



- Bei Eintritt eines Nierenversagens wird die nierenspezifische Behandlung hauptsächlich von Nephrologen durchgeführt.
- Die hausärztliche Versorgung spielt jedoch weiterhin eine entscheidende Rolle, sowohl bei der Sicherstellung einer umfassenden allgemeinmedizinischen Versorgung als auch bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung.
- Viele Patienten wenden sich an ihren Hausarzt, der sie oft am besten kennt, um Rat zu Nierenersatzverfahren und konservativen Behandlungsoptionen zu erhalten.
- Ein Verständnis der verschiedenen Optionen wird Ihnen dabei helfen, Ihre Patienten bei dieser Entscheidung zu beraten und zu unterstützen.

Bestimmung des individuellen Risikos für die Terminalisierung der CKD

Mithilfe der Gleichung zur Berechnung des Risikos für Nierenversagen lässt sich die Wahrscheinlichkeit für ein terminales Nierenversagen (Dialyse oder Transplantation) nach 2 bzw. 5 Jahren bei einer Person mit CKD im Stadium 3 bis 5 bestimmen.

<https://www.kidneyfailurerisk.com>

Mithilfe der Gleichung zur Abschätzung des Risikos für Nierenversagen können unter Berücksichtigung klinischer Informationen folgende Aspekte bestimmt werden: die Notwendigkeit einer Überweisung an einen Nephrologen (sofern verfügbar); der Zeitpunkt der multidisziplinären Betreuung; der Zeitpunkt der Aufklärung über die verschiedenen Behandlungsmodalitäten; und der Zeitpunkt der Vorbereitung auf ein Nierenersatzverfahren.

WICHTIGE BOTSCHAFTEN ZUR KOMMUNIKATION

Die Kommunikation sollte an die Belastung durch die Therapie (Zeitaufwand, Reiseaufwand und Bedürfnisse der Pflegepersonen), die medizinische Eignung, die lokalen Richtlinien sowie an Verfügbarkeit und Bezahlbarkeit angepasst werden.

TRANSPLANTATION

- Bei geeigneten Patienten bietet eine Nierentransplantation, insbesondere eine präemptive Transplantation oder eine Transplantation von Lebendspendern, die beste Prognose und Lebensqualität. Die Wartezeiten können je nach Standort variieren.
- Eine Transplantation erfordert eine regelmäßige Nachsorge sowie eine dauerhafte immunsuppressive Therapie.
- Nicht alle Patienten, die eine Nierenersatztherapie benötigen, sind medizinisch geeignet für diesen großen Eingriff.

DIALYSE (Hämodialyse oder Peritonealdialyse)

„Da die Ergebnisse der Heimdialyse und der Zentrumsdialyse nur geringfügig voneinander abweichen, sollte die Wahl der Dialysemethode präferenzsensitiv, informiert und individuell auf der Grundlage der wahrgenommenen Lebensqualität, der Lebensziele und der Symptombelastung erfolgen.“ (KDIGO 2023)

Hämodialyse (HD)

- Benötigt eine spezielle Dialysemaschine zur „Reinigung“ des Blutes.
- Die Dialyse wird mehrmals pro Woche für eine variable Anzahl von Stunden durchgeführt, um eine suffiziente Dialysetherapie zu ermöglichen.
- Für die Zirkulation des Blutes vom Patienten durch die Maschine und zurück ist ein Gefäßzugang (Vorhofkatheter oder Shunt) erforderlich. Eine frühzeitige Überweisung ermöglicht die rechtzeitige Planung des Zugangs.
- Kann **zu Hause** oder **im Zentrum** durchgeführt werden.
 - Bei Zentrumsdialyse kann das Reisen außerhalb des Wohnorts erschwert sein.
 - Die Heimdialyse wird durch die betroffene Person oder deren Betreuungspersonen nach entsprechender Schulung durchgeführt.

Peritonealdialyse (PD)

- Wird nach entsprechender Schulung von den Betroffenen selbst oder ihren Betreuungspersonen zu Hause durchgeführt.
- Dabei wird Dialyseflüssigkeit über einen Katheter in die Bauchhöhle eingeführt.
- Wird entweder manuell 2-4 Mal täglich oder über Nacht automatisch von einer Maschine durchgeführt.

KONSERVATIVES NIERENMANAGEMENT

- Dies bedeutet nicht, dass gar keine Behandlung erfolgt, sondern dass der Schwerpunkt auf Symptomkontrolle und Lebensqualität gelegt wird. Es kann sich dabei um eine bewusste Entscheidung handeln – häufig von älteren oder gebrechlichen Menschen, die keine Dialyse oder Transplantation beginnen können oder wollen.

ROLLE DES HAUSÄRZTLICHEN TEAMS ZUR UNTERSTÜTZUNG DER NEPHROLOGIE

GRUNDVERSORGUNG DURCH DAS HAUSÄRZTLICHE TEAM

- Begleiterkrankungen (Bluthochdruck, Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) überwachen und behandeln.
- Versuchen Sie, leitliniengerechte medikamentöse Therapien (z. B. RAASi, SGLT2i) beizubehalten. Weitere Informationen zu diesen Therapien finden Sie im [Herz, Nieren und Stoffwechsel-Tool](#).
- Beratung zu ganzheitlicher Pflege einschließlich der Beurteilung des Bedarfs an sozialer Betreuung und des Umgangs mit Gebrechlichkeit.
- Auf psychische Probleme achten.
- Förderung und Beratung zu einem gesunden Lebensstil (Ernährung, Gewicht, körperliche Aktivität).
 - Die Ernährungsberatung sollte individuell erfolgen, insbesondere bei fortgeschrittener CKD.



VORBEREITUNG BEI DROHENDER TERMINALISIERUNG DER CKD

Rolle des hausärztlichen Teams:

- Beteiligen Sie sich an der gemeinsamen Entscheidungsfindung mit der betroffenen Person.

Rolle des Nephrologie-Teams:

- Klären Sie die Betroffenen über die verschiedenen Optionen auf, führen Sie eine klinische Beurteilung durch und beteiligen Sie sich an der gemeinsamen Entscheidungsfindung.
- Therapieoptimierung zur Verlangsamung der CKD-Progression.
- Beratung zu Lebensstilanpassungen.
- Beginnen Sie mit den Vorbereitungen für eine Transplantation oder stellen Sie die rechtzeitige Anlage eines Dialysezugangs sicher. Planen Sie gegebenenfalls ein Training für die Heimdialyse.
- Erkunden Sie Möglichkeiten der finanziellen Unterstützung und helfen Sie bei der Antragstellung (dies kann auch von einem multidisziplinären Team mit Sozialarbeitern übernommen werden).

EINLEITUNG UND MANAGEMENT DER DIALYSE

Rolle des hausärztlichen Teams:

- Achten Sie auf Folgendes:
 - Spezifische Dialysekomplikationen: Volumenüberladung, Sepsis, Peritonitis.
 - Symptome einer fortgeschrittenen CKD: Müdigkeit, Juckreiz.
 - Bei plötzlicher klinischer Verschlechterung oder raschem Abfall der Nierenfunktion vor Beginn der Dialyse ist eine Rücksprache mit dem Nephrologen erforderlich.

Rolle im Nephrologie-Team:

- Holen Sie gegebenenfalls nach Aufklärung zur Dialyse eine schriftliche Einwilligung ein.
- Streben Sie einen rechtzeitigen, geplanten Dialysebeginn im ambulanten Bereich an.
- Die Dialyse einleiten und die Behandlung an die individuellen Bedürfnisse anpassen.
- Überwachung und Steuerung der Dialysebehandlung, einschließlich der Anpassung der Flüssigkeitsentnahme und der Behandlung von Hyperkaliämie, Eisenmangel und Anämie.
- Die Indikation zur Dialyse wird nicht durch einen spezifischen eGFR-Wert bestimmt, sondern liegt typischerweise unter 15 ml/min, basierend auf Symptomen, der Unfähigkeit, den Flüssigkeitshaushalt aufrechtzuerhalten, oder einer Verschlechterung des Ernährungszustands (KDIGO-Dialysebeginn) und/oder biochemischen Störungen wie z. B. Urämie, Azidose und Hyperkaliämie.



TRANSPLANTATION

Rolle des hausärztlichen Teams:

- Überwachung der langfristigen Gesundheit nach der Transplantation.
- Auf Risiken im Zusammenhang mit Immunsuppression achten, auf Infektionen achten.

Rolle des Nephrologie-Teams:

- Die gesamte Nachsorge nach der Transplantation übernehmen, einschließlich der Überwachung der Transplantatfunktion und der Anpassung der Immunsuppression.
- Etwaige Komplikationen (einschließlich Abstoßungsreaktionen) behandeln.



KONSERVATIVES NIERENMANAGEMENT

Rolle des hausärztlichen Teams:

- Symptommanagement, Palliativversorgung und Erhaltung der Lebensqualität.

Rolle des Nephrologie-Teams:

- Das Nephrologie-Team und/oder das Palliativteam sollten eng in die Behandlung eingebunden werden.

