

Die Nephrologie im Flow... und neue KDIGO-Leitlinien zur CKD 2024

Auf dem kürzlich stattgefundenen 61. ERA-Kongress wurden die Ergebnisse der FLOW-Studie (Evaluate Renal Function with Semaglutide Once Weekly) vorgestellt. Hier konnte bei Patientinnen und Patienten mit Typ-2-Diabetes und chronischer Nierenerkrankung der GLP-1 Rezeptor Agonist Semaglutid (1x wöchentlich subkutan) das Risiko für schwerwiegende Nierenerkrankungen, kardiovaskuläre Folgen und die Gesamtmortalität deutlich reduzieren.

In der Studie hatten 95 Prozent der Patientinnen und Patienten eine RAAS-Blockade aber nur 15,6 Prozent einen SGLT-2 Hemmer. Es bleibt hier also die Frage offen, wie groß der anzunehmende additive Effekt eines GLP-1 Agonisten in Kombination mit einem SGLT-2 Hemmer ist (siehe Newsletter aus dem Januar 2024: »Auf dem Weg zu den FANTA-4 der Nephrologie«). Semaglutid ist bisher als Ozempic® eigentlich nur zur Therapie des Typ-2-Diabetes zugelassen, hat aber als »Abnehmenspritze« eine noch größere Bekanntheit erreicht. Daher wurde auch noch Wegovy® mit höheren Dosen von Semaglutid mit der Indikation zur Gewichtsabnahme auf den Markt gebracht. Trotz der Markteinführung von Ozempic® bereits im Jahr 2020 gibt es weiterhin große Lieferschwierigkeiten und auch die Therapiekosten sind mit ca. 300 Euro monatlich beachtlich.

Daher wollen wir einen Blick auf die im April 2024 erschienenen KDIGO-Leitlinien zur CKD werfen.



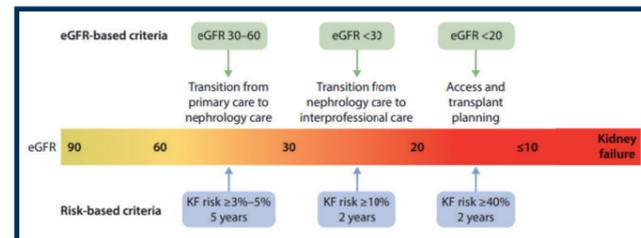
Quelle: KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease; Kidney International (2024) 105 (Suppl 4S), S117–S314 (S206 Figure 18 Ausschnitt)

Im ganzheitlichen Ansatz der KDIGO zur Therapie der CKD stehen nach den Lebensstilmaßnahmen die **First-line medikamentöse Therapie** mittels **1.) SGLT-2 Hemmer** (! kontraindiziert bei DM Typ 1), **2.) RAAS-Blocker** zur Blutdruckeinstellung oder Albuminurie A2/A3 und **3.) eine**

Statintherapie. Die RAAS-Blockade sollte auch bei einem Abfall der eGFR unter 30 ml/min fortgesetzt werden (KDIGO CKD Practice Point 3.6.7 und DGIM Klug entscheiden April 2024). Wichtig hierbei ist, dass auch bei erhöhten Kaliumwerten weitere Maßnahmen erwogen werden sollten, bevor die RAAS-Blockade reduziert oder abgesetzt wird (S214). Dazu zählen neben der Überprüfung der Medikation (z. B. NSAR), eine moderate Kaliumaufnahme sowie ggf. eine Optimierung der Diuretika-Gabe (insbesondere Schleifendiuretika), eine Korrektur einer metabolischen Azidose mittels Natriumbikarbonat und die Gabe eines Kaliumbinders. Hier sind aus unserer Sicht moderne Kaliumbinder wie Patiomer und SZC aufgrund des besseren Nebenwirkungsprofils den älteren Kaliumbindern CPS bzw. SPS vorzuziehen.

Ein weiterer wichtiger Punkt der KDIGO-CKD-Leitlinie ist die **1A-Empfehlung zur Nutzung eines Risikorechners zur Bestimmung des absoluten Risikos bei CKD G3-G5 für ein Nierenversagen** (Recommendation 2.2.1). Es erscheint hier sinnvoller die Mitbehandlung durch den Nephrologen nicht nur an der eGFR und UACR sondern auch am Progressionsrisiko der CKD festzumachen (Practice Point 2.2.1). Hier wird zum Beispiel der KFRE (The Kidney Failure Risk Equation), unter www.kidneyfailurerisk.com und www.ckdpc.org/risk-models abrufbar, empfohlen.

Quelle: KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation



and Management of Chronic Kidney Disease; Kidney International (2024) 105 (Suppl 4S), S117–S314 (S201 Figure 15)



EVANGELISCHES KRANKENHAUS
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

NEWSLETTER DER INNEREN MEDIZIN

Ausgabe: Juli 2024

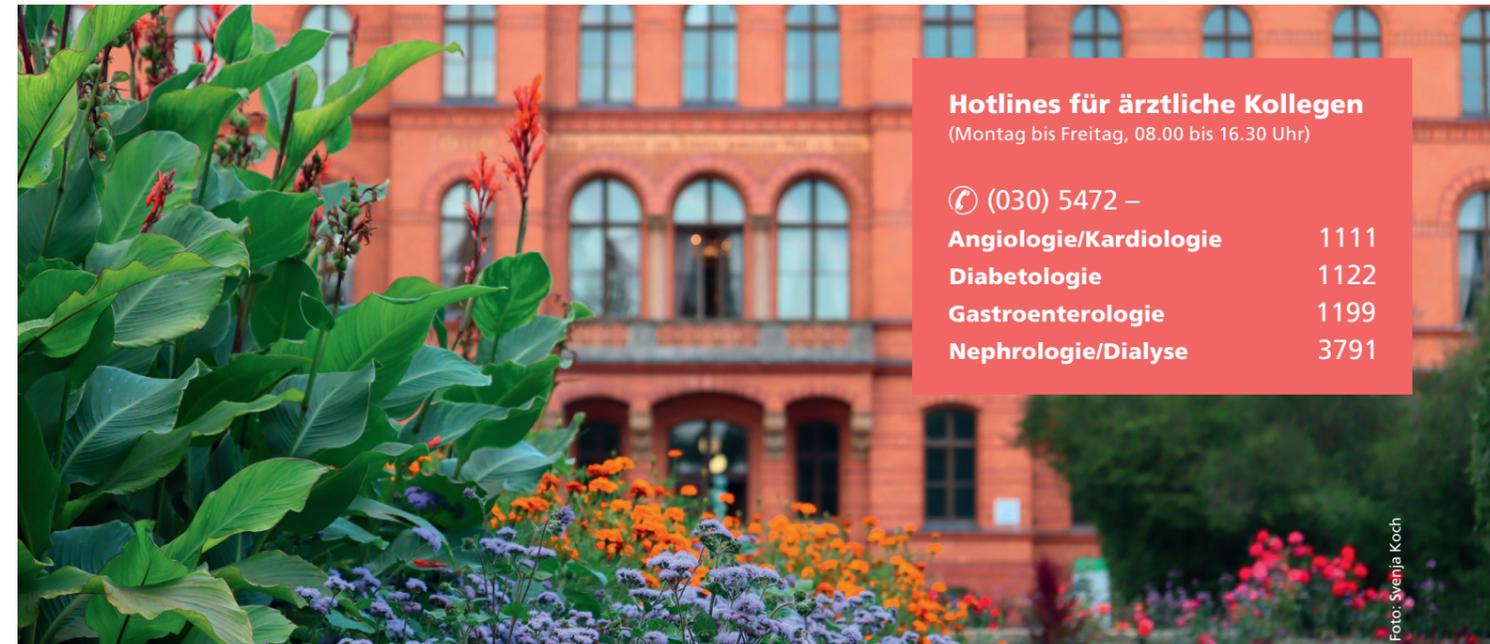


Foto: Svenja Koch

Hotlines für ärztliche Kollegen
(Montag bis Freitag, 08.00 bis 16.30 Uhr)

(030) 5472 –
Angiologie/Kardiologie 1111
Diabetologie 1122
Gastroenterologie 1199
Nephrologie/Dialyse 3791

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Sommerferien stehen vor der Tür und bevor sich alle in den wohlverdienten Urlaub verabschieden möchten wir Ihnen, wie gewohnt, Neues und Spannendes aus dem KEH berichten.

In der Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms (DFS) ist die Interdisziplinarität das A&O. Die aktuelle Ausgabe thematisiert die Notwendigkeit der Betreuung in einem Netzwerk, da mit der Krankenhausbehandlung häufig die Therapie beim DFS nicht abgeschlossen ist. Neue Konzepte, Entwicklungen und Möglichkeiten zur Fortbildung und zum Austausch stellen wir für die **Abteilung für Innere Medizin I – Angiologie Kardiologie und Diabetologie** – vor.

Interdisziplinarität spielt in der **Viszeralmedizin** eine ebenso entscheidende Rolle. Die Gastroenterologie berichtet in ihrem Beitrag über den klinischen Verlauf, die Diagnostik und interdisziplinäre Therapie bei einer 77-jährigen Patientin mit Gallensteinileus. »Die einfachen Dinge sind oft die Besten«, heißt ja bekanntlich ein Sprichwort. Wie man mit einfachen bildgebend-diagnostischen Mitteln den Therapieerfolg bei einer Colitis ulcerosa überwachen kann, finden Sie in unserem klinischen Fallbericht. Und es ist uns eine ganz besondere Freude, Ihnen Herrn Oberarzt Mohamed Mohsen vorzustellen, der seit 1. April 2024 als Oberarzt schwerpunktmäßig die **gastrointestinale Onkologie** und **Endoskopie** verstärkt. Auch die Abteilung für Innere Medizin II kündigt für den 16. Oktober 2024 ihre nächste Veranstaltung im Rahmen des Dialogs »Gastroenterologie zwischen Klinik und Praxis« an.

Die Abteilung für **Nephrologie und Dialyse** berichtet Ihnen in ihrem Beitrag über die Updates, die die Neuauflage der im April 2024 erschienenen KDIGO-Leitlinien zur CKD mitbringen, insbesondere was die medikamentöse Therapie betrifft. Spannend bleibt sicherlich abzuwarten, wie groß der Summationseffekt eines GLP-1 in Kombination mit einem SGLT-2 Hemmer auf das Risiko für schwerwiegende Nierenerkrankungen, kardiovaskuläre Folgen und die Gesamtmortalität ist. Wir wünschen Ihnen nun eine angenehme Lektüre und viel Freude beim Lesen.

IMPRESSUM:

Verleger:
Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH

Anschrift:
Herzbergstraße 79, 10365 Berlin

Kontakt:
Telefon: (030) 5472-0

V.i.S.d.P.:
Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Berger, Dr. med. Jan Theil,
Dr. med. Jens Gaedeke

Gestaltung, Satz und Druck:
www.typtime.de

Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit verwenden wir in den Texten überwiegend die männliche und weibliche Form. Damit sind stets alle Geschlechter gemeint.

Die Übermittlung dieses Newsletters per Post und der Speicherung der Adressdaten kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft in Textform an die Chefarztsekretariate widersprochen werden.

Dr. med. Jan Theil
Chefarzt Innere Medizin I

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas W. Berger
Chefarzt Innere Medizin II

Dr. med. Jens Gaedeke
Chefarzt Nephrologie und Dialyse



Vorträge und Diskussionen
auf dem 10. Wundtag:
Neue Konzepte für chronische Wunden

Diabetologie

Diabetes – Netzwerke stärken

Die Behandlung von Menschen mit diabetischem Fuß ist oft langwierig und am Ende eines Krankenhausaufenthaltes oft nicht abgeschlossen. Die individuell abgestimmte, qualifizierte ambulante Versorgung entscheidet, ob ein Konzept längerfristig trägt oder Menschen rasch wieder aufgenommen werden müssen.

Bei inzwischen mehr als 900 »Fällen« pro Jahr haben wir vor einigen Jahren ein **Casemanagement mit zwei Pflegewissenschaftlerinnen** etabliert. Die Kolleginnen identifizieren Probleme der ambulanten Versorgung aber auch **Ressourcen** des privaten Netzwerkes unserer Patientinnen und Patienten. Kontakte werden über den stationären Aufenthalt hinaus hergestellt um eine Weiterversorgung zu sichern. Das betrifft unter anderem Ärzte, Pflegedienste, Pflegeeinrichtungen, Behörden etc. »Das Modell ist beispielhaft...«, so eine Aussage auf dem **1. Netzwerktreffen Diabetes** und chronische Wunde welches am **30. April 2024 im Festsaal des KEH** stattfand. Rund 50 Gesundheitsdienstleister tauschten sich über unterschiedliche Konzepte, Probleme und Möglichkeiten einer Kooperation aus. Alle waren sich einig, dass hieraus eine feste Veranstaltungsreihe werden muss.

Ein großes Thema des Netzwerktreffens war die **Vermeidung von Drehtüreffekten** in der Behandlung von Wundpatientinnen und -patienten. Wir haben diese Diskussion zum Anlass genommen, unsere Daten wissenschaftlich aufzuarbeiten und im Rahmen des **10. Berlin-Brandenburger Wundtages** vorzustellen. Nach der überaus erfolgreichen Veranstaltung in diesem Jahr mit weit über 100 Teilnehmenden findet der **11. Wundtag am 15. März 2025 erneut im Festsaal des KEH** statt.

Dr. Jan Theil, Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin I, ist auf der Jahrestagung der AG Fuß der DDG zum **Sprecher für die Netzwerke** (Bereich Klinik) gewählt worden. Er übt dieses Amt gemeinsam mit Dr. Dirk Hochlenert aus Köln aus, der den ambulanten Bereich vertritt. Den erfolgreichen Entwicklungen zum DMP diabetischer Fuß Rechnung tragend, wird das traditionsreiche **Treffen der**

regionalen Netzwerke »Diabetischer Fuß« im kommenden Jahr in Berlin stattfinden. 150 bis 200 Expertinnen und Experten verschiedener Berufsgruppen werden am **5. und 6. September 2025** ihre Ideen austauschen. Wir werden berichten.

Veranstaltungshinweise:

- 15. März 2025 im KEH:
11. Berlin-Brandenburger Wundtag
- 5./6. September 2025: Treffen der regionalen Netzwerke »Diabetischer Fuß«

Weitere Informationen zu den Veranstaltungen werden zeitnah veröffentlicht.

Korrektur: Newsletter der Inneren Medizin Ausgabe April 2024

Vielen Dank für den Hinweis der Arbeitsgemeinschaft niedergelassener AngiologInnen Berlins. Die Passage: »Diese Untersuchungen (der Indikationssprechstunde A.d.R.) müssen nicht zwangsläufig in der stationären Therapie münden, auch klassische ambulante Untersuchungen (z. B. Ultraschall der Carotiden) können durchgeführt werden.« ist so nicht richtig.

Korrekt muss es heißen: »Diese Untersuchungen müssen nicht zwangsläufig in eine stationäre Therapie münden.«

Hinweis: Als eines der leistungsstärksten Gefäßzentren Berlins und als Krankenhaus der Berliner Notfallversorgung, bieten wir Gefäßmedizin 24/7 an – interventionell, operativ und konservativ. Trotz gesetzlicher Vorgaben und der dringlichen Terminvermittlung der KV wird Gefäßmedizin in unserer Region ungebrochen nachgefragt. Wir sehen unser Angebot daher nicht konkurrierend sondern ergänzend zu den aktuellen Strukturen. Haben Sie Fragen kontaktieren Sie uns gern: Gefäßmedizinische Hotline – 54 72 11 11.

Endoskopischer Fallbericht: Gallensteinileus

Die 77-jährige Frau B. stellte sich über unsere Rettungsstelle mit Erbrechen seit mehreren Tagen bei gleichzeitig fehlendem Stuhlgang vor. Sonografisch imponierten Retentionsmagen und Pendelperistaltik im Dünndarm. In der ergänzend durchgeführten CT-Bildgebung fiel eine Obstruktion der Pars horizontalis duodeni infolge einer intraluminalen rundlichen Formation auf. Endoskopisch ergab sich der V.a. eine cholezystobulbäre Fistel, das distale Duodenum war durch einen lumenfüllenden Gallenstein verschlossen. Eine endoskopische Bergung war nicht möglich. Nach interdisziplinärer Besprechung konnte durch unsere chirurgischen Kolleginnen und Kollegen die offene Entfernung des Steins mittels Inzision erreicht werden. Im Weiteren konnte die Patientin beschwerdefrei entlassen werden.



Endoskopische Darstellung des Gallensteins



CT-Darstellung des Gallensteins im distalen Duodenum



Intraoperative Darstellung des Gallensteins nach Inzision im Jejunum

Verstärkung in der Gastroenterologie

Seit April dieses Jahres arbeitet Mohamed Mohsen als Oberarzt für die Innere Medizin und Gastroenterologie in unserer Klinik. Nach seinem Studium in Bari (IT) absolvierte er seine Weiterbildung im DRK-Klinikum Mitte und im KEH. Zusätzlich erwarb er das Zertifikat für gastrointestinale Onkologie der DGVS. Herr Mohsen wird mit seiner Expertise insbesondere den Bereich der gastrointestinalen Onkologie und der Endoskopie verstärken.

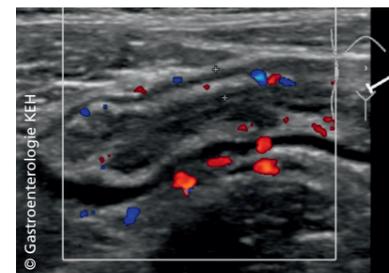


© Klaus Heymach

Neuer Oberarzt Mohamed Mohsen

Wir freuen uns mit Herrn Mohsen einen weiteren kompetenten Ansprechpartner für Sie und für unsere Patientinnen und Patienten präsentieren zu dürfen.

Sonographische Darstellung der Colitis, Limberg II



© Gastroenterologie KEH

Klinischer Fallbericht: Darmwandsonografie bei fulminanter Colitis ulcerosa

Der 35-jährige Herr T. stellte sich mit progredienten Diarrhoe-Beschwerden und abdominellen Schmerzen über unsere Rettungsstelle vor. Seit vier Jahren war eine Colitis ulcerosa bekannt, die zuletzt unter Therapiepause in Remission war. Mit einer Stuhlfrequenz von 20 pro Tag und ausgeprägten Allgemeinsymptomen erfolgte bei fulminanter Colitis mit positiven Truelove und Witts-Kriterien die stationäre Aufnahme. In der Rektosigmoidoskopie zeigte sich das Bild einer floriden Colitis ulcerosa, histologisch ergab sich kein Anhalt für eine CMV-Infektion. Eine infektiöse Colitis war bereits ausgeschlossen worden. Bei V.a. Schub der Colitis ulcerosa wurde zunächst eine intravenöse Prednisolon-Therapie eingeleitet. Neben den klinischen

Symptomen dient in diesem Rahmen die transabdominale Darmwandsonografie als gutes Tool, den Erfolg der Prednisolontherapie vorherzusagen (vgl. Ilvemark et al. J Crohns Colitis 2022). Lässt sich unter Therapie innerhalb von 48±24 Stunden keine deut-

liche Reduktion (min. 20 Prozent) der Darmwanddicke feststellen, sollte frühzeitig eine Therapieeskalation erwogen werden.

Im aktuellen Fall konnte eine erhebliche sonografische Befundbesserung unter Therapie (Darmwanddicke von 8 mm auf 5 mm in 48h) festgestellt werden, das klinische Ansprechen war im mittelfristigen Verlauf deutlich. Nach Entlassung konnte im Rahmen der ambulanten Betreuung über unsere ASV für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen die Prednisolontherapie ausgeschlichen werden. Unter einer remissionserhaltenden Therapie mit Mesalazin ist der Patient in klinischer und endoskopischer Remission.

Save the Date:

6. Veranstaltung »Gastroenterologie zwischen Klinik und Praxis«
16. Oktober 2024 von 17.30 bis 20.00 Uhr
im Festsaal des KEH, Haus 22.