

Stellungnahme der DIVI, DGIIN und DGAI zur geplanten Zertifizierung einer „Nephrologischen Intensivmedizin“ durch die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN)

Nierenersatztherapie bei kritisch kranken Patienten mit schwerem akuten Nierenversagen gehört seit vielen Jahren zu einem Standardverfahren der modernen Intensivmedizin mit speziellen Geräten und geschultem Personal. Wichtige klinische Studien der letzten Jahre unter Beteiligung deutscher Intensivmediziner haben geholfen, unser Verständnis zur Therapie von Intensivpatienten mit akutem Nierenversagen (AKI) zu verbessern. Das Nierenversagen ist jedoch meist weniger isoliert zu sehen, sondern in der Regel in der Intensivmedizin Bestandteil eines Mehrorganversagens, das der Intensivmediziner im Rahmen eines möglichst integrativen Therapiekonzeptes (Lungenversagen, Leberversagen, zerebrale Dysfunktion, Knochenmarksstörungen usw.) mit entsprechender Expertise behandelt.

Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) plant die Einführung einer Zertifizierung „Nephrologische Intensivmedizin“. Die damit verbundene Forderung der DGfN, dass jedes akute Nierenversagen auf der Intensivstation nur in Kooperation mit Fachärzten für Innere Medizin und Nephrologie behandelt werden darf und beim Einsatz kontinuierlicher extrakorporaler Nierenersatzverfahren zwingend die Indikationsstellung, Verfahrensauswahl und Verfahrensdurchführung durch einen Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie innerhalb von 24 Stunden bestätigt werden muss, geht an der Realität des klinischen Alltags vorbei. Diese Vorgaben sind weder sachgerecht, noch evidenzbasiert und im Übrigen flächendeckend so auch nicht umsetzbar. Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), die Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensiv- und Notfallmedizin (DGIIN) und die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) lehnen diese unrealistische Maximalforderung einer organbezogenen Fachgesellschaft ab.

DIVI, DGIIN und DGAI weisen mit Nachdruck darauf hin, dass eine derartige berufspolitisch motivierte, auf einzelne Organsysteme fokussierte Intensivmedizin nicht zu einer Verbesserung der Versorgung von Patienten in der Intensivmedizin führen wird. Im Gegenteil, es besteht sogar die Gefahr einer insgesamt schlechteren Versorgung dieser hochkomplexen, multimorbiden Patienten. Alle trennenden Aspekte in der Versorgung kritisch kranker Patienten halten DGIIN, DIVI und DGAI für nicht zielführend. Gefördert werden sollte vielmehr eine am individuellen Patientenwohl orientierte interdisziplinäre Zusammenarbeit, bei der die Beteiligung der Nephrologen wie auch die der Vertreter vieler anderer Fachrichtungen natürlich unbedingt erwünscht ist.

Im Detail möchten wir zu der geplanten Zertifizierung Stellung beziehen:

1. In der Einleitung spricht die DGfN davon, dass *„In vielen Intensivstationen (...) schwerkranke Patienten durch speziell ausgebildete Intensivmediziner (Internisten und/oder Anästhesisten) betreut (werden). Bisher sind nur wenige dieser Kolleginnen und Kollegen auch nephrologisch geschult.“* Akutes Nierenversagen und Nierenersatztherapie sind elementare Bestandteile der internistischen und/ oder intensivmedizinischen Weiterbildung. Dies ist auch in der aktuellen Musterweiterbildungsordnung entsprechend hinterlegt. Eine fehlende Schulung kann von beiden Fachgesellschaften hier nicht nachvollzogen werden. Entsprechend ist „Akutes Nierenversagen und Nierenersatzverfahren“ Thema auf allen intensivmedizinischen Kongressen. Grundsätzlich würden wir es aber auch begrüßen, wenn die DGfN – und auch die nephrologischen Abteilungen in den Kliniken – den Erwerb der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin bei ihren Mitarbeitern explizit fördern würden. Dies wäre aus unserer Sicht der nachhaltigste Beitrag zur Verbesserung der nephrologischen Betreuung intensivmedizinischer Patienten.

2. *„Große Studien konnten zeigen, dass die Prognose dieser Patienten durch die Mitbetreuung bzw. sogar hauptverantwortliche Betreuung von Nephrologen verbessert wird.“* Dieser auf die Akutphase eines Nierenversagens bezogene Behauptung muss aus unserer Sicht widersprochen werden. Der DGIIN, DIVI und DGAI sind keine qualitativ hochrangigen Studien bekannt, die diese Behauptung untermauern. Hier die Zusammenfassung einiger wichtiger Studien zum Thema:
 - Eine brasilianische Beobachtungsstudie (keine Randomisierung) mit 148 ICU Patienten: Hier hatten Patienten, die später evaluiert wurden, eine höhere Mortalität (65,4% versus 88,2%; Ponce 2011).
 - Eine brasilianische Studie sieht bei 366 AKI-Patienten eine OR von 3.39 (CI 1.24-9.29) für erhöhte Mortalität, wenn ein Nephrologe erst zwei Tage nach AKI-Diagnostik hinzugezogen wurde (Costa e Silva, 2013).
 - In der EARLI-Studie wurden 176 Patienten mit AKI untersucht, wobei nach einem nephrologischen Konsil in den ersten 18 Stunden und nur 3,3% anstelle 12,9% den Endpunkt eines Kreatininanstiegs um das 2,5-Fache erreichte (Balasubramanian, 2011). Insgesamt betrug das Kreatinin in der frühen Konsultationsgruppe 1,8 mg/dl im Vergleich zu 2,1 mg/dl in der Kontrollgruppe.

- In einer chinesischen Studie mit 623 untersuchten älteren Patienten zeigte eine frühe Nephrologen-Konsultation keine Unterschiede in der 90- Tages-Mortalität (Li 2016).
- In einer kleinen Metaanalyse, die 6 Arbeiten zwischen 2003 bis 2011 berücksichtigt, wurde ein Mortalitätsvorteil von 21% bei früher nephrologischer Konsultation gefunden (Soares 2017).

Diese Studien müssen wie folgt kommentiert werden:

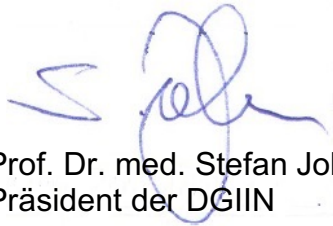
- Auch wenn diese Zahlen den Eindruck eines Vorteils hinsichtlich eines besseren Überlebens teilweise nahelegen, ist zu berücksichtigen, dass die publizierten Studien deutliche methodische Mängel aufweisen (Gruppengröße, teils retrospektiv, unzureichende multivariate Analyse der sehr heterogenen komplexen Intensivpatienten).
 - Keine der Studien wurde unter den Verhältnissen der Intensivmedizin in Deutschland und ihren besonderen Prämissen durchgeführt und sind daher prinzipiell nicht übertragbar.
 - Keine Studie beleuchtete die Indikationsstellung für Nierenersatzverfahren.
 - Eine englische Studie, die unter Einsatz eines eAlert-Systems frühzeitig eine auf das Nierenversagen gut zugeschnittene organzentrierte Therapie durchführte, zeigte zuletzt keinen prognostischen Vorteil (FP. Wilson, Lancet 2015).
3. *„Aufgrund der nephrologischen Spezialaspekte bei der diagnostischen und therapeutischen Betreuung dieser Patienten soll auch der Einsatz extrakorporaler Nierenersatzverfahren in den Intensivstationen – entgegen dem aktuellen Trend – zukünftig vermehrt an nephrologische Expertise gekoppelt werden.“* Diese Forderung steht diametral zur Intensivmedizin als ganzheitliches Behandlungskonzept und reduziert den Patienten auf ein Organ. Eine intensivmedizinische Versorgung komplexer Patienten im Multiorganversagen ist nicht mehr gewährleistet, wenn jede Fachdisziplin (z. B. Pneumologie, Kardiologie oder Endokrinologie) entsprechende Forderungen aufstellen würde. So müsste dann z. B. jede Indikation für eine Beatmung durch einen Pneumologen bestätigt werden oder jede kardiale Therapie durch einen Kardiologen. Auch ist in vielen deutschen Kliniken eine Mitbetreuung durch klinisch tätige und intensivmedizinisch geschulte Nephrologen innerhalb von 24 Stunden gar nicht gewährleistet. Eine in diesem Zeitfenster z. B. geforderte *„Indikationsstellung zur Nierenersatztherapie“* durch dann unter Umständen ambulant tätige Nephrologen würde aus Sicht der DGIIN, DIVI und DGA sogar zu einer Verschlechterung und Verkomplizierung der Versorgung dieser

hochkomplexen Patienten führen. Es ist derzeit nicht sichergestellt, dass Nephrologen über eine ausreichende intensivmedizinische Kompetenz inkl. Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ verfügen.

Die Intensivbehandlung – auch des akuten Nierenversagens – sowie der differenzierte Einsatz von extrakorporalen Nierenersatzverfahren sind eine der Kernkompetenzen der Intensivmedizin. Es ist gerade dem Einsatz der sehr gut ausgebildeten Fachärzte mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin in Deutschland zu verdanken, dass Patienten hier umfassend, unter Einbeziehung aller Organsysteme und Organersatzverfahren und der Gesamtsituation des Patienten, therapiert werden. Das Angebot einer regelmäßigen konsiliarischen Präsenz von intensivmedizinisch versierten Nephrologen, z. B. zur kollegialen Absprache von Nierenersatzverfahren, zur Diskussion des weiteren diagnostischen Procederes bei Nierenerkrankungen und zur Planung der nephrologischen Weiterversorgung im stationären und ambulanten Bereich, begrüßen DGIIN, DIVI und DGAI dagegen explizit.

4. Aus unserer Sicht sollte die Indikationsstellung zum Nierenersatz durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin oder einen Nephrologen erfolgen. Wir betrachten es als eine sinnvolle Aufgabe, sowohl den Intensivmediziner als auch den in der Intensivmedizin nur partiell tätigen Nephrologen in die Spezifika des intensivmedizinischen Nierenersatzes und der Therapie des akuten Nierenversagens fortzubilden und damit zu versuchen, langfristig eine Qualitätssteigerung durch Kooperation zu erreichen. Eine zahlenbasierte Mindestanforderung der behandelten akuten Nierenversagen und Nierenersatzverfahren pro Jahr als Qualitätsmerkmal kann die DIVI, DGIIN und DGAI nachvollziehen. Für Maximalversorger könnte das Vorhandensein einer nephrologischen Fachabteilung bzw. vergleichbarer nephrologischer Expertise als Strukturanforderung für eine „aufwändige intensivmedizinische Komplexbehandlung“ hinterlegt werden.

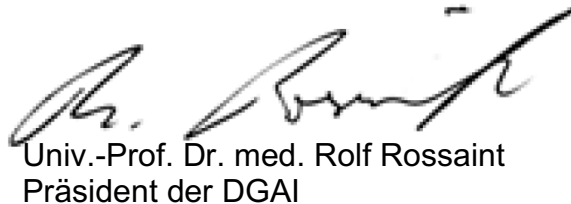
Wir möchten nochmals betonen, dass es selbstverständlich ist, dass unter Einbeziehung aller im Einzelfall notwendigen Fachdisziplinen und im interdisziplinären Dialog alle Maßnahmen festgelegt und durchgeführt werden, um schwer erkrankte Patienten optimal zu behandeln. Alles Trennende in der Therapie der komplexen, meist multimorbiden Patienten mit Beteiligung mehrerer Organsysteme wird aus Sicht der DGIIN, DIVI und DGAI nicht zu einer nachhaltigen Verbesserung der Versorgung führen!



Prof. Dr. med. Stefan John
Präsident der DGIIN



Prof. Dr. med. Uwe Janssen
Präsident der DIVI



Univ.-Prof. Dr. med. Rolf Rossaint
Präsident der DGAI

Literatur

Balasubramanian G, Al-Aly Z, Moiz A et al. Early nephrologist involvement in hospital-acquired acute kidney injury: a pilot study. *Am J Kidney Dis* 2011; 57:228-234.

Soares DM, Pessanha JF, Sharma A et al. Delayed Nephrology Consultation and High Mortality on Acute Kidney Injury: A Meta-Analysis. *Blood Purif* 2017; 43:57–67.

Costa e Silva VT, Lian F, Muriel A et al. Nephrology Referral and Outcomes in Critically Ill Acute Kidney Injury Patients. *Plosone* 2013; 8:e70482.

Wilson FR, Shashaty M, Testani J, et al. Automated, electronic alerts for acute kidney injury: a single-blind, parallel-group, randomized controlled trial. *Lancet* 2015; 385:1966-1974.

Li Q, Zhao M, Du J, Wang X, Earlier nephrology consultation may not be associated with improved short term survival of acute kidney injury in very elderly men, *Clin Interv Aging* 2016, 12: 11-19.

Daniela Ponce, Caroline de Pietro Franco Zorzenon, Nara Yamane dos Santos, André Luís Balbi, Early nephrology consultation can have an impact on outcome of acute kidney injury patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 2011; 26: 3202–3206.