



## 4. So schützen Sie Ihre Nieren (Prof. Karlwilhelm Kühn)

### 4.1. Vorstellung von Prof. Kühn (Uwe Korst)

Ja, dann gehen wir weiter im Programm. Ja, lieber Herr Prof. Kühn, wir freuen uns, daß Sie heute hier sind. Ich darf Sie ganz ganz kurz vorstellen. Sie sind Leiter in der Nephrologie in den Kliniken Karlsruhe. Weiterhin waren Sie von 1996 bis zum Jahr 2006 Vorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Klinische Nephrologie und das ist eine lange Zeit in einer ganz bedeutenden Interessenvertretung für die entsprechenden Nephrologen.

An dieser Stelle darf ich Herrn Prof. Geiger zitieren. Es war bei einer Veranstaltung in Frankfurt gewesen, es ist noch gar nicht so lange her, und da sagte Herr Prof. Geiger „ja, lieber Herr Prof. Kühn, Sie haben großartiges in der Nephrologie geleistet“ und diese Botschaft möchte ich einfach mal so weitergeben.

Und ich bin auch froh, daß Sie heute hier sind. Ja, lieber Karl-Wilhelm, wir haben uns vor einem guten Jahr bei einem Seminar für Christen, nicht per Zufall, wie ich heute weiß, kennengelernt, auch persönlich, und ich schätze es ganz besonders, daß Du trotz Deines Familientreffens, was heute in Leipzig stattfindet, hier bist und nicht gezögert hast, hier vorbei zu kommen. Das finde ich ganz ganz prima. Ich freue mich schon auf den Vortrag über frühzeitige Erkennung der Nierenerkrankung, wie schütze ich meine Nieren?, Vorsorgeprogramme und Prävention in verschiedenen Phasen. Ich denke, das ist für uns ein ganz spannendes Thema, weil die Frage für uns Patienten ist wirklich, „wie kann man das ganze Thema denn früh erkennen, was können wir als Patienten dazu beitragen, was müssen wir als Selbsthilfe auch nach außen tragen, um wirklich das Thema ein Stück weit voranzubringen?

Ein anderer Nephrologe, er ist auch hier, Prof. Riegel, sagte mal zu mir, „na ja, das Thema Prävention, es wird sicherlich noch viele, viele Jahre dauern, bis wir dieses Bewußtsein raus bringen, aber wir sind im Prinzip schon dran“.

### 4.2. Vortrag Prof. Kühn

Vielen Dank für diese Einladung. Ich freue mich sehr und fühle mich geehrt, daß ich von Karlsruhe hierher kommen darf. Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Gäste, das Thema ist nicht ganz einfach, weil ich mich bewußt, und dazu bin ich eingeladen worden, nicht auf die Zystennieren beschränken werde, sondern diejenigen, die Zystennieren haben – der größte Teil ist eingebettet in das Problem der Nierenerkrankung allgemein, und das ist das einzige Thema heute, wo ich über Nierenerkrankungen allgemein reden werde.

Jetzt etwas an den Vorsitzenden: also genau 20 Minuten habe ich Zeit? O.k. Gut, dann starten wir.

#### 4.2.1. Funktionen der Nieren

Ich will noch mal was zu der Funktion der Nieren sagen. Und zwar wird ja nachher sicher gesagt, was sind Zystennieren und wie entstehen die und gerade der Freiburger Prof.

Walz, diese Gruppe hat enormes international gesehen getan, daß wir in der Erkenntnis weiter kommen. Aber wir sind keinesfalls am Schluß angelangt.

Funktion der Nieren normal: auch für die, die nicht nierenkrank sind und die heute als Gäste sind: Flüssigkeitsregulierung des Körpers, Ausscheidung von Stoffwechselprodukten, das nennen wir Entgiftung der Nieren oder wenn es Nierenersatztherapie ist, ist das die Entgiftung.

Wesentliche Funktion für die Blutdruckregulierung und der Hochdruck bei Nierenpatienten ist mit der schwierigste, leider, aber wir wissen nach wie vor noch nicht genau, warum. Und die hormonelle Funktion haben wir in den letzten 20 Jahren gut kennengelernt, z.B. für das Blut, das rote Blutbild und für den Knochenstoffwechsel. Ich zeig es einfach noch mal, das ist ein Wunderwerk – sie sind ja, um hier den Herrn Korst anzusprechen, biblisch schon ganz früh erwähnt, Herz und Nieren und zwar doppelseitig.



Und Sie sehen, wie hoch die Durchblutung ist. Das ist die arterielle Versorgung, eine horrende Durchblutung und damit erklärbares Filterorgan für die Urinbildung hier in die Blase. Das blaue sind die Nierenvenen, d.h. das arterielle Blut muß ja dann wieder abtransportiert werden im venösen System. Aber hier sieht man – man sagt vom Gesamtkreislauf pro Minute gehen 25 % alleine durch die Nieren. Und hier sieht man das noch mal genauer. Ich nehme an, daß heute jemand auch noch mal etwas mechanistisch zur Entstehung von Zysten sagen wird. Aber Sie sehen hier, es sind ja pro Niere 1 Mio. solcher Nierenkörperchen, die entstehen, das ist hoch durchblutet und dann wird gefiltert und dieser Urin wird dann am Ende ins Nierenbecken gegeben und wird hier ausgeschieden und es wird eigentlich 100fach mehr filtriert, als am Ende ausgeschieden wird.

Die Niere ist ein Organ, was eben in guten wie in schlechten Tagen fantastisch schützt, autoreguliert ist, in der Wüste dafür sorgt, daß wir nur sehr wenig Wasser brauchen, also die Nieren sind normalerweise in der Lage, hervorragend zu konzentrieren. Und der Mechanismus, warum nun Zysten hier entstehen und was das bedeutet, darauf wird dann später noch eingegangen.

#### 4.2.2. Nierenfunktionsverlust

Was passiert bei Nierenfunktionsverlust? „So schützen Sie Ihre Nieren“ heißt das Thema. Das finde ich zu apodiktisch, sondern die Frage heißt, warum muß ich meine Nieren schützen und wie kann ich sie überhaupt schützen? Was passiert? – Die Stoffwechselproduktausscheidungsentgiftung ist vermindert, das nennen wir Urämie. Wenn es dann zu einer dramatischen Steigerung kommt, die Flüssigkeitsregulierung des Körpers ist nicht mehr gewährleistet, ganz wichtig für Herzranke. Herz- und Nierenranke haben da ein ganz besonderes Problem und häufig entsteht ein hoher, ja ein sehr hoher Blutdruck



auch insbesondere bei Zystennierenpatienten und die Ausbildung einer Blutarmut (Anämie) ist auch hormonell bedingt.

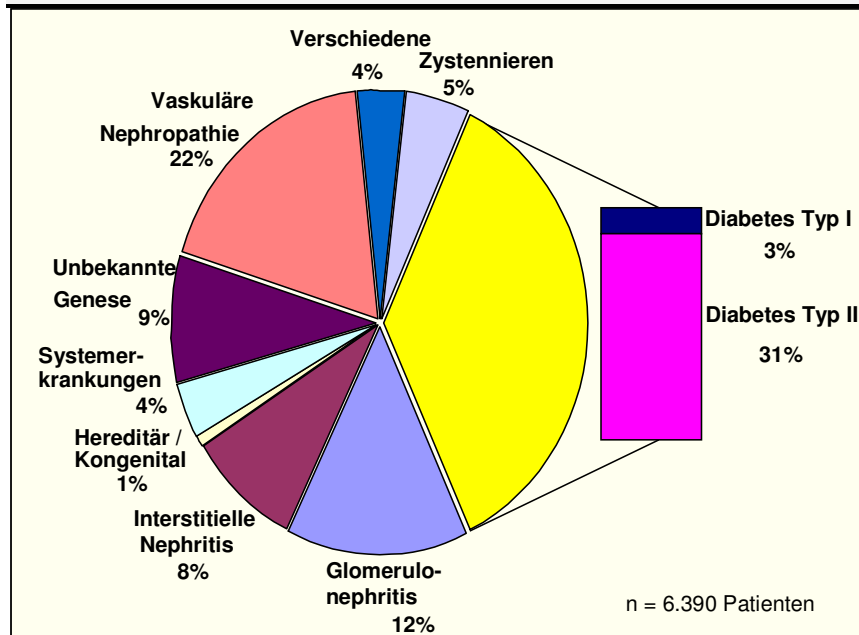
Das wissen Sie, weil man das heute substituieren kann und ich bin nach wie vor der Meinung, daß diejenigen, die nun Pech haben, eine Nierenerkrankung zu haben, die aber Zystennieren haben, sind an dieser Stelle nicht ganz so dramatisch geschädigt mit dem roten Blutfarbstoff. Aber die anderen Nierenerkrankten haben es da ungünstiger.

Zwei Formen einer Nierenschädigung: das akute Nierenversagen, meist vorübergehend, Ursache z.B. Infektion oder auch nach operativen Eingriffen kann das passieren; die Nieren sind höchst sensibel. Und das chronische Nierenversagen und das betrifft Sie natürlich hier: eine langsame Entwicklung, eine zunehmende Nierenfunktionsverschlechterung und eben leider keine Rückbildung. Das wäre natürlich toll, wenn wir bei chronischen Nierenerkrankungen das schaffen würden, daß wir eine Rückbildung erreichen. Aber das Stadium, das wir jetzt haben, ist bestenfalls Aufhalten und Verzögern, das hat der Herr Korst am Anfang schon erwähnt.

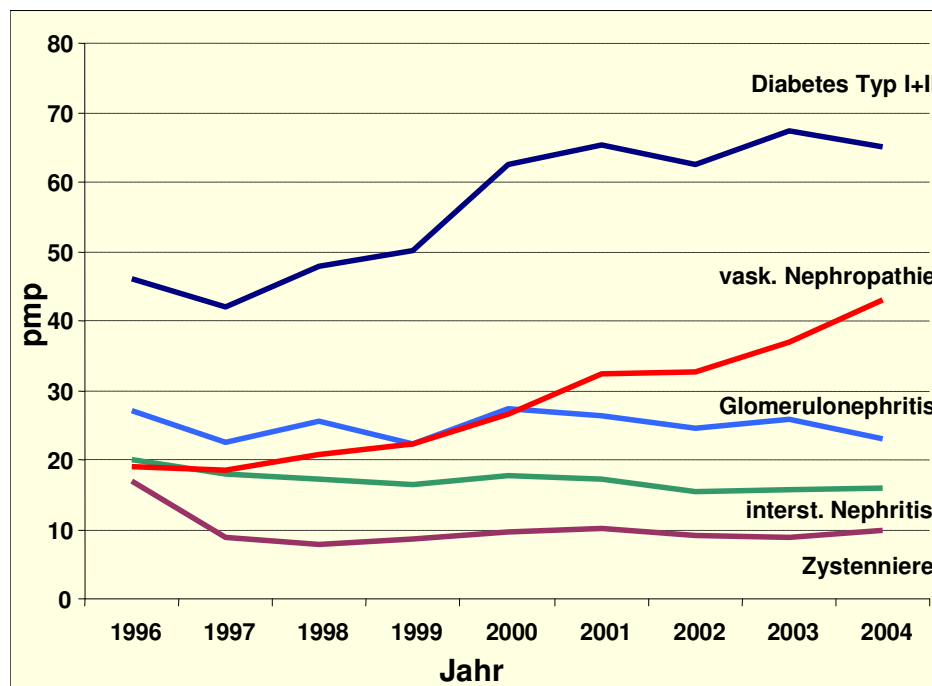
#### 4.2.3. Diagnoseverteilung

Nun kommt die Diagnoseverteilung. Das ist QuaSi-Niere, das ist das Register, das wir glücklicherweise in Deutschland haben, wo die Daten hingeliefert werden. Das ist vom Jahr 2004. Das von 2005 existiert bisher nur vorläufig und Sie erkennen ganz entscheidend: das, wenn man das alles hochrechnet in %, sind alle Erkrankungen, die zu einer chronischen Dialysebehandlung führen, also wo man nicht mehr – in diesem Jahr waren es 6390 gemeldete Patienten in Deutschland und da sehen Sie, daß der Anteil der Diabetiker eben das Entscheidende ist. Sie machen 34 % aus, in den USA ist das noch höher.

Und vom Anteil derer, die chronisch niereninsuffizient werden, sind die Zystennieren 5 % unter allen, die hier genannt waren (6300). Also der Diabetiker hat einen größeren Nachteil, sage ich mal, wenn es denn lange läuft, wahrscheinlich im Vergleich zu anderen Erkrankungen und auch zu Zystennieren und wir wollen, leider, wenn man nun von Krankheiten betroffen ist, das auch einrechnen, daß eine gewisse Solidarität mit diesen anderen Erkrankungen natürlich auch besteht. Und deswegen werde ich bestimmte Daten heute zeigen, die die Diabetiker betreffen, die sich aber übertragen lassen auf die Zystennieren.



Und das soll die Diagnoseentwicklung noch mal zeigen. Herr Korst hatte mich gebeten, doch mal kurz zu zeigen, wo stehen wir. Pro Mio. Einwohner, auch von QuaSi-Niere, der Verlauf in 2004, und Sie sehen die Zunahme pro Mio. Einwohner derer, die eine terminale Niereninsuffizienz entwickeln für Diabetiker. Das sind welche, die viel Hochdruck haben, wo die Nieren geschädigt sind, vaskuläre Nephropathie, das sind die entzündliche Erkrankungen, Glomerulonephritis, und die Zystennieren scheinen nicht relativ zuzunehmen. Hier spiegelt sich auch etwas wider, das ist die Altersentwicklung unserer Bevölkerung. So schön sie ist, aber für Diabetiker führt sie dann eben dazu, daß sie im späteren Stadium noch eine Niereninsuffizienz entwickeln.





#### 4.2.4. Ursachen für chronisches Nierenversagen

Ursachen für ein chronisches Nierenversagen mit häufig schleichender Entwicklung, das brauche ich Ihnen nicht zu sagen, manchmal wird es eben nicht erkannt. Und das sind eben angeboren die Zystennieren, da wird nachher drüber gesprochen im Detail und der langjährige Diabetes bei ca. 30 bis 35/37 %. Über lange Zeit unbehandelter Bluthochdruck führt zu einer sekundären Nierenschädigung und kann insbesondere bei den Amerikanern, insbesondere bei den Schwarzen, sehr schnell zu einer Niereninsuffizienz führen. Und früher gab es den chronischen suchartigen Schmerzmittelgebrauch von Phenacetin, das nannte sich dann auch Schmerzmittelnephropathie, Analgetikanephropathie. Das haben wir heute glücklicherweise viel seltener und dann haben wir die chronischen Entzündungen der Nieren, ich hatte Ihnen das statistisch gezeigt.

#### 4.2.5. Früherkennung der Nierenerkrankung

Nieren schützen, Früherkennung: Ein besonderes Anliegen hier unseres Vorsitzenden. Daß man nicht erst zu spät das bedenkt. Bei Auftreten eines Hochdrucks generell, vor allem im jugendlichen Alter, sollte man generell einen Nierencheck machen. Flüssigkeitsansammlungen im Gewebe, Ödeme, sind immer auch ein Hinweis, die Nieren abzuchecken. Sie kommen häufig nicht daher, aber man muß es tun. Schmerzen in der Nierengegend oder beim Wasserlassen sollte dazu führen, daß man eine Nierenuntersuchung durchführen läßt. Wenn man schon eine Nierenerkrankung hat und hat Schmerzen in der Nierengegend, wie die Zystennienträger, ist das ja ein besonderer Grund, tätig zu werden. Veränderungen des Urins, z.B. der Farbe, schäumender Urin, will ich mal sagen, spricht häufig für eine Eiweißausscheidung. Zu geringe Urinmengen: Patienten sind Gott sei Dank aufmerksam und sagen „ich scheide weniger aus in den letzten Tagen als früher“. Man sollte nicht zu lange warten, sondern sollte zumindest abchecken, ob hier eine Nierenfunktionsverschlechterung vorliegt. Und dann natürlich die Kriterien, die schon auf eine deutliche Einschränkung der Nierenfunktion hinweisen, die sozusagen die Elimination von Metaboliten, von Stoffwechselprodukten, nicht mehr so gut durchführen können, die Nieren, führen zu Appetitlosigkeit und Abgeschlagenheit. Das hat man häufig bei Blutarmut zusätzlich, aber eben auch, wenn eine chronische Ansammlung von Giftstoffen über Jahre entsteht. Und das kann natürlich leider auch den Zystennierenpatienten betreffen und sicher werden einige davon berichten können.

Nieren schützen, Bestandsaufnahme meiner Nierensituation, das ist ein Problem, was auch mich betreffen würde: Arztbesuche aufschieben. Ich erzähle von mir: ich bin Gott sei Dank nicht nierenkrank, aber ich meine, mal eine Darmspiegelung bei mir machen zu lassen – na, bei mir doch nicht, das ist das Problem. Eine Urin- und Blutuntersuchung – bei Urin, da braucht man nicht mal zu stechen in eine Vene. Der Urin fließt, wenn er denn fließt, den kann man sammeln, kann man unters Mikroskop tun. Ich hab aber so eine Angst, was da drin ist. Diese Angst muß man überwinden. Sie ist hilfreich, diese Untersuchung. Sorgfältige Blutdruckmessung: heute haben wir sehr gute Apparate, Selbstmessungen sind möglich, 24-Stunden-Messungen.

Sorgfältig bedeutet auch, daß ich an beiden Armen mal messe, daß ich das mal bei mir machen lasse. Ultraschalluntersuchungen der Nieren tun nicht weh. Nierengröße, also Zystennieren erkennt auch schon der Vorsitzende im Ultraschall, überhaupt keine Frage. Der Harnleiterverlauf und, ich sage immer, was dazu gehört ist die Dokumentation des Verlaufs meiner Untersuchungsergebnisse, also da habe ich Phantastisches gesehen einschließlich Körpergewicht.



Das Körpergewicht wird nicht so gerne dokumentiert, weil Sie sagen, „ich habe in letzter Zeit sehr sehr viel mehr gegessen“. Aber so schnell geht das mit der Gewichtszunahme nicht, sondern es ist meistens Flüssigkeit, wenn ein Gewicht drastisch zunimmt, Flüssigkeitseinlagerungen, und deswegen ist diese Dokumentation hervorragend. Da gibt es Leute, die kriegen absolut das „sehr gut“ für diese Dokumentationen. Und die Ärzte oder ich bin dann immer begeistert, wenn ich das vorliegen habe. Das ist sehr hilfreich.

Das sind Ultraschallbefunde, das sind keine Zystennieren, ich sage es gleich. Das ist ein Normalbefund. Das sind alte Aufnahmen, heute natürlich mit Farbe, aber Sie sehen, dieser Brotlaib ist die längs geschnittene Niere. Und Sie sehen hier ein gut, schönes breites Nierengewebe und wenn Sie das dagegen sehen, schwarz-weiß, ältere Aufnahme, ist das verkleinert und gewellt. Das würden Sie bei Zystennieren natürlich nie sehen, sondern bei Erkrankungen, die durch Hochdruck lange entstehen, können sich die Nieren verkleinern.

Und die Zystennieren sind praktisch die einzige Erkrankung, wo das nicht mit einer Verkleinerung einhergeht, sondern eher sogar mit Vergrößerung und Funktionsverlust. Und deswegen habe ich heute bewußt mal diese Bilder gezeigt, daß wir solidarisch sind mit den andern, die dann eben immer auf ihre Nieren gucken und denken, „oh, wenn ich doch so große Nieren hätte, ich hab sie verkleinert“. Aber die wissen natürlich nicht, was einem Zystennierenträger alles mit großen Nieren passieren kann. Also man muß das irgendwo zusammen betrachten.

#### 4.2.6. Was kann man tun bei chronischer Nierenschädigung?

Was kann man tun bei chronischer Nierenschädigung? Also, die Antwort heißt, das Hauptziel ist die Verhinderung eines weiteren schnellen Nierenfunktionsverlustes. Das ist das eigentliche Ziel.

Die Rückgängigmachung bis zur Normalität kommt bei der chronischen Nierenerkrankung, zumindest heute noch, nicht in Betracht. Bluthochdruckbehandlung, das ist das, was Sie auch kennen, wenn Sie betroffen sind und die Voraussetzungen: Ultraschalluntersuchung der Nieren wegen der Nierengefäßverengung. Es gibt ja, bei den Zystennieren ist das nicht so, da kann man auch was zu den Gefäßen sagen, aber es gibt ja bei den Zystennieren auch Hochdruckentwicklung, wenn sich diese Hauptnierenarterie verengt, die Nierenarterienstenose. Ist bei jungen Leuten häufig eine Ursache, wenn sie schweren Hochdruck haben und die kann man beseitigen, das ist eine tolle Sache. Und dazu braucht man die Ultraschalluntersuchung. Also, aber auch die Nierengröße und wenn jemand Zystennierenträger ist, Ultraschall im Verlauf, wie nehmen denn die Zysten in der Größe zu? Und dann besonders bei Schmerzen. Also der Ultraschall ist heute eine, also ich finde es eine eminente Entwicklung, hervorragend, daß wir das haben und davon sollten wir Gebrauch machen im Verlauf.

Und dann würde ich empfehlen die 24-Stunden-Blutdruckmessung. Ich selber sage immer, nicht regelmäßig, aber einmal am Anfang, besonders Männer sagen, „das geht doch nicht und das Ding mißt zu hoch“ und gucken es sich an, aber nach einer Weile beruhigt sich jeder und schläft sogar ganz gut, wenn er das hat. Einmal 24 Stunden-Messung, weil man auch die Nacht-Meßwerte zur Blutdruckeinstellung braucht. Ich zeige Ihnen mal hier ein Bild. Zunächst mal zeige ich Ihnen das Bild, warum Niere und Hochdruck so eine be-



sondere Bedeutung haben. Das sind keine Zystennieren, sondern eine normale Niere. Sie sehen, wie horrend die durchblutet sind. Und wenn der Blutdruck auf diese Gefäße wirkt, dann werden sie schneller geschädigt, als wenn der Blutdruck nicht hoch ist. Wenn es ein hoher Druck ist, werden sie geschädigt und das bedeutet Nierenfunktionsverlust und gleichzeitig Förderung des Bluthochdrucks. Ich mache das verständlich.

Die Zystennierenpatienten sind die Ausnahme, aber sie sind natürlich auch durchblutet, diese Nieren und haben das Problem des hohen Blutdrucks und damit die Verschlechterung der Nierenfunktion auch selber zu evaluieren und das wird nachher berichtet. Diese 24-Stunden-Blutdruckmessung, Sie haben sie vielleicht selber mal gehabt, also das beginnt hier um 10 Uhr morgens und endet um 10 und Sie können es als Experten schon sagen, was hier los ist. Es ist nicht optimal eingestellt. Es gibt Patienten – ich hatte neu-lich Patienten, die haben selber bei der Selbstmessung immer 170:100 und sagen, „so läuft das nicht, ich verlasse meinen Arzt, ich komme zu Ihnen“, dann verlassen sie mich, weil wir das nicht einstellen. Dann habe ich gesagt, „machen wir mal eine 24-Stunden-Blutdruckmessung“ – im Median 135:85. Unfaßlich. Dann haben wir es ein zweites mal gemacht, da war es auch so, d.h. ich bin unabhängig von meiner Emotionalität, wenn ich selber meinen Blutdruck messe. So cool ist keiner, daß es einen völlig unberührt läßt, wenn die Manschette drückt. Aber bei einer 24-Stunden-Blutdruckmessung sehen Sie das und wir achten besonders auch drauf, daß das nachts abfällt. Bei Zystennierenträgern muß man das in Kauf nehmen, daß die häufig keinen nächtlichen Abfall haben. Aber der Blutdruck sollte dann so eingestellt sein in dieser Richtung und bei Nierenerkrankung, wenn der Patient das toleriert, eher noch drunter. Für den Schutz der Nieren, das wissen wir wissenschaftlich. Diese Kurve ist nicht akzeptabel und muß konsequent behandelt werden.

Nieren schützen, Bluthochdruckbehandlung, Zielblutdruck 120:80 mmHg bei chronischer Nierenschädigung sagen wir. Natürlich nicht, wenn einer eine Durchblutungsstörung des Beines hat und sagt, „jetzt gehen wir mal da runter, bis ich nicht mehr kann“ – das natürlich nicht ärztlich. Aber wenn nur die Niere geschützt werden sollte, sagen wir heute, leider sollten wir diesen Druck konsequent erreichen. Notfalls drei bis vier Hochdruckmedikamente kombinieren, wir haben ja Kombinationspräparate, so daß wir nicht so viele Tabletten haben.

Dann kein abruptes Absetzen lange eingenommener Hochdruckmedikamente. Ich hatte eine Reihe von Patienten, die sagten, „ich setze immer Freitag Abend ab, ich brauche schließlich auch mein Wochenende“ und dann habe ich gesagt, „wenn Sie schon absetzen, dann bitte nicht Betablocker und Katapresan, weil das plötzlich den Blutdruck in die Höhe treibt“. Also das ist nicht ganz ungefährlich, kein abruptes Absetzen lange eingenommener Bluthochdruckmedikamente und die Nebenwirkung offen mit dem Arzt besprechen.

Es gibt wenige, die das Selbstbewußtsein haben. Ich muß auch sagen bei Bluthochdruckmedikamenten: ich habe Kollegen, die bei mir in Behandlung sind, die sprechen sich offen über ihre sexuellen Probleme aus. Das ist nämlich doch eine Schamschwelle und man muß es lieber besprechen, als daß man die Medikamente nicht einnimmt. Das ist das Problem. Und dazu rate ich und lieber Uwe Korst, das ist auch ein Stück Prävention. Hochdruckbehandlung begleitende Maßnahmen: Leider müssen wir das dann machen, die Lipidsenker nehmen, chronisches Rauchen abstellen und Gewichtsreduktion. Viele sagen, „wissen Sie, Sie sind ein Moralist, Sie nehmen mir alle Freude an Dingen, die



ich habe, ich bin doch schon nierenkrank". Aber hier ist es erwiesen, daß das die Nieren zusätzlich schädigt und die Gefäße schädigt, nicht nur den Lungenkrebs macht. Und die Lipidsenker, wenn die Lipide hoch wären, wären auf Dauer sinnvoll. Und die Gewichtsreduktion führt per se zu einer Hochdrucksenkung. Das wissen wir, das ist wissenschaftlich belegt. Also fangen wir mit einer Maßnahme an. Da kann man sich ja einigen, nicht alle drei, mit einer.

So, nun noch etwas zu Diabetes und Niere. Die häufigste Ursache für eine chronische Nierenerkrankung, die in Deutschland zur Dialysebehandlung führt, ist ein Diabetes mellitus mit Nierenbeteiligung und vieles, was ich jetzt kurz zeige, läßt sich indirekt übertragen auf andere Nierenerkrankungen, auch die Zystennierenerkrankung. Also beim Diabetiker sollte man den Stoffwechsel kontrollieren, man sollte die Urinkontrolle auf Eiweiß machen. Auch das ist bei Zystennierenträgern sicher sinnvoll und die regelmäßige Blutdruckkontrolle. Die Methoden zur Eiweißbestimmung – das bezieht sich jetzt primär auf den Diabetiker. Ich finde es für den Zystennierenträger nicht so eminent wichtig, wir können heute früh beim Diabetiker die Eiweißausscheidung feststellen und wir können dagegen vorgehen und, wie Herr Korst schon sagte, auf diese Weise das Stadium der Niereninsuffizienz herauszögern. Das ist eine entscheidende Maßnahme.

Dazu gibt es also diesen Mikroalbumsticks, das bezieht sich jetzt primär auf die Diabetiker und ich würde mal sagen, nicht so sehr auf die Zystennierenträger. Eine verbesserte Zuckereinstellung, es gibt den Hb1c-Wert, reduziert das Risiko von mikrovaskulären, folgesteten und Myokardinfarkten. Das ist beim Diabetiker besonders gravierend, höher als beim Zystennierenträger und die Hochdruckbehandlung bei diabetischer Nierenerkrankung und das läßt sich dann wieder auf die Zystennierenträger übertragen, frühzeitiger Einsatz von Hochdruckmitteln beim Diabetiker beim Eiweißnachweis, bevorzugte Gabe von ACE-Hemmern oder AT1-Rezeptor-Antagonisten trotz langem Text im Beipackzettel über Nebenwirkungen. Wenn ich das lese, kriege ich auch manchmal die Krise. Und Einsatz von mehreren Hochdruckmedikamenten sorgfältig mit dem Arzt besprechen. Ich würde Selbstbewußtsein entwickeln und mit dem richtig handeln, mit dem Arzt. Aber dann eine Garantie geben, das nehme ich und das nehme ich nicht.

Sie sehen das noch mal hier. Das ist das, was vorher Herr Korst gesagt hat, diese GFR. Die GFR mit dem Kreatininblinden Bereich. Das wäre normal. Wenn man jetzt so eine Nierenfunktionseinschränkung hat, kann man ja ausrechnen, wie das allmählich abfällt. Das geht auch für Zystennieren. Und damals hat man den Hochdruck konsequent behandelt und sieht, wie sich das abflacht, der Abfall. Das ist jetzt inzwischen 25 Jahre her, aber eine elementare Beobachtung, die auch heute noch gilt.

Nun will ich Ihnen mal noch etwas zeigen. Und zwar einfach nicht, um zu sagen, beim Zystennierenträger wäre es genauso. Jetzt wissen wir das alles, aber hier sind Patienten, die an die Dialyse mußten, untersucht worden, aus Heidelberg seinerzeit. Es ist schon Jahre her. Hypertonie hatten 98 %, Hochdruckmittel regelmäßig haben nur 44 % eingenommen; daß sie darunter sogar einen normalen Blutdruck hatten, nur 20 %. Lipidsenker 5 %, aber immerhin der Augenhintergrund wurde bei 47 % kontrolliert. D.h. hier ist noch eine reelle Chance früher drin, daß man konsequenter damit umgeht, um das Stadium der Dialyse herauszuzögern.

Allgemeine Maßnahmen bei chronischer Nierenschädigung: Es ist sehr wichtig, die Flüssigkeitszufuhr genau festzulegen. Es gibt Nierenerkrankungen, wo man überwiegend Flüssigkeit verliert. Das gibt es auch. Denn es heißt immer, ich darf zum Schluß nicht



mehr so viel Flüssigkeit nehmen. Das muß genau überlegt sein, für welche Erkrankung das gilt. Kein Suchtartiger Medikamentengebrauch, auch Schmerzmittel. Und die Harnwegsinfektionen konsequent behandeln. Das trifft natürlich Zystennierenträger, das wissen Sie alle sehr genau, weil die Funktion jedes Mal darunter leidet. Und die Diät: ich würde mal sagen, im bundesdeutschen Maßstab nicht hyperkalorisch, nicht eiweißreich.  
W

enn wir das täten, was wir normalerweise tun sollten, dann tun wir das richtige. Und wenn die Nierenfunktionseinschränkung bei einem Kreatinin von 4 oder 5 liegt, dann 0,8 g/kg Körpergewicht. Wir sind aus diesen Diäten, die einen umgebracht haben, da sind wir weg, aber wer erreicht denn schon so was heutzutage bei den Angeboten, die wir haben? Und wenn das konsequent eingehalten wird, ist das ein Fortschritt.

Die Zusammenfassung: Nieren schützen – warum? Antwort: Vermeiden oder zumindest Hinauszögern einer Nierenersatztherapie. Und die Nierenersatztherapie ist die Blutwäsche, die Bauchfellwäsche oder – die günstigste – die Nierentransplantation. Aber das gesamte Verfahren hinauszögern, das wäre ein enormer Fortschritt und das wird auch für den Teil der Zystennierenträger zutreffen, die leider niereninsuffizient werden im Laufe ihres Lebens.

Und das ist das letzte Bild. Wie sieht's denn aus? Die chronische Nierenersatztherapie 2005, vorläufige Daten. Patienten in chronischer Nierenersatztherapie: 85.500, Dialysepatienten 62.000, transplantierte Patienten 23.000, aber die Neuaufnahmen in das System: 16.500 und die NTX leider nur 2.700. Das ist unser Dilemma. Bloß an dieser Stelle, wenn es gelänge, trotz des Alterszuwachses diese Zahl zu reduzieren durch präventive Maßnahmen und vielleicht auch für unsere Population hier, die wir vertreten, dann wäre das ein gewaltiger Gewinn, vor allen Dingen für den Patienten persönlich. Ich danke Ihnen.