

Niereninsuffizienz

„Medikamentendosen für ältere Patienten meist nicht evidenzbasiert“

Daten aus der GCKD-Studie zeigen: Mehr als 90 Prozent der Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz (CKD Stadium 4-5) nehmen mehr als fünf verschiedene Medikamente ein und erfüllen damit das WHO-Kriterium der Polypharmazie. Über das damit verbundene Gefährdungspotenzial durch nephrotoxische Nebenwirkungen oder unkontrollierte Kumulation sprach der änd mit PD Dr. Natalie Ebert, Fachärztin für Innere Medizin am Institut für Public Health an der Berliner Charité und Expertin für Nierenerkrankungen.



Ebert: „Deutschland ist Spitzenreiter hinsichtlich Polypharmazie bei niereninsuffizienten Patienten.“

(c) privat

Frau Dr. Ebert, wie viele Menschen leiden hierzulande an einer chronischen Niereninsuffizienz (CKD) und wie erfolgt die Diagnose?

Für Deutschland lässt sich das nicht genau sagen, denn bei uns gibt es bedauerlicherweise noch immer kein Register, das Patienten mit CKD flächendeckend erfasst. Auch ein Dialyse- und Transplantregister fehlt, eigentlich ein Skandal! Daher beziehe ich mich auf alterstratifizierte Prävalenz-Daten der CDC (Center for Disease Control and Prevention) aus den USA, welche Patienten im CKD Stadium 1 bis 4 beinhalten: 18-44 Jahre: 6%, 45-64 Jahre: 12% und ≥ 65 Jahre: 38%.

Die wichtigste Größe zur Abschätzung der Nierenfunktion ist die glomeruläre Filtrationsrate (GFR), die aus dem Serum Kreatinin-Wert, Alter und Geschlecht berechnet wird. Noch immer zu sehr vernachlässigt wird meiner Ansicht nach aber das Thema Albuminurie – also die erhöhte Albuminausscheidung über den Urin, erkennbar durch eine Bestimmung des Albumins im Spot-Urin. Daraus wird die Album-Kreatinin Ratio (ACR)

berechnet, die eine wichtige Komponente bei der Diagnostik einer (beginnenden) Niereninsuffizienz darstellt. Zusätzlich spielt die erhöhte Albuminausscheidung auch eine wichtige Rolle bei der Abschätzung des kardiovaskulären Risikos von CKD-Patienten.

Ab welchem Erkrankungsgrad muss deren Medikation denn besonders im Auge behalten werden?

Die Stadieneinteilung der chronischen Niereninsuffizienz findet sich in den Leitlinien aus den USA (KDIGO), sie beinhaltet sowohl die Nierenfunktion – also die geschätzte GFR (eGFR) – als auch die Albuminurie, also Eiweiß im Urin. Insbesondere wenn die Nierenfunktion deutlich eingeschränkt ist, das ist meist ab einer geschätzten GFR von < 30 ml/min/1.73m² der Fall.

Relevant ist dies insbesondere bei Medikamenten mit einer engen therapeutischen Breite wie z.B. die Antibiotika Vancomycin, Gentamicin und Tobramycin, einige Antiepileptika wie Phenytoin, Carbamazepin, Oxcarbazepin, Valproinsäure, das Zytostatikum Methotrexat und weitere Substanzen, die ich hier nicht alle aufzählen kann.

Kritisch ist auch der Einsatz von Metformin bei deutlich eingeschränkter Nierenfunktion aufgrund der damit verbundenen Gefahr einer Laktat-Azidose. Eine Kontraindikation besteht aktuell ab einer eGFR < 30 ml/min.

Welche Medikamente stehen bei Nierenpatienten vor allem im Fokus und gelten als besonders „nierenkritisch“?

Neben den bereits genannten Arzneistoffen sind dies eine ganze Reihe von Medikamenten, die bei den ja in der Regel älteren Patienten mit Niereninsuffizienz häufig aufgrund vorliegender Komorbiditäten verabreicht werden: dazu zählen unter anderem nichtsteroidale Antiphlogistika (NSAID – speziell bei Langzeitbehandlung), Präparate zur Behandlung der Herzinsuffizienz (Spironolacton oder Herzglykoside) Langzeitbehandlung mit Protonen-Pumpen-Inhibitoren (PPI). Auch bei den direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) sollte bei Patienten mit deutlich eingeschränkter Nierenfunktion eine Dosisanpassung erfolgen. Oder bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen zum Beispiel das Methotrexat. Und es gibt noch etliche mehr

Unterschieden werden muss dabei zwischen Nephrotoxizität und hämodynamischen Einflüssen auf die Nieren. Letzteres kann zu einer Minderdurchblutung der Nieren führen, was eine weitere Erhöhung des arteriellen Blutdrucks zur Folge haben kann, was sich wiederum ungünstig auf den Verlauf der CKD auswirken kann – ein Teufelskreis also.

Manche Antibiotika (Aminoglykoside) wirken ebenfalls nephrotoxisch. In der Diskussion stehen auch die neueren Statine (zum Beispiel Rosuvastatin), auch wenn es hierzu bedauerlicherweise noch viel zu wenig Daten gibt für eine abschließende Bewertung.

Wo bekommt man denn detaillierte Informationen dazu?

Die Fachinformationen liefern hierzu Hinweise bezüglich der Anwendung oder gegebenenfalls erforderlichen Dosisanpassung im Zusammenhang mit einer vorliegenden Einschränkung der Nierenfunktion. Eine sehr gute Hilfestellung für die Dosisanpassung von Medikamenten bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion bietet die Website www.dosing.de, die von der Universitätsklinik Heidelberg entwickelt wurde.

Wichtig in dem Zusammenhang: Gerade bei älteren inaktiven Patienten kann es zu einer Überschätzung der Nierenfunktion kommen, insbesondere wenn die Muskelmasse deutlich reduziert ist, was die Verordnung der Begleitmedikation durchaus erschwert!

Thema Polypharmazie: Wie sieht denn die Lage aus bei multimorbiden Patienten mit sichtlich eingeschränkter Nierenfunktion?

Aus einer kürzlich publizierten Studie über Patienten im Stadium CKD 4 (EQUAL-Studie) geht hervor, dass Deutschland im Vergleich zu fünf anderen europäischen Ländern Spitzenreiter in punkto Anzahl von verordneten Substanzen ist! Da sollte man wirklich überlegen, ob jedes der verordneten Medikamente wirklich nötig ist – speziell bei alten Patienten. Das gilt – aus meiner Sicht – insbesondere für PPIs und Statine.

Auch kann es hilfreich sein, zu wissen, ob Medikamente renal oder nicht-renal eliminiert werden. Die veränderte Pharmakokinetik und -dynamik bei deutlich eingeschränkter Nierenfunktion gilt es zu beachten. Bei „schwachen“ Nieren und der Einnahme von vielen unterschiedlichen Medikamenten kann es zur Kumulation durch verzögerten Abbau kommen. Bezüglich ungünstiger Medikamentenkombinationen bei älteren Patienten bietet die PRISCUS-Liste eine sehr gute Hilfestellung bei der Verordnung von neuen Medikamenten beziehungsweise bei der Überprüfung von Medikamentenplänen.

Vor allem folgende Arzneimittel-Kombinationen gelten als besonders „nierenkritisch“ und sollten entweder gar nicht verordnet oder wenn, dann sehr sorgfältig abgewogen und regelmäßig kontrolliert werden:

- ACE-Hemmer + AT1-Rezeptorblocker
- ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorblocker + Kalium-sparende Diuretika (Spironolacton)
- Nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR), Diuretika und ACE-Hemmer oder AT1-Rezeptorblocker

Wie sähe denn Ihrer Meinung nach das generelle ideale Verordnungs-Vorgehen aus bei Patienten mit Niereninsuffizienz?

Für ganz wichtig halte ich in diesem Zusammenhang, jede einzelne Verordnung kritisch zu überdenken und gegebenenfalls mit entsprechenden Listen abzugleichen. Um dann den Patienten die Therapien vernünftig und verständlich zu erklären inklusive gegebenenfalls erforderlicher Dosisreduktionen bei einzelnen Präparaten. Ganz wichtig ist auch der interdisziplinäre Austausch/Abgleich, da an der Behandlung der oft multimorbiden Nierenpatienten verschiedene Fachgruppen beteiligt sind. All das geben aber die pro Patient zur Verfügung stehende Zeit und auch die hierzulande häufig semi-optimale interdisziplinäre Zusammenarbeit nicht her – und genau das ist die Crux, deren Leidtragende letztendlich die Patienten sind.

In anderen Ländern – zum Beispiel in Großbritannien, den USA oder Kanada – klappt das meiner Meinung nach insbesondere im stationären Bereich besser. Dort schauen zusätzlich neben den behandelnden Medizinern auch regelmäßig Pharmakologen beziehungsweise pharmakologische Assistenzen auf die Medikation und greifen ein, wenn da was nicht passt. Es gibt zahlreiche Initiativen, dies auch flächendeckend im ambulanten Bereich umzusetzen.

Aber für diesen Ansatz fehlen uns hier noch die Mentalität und auch (ganz pragmatisch) die elektronischen Patientenakten.

Was könnte die Situation denn verbessern?

Ergebnisse unserer Berliner Initiative Studie (BIS), einer populationsbasierten Kohortenstudie mit Teilnehmern im Alter von 70 bis 100 Jahren, zeigen, dass ein Mitte 80-jähriger Patient täglich 6,2 Medikamente einnimmt. Zusätzlich sollte man wissen, dass Medikamentenzulassungsstudien bislang das Patienten Klientel > 70 Jahre nicht eingeschlossen haben. Die Medikamentendosen, die wir den Senioren verabreichen, sind also meist nicht evidenzbasiert! Zuerst sollten wir uns die Frage stellen, ob nicht weniger manchmal mehr wäre, zumal wir auch unerwünschte Nebenwirkungen der verordneten Medikamente in Kauf nehmen.

Und wir sollten auch mehr auf eine begleitende Lifestyle-Änderungen setzen (Ernährung, körperliche Aktivität). Denn erfahrungsgemäß führt allein die effektive Umsetzung solcher Maßnahmen zu einer relevanten Reduktion der verordneten Medikamente.

Parallel wünsche ich mir generell und speziell für die oft multimorbiden CKD-Patienten mehr Offenheit für Innovationen und Digitalisierung – Stichwort elektronische Patientenakte samt darin hinterlegter Medikation. Davon würden beide Seiten profitieren – auch in puncto Sicherheit: behandelnde Ärzte und die Patienten, speziell bei mehreren involvierten Fachbereichen.

Zudem könnten auch Medikationstools zur Anwendung kommen, die bei bestimmten Medikamentenkombinationen automatisch eine Warnmeldung („alerts“) abgeben beziehungsweise alternative Behandlungsoptionen anzeigen. Das würde im niedergelassenen Bereich zu einer Entlastung führen und wäre bezüglich der Medikamentensicherheit sicherlich im Sinne der (älteren) Patienten.

30.11.2021 10:14, Autor: Jutta Heinze, © änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

Quelle: <https://www.aend.de/article/215516>