

- ➔ Arterielle Hypertonie: RR > 150/90 mm Hg trotz Dreifach-Medikamentenkombination
- ➔ Verschlechterung der Nierenfunktion (> 5 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> pro Jahr)
- ➔ Morphologische Nierenveränderung
- ➔ Nieren-spezifische Komorbiditäten bei eGFR < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> wie Anämie oder Störungen des Ca/Phosphat-Haushalts

Bei eingeschränkter Nierenfunktion sollten alle Patienten vorgestellt werden:

- ➔ mit einer GFR von < 45 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ab CKD-Stadium 3b), oder
- ➔ mit einer GFR von < 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> (ab CKD-Stadium 3a) und gleichzeitigem Auftreten eines der obigen Kriterien (Proteinurie, Hämaturie, Hypertonie, morphologische Veränderungen, nierenspezifische Komorbiditäten)

### Therapieresistente Hypertonie: Der Nephrologe als Ansprechpartner

In den meisten Fällen werden hypertensive Patienten kompetent vom Hausarzt behandelt, es gibt aber auch »Problemfälle«, bei denen selbst eine 3-fache Medikamentenkombination nicht reicht, um den Blutdruck in den Zielbereich von unter 140/90 mm Hg zu senken. Für diese therapieresistenten Patienten bieten sich Nephrologen als Partner in der Behandlung an, denn sowohl nervale als auch hormonelle Regelkreise, die den Blutdruck beeinflussen, werden über die Nieren gesteuert. Auch beim Ausschluss einer sekundären Hypertonieursache hilft Ihnen der Nephrologe gerne weiter.

**Fazit: In Sachen Hypertonie ist der Nephrologe Ihr Kompetenzpartner!**

CfNH Centrum für Nieren- und  
Hochdruckkrankheiten MVZ GbR  
Dres. med. P. Kurz / T. Tsobanelis  
Eschenheimer Anlage 7  
60316 Frankfurt  
Tel. +49 69 97981181  
Fax +49 69 97981182  
Email [info@dialysefrankfurt.de](mailto:info@dialysefrankfurt.de)  
Internet [www.dialysefrankfurt.de](http://www.dialysefrankfurt.de)



# PRAXISRATGEBER

Allgemeinmedizin – Nephrologie



Deutsche Gesellschaft  
für Innere Medizin e.V.

Deutsche Gesellschaft  
für Nephrologie



Durch die Überalterung der Gesellschaft und die Zunahme nierenschädigender Zivilisationserkrankungen (Diabetes mellitus, Hypertonie) treten chronische Nierenerkrankungen (CKD) in den letzten Jahrzehnten häufiger auf. Daher ist es wichtig,

- 1 die Prävention von Nierenerkrankungen stärker in den Fokus der hausärztlichen Arbeit zu rücken,
- 2 die Früherkennung von Nierenerkrankungen bei Risikopatienten weiter zu verbessern und
- 3 nierenkranke Patienten integriert zu versorgen.

Für diese Herausforderungen sind die Zusammenarbeit und der Wissensaustausch zwischen Hausärzten und Nephrologen wichtig. Ziel ist, jene Patienten zu identifizieren, die einer intensivierten fachmedizinischen Versorgung bedürfen, um die CKD-Progression aufzuhalten/zu verlangsamen. Noch immer ist es ein häufiges Szenario, dass Patienten, die unmittelbar vor der Dialysepflichtigkeit stehen, noch keinem Nephrologen vorgestellt wurden.

## Früherkennung der chronischen Nierenerkrankung

Für die Routineuntersuchung bei ansonsten gesunden Patienten reicht laut Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) ein einfacher Urinstreifentest, der Proteinurie und Hämaturie erfasst. Zu beachten ist, dass die gängigen Kombi-Streifentests die Mikroalbuminurie (20 bis 200 mg/l) nicht erfassen, deshalb sollte bei Diabetikern mit negativem Kombi-Streifentest-Befund noch zusätzlich auf **Mikroalbuminurie** getestet werden. Fallen die Streifentests positiv aus, sollte in jedem Fall die **glomeruläre Filtrationsrate GFR** berechnet werden, denn das Serum-Kreatinin allein ist nur bedingt aussagekräftig und kann insbesondere bei untergewichtigen oder älteren Patienten zu falsch-negativen Befunden führen.

Bei Risikopatienten, d.h. bei Patienten > 65 Jahre, bei Diabetikern oder Hypertonikern sollten die Untersuchungen (Mikroalbuminurie/GFR-Bestimmung) einmal jährlich durchgeführt werden.

## Wann ist eine Überweisung zum Nephrologen sinnvoll?

Gemäß den neuesten internationalen Leitlinien (CKD-Einteilung der internationalen KDIGO<sup>1)</sup>-Kommission) schlägt die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie vor, dass Patienten mit folgenden Kriterien dem Nephrologen zur konsiliarischen Mitbetreuung vorgestellt werden sollten:

- Proteinurie oder Mikroalbuminurie bei zwei Bestimmungen (Diabetiker: > 20 mg/ Nicht-Diabetiker: > 200 mg/l)
- Mikro- oder Makrohämaturie oder Erythrozyturie (nicht-urologisch) bei zwei Bestimmungen

<sup>1)</sup> KDIGO/"KIDNEY DISEASE | IMPROVING GLOBAL OUTCOMES", <http://kdigo.org/home>