkungen
- Kalium und Azidose
- Lakritz
- Magensäure-Hemmer – PPI
- Phosphat
- Gerinnungshemmer – Marcumar – NOAK
- Leber – Cytochrom P 450 – Cyp3A4

Ganz wichtig ist für Dialysepatienten, auf das Produkt aus Calci-

um und Phosphat (Multiplikation der Werte) zu achten. Genauso wichtig und, für mich ein Novum, ist das bei der Vorbereitung einer Koloskopie) Darmspiegelung zu beachten. Von sechs Mitteln, die es gibt, um den Darm leerräumen, ist die Hälfte für uns ganz verboten, da diese phosphatbasiert sind. Die anderen drei sind unbedenklich.

Dass Grapefruit für uns verbo-

ten ist, ist inzwischen hinlänglich bekannt: Gleiches gilt für Lakritz und Johanniskraut.

Vor Beginn der Referate und zum Kaffee nach dem zweiten Referat wurden wir gut versorgt durch den von uns beauftragten Caterer. Mit einer nur kleinen Zeitzugabe konnten wir dieses lehrreiche und gut besuchte Patientenseminar beenden



Fotos: Chr. Marsig/P. Stoetzer



Die Vorsitzenden der beiden veranstaltenden Vereine bedankten sich bei allen, die zum Gelingen der Veranstaltung beigetragen haben. Ein Dank ging auch an die Familien für die finanzielle Unterstützung.

# U (H) RNÖTE

Eine Serie aus dem letzten Jahrhundert neu gemixt: Gereimtes und Ungereimtes zur richtigen Dialysebekleidung, Teil 7

Von Peter Stoetzer

Schon wieder bin ich zu spät an der Maschine. Diese Tatsache an sich wäre gar nicht so schlimm, denn ich könnte ja einfach später ausbinden. Wären da nicht die strengen Blicke der netten Schwester, und auch der Dialysearzt hat den Zeigefinger leicht erhoben. In Zukunft will ich also immer pünktlich sein. Es muss etwas geschehen!

Gedacht, getan. Am nächsten Tag führt mein Weg zum Uhrmacher. Ich will mir eine Uhr kaufen, um die Zeit rechtzeitig angezeigt zu erhalten, die genaue Zeit natürlich. Also muss eine präzise Uhr her. Eine mit allen Schikanen: Stoppuhr, Timer, Wecker, Mondphasen - kann ja vielleicht auch für die Dialyse wichtig sein, Temperatur sowieso, Höhenanzeiger (für den Sommerurlaub in den Bergen) und dann natürlich auch noch die Stunden und Minuten.

Wie wäre es mit etwas Noblem, etwa eine mit dem letzten Buchstaben des griechischen Alphabets: Ω als Markennamen, weil damit, wie jeder eifrige Fernsehzuschauer weiß, meist die Skifahrer beim Rennen chronometrisiert werden, oder gar an eine von Tag Heuer, dem Schweizer Uhrenhaus, das so noble Stoppuhren baut. Dann stelle ich jedoch bei näherem Hinsehen fest, wie schwer es doch ist, die Stunden und Minuten zwischen all den

Zeigern und Zifferblättern zu erkennen. Und schließlich meine ich, dass eine Wasserdichtigkeit bis 100 Meter Tauchtiefe (bei solchen Uhren Standard) für die Dialyse nicht unbedingt notwendig ist. Auch habe ich als Dialysepatient nicht genug Zeit für den zweiwöchigen Lehrgang, um alle Funktionen zu erlernen.

Ich will es einfacher. Etwas ganz Einfaches, weder spitz noch eckig, nicht groß wie eine Untertasse, kein Hologramm als Anzeige, keine Hufeisenform und nicht bunt wie ein Pfeilgiftfrosch. Das Zifferblatt braucht keinem Bild von Miró zu gleichen, die Zeiger sollen Zeiger sein und keine rotierenden Punkte oder Scheiben mit Pfeilen. Also weg mit Glas, Plexiglas oder buntem Plastik.

Zudem will ich auch nicht an der Dialyse mit der Uhr für meine Hobbies durch eine Tennisuhr, Admiralsuhr mit Flaggen für die christliche Seefahrt, Golf- oder Playboy(=Häschen)-Uhr signalisieren (protzen wäre da vielleicht die ehrlichere Vokabel).

Ich bleibe also bei Chrom, Gold oder allenfalls der Flugzeuglegierung Titan. Platin scheidet sowieso wegen des teuren Preises aus, auch wenn dieser an der Börse wieder fallen sollte.

Leider muss eine digitale Uhr, die schön ist, noch erfunden werden. Da hilft auch nicht das Argument, dass eine Digitaluhr »von der Stange« heute billiger ist als

eine Batterie vor fünf Jahren. Mir hilft auch nicht, wenn die Digitaluhr mit einer analogen Zeigeruhr in einem Gehäuse gemeinsam untergebracht ist. Denn als Dialysant bin ich nicht der „Durch-die-Welt-Jetter“, der die Uhrzeit zweier Kontinente gleichzeitig benötigt.

Ich will nur pünktlich zur Dialyse sein, und die richtige Uhr habe ich trotz großer Auswahl nicht gefunden. Also packe ich das Übel an der Wurzel: Ich fahre zur Dialyse einfach früher los, dann komme ich auch rechtzeitig an. Dazu reicht immer noch die mechanische Küchenuhr, die mir seit vielen Jahren treu gedient hat. Und während der Dialyse sollte die Uhr ohnehin von Handgelenk genommen werden - der Hygiene wegen. Für die dann kommenden vier bis fünf Stunden tut es die Klinikuhr allemal, oder- wenn ich schon an eine neue moderne Maschine angeschlossen bin, rufe ich die digitale Restzeitanzeige einfach ab oder warte bis die computerisierte Dialysemaschine piepst.

Wenn ich trotz des ganzen Uhrstudiums keine Entscheidung finde, muss ich darauf warten, dass mir meine Frau u(h)rplötzlich einen Zeitmesser ihrer Wahl schenkt. Und diese Uhr sollte sich dann auch automatisch von der Winter- auf die Sommerzeit umstellen, damit ich nicht wieder zu spät komme bzw. 6 Monate später eine Stunde zu früh - und das will ich schon gleich gar nicht ☹

# UMGEZOGEN

Am 1. April 2017 wurde das Norddeutsche Shuntzentrum im Krankenhaus Reinbek eingerichtet.

Von Jens Tamcke

Auf unserer Internetseite ist schon seit längerem nachzulesen, dass Herr Dr. Frank Johnsen das im Krankenhaus Barmbek angesiedelte Shunt Zentrum Hamburg verlassen und am 1. April dieses Jahres im St. Adolf Stift in Reinbek das Norddeutsche Shunt-Zentrum gegründet hat. Das dürfte sich in Dialysekreisen inzwischen herumgesprochen haben.

Seit Juli ist auch die zweite Barmbeker Ärztin, Frau Dr. Isabell Jester, ebenfalls als Shuntchirurgin und Sektionsleiterin in Reinbek tätig. Damit ist das Norddeutsche Shunt-Zentrum komplett. Dies war für uns Anlass, mit beiden Medizinerinnen ein Gespräch vor Ort zu führen, mehr über das Leistungsspektrum und die Einbindung in den Krankenhausbetrieb zu erfahren sowie uns die Räumlichkeiten vor Ort anzusehen.

Am 25. Oktober wurden Peter Stoetzer und ich sehr freundlich im 3. Stock des Krankenhauses begrüßt. Es stellte sich sofort eine ungezwungene und offene Gesprächsatmosphäre ein, die darauf schließen lässt, dass man sich als PatientIn gut aufgehoben fühlen kann.

Uns interessierte eingangs die naheliegende Frage, was zwei vielbeschäftigte und hochspezialisierte Ärzte dazu veranlasst, einer

großen Klinik in der Großstadt den Rücken zuzukehren und dieselbe Tätigkeit in einem Krankenhaus am Stadtrand fortzusetzen.

Ausschlaggebender Punkt für das Krankenhaus in Reinbek war laut Dr. Johnsen die vorbildliche interdisziplinäre Behandlung, die aufgrund der vielen Begleiterkrankungen bei nierenkranken Patienten besonders wichtig sei. Diese werde im Krankenhaus Reinbek durch kurze Wege und optimale Zusammenarbeit der verschiedenen Abteilungen auf einem hohen Level gewährleistet. Sei es in der Radiologie, Nephrologie oder Kardiologie.

Dr. Jester ist überzeugt: Im Krankenhaus Reinbek als Institution mit christlicher Tradition steht der Patient noch im Mittelpunkt. Das ist wichtig für die oft schwer erkrankten Patienten, die von einer guten medizinischen Behandlung, aber auch von menschlicher Nähe besonders profitieren.

Das St. Adolf-Stift ist ein 1884 von Ordensschwestern gegründetes Krankenhaus direkt neben dem Hamburger Bezirk Bergedorf. Wirtschaftlichkeit sei auch in einem christlichen Krankenhaus wichtig, um am Markt bestehen zu bleiben und notwendige Zukunftsinvestitionen tätigen zu können. Der Gewinn werde aber ins Haus gesteckt, um zu wachsen und auf dem neusten Stand der Medizin und Technik zu sein. An-

ders als in manchen anderen Krankenhäusern gebe es jedoch kaum Konkurrenz zwischen den Abteilungen um Fallzahlen und damit Patienten. Der kranke Mensch werde in der Klinik und von den Experten behandelt, die medizinisch geboten seien. Die Teamarbeit wird groß geschrieben, auch weil sie vom Haus gefördert wird.

Im weiteren Verlauf des Gesprächs kamen wir auf die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen auch auf Dialyse-Seite zu sprechen. Damit meinten wir die nahezu vollständige Übernahme der Dialysepraxen durch große Medizin-Konzerne (so jedenfalls in Hamburg und Umgebung) und vermutete Auswirkungen für Personal und Patienten.

Tatsächlich berichten Patienten auch den Reinbeker Ärzten, dass es in den verkaufte Praxen zu Umstrukturierungen käme. Dr. Johnsen macht deutlich, dass er die Situation in den Praxen selbst nicht beurteilen kann.

Grundsätzlich wäre es trotz der allgemein wachsenden Arbeitsverdichtung und dem verbreiteten Fachkräftemangel in der Pflege wünschenswert, wenn im täglichen Arbeitsablauf noch Zeit zur Verfügung stehen würde, die Funktionsfähigkeit des Shunts im Verlauf zu beobachten und den Shunt durch Tasten, Abhören oder mit Ultraschall zu untersu-

chen, um Probleme frühzeitig zu erkennen.

Denn ist der Shunt erst einmal verschlossen, muss in der Regel auch eine Operation durchgeführt werden, um das mitunter große Blutgerinnsel aus der Shuntvene zu entfernen. Erst im zweiten Schritt wird dann während der Operation die Problematik detektiert, die den Verschluss mutmaßlich herbeigeführt hat, und korrigiert. Dieses Szenario erfordert immer einen stationären Aufenthalt und manchmal sogar eine vorübergehende Dialyse über einen Katheter, wenn die Kaliumwerte bei Aufnahme so schlecht sind, dass eine Operation nicht möglich ist.

Ist der Shunt noch nicht verschlossen, weist aber eine Problematik auf, lässt er sich – auch für die Shuntchirurgen - viel besser untersuchen. Manchmal kann eine Operation umgangen werden und der Shunt mit Kathetertechnik ambulant wieder flott gemacht werden.

Das Norddeutsche Shunt Zentrum plant, durch das Angebot von Fortbildung für das Dialysepersonal mehr Freude und Interesse am Thema Dialysezugang zu wecken, Untersuchungsmethoden zu vermitteln und die Sensibilität zu erhöhen.

Außerdem wäre es wünschenswert, die Patienten selbst mit ins „Boot ihrer Gesundheit“ zu holen und sie anzuleiten, ihre „Lebensader“ sorgfältig selbst zu überprüfen. So könnten auch sie eventuelle Auffälligkeiten oder eindeutige Hinweise auf Funktionsstörungen aktiv bei der Dialyse melden.

Bei Problemen oder auch bei eventuellen Zweifeln könne die Shunt-Sprechstunde, eine Einrichtung des Norddeutschen Shunt-Zentrums, unter der Tel. Nr. 040/7280-5444 erreicht werden.

In diesem Zusammenhang betonen Dr. Jester und Dr. Johnsen, die Neuanlage eines Shunts oder spätere Operationen am vorhandenen Shunt seien für sie keine singulären Ereignisse, sondern ein

Prozess und dieser erfolge aus einer Hand: Der Arzt, der die Patienten in der Sprechstunde sieht, plant dort gemeinsam die OP, bespricht sie mit dem niedergelassenen Nephrologen und eventuell weiteren Experten im Haus und führt sie dann auch selbst aus. Das ist für das Ergebnis und damit für die Patienten optimal.

Als Teil eines Prozesses planen die beiden Shuntchirurgen die Shuntanlage, aber auch die Shuntreparaturen, immer auf lange Sicht, da ja in der Regel für einen jahrzehntelangen Verlauf die Nierenfunktion über die „Lebensader“ ersetzt werden muss. So sollte der nächste Schritt auch immer nicht nur im Hinterkopf vorhanden, sondern auch auf den ausführlichen Shuntskizzen ersichtlich sein, die archiviert werden, aber auch den Patienten mitgegeben werden und Patient sowie behandelndem Nephrologen Übersicht und Auskunft geben.

Dr. Jester und Dr. Johnsen sind Fachärzte für Gefäßchirurgie. Sie



führen seit vielen Jahren zusammen ca. 1.000 Operationen jährlich ausschließlich rund um den Dialysezugang durch. Dadurch ist über lange Zeit ein enormes Erfahrungs- und Fachwissen entstanden, das den behandelten DialysepatientInnen zugutekommt

Alle anderen gefäßchirurgischen Eingriffe werden von den Ärzten des Gefäßzentrums im Krankenhaus Reinbek, dem sie organisatorisch zugeordnet sind, durchgeführt.

Die Patienten profitieren von einem interdisziplinären Angebot aus Shuntchirurgie, nephrologischer Betreuung mit Dialyse, „klassischer“ Gefäßchirurgie (mit der Möglichkeit der Anlage eines Peritonealdialysekatheters), interventioneller Radiologie (mit jahre-

langem Erfahrungsschatz bzgl. Shuntpatienten), Angiologie, Kardiologie, Diabetologie und dem gesamten Spektrum der Inneren Medizin, sowie Schmerzmedizin, Palliativmedizin und endokrine Chirurgie für die Nebenschilddrüsen-Chirurgie.

Diese gelebte Interdisziplinarität, das wurde von unseren Gesprächspartner mehrfach betont, ist der große Vorteil im Krankenhaus Reinbek. Das gilt zum einen auf räumlichem und organisatorischem Feld, vor allem aber auf fachlichem, kollegialem und menschlichem Gebiet. So ist sowohl das Norddeutsche Shunt Zentrum mit der Shunt-Sprechstunde als auch das Gefäßzentrum und die Dialysestation, die gerade von 11 auf 16 Plätze

erweitert wird, auf derselben Etage untergebracht. In Zukunft steht noch die räumliche Integration einer eigenständigen Sektion für Nephrologie an, so dass dann der nierenkranke Patient ohne lange Wege im wahrsten Sinne rundherum versorgt werden kann

Aus unserem Gespräch nahm ich das Gefühl mit, dass hier der und die Nierenkranke sicher sein können, dass ihre bzw. seine Sorgen, Zweifel, Ängste und Bedürfnisse an erster Stelle und im Mittelpunkt stehen.

Bei unserem Rundgang durch die Räume hatte ich das Gefühl, dass das Menschliche einen hohen Stellenwert genießt, eine Seltenheit im heutigen, effizienzgetrimmten Medizinbetrieb. Uns PatientInnen freut es ☺

## Impressum

### Für diese Ausgabe ist verantwortlich:

Peter Stoetzer, Malerwinkel 5, 22607 Hamburg  
Telefon: 040/85 33 79 36 - E-Mail: PStoetzer@aol.com

### Das Redaktionsteam:

Maria Bandrowski, Stefan Drass,  
Christa Marsig, Peter Stoetzer, Jens Tamcke

### Redaktionsbüro:

Christa Marsig, Leuschnerstraße 83c, 21031 Hamburg  
Telefon: 040/722 96 49 - E-Mail: christamarsig@web.de

### Textverarbeitung, Gestaltung, Versand:

Jens Tamcke, Neue Straße 12, 21224 Rosengarten  
Telefon: 04105/7058 - E-Mail: herr.ta@t-online.de

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Nieren Selbsthilfe Hamburg wieder. Änderung und Kürzung eingereichter Manuskripte behält sich die Redaktion vor.

Wenn Sie einen Artikel aus diesem Mitgliedermagazin nachdrucken wollen, freuen wir uns darüber, bitten Sie aber, zuvor unser Einverständnis einzuholen (für Beiträge aus anderen Publikationen können wir Ihnen keine Nachdruckgenehmigung geben).

Unsere Zeitschrift für Mitglieder, Freunde und Förderer der Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V. erscheint dreimal jährlich.

# ENTLASSMANAGEMENT

Seit 1. Oktober 2017 sind Krankenhäuser verpflichtet, für PatientInnen nach voll- oder teilstationärem Aufenthalt oder nach Erhalt stationsäquivalenter Leistungen ein Entlassmanagement zu organisieren

Von Jens Tamcke

Schon am 11. Juni 2015 hat der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) beschlossen, das u. a. Regelungen zur Verbesserung des sog. Entlassmanagements enthält. Die Krankenhaus-PatientInnen sollen es nach der Entlassung leichter haben.

Schwer taten sich allerdings zunächst die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der GKV-Spitzenverband, denn sie konnten sich leider nicht auf den erforderlichen Rahmenvertrag einigen, mit dem die Details geregelt werden mussten. Es bedurfte des Machtwortes eines Bundesschiedsamtes, das im Oktober 2016 gesprochen wurde und mit dem die strittigen Punkte entschieden wurden. KBV und GKV fügten sich dieser Entscheidung. Die DKG war jedoch nicht zum Einlenken zu bewegen, sondern sie erhob Klage gegen den Schiedsspruch. Insofern zog sich der Abschluss einer verbindlichen Regelung hin.

Inzwischen hat der Gesetzgeber nachgearbeitet und die DKG hat daraufhin ihre Klage zurückgezogen, so dass ab 1. Oktober 2017

der Weg frei war für ein verpflichtendes Entlassmanagement, also den Abschluss des o. g. Rahmenvertrags.

Ziel des Rahmenvertrages ist es, die bedarfsgerechte, kontinuierliche Versorgung der Patienten im Anschluss an die Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Hierzu gehört eine strukturierte und sichere Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen.

Der Patient hat den Anspruch auf ein Entlassmanagement gegenüber dem Krankenhaus, während gegenüber der Krankenkasse bzw. Pflegekasse ein Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements besteht.

Das Krankenhaus ist also gesetzlich dazu verpflichtet, die Entlassung aus dem Krankenhaus ausführlich vorzubereiten. Es hat im Rahmen des Entlassmanagements für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zu sorgen und für alle Beteiligten transparente Standards schriftlich festzulegen. Die interdisziplinäre Kooperation umfasst Ärzte/psychologische Psychotherapeuten, Pflegepersonal, Sozialdienst, Krankenhausapotheker und weitere am Entlassmanagement beteiligten Berufsgruppen. Die Verantwortlichkeiten im multidisziplinären Team müssen verbindlich geregelt werden. Die Krankenhäuser informieren über ihr Entlassmanagement

in ihrem Internetauftritt.

Ein kurzer Test Anfang November war eher ernüchternd. Vielleicht lag es an der kurzen Zeitspanne seit Inkrafttreten der neuen Regelungen. Allerdings Zeit genug war seit der Gesetzesänderung schon gegeben.

- Auf der Internetseite des UKE bin ich bei Eingabe des Begriffs „Entlassmanagement“ nicht fündig geworden.
- Bei den Asklepios-Kliniken Altona und Harburg (vermutlich bei allen anderen auch) ergab die Eingabe des gesuchten Begriffs einen Treffer, auf den man nach Anklicken eines Pfeils weitergeleitet wurde. Neben vielen anderen Hinweisen zur Entlassung war auch einer zum Entlassmanagement vorhanden. Allerdings musste der kurze Text - im Gegensatz zu allen anderen - durch erneutes Anklicken eines Pfeils sichtbar gemacht werden. Es erscheint, alle Achtung, sogar ein Link zum Rahmenvertrag und anderen Unterlagen. Zur Erreichbarkeit des Entlassmanagements war an der Stelle leider nichts zu erfahren. Hierfür muss man zum Ende der Seite (so bei Altona) kommen und ahnen, dass der Weiterleitungspfeil mit der Bezeichnung „bei Fragen zur häuslichen Weiterbetreuung, Pflegediensten oder

-plätzen hilft unser Sozialdienst“ auch zum Entlassmanagement mit Sprechzeiten, Telefonnummer und Namen kommt. Auf der Seite des Harburger Krankenhauses fehlt Letzteres.

- Beim Agaplesion Diakonieklinikum führt der Suchbegriff zu einer endlosen Auflistung von Fundorten, die zunächst erschlägt. Aber dann klickt man die erste Position der Liste an und kommt direkt zum Entlassmanagement mit Namen, Telefonnummern, E-Mail-Adresse, aber ohne Sprechzeiten. Einzelheiten zum Beratungsangebot fehlen leider. Das herunterzuladende Merkblatt bezieht sich nicht speziell auf das Entlassmanagement, sondern beschreibt das umfassendere Angebot des „Entlassungsteams“.

Kundenfreundlichkeit kam mir bei der Suche nicht in den Sinn. Und die Texte zum Zweck des Entlassmanagements waren eher nichtssagend. Jedenfalls konnte ich in dieser Hinsicht nicht erkennen, dass der Patient und seine Bedürfnisse im Zentrum der Bemühungen aller an der Versorgung beteiligten Personen steht, wie es im Rahmenvertrag formuliert ist. Es scheint, dass die Krankenhäuser ein ungeliebtes Kind verstecken und sich damit nicht intensiv beschäftigen wollen.

Wie sieht nun die ausführliche Vorbereitung einer Entlassung per Entlassmanagement aus?

Zentraler Bestandteil des neuen Entlassmanagements ist der sogenannte Entlassplan. Er plant und strukturiert die Versorgung und bezieht auch den Patienten mit ein. So werden Fehler vermieden und eine nahtlose Weiterbehandlung sichergestellt. Der Entlass-

plan muss für alle an der Behandlung beteiligten Mitarbeiter des Krankenhauses in der Patientenakte verfügbar sein.

Weiterhin verbindlich dazu gehören ein Entlassbrief und ein Medikationsplan. Der Entlassbrief wird dem Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus ausgehändigt. Der weiterbehandelnde Arzt erhält ebenfalls ein Exemplar, sofern der Patient damit einverstanden ist. Dieser Brief enthält alle erforderlichen Informationen, die die Basis für die Weiterbehandlung und Anschlussversorgung des Patienten bilden: zum Beispiel über Diagnosen, Befunde, Therapien, Arzneimittel oder Namen der behandelnden Ärzte. Auch die Telefonnummer eines zuständigen Ansprechpartners im Krankenhaus findet sich darin, falls später Rückfragen auftauchen. Darüber hinaus kann die Anschlussversorgung z. B. Terminvereinbarungen mit Ärzten, Physiotherapeuten, Pflegediensten oder Selbsthilfegruppen umfassen sowie bei der Beantragung von Leistungen bei der Kranken- oder Pflegekasse helfen.

Im Rahmen des Entlassmanagements dürfen Krankenhaus-Ärzte nun Rezepte ausstellen.

Sie sind rosa wie die bekannten Kassenrezepte, unterscheidet sich von ihnen jedoch durch den Aufdruck "Entlassmanagement". Der Patient kann ein solches Rezept dann sofort in der Apotheke seiner Wahl einlösen, ohne erst den Umweg über den Hausarzt gehen zu müssen. Leider ist die Gültigkeit auf drei Tage begrenzt, wobei der Ausstellungstag und Samstag mitzählen. Kommt also ein Patient an einem Freitag mit einem Entlassrezept für Medikamente aus dem Krankenhaus, muss er dieses spätestens am darauffolgen-

den Montag in der Apotheke einlösen.

Außerdem muss sich die Verordnung auf die jeweils kleinste im Handel befindliche Packungsgröße beschränken. Darüber hinaus darf das Krankenhaus Verband-, Heil- und Hilfsmittel, häusliche Krankenpflege und Soziotherapie für einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen verordnen. Auch eine Bescheinigung über die Arbeitsunfähigkeit darf jetzt bereits der Klinikarzt ausstellen.

Zukünftig dürfen Krankenhausärzte auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für einen Zeitraum von bis zu sieben Kalendertagen nach der Entlassung des Patienten ausstellen, soweit es für die Versorgung notwendig ist.

Praktische Erfahrungen mit dem Entlassmanagement macht das Oldenburger Versorgungsnetz Gesundheit seit zwölf Jahren. Dabei handelt es sich um eine regionale Plattform, in der die Akteure des Gesundheitswesens, darunter die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen, zusammenkommen, um Probleme gemeinsam zu lösen. Für ein Entlassmanagement wurde in Oldenburg im Jahr 2004 erstmals ein einheitlicher Standard für alle drei Akutkrankenhäuser der Stadt vereinbart.

Wir können nur hoffen, dass sich die Krankenhäuser und ihre Dachorganisation, die DKG, die Erfahrungen der Oldenburger zu Nutze machen und schon bald ein Entlassmanagement etablieren, das die Vorgaben des Gesetzgebers und des Rahmenvertrages erfüllt und somit diesen Namen verdient. Wir brauchen keine neuen Verfahren im Gesundheitsdschungel, die sich auf dem Papier gut lesen, die aber in der Praxis nicht gelebt werden (s. Medikationsplan) ☺

# GRIPPEVIREN IM ANMARSCH

Tipps zum Schutz vor Ansteckung von Dr. Wolfgang Reuter, Gesundheitsexperte der DKV Deutsche Krankenversicherung

Jedes Jahr aufs Neue rollen gegen Ende des Jahres die ersten Grippewellen an: Laut dem Robert-Koch-Institut erkranken während einer saisonalen Grippeperiode in Deutschland zwischen zwei und zehn Millionen Menschen. Nachfolgend wird der Unterschied erklärt zwischen Erkältung und echter Grippe, der sogenannten Influenza. Zudem gibt er Tipps zu Schutzmaßnahmen gegen Grippeviren.

## **Unterschied zwischen Erkältung und Grippe**

Eine tiefende Nase, Hals- und Gliederschmerzen sowie ein dicker Kopf bedeuten nicht gleich eine echte Grippe, also eine Influenza. „Doch die Abgrenzung zwischen Erkältung und Influenza ist nicht immer einfach“, so Dr. Wolfgang Reuter, Gesundheitsexperte der DKV Deutsche Krankenversicherung. Dennoch gibt es einige Anzeichen, die auf eine echte Grippe hinweisen und den Betroffenen zum Arzt führen sollten: Die Influenza befällt den Körper meist sehr plötzlich und mit voller Wucht. Müdigkeit und Abgeschlagenheit treten in der Regel stärker auf als bei einer Erkältung. Husten, Schüttelfrost und hohes Fieber – oft über 40°C – sind ebenfalls Hinweise auf die Influenza. Ältere, Kinder und Per-

sonen mit einer schweren Grunderkrankung, wie zum Beispiel des Herz-Kreislauf-Systems, sollten auf jeden Fall einen Arzt aufsuchen. Selbst wenn die Symptome nicht eindeutig sind.

Ansteckung vermeiden

„Meist überträgt sich die echte Grippe über Tröpfcheninfektion“, erklärt der DKV Experte. „Das heißt: Die Viren gelangen beim Husten, Niesen oder Sprechen von Mensch zu Mensch.“ Wer bereits an der Influenza erkrankt oder für eine Infektion besonders anfällig ist, sollte daher nach Möglichkeit Menschenmengen meiden. Dazu gehören beispielsweise voll besetzte Busse, Bahnen oder Fahrstühle. Vor allem aber ist die richtige Hygiene in der Grippezeit das A und O. Denn auch auf Türklinken, Tastaturen oder an Haltegriffen zum Beispiel in Treppenhäusern können sich die Viren festsetzen. Schnell wandert die Hand von dort an die Nase oder den Mund – und schon ist es passiert. „Häufiges, gründliches Händewaschen ist eine wichtige Vorbeugungsmaßnahme“, betont der Gesundheitsexperte. „Ebenso sollten die Hände fern vom Gesicht, insbesondere den Schleimhäuten an Mund und Nase, bleiben.“ Es empfiehlt sich, während der Grippeperiode auf Händeschütteln und Umarmungen zu verzich-

ten.

## **Abwehrkräfte stärken: Frische Luft und warme Kleidung**

Der beste Schutz vor einer Grippe ist ein gutes, belastbares Immunsystem. Um die eigenen Abwehrkräfte zu stärken, ist es daher gerade in der kalten Jahreszeit ratsam, auf eine gesunde, vitaminreiche Ernährung, ausreichend Bewegung und genug Schlaf zu achten. „Wer den Viren Paroli bieten will, sollte sich warm anziehen, weil Frieren das Immunsystem schwächt“, rät Dr. Wolfgang Reuter. Saunagänge und Wechselbäder können ebenfalls dazu beitragen, das Immunsystem zu stärken. Die Schleimhäute bieten nur Schutz vor Ansteckung, solange sie nicht austrocknen. Deswegen haben die Viren bei trockener Heizungsluft leichtes Spiel. „Häufiges Lüften zu Hause und am Arbeitsplatz ist deswegen auch im Winter eine gute Idee“, weiß der DKV Experte. Auch Luftbefeuchter können dazu beitragen, ein Austrocknen der Schleimhäute zu verhindern.

## **Der beste Schutz: Rechtzeitig impfen lassen**

Damit es gar nicht erst zu einer schweren Grippeerkrankung kommt, sollten besonders gefähr-

dete oder anfällige Personen wie Senioren, chronisch Kranke oder Menschen mit Immunerkrankungen sowie Schwangere rechtzeitig mit einer Gripeschutzimpfung vorsorgen.

Besonders gefährdet sind außerdem alle, die häufig mit anderen Menschen in Kontakt kommen, wie beispielsweise medizinisches und Pflegepersonal, Lehrer und Verkäufer. Bei der Impfung

erhält der Körper einen sogenannten Totimpfstoff. Das Immunsystem erkennt ihn als Krankheitserreger und bildet deshalb Antikörper. Steckt sich ein Geimpfter später tatsächlich mit dem Virus an, reagiert das bereits „vorgewarnte“ Immunsystem sofort und verhindert so den Ausbruch der Krankheit – oder schwächt ihn zumindest erheblich ab.

„Da das Grippevirus jedoch

häufig seine Erscheinung ändert, reicht der Impfschutz nur für ein Jahr im Voraus. Danach wird eine neuerliche Impfung, meist mit einem neuen Impfstoff, nötig“, weiß Dr. Wolfgang Reuter. Die beste Zeit für eine Impfung sind die Monate Oktober und November. Dann ist der Impfschutz wirksam, wenn meist zum Jahreswechsel die ersten Grippewellen starten **C**

## SELBSTHILFE BEI HERZINFARKT?

1. Nehmen wir an, es ist 19.45 Uhr und Sie gehen nach einem ungewöhnlich harten Arbeitstag nach Hause (natürlich alleine).
2. Du bist wirklich müde, verärgert und frustriert.
3. Plötzlich beginnen Sie, starke Schmerzen in der Brust zu empfinden, die sich in Ihren Arm und in Ihren Kiefer ziehen. Sie sind nur etwa fünf Kilometer vom Krankenhaus entfernt, das Ihrem Haus am nächsten liegt
4. Leider wissen Sie nicht, ob Sie es so weit bringen können.
5. Du wurdest in HLW ausgebildet, aber der Typ, der den Kurs unterrichtet hat, hat dir nicht gesagt, wie man es an dir selbst ausführt.
6. Wie kann ich einen Herzanfall bei alleiniger Überlebenschance überleben? Da viele Menschen alleine sind, wenn sie ohne Hilfe einen Herzinfarkt erleiden, hat die Person, deren Herz unzulänglich schlägt und die sich ohnmächtig fühlt, nur etwa 10 Sekunden, bevor sie das Bewusstsein verliert.
7. **Diese Opfer können sich jedoch immer wieder hustend, hustend helfen. Vor jedem Husten sollte ein tiefer Atemzug genommen werden, und der Husten muss tief und verlängert sein, wie bei der Produktion von Sputum aus der Tiefe der Brust. Ein Atemzug und ein Husten müssen etwa alle zwei Sekunden ohne Unterbrechung wiederholt werden, bis die Hilfe eintrifft oder bis das Herz wieder normal schlägt.**
8. Tiefe Atemzüge holen Sauerstoff in die Lunge und Hustenbewegungen drücken das Herz und halten das Blut im Kreislauf. Der Druck auf das Herz hilft auch, den normalen Rhythmus wiederherzustellen. Auf diese Weise können Herzinfarkt-Opfer in ein Krankenhaus gelangen.
9. Erzählen Sie so viele andere Leute wie möglich darüber. Es könnte ihr Leben retten!!
10. Ein Kardiologe sagt: Wenn jeder, der diese Nachricht bekommt, es an 10 Personen sendet, können Sie darauf wetten, dass wir mindestens ein Leben retten.

(aus dem Internet)

# RADTOUREN 2018

Auch im nächsten, dem inzwischen dritten, Jahr wollen wir Hamburg und seine nähere und weitere Umgebung auf dem Rad erkunden und erleben.

Von Jens Tamcke

Mit dem Fahrradjahr 2017 kann man - ganz allgemein betrachtet - nicht zufrieden sein, denn das unbeständige Wetter und der häufige Regen machten nicht selten einen Strich durch die Tourenrechnung. Leider war auch unsere für August geplante Fahrt davon betroffen. Häufiger und ergiebiger Regen in den Vortagen hatte die Wege aufgeweicht und Dauerregen am Sonnabend machte den Start sinnlos.

Ansonsten haben wir drei sehr schöne Sonnabende erlebt mit vorbildlichem Radfahrwetter. Vor allem die September-Tour mit spätsommerlichem Licht und entsprechenden Temperaturen hat nach den vielen grauen Tagen besonders gut getan.

Für das kommende Jahr habe ich wieder vier Strecken für Sie ausgesucht (s. nächste Seite). Ich hoffe, dass Sie uns kräftig die Daumen drücken, damit wir bei trockenem Wetter und ohne Pannen unterwegs sein können.

Gleich im Mai holen wir die ausgefallene Tour durch die Haseldorfer Marsch nach. Ich habe den Streckenverlauf im Vergleich zur bisherigen Planung umgestellt. Wir fahren von Wedel zuerst zu den Holmer Sanddünen, dann nach Haseldorf und zurück am Elbdeich entlang. Das hat sich im Rahmen der diesjährigen Vorbereitungen als günstiger erwiesen, weil die Chancen steigen, am En-

de mit Rückenwind ans Ziel zu kommen.

Im Juni wechseln wir dann in den Nordosten Hamburgs. Dafür müssen wir eine etwas längere Anreise mit der U-Bahn bis Großhansdorf in Kauf nehmen. Vorbereitend habe ich die Strecke bereits befahren und ich war überrascht, wie viele schöne Winkel Bad Oldesloe zu bieten hat. Auf dieser Tour werden auf einem kleinen Teil der Strecke einige schleswig-holsteinische Steigungen zu überwinden sein, die einzigen nennenswerten im Programm 2018. Die anschließende Fahrt über eine ehemalige Bahnlinie ist zum Ausgleich „potteben“.

Ich habe bei der Planung versucht, möglichst steigungsfreie oder zumindest steigungsarme Verläufe zu finden. Außerdem habe ich die Länge der Strecken aus den bisherigen Erfahrungen heraus eher etwas kürzer gehalten. Mehr als 35 km werden es kaum werden. Ich bitte aber um Nachricht, wenn die angegebene Länge nicht immer exakt hinkommt, denn ich messe sie auf der Karte ab, und da kann die tatsächlich gefahrene Strecke kleine Abweichungen ergeben. Es sind auch zwei Touren mit 25 bzw. 27 km für einen weniger geübten Personenkreis dabei. Ausreichend Pausen sind stets eingeplant und sie können auf Wunsch gern ausgedehnt werden. Im zweiten Halbjahr machen wir eine interessante Fahrt von Harburg nach Finkenwerder, auf der man sich wundern

kann, wie eng Natur und Technik beieinanderliegen können. Die Tour nach Pinneberg beginnt wieder mitten in der Stadt und führt entlang kleiner Bäche aufs Land.

Die angegebenen Fahrtkosten basieren auf den Preisen im HVV mit Stand 2017, und zwar ausgehend und endend am Hauptbahnhof. Das Schiff von Finkenwerder bis Landungsbrücken ist Bestandteil des HVV.

Für die Tour nach Bad Oldesloe bin ich gern bereit, eine Gruppenkarte für je 5 Personen vom Hauptbahnhof aus zu organisieren, dadurch reduzieren sich die Fahrtkosten auf insg. 4,72 Euro pro Person. In allen R-Bahnen, also auf der Fahrt von Bad Oldesloe zurück zum Hauptbahnhof, ist außerdem eine HVV-Fahrradkarte erforderlich, die wir dort am Automaten erhalten.

Bisher haben wir es so gehalten, dass keine Anmeldungen erforderlich sind, um Ihnen eine spontane und ungezwungene Teilnahme zu ermöglichen. Das soll auch weiterhin so sein. Gleichwohl würde ich mich freuen, wenn Sie mir in den Tagen vor dem Tourtermin kurz mitteilen, wenn Sie mitkommen wollen. Dann habe ich es bei evtl. Absagen etwas leichter. Zu erreichen bin ich mobil unter 01575-3371234 (Tel. oder SMS) sowie per Mail unter [herr.ta@t-online.de](mailto:herr.ta@t-online.de).

Ich freue mich schon sehr auf das Frühjahr und auf Ihre Teilnahme ☺

# Radtouren 2018



## Tour 9: Sonnabend, 5. Mai - Nach Haseldorf Marsch, Marsch

- **Treffpunkt:** S-Bahnhof Wedel ● **Start:** 11:30 Uhr (Ankunft S-Bahn um 11:19)
- **Route:** Auf verschlungenen Pfaden durch Wedel und Umgebung und über den Katastropheweg (!) zu den Holmer Sandbergen. Weiter geht es über Holm und Heist nach Haseldorf mit Pause im Schlosspark. Zurück am Elbdeich entlang mit Schafherden auf dem Weg. Ca. 33 km, meist gute Wege ohne Steigungen.
- **Ziel:** S-Bahnhof Wedel ● **Ende:** ca. zwischen 16:00 und 17:00 Uhr
- **Fahrtkosten:** Hin- und zurück je 3,20 oder Tageskarte Großbereich 6,20



## Tour 10: Sonnabend, 9. Juni - Die Beste kommt zum Schluss

- **Treffpunkt:** U-Bahnhof Großhansdorf ● **Start:** 13:30 Uhr (Ankunft U-Bahn um 13:11)
- **Route:** Nördlich von Großhansdorf fahren wir durch den Trittau Forst und atmen würzige Waldluft. In Tremsbüttel werfen wir einen Blick auf das Schloss. Am Kupfermühlenteich können wir picknicken oder einkehren. Hinter Rolfshagen kommen wir auf einem ehemaligen Bahndamm ohne Steigungen nach Bad Oldesloe, umrunden den Salzteich im Kurpark. Stadtrundfahrt und ggf. ein Spiel auf dem Minigolf-Platz unter schattigen Bäumen. Ca. 27 km auf guten Wegen mit wenigen Steigungen.
- **Ziel:** Bahnhof Bad Oldesloe ● **Ende:** ca. 18:30 Uhr
- **Fahrtkosten:** Hin 3,20, zurück 7,10/alternativ: Tageskarte 12,40 oder Gruppenkarte 23,60 (max. 5 Personen), jeweils zzgl. Fahrradkarte ab Bad Oldesloe für 3,50.



## Tour 11: Sonnabend, 11. August - Zwischen Natur und Technik

- **Treffpunkt:** Harburg, Neuländer Platz ● **Start:** 11:30 Uhr (Ankunft S-Bahn um 11:21)
- **Route:** Wir durchfahren den Harburger Binnenhafen und spüren das alte Hafenumfeld neben einer Hafencity-Moderne. Richtung Westen noch Hafen, dann Raffinerie, Kraftwerk Moorburg und Container-Terminals auf der einen Seite, Kleingärten, kleine Seen und lauschige Tümpel auf der anderen. Über Moorburg kommen wir nach Finkenwerder und fahren zurück mit der Fähre zu den Landungsbrücken. Knapp 25 km auf überwiegend guten Wegen, keine Steigungen.
- **Ziel:** Fähranleger Finkenwerder ● **Ende:** ca. 17:00 Uhr
- **Fahrtkosten:** Hin- und Rückfahrt (inkl. Fähre) jeweils 3,20 oder Tageskarte 6,20



## Tour 12: Sonnabend, 22. September - Von der Koll- zur Pinn... au!

- **Treffpunkt:** U-Bahnhof Kellinghusenstraße ● **Start:** 11:30 Uhr
- **Route:** Wasser ist unsere Leitlinie. Nach unserem Start am U-Bahnhof treffen wir schon bald auf die Alster, gefolgt vom Eppendorfer Mühlenteich (wo die Alsterschwäne überwintern), der Tarpenbek, der Kollau, die wir lange Zeit begleiten, der Pinnau an der Wulfsmühle, dem See an den Funktürmen und wieder der Pinnau in Pinneberg. Nach 35 km auf meist guten Wegen ohne Steigungen werden wir am Ziel sein.
- **Ziel:** S-Bahn Pinneberg ● **Ende:** ca. zwischen 17:00 und 18:00 Uhr
- **Fahrtkosten:** Hinfahrt 2,20, Rückfahrt 3,20

# Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V.

## Allgemeine Angaben

Name Patientin/Patient Vorname

Name Partnerin/Partner Vorname

Erziehungsberechtigte(r) (bei Kindern)

Straße

Postleitzahl/Ort

Mitglied geboren am

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail

Ich bin  Patientin/Patient  Partnerin/Partner  
 Angehöriger  Fördermitglied

## Freiwillige Angaben

Meine 1. Dialyse fand statt am

Ich mache  Praxisdialyse  Heimdialyse  
 LC-Dialyse  CAPD  
 Klinische Dialyse  keine Dialyse

Ich bin  transplantiert

Ich werde betreut vom Dialysezentrum

Meine Krankenkasse

Beruf

Datum, Unterschrift für die Beitrittserklärung

## Einzugsermächtigung

Wenn Sie bereits Mitglied sind und nachträglich die Einzugsermächtigung geben wollen, bitte Name und Anschrift links angeben.

Hiemit ermächtige ich die Nieren Selbsthilfe Hamburg e. V., ab sofort bis auf Widerruf folgende Beträge zu Lasten des unten aufgeführten Kontos einzuziehen:

- 30,- Euro jährlich für Mitglieder  
 40,- Euro jährlich für Familien  
 50,- Euro jährlich für Fördermitglieder  
 .... Euro jährlich als zusätzliche Spende  
 .... Euro einmalige Spende

Bank/Sparkasse

IBAN

BIC

Kontoinhaber(in) falls abweichend vom Mitglied

Datum, Unterschrift für die Einzugsermächtigung

Beitrittserklärung

Nieren Selbsthilfe Hamburg  
Maria Bandrowski  
Klabautermannweg 107  
22457 Hamburg

Bitte senden Sie Beitrittserklärung und/oder Einzugsermächtigung an die angegebene Adresse  
Adressfeld bei entsprechender Faltung für Fensterbriefumschlag geeignet

**SIE WOLLEN DIE  
NIEREN SELBSTHILFE  
HAMBURG E. V.  
FINANZIELL UNTERSTÜTZEN?**



**UNSERE KONTONUMMER  
28 415-207  
IBAN: DE16 2001 0020 0028 4152 07  
BANKLEITZAHL  
200 100 20  
BIC: PBNKDEFF200  
POSTBANK HAMBURG**

Ab 100,- SPENDENBESCHEINIGUNG AUF ANFORDERUNG