

Steter Tropfen höhlt den Stein

Alle Ärzt*innen, die seit 2003 am Disease Management Programm Typ-2-Diabetes teilnehmen, kennen die Frage auf dem Dokumentationsbogen: Wurde eine Untersuchung auf Mikroalbumin im Urin durchgeführt?

Vermutlich millionenfach wurden entsprechende Befunde ohne weitere klinische Konsequenz in den Praxis-Computern bzw. bei der DMP-Datenstelle abgelagert.

In der größten deutschen Datensammlung zu Patient*innen im DMP Diabetes, dem Qualitätsbericht Nordrhein (<https://tinyurl.com/5t4wz7mb>), war noch im Bericht von 2017 über einen pathologischen Befund bei gut 200.000 Untersuchten berichtet worden.

In der Nationalen VersorgungsLeitlinie Typ-2-Diabetes – Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter - hatte es zuletzt im Jahr 2015 noch geheißen: *„Patienten mit einem Diabetes sollen auf Albuminurie gescreent werden, da dies eine zusätzliche Risikoabschätzung für kardiovaskuläre und renale Folgeerkrankungen erlaubt.“*

Die DEGAM war seinerzeit mit dieser Empfehlung nicht einverstanden, sondern hatte folgendes Sondervotum eingelegt:

„1. Die DEGAM lehnt ein generelles Screening aller Diabetiker auf Mikroalbuminurie ab.

2. Die DEGAM sieht nur die Berechtigung für ein individuell zu prüfendes Risiko-Populations-Screening.

- ⇒ *Dabei ist die Risikopopulation dadurch definiert, dass es sich hier um Patienten mit Diabetes handelt, die*
- ⇒ *entweder einen nicht ausreichend kontrollierten Diabetes mellitus haben und/oder*
- ⇒ *weitere kardiovaskuläre oder renale Risikofaktoren aufweisen, die allein oder ebenso wie der Diabetes schlecht kontrolliert sind.“*

Begründung seinerzeit: die Erhebung pathologischer Befunde bei Diagnose einer Mikroalbuminurie würde in den allermeisten Fällen nur Kosten verursachen, hätte aber keine therapeutischen Konsequenzen – eine in über 80% bei Diabetes auftretende Hypertonie wird ohnehin praktisch immer medikamentös behandelt. Die Behandlung einer Hypertonie, vorzugsweise mit ACE-Hemmer oder Angiotensin-Rezeptor-Blocker wäre aber die einzige naheliegende Konsequenz aus dem Befund einer Mikroalbuminurie.

Die Begründung hätte besser sein können. Eine Mikroalbuminurie ist zwar unbestritten ein Marker für ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko. Ein positiver Befund führt aber kaum zu einer spezifischen Konsequenz: Auch ohne eine Mikroalbuminurie wird eine adäquate Einstellung von Blutdruck und HbA1c empfohlen. Der Befund hat also keinen Einfluss auf eine therapeutische Entscheidung.

Jetzt hat die Mitwirkung nicht zuletzt von Mitgliedern der DEGAM in den beratenden Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses gewirkt:

In der „Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Zusammenführung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme nach § 137f Absatz 2 SGB V

(DMP-Anforderungen-Richtlinie) “(<https://tinyurl.com/4nste7fn>) ist **erstmal seit 2003 nicht mehr** von einer **Bestimmung des Mikroalbumins im Urin** die Rede.

- ⇒ Sie dürfen ab sofort die Micraltests® respektive die Mikroalbumintests anderer Anbieter aus Ihren Praxen entfernen.

Für die Bestimmung des Mikroalbumins im Urin wurden nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) für die GOP 32135 1,55 € vergütet – nicht zu vergessen (was vermutlich nie jemand tatsächlich umgesetzt hat, dass im Fall seines positiven Ausfall der Test wiederholt werden musste).

An dieser Stelle sei aber verdeutlicht: Hier soll nicht das Kind mit dem Bade ausgeschüttet werden – selbstverständlich ist der Zusammenhang zwischen Diabetes (und Hypertonie) mit einer möglichen Nierenerkrankung deutlich.

Die Testeigenschaften der Mikroalbuminurie-Messung sind nur schlecht.

Deutlich **besser** ist dagegen die **Prädiktivität** der **Messung** des **Albumin-Kreatinin-Quotienten im Spontanurin**, wie sie die DEGAM-Leitlinie „Versorgung von Patienten mit chronischer nicht-dialysepflichtiger Nierenerkrankung in der Hausarztpraxis“ (<https://tinyurl.com/4uwtvyz9>) empfiehlt:

<p>5.3 Empfehlung Patienten ohne bekannte CKD, soll bei Erstdiagnose eines Bluthochdrucks eine Serumkreatinin-Bestimmung mit eGFR und eine Urinuntersuchung auf Eiweiß oder Albumin angeboten werden.</p>	Empfehlungsgrad A	Level of evidence D II	Ergebnis Konsensverfahren 5/5
<p>6.3 Empfehlung Bei Erstdiagnose der CKD (GFR < 60 ml/min) soll eine Bestimmung der Albumin-Kreatinin Ratio im Urin erfolgen.</p>	Empfehlungsgrad A	Level of evidence D I	Ergebnis Konsensverfahren 5/5

Hier geht es um eine **einmalige Untersuchung bei Erstdiagnose einer Hypertonie bzw. einer chronischen Nierenkrankheit (CKD)** – im Übrigen unabhängig vom Vorliegen eines Diabetes!

Für Menschen mit Diabetes empfiehlt die DEGAM-Leitlinie dagegen:

<p>8.4 Empfehlung Patienten mit CKD ohne Diabetes, bei denen initial eine Proteinurie ausgeschlossen wurde, sollte kein routinemäßiges Monitoring der Albumin-Kreatinin-Ratio oder Mikroalbuminurie angeboten werden.</p>	Empfehlungsgrad B	Level of evidence T IV	Ergebnis Konsensverfahren 5/5
--	-----------------------------	----------------------------------	---

- ⇒ Das bedeutet zusammenfassend:
- ⇒ Einmalig bei Erstdiagnose einer Hypertonie oder CKD, wie sie bei Diabetes häufiger vorkommen, Albumin-Kreatinin-Quotient im Spontanurin
- ⇒ Keine dauerhaften weiteren Bestimmungen bei Diabetes

Die Bestimmung dieser Urin-Albumin-Kreatinin-Ratio (UACR) ist in den hausärztlichen Praxen noch nicht verbreitet. Zwar ist die Bestimmung der UACR deutlich teurer (Albumin 3,40 € plus Kreatinin 0,40 €). Die Untersuchung wird aber nicht bei allen, sondern nur ab einer eGFR < 60 ml/min empfohlen – und dies auch nur einmalig.

Die UACR kann für die sog. KFRE genutzt werden <https://kidneyfailurerisk.com/>. Eine deutsche Webpage wird im Sommer gemeinsam von DEGAM und DGfN (Gesellschaft für Nephrologie) unter www.risiko-nierenversagen.de zur Verfügung gestellt werden. Die Kombination von Alter, Geschlecht, eGFR und UACR erlaubt eine Abschätzung des Risikos der Progression zum Nierenversagen in den nächsten 5 Jahren.

Speziell für Menschen mit Diabetes existiert ein weiterer Risikorechner:

<https://beatdkd.shinyapps.io/shiny/>

Die Messung der UACR ist darum von Bedeutung, weil sie eine Entscheidung für den Einsatz eines SGLT2-Hemmers bei eGFR < 60 ml/min und ab einer UACR ≥ 300 mg/g begründen kann.

Es gilt also: Mikroalbumin-Tests für alle raus aus den Praxen, weil keine Entscheidungshilfe – statt dessen einmalige Messungen der UACR ab einer eGFR < 60 ml/min.

Manchmal dauert es eben über 20 Jahre, bis sich eine vernünftige Position durchsetzt...

Dr. med. Günther Egidi

Ich danke Jean-Francois Chenot, Andreas Klinge, Kai-Florian Mehrländer und Til Uebel dafür, dass sie kritisch über diesen Text geschaut, Fehler beseitigt und sinnvolle Ergänzungen eingefügt haben.