



10. Nephrologie Symposium im Schladming

Vom 29. bis zum 30. April fand das 10. Nephrologie-Symposium unter der Patronanz der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN) im Congress Schladming statt. Die Experten beschäftigten sich im Rahmen des Symposiums mit den Themen Nierentransplantation, einer Podiumsdiskussion zum internationalen Vergleich der Nierenversorgung und aktuellen Status des Versorgungskonzepts Niere 60/20, akutes Nierenversagen und Chronische Niereninsuffizienz.

Themenblock I: Nierentransplantation 2016 (Medizinische Universität Innsbruck)

Von Priv.-Doz. Dr. Michael Rudnicki



v. l. Dr. Markus Pirklbauer, Priv.-Doz. Dr. Michael Rudnicki, Dr. Hannes Neuwirt

In den letzten Jahren wurde die Schere zwischen den angebotenen Organen und den Patienten, die auf eine Nierentransplantation warten, immer größer. Das hat dazu geführt, dass man Spender mit erweiterten (suboptimalen) Kriterien (Erweiterte Criteria Donors) mittlerweile für bestimmte Patienten akzeptiert. Falls ECD-Nieren für eine Einzelniertentransplantation auch als nicht geeignet eingestuft werden, so kann eine Doppelnierentransplantation (also beide Nieren des Spenders in einen Empfänger) eine mögliche Alternative darstellen. Als Entscheidungshilfe gilt zwar die histologische Qualität („Reimuzi-Score“), jedoch sollten auch andere klinische und demografische Parameter für die Entscheidung zur Doppelnierentransplantation herangezogen werden.

DSA (donor specific antibodies, spender-spezifische Antikörper) sind alloreaktive Antikörper, die sich gegen bestimmte Epitope des Transplantats richten und im Empfänger auftreten können. Insbesondere das de novo-Auftreten der DSA nach einer Nierentransplantation ist mit einem erhöhten Risiko für eine antikörpermedierte Abstoßung und Transplantatverlust assoziiert. Zumindest im ersten Jahr nach einer Transplantation sollte deshalb ein regelmäßiges DSA-Screening durchgeführt werden. Bei Nachweis von DSA werden eine Nierenbiopsie und eine Optimierung der Immunsuppression empfohlen.

Eine Proteinurie kann in sieben bis 45 Prozent der Fälle nach der Nierentransplantation auftreten und ist dabei ein unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Ereignisse, Mortalität und Transplantatüberleben. Nach der Nierentransplantation sollte jede neu aufgetretene Proteinurie > 300 mg/Tag bzw. jede unklare, persistierende Proteinurie > (1.500–)3.000 mg/Tag zeitnah biopsisch abgeklärt werden, um potenziell reversible Ursachen frühzeitig zu erkennen.

Chair: Priv.-Doz. Dr. Michael RUDNICKI

Dr. Rupert OBERHUBER
Der Remuzzi-Score: Implikationen für die Doppelnierentransplantation

DDr. Hannes NEUWIRT
DSA positiv, was nun?

Dr. Markus PIRKLBÄUER
Differentialdiagnose Proteinurie nach Nierentransplantation

Themenblock II: Podiumsdiskussion zum Versorgungskonzept Niere 60/20 (Landeskrankenhaus Feldkirch)

Die Podiumsdiskussion mit Vertretern seitens Patientenorganisation, Hauptverband und Allgemeinmedizin befasste sich mit dem internationalen Vergleich der Nierenversorgung sowie dem aktuellen Status des Versorgungskonzepts Niere 60/20 in Österreich. Lesen Sie mehr zu dieser spannenden Podiumsdiskussion auf [Seite 39](#).



v. l. Mag. Martin Scharfanath, Rudolf Bretbacher, Dr. Oliver Lammel, Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz, Prim.-Prof. Dr. Karl Lhotta

Diskussionsteilnehmer (in alphabetischer Reihenfolge):

Rudolf BRETJBACHER
Präsident der ARGE Niere Österreich

Dr. Oliver LAMMEL
Allgemeinmediziner in Ramsau/Dachstein

Prim.-Prof. Dr. Karl LHOTTA
Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie (ÖGN)

Univ.-Prof. Dr. Alexander ROSENKRANZ
Leiter der Klinischen Abteilung für Nephrologie und Hämodialyse, Medizinische Universität Graz

Mag. Martin SCHAFFENRATH
Vorsitzender-Stv. des Verbandsvorstandes im Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Themenblock III: Akutes Nierenversagen (Universität Graz)

Von Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz

In diesem Block wurde das akute Nierenversagen dargelegt, von dem bekannt ist, dass es in den letzten Jahren aufgrund der Multimorbidität und des Alters der Patienten kontinuierlich zunimmt. Dr. Kirsch präsentierte die neue Einteilung sowie ein Update zur Diagnostik und Therapie des akuten Nierenversagens.



v. l. Dr. Gernot Schilcher, Dr. Alexander Kirsch, Dr. Claudia Friedl, Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz

Das akute Nierenversagen als Risikofaktor – nicht nur für chronische Niereninsuffizienz, sondern auch als kardiovaskulärer Faktor bzw. prognostischer Marker für das Überleben und dessen Bedeutung – wurde von Frau Dr. Friedl dargestellt. Im dritten Teil dieses Themenblocks wurden von Dr. Schilcher Nierensatzverfahren mit Schwerpunkt auf neue Antikoagulation mit Citrat dargestellt.

Chair: Univ.-Prof. Dr. Alexander ROSENKRANZ

Dr. Alexander KIRSCH
Neues zu Pathogenese, Diagnostik und Therapie des akuten Nierenversagens

Dr. Claudia FRIEDL
Akutes Nierenversagen als Risikofaktor (nicht nur) für CKD

Dr. Gernot SCHILCHER
Nierensatzverfahren beim akuten Nierenversagen

Themenblock IV: Chronische Niereninsuffizienz (Medizinische Universität Wien)

Von Univ.-Prof. Dr. Bruno Watschinger

Die Probleme bei chronischer Niereninsuffizienz sind nicht alleine auf die Niere beschränkt. Ein wesentlicher, durch die Urämie gestörter Regelkreis ist der Knochenstoffwechsel. In den letzten Jahren wurden nach Parathormon und Vitamin D andere Substanzen identifiziert, die wie das Phosphatonin Fibroblast Growth Factor-23 (FGF23) und

dessen Korzeptor Klotho oder Ferritin A über Änderungen des Kalzium-Phosphat-Haushalts zur urämischen Osteopathie beitragen können und mögliche therapeutische Ansatzpunkte in der Zukunft darstellen.

Für Patienten mit renalen Erkrankungen ist eine strikte Blutdruck- und Proteinurie-Kontrolle entscheidend, wirkt nephroprotektiv und reduziert kardiovaskuläre Ereignisse und Mortalität. Die Bedeutung einer strikten Blutdruckkontrolle wird oft unterschätzt. Aus diesem Grund wird die Hypertoniebehandlung im klinischen Alltag oft nicht konsequent umgesetzt. Die Blutdruckzielwerte bei Patienten mit renalen Erkrankungen liegen bei <140/90 mmHg, bei jenen mit einer Proteinurie bei <130/80 mmHg und sollten bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz unbedingt angestrebt werden.



v. l. Univ.-Prof. Dr. Andreas Weyhll, Dr. Danielle Diarra, Univ.-Prof. Dr. Bruno Watschinger

Bei Patienten mit dekompensierter Herzinsuffizienz ist sowohl in der akuten Phase als auch nach Rekompensation eine Optimierung der konservativen Therapie notwendig. Dazu zählen auch die ausreichende Dosierung von Schleifendiuretika und die Kombination mit Thiaziddiuretika und/oder Aldosteronantagonisten, sofern vom Elektrolythaushalt möglich. Wenn allerdings trotz optimierter konservativer Behandlung keine klinische Verbesserung möglich ist oder wiederholte kardiale Dekompensationen (≥ 2x in 6 Monaten) auftreten, sollte eine extrakorporale Ultrafiltrationstherapie oder eine Peritonealdialyse in Erwägung gezogen werden. Klinische Studien zeigen, dass damit in vielen Fällen eine deutliche klinische Verbesserung und ein Rückgang der Spitalsaufnahmen aus kardialen Gründen ermöglicht werden.

Chair: Univ.-Prof. Dr. Bruno WATSCHINGER

Univ.-Prof. Dr. Andreas VYCHTYL
Volumenmanagement beim Cardioresalen Syndrom

Dr. Danielle DIARRA
Neues zum Knochenstoffwechsel bei chronischer Niereninsuffizienz

Univ.-Prof. Dr. Bruno WATSCHINGER
Hypertoniebehandlung bei chronischer Niereninsuffizienz

Versorgungskonzept Niere 60/20: politischer Status quo April 2016

Eine Podiumsdiskussion mit Vertretern seitens Patientenorganisation, Hautverband und Allgemeinmedizin spannte im Rahmen des 10. Nephrologie-Symposiums den Bogen von einem internationalen Vergleich der Nierenversorgung zum aktuellen Status quo des Versorgungskonzepts Niere 60/20 in Österreich. Einleitend wurde aufgezeigt, dass hierzulande eine Million Menschen Hinweise auf eine chronische Nierenschädigung haben und 200.000 eine bereits deutlich eingeschränkte Nierenfunktion (glomeruläre Filtrationsrate (GFR) von unter 60 ml pro Minute) aufweisen. „Nur knapp ein Viertel der Betroffenen weiß von seinem Nierenleiden“, so ÖGN-Präsident Lhotta, der viele gute Gründe für die Forcierung des Versorgungskonzepts 60/20 in Österreich kennt.

Von Maximilian Kurz, MAS, MBA



Diskussionsteilnehmer v. l.: Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz, Mag. Martin Schaffnerath, Prim. Prof. Dr. Karl Lhotta, Dr. Oliver Lammal, Rudolf Bretbacher, 3. v. l. Kongressmoderatorin Univ.-Prof. Dr. Sabine Horn, Leitern der Internen Abteilung am LKH Willech

Awareness schaffen

Die Epidemiologie von Nierenerkrankungen in Deutschland kann nahezu eins zu eins auf Österreich umgelegt werden. Dort gibt es bei rund zehn Millionen Menschen Hinweise auf chronische Nierenerkrankungen. Demnach gibt es in Österreich etwa eine Million Betroffene. Folglich ist die Schaffung von Awareness die wichtigste Maßnahme. Gemäß der Global Burden of Disease Study der WHO sind „non-communicable diseases“, auch die Niere betreffend, bereits führend. Tendenz stark steigend.

Die Problematik von Nierenerkrankungen liegt darin, dass sie in der Regel symptomlos verlaufen und daher tendenziell spät erkannt bzw. diagnostiziert werden. „Menschen rechtzeitig der optimalen Therapie zuzuführen muss oberste Priorität haben“, hält Lhotta an der klaren Zielsetzung des Konzepts Niere 60/20 fest.

So werden eine frühe Diagnose und Maßnahmen, die einerseits das Fortschreiten der Nierenerkrankung verzögern und andererseits das extrem hohe Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren, überhaupt erst möglich. Sinkt die Nierenleistung unter 20 Prozent, muss der Patient in einem nephrologischen Zentrum in angemessener Zeit auf die Nierensatztherapie vorbereitet werden.

nierenschützen: erfolgreiche Implementierung in der Steiermark

Als eines von zwei Präventionsprojekten wurde Niere 60/20 im Rahmen der Gesundheitsreform von der Bundeszielsteuerungskommision beschlossen und geht aktuell durch die einzelnen Landeszielsteuerungen. Univ.-Prof. Dr. Alexander Rosenkranz, Nierenspezialist am Landesklinikum Graz und Co-Initiator des Konzepts, berichtet von einem ersten Erfolg: „In der Steiermark trägt das Projekt den Namen nierenschützen. Mit 1. Jänner 2016 konnten wir das Konzept als erstes Bundesland implementieren. Mit der GKK haben wir uns darauf geeinigt, die Altersgruppe der 40–65-Jährigen zu fokussieren. Alleine in dieser Personengruppe leiden 75.000 Menschen an erhöhtem Blutdruck. Geht jemand aus dieser Gruppe zum Arzt, so prüft dieser auf Risikokombinationen. Ist das Ergebnis positiv, wird in der Folge die Nierenkristallation geprüft“, so Rosenkranz, der parallel anmerkt, dass es in der Steiermark drei Labors mit entsprechender Kostenverrechnung gibt und dies die zentrale Auswertung erleichtern könnte. Die GKK ist übrigens gerade dabei zu prüfen, ob die Bestimmung der Albumin-Kreatinin-Ratios in der Steiermark mengengemäß vorgenommen hat. „Ziel muss die landesweite Aufnahme ins DMP Diabetes sein. Hier wird aktuell nur die Albuminurie berücksichtigt, nicht das Serumkreatinin“, so Rosenkranz zum aktuellen Status in der Steiermark.

Zielsetzung einer landesweiten Versorgung

Beim HVB weiß man, dass es in der SV aufgrund der föderalistischen Strukturen nicht einfach ist, derartige Projekte umzusetzen: „In Tirol ist man seit 2014 um die Installation des Versorgungskonzepts Niere 60/20 bemüht. Das veranschaulicht, dass man in Österreich zunächst in einem Bundesland erfolgreich sein muss, um aufzuzeigen, dass Erfolg überhaupt möglich ist“, so Mag. Martin Schaffnerath vom HVB, der „eine sehr enge Zusammenarbeit mit den Allgemeinmedizinerinnen“ betätigt, jedoch zu bedenken gibt, dass es mehr als sieben Jahre gebraucht hat, um 50.000 Personen in das DMP Diabetes zu bekommen. Die Schuld für das zähe Vorkommen ortet er auch bei den über 3000 Einzelverträgen innerhalb des Sozialversicherungssystems. Aus diesem Grund wurden im Hauptverband mehrere Arbeitsgruppen mit Aufgaben betraut, um diverse systemrelevante Prozesse und Leistungen zu hinterfragen. In der bundesweiten Finanzierung aus einer Hand sieht Schaffnerath einen sinnvollen Lösungsansatz.

Schulterschluss zwischen Allgemeinmedizin und Nephrologie

Der steirische Allgemeinmediziner Dr. Oliver Lammal verzeichnet rund 20.000 Patientenkontakte im Jahr. 5000 davon persön-

lich. Die Bestimmung entsprechender Nierenparameter bekommt auch er nicht bezahlt. „Von meinem Labor kommt regelmäßig jemand und bringt die Proben nach Salzburg. Seitens der Krankenkasse würde man eines der beiden teilnehmenden Labors in Graz bevorzugen. Doch von dort nimmt niemand den weiten Weg zu mir in die Ramsau am Dachstein auf sich“, klagt Lammal, der somit theoretisch nicht am Projekt Niere 60/20 teilnehmen kann, dieses aber dennoch zu 100 Prozent unterstützt: „Nephrologische Aspekte sind extrem komplex. Etwa durch Fortbildungen im Rahmen von Niere 60/20 lernen wir Allgemeinmediziner die Einzelheiten besser zu verstehen“, so Lammal weiter. Für die Zukunft erachtet er eine intensiviertere Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmedizin und Nephrologie als dringend notwendig.

Auch der Oberösterreichler Rudolf Bretbacher, Präsident der ARGE Niere, möchte Niere 60/20 nicht nur in seinem Bundesland forcieren, sondern tritt für eine rasche landesweite Umsetzung ein und betont größtmögliche Unterstützung: „Ich denke, wir können seitens der Patienten künftig einen essenziellen Beitrag leisten. Etwa bei Themen, die sich mit dem Leben Betroffener im Alltag befassen. Diese können wir aus den Ambulanzen abziehen und sie dadurch entlasten.“