

- ▶ Offene Besprechung der Prognose mithilfe von **Risikorechnern** bildet die Grundlage der Therapieplanung.
- ▶ Bei Alter über 80 Jahren und/oder schwerer Komorbidität können **konservative Behandlung und Dialyse** gleichwertige Optionen sein.
- ▶ Dialysebehandlung kann im „**Best Supportive Care**“-Setting patientenorientiert reduziert oder angepasst werden.



Palliative Nephrologie

Die Inhalte der Palliativmedizin sind auch in nicht-onkologischen Fachrichtungen wichtige Werkzeuge, um schwer erkrankten Menschen eine bessere Lebensqualität zu bieten. Doch obwohl z.B. bei einer (hämö)dialysepflichtigen chronischen Nierenerkrankung mit 55 % ein geringeres relatives 5-Jahres-Überleben als bei verschiedenen Malignomen (wie Mammakarzinom oder Kolorektalkarzinom) besteht^{1, 2}, ist das Bewusstsein für die Schwere der Erkrankung weder bei den Patient:innen noch bei den Ärzt:innen hinreichend gegeben. Abgesehen davon, dass das Fachgebiet Palliativmedizin der Onkologie entsprungen ist und noch vorsichtig in andere Fachrichtungen einwandert, gibt es weitere Gründe für diese Lücke: Schon der Begriff „Organersatztherapie“ gibt fälschlicherweise vor, dass mit der Dialyse ein Ersatz ohne Nachteile erfolgt. Dann erweckt der Begriff „Krebs“ in der Allgemeinbevölkerung am meisten Angst verglichen mit anderen lebensverkürzenden Erkrankungen³, wogegen eine „Niereninsuffizienz“ in den Statistiken fehlt sowie abstrakt (und weniger bedrohlich) klingt. Was die Lücken in der fachlichen Implementierung betrifft, so lassen sich die Prinzipien der onkologischen Palliativmedizin nicht direkt auf eine andere Fachrichtung anwenden: Der Krankheitsverlauf und die Art der Symptome unterscheiden sich bei nephrologischen Patient:innen oft von jenen mit onkologischen Grunderkrankungen⁴, aber Leitlinien zum Praktizieren von Palliativmedizin außerhalb der Onkologie sind rar – bei der schwe-

ren chronischen Nierenerkrankung beschränken sich diese meist auf die konservative Behandlung oder Beendigung der Dialyse. Zuletzt wird in nicht-onkologischen Facharztausbildungen fast nie zu palliativmedizinischen Themen geschult, was bei Ärzt:innen zu Unsicherheit beim Ansprechen von Sterben und Tod führt⁵. Trotzdem sind Patient:innen mit Nierenerkrankungen häufig mit einer hohen Symptomlast konfrontiert und profitieren von den gleichen Überlegungen, die bei Patient:innen mit onkologischen Grunderkrankungen angestellt werden.

Prognose abschätzen und besprechen

„Wie lang habe ich noch?“ – dieser Satz ist bei Ambulanzbesuchen von Patient:innen mit chronischer Nierenerkrankung häufig noch um „... bis ich an die Dialyse muss?“ verlängert. Die Prognose ist nicht nur für Patient:innen von großer Wichtigkeit, sondern macht uns behandelnden Ärzt:innen bewusst, welche Therapieoptionen sinnvoll sind.

Hier helfen Rechner: Die Kidney Failure Risk Equation (KFRE) hat den Weg sogar in die Leitlinie der Internationalen Gesellschaft für Kidney Disease: International Global Offensive (KDIGO) geschafft. Die KFRE gibt auf Basis des Alters, des biologischen Geschlechts, der aktuellen glomerulären Filtrationsrate und der Albuminausscheidung im Harn (Albumin/Kreatinin-Ratio) die Wahrscheinlichkeit an, mit der man in



Dr.ⁱⁿ Judith Böhm, BA

6. Medizinische Abteilung mit Nephrologie und Dialyse, Klinik Ottakring, Wien



Univ.-Prof.ⁱⁿ DD^{r.} Eva Katharina Masel, MSc

Klinische Abteilung für Palliativmedizin, Universitätsklinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien

den nächsten 2 bzw. 5 Jahren eine dialysepflichtige Nierenerkrankung entwickelt⁶. Eine frühzeitige Prognoseabschätzung selbst bei erst mittelgradiger Nierenerkrankung schafft Möglichkeiten für Fragen und Prioritätensetzung durch die Patient:innen. Nähern Patient:innen sich dem Beginn einer Dialyse, kann z.B. mithilfe des Cohen-Models die 6-Monats-Mortalität an der Dialyse abgeschätzt werden⁷. In diesen Rechner fließen jene Variablen ein, welche mit einer schlechten Prognose assoziiert sind, wobei das Vorhandensein einer peripheren arteriellen Verschluss-erkrankung (pAVK) als stärkster Prädiktor für höhere Mortalität an der Dialyse gilt⁸.

Weitere prognostisch ungünstige Faktoren sind:

- die in der Palliativmedizin wohlbekannte „Surprise Question“ („Wären Sie überrascht, wenn die:der

Patient:in in den nächsten 12 Monaten stirbt?“ – Antwort: „Nein“)

- ein Serum-Albumin unter 25 g/L (assoziiert mit schlechtem Ernährungsstatus und Frailty)
- hohes Alter und
- das Vorliegen einer Demenzerkrankung

Auch außerhalb von geplanten Kontrollterminen kann ein Bewusstsein für die genannten Faktoren helfen, nephrologische Patient:innen mit eingeschränkter Prognose z.B. im stationären Bereich zu identifizieren.

Basierend auf diesen validierten Scores kann eine Diskussion über Optionen bei weiterem Fortschreiten der chronischen Nierenerkrankung initiiert werden. Dabei sollten Prognose bis zur Dialyse und Prognose in Bezug auf die verbleibende Lebenszeit gleichermaßen besprochen werden.

Transplantation, Dialyse oder konservative Behandlung

Wo bei selbstständigen, körperlich fitten Menschen eine Transplantation angestrebt oder die Peritonealdialyse besprochen wird, kommen bei Patient:innen mit zahlreichen Grunderkrankungen, fortgeschrittenem Alter und/oder hoher Frailty meist nur die Hämodialyse und die konservative Behandlung in Frage. Bei Patient:innen mit fortgeschrittenem Alter (> 75 Jahre mit signifikanten Komorbiditäten wie koronare Herzkrankheit bzw. > 80 Jahre unabhängig von Komorbiditäten) ist ein Überlebensvorteil bei der Dialysebehandlung nicht mehr nachweisbar⁹. Deshalb sollten insbesondere in dieser Gruppe eine Dialysebehandlung und eine konservative Behandlung als gleichwertige Optionen angeboten werden – jede bringt eigene Belastungen mit sich. Konservativ behandelte Patient:innen haben eine höhere Symptomlast als Patient:innen unter Hämodialyse (besonders bezüglich Erschöpfung, Juckreiz, Schwindel und Atemnot). Dafür lässt sich häufig noch etwas länger die gewohnte Lebens-

qualität erhalten, da im Vergleich zur Dialyse nur ein Bruchteil der Vorstellungen im Krankenhaus notwendig ist und Patient:innen häufiger im häuslichen Umfeld anstatt im Spital versterben⁸. Auch eine konservative Behandlung ist ein aktiver Prozess: Bei regelmäßigen Kontrollterminen in der Fachambulanz werden Symptome erhoben und gezielt behandelt. Die Behandlungsstrategien unterscheiden sich hier kaum von jenen vor Eintritt einer terminalen Nierenerkrankung, aber die Einstellung der Medikamente erfolgt primär symptomorientiert. Im Rahmen der Festlegung des Therapieziels sollte ganz besonders bei der konservativen Behandlung erfragt werden, wie die Patient:innen bei deutlicher körperlicher Verschlechterung oder Eintritt der Sterbephase versorgt werden möchten, im Idealfall gemeinsam mit nächsten An- und Zugehörigen. Sollten gewisse Maßnahmen strikt abgelehnt werden, ist neben einer hausinternen Dokumentation das Erstellen einer Patientenverfügung nahezulegen, da bei Notfällen nicht immer ein Transport in das gewünschte Krankenhaus erfolgen kann. Umgekehrt kann auch bei initialer Ablehnung einer Dialyse auf Patientenwunsch später eine Dialysebehandlung erfolgen, z.B. bei erdrückender Symptomlast, welche sich durch Dialyse bessern lassen könnte, wie bei einer diuretikarefraktären Hypervolämie mit Atemnot¹⁰.

Nach Start einer Hämodialyse berichten besonders ältere Patient:innen von einer gleichzeitig einsetzenden Dauererschöpfung und damit einhergehend von einer starken Einschränkung ihrer Lebensqualität. Blutdruckabfälle während der Behandlungen und Komplikationen mit Dialysezugängen werden als kraftraubend wahrgenommen; auch Kontrollverlust und enttäuschte Erwartungen an die Dialyse können Patient:innen belasten⁸. Vorteilhaft ist hingegen die engmaschige medizinische Kontrolle aufgrund der regelmäßigen Behandlungen, wie z.B. die einfachere Einstellung des Volumenstatus, da bei den Dialysebehandlungen auch freies Wasser aus dem Körper abgepresst

wird (Ultrafiltration). Auch psychosoziale Probleme werden dank der oft vertrauten Beziehung zu hauptbehandelnden Pflegekräften schneller erkannt und es fällt leichter, eine multiprofessionelle Patientenversorgung anzubieten – so können Ernährungsberatungen, sozialarbeiterische Beratungen oder psychologische Gespräche während der Dialysebehandlung stattfinden.

Entscheiden sich betagte und/oder multimorbide Patient:innen für die Dialyse, sollte einige Wochen bis Monate nach Dialysestart über die Lebensqualität unter der Dialyse gesprochen werden. Unter Umständen kann von vornherein ein Dialyseversuch auf begrenzte Zeit vereinbart werden, um den Selbstläufereffekt zu verhindern¹⁰.

Anpassung von Dialysevorschrift, Medikation, Zugang

Die Standardvorschrift für Dialysebehandlungen beträgt 4 Stunden, dreimal wöchentlich. Dieses Regime hat zum Ziel, gemeinsam mit einer rigorosen medikamentösen Einstellung (z.B. zur Optimierung des Knochenstoffwechsels oder Senkung des Blutdrucks) die Mortalität zu senken. Auch ist ein hoher Anteil an Shunts für Dialysezentren ein Qualitätskriterium, weil sich bei Dialyse über den Shunt eine höhere Dialysequalität ergibt und Katheter z.B. mit einer höheren Rate an Bakteriämien assoziiert sind¹¹. All diese Metriken richten sich nach dem Therapieziel einer maximalen Lebensverlängerung – im Umkehrschluss müssen bei einem anderen Therapieziel auch andere Metriken herangezogen werden¹².

Verschiedene Aspekte können bei Patient:innen mit eingeschränkter Prognose titriert werden, je nachdem, welche Voraussetzungen sie haben:

1. Die Frequenz der Dialyse kann reduziert werden. In einer vierstündigen Dialysebehandlung können, je nach Körpergewicht und Resilienz des Kreislaufes der Patient:innen, maximal ►

3–3,5 l Wasser entfernt werden. Liegt die Gewichtszunahme in Form von Wasser zwischen den Dialysen weit darunter und bleibt das Serum-Kalium dabei in einem ungefährlichen Bereich, kann die Frequenz auf zweimal wöchentlich, bei ausgezeichneter Restfunktion sogar auf einmal wöchentlich reduziert werden. Hierfür kommen also Patient:innen mit ausreichend residueller Harnproduktion in Frage.

2. Die Dauer der Dialyse kann reduziert werden. Bei anurischen Patient:innen ist das Auslassen einer Dialysebehandlung meist nicht ohne Überwässerung oder Entwicklung einer Hyperkaliämie zwischen den Behandlungen möglich. Stattdessen kann also die Dauer der Behandlung je nach Gewichtszunahme angepasst werden – bei geringer Gewichtszunahme wird nur kurz behandelt.

3. Auf die Anlage eines Shunts kann verzichtet werden. Bei eingeschränkter Lebenszeit können Krankenhausaufenthalte zur operativen Anlage eines Shunts sowie zur Behandlung potenzieller Komplikationen die Lebensqualität einschränken – insbesondere bei Patient:innen mit einem prognostizierten Überleben unter 12 Monaten. Weiters ist die Shuntreife, also der muskuläre Gewebsumbau in der anastomosierten Vene, im hohen Alter deutlich verlangsamt. Somit kommt es bei manchen Patient:innen womöglich während ihrer Lebenszeit gar nicht zu einer suffizienten Shuntreife für die Dialyse¹².

4. Die Begleitmedikation kann reduziert werden. Insbesondere die Einstellung des Calcium-Phosphat-Haushalts kann bei Patient:innen herausfordernd sein, weil oft mehrere Phosphatsenker zu jeder Mahlzeit eingenommen werden müssen und dies maßgeblich zur Tablettenlast beiträgt. Ist in der prognostizierten Lebenszeit nicht mit relevanten Komplikationen des Knochenstoffwechsels zu rechnen,

können die Medikamente mehr Belastungen als Vorteile bringen und deshalb abgesetzt werden¹².

Bei langsam und konstant fortschreitendem Krankheitsverlauf kann es schwierig sein, den richtigen Moment für eine Therapieanpassung zu finden. Durch aufmerksame Beobachtung können Warnzeichen erkannt werden: Mehr als 2 (ungeplante) Krankenhausaufenthalte in den vergangenen 6 Monaten, unzureichende Selbstfürsorge, zunehmende Einschränkung in den Aktivitäten des täglichen Lebens oder ein Gewichtsverlust von mehr als 10 % in den vergangenen 6 Monaten signalisieren eine Näherung des Lebensendes¹³. Diese Signale können als Auslöser für eine Besprechung des Therapieziels hergenommen werden.

Dialysebeendigung

Bei der Dialysebehandlung gibt es keine absolute Kontraindikation – lediglich die Ablehnung der Therapie durch die:den Patient:in oder deren gesetzlich definierte Erwachsenenvertretung bzw. das Vorliegen einer Patientenverfügung müssen nach entsprechender Aufklärung zum Abbruch der Behandlung führen. Besteht ein schwerster, irreversibler neurologischer Schaden ohne Zeichen des Ausdrucks von Gedanken, Gefühlen oder Wahrnehmung der Umwelt, ist ein Abbruch der Dialysebehandlung auch empfohlen. Erwägen kann man eine Dialysebeendigung, wenn aufgrund technischer oder medizinischer Gründe keine sichere Behandlung mehr möglich ist (z.B. das selbstständige Entfernen von Shuntadeln aufgrund von fortgeschrittener Demenz)¹⁰.

Gerade langjährige Dialysepatient:innen wünschen selbst am nahenden Lebensende oft keine Beendigung der Dialyse, auch wenn medizinisch kein eindeutiger Vorteil besteht. Viele betagte Personen sind sozial isoliert und der Gang zur Dialyse stellt eine ihrer wenigen sozialen Interaktionen dar. Außerdem bilden sich durch die wiederholten Behandlungen häufig Freundschaften zwischen den

Patient:innen. Ein weiterer Grund, weshalb Patient:innen trotz hoher Belastung die Dialyse weiterführen wollen, ist die Angst davor, im Stich gelassen zu werden. Mit einer guten palliativen Heimversorgung wäre dies zu umgehen, aber aufgrund der engen persönlichen Beziehung zum Dialysebehandlungsteam besteht nicht selten der Wunsch, vom selben Team bis zum Lebensende behandelt zu werden.

Dialysepatient:innen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen im Besonderen können unterschiedliche Zugänge zur Dialysebeendigung haben: Während manche die Dialyse bis zum vermutlich Malignom-assoziierten Tod weiterführen möchten, sehen andere die Dialysebeendigung als ein Mittel, die Kontrolle über ihren Todeszeitpunkt zu behalten⁸.

Zusammenfassung

Patient:innen, insbesondere mit einer fortgeschrittenen chronischen Nierenerkrankung und höherem Alter, profitieren von palliativmedizinischen Werkzeugen. Die offene Besprechung der Prognose, gestützt durch Risikorechner, bildet den Grundstein für die patientenorientierte Therapieplanung. Bei einem Alter über 80 Jahren und/oder schweren Komorbiditäten können die konservative Behandlung und die Behandlung durch Dialyse in Hinblick auf die Überlebenszeit gleichwertig sein. Bei Dialysepatient:innen im Speziellen können je nach Symptomlast und persönlichem Ziel die Dialysevorschrift, der Zugang und die Begleitmedikation – bis hin zur Beendigung – angepasst werden. ■

- 1 Naylor KL et al., Am J Kidney Dis 2019; 73 (6): 765–76
- 2 Nordio M et al., Am J Kidney Dis 2012; 59 (6): 819–28
- 3 Watson R et al., BMC Public Health 2023; 23 (1): 876
- 4 Lunney JR, JAMA 2003; 289 (18): 2387
- 5 Holley JL et al., Am J Kidney Dis 2003; 42 (4): 813–20
- 6 Kidney Failure Risk Equation, <https://kidneyfailure.risk.com>
- 7 Cohen LM et al., Clin J Am Soc Nephrol 2010; 5 (1): 72–9
- 8 Brown EA et al., Oxford University Press 2012, doi:10.1093/med/9780199695690.001.0001
- 9 O'Connor NR, Kumar P, J Palliat Med 2012; 15 (2): 228–35
- 10 Rockville M, Renal Physicians Association 2010
- 11 Tentori F et al., Semin Dial 2019; 32 (5): 391–5
- 12 Lawson JH et al., Nat Rev Nephrol 2020; 16 (10): 586–602
- 13 Palliative Nephrologie, Dustri-Verlag 2021