



# Personalisierte Therapien des Nierenversagens

## Gar nicht?

Elke Schöffner

Charité-Universitätsmedizin Berlin

Berliner DialyseSeminar 2021

## Darlegung potentieller Interessenskonflikte

Der Inhalt des folgenden Vortrages ist Ergebnis des Bemühens um größtmögliche Objektivität und Unabhängigkeit.

Als Referent versichere ich, dass in Bezug auf den Inhalt des folgenden Vortrags **keine Interessenskonflikte** bestehen, die sich aus einem Beschäftigungsverhältnis, einer Beratertätigkeit oder Zuwendungen für Forschungsvorhaben, Vorträge oder andere Tätigkeiten ergeben.

# In den nächsten 18 Minuten spreche ich über....

- Grenzen der bisherigen Nierenersatztherapie
- Fokussierung auf das höhere Alter
- Comprehensive Conservative Care/Management
- Perspektivwechsel und Kommunikation
- Schwierigkeiten bei der Umsetzung bzw. was es zu tun gilt

# „Transition“ zur Dialyse aus Patientenperspektive bedeutet....

- Lebens-verändernde Umstände
  - für viele jüngere Patienten das Ende der Arbeitsfähigkeit
  - viele Stunden weg von zuhause zu sein (Hämodialyse)
- eine Verbesserung der Urämie-Symptomatik
- mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen der Dialyse
- die Erkenntnis, was Chronizität bedeutet
- vermehrtes Erleben von Abhängigkeit und Autonomieverlust

Konsequenzen für die physische und mentale Gesundheit sind hierbei schwer zu trennen!

# Mögliche Indikatoren einer nicht erfolgreichen Transition

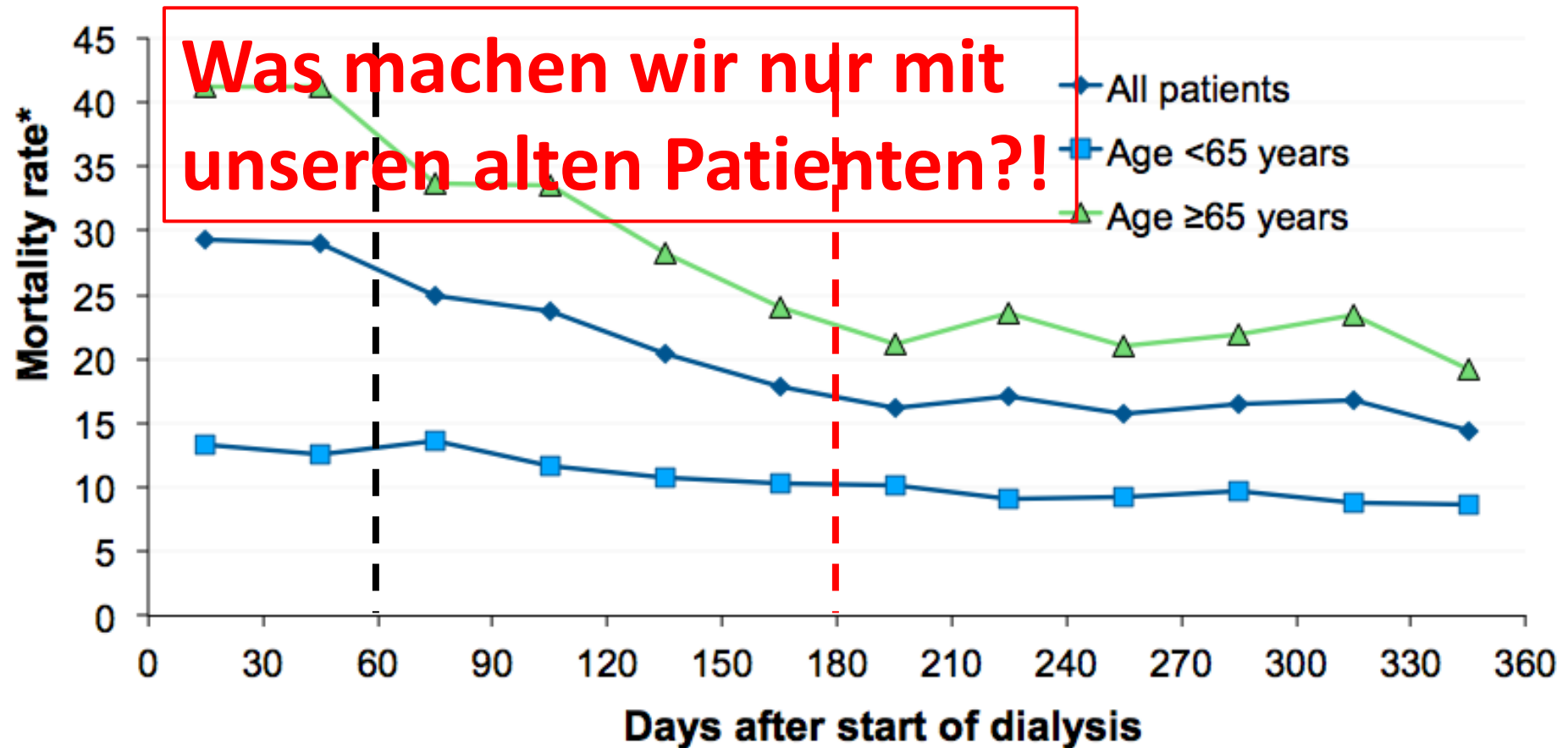
Wie messen wir eine erfolgreiche Transition/Therapiewahl?

- Frühe Sterberate an Dialyse
- Hospitalisierungsrate
- Lebensqualität



Alles innerhalb des 1. Jahres

# Mortality by age during 1<sup>st</sup> year of HD DOPPS 2-3 (2002-2008)



Mortality rate during the first 360 days of HD treatment												
	0-30	31-60	61-90	91-120	121-150	151-180	181-210	211-240	241-270	271-300	301-330	331-360
<b>All patients</b>	29.3	28.9	24.9	23.8	20.4	17.9	16.2	17.0	15.7	16.5	16.8	14.4
<b>Age &lt;65 years</b>	13.3	12.6	13.6	11.6	10.7	10.4	10.2	9.1	9.3	9.7	8.9	8.7
<b>Age ≥65 years</b>	41.2	41.2	33.7	33.5	28.2	24.0	21.1	23.6	21.0	21.9	23.5	19.2

# Behandlungsoptionen

- Nierenersatztherapie
  - Hämodialyse (in center)
    - Heim-Hämodialyse
  - Peritonealdialyse
  - Transplantation
- Comprehensive Conservative Care (CCC)

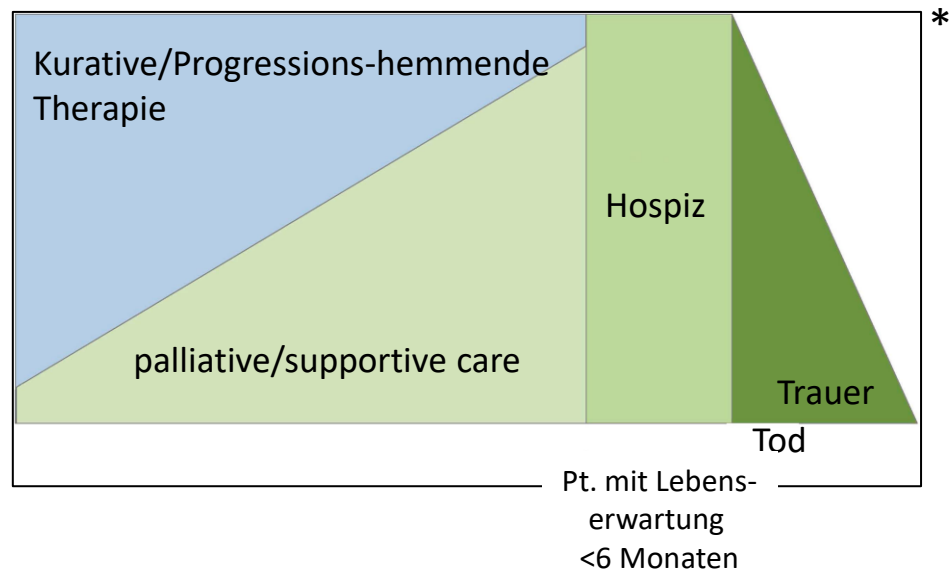
# Comprehensive Conservative Care (CCC)

- Comprehensive conservative care als „planned holistic **patient-centred care**“ für Patienten mit CKD, St. V
- Dies beinhaltet eine Fülle an Therapie, aber nicht Dialyse (Davidson et al, KI 2015)
  - Therapie, um CKD Progression zu hemmen
  - Shared decision making
  - Aktives Symptom-Management
  - Detaillierte Kommunikation inklusive „advance care planning“
  - Psycholog. Unterstützung
  - Soziale und familiäre Unterstützung
  - Kulturelle und spirituelle Unterstützung
  - Betreuung durch Multidisziplinäres Team (MDT)



# Begriffswirrwar

- CCC ist NICHT das gleiche wie
  - Supportive /Palliative Therapie: wird angeboten für alle CKD-Patienten (jedes Alters), egal, ob an Dialyse oder nicht



- CCC dagegen ist ein eigenständiger, alternativer Therapiepfad für Patienten, die keine Dialyse machen möchten/können

# Comprehensive Conservative Care (CCC): Interdisziplinärer Therapiepfad notwendig!

Keine KRT  $\neq$  keine Therapie / „Gar nicht“!

- Interdisziplinärer Ansatz:
  - Nephrologie
  - Geriatrie
  - Palliativmedizin
  - Pflege
  - Diätberatung
  - Psycholog. Unterstützung
- Ambulanz, Haus- und Telefonvisiten
  - Personalisiert („need-based“)

# Evidenz zu „comparative effectiveness“ von Dialyse und CCC

- Bisher nur Beobachtungsstudien
- Lebenserwartung (Foote et al, Nephrology 2016)
  - Patienten >75 leben länger, falls sie mit Nierenersatztherapie behandelt werden, verglichen mit „CCC“
  - Dieser Überlebensvorteil verkleinert sich, wenn Patienten unter mehreren Komorbiditäten und Gebrechlichkeit leiden
- Lebensqualität (QoL)
  - Trends bzgl. QoL sind ähnlich; Dialysebeginn scheint mit einer reduzierten „satisfaction with life“ assoziiert zu sein (De Biase et al, NDT 2008) und einem Anstieg bzgl. „burden of kidney disease“ (Seow et al, Am J Nephrol 2013)

# Prepare for kidney care study (Univ. of Bristol, UK)

Effektivität und Kosteneffektivität des “responsive (=conservative) management” verglichen mit Dialyse in Bezug auf Lebensqualität und Überleben bei multi-morbiden, gebrechlichen und alten Patienten mit CKD St. V.

**Primäres outcome:** quality adjusted life years

**Sekundäres outcome:**

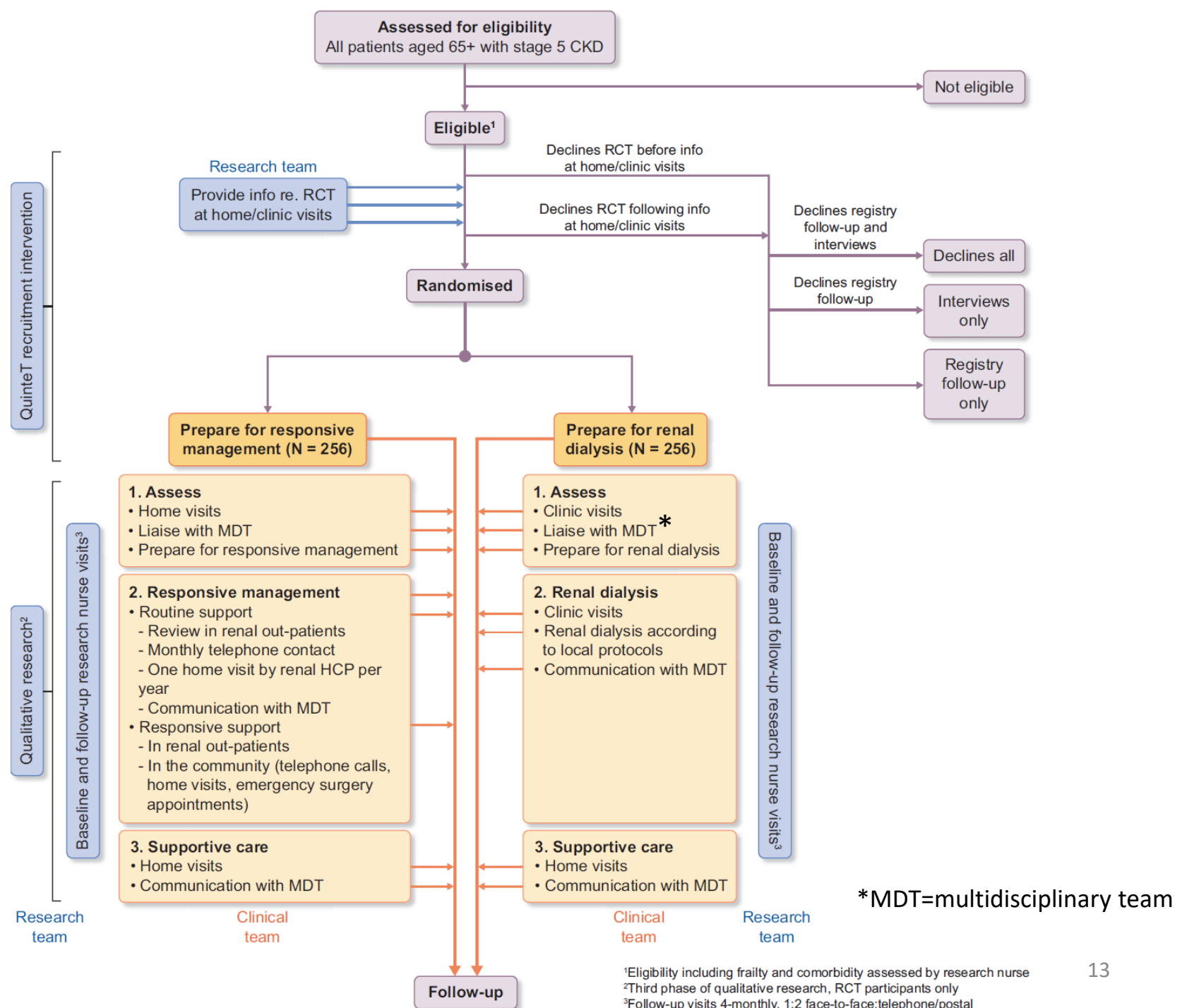
- Überleben
- Patient reported outcome

**Zielpopulation:** Patienten mit neuer oder existierender CKD St. V (eGFR <15) und

- Alter 80+, oder
- Alter 65-79 mit
  - WHO performance status 3+ (d.h. bettlägerig oder im Sessel > 50% des Tages)
  - Komorbiditäts-Score 2+ (d.h.  $\geq 2$  chron. Begleiterkrankungen)

**Ausschlußkriterien:** nicht Einverständnis-fähig, medizinisch nicht fit für Dialyse, Dialysestart innerhalb von 4 Wochen

# Trial-Überblick



<sup>1</sup>Eligibility including frailty and comorbidity assessed by research nurse

<sup>2</sup>Third phase of qualitative research, RCT participants only

<sup>3</sup>Follow-up visits 4-monthly, 1:2 face-to-face:telephone/postal

# Perspektivwechsel und Kommunikation

# Patienten-zentrierte Therapie

- Patienten-zentriert = was ist wichtig für Patienten/Patientin??
- *„Care that is respectful of and responsive to individual patient preferences, needs, and values... and that ensures patient values guide all clinical decisions“* (Institute of Medicine, 2001)
- Surveys und Reviews\*\* zeigen, dass Patienten Lebensqualität oft wichtiger ist als reine Lebensverlängerung
  - Kontrolle von Schmerz und anderen Symptome
  - Unterstützung durch die Familie
  - zu wissen, was man zu erwarten hat und Zeit zu haben, sich darauf vorzubereiten
  - Wissen, dass sich die Behandelnden wohl fühlen, über Tod und Sterben zu sprechen
  - Kontinuität und gute Koordination in der Versorgung

# Shared decision-making

- Patienten-zentrierte Versorgung ist ein zentrales Paradigma in moderner Patienten-Versorgung
- Es ist ebenso wichtig wie Evidence Based Medicine
- Shared Decision Making ist der Kern der Patienten-zentrierten Versorgung und erfordert eine gute Kommunikation zwischen Patienten und Versorgern



# „Communication is Key“

Zuhören ist oft wichtiger als selbst reden

IdR redet der Arzt 90% der Zeit

Atul Gawande („The Checklist Manifesto: How to get things right“ und „Being Mortal: „Medicine and what matters in the end“)

CONVERSATION FLOW	PATIENT-TESTED LANGUAGE
<b>1. Set up the conversation</b> Introduce the idea and benefits Ask permission	<b>SET UP</b> “I’m hoping we can talk about where things are with your illness and where they might be going — <b>is this okay?</b> ”
<b>2. Assess illness understanding and information preferences</b>	<b>ASSESS</b> “What is your <b>understanding</b> now of where you are with your illness?” “How much <b>information</b> about what is likely to be ahead with your illness would you like from me?”
<b>3. Share prognosis</b> Tailor information to patient preference Allow silence, explore emotion	<b>SHARE</b> <b>Prognosis:</b> “I’m worried that time may be short.” or “This may be as strong as you feel.”
<b>4. Explore key topics</b> Goals Fears and worries Sources of strength Critical abilities Tradeoffs Family	<b>EXPLORE</b> “What are your most important <b>goals</b> if your health situation worsens?” “What are your biggest <b>fears and worries</b> about the future with your health?” “What gives you <b>strength</b> as you think about the future with your illness?” “What <b>abilities</b> are so critical to your life that you can’t imagine living without them?” “If you become sicker, <b>how much are you willing to go through</b> for the possibility of gaining more time?” “How much does your <b>family</b> know about your priorities and wishes?”
<b>5. Close the conversation</b> Summarize what you’ve heard Make a recommendation Affirm your commitment to the patient	<b>CLOSE</b> “ <b>It sounds like</b> _____ is very important to you.” “Given your goals and priorities and what we know about your illness at this stage, <b>I recommend...</b> ” “ <b>We’re in this together.</b> ”
<b>6. Document your conversation</b>	

Figure 1. | Serious Illness Conversation Guide.

# Schwierigkeit: Cognitive Dysfunktion bei CKD-Patienten

- CKD ist ein unabhängiger Risikofaktor für kognitiven Funktionsverlust bei älteren Menschen.
- Häufig:
  - CKD: 20% (Brit. Studie\*, N=132, mittl. Alter 55); 61% (Canad. Studie\*\*, N=385, mittl. Alter 68)
  - Dialyse: 13% normale Funktion, 14% milde, 36% moderate und 37% schwere Funktionseinbuße (amerik. Studie \*\*\*, N=374, Alter ≥55)
- Kognitive Funktionseinbußen beginnen früh und erschweren Kommunikation
- Funktionstestung erfordert Fingerspitzengefühl

# Zusammenfassung und „Was tun?“

- Vor allem im hohen Alter gibt es nicht die EINE Therapieoption, die für alle passt („one treatment does not fit all“)
- Comprehensive Conservative Care ≠ keine Therapie!
- Observationsstudien zeigen: wenn man CCC mit Dialyse vergleicht,
  - ist das Überleben im 1. Jahr gleich
  - scheint die QoL tendenziell bei Patienten, die CCC erhalten, besser.
- Wir brauchen Evidenz durch RCTs, da die nicht-Vergleichbarkeit zwischen den Gruppen die Ergebnisse aus Observationsstudien fraglich macht.

# Zusammenfassung und „Was tun?“

- Für eine Patienten-zentrierte Versorgung, sollten Gespräche über „advance care planning“ frühzeitig (St. IV!) starten
- Kognitive Funktionseinbußen sollten hierbei bedacht und auch häufiger getestet werden
- Wir brauchen mehr Kommunikations-Training in unserer Ausbildung
- Um CCC ernsthaft zu betreiben, brauchen wir eine bessere (intersektorale) Infrastruktur im Sinne von Patienten-Pfaden
- Hierfür bedarf es einer Übernahme in die Regelversorgung

Ansonsten bleiben Worte wie „shared decision making“, „Patientenzentriertheit“ und „multidisziplinäres Team“ reine „Buzz-words“.

**DANKE!**