



10. Was ist zu tun, wenn die Niere versagt? (Prof. Werner Riegel)

10.1. Vorstellung von Hr. Prof. Riegel (Uwe Korst)

Wir hoffen alle, daß diese Therapien greifen, denn dann bräuchten wir den folgenden Vortrag nicht: Was tun, wenn die Nieren versagen? Aber noch ist es leider nicht so und noch können die Nieren versagen.

Herrn Professor Riegel möchte ich ganz kurz vorstellen. Ihm verdanken wir die Idee, in Darmstadt diese Gruppe zu gründen, unsere Zystennierengruppe. Dafür ganz herzlichen Dank, daß Sie uns diese Anschubunterstützung gegeben haben.

Ich schätze Sie ganz besonders, weil wir auch schon einige andere Projekte zusammen gemacht haben. Wir haben im Januar ein Präventions-Symposium an der Bergstraße durchgeführt, wo es um die Rolle der Hausärzte ging und was man denn tun kann, um das Ganze recht frühzeitig zu erkennen; das war richtig spannend.

Ein paar Stationen von Ihnen: Sie waren schon in Homburg gewesen, wo auch meine Wurzeln liegen – ich bin in der Nähe geboren –, in Freiburg, und seit dem Jahr 2000 sind Sie in Darmstadt.

Zwei Aktivitäten möchte ich noch ganz kurz erwähnen: Es gibt ein Programm „Fit für Dialyse“ – wenn jemand von Ihnen vor dem Dialyseeintritt steht, dann ist das ein ganz phantastisches, zweitägiges Programm, um alle Informationen zu bekommen, die man benötigt, um die richtigen Entscheidungen treffen zu können. Da geht es um Ernährung, welche Dialyseformen es gibt – ich möchte das nur ganz kurz anreißen, das finden Sie auch im Internet.

Das zweite, was mir ganz wichtig ist, ist, noch mal kurz anklingen zu lassen – und das freut mich ganz besonders –, daß Sie zum Vorsitzenden der Deutschen Nierenstiftung gewählt worden sind. Ich glaube, das wird erst in der nächsten oder übernächsten Woche offiziell. Aber um so mehr freut es mich, daß wir da eine gute Zusammenarbeit haben, und daß wir als Patienten die Punkte, die uns wichtig sind, einfach hier adressieren dürfen.

Lieber Herr Professor Riegel, vielen Dank, daß Sie heute hier sind.

10.2. Vortrag Prof. Riegel

Lieber Herr Korst, vielen Dank daß Sie wieder einmal Darmstadt – und ich hoffe, das hat sich so eingespielt und Sie sind auch zufrieden – als Tagungsort gewählt haben. Ich freue mich, daß Sie alle sozusagen Gäste auf dem Gelände unseres Hauses sind. Wir haben hinten auch eine kleine Image-Broschüre – das ist mittlerweile ein ganzes Heft – auslegen dürfen. Wenn sie etwas über das Klinikum Darmstadt wissen wollen, können Sie die mitnehmen.

Vielen Dank, ich freue mich, daß das so großen Zuspruch gefunden hat. Ich bewundere Sie – denn Sie sind ja im wesentlichen Betroffene oder zumindest Interessierte – daß Sie diese hochspezifischen Vorträge so tapfer durchstehen und dann auch noch Fragen haben. Ich muß aufpassen, daß ich die Zeit nicht überziehe – auf dem Programm steht 16:30, ich gebe mir jetzt alle Mühe, bis dahin fertig zu sein, will aber nicht ins Hetzen kommen und das wollen Sie ja auch nicht.

Aber mein Stoff, den ich mit Ihnen besprechen möchte, ist viel leichter als die wissenschaftliche Kost, die Sie die ganze Zeit vorgesetzt bekommen haben. Und deswegen entspannen Sie sich. Wenn es etwas ganz Wichtiges gibt, mache ich Sie schon darauf aufmerksam und sage es Ihnen. Lassen Sie sich von nichts verwirren, vieles wird Ihnen bekannt vorkommen.

Denn Herr Korst hat mir eine Aufgabe gestellt, die da heißt: Nierenersatztherapien, Vorbereitung auf die Dialyse, Dialyseformen, Qualitätskriterien, Transplantation, und der Titel meines Vortrags heißt: „Was ist zu tun, wenn die Nieren versagen?“

Als ich mich vorbereitet habe, dachte ich mir: Herr Korst hat mir diesen Auftrag gegeben. Wenn Herr Korst mir einen Auftrag gibt, dann meint er immer auch, die Frühformen erkennen, ganz klar. Denn schon bei Frühformen versagen die Nieren, das ist unser Problem. Hat nicht jemand von Ihnen vorhin gesagt: Frühformen – wie können die Hausärzte das überhaupt erkennen? Können wir denn überhaupt in den Bereich kommen, daß Zystennierenerkrankungen generell erkannt werden?



Die Therapie durchführen, soweit möglich; die Progression verzögern – das haben wir gehört; Begleiterkrankungen früh behandeln; ausreichend informieren; Nierenersatzverfahren individuell wählen – und da bin ich schon beim ersten Bild. Nämlich: Wie können wir denn auf Nierenerkrankungen aufmerksam werden? Wie sind Sie denn auf Ihre Nierenerkrankung aufmerksam geworden? Durch einen Urinstreifentest? Durch Kreatinin-Bestimmung? Durch einen hohen Blutdruck?

Hier ist aufgezeichnet, daß zwei Punkte ganz wichtig sind, die zusammenwirken. Hier ist der Urinstreifentest, und jeder von Ihnen hat schon einmal einen Urinstreifentest gemacht. Einfach positiv, Spur, zweifach positiv, und hier ist die GFR aufgezeichnet. Und daß wir nicht mehr mit Kreatinin alleine denken, sondern mit GFR, das wissen Sie ja. Das hat Ihnen Herr Korst auch ganz am Anfang vorgestellt. Und die Botschaft ist: Wenn die Nierenfunktion vergleichsweise normal ist, nämlich hier über 60 ml pro Minute, aber der Streifentest positiv ist, dann hat man ein deutlich erhöhtes Risiko, früher zu versterben, weil man an den Nieren erkrankt.

Und das zweite ist diese Botschaft: Wenn der Urinstreifen normal ist, aber die normale glomeruläre Filtrationsrate eingeschränkt ist, dann gilt das gleiche. Wenn aber beides zutrifft, ist das Risiko vierfach erhöht.

Das ist ein Faktor wie beim Diabetes Mellitus. Über den Diabetes Mellitus wissen wir heute schon sehr viel. Wir wissen, daß wenn jemand Zucker hat, er ein vierfach höheres Risiko hat, früher zu versterben. Und das ist die gleiche Botschaft, die ich Ihnen geben will,



die wir in der Bevölkerung noch nicht haben. Wenn wir einen positiven Papierstreifentest für Eiweiß und eine leicht eingeschränkte Nierenfunktion haben, dann gilt das gleiche.

Wie kommen wir da hin? Das ist die Zusammenfassung: Wir machen die Urinanalyse mit dem Teststreifen, und wir berechnen über das GFR mit der MDRD-Formel die glomeruläre Filtrationsrate. Das wissen Sie mittlerweile.

Die Therapie – soweit möglich – durchführen. Da haben wir gerade viel gehört, wie es bei Zystennierenpatienten aussieht. Deswegen gehe ich darauf nicht mehr ein.

Aber es gibt auch andere immunologische Erkrankungen, nämlich Vaskulitis, Morbus Wegener, die Entzündung der Nierenkörperchen – die nennt man Glomerulonephritis. Oder – das hat Professor Kühn heute morgen sehr schön ausgeführt – die diabetische Nephropathie. Gut den Zucker einstellen und exzellent den Blutdruck einstellen. Dann gilt als nächstes die Progressionsverzögerung. Wenn es nun schon eingetreten ist und die Niere nicht mehr so gut funktioniert, dann muß man dafür sorgen, daß die Verschlechterung langsam vonstatten geht, um die Dialyse ganz weit hinten hinauszuschieben.

Und das ist ein Bild, das sollten Sie sich einfach mal ganz in Ruhe anschauen und ich erkläre es Ihnen gleich. Hier sind Kurven aufgezeichnet und die Kurven bedeuten: So viel wird die Nierenfunktion in einem Jahr schlechter. Ein Milliliter pro Minute und Jahr, das ist letztendlich auch ein Prozent der Nierenfunktion, wird die Niere schlechter – allein schon, wenn man älter wird. Wenn man also über 50 Jahre alt ist, dann haben die Nieren einen Alterungsprozeß, und dürfen in ihrer Funktion abnehmen. Wenn man 80 ist und hat 50% der Funktion eines 40-jährigen, ist das in Ordnung. Aber: Man kann auch Erkrankungen haben, und dann fängt das nicht erst ab 50, sondern schon früher an. Das wissen Sie, daß das so ist.

Und wo finden sich die Zystennierenpatienten? Die finden sich hier: Diese Zahl haben wir von Professor Zeier heute auch schon gehört. Zwei Milliliter pro Minute und Jahr. Das ist die Abnahme der GFR im Durchschnitt, und zwar von Beginn an. In der Größenordnung ungefähr liegt das. Das ist nicht ganz so schnell wie bei den Patienten, die ihre Nierenerkrankung durch Bluthochdruck oder durch den Diabetes haben, liegt aber hier in diesem Bereich, wo es etwas schneller geht als beispielsweise bei den interstitiellen Nephritiden oder dieser Medikamentenniere, der durch Schmerzmittel geschädigten Niere.

Was können wir tun? Wir können den Blutdruck ganz scharf einstellen, das haben wir heute morgen schon gehört. Da haben wir auch gehört, mit welchen Medikamenten. Wir müssen hier in der Niere sehen, daß der Druck auf die einzelnen Körperchen klein wird. Da spielt wieder der ACE-Hemmer, der AT1-Blocker, vielleicht auch noch diese Aldosteronantagonisten, Stichwort: Spironolaktone, eine Rolle. Und wir müssen sehen, daß wir in dieser Zeit Substanzen bekommen, die das Bindegewebe, das Wachstum des Bindegewebes und die Vernarbung unterdrücken. Das ist ganz generell die Botschaft. Das müssen wir tun. Dann kommen wir zu einem Punkt, wo es sicherlich weniger Nierenkranke gibt und weniger Dialysepatienten.

Wir müssen aber, um das Auskommen, um die Zukunft der Patienten, die betroffen sind – und das sind letztendlich ja Sie als die Gruppe, die sich hier versammelt hat – schon die Begleiterkrankungen frühzeitig behandeln. Und auf diese Begleiterkrankungen müs-



sen wir, denke ich, mehr schauen, als es heute getan wird. Die Nierenärzte tun das schon.

Was sind denn das für Begleiterkrankungen? Es ist eine Menge, wie Sie sehen. Und Sie brauchen sich das wirklich nicht zu merken. Und wenn ich jetzt drei, vier Sätze dazu sage, dann nehmen Sie nur mit: Es gibt eine Menge Erkrankungen, aber ich garantiere Ihnen: Ihr Nephrologe weiß das. Sie werden auch gleich sehen, warum ich Ihnen das garantiere. Ob es aber bei den Hausärzten so bekannt ist, das weiß ich nicht.

Die linksventrikuläre Hypertrophie heißt, daß das Herz verdickt ist. Die Arteriosklerose bedeutet, daß die Gefäße verkalkt sind. Der Ernährungsstatus – da haben Sie eben einen wunderbaren Status gehört. Der Bluthochdruck, das ist Ihnen schon bekannt. Was Ihnen jetzt vielleicht weniger bekannt ist, ist die Blutarmut. Die ist auch bedeutsam. Und auch die Blutarmut, die gar nicht so stark ausgeprägt ist. Oder: Die Azidose – kennen Sie den pH-Wert und das Bikarbonat in Ihrem Blut? Und dann der Hyperparathyreoidismus, d.h. die Überaktivität der Nebenschilddrüse und die damit verbundene Phosphatstoffwechselstörung.

Und das alles geht nun einher miteinander. Wenn Sie zum Beispiel eine Blutarmut haben, dann wird dieser Punkt der Herzvergrößerung verstärkt. Wenn sie sauer sind, dann ißt man nicht so gut, dann ist der Ernährungsstatus schlechter. Wenn man sauer ist, hat man Entzündungszeichen, dann ist der Ernährungsstatus auch schlechter, und die Verkalkung nimmt zu. Hat man ein sehr hohes Phosphat beispielsweise, nimmt die Verkalkung um vieles schneller zu. Man könnte hier aus diesen Punkten, die an der Tafel stehen, ein Netzwerk bilden, und dann wäre das alles ein bißchen miteinander verbunden, mit etwas dickeren, etwas dünneren Linien. Aber es ist wichtig, das zu kennen, und darauf einzugehen.

Und wenn Sie sich überlegen, ab wann das passiert, dann zeigt Ihnen das dieses Bild. Dieses Bild hat viele Aussagen. Alle werden wir jetzt nicht besprechen müssen, wichtig ist aber diese Seite: Das ist nämlich die sog. glomeruläre Filtrationsrate. Hier normal, dann haben wir die leicht eingeschränkte, die mittel eingeschränkte und die stark eingeschränkte. Das sind die Milliliter pro Minute, die mit dieser Berechnung der GFR jetzt machbar sind. Und dann haben wir Stadium 1, dann wäre da noch eine Proteinurie, also eine Eiweißausscheidung usw.. Und Sie sehen, in Deutschland sind davon eine Menge Menschen betroffen. Die Schätzungen liegen zwischen 4 und 6 Millionen.

Wenn Sie sich das überlegen, sind wir wieder bei einer Zahl, die wir schon von vorher kennen: Die vom Diabetes.

Gehen wir aber mal an den Punkt, an dem hier die 60 ml pro Minute unterschritten werden. Dann fangen die Erkrankungen, die ich Ihnen genannt habe, an, sich auszubilden. Und dann müssen wir langsam drauf achten. Patienten, die gleichzeitig noch einen Diabetes haben, sehen Sie hier an der Stelle, wo die dicke Linie ist.; die, die keinen haben, hier; bei den Zystennieren zwischendrin. Ab da fangen diese Beschwerden an. Letztendlich sind es keine Beschwerden, sondern Folgeschäden, die dann bedeutsam sind für das Überleben, sich auszubilden.

Und daß das so ist, zeigt Ihnen ein Ausschnitt aus einer Studie, die wir durchgeführt haben. Wir haben Bauchfelldialysepatienten untersucht, und diese Patienten haben nichts



mehr ausgeschieden. Da ist es schwer, die richtige Dialyседosis, die richtige Menge an Entgiftung zu geben. Aber davon war das Überleben nicht abhängig. Das Überleben war im Wesentlichen davon abhängig, welche zusätzlichen Erkrankungen, die ich Ihnen gerade aufgelistet habe, unsere Patienten hatten.

Also müssen wir frühzeitig darauf achten, um später bessere Überlebenschancen zu haben. Am Punkt „zwei Jahre Überleben“ sieht man: Die Patienten, die viele Erkrankungen hatten, waren leider zur Hälfte gestorben. Von den anderen Patienten aus dieser Studie, die wir vor zwei Jahren publiziert haben, waren dagegen höchstens 5-10 % verstorben.

Was sind die Todesursachen? Es sind Herzinfarkte, Schlaganfälle, weniger Infektionen; viel mehr das, was mit dem Herzen und den Gefäßen zu tun hat. Ist ja auch klar, so, wie ich Ihnen die Erkrankungen aufgelistet habe. Dieses Bild hier wird immer wieder gezeigt: Ein Dialysepatient, der nicht konsequent über die vielen Jahre vorher, bevor er Dialysepatient geworden ist, behandelt wurde, ist schon als junger Patient – hier im Alter von 30 Jahren – seitens seines Herzens so gefährdet wie jemand, der überhaupt nichts mit der Niere hat, mit 80 Jahren. Das ist die Botschaft dieses Bildes.

Die Co-Morbidität – das sind diese zusätzlichen Erkrankungen – wird bereits vor der Dialysebehandlung bestimmt. Weit vorher, Jahre vorher. Wir haben nun eine Untersuchung gemacht, die noch nicht sehr lange publiziert ist, namens „Benefit-Niere“: Die Bedeutung eines Nephrologie-Screenings, die Bedeutung der Erfassung der Nierenfunktion vor der Dialysebehandlung – so haben wir das genannt. In Erlangen, Berlin, Köln, Dortmund, und Darmstadt hat jeder die ersten 100 Patienten, die an die Dialyse kamen, untersucht. 551 Patienten wurden auf diese Weise untersucht und die Daten will ich Ihnen zeigen.

Dies hier bedeutet: Wie viele Erkrankungen dieser Art lagen dann vor, wenn der Patient regelmäßig beim Nierenarzt war, oder – ich habe es hier „Standard“ genannt – nicht beim Nierenarzt bzw. Nephrologen (immer wieder die Frage: Nephrologe = Nierenarzt), sondern eben Hausarzt.

Diese linksventrikuläre Hypertrophie kam häufiger vor, wenn der Patient nicht beim Nephrologen war; circa um 20 %. Auch die Herzerkrankung, die Verkalkung der Herzkranzgefäße, war etwas häufiger, und vor allem die Mangelernährung. Das mit der Ernährung ist nichts Triviales. Das ist ganz schön schwierig umzusetzen. Und deswegen waren über 60 % mangelernährt, wogegen nur 1/4 der Gruppe, die beim Nephrologen waren, beim Nierenspezialisten, eine Mangelernährung hatten.

Jetzt ist natürlich die Frage: Waren vielleicht die schwer Erkrankten beim Nierenarzt und die leicht Erkrankten beim Hausarzt oder umgekehrt? Was wurde denn eigentlich an Therapie gemacht? Und das sehen Sie hier: Die Nierenärzte haben scheinbar doch viel gemacht, sie haben Erythroprotein gegeben, sprich sie haben die Blutbildung unterstützt, auch mit Eisen, das sehen Sie hier. Im Gegensatz zu den Hausärzten. Die Nephrologen haben in 80 % der Fälle Vitamin D für den Knochenstoffwechsel und den Phosphatstoffwechsel gegeben, und den Säure-Basen-Haushalt ausgeglichen. Das ist dann schon der Beweis, daß die schweren Patienten offensichtlich auch beim Nierenarzt waren – so soll es auch sein, sie müssen ja nicht ausschließlich beim Nephrologen sein, aber es geht um die Regelmäßigkeit: mindestens 2-3 mal pro Jahr.

Und – das sehen Sie hier nicht – das erklärt vielleicht dieses Bild: Das sind zwei Kurven, und die Kurven bedeuten, man überlebt am Zeitpunkt des Beginns der Dialysebehand-



lung länger, wenn man vorher regelmäßig vom Nierenarzt war. In dieser Studie wollten wir herausfinden, woher das kommt, aber vielleicht habe ich Ihnen ja gerade die Erklärung gegeben.

Begleiterkrankungen früh behandeln – das haben wir besprochen. Wenn man das alles machen will, dann reden wir über Dinge, die nicht weh tun, die nicht schmerzen, aber die dauerhaft genommen werden müssen, auch „am Wochenende“. Und deswegen muß ein Patient ausreichend informiert sein. Der Patienten-Lebensweg, wenn man das mal so sagen darf, der fängt hier an – in diesen vielen Stadien, die ich Ihnen gezeigt habe. Er kommt hier unmittelbar vor die Dialyse und hier braucht der Patient eine Information, eine Vorbereitung, um sich dann für eine Heimdialyse, Zentrumsdialyse oder eine Transplantation zu entscheiden.

Wie bekommt er denn diese Informationen? Das hat Herr Korst in seiner Eingangsansprache für mich schon gesagt, durch dieses Programm beispielsweise: „Fit für Dialyse“. Und dieses Programm ist schon nötig. Denn die Patienten, die wir regelmäßig befragen – wir haben, wie Sie gleich sehen, sehr viele Patienten darin – sagen, die Informationen im Krankenhaus waren bei Bekanntwerden der Krankheit wenig konkret. Oder: Im Krankenhaus wurden sie gar nicht erst bekannt, das ist Nummer 1. Und zweitens waren sie eben wenig konkret, also: ich brauche mehr Informationen. Oder: „Die Erkrankung kam sehr plötzlich, deshalb keine Information“; „sehr wenig Zeit zwischen Diagnose und erster Dialyse“ und „über das Internet gibt es so viele verschiedene Informationen, daß wir gar nicht wissen, wie das zu gewichten ist“.

Und die Angehörigen, ganz wichtig: ich habe den Eindruck, wenn ich in die Runde schaue, Sie sind teilweise nicht alleine da. Und das ist gut so. Wenn man chronisch krank ist, müssen die Angehörigen das verstehen. Wenn Sie vom Arzt nach Hause kommen und Ihre Frau sagt, „ja, und was hat er jetzt gesagt?“ – „Das kann ich auch nicht so genau sagen.“ So kommen wir ja schlecht weiter. Deswegen ist es gut, wenn die Angehörigen mitkommen. Denn, Sie wissen selbst, Kommunikation ist so etwas Komplexes. Deswegen haben wir das so gemacht und das können wir auch ganz gut mit unserem „Fit für Dialyse“ rüberbringen. So geben wir Informationen weiter und auch Wissen, wir bieten dadurch – wenn man Wissen hat, ist man sicherer – Sicherheit, bauen Ängste ab, wir haben Kontakte hergestellt – Sie sind diejenigen, die sich die Kontakte heute geholt haben. Das ist gut, das bekommen Sie mit „Fit für Dialyse“ dann auch für die ganze Familie: Mit den Ärzten, auch mit dem Pflegepersonal. Das ersetzt mitnichten, daß Sie mit Ihrem Arzt reden. Es hilft nur, das alles besser zu verstehen, was immer gesagt wird.

Wir haben, wie gesagt, über 1000 Patienten. Das ist jetzt schon eine Zeit lang her - wie gesagt, im Juni 2006. Es sind jetzt 1200 bis 1300 Patienten geschult. Wir haben dann bis 12 Monate danach Fragebögen ausgewertet. Das ist eine Studie, die unterwegs ist, so daß wir jetzt über 3500 Fragebögen haben und das immer wieder auswerten. Wir wissen, daß wir auf dem richtigen Weg sind – absolut, und Sie können es gerne wahrnehmen.

Diese Patienten sind, so wie es auch heute morgen von Professor Kühn dargestellt wurde, in einer ähnlichen Zusammensetzung wie in den Studien auch in unserer „Fit für Dialyse“ abgebildet, d.h. der „normale“ Patient kommt zu dieser Schulung, und nicht irgendwelche ausgewählten Patienten. Das ist unsere Botschaft und wir leisten damit sicherlich – und Sie können sich diese Qualität auch abholen – einen qualitativen Beitrag für chronisch nierenkranke Patienten.



Wir sind für Sie auch erreichbar über unsere Hotline und das Internet. Wer einfach „Fit für Dialyse“ eingibt, landet dort und erhält Informationen, auch über die nächste Schulung Anfang Juni 2007 in Darmstadt.

Dann kommen noch die Nierenersatztherapien. Und hier steht das Wort: Individuell wählen. Nun, sagen Sie, ich bin doch Zystennierenpatient, ich habe einen vergleichsweise dicken Bauch, und da kann ich nicht auch noch die Bauchfelldialyse machen. Sollte man meinen. Die Bauchfelldialyse bietet sich aber auch für die Zystennierenpatienten an. Die Blutwäsche bzw. Hämodialyse natürlich auch und selbstverständlich die Transplantation.

Ich werde die Transplantation einmal als erstes behandeln. Wählt man die Transplantation, dann kann es sein, daß durch die groß gewordenen Zystennieren eine Zyste entfernt werden muß. Das überlegt man sich gut. Wenn aber der Platz her muß, dann muß er her. Warum überlegt man es sich gut? Weil wir sehr viel davon halten, daß Ihre Restfunktion auch bei der Dialysebehandlung erhalten bleibt. Das ist wichtig. Auch wenn diese nur noch 5 ml pro Minute beträgt – das ist ein Wort, das hat Gewicht. Das ist nicht irgendwas. Und insofern überlegen wir uns das natürlich immer sehr gut. Aber wenn kein Platz ist, muß sie raus.

Für den Bauchfelldialysekatheder ist dagegen fast immer Platz und die Blutwäsche geht natürlich eigentlich fast bei jedem, außer, er ist sehr kreislaufinstabil, aber das ist dann eine andere Geschichte. Das ist die Ausnahme, aber selbst das geht meistens auch. Aber warum Bauchfelldialyse? Qualitätssicherung, das ist mittlerweile ein Muß. Wir müssen Daten abliefern. Die Dialysefrequenz, d.h. wie oft in der Woche; dann: wie lange jede einzelne Dialyse dauert; wie viel Dialysedosis wir gegeben haben. Das wird bewertet über die Harnstoffreduktion, der HG-Wert, wie die Blutarmut behandelt ist. Das muß abgeliefert werden, das ist mittlerweile gesetzlich festgeschrieben.

Bauchfelldialyse – geht das denn überhaupt bei mir, wenn ich Zystennierenpatient bin, weil hier habe ich von unserem Lehrmaterial, wenn wir einlegen, einen Katheder, das Bild mitgebracht, damit Sie sich überhaupt mal vorstellen können, was da ist.

Das ist also ein richtiger Bauch, der schon abgedeckt ist für die Operation. Er wird so hingelegt, wie der Katheder einzubauen ist. Und da sehen sie wunderbar, daß dieses „Schweineschwänzchen“ hier neben der Blase ganz tief im Bauch zum liegen kommen wird. Dann kommt der Katheder später durch das Bauchfell raus, läuft dann in der Muskulatur nach oben, und hier sieht man so eine Muffe. Diese Muffe ist letztendlich ein Schutz dafür, daß kein Infekt hineinkommen kann. Sie läuft hier unten weiter und tritt dann hier durch die Bauchhaut hinaus, weshalb man das dann wunderschön in der Hose verstecken kann und sich im Sommer an den Strand legen kann, ohne daß man es so richtig sieht – wir nennen das „Bikini-Katheder“. Das schaffen wir also – das ist sehr „freundlich“ für die Selbsteinschätzung des Körpers. So sieht es aus, wenn es aus der Haut herauskommt und hier der Verband – damit kann man im Grunde unter der Kleidung ganz wunderbar leben. Also: Das ginge auch für Sie und ansonsten geht natürlich immer die Blutwäsche, das ist klar.

Darf ich zusammenfassen: Was ist zu tun, wenn die Nieren versagen?

Die medizinische Betreuung muß intensiviert werden – ein Patient mit einer chronischen Nierenerkrankung ist keiner, der mal zwischendurch einen Schnupfen oder Husten hat. Das ist einer, der gefährdet ist und dieser Gefährdung muß man Rechnung tragen. Des-



halb – und das hat heute morgen eine Person von Ihnen gefragt – wie kann man denn zwischen Hausarzt und Nephrologe vermitteln? Ich schreibe aber auch die Klinik hierhin, denn die Klinik sollte immer wieder für Fragestellungen miteingebunden werden. Wie sollte dieses Netzwerk aktiviert werden? Glauben Sie uns: Wir sind dran und wir tun unser bestes von unserer Seite aus, um das auf den Weg zu bringen und da bin ich guter Dinge.

Wir brauchen eine frühzeitige Therapie von Grund- und Begleiterkrankungen. Die habe ich Ihnen auf dieser großen Tafel aufgelistet. Wir brauchen Medikamententreue. Das ist eine Botschaft an Sie: Ich weiß nicht, wer das Buch gelesen hat – Notker Wolf, der Abtprimas der Benediktiner, hat jetzt ein Buch herausgegeben, „Ketzerische Gedanken zu Deutschland“. Ein Buch, das wir uns anschauen sollten, weil nämlich darin steht: Wir können nicht immer von allen erwarten, daß etwas getan wird – wir müssen auch selbst etwas tun. Was wir – was Sie – tun können, ist Medikamententreue.

Wie bekommen Sie die? Wenn Sie es besser verstehen. Schulung, das ist ein wichtiger Punkt. Und wie kriegen Sie die Schulung? Eben beispielsweise durch „Fit durch Dialyse“. Wenn es denn sein muß, daß Sie dialysepflichtig werden, dann wählen Sie bitte eine individuelle Form der Nierenersatztherapie. Da sie ja im Schulungsprogramm waren, wissen Sie genau, was Sache ist, haben auch mit Betroffenen gesprochen – gar kein großes Problem für Sie. Und dann kann die Verantwortung vom Arzt und vom Patienten übernommen werden, weil er nämlich letztendlich Partner im Krankheitsprozeß sein muß. Das ist politisch gewollt und in meinen Augen absolut sinnvoll, daß wir da hinkommen. Sie beweisen es, indem Sie heute da sind, und ich bin am Ende. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.