

Präterminale Niereninsuffizienz

„Stiefkind“ Prädialyse

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt unverändert einen stetigen Anstieg der Zahl der **terminal-niereninsuffizienten** Patienten. Zum einen aufgrund der demographischen Altersentwicklung, zum anderen wegen der Zunahme der wichtigsten „Verursacher“ schmerzloser Nierenerkrankungen: Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie.

Patienten mit Diabetes mellitus stellen inzwischen die Hälfte der dialysepflichtigen Patienten in Deutschland (siehe auch Rubrik „Medizin“).

Lückenhafte Studienlage bei der Prädialyse

Während umfangreiches Datenmaterial über Patienten vorliegt, die bereits mit einer Nierenersatztherapie behandelt werden, ist die Datenerhebung bei Patienten mit Niereninsuffizienz vor Dialysebeginn – sogenanntes Prädialysestadium (Nierenrestleistung unter 25 Prozent) – lückenhaft oder auf einzelne Studien beschränkt.

1997 waren nach den Untersuchungen derUSRDS (United States Renal Data System) nur 39 Prozent aller Dialysepatienten in Amerika ein Jahr vor Dialysebeginn in nephrologischer Fachbehandlung, bei einer Kontrolluntersuchung im Jahr 2002 weiterhin nur circa 50 Prozent dieser Patientengruppe. Über

die Intensität dieses Kontaktes liegen keine genauen Angaben vor. In den letzten sechs Jahren sind auch in Deutschland zahlreiche Arbeiten zu der Problematik der Behandlung der Prädialysepatienten mit gleicher Aussage veröffentlicht worden (zum Beispiel von Prof. Pommer und anderen): Bis heute sind die Mehrzahl der präterminal niereninsuffizienten Patienten nicht im gewünschten Umfang in nephrologischer Mitbehandlung! Besonders denkwürdig ist dieser Umstand deshalb, da bei Kostenträgern, Fachverbänden und Experten Einigkeit darüber besteht: Das „Stiefkind“ Prädialyse muß aus seinem Schattendasein geholt werden, um Behandlungskosten zu sparen. 1999 wurde deshalb eine Expertengruppe aus Nephrologen, Endokrinologen, Diabetologen und Epidemiologen ins Leben gerufen, die im Jahr 2004 ein aktualisiertes Konsenspapier veröffentlicht hat (Privatdozent Dr. Jehle und andere). Damit soll insbesondere Hausärzten verstärkt die nephrologische Mitbe-



handlung „ans Herz gelegt werden“. Aber wie viele Ärzte hat dieser Aufruf wirklich erreicht?

Hausarzt und Facharzt sollten gemeinsam vorgehen

Es ist in weiteren Studien belegt, daß ein gemeinsames Vorgehen von Hausarzt und Facharzt später so-

Die Niere sorgt für die Entgiftung, den Ausgleich der Wasser- und Elektrolytbilanz und die Hormonbildung. Ist die Niere geschädigt, funktioniert dieser Mechanismus nicht mehr reibungslos. Das Tückische: Der Patient merkt lange Zeit nichts davon.

Frühzeitige Überweisung ist das A und O

Problematisch bleibt die Motivation auf der sogenannten „primär-ärztlichen“ Ebene, frühzeitig zum Nephrologen zu überweisen. Die Aufgabe des Nephrologen wird zu oft noch immer ausschließlich in der Einleitung und Durchführung der Nierenersatztherapie gesehen.

Fernerhin ist der Begriff „Prädialyse“ (verwandt für die Phase der chronischen Niereninsuffizienz bei einer Kreatinin-clearance < 25 ml/min.) zwar bekannt, vielen Patienten wird damit aber nur vor Augen geführt, daß sie bald an die „Maschine“ müßten.

Dialyse kann aufgeschoben oder verhindert werden

Dagegen wird ihnen zu wenig vermittelt, daß durch die zusätzlichen Behandlungsmöglichkeiten die Dialyse für Monate aufgeschoben (sogenannte Progressionshemmung) oder sogar über einen längeren Zeitraum verhindert wird.

Die oft bestehende Angst vor der vermeintlich „unheilvollen Dialyse“ (hier nehmen sich Patienten und allgemeinärztlich ausgebildete Kollegen oft nicht viel), führt bei relativer Beschwerdearmut zu einer Verstärkung und unnötigen Verlängerung der Krankheitsverdrängungsphase.

Sicher kann dem Patienten vom Hausarzt/Primärarzt immer nur eine nephrologische Mitbehandlung in diesem Stadium empfohlen werden. Aber ihm ist auch vermit-

gar ein längeres Überleben an der Dialyse sichert und in nicht geringer Zahl eine Dialysebehandlung grundsätzlich verhindern könnte. Prof. Weber aus Köln schätzte Anfang des Jahres, daß jedem siebten Patienten mit diabetischer Nephropathie bei frühzeitiger nephrologischer Mitbehandlung eine Dialysebehandlung erspart bleiben kann.

Aktiv gegen das bestehende Dilemma

Positiv hervorzuheben ist, daß Diabetologen und Nephrologen zunehmend gemeinsam aktiv zur Beseitigung dieses Dilemmas beitragen. In vielen Regionen arbeiten Kollegen beider Fachgebiete eng zusammen oder sind bereits lokal vernetzt.

telbar, welche Chancen er vergibt, wenn er zu spät – dann doch im Stadium der „Terminalität“ – dem Nephrologen zugeführt wird! Hier ist eine bessere Kommunikation zwischen Hausarzt, Facharzt und betroffenem Patienten vonnöten.

Gute Einstellung und effektive Behandlung

Was kann nun der Nephrologe mehr als der Hausarzt im Sinne der „sekundären Nephroprotektion“ für die betroffene Patientengruppe tun?

Neben der gemeinsamen Anstrengung, einen arteriellen Hypertonus und einen Diabetes mellitus so gut wie möglich einzustellen – niedrig normale Blutdruckwerte von 130/70 mmHg sind heute neben einem HbA_{1c}-Wert <7 Prozent unbedingt zu fordern – können folgende Begleiterkrankungen der Niereninsuffizienz effektiv behandelt werden:

Nach ausreichender oraler Eisen substitution ist die Blutarmut (rena-



Wer eine Nierenerkrankung hat, sollte unbedingt das Rauchen aufgeben und damit einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Nierenfunktion leisten.

zum ergänzenden Behandlungsstandard. Die Diagnose einer renalen Polyneuropathie und eines Syndroms der unruhigen Beine (RLS = restless legs syndrome) ist frühzeitig objektivierbar und durch neurologische Mitbehandlung

gegebenenfalls zu bessern.

Desweiteren sollte vor einer späteren Dialysebehandlung der Status der Antikörperbildung gegenüber Hepatitis B überprüft, gegebenenfalls soll frühzeitig eine Schutzimpfung durchgeführt werden.

Neben der medikamentösen Therapie ist eine in regelmäßigen Abständen durchzuführende ausführliche Beratung des Patienten zwingend erforderlich.

Desweiteren ist die Früherkennung und Behandlung der renalen Osteopathie bereits in einem Stadium vor Prä dialyse als Standard eingeführt. Die frühzeitige Gabe von Vitamin D-Analoga unter Verlaufsbeobachtung des Parathormonspiegels und der Calcium- und Phosphatwerte kann gut in Kooperation mit dem Hausarzt erfolgen.

Patienten zum Nichtrauchen animieren

An erster Stelle steht der Versuch, bei entsprechendem Abusus eine Nikotinkarenz zu initiieren, da allein diese Maßnahme einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung der Nierenfunktion darstellt. Einen weiteren Beratungsschwerpunkt in der Prä dialysephase stellt die individuelle Kostberatung dar.

In der Regel sind die meist älteren Patienten bei der Auswahl ihrer Ernährung von sich aus bereits zurückhaltend mit der Aufnahme von eiweißhaltigen Nahrungsmitteln. Deshalb liegt der Schwerpunkt in einer ausreichenden kalorischen Kost und nicht unbedingt auf einer

Stadien der chronischen Nierenerkrankung

Stadium	Beschreibung	GFR (ml/min/1,73 m ²)
1	Schädigung mit normaler oder erniedrigter GFR	> 90
2	Schädigung mit milder Einschränkung der GFR	60–89
3	moderater Rückgang der GFR	30–59
4	schwerer Rückgang der GFR	15–29
5	dialysepflichtiges Nierenversagen	< 15

Die glomeruläre Filtrationsrate (GFR) wird mittels Kreatininclearance gemessen und sagt uns, wieviel Blutflüssigkeit pro Minute von der Niere abfiltriert wird.

le Anämie) heute ab einem Hb-Wert <=10 g/dl mit Erythropoetin s.c. ein Mal pro Woche gut behandelbar. Die Verordnung und Überwachung kann aus Kostenbudgetgründen nur in fachärztlicher Hand liegen.

Außerdem ist ein frühzeitiger Ausgleich einer Blutübersäuerung (renale Azidose) mit entsprechenden Medikamenten erforderlich. Die Therapie mit „Fettsenkern“ (CSE-Hemmern) entwickelt sich ebenfalls

eiweißreduzierten Kostform. Diese kann im Einzelfall jedoch notwendig sein. Im Beratungsgespräch ist weiterhin oftmals eine Aufklärung über den Kaliumgehalt in der Nahrung erforderlich. Tabellen und Diätvorschriften reichen nicht immer aus.

Darüber hinaus muß in der Prädialysephase über die möglichen sozialen Probleme gesprochen werden.

Selbsthilfeangebote von großer Bedeutung

Dabei ist die regionale Selbsthilfegruppe von großer Bedeutung, zumal in den letzten Jahren selbst in stationären Einrichtungen oder Zentren das Angebot an Sozialbe-

ratungen über qualifizierte Sozialarbeiter aus Kostengründen immer weniger zur Verfügung steht.

Beratung auch hinsichtlich Transplantation

Entscheidend bei der Beratung in regelmäßigen Abständen – je nach Fortschreiten der Niereninsuffizienz – steht neben dem Abbau der Ängste vor der Nierenersatztherapie – der Aufbau der Selbstkontrolle (Blutdruck und Gewicht) im Vordergrund.

Gegebenenfalls kann rechtzeitig eine Klärung der Transplantationsmöglichkeiten, je nach Ausmaß der Begleiterkrankung, erfolgen.

Unstrittig ist der positive Effekt von strukturierten Schulungsange-

Was versteht man unter Prädialyse?

Solange noch keine Dialyse nötig ist (Prädialyse), müssen zuerst alle anderen Einflußfaktoren optimiert werden. Blutdrucksenkung ist dabei ganz wichtig. „Für Nierenkranke ist ein normaler Blutdruck noch zu hoch“, sagt Prof. Eberhard Ritz aus Heidelberg. Daneben ist gegebenenfalls die Einstellung des Blutzuckers und des Fettstoffwechsels sowie eine Anämiekorrektur notwendig.

Die Niereninsuffizienz wird auch in folgende vier Stadien eingeteilt:

► Kompensiertes Dauerstadium:

Leichte Einschränkung von Ausscheidung und Konzentrierungsfähigkeit, bei noch normalen Blutwerten der harnpflichtigen Substanzen. Die Kreatininclearance liegt bei 60 bis 80 ml/min (Normalwert: 90 bis 140 ml/min).

► Stadium der kompensierten Retention:

Verminderung der Kreatininclearance (30 bis 60 ml/min) ohne klinische Symptome.

► Präterminale Niereninsuffizienz:

Die Kreatininclearance liegt zwischen 15 und 30 ml/min. Dabei können erstmals klinische Symptome auftreten.

► Terminale Niereninsuffizienz (Urämie):

Trotz konservativer Behandlung sinkt die Kreatininclearance unter 15 ml/min, begleitet von klinischen Beschwerden. Eine Dialysebehandlung oder eine Transplantation muß erwogen werden.



Einfach ausspannen!
Nordseeklima
gesund zu jeder Jahreszeit.
Im Herzen der Insel!

- Modernste Dialysetechnik Fresenius
- Qualifiziertes Fachpersonal
- 24h Rufbereitschaft
- Bicarbonatdialyse
- Hämodiafiltration
- Hepatitis B+C separate Geräte und Zimmer
- CAPD
- Betreuung nach Nierentransplantation
- LDL Apherese

NEU!

Dialysezentrum
Westerland



Praxis Innere Medizin
- Nephrologie
Dr. Berth Stoschus
Sylter Eck / Kjeistr. 23
25980 Sylt

Tel. Praxis
04651 - 6990

Tel. Dialyse
04651 - 299458

Fax. 04651 - 27037

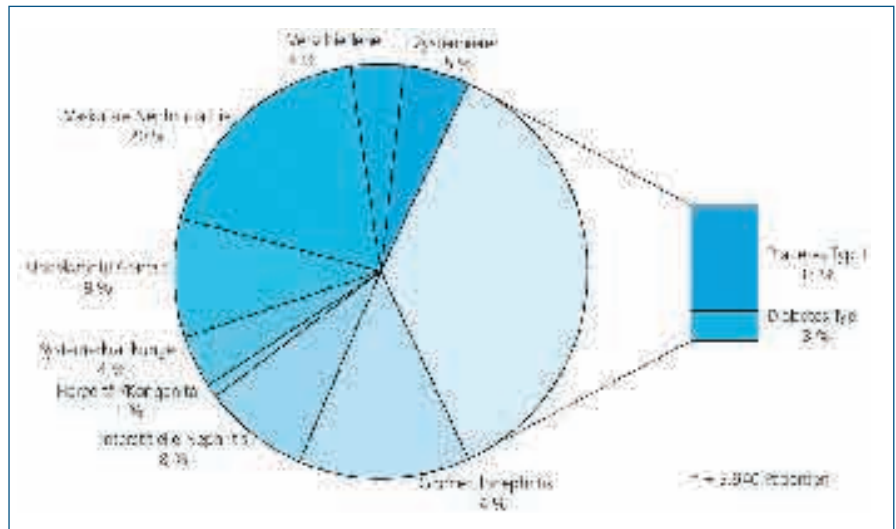
boten für Prä dialysepatienten. Bereits seit vielen Jahren liegen positive Ergebnisse von multidisziplinären Prä dialyseprogrammen vor.

Bei Patienten aus der Toronto-Studie hatten 83 Prozent der Patienten bei Dialysebeginn einen funktionierenden Gefäßshunt, in der Vancouver-Studie konnte gezeigt werden, daß Patienten aus einem Schulungsprogramm nur noch zu 13 Prozent akut in eine Dialysebehandlung ohne Vorbereitung aufgenommen werden müssen. Die Zahl der Krankenhaustage war in der Dialyseanfangsphase deutlich verringert.

Im Gegensatz zu amerikanischen Gesundheitsstrukturen, wo „managed care“ bereits seit vielen Jahren standardisiert ist, finden sich ähnliche strukturierte Beratungsmodelle in Deutschland meist an Universitätskliniken etabliert oder im Aufbau.

Kontroversen statt Zusammenarbeit

Die seit 2004 gesetzlich ermöglichte, kostenneutrale integrierte Ver-



Eine Reihe von Erkrankungen können zu einem terminalen Nierenversagen führen: Am häufigsten sind hier neben Glomerulonephritis Typ-1- und Typ-2-Diabetes.

sorgung nach Paragraph 140 SGBV hat bisher überwiegend zu neuen Kontroversen statt zur besseren Zusammenarbeit in der Ärzteschaft geführt.

Daß eine verbesserte Kooperation in der „präventiven Nephrologie“ möglich ist, wurde unter anderem durch viele Initiativen, in den letzten zwei Jahren, zum Beispiel mit dem FREUND-Projekt (Frühe

Risikosenkung Engagiert Umsetzen bei Nierenerkrankten Diabetikern), exemplarisch bewiesen: In über 40 Standorten wurden zusammen mit Nephrologen und Diabetologen Hausärzte dadurch „sensibilisiert“, daß die Arzthelferinnen im Rahmen eines Projektes in der Messung von Mikroalbumin im Urin und der Errechnung der Nierenleistung (aus dem Serum-Kreatininwert) geschult werden.

Diese Feststellung der Entgiftungsleistung ist durch eine neue Berechnungsmethode mit größerer Genauigkeit nach der MDRD- (Modification of Diet in Renal Disease)-Formel möglich. Als Ergebnis dieser Überlegungen bleibt die Erkenntnis, daß nur durch stärkere Aufklärung der betroffenen Nierenpatienten, unterstützt durch die Patientenselbsthilfeorganisationen „Niere“ und „Diabetes“ die dringend notwendige Sekundärprävention verbessert werden kann.

DD e.V. setzt Zeichen für frühzeitige Betreuung

Umso mehr ist es zu begrüßen, daß nunmehr auch der Bundesverband



Mit einem Harnteststreifen, den es in jeder Apotheke gibt, kann man Eiweiß im Urin unkompliziert nachweisen – ein Hinweis auf eine mögliche Nierenerkrankung.

der Dialysepatienten durch seine geplante Namensänderung ein Signal setzen und sich verstärkt um die frühzeitige Betreuung des Patienten vor Einleitung der Nierenersatztherapie kümmern will. Dabei ist eine enge Kooperation mit „Präventionsanbietern“ in Zukunft wünschenswert – zum Beispiel mit der Deutschen Nierenstiftung, gegebenenfalls mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und engagierten Krankenkassen.

Prävention muß finanziert werden

Wirksame präventive Maßnahmen gibt es jedoch nicht umsonst. Wenn die Verantwortlichen die hohen Kosten der Nierenersatztherapie ein-

dämmen wollen, sollten sie dazu ausreichende Mittel zur Verfügung stellen, ohne durch gesetzliche Vorgaben die freie Arztwahl zu gefährden. Alle Beteiligten müssen verstärkt den Leitlinien des Verbandes Deutscher Nierenzentren der DDnÄ aus dem Jahre 2002 Folge leisten. Die Organisation ist eine Interessengemeinschaft von Fachärzten und hat einen Schwerpunkt in der Vorsorge.

Der Vorsitzende dieses Verbandes, Privatdozent Dr. Kleophas, appelierte in der Präambel dieser Leitlinien: „Nur die frühzeitige Hinzuziehung des nephrologisch tätigen Arztes vermittelt Chancen der Prävention, einer Progressionsverhinderung oder zumindestens -verzögerung, einer frühzeitigen

Erkennung und Behandlung von Komplikationen und einer Vorbereitung des Patienten auf eine Nierenersatztherapie mit Raum und Zeit für eine differenzierte therapeutische Entscheidung. Diese Fakten sind vor dem Hintergrund der schwierig gewordenen finanziellen Situation im Gesundheitswesen besonders wichtig.“

LITERATURLISTE BEIM VERFASSER.

DR. MED. LUTZ PANNIER
INTERNIST/NEPHROLOGE
SOZIALMEDIZIN

DIALYSEPRAXIS ZEHLENDORF
CLAYALLEE 229
14195 BERLIN

Spezialisierte Medizin und Pflege für nierentransplantierte Patienten



Fachklinik Bad Heilbrunn

Fachklinik für Physikalische Medizin und Medizinische Rehabilitation

Orthopädie • Traumatologie
Neurologie • Neuropsychologie
Diabetes- und Stoffwechsellabor
Innere Medizin
Transplantationsmedizin • Nephrologie

Wimmerweg 30
88670 Bad Heilbrunn
Tel. 0 80 46 / 58-11 23
Fax 0 80 46 / 18-11 17

www.fachklinik-bad-heilbrunn.de
info@fachklinik-bad-heilbrunn.de

Im Verbund der
m&I-Klinikgruppe: Ernenberg



Fachklinik Bad Heilbrunn - 50 km südlich von München gelegen - bietet qualifizierte Rehabilitation.

Ziel unseres gemeinsamen mit den Kostenträgern entwickelten Behandlungskonzeptes für die Nachsorge organtransplantiertter Patienten ist die Verbesserung ihrer klinischen Langzeitergebnisse und Lebensqualität.

Unsere nephrologischen Patienten erwartet:

- professionelle transplantationsmedizinische
- fachpsychologische und
- sozialmedizinische Betreuung