

Definition

Chronische Niereninsuffizienz ist definiert über die Nierenfunktion gemessen als glomeruläre Filtrationsrate (GFR).

GFR-Stadien bei chronischer Niereninsuffizienz

GFR-Stadium	GFR (ml/min/1,73 m ²)	Bezeichnung
G1	≥90	normal oder hoch*
G2	60-89	leichtgradig eingeschränkt*
G3a	45-59	leicht-bis mäßiggradig eingeschränkt
G3b	30-44	mäßig-bis hochgradig eingeschränkt
G4	15-29	hochgradig eingeschränkt
G5	<15	terminale Niereninsuffizienz

* im Vergleich zu Jungerwachsenen, GFR, glomeruläre Filtrationsrate, Cave: in Abwesenheit von Anhaltspunkten für Nierenschaden, entsprechen GFR-Stadien G1 und G2 nicht der Definition für das Vorliegen einer Nierenerkrankung

2004 hat KDIGO (KidneyDisease: ImprovingGlobal Outcomes) das Konzept der chronischen Nierenerkrankung (ChronicKidneyDisease: CKD) etabliert, erweitert um Abweichungen der Struktur oder Funktion der Nieren, geschätzte GFR (eGFR) und Albuminurie. Die Veränderungen müssen mindestens 3 Monate fortauern und die Gesundheit des Patienten beeinflussen. Personen ohne Albuminurie oder morphologische Abweichungen mit einer eGFR < 60 ml/min /1,73 m² haben im Regelfall keine CKD.

Albuminurie-Stadien bei chronischer Niereninsuffizienz

Stadium	Albumin Exkretionsrate (mg/24h)	Albumin-Kreatinin-Ratio (ACR) (mg/mmol)	Albumin-Kreatinin-Ratio (ACR) (mg/g)	Bezeichnung
A1	<30	<3	<30	normal bis leicht erhöht
A2	30-300	3-30	30-300	mäßiggradig erhöht
A3	>300	>30	>300	stark erhöht

Streifenfeste auf Proteinurie werden nicht empfohlen, da sie unzuverlässig sind und keine Quantifizierung erlauben. Die ACR in einer Spontanurinprobe ersetzt die aufwändige und nicht praktikable 24 h-Urinsammlung.

Die eGFR allein ist nicht geeignet zur Diagnose einer CKD**Prävention / Screening**

- Kein Screening bei asymptomatischen Erwachsenen ohne Risikofaktoren.
- Gründe für eine Serumkreatinin-Bestimmung bei Patienten ohne bekannte CKD sind:
 - Erstdiagnose eines Bluthochdrucks (einmalig mit Untersuchung auf Proteinurie).
 - Temporäre Einnahme nephrotoxischer Medikamente: Kontrolle erwägen.
 - dauerhafte Einnahme nephrotoxischer Medikamente.
 - Geplante Anwendung von Kontrastmitteln.
 - Bekannter Diabetes mellitus (einmal jährlich).
- Personen mit Verwandten mit erblichen Nierenerkrankungen sollten auf die Möglichkeit ein nephrologischer oder humangenetischer Beratung hingewiesen werden. **B**

Aufklärung

Patienten mit CKD sollen über die Diagnose aufgeklärt werden. **A**

Basisuntersuchungen bei Erstdiagnose

- Patienten ohne bekannte CKD soll bei Erstdiagnose eines Bluthochdrucks eine Serumkreatinin-Bestimmung mit Bestimmung der geschätzten glomerulären Filtrationsrate (eGFR) und eine Urinuntersuchung auf Eiweiß oder Albumin angeboten werden. **A**
- Bei eGFR < 60 ml/min/1,73m² soll eine weitere Bestimmung eGFR nach 3 Monaten durchgeführt werden, um die Diagnose einer CKD zu stellen. **A**
→ **nur wenn dann die eGFR weiter erniedrigt ist kann, die Diagnose einer CKD gestellt werden**
- Bei Verdacht auf akutes Nierenversagen sollte, wenn Symptome wie Ödeme und Luftnot vorliegen, eine Einweisung oder Überweisung erfolgen, ansonsten Kontrolle der eGFR in spätestens 2 Wochen. **B**
- Bei Erstdiagnose (GFR < 60 ml/min/1,73m²) soll eine Bestimmung der Albumin-Kreatinin-Ratio im Urin erfolgen **A** sowie eine Bestimmung der Hämaturie mit einem Streifenfest im Urin. **A**
- Ein positiver Streifenfest sollte durch einen zweiten unabhängigen Streifenfest geprüft werden **B**.
- Siehe S1 Leitlinie Nicht-Sichtbare Hämaturie
- Bei eGFR < 60 ml/min/1,73m² soll der Blutdruck geprüft werden. **A**

Ultraschalluntersuchung der Nieren

Bei eGFR < 60 ml/min/1,73m² soll eine Ultraschalluntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege empfohlen werden **A**, wenn einer oder mehrere der folgenden Faktoren vorliegen:

- Progression der CKD mit
 - Übergang in ein höheres Stadium und 25% Verringerung der GFR gegenüber dem Ausgangswert
 - anhaltender Verringerung der GFR um >5 ml/min/1,73m² pro Jahr
- Sichtbare oder persistierende unsichtbare Hämaturie
- Hinweise auf eine obstruktive Uropathie: abgeschwächte und verzögerte Miktion, Restharngefühl, Nykturie
- Hinweise in der Familienanamnese auf polzystische Nierenerkrankung
- GFR <30 ml/min/1,73 m²
- (Makro)Proteinurie ACR > 30

Überweisung Nephrologie

- bei eGFR < 30 ml/min/1,73m² sollte eine konsiliarische Überweisung in die Nephrologie angeboten werden. **B**
- bei eGFR < 60 ml/min/1,73m² und
 - Persistierender, nicht urologisch erklärbarer Hämaturie 2+
 - oder Albuminurie Stadium ≥ A2
 - oder refraktärer Hypertonie mit ≥ 3 Blutdruckmedikamenten
 sollte eine Überweisung in die Nephrologie angeboten werden

Bei jüngeren Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion (eGFR < 60 ml/min/1,73m² oder Proteinurie), insbesondere unter 50 Jahren, sollte die Indikation zur Überweisung großzügig gestellt werden.

Bei älteren Patienten (> 70 Jahre) sollte die Indikation zur Überweisung unter Berücksichtigung der Komorbidität, der Lebenserwartung und individueller Gesundheitsziele gestellt werden.

Überweisung Urologie

- Bei Hinweisen auf eine obstruktive Uropathie Überweisung in die Urologie anbieten.
- Persistierende Hämaturie → siehe S1 Leitlinie Nicht-Sichtbare Hämaturie

Erstveröffentlichung: 06/2019

Nächste Überprüfung geplant: 06/2024

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online