

Persönliche PDF-Datei für Contzen B.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Professionelle Ernährungs-
therapie bei CKD im ambu-
lanten Setting**

Nephrologie aktuell

2025

488–495

10.1055/a-2654-0694

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership
© 2025. Thieme. All rights reserved.
Die Zeitschrift *Nephrologie aktuell* ist Eigentum von Thieme.
Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 2751-9120

Professionelle Ernährungstherapie bei CKD im ambulanten Setting

Eine Win-Win-Lösung für Nephrolog*innen und Patient*innen

Barbara Contzen

Nephrologik Praxis für nephrologische Ernährungstherapie,
Bergisch Gladbach

Bibliografie

Nephrologie aktuell 2025; 29: 488–495

DOI 10.1055/a-2654-0694

ISSN 2751-9120

© 2025. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany

ZUSAMMENFASSUNG

Die Ernährung hat bei Patient*innen mit chronischer Nierenkrankheit (CKD) wesentlichen Einfluss auf das Fortschreiten der Erkrankung und die Ausprägung ihrer Komplikationen. Eine ärztlich delegierte Ernährungstherapie kann helfen, die Progression zu verlangsamen und z. B. Hyperphosphatämie, Hyperkaliämie oder ein Protein-Energy-Wasting (PEW) zu vermeiden oder zu reduzieren. Durch eine gezielte Ernährungstherapie können Patient*innen motiviert werden, ihre Ernährungsgewohnheiten anzupassen und dadurch ihren Krankheitsverlauf aktiv zu beeinflussen. Dieser Beitrag zeigt am Fallbeispiel, was durch Ernährungstherapie bei CKD erreicht werden kann, und schildert den organisatorischen Ablauf, um mögliche innere Hürden bei der Verschreibung zu nehmen.

Die Ernährungstherapie kann über eine Notwendigkeitsbescheinigung ärztlich verordnet werden; mit dieser können Patient*innen bei der Krankenkasse eine Kostenübernahme oder -bezuschung beantragen.

Im ärztlichen Alltag ist oft zu wenig Zeit für intensive Lebensstilberatung. Daher ist es wichtig, dass niedergelassene Nephrolog*innen ihre Patient*innen an professionelle Ernährungsfachkräfte weiterleiten. Ernährungsfachkräfte, die speziell für nephrologische Erkrankungen ausgebildet sind, können durch individuelle Gespräche und praktische Umsetzungstipps unterstützen, die individuell angepasste Ernährungsform in den Alltag zu integrieren. Durch eine erfolgreiche Kooperation zwischen Nephrolog*in, Patient*in und Ernährungstherapeut*in kann die Progression der chronischen Nierenkrankheit verlangsamt, kardiovaskuläre Folgeerkrankungen vermieden und die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden. Die Ernährungstherapie sollte ein essenzieller Bestandteil des Gesamttherapieplanes für Patient*innen mit chronischer Nierenkrankheit werden (► **Abb. 1**).

Welche Aspekte sind durch die Ernährung zu beeinflussen?

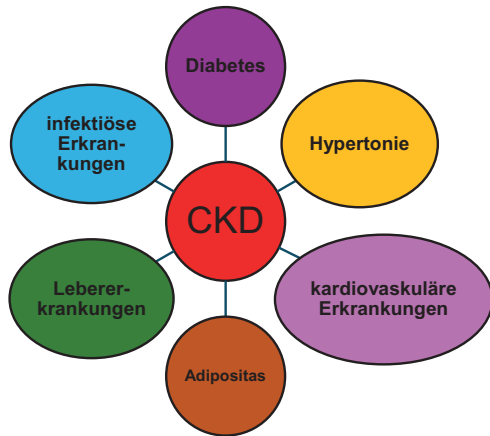
Mit fortschreitender chronischer Nierenkrankheit fallen Stoffwechselendprodukte wie Harnstoff und Urämetoxine an – diese entstehen im Darm aus dem Proteinabbau aus der Ernährung. Kalium und Phosphat können mit eingeschränkter Nierenfunktion schlechter ausgeschieden werden, sodass ein Gleichgewicht im Normbereich nur über eine Anpassung der Aufnahme gehalten werden kann; zu hohe Phosphatspiegel beschleunigen die Gefäßverkalkung

und steigern das kardiovaskuläre Risiko. Auch auf eine metabolische Azidose, eine typische Komplikation von Nierenerkrankungen, kann die Ernährung Einfluss nehmen: Viele frische pflanzliche Lebensmittel wirken alkalisierend [1]. Die Harnsäure ist mit abnehmender Nierenfunktion häufig höher; sie ist auch von der Purinzufuhr abhängig. Eine CKD ist mit einem Risiko für Mangelernährung vergesellschaftet (Protein-Energy-Wasting) [2]; unreflektiertes Befolgen von unseriösen Ernährungsratgebern fördert dies zusätzlich.

Die Ernährungstherapie betrachtet sowohl die Lebensmittelzufuhr als auch die veränderten Resorptions- und Stoffwechselprozesse und kann so erheblichen Einfluss auf die „orale Last“ nehmen (► **Abb. 2**).

Die Diagnose aus Sicht des Patienten

Patienten sind nach der Diagnoseverkündung oft mit ihrer Situation überfordert. Den Grad der Nierenfunktionseinschränkung als Laie einzuschätzen und welche Folgen sich für den Alltag ergeben, ist schwierig. Viele Patient*innen möchten alles richtig machen und vernachlässigen darüber oft ungewollt die Ernährung. Die Fragen kommen oft erst auf, wenn die Praxis schon verlassen ist und gerade kein fachlicher Ansprechpartner zur Verfügung steht. Im Internet finden die Patient*innen viele Empfehlungen. Aber sind diese auch für den individuellen Fall zutreffend? Bei dieser Art der Recherche entstehen Missverständnisse, beispielsweise werden Empfehlungen für Dialysepatient*innen von Präldialysepatienten umgesetzt, obwohl sie hier noch nicht gelten. Es werden willkürlich Lebensmittel weggelassen, „weil es da so steht“ (siehe ► **Fallbeispiel 1**).



► **Abb. 1** Mögliche Wechselwirkungen zwischen chronischer Nierenkrankheit (CKD) und anderen Erkrankungen (Auswahl).

FALLBEISPIEL 1

Erstvorstellung in der ernährungstherapeutischen Praxis

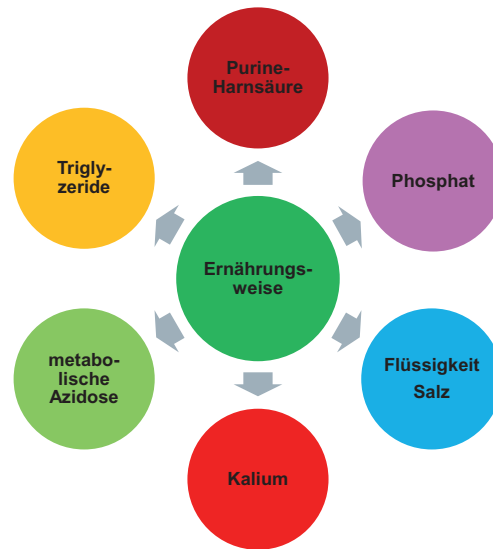
Patientin 1, 75 Jahre alt, hat vor Kurzem die Nachricht erhalten, dass ihre Nierenfunktion im Bereich einer CKD G3b eingeschränkt sei. Patientin 1 ist 165 cm groß und wiegt 65 kg, BMI 23,9 kg/m² im idealen Bereich. Sie meldete sich zur Ernährungstherapie, weil sie „nicht so schnell dialysepflichtig“ werden wolle. Das ginge auch nicht, weil sie nicht auf die monatliche Fahrt zu ihren Enkeln in die Schweiz verzichten wolle. Patientin 1 zeigte eine geringfügig verringerte Muskelmasse, da sie sich bereits eine Zeitlang fleischlos ernährt hatte, weil sie diese Information „irgendwo gelesen“ hatte. Zusätzlich klagte sie über schnell eintretende Müdigkeit und Muskelschmerzen beim Treppen steigen bzw. längerem Gehen.

Diagnosen

- chronische Nierenkrankheit CKD G3b A2 bei chronischer Glomerulonephritis
- arterielle Hypertonie
- Hypercholesterinämie
- Hyperurikämie
- Hypothyreose

Medikation

- Candesartan 8 mg → 2x tgl.
- Amlodipin 5 mg → 1x tgl.
- Allopurinol 100 mg → 1x tgl.
- L. Thyroxin 50 µg → 1x tgl.
- Dekristol 20 000 I.E. → 1x alle 14 Tage
- Atorvastatin 10 mg → ½ abends



► **Abb. 2** Positive Einflüsse von Ernährung auf die Laborparameter.

Wie wird eine medizinisch notwendige Ernährungstherapie umgesetzt?

Notwendigkeitsbescheinigung

Die Verordnung einer medizinisch begründeten Ernährungstherapie im Sinne einer Heilmittelverordnung (Rezept) kann nur dann zulasten der GKV ausgestellt werden, wenn es sich um die Indikationen Mukoviszidose oder seltene angeborene Stoffwechselstörungen handelt. Für alle anderen Fälle ist die Ernährungstherapie i. d. R. keine verpflichtende Leistung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV), sondern eine sog. „Kann-Leistung“ der GKV auf Basis des SGB V § 43 (ergänzende Leistung zur medizinischen Reha) [3]. Ob und in welcher Höhe die jeweilige GKV bzw. private Krankenversicherung (PKV) einen Beitrag an den Patienten zu den Kosten der Ernährungstherapie leistet, ist eine freie Ermessensentscheidung. In der Regel werden für die Erstberatung (Dauer 60 min) ca. 45,00 Euro bezahlt und für die Folgeberatungen (Dauer 30 min) jeweils ca. 30 Euro.

Eine „Null-Lösung“ kommt sehr selten vor. Die meisten Patient*innen befürworten eine Kostenbeteiligung, weil sie die individuellen Vorteile in dieser Maßnahme erkennen und wertschätzen.

Vertragsärzt*innen (hier Nephrolog*innen) stellen eine „ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung“ aus (Bsp. in ► **Abb. 3**; ein Muster bzw. eine beschreibbare Version ist unter dem Link in [13] abrufbar). Diese Bescheinigung attestiert, dass eine ernährungstherapeutische Maßnahme notwendig und sinnvoll ist, um eine Verschlimmerung des Zustandes möglichst zu vermeiden.

Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer Ernährungstherapie gemäß § 43 Abs. 1 Nr. 1 oder 2 SGB

Patientendaten:

- Name, Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Versichertennummer: _____
- Krankenkasse / Kostenträger: _____

Medizinische Angaben:

- Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
- BMI: _____ kg/m²
- Blutdruck: _____ mmHg

Diagnose(n) / Verdachtsdiagnose(n)

(bitte ankreuzen oder ergänzen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adipositas / Übergewicht | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose / KHK |
| <input type="checkbox"/> Chronisch entzündliche Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus Typ 1 / 2 |
| <input type="checkbox"/> Essstörung | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Pankreaserkrankung |
| <input type="checkbox"/> Fettleber / Leberzirrhose / Hepatitis | |
| <input type="checkbox"/> Gastritis / Ulkus | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz / KHK |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie | <input type="checkbox"/> Hyperurikämie / Gicht |
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergie / -intoleranz / -unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankung | |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht, Mangelernährung | |
| <input type="checkbox"/> Zöliakie | <input type="checkbox"/> Zustand nach bariatrischem Eingriff |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | |

Zusätzliche medizinische Unterlagen:

- ☐ Laborwerte ☐ Medikamentenplan ☐ Befundberichte

Auftrag / Hinweise für die Ernährungstherapie:

Empfohlene Maßnahme:

Eine **ernährungstherapeutische Intervention** durch eine/n Diätassistent/in oder qualifizierte/n Oecotropholog/in bzw. Ernährungswissenschaftler/in ist **medizinisch notwendig**.

Arzt / Ärztin:

Name / Praxis: _____
 BSNR: _____ LANR: _____
 Datum: _____ Stempel / Unterschrift

► **Abb. 3** Ärztliche Bescheinigung zur Notwendigkeit einer Ernährungstherapie (Bsp.).

Merke

Bei der Notwendigkeitsbescheinigung handelt es sich um eine **budgetneutrale Verordnung**.

Implementierung einer Ernährungstherapie

In der Notwendigkeitsbescheinigung sollte eine Diagnose sowie ein oder mehrere Ziele der Ernährungsintervention genannt werden. Mit dieser Bescheinigung können Patient*innen die Kostenübernahme bei der Krankenkasse beantragen; die Durchführung der Ernährungstherapie wird dann von einer zertifizierten Ernährungsfachkraft übernommen (► **Abb. 4**). Erfahrungsgemäß wird diese Anfrage seitens der Patient*innen (bei ordentlicher Vorbereitung der Unterlagen) von der GKV nicht abgelehnt. Es profitieren nicht nur Patient*innen von dieser Maßnahme, sondern auch die behandelnden Ärzt*innen, denn die Patient*innen sind danach meist motivierter und zeigen mehr Eigenverantwortlichkeit in der Umsetzung der ge-

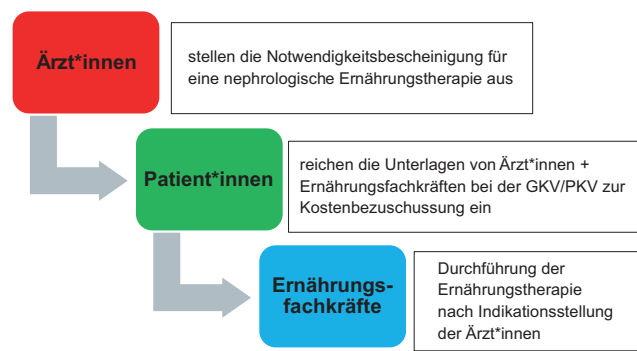
samten Therapie. Gleichzeitig bietet eine auf das Krankheitsbild abgestimmte Ernährung das Potenzial, die Lebensqualität zu verbessern. Zudem können evtl. Folgeerkrankungen oder auch Folgekosten durch eine gezielte Ernährungstherapie verhindert oder verringert werden.

Merke

Zertifizierte Ernährungsfachkräfte können Patient*innen die notwendigen Unterlagen zur Kostenzuschussung bei der Krankenkasse zur Verfügung stellen.

Merke

Rechtzeitige Delegation an nephrologische Ernährungstherapeut*innen kann frühzeitig positive Verhaltensweise etablieren.



► **Abb. 4** Ablaufschema zur Implementierung einer Ernährungstherapie. GKV: gesetzliche Krankenkasse; PKV: private Krankenversicherung

FALLBEISPIEL 1: FORTSETZUNG

Festlegung der Therapieziele

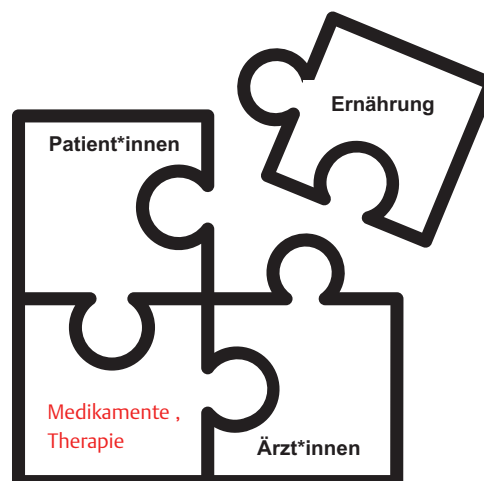
Patientin 1 hat die Notwendigkeitsbescheinigung ihres Nephrologen bei der Krankenkasse eingereicht. Auf Nachfrage hat sie noch einen Arztbrief beigelegt. Der Antrag wurde von der Kasse positiv beschieden und wir konnten uns zum 1. Treffen verabreden. Wichtig für die Therapie ist es, zu Beginn die Therapieziele zu formulieren. Für Patientin 1 waren es folgende 6 Punkte:

1. Progressionsverlangsamung
2. Reduktion des kardiovaskulären Risikos
3. Vermeidung von Hyperphosphatämie und Hyperkaliämie
4. Reduktion des Blutdrucks
5. Erhalt von Muskelmasse
6. verbesserte Lebensqualität

Was sollte eine professionelle Ernährungstherapie beinhalten?

Zunächst sollte ein Ernährungsassessment erfolgen, unter anderem auch zum Ausschluss einer Mangelernährung, beispielsweise über den „Nutritional Risk Score“ (NRS) oder „Subjective Global Assessment“ (SGA) [3, 4]. Ein Ernährungstagebuch und Symptomentagebuch sollten ausgewertet werden. Anthropometrische Daten können um eine Bio-Impedanz-Analyse (BIA) ergänzt werden. Wichtig ist auch, das persönliche Umfeld einzuschätzen: Welche familiäre Situation und Unterstützung ist da, wie ist das berufliche Umfeld, woran haben die Patient*innen Freude und was bedeutet ihnen Lebensqualität? Hierbei ist das Stichwort „Komplementierung“ wichtig (► **Abb. 5**).

Die folgenden Punkte sind wichtige Bestandteile einer professionellen Ernährungstherapie [5]:



► **Abb. 5** Komplementierung: Für eine Verbesserung der Lebensqualität müssen diese 4 Bereiche ineinandergreifen.

1. **Ernährungsdiagnose** (Indikationsstellung durch den Arzt)
 - a. Lesen des Arztbriefes (Diagnose + Nebendiagnosen)
 - b. Sichtung des Labors auf indikationsrelevante Laborwerte (z. B. Kalium, Phosphat, Albumin, Cholesterin, Triglyzeride, Säure-Basen-Haushalt)
 - c. Falls noch nicht erfolgt: Rückfragen zur Abstimmung des gemeinsamen Therapiezieles mit den behandelnden Nephrolog*innen
2. **Interventionsplanung**
 - a. Prioritätenliste bzgl. der Ernährungstherapie erstellen
 - b. Erklärung der einzelnen Schritte als Basis eines guten Therapeut*innen-Patient*innen-Verhältnisses und zur Sicherung einer langfristigen Compliance
3. **Durchführung der Intervention**
 - a. „Baustellen“ im Ernährungs- und Symptomentagebuch detektieren und besprechen.
 - b. Auswahl indikationsspezifischer Lebensmittel (Essen + Trinken) unter Berücksichtigung bestimmter Lebensmittelinhaltsstoffe, wie z. B. Phosphat, Kalium Zusatzstoffe.
 - c. Auswahlempfehlung und Anleitung zur Einnahme indikationsspezifischer balanzierter Diäten enteraler oder parenteralen Ernährung.
 - d. Unterstützung zur praktischen Umsetzung der individuellen Ernährungsweise (Koch- und Küchentechnik)
 - e. Einkaufs- oder Supermarkt-Check
 - f. Vermitteln, warum eine „Lifestyle“-Änderung ein sinnvolles „Ad-on“ für den Therapieverlauf, z. B. in Hinblick auf die CKD-Progression oder das kardiovaskuläre Risiko, darstellen kann.

4. Evaluation und Dokumentation

- Nachgespräche führen, um kleine „Stolpersteine“ auszuräumen
- Fortschritte erkennen und ansprechen
- Laborergebnisse mit Vorwerten vergleichen
- Rückmeldung über den Verlauf und aktuellen Stand der Patient*innen-Therapeut*innen-Gespräche an den behandelnden Arzt schicken, falls erwünscht (Schweigepflichtentbindung einholen!)

FALLBEISPIEL 1: FORTSETZUNG

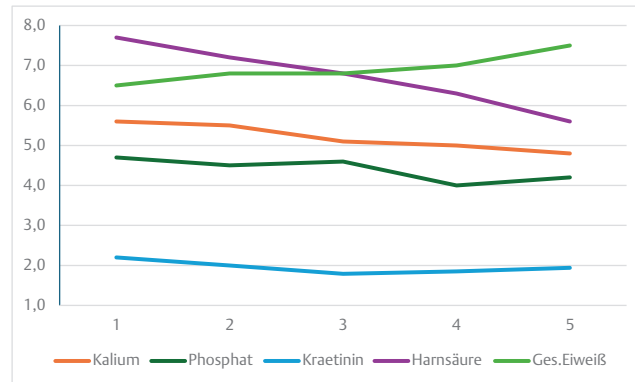
Für Patientin 1 wurden folgende 6 Punkte etabliert, um die Therapieziele zu erreichen:

- pflanzenbasierte Kostform
- Energiezufuhr nach individuellem Aktivitätslevel
- Eiweißzufuhr von 0,8 g/kg KG/24 h
- Reduktion der Salzzufuhr auf max. 6 g/24 h
- Vermeiden von cholesterin- und purinreichen Lebensmitteln
- Flüssigkeitszufuhr auf ca. 1,5 l/24 h in Abhängigkeit von körperlicher Tätigkeit und Befinden (Schwitzen, Sauna, Diarrhö, Emesis)

Anfänglich wurden Verlaufstermine in monatlichen Abständen vereinbart und besprochen, wie gut die Maßnahmen eingehalten werden bzw. welche Hindernisse aufgetreten sind. Die Einführung einer pflanzlich basierten Ernährung brauchte einige Zeit, um genügend Ideen für Rezepte zu entwickeln. Patientin 1 lernte recht schnell, dass auch Gemüse eine gute Eiweißquelle darstellt und sie auch mit pflanzenbasierter Kost problemlos ihre Proteinzufuhr von 0,8 g/kg KG/Tag erreichte. Zusätzlich wurde die Cholesterin- und Purinzufuhr über weniger Fleisch und mehr Gemüse reduziert. Über die Zeit konnte Patientin 1 alle Maßnahmen zufriedenstellend umsetzen. Dies hat sich auch auf die Laborwerte ausgewirkt (siehe ► **Abb. 6**).

Ergebnisse

Der Harnstoff im Serum reduzierte sich von anfangs 104 mg/dl auf 69 mg/dl (5. Messung). Sowohl der Cholesterin- als auch Harnsäurewert reduzierten sich unter medikamentöser und diätetischer Intervention. Das Gesamteiweiß erhöhte sich von anfangs 6,5 g/dl auf 7,5 g/dl (5. Messung) und gleichzeitig sank das Phosphat im Serum unter den Anfangswert. Patientin 1 gab an, weniger müde zu sein, sich fitter zu fühlen und keine Muskelschmerzen mehr zu haben. Zusammenfassend hat diese Ernährungsintervention sowohl zur Unterstützung der gesamten Therapie beigetragen als zur Verbesserung der Lebensqualität geführt. Patientin 1 konnte weiterhin in die Schweiz zu ihren Enkeln fahren.



► **Abb. 6** Verlauf der Laborwerte. Erklärung: Kalium in mmol/l; Phosphat in mg/dl; Kreatinin in mg/dl; Harnsäure in mg/dl; Gesamteiweiß in g/dl. Die Messungen (1–5) erstrecken sich über 3 Jahre (ca. halbjährlich).

Warum soll eine Ernährungsintervention durchgeführt werden?

Eine professionelle Ernährungstherapie kann:

- das Risiko auf Mangelernährung, insbesondere PEW, vermeiden,
- das kardiovaskuläre Risiko reduzieren,
- die Entwicklung eines sekundären Hyperparathyreoidismus vermindern [6],
- Einfluss auf die Progression der Erkrankung nehmen – im Sinne einer Verlangsamung, Beschwerden und/oder Nebenwirkungen lindern und einer Verschlechterung vorbeugen,
- die Patienten motivieren, wie sie sich selbst helfen können, indem sie aktiv an der Therapie teilnehmen und
- eine Win-Win-Lösung für Ärzt*innen und Patient*innen sein und somit der gesamten Therapie werden.

Fallbeispiel

Im Folgenden soll noch ein 2. Fall dargestellt werden: Patientin 2, 30 Jahre alt mit einem Säugling, hat seit Langem bei beidseitiger Nierendysplasie die Diagnose einer fortgeschrittenen chronischen Nierenkrankheit, nach der Schwangerschaft im Stadium CKD G4 (eGFR 17 ml/min/1,73m²). Sie ist 168 cm groß und wiegt 70 kg, ist also ebenfalls normgewichtig mit einem BMI von 24,8 kg/m².

Anamnese

- CKD G4 A3 bei Nierendysplasie beidseits (eGFR 17 ml/min/1,73m²)
- renale Anämie
- sekundärer Hyperparathyreoidismus
- rezidivierende Harnwegsinfekte
- Hyperurikämie (Gichtanfall vor 4 Jahren)

Die Laborwerte der Patientin 2 sind in ► **Tab. 1** dargestellt. Patientin 2 nimmt die in ► **Tab. 2** aufgeführten Medika-

► **Tab. 1** Laborwerte von Patientin 2 zu Therapiebeginn.

Bezeichnung	Wert
Kreatinin	3,48 mg/dl
Harnstoff	177,0 mg/dl
Kalium	5,6 mmol/l
Phosphat	2,20 mmol/l
PTHi	271,2 pg/ml
ges. Protein	6,00 g/dl
LDL	137,0 mg/dl
HDL	46 mg/dl
TG	179 mg/dl
UACR	4287 mg/g/Krea

HDL = High Density Lipoprotein; LDL = Low Density Lipoprotein; PTHi = Parathormon intakt; TG = Triglyceride; UACR = Albumin-Kreatinin-Quotient

► **Tab. 2** Regelmäßig von Patientin 2 eingenommene Medikamente.

Medikament	Häufigkeit der Einnahme
Folsäure	1x jeden 2. Tag
Eisensulfat 100 mg	1x/Tag
Kaliumaustauschharz	1x/Woche
Darbepoetin	30 µg wöchentlich (pausiert)
Dekristol 20 000 I. E.	alle 2 Wochen 1 Tablette
Candesartan 8 mg	1x/Tag
Bisoprolol 2,5 mg	½/Tag
Calcet 950 mg	1x/Tag

mente regelmäßig ein. Die Trinkmenge betrug etwa 2 l/Tag. Patientin 2 nahm keine NSAR ein und achtete auf kaliumarme Kost.

Therapieziele

1. Progressionsverlangsamung
2. Vermeidung der Hyperphosphatämie
3. Reduzierung des kardiovaskulären Risikos
4. Vermeidung von Hyperkaliämie
5. Vermeidung von Hyperurikämie

Umsetzung der Ernährungstherapie

Patientin 2 war mit der Situation überfordert, da sie sich primär um ihr kleines Kind kümmern musste. Priorität hatte die Reduzierung des erhöhten Phosphatspiegels zur Vermeidung eines sekundären Hyperparathyreoidismus und damit auch eine Reduzierung des kardiovaskulären Risikos. Dafür wurde das PEP (Phosphat-Einheiten-Programm) als Schulungseinheit angewendet [7]. Dadurch lernte sie, in welchen Lebensmitteln sich (unnötige) hohe

► **Tab. 3** Laborwerte nach 2 Monaten Ernährungstherapie.

Bezeichnung	Wert
Phosphat	1,69 mmol/l
Kalium	5,2 mmol/l
Gesamteiweiß	6,5 g/dl
Harnstoff	153 mg/dl

Phosphatgehalte verstecken, wie z. B. Lebensmittel mit phosphathaltigen Zusatzstoffen oder Konservierungsstoffen. Patientin 2 protokollierte ihr Essen und lernte die Phosphatmenge in den Lebensmitteln abzuschätzen, um die Menge der Phosphatbinder besser zu berechnen. Diese sollen die aufgenommene orale Phosphatlast im Gastrointestinaltrakt binden, um den Phosphatspiegel nicht weiter ansteigen zu lassen bzw. wieder in den Normwert zu bringen.

Ähnliches gilt für das Thema Kalium. Hier wurden Lebensmittel eliminiert, die zu einem schnellen postprandialen Kaliumanstieg führen und Empfehlungen zu Lebensmitteln gegeben, die mit einem langsameren postprandialen Kaliumanstieg einhergehen. Viele gesunde Lebensmittel, die über einen hohem Ballaststoffgehalt verfügen, sind in diesem Fall geeignet. Hohe Faserstoffanteile verkürzen die Transitzeit des Chymus im Darm und führen somit zu einer kürzeren Kontaktzeit des Speisebreis mit der Darmschleimhaut. Somit wird weniger Kalium resorbiert und gleichzeitig eine Obstipation verhindert [8].

Die Umstellung der Ernährung ließ sich im Alltag gut umsetzen; nach 2 Monaten hatten sich die Laborwerte bereits deutlich verbessert (► **Tab. 3**). Es ist wichtig, weiter an der Reduzierung des Kalium- und Phosphatwertes zu arbeiten.

Medizinische und organisatorische Aspekte

Die rechtzeitig eingeleitete ernährungstherapeutische Maßnahme kann in der Phase der Prä dialyse einen entscheidenden Einfluss auf die Geschwindigkeit der Progression nehmen. Bei Dialysepatient*innen ist das Ziel eine Verringerung oder Reduktion von Komplikationen, wie z. B. der Gefäßverkalkung. Die Intervention durch eine Ernährungstherapie findet sich auch in vielen Leitlinien wieder. Einigen Patient*innen wird während ihres Aufenthaltes im Krankenhaus die Möglichkeit gegeben, sich ernährungstherapeutisch beraten zu lassen. Nach der Entlassung werden sie dann an ihre Hausärzt*innen oder Nephrolog*innen weitergeleitet. Hier hängt der Erfolg nun davon ab, ob die betreffende Arztpraxis die in der Klinik eingeleiteten Ernährungsempfehlungen weiterführt. Oft scheitert es hier an den Kapazitäten von Ernährungsfach-

kräften oder auch am fehlenden Hinweis auf dem Entlassungsbrief, das Thema „Ernährung“ weiter zu verfolgen.

Mit der Weiterführung oder dem Beginn einer Ernährungstherapie im ambulanten Bereich können Symptome wie z. B. Hyperphosphatämie, Hyperkaliämie, Hypalbuminämie oder Hypertonie thematisiert und behandelt werden. Empfehlungen seitens der Ernährungstherapeuten zu Veränderungen der Ernährungs- und Zubereitungsweisen verhindern oft unnötige Verbote von gesunden Lebensmitteln aus veralteten Informationsheftchen oder dem Internet. Dies kann ein entscheidender Beitrag dazu sein, Folgeerkrankungen entgegenzuwirken oder deren Wechselwirkungen abzuschwächen (► **Abb. 1**), die Eigenmotivation der Patient*innen bezüglich der Therapie zu verbessern und letztendlich auch die Compliance langfristig zu fördern.

So wird in der DASH-Studie darauf hingewiesen, dass zusätzliche diätetische Maßnahmen den Blutdruck senken und einen günstigen Einfluss auf das kardiovaskuläre Risiko haben können [9]. Auch in den aktuellen Leitlinien der KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) 2024 finden sich Empfehlungen zum Einsatz von nephrologisch geschulten Ernährungsfachkräften zur diätetischen „Erziehung“ von Patient*innen mit chronischer Nierenerkrankung [10].

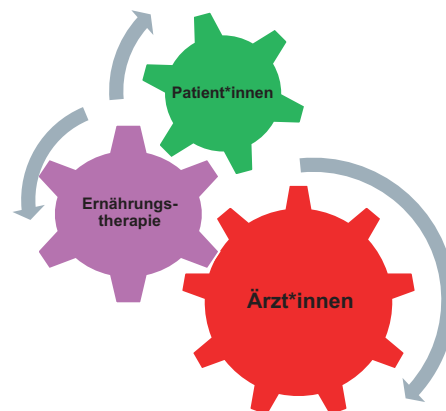
Merke

Eine professionelle Ernährungstherapie versucht, alle Komorbiditäten einer chronischen Nierenerkrankung zu erfassen und ernährungstherapeutisch zu behandeln.

Fazit

Die Ernährungstherapie ist ein unverzichtbarer Bestandteil von Prävention und Behandlung von Patient*innen mit chronischen Nierenerkrankung. Ernährungsinterventionen, die von einem Nephrologen an eine professionelle Ernährungsfachkraft delegiert und von dieser durchgeführt werden, haben das Potenzial, die Lebensqualität und die Ergebnisse zu verbessern, die Fortschritte der CKD zu verlangsamen und häufige Komplikationen bei Patienten, die sich einer Nierenersatztherapie unterziehen, zu vermindern [11].

Das Ernährungsmanagement sollte für alle Patient*innen mit einer chronischen Nierenerkrankung ein Eckpfeiler einer multimodalen CKD-Behandlung sein [12]. Eine funktionierende Kooperation zwischen Nephrolog*innen, Patient*innen und Ernährungstherapie kann eine Win-Win-Situation für alle Beteiligten werden, nachhaltig profitieren aber unsere Patient*innen (► **Abb. 7**).



► **Abb. 7** Ein sinnvolles und effektives Miteinander.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

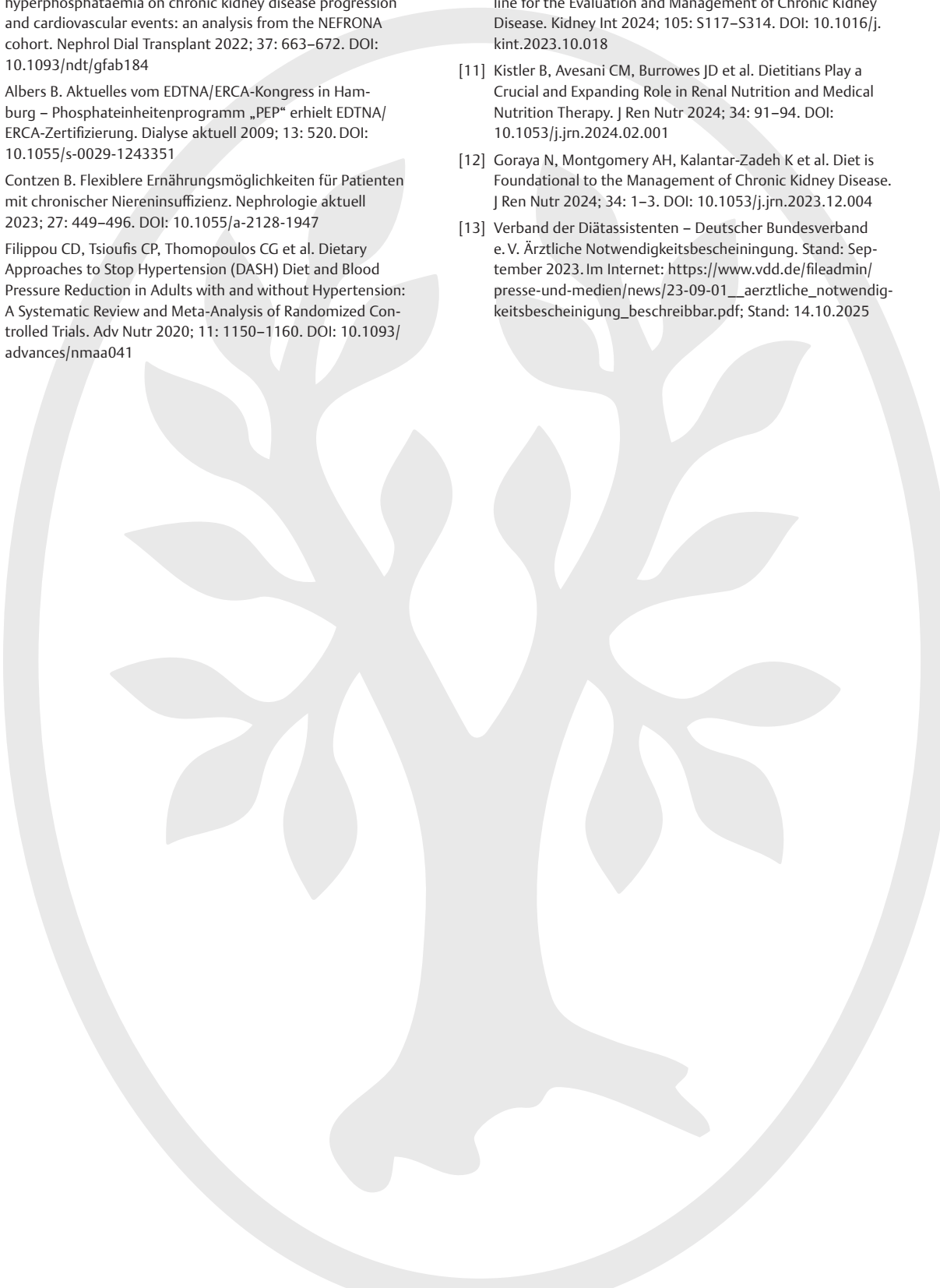
Korrespondenzadresse



Barbara Contzen
Nephrologik Praxis für nephrologische
Ernährungstherapie
Überm Rost 10
51465 Bergisch Gladbach
Deutschland
info@nephrologik.de

Literatur

- [1] Goraya N, Simoni J, Jo C et al. Dietary acid reduction with fruits and vegetables or bicarbonate attenuates kidney injury in patients with a moderately reduced glomerular filtration rate due to hypertensive nephropathy. *Kidney Int* 2012; 81: 86–93. DOI: 10.1038/ki.2011.313
- [2] Ikizler TA, Cano NJ, Franch H et al. Prevention and treatment of protein energy wasting in chronic kidney disease patients: a consensus statement by the International Society of Renal Nutrition and Metabolism. *Kidney Int* 2013; 84: 1096–1107. DOI: 10.1038/ki.2013.147
- [3] Kassenärztliche Bundesvereinigung. Praxis Wissen Ernährung. Im Internet: <https://www.kbv.de/documents/infotek/publikationen/praxiswissen/praxiswissen-ernaehrung.pdf>; Stand: 30.08.2025
- [4] Detsky AS, McLaughlin JR, Baker JP et al. What is Subjective Global Assessment of Nutritional Status? *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 1987; 11: 8–13. DOI: 10.1177/014860718701100108
- [5] Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. Manual für den German-Nutrition Care Process (G-NCP). Im Internet: <https://www.vdd.de/shop/manual-fuer-den-german-nutrition-care-process-g-ncp/>; Stand: 28.08.2025

- 
- [6] Bozic M, Diaz-Tocados JM, Bermudez-Lopez M et al. Independent effects of secondary hyperparathyroidism and hyperphosphataemia on chronic kidney disease progression and cardiovascular events: an analysis from the NEFRONA cohort. *Nephrol Dial Transplant* 2022; 37: 663–672. DOI: 10.1093/ndt/gfab184
 - [7] Albers B. Aktuelles vom EDTNA/ERCA-Kongress in Hamburg – Phosphateinheitenprogramm „PEP“ erhielt EDTNA/ERCA-Zertifizierung. *Dialyse aktuell* 2009; 13: 520. DOI: 10.1055/s-0029-1243351
 - [8] Contzen B. Flexiblere Ernährungsmöglichkeiten für Patienten mit chronischer Niereninsuffizienz. *Nephrologie aktuell* 2023; 27: 449–496. DOI: 10.1055/a-2128-1947
 - [9] Filippou CD, Tsioufis CP, Thomopoulos CG et al. Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet and Blood Pressure Reduction in Adults with and without Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Adv Nutr* 2020; 11: 1150–1160. DOI: 10.1093/advances/nmaa041
 - [10] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int* 2024; 105: S117–S314. DOI: 10.1016/j.kint.2023.10.018
 - [11] Kistler B, Avesani CM, Burrowes JD et al. Dietitians Play a Crucial and Expanding Role in Renal Nutrition and Medical Nutrition Therapy. *J Ren Nutr* 2024; 34: 91–94. DOI: 10.1053/j.jrn.2024.02.001
 - [12] Goraya N, Montgomery AH, Kalantar-Zadeh K et al. Diet is Foundational to the Management of Chronic Kidney Disease. *J Ren Nutr* 2024; 34: 1–3. DOI: 10.1053/j.jrn.2023.12.004
 - [13] Verband der Diätassistenten – Deutscher Bundesverband e. V. Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung. Stand: September 2023. Im Internet: https://www.vdd.de/fileadmin/presse-und-medien/news/23-09-01__aerztliche_notwendigkeitsbescheinigung_beschreibbar.pdf; Stand: 14.10.2025