



Stichpunkt

Dialyse

Newsletter Nr. 3 - 2017 von Spektrum Dialyse

Vorwürfe gegen Dialysezentrum in Hamburg Ist der Patient noch Mensch?

Kommentar zum ARD "Panorama" Bericht vom 22.08.2017

Begebenheit

Laut Panorama sehen sich ein Hamburger Dialysezentrum sowie die geschäftsführende Ärztin schweren Vorwürfen ausgesetzt: Werden Patienten dort unsachgemäß behandelt und aufgeklärt?



Zitat Panorama: "Abblocken, Akten nicht übermitteln, nicht aufklären - so lauten die Vorwürfe gegen ein Hamburger Dialysezentrum. Dabei ist eine ordentliche Dialyse für Menschen ohne funktionierende Nieren dringend notwendig: in der Regel dreimal pro Woche für bis zu sechs Stunden. Viele von ihnen warten auf eine Nierentransplantation - oft die einzige Hoffnung auf mehr Lebensqualität. Deshalb sind sie auch auf sorgfältige, aktuelle und gut geführte Unterlagen angewiesen. Doch genau das ist das

Problem: die geschäftsführende Ärztin der Hamburger Dialysepraxis soll wegen permanentem Personalmangel und ständiger Fluktuation von Mitarbeitern überfordert sein und damit auch die Patienten gefährden, berichten ehemalige Patienten und Angestellte. Auf Nachfrage gibt die Ärztin an, grundsätzlich alle Patienten über die Möglichkeiten einer Nierentransplantation aufzuklären." So Panorama!

Ausflug in die Realität des Dialysealltages

Informierten und aktiven Dialysepatienten sind Abläufe wie in Hamburg und andere nicht unbekannt, wie dieser Kommentar darstellen wird.



Die Situation von Hamburg mit Personalmangel, Fluktuation und Überforderung des Personals, ist keine fingierte Darstellung. Unter solchen Arbeitsbedingungen mit teils abstrusen Vorschriften, wo kaum noch die Menschenwürde aller Beteiligten beachtet wird, kommt es unweigerlich zu Verfehlungen in allen Bereichen. Wobei die Arbeitgeber und Dialysebetreiber hier sicher ihre eigene Rhetorik besitzen, um die Abläufe den gesetzlichen Vorgaben anzupassen. Jedoch bringt die raffinierteste Redekunst keine Zufriedenheit in ein ständig überfordertes Pflegeteam. Wer arbeitet unter den Bedingungen mit solch hoher Verantwortung gerne? Fließbandmitarbeiter arbeiten teils für mehr Lohn, ohne große Verantwortung und der Gefahr gesetzesbrüchig zu werden. Wie hoch ist bei diesen Rahmenbedingungen die Fehlerquote?

Dialysepatienten klagen bundesweit

Dialysepatienten klagen vieler Orts nicht nur über mangelnde Aufklärung, sondern auch über eilige wie oberflächliche Kurzvisiten und ungesunde Behandlung. So erhielt ich als Beispiel kürzlich eine E-Mail eines Patienten der mir folgendes schilderte. "In der Dialyse herrscht ein rüder Umgangston, auch unter den Schwestern; immer mehr Pflegekräfte kündigen, die Fluktuationsrate war vorher schon enorm, wir Patienten sind mehr oder weniger nur noch Mittel zum Zweck, und es wird vor allem

überlegt, was man mit den Patienten veranstalten kann, um zusätzliches Geld einzuspielen ... Zunehmend fühlt man sich reglementiert und bevormundet, und vor allem nicht mehr menschenwürdig behandelt."

Die Darstellung deckt sich nicht nur mit Hamburg, sondern mit zahlreichen Beschreibungen von Patienten in Facebook sowie per E-Mail. Alles bundesweit frei erfunden ...? Nur Einzelmeinungen ... bedingt durch dialysebedingte Wahrnehmungsstörungen ...? Oder Realität ...?! Verursacht es eventuell doch negative Auswirkungen, dass vom Arzt über Personal bis hin zur Putzfrau alles in einem Pauschalsystem mit engen Zeitfenstern reglementiert wurde? Wie gering wäre nur als Beispiel die Infektionsrate mit Krankenhauskeimen, wenn das Personal die notwendige Zeit für die gesetzlichen Zeitvorgaben der Händedesinfektion hätte?! Wenn sich Krankenpfleger exakt an die Hygienevorschriften halten würden, dann würden sie ihren Dienst kaum schaffen.

Realität

Der Bericht von "Panorama" in der ARD schildert so für mich Wahrnehmungen der Realität. Freundlichkeit, Arbeitgebertreue entspanntes Arbeiten ist bei den Rahmenbedingungen kaum noch möglich. *"Dabei ist eine ordentliche Dialyse für Menschen ohne funktionierende Nieren dringend notwendig."* Wie wird dies nun am Patienten in der Realität umgesetzt? Mir sind Dialyseanbieter bekannt, die bei unbesetzten Arztstellen Honorarärzte, Ärzte aus Krankenhäusern, oder aus eigenen Zentren als Vertretung zu ihren Patienten entsenden. So erblicken diese Patienten einen ortsfremden sowie beziehungslosen Arzt am Bett. Bei Urlauben anderer Zentrumsärzte geht das über Wochen. Diese Vertretungsärzte reisen aus allen teilen Deutschlands an. Hervorragende Patientenversorgung unter Beachtung der Menschenwürde gestaltet sich aus Patientensicht anders. So ein Handeln fällt einzig unter die Kategorie; "Patientenverwaltung mit dem Primärziel die Zufriedenheit der Betreiber/Aktionäre mit allen Mitteln herzustellen."

„ Wo kein Kläger, da kein Richter"

Die Dialyseanbieter haben dabei mehrfach Glück! Der größte Patientenanteil gehört einer älteren sowie mit der Krankheit unerfahrenen Generation an. Die entwickelt keinen Wechselgedanken zu einer anderen Dialyseeinrichtung. Sie Erfassen die Fehlentwicklungen nicht. Sagt man was, heißt es von diesen Mitpatienten: "Man würde übertreiben, lass den Arzt nur machen." Ersparnislicher kann es für solch handelnde Anbieter gar nicht ablaufen. Nach dem Motto: "Nullo actore nullus iudex: „[Wo] kein Kläger, [da] kein Richter." Quengler gibt es fortwährend die sind von den Betreibern mit einkalkuliert. Überdies ist der Wechselgedanke gerade in ländlichen Gegenden, teils schwer zu bewerkstelligen. Denn die Krankenkasse hat bei der Fahrtkostenerstattung ein Mitspracherecht. Freie Arztwahl entfällt schnell, wenn es um Kostenerstattung geht. Erschwerend ist, dass der Patient gegen all diese Behandlungen und z.B. den wechselnde Ärzte kaum eine Handhabe besitzt. Der Gesetzgeber schreibt zum Beispiel um eine Dialysebehandlung durchführen zu können einen Facharzt für Nephrologie vor! Zitat: Aus

dem Dialysestandard 2016 der Gesellschaft für Nephrologie: *" Die Erbringung der Dialyse ist grundsätzlich an die Qualifikation als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie oder vergleichbarer Berechtigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarungen zu den Blutreinigungsverfahren vom 16.06.1997 in der Fassung vom 1.Juli 2009 gebunden."* Das der Arzt allen Patienten bekannt sein muss ist nicht festgelegt! Solche Gesetzeslücken werden gerne ausgenutzt. Ob es dem Gewinn dienlich ist, wenn man über die so entstehende ungesunde Behandlungsqualität schon in Bierstuben berichtet, bleibt offen.

Problem nicht unbekannt

Jenes Problem und viele weitere sind bekannt wird aber von keiner Institution groß bemängelt. Es erfolgt wenn nur die 08/15 Rhetorik. Wer die Zurückhaltung aller Institutionen etwas besser verstehen möchte, sollte sich auch mal die Aussteller auf deren Kongressprogrammen anschauen. Danach fällt einem unweigerlich der alte Minnesängerspruch ein: **"Weiß' Brot ich eß', deß' Lied ich sing"**

Gewinnorientierung vor Menschenwürde

Der Dialysepatient besitzt aus allen Blickrichtungen und bei allen Abläufen die Wahrnehmung einer gewinnbringenden Nutzpflanze. Ein Beispiel, das ich gerne nutze. Geht die Pflanze ein, übernimmt eine Neue den Platz. Hierzu schreibt mir ebenfalls ein Patient aus Deutschland: *"Leider werden wir zunehmend nur noch verwaltet und finanziell das meist mögliche aus uns herausgepresst."* Eine Patientin 80ig tätigte mir gegenüber die Frage: *"Warum werden wir nur noch als Patienten erkannt und nicht mehr als Menschen?"* Eine andere Patientin hat mir unter Tränen berichtet, dass man ihr trotz schwerer Erkrankung eine ander Dialysezeit zugeteilt hat. So hat man sie, obwohl es gute Alternativen gab, aus ihrem gewohnten Umfeld in der Dialyse verlegt. Wie belastend sich so die Behandlung danach, auch mit dem Gefühl der Entmündigung gestaltet, wissen nur Mitbetroffene! Erneut alles nur Zufälle in der Wahrnehmung? Darf man hier noch die Frage nach der Menschenwürde stellen? Oder ist die Frage in der Kapitalgesellschaft grotesk?

Firmen besitzen in der Tat Mitarbeiter, die festlegen, wie gewinnbringend die Patienten zu versorgen sind. Sie sprechen den Patienten so die Menschenwürde ab oder teilen Sie nur noch in kleinen Häppchen zu. Das einzelne Schicksal spielt in den Überlegungen so "fast" keine Rolle mehr. Einzelne positive Ausnahmen soll es "noch" geben. Aber die Meinung eines Arztes, der in einer Runde mal die Aussage tätigte, "Dialyse könnte so gewinnbringend sein, wären die Patienten mit ihren Ansprüchen nicht", herrscht vor! Die Vorwürfe aus Hamburg verwundern, ohne zu wissen ob sie der Wahrheit entsprechen nicht. Die Sendung Panorama hat hier ein Beispiel von vielen aufgezeigt.

Systemversagen

Das System, das als das solidarischste, aber gleichzeitig auch als das teuerste der Welt zählt, sich aber selbst überprüft, versagt in vielen Bereichen. Dabei herrscht bei

allen Institutionen teilnahmsloses Desinteresse. Dazu ein Mitglied eines Forums in Facebook: *"Ich frage mich gerade jetzt vor der Wahl, warum die großen bundesweiten Patientenverbände sich nicht ganz klar öffentlich GEGEN diese fortschreitende Kommerzialisierung im Gesundheitssystem wenden und öffentlich die Parteien fragen, wie sie dazu stehen. Alle möglichen Lobbyverbände nutzen die Wahl, um auf ihre Interessen aufmerksam zu machen - nur von den Patientenvereinen hört man nichts."*

Der aktuelle Trend, welcher sich schleichend entwickelt, ist den Patienten zu entmündigen. Der selbstbestimmte Patient, der mit seinen Problemen im Mittelpunkt stehen möchte, stand zu lange einer gewinnbringenden und "medizinisch notwendigen" Versorgung im Weg. Den Trend muss man der Entwicklung der ständigen Kommerzialisierung/Privatisierung zuordnen. Wie vom Patienten im Forum angezeigt.

Hoffnung in die Politik?

Hoffnung in die Politik nach der Wahl ...?! Wenn die Politik der Autoindustrie bei der Deutlichkeit ihres Fehlverhaltens zum Bürgerschutz keine Grenzen aufzeigt, bleibt die Erwartung in anderen Bereichen, auch im Dialysebereich, eine Illusion! Zudem platziert keiner die Problematik dieser Patientengruppe wahrnehmbar in die Wahlkampfdebatte!

Motivation

Mir ist sehr bewusst, dass meine Texte keine Veränderungen bringen oder von den Verantwortlichen für diese Situation wahrgenommen werden. Aber wie sagte schon

Willi Graf (Widerstandskämpfer) *"Jeder Einzelne trägt die ganze Verantwortung."* Ich bin verantwortlich für das was ich tue und zulasse. Somit auch dafür, dass kein Mensch auf der Strecke bleibt. Es gibt nämlich so etwas wie Menschenwürde! Es ist die Grundlage jedes einzelnen Menschen in unserer Gesellschaft. Menschenwürde gehört jedem, kein Kapital sollte sie jemandem Absprechen oder nur in kleinen Häppchen zuweisen. Verfehlungen werde ich daher immer dokumentieren!

So ist meine Motivation beim Schreiben Patienten einfach nur aufzuzeigen, dass ihr Empfinden und Erleben in den Abläufen, keine Ausnahme darstellt. Sie aber hin und wieder mal an ihre Menschenwürde erinnern sollten. Beiläufig habe ich einen Funken Hoffnung, dass es eventuell doch verantwortliche Lesen und für ihr menschliches Versagen eine Sekunde ein moralisches Missempfinden entwickeln. *"Jeder Einzelne trägt die ganze Verantwortung."* Für Karriere und Kapital muss man nicht alle Wege mit einem Lächeln mitgehen! Es gab doch mal einen Grund den medizinischen Beruf zu studieren oder zu erlernen! Den sollten sich alle Akteure mal wieder in Erinnerung rufen.

Wer die Wege in der Medizin ohne Menschlichkeit zum Wohle des Kapitals mitgeht, fördert so nicht nur die Verschlechterung der medizinischen Versorgung, sondern begeht auch „Seelenmord“ am Patienten!

Martin G. Müller
Spektrum Dialyse

ASPEKT

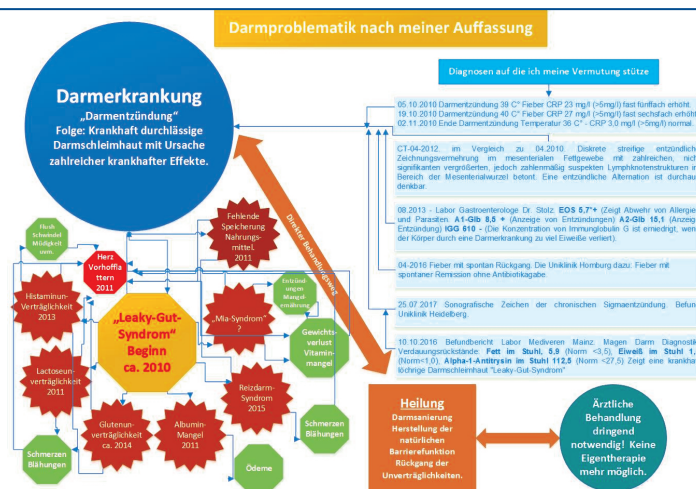
Der neue persönliche Blog ist gestartet.

Mit folgendem Beitrag ist der fünfte Blog am 18.09.2017 gestartet. Schauen Sie ab und an auf www.spektrum-dialyse.de vorbei und verfolgen Sie meine Erlebnisse im alltäglichen Medizinablauf, ambulant wie klinisch.

1. Blogbeitrag:

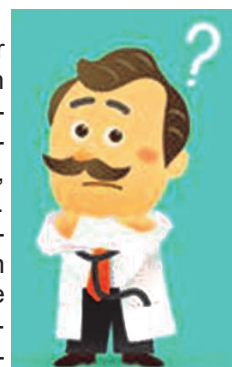
Am Horizont winken die Ärzte ... - 18.09.2017

Am 14.09.2017 hatte ich einen ambulanten Termin in einer Klinik. Ich stellte mich mit der Frage vor, ob meine zahlreichen Unverträglichkeiten nicht eventuell von einer defekten Barrierefunktion im Darm hervorgerufen? Ferner, wenn es so wäre, es klini-



sches Interesse gäbe mich zu untersuchen und zu therapieren. Hierzu legte ich mein erstelltes Darmdiagramm vor. (Siehe Grafik)

Es war bedauerlich, dass der Arzt, der mich kannte und bei dem ich bisher in Behandlung war, mich aus terminlichen Gründen an einen Kollegen ver-rückte. Nichts gegen den Kollegen, der war in der Kompetenz ebenbürtig. Doch man nimmt speziell für den verabredeten Termin eine Reise von 350 km auf sich. Der anspruchsvolle Patient gewinnt den Eindruck, in bedrohlicher Lebenssituation medizi-





nisch kein großes Interesse zu besitzen.

Der Professor, der das Gespräch mit mir führte, beurteilte meine Grafik und kam zu der Aussage, dass ich sicher mit meiner Vermutung richtig liege. Nach der langen Dialysezeit sei mit Gewissheit die Barrierefunktion behindert. Dessen ungeachtet ist es ungewiss, noch eine Verbesserung herbeizuführen.

Der Arzt argumentierte dies mit der mangelnden Datenlage bei meiner speziellen Generation von Langzeitpatienten. Es fehlen einfach Erfahrungswerte mit Therapien.

Unter Umständen könnte man per Magen-/und Darmspiegelung eine exaktere Beurteilung erhalten, aber ob man im Anschluss eine Therapie findet, bleibt fraglich. Hierzu sollte sich ein Konzil mit den Ärzten ergeben, die mich besser überblicken. Im Anschluss werde ich telefonisch informiert.

Ich wie meine Kollegen erreichen mit Zunahme unseres Krankheitsbildes immer mehr den Punkt unserer Anfangszeit in den 70iger Jahren. Zu dieser Zeit fehlte auch eine Datenlage, um zielgerichtet behandeln zu können. Man musste sich seinerzeit alles mühselig in Zusammenarbeit mit dem Patienten erarbeiten. Die Ärzte dieser Zeit mussten mit Kindern wie mir arbeiten. Das Verhängnis meiner Generation in der heutigen Zeit ist es, dass es heute an Ärzte mit solch Pioniergeist und Antrieb den Einzelfall zu bewerten fehlt. Die Rahmenbedingungen erschweren zudem solch eine Aktivität der Ärzte.

Die Aussage des Arztes, dass bei der Behandlung vieler Langzeitpatienten wie mir die Erfahrung fehlt, war nicht nur deutlich, sondern gleichzeitig ehrlich. In der Form hat man mir dies noch nicht von ärztlicher Seite vermittelt. Erwähnt wurde es zwar zahlreich und auch ich habe es in Vorträgen so dargestellt, aber für mich war es von ärztlicher Seite noch nie so wahrnehmbar dargestellt. Zielgerichtete Hilfe ist bei mir im Routinebetrieb wohl nicht mög-

Neue Antidiabetika halten effektiv die chronische Nierenerkrankung bei Diabetespatienten auf

Quelle: Informationsdienst Wissenschaft, 15.09.2017

Dr. Bettina Albers *Pressearbeit*

Deutsche Gesellschaft für Nephrologie e.V. (DGfN)

30 % bis 40 % der Diabetiker weisen Nierenschäden auf, jedes Jahr werden in Deutschland etwa 2.000 Diabetiker neu dialysepflichtig. Moderne Antidiabetika können hier



lich..

Fazit: Die Findung einer Therapie und dem richtigen Diagnoseverfahren, wie in meinem Fall jetzt, ist wenn nur als Versuch auf gut Glück einzustufen. Dabei stellt sich mir/uns immer öfter die Frage, ob man nun mutig oder feige ist? In dieser Situation, wo es zum Erhalt der Eigenversorgung zu Therapieablehnung

kommt, laufen wir Gefahr durch akute Problemstellungen das Leben zu verlieren. Der Körper ist am Ende zu geschwächt. Der Tod ist zwar unausweichlich, jedoch könnte in meinem Fall ein Arzt mit Pioniergeist, stabilisierend und lebensverlängernd einwirken. Sollte es solch einen Arzt geben, möge er sich bitte bei mir melden! Findet man keine Lösung, stehen meine Ärzte bildlich gesprochen doch hinter mir, aber in der Form, dass sie mir am Horizont nachwinken, während ich gemütlich Richtung Sonnenuntergang trabe.



langfristig zu einer Verbesserung führen, denn sie senken nicht nur den Blutzuckerspiegel und reduzieren das kardiovaskuläre Risiko – sie schützen auch die Nieren und verlangsamen die Progression der diabetischen Nephropathie!

In Deutschland gibt es 6,7 Mio. Diabetiker [1], meistens (zu 90%) handelt es sich um den erworbenen bzw. lebensstilbedingten Typ-2-Diabetes. Häufige Folgeschäden von Diabetes mellitus sind Erblindung, Amputationen und die Niereninsuffizienz. 30 % bis 40 % der Diabetiker weisen Nierenschäden auf, die in einem terminalen Nierenversagen enden können – und dies bedeutet Dialyse. Laut Angaben der Deutschen Diabetes Hilfe müssen pro Jahr in Deutschland etwa 2.000 Diabetiker neu an die chronische Dialyse. Von den Dialysepatienten ist praktisch jeder zweite Diabetiker, bei einem Viertel aller Dialysepatienten ist der Diabetes mellitus sogar die alleinige

Grunderkrankung [2].

Die Ursache für diese diabetischen Spätfolgen sind Schäden an den Blutgefäßen durch zu hohe Blutzucker sowie andere Stoffwechselstörungen entstehen. Wenn die kleinsten Blutgefäße betroffen sind, spricht man von Mikroangiopathie – klassischerweise betroffen sind hierbei die Augen (Netzhaut) und die Nieren mit ihren Filtereinheiten (Glomeruli, kleinste Gefäßknäuel). Diese Schäden entstehen langsam und bleiben lange Zeit symptomlos, daher sind eine optimale therapeutische Einstellung und regelmäßige Kontrolluntersuchungen gemäß dem „Disease Management Program Diabetes“ extrem wichtig. Bei Hinweisen auf eine Nierenbeteiligung ist neben dem Diabetologen auch der Nephrologe ein wichtiger Ansprechpartner. Besonders Risikopatienten, z.B. solche mit hohem Blutdruck und Nachweis von Eiweiß im Urin, sollten rechtzeitig zum Nephrologen überwiesen werden.

Verschiedene Allgemeinmaßnahmen, aber auch medikamentöse Ansätze können Gefäßschäden bzw. die diabetische Nephropathie aufhalten. So kann die Blockade des Renin-Angiotensin-Systems nicht nur erhöhten Blutdruck senken, sondern bietet zusätzlich nephroprotektive Effekte, auch bei Normotension.

Moderne Antidiabetika schützen die Nieren

Neben der direkten Insulintherapie gibt es bei Typ-2-Diabetes auch die Möglichkeit, antidiabetische Medikamente einzusetzen („orale Antidiabetika“). Seit Jahren steigt die Zahl neuer Substanzen an, die nicht nur eine Blutzuckersenkung bewirken, sondern zusätzlich einen Schutz der Nierenfunktion bzw. Progressionsverlangsamung von Nierenschäden bieten.

SGLT-2-Hemmer Zu diesen „neuen“ Antidiabetika gehören die selektiven Hemmer des Natrium-Glukose-Cotransporters-2 (SGLT2; auch „Gliflozine“). Sie hemmen die Glukose-Rückresorption in den Nierentubuli, was zur verstärkten Ausscheidung von Glucose mit dem Urin führt; der Blutzuckerspiegel sinkt. Natrium-Glukose-Cotransporter anderer Körperzellen werden dagegen kaum beeinflusst.

Die EMPA-REG-Outcome-Studie zeigte bereits 2015, dass der SGLT-2-Hemmer Empagliflozin das kardiovaskuläre Risiko von Typ-2-Diabetikern senkt [3] – neuer sind die EMPA-REG-Daten zum renalen Outcome [3]: Über 7.000 Typ-2-Diabetiker wurden randomisiert und erhielten entweder eine Standard-Therapie plus Empagliflozin oder Placebo. Über 48 Monate wurden Langzeiteffekte auf die Progression der Nephropathie (Auftreten von Albuminurie, Verdopplung des Serumkreatinins, Notwendigkeit einer Dialysetherapie oder renale Mortalität) untersucht.

Im Ergebnis gab es zwar keine Unterschiede im Auftreten einer Albuminurie, dennoch wiesen Patienten der Empagliflozin-Gruppe eine signifikant geringere Progression des Nierenfunktionsverlustes auf (525 von 4.124 Patienten [12,7%]) als Patienten der Placebogruppe (388 von 2.061 Patienten [18,8%], $p < 0,001$). Dieser Zusatznutzen der Nephroprotektion für kardiovaskuläre Risikopatienten mit

diabetischer Nephropathie wurde bereits vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) bestätigt.

Auch die unlängst veröffentlichte CANVAS Studie [5] mit Canagliflozin und einem ähnlichen (wiewohl nicht identischen) Design wie die EMPA-REG Studie konnte den positiven Effekt auf Herzinsuffizienz und renales Outcome bestätigen, allerdings waren die Effekte nicht so stark ausgeprägt wie in der EMPA-REG Studie [Literatur: NEJM Juni 2017].

Inkretin-Mimetika Eine zweite vielversprechende Substanz zur renalen Protektion ist Liraglutid, ein sogenanntes Inkretin-Mimetikum (bzw. GLP-1-Analagon). Es hat einen völlig neuen Wirkmechanismus, denn es greift nicht direkt an der Bauchspeicheldrüse an, sondern am enteralen „Inkretinsystem“, einer hormonellen Steuerung im Darm. Zu diesen „Darmhormonen“ (Inkretinen) gehört GLP-1, welches bei der Nahrungsaufnahme von der Darmschleimhaut sezerniert wird und über Nervensignale auf zerebrale Steuerzentren wirkt. Diese wiederum regen – allerdings nur bei einer gleichzeitig vorliegenden Blutzuckererhöhung – das Pankreas an, Insulin freizusetzen. Das langwirksame GLP-1-Analagon Liraglutid löst die gleichen Inkretineffekte aus wie das endogene GLP-1. Die Wirkung tritt aber nur ein, wenn der Blutzuckerspiegel ansteigt, was bedeutet, dass – anders als bei vielen anderen antidiabetischen Substanzen, das Hypoglykämie-Risiko minimal ist.

Nachdem in der LEADER-Studie („Liraglutide Effect and Action in Diabetes: Evaluation of Cardiovascular Outcome Results“) bereits gezeigt wurde, dass Liraglutid bei Typ-2-Diabetikern langfristig das Risiko kardiovaskulärer Ereignisse (Infarkte, Schlaganfälle) reduziert [6], liegen nun auch die Auswertungen zum renalen Outcome von Liraglutid vor [7]: Bei der aktuell im New England Journal of Medicine erschienenen Arbeit handelt es sich um eine präspezifizierte Subgruppenanalyse der LEADER-Studie: Diese große Multizenterstudie (32 Länder) verglich bei Typ-2-Diabetikern mit hohem kardiovaskulären Risiko eine – zusätzlich zur Standardtherapie verabreichte – Behandlung mit dem GLP1-Analagon Liraglutid gegenüber Placebo. Insgesamt waren 9.340 Patienten randomisiert worden, der mediane Nachbeobachtungszeit lag bei über drei Jahren (3,84 Jahre). Die Analyse des sekundären renalen Endpunktes erfasste die Zeitdauer bis zu einem renalen Ereignis (neu auftretende Makroalbuminurie, Verdoppelung des Serumkreatinins, terminale Niereninsuffizienz oder Tod durch renale Ursachen).

Im Ergebnis gab es in der Liraglutide-Gruppe signifikant weniger renale Ereignisse als unter Placebo (268 von 4.668 Patienten versus 337 von 4.672). Die Risikoreduktion betrug 22% (Hazard ratio HR 0,78; $p=0,003$). In ersten Linie wurde bei Patienten der Liraglutide-Gruppe das Neuauftreten einer Makroalbuminurie verhindert (HR 0,74, $p=0,004$). Die Nebenwirkungsraten unter Liraglutid und Placebo waren vergleichbar bzw. nicht signifikant unterschiedlich. Zu den häufigsten möglichen unerwünschten Wirkungen gehörten gastrointestinale Beschwerden.

Literatur zum Text

- [1] <http://www.diabetes-stoppen.de/fakten/zahlen-und-fakten-zu-diabetes>
 [2] <https://www.era-edta-reg.org/files/annualreports/pdf/AR2013%20Summary%20paper.pdf...> (dort auf S. 6)
 [3] Zinman B, Wanner C, Lachin JM et al. Empagliflozin, Cardiovascular Outcomes, and Mortality in Type 2 Diabetes. N Engl J Med. 2015; 373(22): 2117-28
 [4] Wanner C, Inzucchi SE, Lachin JM et al Empagliflozin and Progression of Kidney Disease in Type 2 Diabetes. N

Engl J Med 2016; 375: 323-34

[5] Neal B, Perkovic V, Mahaffey KW et al. Canagliflozin and Cardiovascular and Renal Events in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2017; 77(7): 644-657

[6] Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K et al. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2016; 375(4): 311-322

[7] Mann JFE, Ørsted DD, Brown-Frandsen K et al.; LEADER Steering Committee and Investigators. Liraglutide and Renal Outcomes in Type 2 Diabetes. N Engl J Med 2017; 377 (9): 839-48



Frage aus der Facebook-Gruppe Nierenkrank an die User "Mich würde interessieren ob es möglich ist, dass eine chronische Niereninsuffizienz depressive Verstimmungen, ständige Müdigkeit, Abgeschlagenheit etc. verursacht?"

Antworten:

- "Also müde bin ich ständig. Ich kann morgens um 10 Uhr ausgeschlafen aufstehen und bin 2 Stunden später wieder so müde, das ich auf der stelle einschlafen könnte"
- "Die Niereninsuffizienz macht müde und abgeschlagen ja. Und das kann dann eine Depression verursachen. Nicht umsonst gilt die Niere in der chinesischen Medizin als Energieorgan. Versuche die Leistung hoch zu bekommen. Nieren und Blase, besser heißes Wasser, als kaltes trinken. Ernährung anpassen und vlt mal bei einer guten Heilpraktikerin fragen, ob sie was machen kann. Mir wurde Rinderniere intramuskulär gespritzt und das verhalf mir zu einer Besserung. Ich hab dann nochmals drei Jahre gewonnen ohne Dialyse."
- "Was soll Rinderniere i.m. bewirken ??"
- "Ich hatte eine Funktion von 30 % und nach einer Homöopathischen Kur mit diesem Zeug, was extra in München hergestellt wurde, hatte ich eine Leistung von 90%. Mir ging es saugut und ich war wieder kräftig und fit. Leider hat diese Kur nur einmal bei mir angeschlagen. Danach nicht mehr. Die Nephrologen haben auch Bauklötze gestaunt, denn bei denen war ich zur Blutentnahme."
- "Habe Depressionen durch die Krankheit bekommen ! Wenn man vorher total im Leben

stand viel Sport gemacht hat und lebensfroh , dann ist so eine Diagnose schwer zu verkraften ! Klar Jammer grade auf hohem Niveau . Aber es liefen viele Faktoren zusammen ! Diagnose bekommen ein befristetes Arbeitsverhältnis (wie geht es weiter beruflich). Vater von zwei kleinen Kindern , grade frisch geheiratet ! Hoffe ich bekomme jetzt meinen fest Vertrag , dann wird es glaube ich besser . Meine Frau ist das beste was mir passieren konnte ! Sie achtet auf meine Ernährung und steht voll zu mir !"

- "Bei mir kommt einiges zusammen...Niereninsuffizienz Stadium 3, Arthrose in den Knien Hüfte, Verdacht Morbus Bechterew ständig Schmerzen, darf aber keine Schmerzmittel nehmen, wegen den Bluthochdruck. Medikamente jeden Tag 6 Tabletten morgens 3 sowie abends 3. Hausarzt meinte die Nierenfunktion wäre nicht nötig zu überprüfen. Bin selber zum Nephrologen gegangen, war eine gute Entscheidung. Vom Rücken und den Gelenke hat er keine Ahnung da stehe ich immer noch im blauen habe jetzt an der Uniklinik ein Termin in der Wirbelsäulensprechstunde und hoffe dass die endlich sagen was Fakt ist."
- "Mit Sicherheit kann eine depressive Verstimmung oder auch eine Depression davon kommen, wenn man dauernd irgendwelche Beschwerden hat! Das nennt man dann reaktive Depression, weil sie eben als Reaktion auf ein Ereignis bzw. einen äußeren Grund hin auftritt. Wenn der Grund beseitigt ist, verschwindet auch die Depression bzw. die depressive Verstimmung wieder."
- "Kleiner Schwung aus meinem Alltag: Seit Niereninsuffizienz St.5 gibt es Momente am Tag wo ich "in mich hinein weine" weil ich nach außen hin nicht schwach wirken möchte. Ich könnte aber auch gut einfach losheulen. Ohne Grund! Müde ist mein Nebenberuf... Seitdem ich allerdings Epo "am start hab" gehts mir diesbezüglich aber um einiges besser. Einhergehend damit auch wieder eine gesteigerte Konzentration usw.An sich kann ich gut mit der Dia leben. Ich hatte ja auch gut 2 1/2 Jahre zum "abfinden" von Diagnose der Nephritis bis Beginn der Dialyse"

Haben auch Sie Fragen und haben keinen Ansprechpartner? Die gelebte Erfahrung andere Betroffene hilft oft besser als die ärztliche Meinung aus dem Medizinbuch.

Allein zu wissen man ist mit den Problemen nicht allein, bedeutet schon eine große Unterstützung im Alltag. Jedoch müssen Sie auch in der Lage sein zu unterscheiden, ob die Tipps hilfreich sind oder nicht. Ich denke diese Fragestellung hier, zeigt das Spektrum von hilfreich bis

Dialysezeit = Lebenszeit!

Das Thema Dialysezeit = Lebenszeit ist sicher kein einfaches Thema. Die Lebenszeit eines Dialysepatienten beinhaltet nicht nur Überleben an der Dialyse (um jeden Preis) sondern sollte Leben mit der Dialyse bedeuten und zwar mit einer befriedigenden Lebensqualität.

Wie aber kann das erreicht werden? Immer wenn Patienten in der Praxis auf die Dialyse vorbereitet werden, taucht irgendwann die Frage auf: "Wie lang muss ich überhaupt dialysieren?"

Diese Frage beantworte ich mit der Gegenfrage: "Wie lange wollen Sie denn leben?!"

Nach einer kurzen Irritation kommt dann meist die Antwort: "lange", worauf ich dann wiederum entgegne: "Dann sollten Sie auch lange dialysieren!"

Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Dauer der einzelnen Dialysebehandlung auf der einen Seite und der Lebenszeit und der Lebensqualität auf der anderen Seite.

Dies ist für die Betroffenen wie auch für die Angehörigen nicht immer leicht zu verstehen und einzusehen.

Ich will versuchen diesen Zusammenhang zu erklären und leicht verständlich zu machen.

Deshalb werden wir den Dialysebereich jetzt erst einmal ganz verlassen und begeben uns gedanklich auf eine "Volkswanderung!"

Sie haben doch sicher alle schon einmal an einem Wochenende die Wander-Gruppen gesehen, die einer ausgeschilderten Strecke folgen, manche schnell im Dauerlauf, viele wesentlich gemütlicher, einige mit Hund, einige mit Kindern und auch mit Kinderwagen.

Eine solche Veranstaltung soll uns jetzt als Modell dienen: Nehmen wir einmal an wir haben eine Strecke von 5 Kilometern Länge ausgeschildert.

Gestartet wird auf einem großen Marktplatz.

Am Start sind viele Teilnehmer aller Altersgruppen, aber wegen der Beschaffenheit der Strecke mit Engstellen und Steigungen können nur 150 Wanderer starten, mehr

grenzwertig deutlich auf. Wenn Sie Interesse haben, melden Sie sich kostenlos und unverbindlich bei der Gruppe "Nierenkrank" in Facebook an. Derzeit hat die Gruppe 2700 Mitglieder. Moderiert wird die Gruppe von den Administratoren Monika Centmayer (Gruppengründerin) und

dürfen sich aus Sicherheitsgründen nicht gleichzeitig auf der Strecke befinden.

Die Strecke ist ein Rundkurs und das Ziel befindet sich also gegenüber dem Start auf der anderen Seite des Marktplatzes, wo auch die Busse auf die Ankommenden warten.

Nach dem Startzeichen gehen also die ersten 150 Wanderer auf die Strecke.

Darunter sind einige Athleten, die sich sofort im Dauerlauf an die Spitze setzen und die 5 km sicher in weniger als 20 Minuten schaffen.

Die meisten gehen es langsamer an und werden wohl ungefähr eine Stunde brauchen.

Einige gehen ganz gemütlich und unterhalten sich. Und dann sind da noch einige Korpulentere, die bald langsamer gehen und ab und zu stehen bleiben müssen.

Nicht zu vergessen die Eltern mit kleinen Kinder oder mit Kinderwagen.

Für unser Volkswanderungs-Modell gilt folgendes:

Immer wenn ein Wanderer das Ziel erreicht hat, kann wieder einer aus der Menge der am Start Wartenden auf die Strecke gehen, so dass immer 150 Leute unterwegs sind.

Impressum

Herausgeber:

Spektrum Dialyse
Martin G. Müller
Klausenerstraße 8
66115 Saarbrücken.

Tel: +49 681 - 4171723

Fax: +49 681 - 8956413

Mobil: +1772923258

Mail:

martin.mueller@spektrum.dialyse.de

www.spektrum-dialyse.de

Bilder:

Seite 1, ARD und Martin G. Müller

Seite 3. 4 Martin G. Müller & Google

Seite 6. Facebook

Seite 12 Deutsches Ärzteblatt

Seite 13. Ein Herz für Kinder

Auflage Stichpunkt Dialyse:

Ca. 1.500 online

*Spektrum Dialyse verfolgt kein kommerziellen Zweck!
Wer Rechtschreibfehler findet darf sie gerne behalten.
Auf den Inhalt kommt es an.*

Wer fertig ist, steigt in einen Bus und wird dann weggefahren.

Genau nach 5 Stunden wird die Veranstaltung beendet.

Bis dahin ist die Menge der Wartenden deutlich kleiner geworden und viele Busse haben den Platz verlassen.

Pünktlich nach 5 Stunden fährt der letzte Bus ab, d.h. wer jetzt noch auf der Strecke ist kann den Bus nicht mehr erreichen und geht daher langsam weiter Richtung Ziel.

Sie werden sich sicher fragen: "Was hat denn das mit der Dialyse zu tun?" und ich werde jetzt versuchen, Ihnen anhand dieses Modells der Volkswanderung die Reinigungsvorgänge bei der Dialyse verständlich zu machen.

Der Start sind die mit Giftstoffen beladenen Körperzellen. Die Wanderer sind die vielen verschiedenen Giftstoffe und das Ziel ist der Dialysefilter, durch den die Giftstoffe entfernt werden. Dort warten also die Busse.

Der Weg zum Filter führt zunächst von den Körperzellen zu den Blutgefäßen und dann mit dem Blutstrom weiter zum Shunt, in dem ja die Dialyseudeln mit den Leitungen zum Filter liegen.

Sie müssen sich jetzt vorstellen, dass die Giftstoffe, die sich zwischen den Dialysebehandlungen in den Körperzellen angesammelt haben, so verschieden sind wie unsere Teilnehmer an der Volkswanderung, d.h. es gibt Große und Kleine, Dicke und Dünne und Langsame und Schnelle.

Sie erinnern sich, dass sich von der letzten Wanderung bzw. der letzten Dialyse her noch 150 Teilnehmer bzw. Giftstoffe auf der Strecke befinden, die den letzten Bus nicht mehr erreicht haben.

Wenn jetzt eine neue Behandlung beginnt, werden einige also das Ziel schnell erreichen und der erste Bus kann bald abfahren. Dies schafft Platz auf der Strecke und dann können sich neue Giftstoffe aus den Körperzellen in Bewegung setzen, denn die Teilnehmerzahl ist ja begrenzt.

Zu der Teilnehmerzahl muss ich noch kurz etwas bemerken:

Wir hatten vorher gesagt, dass die Teilnehmerzahl wegen Steigungen und Engstellen auf der Strecke auf 150 begrenzt werden musste.

Die mögliche Teilnehmerzahl bzw. die Menge der Giftstoffe wird u.a. bestimmt durch die Geschwindigkeit mit der das Blut durch den Filter fließt.

Die Filtermembranen reinigen heute blitzschnell und je mehr Blut durch den Filter fließt umso mehr Giftstoffe können entfernt werden.

Der Blutfluss hängt wiederum ab von der Qualität und der Güte des Shunts, in dem ja die Nadeln mit den Leitungen zum Filter liegen. Zu Qualität einer guten Dialyse liegt so

auch an der Qualität eines guten Shuntchirurgen.

Wenn es also gelingen würde, einige Engstellen auf der Strecke zu beseitigen, dann könnten auch mehr Wanderer gleichzeitig auf der Strecke zugelassen werden.

Auf die Dialyse übertragen bedeutet dies folgendes:

Bei einem langsamen Blutfluss bzw. einem nicht so guten Shunt haben wir lediglich unsere bekannten 150 "Wanderer" auf der Strecke, bei einem gut funktionierenden Shunt kann die Zahl aber durchaus auf 300 bis 350 steigen.

Prof. Krönung aus der DKD in Wiesbaden oder Dr. Mündlein in Offenburg z.B. sind einer der wenigen Spezialisten für Shuntchirurgie und somit ein wichtiger Teil der Dialysekette - den Shunt. Solche Fachleute sind in den Vorortkliniken selten anzutreffen. Daher kommt es teils zu zahlreichen Komplikationen und Nachoperationen bis ein Shunt eine solche Qualität besitzt um genügend Wanderer auf die Strecke schicken zu können.

Zurück zur Volkswanderung:

Die Geschwindigkeit der einzelnen Wanderer ist also der wichtigste Faktor bei dem Zusammenhang von Lebenszeit und Dialysezeit und hierbei ist wiederum der Weg von den Körperzellen hin zu den Blutgefäßen entscheidend.

Wenn die Giftstoffe einmal die Blutgefäße erreicht haben, werden sie vom Blutstrom mitgerissen und bewegen sich dann nahezu mit der gleichen Geschwindigkeit Richtung Shunt und zum Filter und werden also relativ schnell entfernt. Der letzte Teil des Weges geht also schnell.

Die "Nachlieferung" der Giftstoffe aus den Körperzellen in das Blut erfolgt jedoch verzögert und hier liegt die entscheidende Erklärung.

Das Tempo der verschiedenen Giftstoffe vom Start aus den Körperzellen bis zum Erreichen der Blutgefäße ist genauso verschieden wie das Tempo bei den Teilnehmern unserer Volkswanderung.

Auch hier gibt es durchtrainierte Athleten im Dauerlauf (wie z.B. Kalium, Kreatinin und Harnstoff) die den Bus schnell erreichen und somit Platz für Nachfolger machen.

Andere Giftstoffe - wie z.B. das Phosphat - marschieren viel langsamer und brauchen vielleicht 1 Stunde bis zum Bus, erst dann kann sich wieder neues Phosphat auf den Weg machen.

Manche Giftstoffe brauchen noch länger und jetzt verstehen Sie vielleicht besser den Unterschied der Reinigung zwischen einer Dialyse die 3 Stunden und einer Dialyse die 6 Stunden dauert.

Wenn Engstellen der Wegstrecke beseitigt werden und so ein sehr guter Blutfluss erreicht wird, so können sich zwar mehr Giftstoffe auf den Weg machen, die Wandergeschwindigkeit der einzelnen Giftstoffe von der Körperzelle bis zum Blut wird aber dadurch nicht verändert, d.h.

es sind mehr unterwegs aber nicht schneller.

Dies ist der entscheidende Punkt!

Giftstoffe die z.B. 2 Stunden bis zum Erreichen des Blutes brauchen werden bei einer 3-Stunden-Dialyse also nur einmal entfernt, bei einer 6- Stunden-Dialyse dreimal. Ein Giftstoff der 3 Stunden bis zum Erreichen des Filters benötigt würde bei einer 2-Stunden-Dialyse also gar nicht entfernt werden.

Die Giftstoffe, die sich am Ende der Dialysebehandlung noch auf der Wanderung befinden, bleiben im wahrsten Sinne des Wortes "auf der Strecke" d.h. im Körper - bis zur nächsten Dialyse. Die Wanderung wird aber nicht abrupt gestoppt sondern geht noch weiter Richtung Blutgefäße. Der Abtransport entfällt dann allerdings - alle Busse sind abgefahren bzw. die Dialylenadeln wurden gezogen.

Wir halten also fest:

Die Wandergeschwindigkeiten der einzelnen Giftstoffe von den Körperzellen bis zum Erreichen der Blutgefäße sind unterschiedlich und können nicht beeinflusst werden. Je länger die Dialyse also dauert, desto öfter erreicht ein bestimmter Giftstoff den Filter und wird somit entfernt.

Die Dauer der Dialysebehandlung ist damit ein entscheidender Faktor für die Qualität der Reinigung. Die Qualität der Reinigung bestimmt wiederum wesentlich die Lebenszeit des Dialysepatienten

Wir verlassen unser Volkswanderungsmodell in der Hoffnung, dass Sie jetzt besser verstehen, warum die Dauer der Behandlung und damit die Anzahl der abgefahrenen Busse so entscheidend ist.

Wie lange Dialyse ist also lange genug?

Die eigenen Nieren arbeiten bekanntlich 24 Stunden am Tag. Also wären 24 Stunden Dialyse täglich wohl am besten um dem Original nahe zu kommen.

Ich spreche hier von Hämodialyse mit Shunt, künstlichem Filter und Dialysemaschine.

Jeden Tag 24 Stunden an der Dialysemaschine zu verbringen ist wohl nicht vorstellbar und auch nicht realistisch.

Dreimal wöchentlich 2 Stunden zu dialysieren ist sicher zu wenig.

Wo liegt also das richtige Maß?

In den Anfängen der Hämodialyse waren 2 x 12 Stunden oder 3 x 8 Stunden die Regel.

Dies lag aber auch daran, dass die Reinigungskraft der künstlichen Filter damals nicht so gut war und allein deshalb eine lange Dialysezeit erforderlich war.

Nach technischer Weiterentwicklung und Verbesserungen der Filter ging man daran die Dialysezeit zu verkürzen, wobei man in Europa heute allgemein von einer Dialysezeit von 4-5 Stunden dreimal wöchentlich ausgeht.

Die Propagierung der Kurzzeitdialysen (2-3 Stunden) nach der Verbesserung der Membranen war eine verhängnis-

voller Weg.

Insbesondere in den USA führte dies zu einer deutlichen Verschlechterung der Überlebenszeit der Dialysepatienten.

Die Statistiker liefern hierzu immer so erbarmungslose Zahlen:

Die 5-Jahres-Überlebensrate z.B. ist eine solche Zahl.

Hier wird einfach nachgeschaut wer wann an die Dialyse kam und wer nach 5 Jahren noch da ist, d.h. noch am Leben ist.

Grunderkrankung, Alter bei Dialysebeginn und Geschlecht etc. spielen hierbei keine Rolle.

Nach Einführung der Kurzzeitdialyse lag die 5-Jahres-Überlebensrate der Dialysepatienten in den USA knapp unter 50%, d.h. nach 5 Jahren war jeder 2. nicht mehr da. Für Europa liegen dies Zahlen meines Wissen so bei 82% und die Japaner sind noch etwas besser. Dies liegt zum einen an dem etwas geringeren Körpervolumen der Asiaten, aber auch daran, dass die japanischen Krankenkassen keine Dialyse unter 4 Stunden vergüten, aber für längere Dialysezeiten Zuschläge bezahlen.

Eine Faustformel für die Dialysezeit lautet:

Mindestdialysezeit (min)= Körpergewicht (kg) x 4

Dies kann jeder Dialysepatient mal bei sich überschlagen. Nach oben ist diese Zeit immer flexibel.

Die Zeit an der Dialysemaschine ist für viele Patienten schlimme Zeit, nicht weil es ihnen durch die Dialyse schlecht ergeht, vielmehr geht ja die Dialysezeit von der Freizeit ab.

Eine Verkürzung der Dialysezeit wird daher immer begrüßt, während Vorschläge zur Verlängerung der Dialysezeit auf wenig Gegenliebe stoßen.

Dies resultiert meist aus einer mangelnden Aufklärung über die Gesamtproblematik.

Dialysebehandlung ist eine langfristige Behandlung und muss immer in ihren Auswirkungen auf viele Jahre betrachtet werden. Das muss sich jeder ins Bewusstsein rufen, wenn er mit dem Dialysearzt oder dem personal um kürzere Dialysezeit feilscht. Wenn die Ärzte da nicht freizügig sind ist das kein böser Wille sie haben das Ganze auf Langzeitsicht in Ihrem Interesse im Blick.

Der momentane Gewinn einer Stunde bei verkürzter Dialysezeit bedeutet langfristig die Verkürzung der Lebenserwartung des Betroffenen. Also Ihrer Lebenszeit! Was bedeutet weniger Zeit mit dem Partner, weniger Zeit mit den Enkelkindern nur weil die Einsicht für längere Dialyse bei Notwendigkeit fehlte.

Über die Schädlichkeit des Rauchens gibt es heute keine Zweifel mehr.

Genauso gibt es keine Zweifel an der Schädlichkeit einer

zu kurzen Dialysedauer.

Ich habe versucht, Ihnen die Problematik einer sehr komplexen Materie anhand des vereinfachenden Beispiels der Volkswanderung etwas näher zu bringen und hoffe, dass dies zu einem Teil gelungen ist.

Wenn Sie das nächste Mal an einer Volkswanderung teilnehmen, oder Wanderer sehen, denken sie vielleicht über

Ihre Situation als Dialysepatient nach.

Martin G. Müller

Der Bericht beruht auf einem Vortrag von Dr. med. Eckehard Fugger ehemaliger Leiter und Gründer des Dialysezentrums Püttlingen Saar, mit Ergänzungen von meiner Person.

Krankenkasse:

Mut zum Widerspruch

Quelle: Stiftung Warentest. 02.06.2017

Wenn die Kasse nicht zahlen will

Versicherte können sich gegen Entscheidungen ihrer gesetzlichen Kranken- oder Pflegekasse mit einem Widerspruch wehren. Das ist kostenlos – und oft erfolgreich, wie die Fälle einiger unserer Leser zeigen.

Adolf Schmitz aus Euskirchen ist glücklich mit seinem künstlichen Kniegelenk. „Schon eine Woche nach der Operation war es schmerzfrei und voll belastbar.“ Und er hat durchgesetzt, dass seine Krankenkasse sich mit 7 800 Euro an den Kosten beteiligt. Die Rechnung über rund 11 500 Euro der privaten Spezialklinik, in der er sich hat operieren lassen, wollte die Kasse zunächst nicht übernehmen. Mit der Klinik besteht kein Vertrag.

Kasse muss sich binnen drei Wochen äußern

Vor der Operation hatte Schmitz wochenlang keine Antwort auf den Kostenvoranschlag erhalten, den er eingesandt hatte. Während der Reha kam dann die Ablehnung. Der 77-Jährige legte sofort Widerspruch ein. „In Finanztest hatte ich gelesen, dass Anträge als bewilligt gelten, wenn die Kasse nicht innerhalb von drei Wochen die Kostenübernahme schriftlich ablehnt.“ Diese gesetzliche Regelung wurde 2013 mit dem Patientenrechtegesetz eingeführt. Sie soll Versicherten helfen, schneller zu ihren medizinischen Leistungen zu kommen. Auch im Fall einer Ablehnung sind Kassenmitglieder nicht rechtlos. Sie können Widerspruch einlegen.

Widersprüche oft erfolgreich

Oft geht der Widerspruch – wie bei Adolf Schmitz – erfolgreich aus. Er ist einer der rund 70 gesetzlich Versicherten, die uns ihre Erfahrungen schilderten. Im März baten wir unsere Leser, uns mitzuteilen, ob sie schon einmal Ärger mit der Kasse hatten. Die meisten Leistungen der Krankenkasse müssen Versicherte gar nicht beantragen. Sie gehen mit ihrer Chipkarte zum Arzt

und haben mit der Abrechnung nichts zu tun. Probleme kann es geben, wenn die Kasse eine Leistung erst genehmigen muss, wie eine Reha, oder wenn der Versicherte etwas anderes braucht als die vorgesehene Standardversorgung, zum Beispiel ein teureres Hörgerät.

Versicherte haben einen Monat Zeit

Lehnt die Kasse die Kostenübernahme ab, haben Versicherte das Recht zu widersprechen. Sie müssen aber innerhalb eines Monats reagieren. Das sollten sie unbedingt wahrnehmen, schreibt die AOK Bayern sogar in ihrer Mitgliederzeitschrift. Ehrenamtliche Versichertenvertreter sollen kassenintern für die Rechte der Kunden eintreten.

Worum es häufig Streit gibt

Zum Streit kommt es häufig bei diesen Themen:

- Hilfsmittel wie **Rollstühle** oder **Hörgeräte**
- **Rehabilitation**
- Pflege und Krankengeld bei **Arbeitsunfähigkeit**.

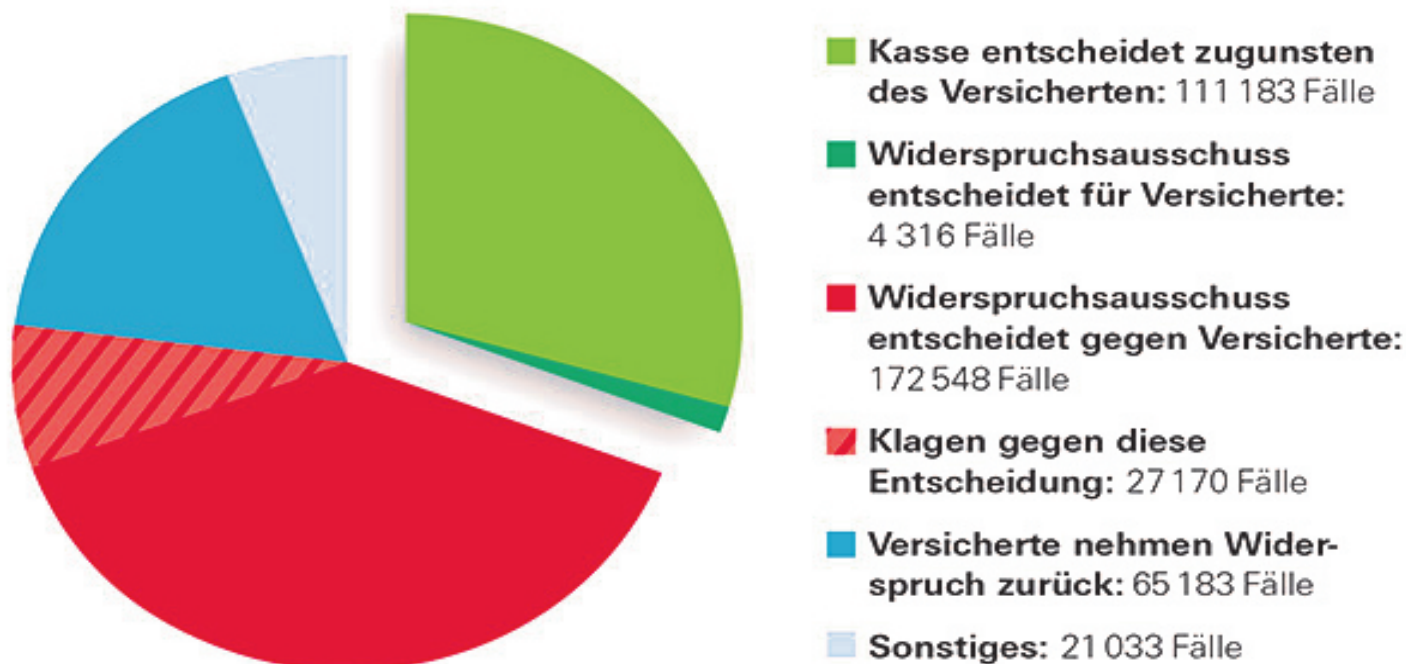
Das bestätigt auch Cornelia Jurrmann vom Sozialverband VdK, der Versicherte berät und rechtlich vertritt. „Bei Pflege geht es meist um die korrekte Einstufung. Patienten, die Krankengeld beziehen, kommen zu uns, wenn ihre Kasse sie nach Aktenlage gesundschreibt und die Zahlung stoppt.“

Gutachter geben eine Empfehlung

Die Kassen berufen sich bei Ablehnungen oft auf den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Bei den Versicherten entsteht so der Eindruck, als müsse die Kasse befolgen, was der MDK sagt. „Das stimmt nicht“, sagt Michaela Gehms vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes der Krankenkassen. „Die MDK-Gutachter geben eine Empfehlung ab. Die Kasse ist daran nicht gebunden und kann in begründeten Fällen davon abweichen.“

Das MDK-Gutachten anfordern

Wenn die Kasse einen Antrag ablehnt, sollten Versicherte sofort das MDK-Gutachten anfordern. Sie haben ein Recht auf Akteneinsicht. Das Gutachten kann ihnen wichtige Anhaltspunkte liefern, um den Widerspruch zu begründen. „Eine Begutachtung in oft nur 15 Minuten wird der Situation der Betroffenen meist nicht gerecht“, berich-



Quelle: Statistik der Sozialgerichtsbarkeit – Erledigte Widerspruchsverfahren 2016.

Etwa jeder dritte Widerspruch bei Kranken- und Pflegekassen endet erfolgreich für die Versicherten. Wird ihr Widerspruch zurückgewiesen, können sie vor das Sozialgericht ziehen.

tet Berufsbetreuerin Christiane Natusch. Sie nimmt die Angelegenheiten von Personen wahr, die sich nicht mehr selbst vertreten können. Wichtig ist nach ihrer Meinung, selbstbewusst aufzutreten und Rechtskenntnis zu signalisieren: „Angst vor Repressalien braucht niemand zu haben, nach meiner Erfahrung ist das noch nie vorgekommen.“

„Man muss alles schriftlich machen“

Die 70-jährige Traudel David kann das bestätigen. Sie ist geübt im Kämpfen um Leistungen. Sie ist seit Geburt blind und seit vielen Jahren gehbehindert. Sie legt Wert auf Eigenständigkeit und kommt gut zurecht. Zuletzt beantragte sie einen Trippelstuhl, um in der Wohnung mobil zu sein. Am Telefon schlug ihr jemand von der Kasse vor, ein Toilettenstuhl würde den Zweck auch erfüllen. Traudel David legte Widerspruch ein. „Man muss alles schriftlich machen“, sagt sie. „Was Mitarbeiter der Kasse am Telefon erzählen, ist oft Blödsinn.“ Ein Toilettenstuhl ist ungeeignet, um dauerhaft darauf zu sitzen. Der Hilfsmittel-lieferant besorgte ihr leihweise einen Trippelstuhl. Die Kasse lenkte erst ein, als Traudel David erwähnte, sie sei bereit, den Fall vor Gericht zu bringen. Vier Tage später erhielt sie die Zusage über 1 750 Euro für den Stuhl. Wenn die Kasse nach einem Widerspruch nicht einlenkt, geht die Sache in den Widerspruchsausschuss. Das dauert oft lange, und am Ende fällt häufig eine Entscheidung im Sinne der Kasse.

Ablehnung im Akkord

Die Ausschüsse arbeiten geradezu im Akkord. Etwa 260 Fälle behandeln beispielsweise die fünf Widerspruchsausschüsse der Techniker Krankenkasse (TK) in jeder Sitzung. Bleibt da genug Zeit, sich mit den Argumenten

der Versicherten und den eingereichten Unterlagen zu befassen? Ja, sagt Daniel Burgstaler von der TK. „Es gibt immer Standardsituationen, wo es keinen Handlungsspielraum gibt, da das Gesetz eindeutig ist, und auf der anderen Seite die komplexen Fälle. Durch die Erfahrungen der Ehrenamtlichen und gute Vorbereitung ist für komplexe Fälle genügend Beratungszeit in den Widerspruchsausschüssen eingeplant.“ Ein Insider einer anderen Kasse schrieb uns dagegen: „Es ist Praxis, die Fälle im Block abzuarbeiten, also 20 Fälle zu Fahrtkosten, zehn Fälle zu Heilmitteln und so weiter. Das ist meist mit Ablehnung verbunden.“ Die Chancen stehen gut, vor Gericht doch noch Recht zu bekommen. Die Richter müssen jeden Fall genau prüfen, und sie können auch selbst Gutachten einholen.

Wenn die Kasse mauert oder trödeln

In etlichen Zuschriften teilen unsere Leser mit, dass sich Vorgänge bei ihrer Kasse über Monate hinziehen. Das muss man nicht hinnehmen, erläutert Rechtsanwältin Silke Möhring, die für die Verbraucherzentrale Hessen Kunden berät. „Entscheidet die Kasse nicht innerhalb von drei Monaten über einen Widerspruch, ohne dass es berechnete Gründe gibt, kann Untätigkeitsklage beim Sozialgericht erhoben werden.“

Gründe der Dringlichkeit

Auch Gerichtsverfahren dauern lange. Wenn Eile geboten ist, können Gerichte aber eine einstweilige Anordnung treffen. Gründe der Dringlichkeit liegen zum Beispiel vor, wenn es für jemanden aus medizinischer Sicht nicht zumutbar ist, auf das Hauptverfahren zu warten, und gesundheitliche Schäden zu erwarten sind.

Shuntchirurgie im Saarland.

Anregung von Spektrum Dialyse!

Aufgrund eines zu erwartenden Gutachtens, worin es um die Umsetzung der neuen Qualitätskriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) und dessen Vorgaben zu den Mindestmengen geht, will man die Struktur der saarländischen Krankenhauslandschaft anpassen.

Aber auch als Folge von Pressemeldungen (z.B. "Die Kranken- und Pflegekassen im Saarland haben gut eine Woche nach der Landtagswahl ihre gesundheitspolitischen Positionen vorgestellt."), hat Spektrum Dialyse folgende Anregung im April getätigt.

Es wurde bei Landesregierung wie bei den Kassen ange-regt, die Shuntchirurgie im Saarland, von derzeit neun auf

zwei Standorte (Uniklinik Homburg ind Klinikum Winter-berg Saarbrücken) zu reduzieren.

Anlass zu dieser Empfehlung ist, dass die Shuntchirurgie im Saarland, wegen geringen Fallzahlen im Land, nicht überall die Vorgaben der Zertifizierungskommission der "Interdisziplinären Zentren für Dialysezugänge" ent-spricht.

Durch Reduzierung der Standorte würden die Patienten so zukünftig von Hören Erfahrungswerte profitieren.

Als Reaktion teilten die Kassen mit, dass die Anregungen bewertet werden und ggfls. berücksichtigt würde.

Für die Patienten eine positive Rückmeldung, dass Ihre Situation zumindest Bewertung findet und somit bekannt wird. Ende 2017 fallen nach aktuellem Stand zwei Stand-orte weg.

Martin G. Müller
Spektrum Dialyse

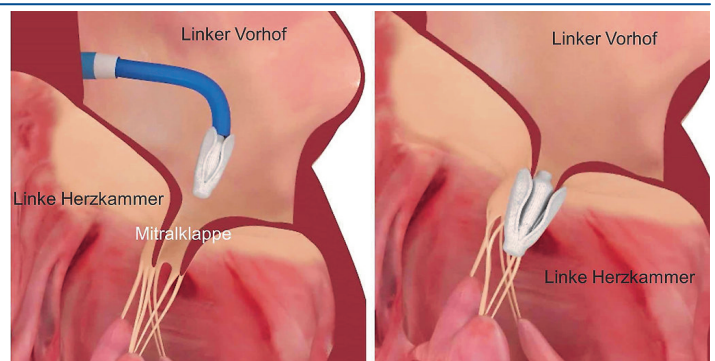
Mitralinsuffizienz: Neue Katheterbehandlung in klinischer Studie erfolgreich

Quelle: Deutsches Ärzteblatt, 22.08.2017

Bern – Eine neue Katheterbehandlung kann eine Mitralin-suffizienz offenbar auch dann mildern, wenn eine offene Herzoperation für den Patienten zu riskant wäre und ein Mitralklappen-Clipping nicht möglich ist. In einer ersten „Compassionate Use“-Behandlungsserie (*Lancet* 2017; [390: 773–780](#)) war die Behandlung bei den meisten Pa-tienten erfolgreich.

Bei etwa der Hälfte aller Patienten mit einer klinischen Mitralinsuffizienz ist es zum Zeitpunkt der Diagnose für eine Operation zu spät. Die zumeist älteren komorbiden Patienten würden den grossen Eingriff häufig nicht über-leben. Einige dieser Patienten können seit einigen Jahren mit einem Clip versorgt werden, der die Segel der Mitralklappe trifft und den Rückfluss bei der Systole vermin-dert. Doch auch diese Option steht vielen Patienten nicht zur Verfügung, beispielsweise weil sich die Herzklappe bereits zu stark verändert hat.

Ein US-Hersteller hat für diese Patienten jetzt eine neue Variante entwickelt, bei der ähnlich wie bei der katheter-gestützten Aortenklappenimplantation ein Implantat über die defekte Mitralklappe gestülpt wird. Die katheterge-stützte Mitralklappenreparatur wird derzeit in einer klini-schen Studie untersucht. Die ersten Patienten wurden jedoch schon vorher in einem „Compassionate Use“-Programm behandelt. Es handelt sich um Patienten ohne weitere Optionen, die ohne eine Behandlung nur noch



eine begrenzte Lebenserwartung haben.

An sieben Herzzentren in fünf Ländern (Deutschland, Griechenland, Kanada, USA und Schweiz) wurden seit September 2015 insgesamt 23 Patienten behandelt. Alle Patienten im Alter von 61 bis 82 Jahren hatten eine schwere Mitralinsuffizienz (Grad 3 oder 4). Der Euroscore II, der das Sterberisiko nach einer offenen Herzoperation angibt, betrug 7,1 Prozent, weshalb die Herzchirurgen von einem Eingriff abgeraten hatten. Bis auf einen litten alle Patienten unter einer schweren Herzinsuffizienz (NYHA Grad III oder IV).

Wie ein Team um Stephan Windecker vom Inselspital Bern jetzt berichtet, war die neue kathetergestützte Mitralklappenreparatur (PASCAL) bei allen 23 Patienten tech-nisch erfolgreich. Bei 22 Patienten (96 Prozent) vermin-derte sich die Mitralin-suffizienz auf einen Grad 2 oder besser. Sechs Patienten (26 Prozent) benötigten aller-dings zwei Implantate.

Bei zwei Patienten (9 Prozent) kam es zu periprozedura-len Komplikationen. Dies war laut Windecker einmal ein „kleines“ Blutungsereignis und das andere Mal eine transi-torische ischämische Attacke. Insgesamt bewerten die Schweizer Kardiologen die Behandlung bei 22 von 23 Patienten (96 Prozent) als technisch erfolgreich.

Drei Patienten (13 Prozent) starben allerdings in den ersten 30 Tagen nach der Behandlung. Insgesamt 19 Patienten (82 Prozent) verzeichnete 30 Tage nach der Implantation eine deutliche Verbesserung ihrer Herzinsuffizienz, die nur noch als NYHA Klasse I oder II eingestuft wurde. © rme/aerzteblatt.de

Spruch ...

**Auch wenn der Patient
austherapiert ist, hilft ihm
Menschlichkeit in der Medizin,
bis zur letzten Lebensminute ...**

Martin G. Müller



Bildquelle: Ein Herz für Kinder

Kinder an der Dialyse ...

Darüber sollte mancher erwachsener
Dialysepatient einmal nachdenken ...

Erinnerungen an schöne Zeiten in Heidelberg!

Bei der Neuprogrammierung von www.spektrum-dialyse.de, habe ich folgenden längst vergessenen Bericht aus dem Jahr **2006** gefunden. Ich habe mich entschieden diesen zu veröffentlichen, um aufzuzeigen, wie es mir als Kind in der Heidelberger Kinderklinik damals erging.

Vor Kurzem habe ich im TV einer Dokumentation gesehen, in der es um eine Kinderklinik gegangen ist.

Man zeigte ein Kind, das im Gitterbett stand, und eigentlich fröhlich war. Als die Tür aufging und der Arzt betrat das Zimmer, wurden die Kinderaugen groß und man sah Angst darin.

zienz, die nur noch als NYHA Klasse I oder II eingestuft wurde. © rme/aerzteblatt.de

Bei der kleinen Szene der Dokumentation sind bei mir längst vergessene Erinnerungen aufgekommen. Viele Weggenossen dieser Zeit sind wie ich, im Kindesalter erkrankt. Für viele war Heidelberg und die gute alte "H6" Station über Jahre die zweite Heimat. Wir "alten H6er" kannten/kennen jeden Winkel in und unter unserer alten Kinderklinik sowie deren Umgebung. Das war unser Revier! Hier gab es wie zuhause in der Schule/Freundeskreis Hierarchien. Dieter Centmayer der 8 Jahre älter war, war die Figur vor der man Respekt hatte und der als Vorbild diente. Joachim Kaiser hatte eine ähnliche Stellung inne.

Bei ihm im Zimmer zu liegen war was besonderes! Er war älter und konnte somit alleine die Klinik verlassen. So gelangte man verbotenerweise an Hamburger mit Pommes Frites oder konnte Videofilme bis spät in die Nacht mit ansehen. Das war zu dieser Zeit, wo es zu Hause noch kein Video gab, ein Highlight! Kein Highlight waren die zahlreichen Horrorfilme, wo ich mich im Anschluss die ganze Nacht ängstigte.

Neben uns Jungs gab es da auch noch die Mädchen auf Station. Wir Jungs suchten immer ihre Nähe! Ich erinnere mich gerne an meine Favoritin, Susanne Brustgie zurück. Susanne ist leider vor zwei Jahren verstorben. Sie kümmerte sich immer um mich. So half sie mir beim schreiben von Postkarten und bei meinen Hausaufgaben. Die Hausaufgaben hatten wir von unserer "H6" Lehrerin Frau Krone auf. Ich hatte Susanne gern und lernte durch sie schon früh das Gefühl der Eifersucht kennen. Meine erste Liebe begegnete mir jedoch erst vier Jahre später in Heidelberg auf "H4". Leider wurde diese Liebe durch Tod schmerzhaft beendet.

Wir machten als Kinder im verborgenen alles, was nicht erlaubt war. So bestellten wir heimlich Pizza und organisierten uns im Kollektiv Getränke. Alles war wegen hohen Blutdrucks (200/120) und bedingter salzarter Diät verboten. Ebenso wegen der Flüssigkeitsmenge und der hohen Gewichtszunahme zwischen den Dialysetagen.

Es fehlte uns klinisch an nichts, da wir von der Psychologin Frau Reichwald - Klugger sowie ihrem Team, immer Abwechslung und gute Ansprechpartner hatten. Auch das Ärzteteam um Professor Schärer waren fürsorglich. Nur mit Prof. Mehls hatte ich meine Schwierigkeiten. War er doch ein Arzt, der mir meine Grenzen aufzeigte. Welches Kind mag schon Maßreglungen? Bis heute sind mir jedoch gerade diese Ärzte am liebsten. Ich denke sehr oft und gerne an Prof. Mehls zurück. Trotz Krankheit und Klinikalltag hatten wir so schöne Zeiten in Heidelberg! Das hatten wir einem Team zu verdanken, dem unser Wohlergehen eine Herzensangelegenheit war.

Warum berichte ich von den Geschichten meiner Kinderzeit? Ich komme auf den Anfang im TV zurück. Zu dem heiteren Kind im Klinikbett. So wie das Kind waren auch

wir gut gelaunt und spielten in den Behandlungspausen.

Das Kind war wie ich seinerzeit bei Arztabwesenheit in seiner Welt fröhlich. Aber sobald sich ein weißer Kittel näherte, brach diese kleine unbekümmerte Kinderwelt, wie ein Kartenhaus zusammen. Es läuteten alle Alarmglocken und die Angst stieg auf. Denn man wusste genau, vor dem „was jetzt kommt“ gibt es kein Entkommen. Mein Ziel war es, den Ärzten das Arbeiten mit mir, so schwer wie möglich zu machen. So schaltete ich auf Stur! Bei einer Blutabnahme oder Punktion für die Dialyse, hatte die "H6" vom Geräuschpegel etwas mit einer Folterkammer gleich. Mein Gegner war der Arzt, der mir aus meiner kindlichen Sicht nie etwas Gutes wollte.

Um diesen Situationen zu entkommen, versteckte ich mich teils mehrere Stunden z.B. in einem Wäschewagen oder in einer Putzkammer. Was wenig nutzte! Am Ende lag ich da schrie mir die Seele aus dem Leib und drei Mann hielten mich für die Behandlung fest. Prägende Erlebnisse fürs Leben! Im Rückblick machte ich mir das Leben schwerer, als die Behandlungsauswirkungen darstellten. Mit zunehmendem Alter wurde ich einsichtiger.

Vielleicht hätten die Ärzte zu dieser Zeit einfach mal so zum Spielen zu den Kindern kommen sollen. Ohne Veranlassung von Blutabnahmen oder Untersuchungen. Die Art praktizierte Prof. Dreikorn in den 80iger Jahren bei mir. Er war der Chefchirurg im Transplantationszentrum. Er entwendete mir in Regelmäßigkeit meine Matchbox Autos. Hier musste ich immer achtgeben. Zudem ärgerte er mich. Ich durfte aber auch mit ihm Doktor spielen. So lies er sich von mir auf der Trage über die Station "6 Wach" und durch die Chirurgie schieben. Ich durfte ihm sogar richtig Blutabnehmen. Er verpasste mir einen eigenen weißen Kittel und nahm mich regelmäßig mit einem Namenschild "Prof. Dr. Martin Müller" zur großen Chefarztvisite mit. Dabei zeigte er mir Blutwerte und Röntgenbilder und bat um meine Einschätzung. Ich war 10 Jahre! Überdies gab er mir eine Blasenspritze und half mir die Schwestern der "6 Wach" damit nass zu spritzen. Wollte ich das Klinikessen nicht, beauftragte er Schwestern mir Pizza oder Hähnchen zu besorgen. Besonders stolz war er, dass ich meine Tagesprotokolle und Medikamenteneinnahme eigenständig nach Vorgaben bewerkstelligte. So selbstständig musste ich immer als Beispiel für unselbstständige Erwachsene herhalten. Bei ihm schaltete ich zwar auch oft auf Stur nur nicht so heftig. Ich wollte es mir mit ihm nicht verscherzen. Er hatte sich Einfluss auf mein Verhalten verschafft, das so nur Frau Reichwald hatte. Später wollte er mich sogar mit nach Amerika zu einem Kongress nehmen, um mich vorzustellen. Was meine Eltern aus Angst nicht wollten. Die Postkarten aus Amerika von ihm besitze ich heute noch. So war es auch ihm und seinem Team gelungen, in einer gesundheitlich sehr schwierigen Situation, mir auf einer Wachstation eine fröhliche Kindheit zu ermöglichen. Auch ihm bin ich heute noch für diese Zeit und seiner sehr persönlichen Behandlung überaus dankbar! Leider ging der Kontakt verloren.

Bis heute bin ich in Heidelberg bei erstklassischen Ärzten immer wieder in Behandlung. Als Patient bin ich älter ge-

worden. Doch stecken in jedem Winkel des Klinikums zahlreiche Erinnerungen. Leider wurde mit dem Alter die Distanz zu den Ärzten immer größer. Die Fürsorge aus Kindertagen ist komplett vergangen. Die heutige Ärztegeneration besitzt von der Existenz ihrer Vorgänger kaum noch Kenntnis. So kommt man heute als Fremder, in altgewohnte Räumlichkeiten die voller Erinnerungen der Vergangenheit stecken. Die Ärzte haben kaum noch Zeit sich einfach mal so zum Patienten zu setzen um sich zu unterhalten. Auch da ist der Abstand sehr groß und unpersönlich geworden. Darüber hinaus ist das Pflegepersonal wegen Pflegenotstand, engen Zeitfenstern sowie Überforderung, schon mal murig anzutreffen.

So bleibt auch Ihnen keine Zeit mehr zu Gesprächen, die möglicherweise einige Probleme zutage fördern würden, die die Behandlung positiv beeinflussen könnte.

Eine Welt wie in der Schwarzwald Klinik hat es nie gegeben und wird es auch nie geben. Was auch keiner verlangt. Was aber schön wäre, wäre etwas mehr Menschlichkeit zwischen Arzt, Patient und Pflegepersonal.

Heute habe ich immer noch gegenüber Klinikärzten aus den erwähnten Gründen eine gewisse Antipathie. Da man jedoch heute selbst entscheidet, ist diese geringer als zur Kinderzeit.

Treffe ich jedoch in einer Klinik auf einen Arzt der meint er wäre der Boss, habe ich es bis jetzt immer noch geschafft, ihn vom Gegenteil zu überzeugen. Was nicht immer ein gutes Verhältnis bewirkt.

Ich sehe den Arzt in der Beraterfunktion, und wenn er das versteht, ist in einem guten Verhältnis auch eine gute Therapie wie in Kindertagen möglich.

Martin G. Müller

Kongresstermine

- 3. Dortmunder Dialysesymposium - 05. - 06. Oktober 2017 Kongresszentrum Westfalenhallen Dortmund, Goldsaal DORTMUND, Deutschland
- PD Symposium Mettmann - 13. - 14. Oktober 2017 Nephrologisches Zentrum Mettmann METTMANN, Deutschland
- Nephro Pharmacology Meeting 2017 - 21. Oktober 2017 Nierenzentrum Heidelberg HEIDELBERG, Deutschland
- 26. Jahrestagung der Deutschen Transplantationsgesellschaft (DTG) 2017 - 25. - 28. Oktober 2017 BONN, Deutschland
- 41. Wissenschaftlicher Kongress der Deutschen Hochdruckliga - 10. - 11. November 2017 Congresscenter Rosengarten MANNHEIM, Deutschland
- Nephrologisches Jahresgespräch - 17. - 19. November 2017 m:con Congress Center Rosengarten MANNHEIM, Deutschland
- 30. Berliner Dialyse Seminar - 01. - 02. Dezember 2017 Maritim Hotel Berlin BERLIN, Deutschland