



Arzneimittel im Blickpunkt 39

Stand: 28. Februar 2013

Eine Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ▪ Verordnungsberatung@kvb.de ▪ www.kvb.de/praxis/verordnungen

■ Eisensubstitution bei Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz (im Prädialysestadium)

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt unverändert einen stetigen Anstieg der Zahl der terminal-niereninsuffizienten Patienten. Zum einen auf Grund der demographischen Altersentwicklung, zum anderen wegen der Zunahme der wichtigsten Ursachen für Nierenerkrankungen: Diabetes mellitus und arterielle Hypertonie.

Somit steigt auch der Anteil an Patienten, die dem Vorstadium der Dialyse, der Prädialyse angehören. Dass die Patienten im Dialysestadium Erythropoese stimulierende Faktoren erhalten müssen ist bekannt, ebenso auch, dass die Eisensubstitution eine bedeutsame Rolle spielt.

Bisher ist wenig über die Versorgung mit Erythropoetin und Eisen in der Prädialyse bekannt. Die Versorgung mit Erythropoetin in der Dialyse und Prädialyse haben wir im vergangenen Jahr publiziert.¹⁻² In einer weiteren Auswertung von Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns haben wir nun den Verbrauch von Eisen im Stadium der Prädialyse untersucht. Durch die Kombination von Diagnose-Schlüsseln (ICD-10-Schlüssel) mit Gebührenordnungspositionen = GOP (EBM-Ziffern) gelingt es, das Stadium der Prädialyse von dem der Dialyse zu unterscheiden.

Demnach wurden im Jahr 2011 in Bayern ca. 230.000 Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz in den Praxisverwaltungssystemen unserer ambulant tätigen Vertragsärzte „geführt“, etwa 12.500 Patienten davon waren dialysepflichtig (N18/N19 + Z49/99 mit GOP 40). Den weitaus größten Teil der Prädialysepatienten finden wir beim Hausarzt (ca. 93%). Je weiter die chronische Niereninsuffizienz fortschreitet und die glomeruläre Filtrationsrate sinkt (Stadien der Niereninsuffizienz: siehe Suffix bei N18), desto häufiger wird der Patient auch vom Facharzt betreut (Tabelle 1).

Diagnosen	Hausarzt	Facharzt	%-Anteil Facharzt
N18.1/.2/.8/.9/N19	164.505	4.158	2,47%
N18.3/.4/.5	37.289	11.656	23,82%

Tabelle 1: Betreuung der Patienten in Abhängigkeit vom Grad der Niereninsuffizienz: (2011)

In Deutschland gibt es keine eisenfokussierte Richtlinie. In der Literatur finden wir Angaben für USA und Canada. Die National Kidney Foundation Kidney Disease Outcome Quality Initiative (NKF KDOQI) empfiehlt in ihren KDOQI Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease den Einsatz von Eisensubstitution für alle Patienten, die mit ESA behandelt werden (also auch Prädialyse).³

Die Canadian Society of Nephrology empfiehlt die Eiseneinnahme für Patienten mit chronischen Nierenerkrankungen (CKD), die keine Erythropoese stimulierende Arzneimittel erhalten und einen Hämoglobin-Wert <110 g/L haben. Die orale Einnahme von Eisen gilt als Erstlinientherapie. Werden die oben genannten Eisenwerte durch die orale Einnahme nicht erreicht, sollten die Patienten Eisen i. v. verabreicht bekommen.⁴

In unserer Analyse haben wir auch untersucht, ob der Einsatz von oralem und intravenösem Eisen evidenzbasiert erfolgt. Insgesamt erhalten wenige Patienten im Prädialysestadium bereits eine zusätzliche Eisensubstitution, die durch die Ernährung nicht zu decken ist. Allerdings liegen hier nur die Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor. Auch eine OTC-Eisensubstitution wird nicht berücksichtigt, da das Ausmaß gering sein dürfte. Bei nicht durch die Ernährung auszugleichendem Eisenmangel haben die Patienten Anspruch auf eine Versorgung zu Lasten der GKV. Der Anteil dieser Patienten lag bei 2,62%, d.h. lediglich etwa jeder 40. Patient im Prädialysestadium muss mit Eisen substituiert werden.

Nach allgemeinem Stand der evidenzbasierten Medizin kommen intravenöse Eisentherapien erst nach dem Versagen oder der Unmöglichkeit einer oralen Eisentherapie bei Eisenmangelscheinungen zum Einsatz. Diese Vorgehensweise ist nicht nur aus medizinischen Gründen wegen möglicher Nebenwirkungen von i. v.-Eisen zu favorisieren, sie ist auch am wirtschaftlichsten. Die entsprechende Verordnungspraxis unserer ambulant tätigen Vertragsärzte im Jahr 2011 ist in Tabelle 2 (Seite 3) dargestellt.

Eine Auswertung für das gesamte Jahr 2011 (Mittelwerte, 1.- 4 Quartal, 2011) zeigt auch den Zusammenhang zwischen dem Stadium der Niereninsuffizienz, der Art der Eisensubstitution und der Therapie durch die jeweilige Facharztgruppe. Je höher der Grad der Niereninsuffizienz ist, umso häufiger gelingt es nicht mehr, die Eisenspiegel alleine durch die orale Gabe aufrecht zu erhalten. Zusätzlich zeigen unsere Ergebnisse, wie bereits oben beschrieben, dass Patienten im fortgeschrittenen Stadium vermehrt durch den Facharzt betreut und therapiert werden, der die i. v.-Therapie sicherstellt (Tabelle 2).

	„Fein-Gliederung“								
	Pat. m. N 18.3/N18.4/18.5			Pat. m. N18.1/N18.2/ N18.8/N18.9/N19			Gesamt		
	Eisen o/p/mix			Eisen o/p/mix			Eisen o/p/mix		
	oral	parent.	Mix (o.+p.)	oral	parent.	Mix (o.+p.)	oral	parent.	Mix (o.+p.)
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl
Fachärzte behandelt: Pat. m. N18/N19, ohne Z49/99, ohne GOP 40, mit GOP 13	655	380	27	151	64	7	806	444	34
Hausärzte behandelt: Pat. m. N18/N19, ohne Z49/99, ohne GOP 40, ohne GOP 13	969	148	18	2.967	282	36	3.936	430	54
Gesamt	1.624	528	44	3.117	346	43	4.742	874	88
% Anteil an Eisentherapie							83,2%	15,3%	1,5%

Tabelle 2: Zusammenhang zwischen Erkrankungsstadium, Art der Eisensubstitution und Therapie durch Facharztgruppe

Zusammenfassung:

Unsere Ergebnisse zeigen einen grundsätzlich evidenzbasierten und wirtschaftlichen Einsatz der unterschiedlichen Eisentherapien in Bayern bei chronisch niereninsuffizienten Patienten im Prädialysestadium.

Weitere Hilfe bekommen Sie – **als Mitglied der KVB** – von unseren Pharmakotherapie-Beratern. Sie finden unsere Berater unter

www.kvb.de > Praxis > Service und Beratung > Präsenzberatung > Verordnungen

Literatur:

¹ Hörbrand F., Bramlage P., Fischaleck J., Hasford J., Brunkhorst R.: A population-based study comparing biosimilar versus originator erythropoiesis-stimulating agent consumption in 6.117 patients with renal anaemia. Eur J Clin Pharmacol DOI 10 007/s00228-012-1412-5

² Fischaleck J., Hörbrand F., Bramlage P., Hasford J.: Quantifizierung des ESA-Verbrauchs im Prädialyse- und Dialysestadium mit Versorgungsdaten der KV Bayerns – eine populationsbasierte, vergleichende Kohortenanalyse (N = 4.906 Patienten). Poster 119, Kongress für Nephrologie, Hamburg, 2012; <http://www.aey-congresse.com/nephrokongress2012/TimeTable.aspx?PSSID=32878>

³ Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI): Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for Anemia in Chronic Kidney Disease, 2006.

⁴ Canadian Society of Nephrology: Anemia, November 2008.