

Fünf Dinge, die Ärzte und Patienten bedenken sollten

1

Beginnen Sie keine chronische Dialyse ohne Einbeziehung des Patienten und seiner Familie im Entscheidungsprozess

Die Einleitung einer chronischen Dialyse sollte individuell im Rahmen einer Diskussion mit dem Patienten, seiner Familie und der behandelnden Ärzten entschieden werden. Dieser Prozess beinhaltet, dass man die Wünsche und Ziele des einzelnen Patienten erfährt und Informationen zur Prognose und dem zu erwartenden Nutzen und/oder Schaden einer Dialyse im Rahmen dieser Ziele liefert. Begrenzte Beobachtungsdaten bei älteren Patienten mit hoher Komorbidität weisen darauf hin, dass sich die Überlebensdauer bei einer chronischen Dialyse im Vergleich zu einer konservativen Behandlung nicht wesentlich unterscheiden.

2

Führen Sie kein onkologisches Screening für asymptomatische Patienten mit dialysepflichtiger Nierenerkrankung durch, ohne Risiken und Nutzen besprochen zu haben.

Wegen der hohen Sterblichkeitsrate bei Patienten mit dialysepflichtiger Nierenerkrankung verbessert ein onkologisches Screening –z.B. Mammographie, Darmspiegelung, Prostata spezifisches Antigen (PSA) und Pap Abstrich –das Überleben nicht. Falsch positive Tests können Schaden verursachen: unnötige Prozeduren, Überbehandlung, fälschlich gestellte Diagnosen und erhöhten Stress. Eine Krebsvorsorge sollte individuell erfolgen unter Einbeziehen der Risikofaktoren, der zu erwartenden Überlebensrate oder im Hinblick auf eine mögliche Nierentransplantation.

3

Vermeiden Sie nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR) bei Personen mit Bluthochdruck, Herzversagen und/oder chronischer Nierenerkrankung

Der Gebrauch von NSAR auch von Cyclo-Oxygenase Typ2 (COX-2) – Hemmern, zur pharmakologischen Behandlung von Muskel – und Skelettschmerzen kann den Blutdruck erhöhen, die Wirkung antihypertensiver Mittel mindern, Flüssigkeitsretention verursachen und die Nierenfunktion verschlechtern. Andere Wirkstoffe wie Paracetamol, Tramadol oder der kurzfristige Gebrauch von Opiaten können weniger nephrotoxisch und genauso wirksam wie NSAR sein.

4

Beginnen Sie keine Behandlung mit Erythropoiese-stimulierenden Wirkstoffen (ESA) bei Patienten mit asymptomatischer, chronischer Nierenerkrankung und Hämoglobinspiegeln $\geq 10\text{g/dL}$

Eine Normalisierung der Hämoglobinspiegel durch ESA-Gabe bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung konnte weder einen Überlebensvorteil zeigen noch die kardiovaskuläre Morbidität senken und ist im Vergleich zu einem moderaten Hämoglobinzielspiegel von 9-11g/dl sogar schädlich. ESA sollten verschrieben werden, um Transfusionen zu minimieren. Der optimale Hämoglobinzielspiegel ist der tiefstmögliche Wert unter Berücksichtigung der individuellen Patientenbedürfnisse.

5

Vermeiden Sie, wenn möglich, Venenkatheter am Arm bei Patienten mit chronischer Nierenfunktionseinschränkung Stadium 4-5, wenn eine Hämodialyse geplant ist

Die Erhaltung der Venen ist wichtig für Patienten mit chronischer Nierenfunktionseinschränkung Stadium 4 – 5. Arteriovenöse Fisteln (AVF) sind im Vergleich zu zentralen Venenkathetern und Kunststoffinterponaten der beste Hämodialysezugang mit weniger Komplikationen und niedrigerer Sterberate. Häufige Venenpunktionen sind schädlich und zerstören mögliche AVF Stellen. Periphere und zentrale Venenkatheter können Thrombosen und Stenosen auslösen. Eine frühe nephrologische Mitbetreuung kann unnötige Venenpunktionen und -katheter vermeiden helfen und erhöht den Gebrauch von AVF als primären Hämodialysezugang.

Diese Punkte werden ausschliesslich zu Informationszwecken zur Verfügung gestellt und dienen nicht als Ersatz für die Beratung mit einem Arzt. Patienten mit spezifischen Fragen über die Punkte auf dieser Liste oder ihre individuelle Situation, sollten ihren Arzt/Nephrologen aufsuchen.