

KRANKENVERSICHERUNG

- > Interview Andreas Storm
- > Gesundheitspolitik nach den Wahlen
- > Hilfsmittelberatung
- > Perspektiven Dialyseversorgung

Ausgabe 9 | 2017

Sonderdruck des Beitrags

Assistierte Dialyse – eine Perspektive für Deutschland

www.welt-der-krankenversicherung.de

Der Herausgeberbeirat:

Bettina am Orde

Georg Baum

Jürgen Brennenstuhl

Dr. Rainer Daubenbüchel

Prof. Dr. Dr. Alexander P.F. Ehlers

Roland Engehausen

Ulf Fink

Birgit Fischer

Dr. Rainer Hess

Dr. Volker Leienbach

Claus Moldenhauer

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Dr. Robert Paquet

Dr. Uwe K. Preusker

Dr. Mani Rafii

Prof. Dr. Herbert Rebscher

Joachim M. Schmitt

Prof. Dr. Eberhard Wille

Herausgegeben von Rolf Stuppardt



Dr. Agnieszka Raddatz,
Projektkoordination



Kerstin-Brigitte Iseke,
Netzwerk Assistierte Dialyse



Ursula Oleimeulen,
Netzwerk Assistierte Dialyse



Prof. Dr. med. Wolfgang Pommer,
Netzwerk Assistierte Dialyse

Assistierte Dialyse – eine Perspektive für Deutschland

Die Alterung der Gesellschaft stellt das Gesundheitssystem vor neue Herausforderungen. Insbesondere die Versorgung von chronisch Kranken und multimorbiden Patienten bedarf neuer Betrachtung, um die Qualität der Versorgung auf dem gewohnt hohen Niveau zu erhalten. Neben der klinischen Perspektive rücken dabei die Fragen nach der Organisation der Versorgung in den Vordergrund; Konzepte zur Versorgung von älteren Patienten in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung gewinnen an Bedeutung. Am Beispiel der Dialyse befassen sich unsere Autoren eingehend mit dem Status Quo der Versorgung und zeigen mit dem Ziel effektiver, effizienter und patientengerechter zu versorgen, praktikable Perspektiven auf.

Weitere Autoren
(in alphabetischer Reihenfolge):
Prof. Dr. Mark Dominik Alscher,
Vorstand der Deutschen Gesellschaft für
Nephrologie/DGfN
Priv.-Doz. Dr. Horst-Walter Birk,
PHV Gießen

Prof. Joachim Gloy,
Nephrocare Hamburg Süderelbe
Dr. Ulrike Heuer,
via medis Nierenzentrum Bremerhaven
Dr. Benno Kitsche,
KfH Neu Isenburg
Dr. Thiemo Pfab,
Diaverum Potsdam

Das terminale Nierenversagen (ESRD/End-Stage Renal Disease) ist eine chronische, nicht heilbare Erkrankung und die betroffenen Patienten sind entweder auf eine Nierentransplantation oder auf eine lebenslange Nierenersatztherapie (Hämodialyse/HD bzw. Peritonealdialyse/PD) angewiesen.

Die Schätzungen der aktuellen Dialysepatientenzahlen in Deutschland schwanken zwischen 80.000 und 85.000 Patienten¹. Das entspricht einer Prävalenz von rund 975–1036 Patienten pro Million Einwohner – einer der höchsten im europäischen Vergleich.² In Deutschland, ähnlich wie in vielen anderen Ländern, kann der Trend einer Zunahme der Inzidenz und Prävalenz des terminalen Nierenversagens, insbesondere bei

älteren Patienten mit einer höheren Komorbidität, beobachtet werden. Die Zahlen der Dialysepatienten steigen seit einem Jahrzehnt stets mit einer durchschnittlichen Wachstumsrate von rund 2 Prozent; der Anteil der älteren (75 Jahre und älter) und multimorbiden Patienten wächst jedoch stark überproportional (3–4 Prozent).³

¹ In Deutschland, im Gegensatz zum Resteuropa, gibt es derzeit kein Register zur Versorgung terminal niereninsuffizienter Patienten, daher sind alle Schätzungen mit einem Fehlerisiko behaftet; vgl. Jahresbericht 2015 des Datenanalysten zur Qualität der Dialyse gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL). Der Bericht geht von 84.451 dialysepflichtigen Patienten aus.

² Vgl. Kleophas, W. et al, Int J Health Care Finance Econ (2007)/ERA-EDTA Registry Annual Report 2015 (Published in 2017).

³ Vgl. Klein, S. et al.: (2014), S. 103.

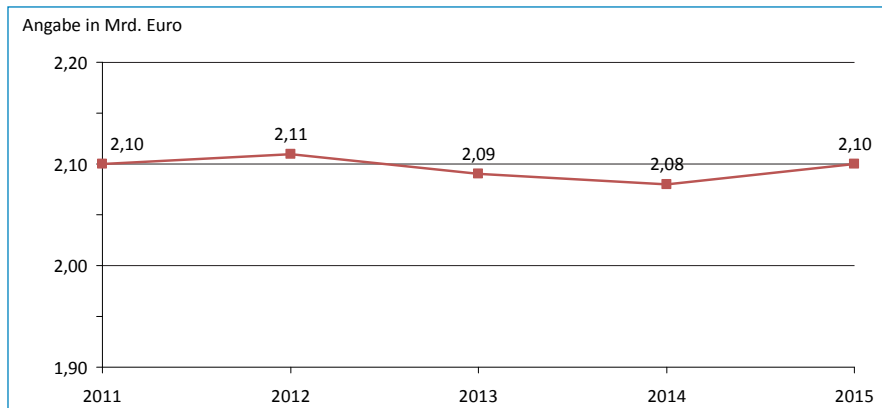


Abb. 1: Ausgaben für Dialyse
Quelle: GKV SV 2017.

Nierenersatzverfahren gehören heute zu den kostspieligsten Behandlungen in der Versorgung. Die Jahrestherapiekosten von Nierenersatztherapien für die GKV belaufen sich gemäß Schätzungen auf 40.000 bis 55.000 EUR pro Patient (je nach Rechnungsperspektive und in Abhängigkeit der individuellen Gesundheitssituation des Patienten).⁴

Die Vergütung für die Nierenersatztherapien ist pauschalisiert. Das System der wöchentlichen Pauschalen-Abrechnung wurde bereits 2002 eingeführt mit der Zielsetzung, die wachsenden Kosten in dieser Therapieart einzudämmen, bei jedoch gleichzeitiger enger Qualitätskontrolle (seit 2009).⁵ Diese Versorgungsziele kann man als erfüllt ansehen: die Qualitätsvorgaben werden erfüllt⁶ und die Kosten für Dialyse für die GKV steigen nicht (Abb. 1) – ganz im Gegenteil zu den tatsächlich anfallenden Kosten (Wasser-, Energie- und Personalkosten sind seit der Festschreibung der Dialysepauschalen deutlich angestiegen und wurden nur unter erheblichen Anstrengungen durch nephrologische Zentren kompensiert).

Mit einer weitgehenden Vereinheitlichung der Vergütung für unterschiedliche Dialysemodalitäten (HD und PD) wurde darüber hinaus die explizite gesundheitspolitische Zielsetzung verfolgt, den Anteil der Heimdialysepatienten zu erhöhen und das Selbstmanagement der Erkrankung durch die Patienten zu stärken.⁷ Dieses Ziel wurde nicht zufriedenstellend erfüllt.

Den aktuellen Schätzungen zufolge, werden heute nur rund 5.500 Patienten mit der Peritonealdialyse behandelt. Dieser Anteil an der Gesamtzahl der Patienten (rund 6,5 Prozent)⁸ ist ein Resultat von einem durchschnittlichen 5,0–5,5 Prozent jährlichen Wachstum in

der letzten Dekade, entspricht jedoch nicht dem tatsächlichen Potential für Heimdialyseverfahren in dieser Indikationsgruppe in Deutschland.⁹

Das System der Pauschalvergütung scheint (trotz aller positiven Effekte) eine beträchtliche Hürde für die Weiterentwicklung der Versorgungskonzepte für die Dialysepatienten zu etablieren. Die fehlende Transparenz über die Kostenverläufe bei Patientensubgruppen macht es unmöglich, die finanziellen Folgen des aktuellen Wandels in den Patientencharakteristika (= älter, multimorbide)¹⁰ zu erkennen. Ohne eine individualisierte Betrachtung der Kosten und der Bedürfnisse der Patienten können jedoch die neuen Herausforderungen in der Versorgung nicht adäquat adressiert werden; effiziente Versorgungslösungen können nicht auf ein solides Zahlenfundament gestellt werden.

Dieser Sachverhalt liefert vielleicht eine mögliche Erklärung für die Resistenz des deutschen Versorgungssystems gegenüber **assistierter Peritonealdialyse (assisted PD, aPD)**, einer Behandlungsoption, die in vielen europäischen Ländern bereits seit langem in der Versorgungsarchitektur fest verankert ist. Das wachsende Interesse an aPD europaweit hat im letzten Jahrzehnt zu einer steigenden Zahl von wissenschaftlichen Publikationen und zur Standardisierung dieser Versorgungsoption beigetragen.¹¹ Nach fachlich anerkannten Definitionen ist die aPD als eine Form der Peritonealdialyse und als eine Behandlungsalternative für diejenigen Patienten anzusehen, die aus medizinischen Gründen für die Peritonealdialyse geeignet wären (oder für welche diese sogar die bessere Therapie darstellen würde¹²), jedoch aus nicht-medi-

zinischen Gründen mit der Hämodialyse behandelt werden.

Insbesondere bei älteren Patienten kommen nicht-medizinische Gründe bei der Wahl der Behandlungsoption häufig ins Spiel. Höheres Alter ist häufig mit Verlust von physischen Funktionen (Kraft, Geschicklichkeit, Tremor oder Deformation der Hände, Sehkraft oder Gehör) verbunden.¹³ Darüber hinaus können ältere Patienten unter kognitiver Dysfunktion leiden. Nach Ansicht der ERBP-Expertengruppe schließen diese Probleme jedoch nicht a priori die Anwendung der PD als Nierenersatztherapie (RRT) aus.¹⁴

Die Zielsetzung von aPD ist in den europäischen Versorgungssystemen einheitlich: Lebensqualität, Autonomie und die Selbstbestimmung der Patienten stärken, vermeidbare Modalitätswechsel (von PD zu HD) reduzieren,

4 Die Schätzung beinhaltet Sachkostenpauschalen, Kosten der ärztlichen Leistung, Medikationskosten, Transportkosten der Patienten/ Vgl.: DGfN <http://www.dgfn.eu/presse/downloadbereich/dialyse.html>; Klein, S. et al. (2014); Kleophas, W. et al., Int J Health Care Finance Econ (2007)

5 G-BA (2006/2010): Die Qualitätssicherungs-Richtlinie ist für alle Dialyseeinrichtungen verpflichtend. Die Behandlungsqualität wird anhand der Laborparameter Kt/V bzw. wKt/V, Hgb., sowie der Dialyседauer und -frequenz überprüft

6 Jahresbericht 2015 des Datenanalysten zur Qualität der Dialyse gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (QSD-RL); vgl. auch Kleophas, W. et al., Kidney International (2013).

7 Unter Berücksichtigung der medizinischen Möglichkeiten ist ein möglichst hoher Anteil an Heimdialyse bzw. Zentralisierter Heimdialyse anzustreben. Vgl. Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGBV zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) vom 16. Juni 1997 in der Fassung vom 1. April 2014.

8 In Bezug auf die Prävalenz der Dialyse laut Jahresbericht 2015 des Datenanalysten (QSD-RL).

9 Vgl. dazu: Laut dem aktuellsten ERA-EDTA Registry Annual Report 2015 (Published in 2017) schwankt der Anteil der PD-Patienten in der Dialyse von 3 % in Rumänien bis 32 % in Schweden (in nur 4 der befragten europäischen Ländern liegt er unter 10 %)/Vgl. auch Machowska et al., Int J Artif Organs 2016; Robinski, M. et al., (CORETH) NDT (2017); Mendelsohn, D. C., NDT (2009).

10 Machowska, A. et al. Int J Artif Organs 2016.

11 Vgl. dazu z.B.: Brown, E. A. et al in: CJASN (2016); Hiramatsu M. Perit Dial Int (2007); Dimkovic, N. et al, Int Urol Nephrol (2008); Povlsen JV. et al., Perit Dial Int (2008).

12 Béchade, C. et al.: Peritoneal Dialysis International (2015).

13 Aydede et al.: BMC Nephrology (2014); Dimkovic, N., et al., Peritoneal Dialysis International (2000).

14 Covic, A. et al.: NDT Plus (2010).

nicht-medizinische Kosten der Versorgung (u. a. Patiententransporte) vermeiden bzw. in die Pflegekosten umwidmen.

Diese Ziele sind auch im deutschen Versorgungssystem sehr erstrebenswert.

Assistierte PD vor dem Hintergrund der heutigen Behandlungsoptionen

Entgegen dem europaweiten Trend zur Stärkung der Heimtherapien bei ESRD-Patienten wird aPD in Deutschland zur Zeit nur im Rahmen von Einzelfallentscheidungen mit einer Handvoll Patienten umgesetzt – auf der Grundlage von individuellen Entscheidungen der Krankenkassen. Es existiert kein Standard in der Pflege oder Behandlung der aPD Patienten.

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird die Nierenersatztherapie in Deutschland unter persönlicher Verantwortung des Arztes durchgeführt und kann aktuell folgende Dialysearten umfassen (Tab. 1):

Im Lichte der in Deutschland etablierten Dialyseverfahren und des Vorschlages der ERBP Expert Group kann assistierte PD als eine Variante der Peritonealdialyse (CAPD, APD) angesehen werden, erweitert um eine pflegerische Komponente. Somit handelt es sich hier um einen sektorenübergreifenden Ansatz; das Wesentliche und das Besondere an dieser Therapieoption ist nicht im medizinischen, sondern im organisatorischen und koordinativen Aufwand begründet.

Blick nach Frankreich¹⁶

Unter den europäischen Modellen der Versorgung mit assistierter PD verdient das französische Vorbild eine besondere Beachtung – nicht nur weil Frankreich als „Erfinder“ dieser Modalität inzwischen über eine rund 40-jährige Erfahrung (seit 1977) auf diesem Gebiet verfügt, sondern auch, weil assistierte PD in Frankreich sehr gut etabliert ist: In Frankreich werden 76 Prozent PD-Patienten über 75 Jahre mit assistierter PD behandelt.¹⁷ Dank des FRENCH LANGUAGE PERITONEAL DIALYSIS REGISTRY (RDPLF) ist darüber hinaus die klinische Evidenz aus dem real-life-setting zu aPD umfassend und – bedingt durch lange Beobachtungszeiträume und beträcht-

Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxisdialyse einschl. Sonderverfahren (z. B. Hämo-filtration, Hämodiafiltration)

Es werden Patienten behandelt, die für eine selbständige bzw. weitgehend selbständige Durchführung der Dialyse nicht geeignet sind und einer ständigen ärztlichen Überwachung bedürfen.

Kontinuierliche Peritonealdialyse-behandlung (CAPD, CCPD bzw. APD), Heim-Hämodialyse

Behandlungsoption für Patienten, die geeignet sind, nach besonderer Ausbildung die Dialyse selbständig durchzuführen.

Zentralisierte Heimdialyse (ehemals Limited-Care-Dialyse)

Es werden Patienten behandelt, die geeignet sind, die Dialyse in Gemeinschaft mit anderen Patienten mit Unterstützung durch hierfür ausgebildetes Personal durchzuführen (keine Arztpräsenz).

Intermittierende Peritonealdialysebehandlung (IPD) als Praxisdialyse

Behandlungsoption für Patienten als Bridging-Verfahren, die für eine selbständige Durchführung der Peritonealdialyse nicht bzw. vorübergehend nicht geeignet sind oder einer ständigen ärztlichen Überwachung bedürfen.

Abb. 2: Abrechenbare Dialysemodalitäten/Dialysemodalität im EBM
Quelle: Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM, Stand 2017/2.

liche Patientenzahlen – sehr belastbar.¹⁸ Obwohl wegen unterschiedlicher Systembedingungen die Adaptionen ausländischer Versorgungsmodelle nur limitiert möglich sind, geben die Erfahrungen aus Frankreich wichtige Anregungen her.

Das erfolgreiche französische Versorgungsmodell liefert Antworten auf alle zentralen Fragen eines sektorenübergreifenden Ansatzes: Nach einer effektiven Verteilung der Zuständigkeiten, einer koordinierten Kommunikation, einem flexiblen, individualisierten Leistungsumfang, einer kosten-deckenden Vergütung und einem Anreizsystem für Patienten, autonom zu bleiben und die Therapie in die eigenen Hände zu nehmen.

Klinische Evidenz aus Frankreich belegt, dass durch die Etablierung eines strukturierten aPD-Programms der Anteil der Patienten, behandelt mit der Modalität „Peritonealdialyse“, signifikant vergrößert werden kann, die „technique failures“ reduziert werden können und daher eine längere Behandlung mit PD ermöglicht wird.¹⁹

Herausforderungen in Deutschland²⁰

Der Blick nach Frankreich sowie die Analyse der Publikationen aus anderen Ländern mit etablierten aPD-Programmen ermöglichen einen Versuch der Deutung der aktuellen Situation in Deutschland und machen die vorhandenen Hürden für die Verbreitung die-

ser Behandlungsoption deutlich. Diese Hürden sind vielfältig und liegen auf vielen Ebenen der Versorgung. Die, aus der Sicht der Autoren, wichtigsten davon, werden im Folgenden zusammengefasst.

System der pauschalen Vergütung verschleiert die Bedürfnisse und Versorgungskosten von Patientensubgruppen

Die versorgungsorganisatorischen Aspekte sowie die Leistungsvergütung spielen nicht nur bei der Wahl der Dialysemodalität (HD versus PD), sondern auch bei der Entscheidung für die aPD als Therapieoption europaweit eine wichtige Rolle. Es kann angenommen werden, dass die Vorteile von aPD insbesondere in nicht-pauschalen Vergütungsmodellen „gut sichtbar“ werden, in welchen eine ausreichende Transparenz über individuelle Kostenverläufe gegeben ist.²¹ Ohne diese Transparenz besteht weitgehend keine Handhabe,

15 Nur Erwachsene.

16 Auskünfte ALTIR (Association Lorraine Traitement Insuffisance Renale); vgl. dazu: Dratwa, M.: Kidney International (2008); Béchade, C. et al., Peritoneal Dialysis International (2015).

17 Vgl. Dratwa, M. Kidney Int.I (2008); Béchade, C. et al. Peritoneal Dialysis International (2015).

18 Verger, Ch. et al: NDT (2007); Castrale C. et al. NDT (2010).

19 Vgl. Béchade, C. et al.: Peritoneal Dialysis International (2015), Castrale C, et al. NDT (2010).

20 Vgl dazu auch: Klein, S. et al.: (2014).

21 Vgl. Kidney Health for Life (KH4L)/Chronic Kidney Disease Multinational Inventory/March 31, 2014.

bestimmte Subgruppen von Patienten zu betrachten, um deren Bedürfnisse oder Optimierungspotentiale zu analysieren. Eine zusätzliche Herausforderung bildet hierbei die nahezu vollständige Übertragung des finanziellen Risikos auf die Nierenzentren (NZ) in Deutschland: In dieser Situation, in der bereits laufende Kostenentwicklungen (z. B. Energiekosten, Gehälter) durch die Praxen „abgefangen“ werden müssen, entstehen schlicht und einfach keine Spielräume, um Neues zu etablieren und zu finanzieren.

Mangelnde holistische Kostenbetrachtung in der Dialyse

Wer heute die Kostenkalkulationen für die Dialyse durchführt, orientiert sich vor allem an den Sachkostenpauschalen und ärztlicher Vergütung; weitere wichtige Kostenarten, wie Medikations- und Transportkosten (die Anfahrtkosten der Patienten zum Dialyseort) fließen in aller Regel in die Wirtschaftlichkeitsüberlegungen nicht ein.²²

Dialyseverfahren gehören zu den wenigen Behandlungen, bei welchen Transportkosten grundsätzlich übernommen werden. Die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung haben Anspruch auf Übernahme der Fahrtkosten in begründeten Fällen (§ 60 SGB V); Fahrten zu einer ambulanten Behandlung dürfen die Krankenkassen jedoch nur in besonderen Ausnahmefällen übernehmen, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt hat. Das trifft auf die Fahrten zur ambulanten Dialysebehandlung zu.²³

Anfahrtskosten sind somit zusätzliche Kosten, die in Bezug auf die Bewertung der Therapiemodalität und die Vorteile von aPD, eine wichtige Rolle spielen. Diese Kosten werden heute außer Acht gelassen; selbst Publikationen, welche sehr detailliert auf die Dialyse-Versorgungskosten in Deutschland eingehen²⁴ vermögen sie nicht näher zu spezifizieren. Dabei zeigen Erhebungen aus dem Ausland²⁵, dass innerhalb der Patientenpopulation erhebliche Unterschiede in dieser Kostenart bestehen. Einerseits resultieren sie aus der Länge der Fahrstrecken (= steigen proportional zur Entfernung zum Dialyseort) andererseits benötigen ältere oder multimorbide Patienten häufiger kostspielige Spezialtransporte. Unabhängig von der Belastung, die Fahrten zu Dialyseein-

richtungen für Patienten verursachen, bilden Transporte eine beträchtliche und schnell wachsende Kostenart im GKV-System: laut Angaben der GKV-SV stiegen die Kosten der Patiententransporte in 2016 mit 4,8 Prozent gegenüber dem Vorjahr (zum Vergleich: die Ausgaben für die Dialyse sind im gleichen Zeitintervall mit 1,4 Prozent zurückgegangen), der Kostenanstieg im Q1 2017 (im Vergleich zum Q1 2016) wurde auf 5,6 Prozent beziffert.²⁶

Sektorenübergreifende Versorgungsmodelle

Sektoren-Übergreifende Modelle bilden in allen Bereichen der Versorgung eine große Herausforderung, denn die mit ihnen verbundenen Initiations- und Koordinationskosten fügen sich schlecht in die vorhandenen, etablierten Vergütungsstrukturen ein. Die Initiation aber auch eine dauerhafte Verwaltung von intersektoralen Schnittstellen ist mit einem beträchtlichen organisatorischen Können und Aufwand verbunden. Eine effektive Versorgung der Patienten mit aPD setzt eine genau abgestimmte Zusammenarbeit der Nierenzentren (NZ) (besonders der Nephrologen und des Pflegepersonals des NZ) mit der Pflegekraft vor Ort voraus. Das aktuelle Fehlen von etablierten Versorgungskonzepten bzw. organisatorischen Blaupausen erschwert erheblich die Entscheidung für diese Versorgungsoption. Die logistische Aufgabe hinter aPD liegt jenseits der Kernkompetenz der Leistungserbringer und NZ betreten mit der aPD ein organisatorisches Neuland.

Eine weitere Hürde bildet die Fragmentierung der Leistungen in der Pflege, gepaart mit der Volatilität des Pflegemarktes

Die öffentlich breit diskutierten Probleme des Pflegesektors werden auch im Kontext eines aPD-Programms deutlich. Der ambulante Pflegemarkt ist stark fragmentiert: heute steht den nephrologischen Zentren bzw. den interessierten aPD-Patienten als mögliche Ansprechpartner eine beachtliche Anzahl von 13.323 (DESTATIS 2015) ambulanten Pflegediensten gegenüber. Die Zahl der Menschen, die pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (SGB XI) sind, wuchs in letzten zwei Dekaden jährlich mit ca. 6–9 Prozent²⁷ deutlich schneller als das Angebot an

ambulanten Pflegekräften. Als Ergebnis klaffen (regional und sektoral unterschiedlich ausgeprägte) Lücken bei der Besetzung der Pflegepositionen; die auffallend kurze Verbleibdauer im Pflegeberuf (Schätzungen gehen hier von ca. 6,5–13 Jahren aus) verschärft zusätzlich das Problem.²⁸ Vor diesem Hintergrund ist es keine triviale Aufgabe, einen Pflege-Partner für die Übernahme einer Behandlungsoption zu finden, welche einerseits eine spezifische Qualifizierung voraussetzt und andererseits nicht regelhaft vergütet wird.

Der Pflegesektor scheint insgesamt nicht sehr affin für die (Weiter-)Entwicklung neuer Versorgungsmodelle zu sein. Der aktuelle Pflegereport (2017) von Wissenschaftlichem Institut der AOK (WIdO) kommt in seiner Analyse von zentralen Schnittstellenproblemen zwischen einzelnen Sektoren der Gesundheitsversorgung sowie dem Stellenwert der Pflege in der Versorgung zu dem Fazit, dass Pflegenden und Pflegeeinrichtungen zwar als bedeutsame Akteure an der Integrierten Versorgung zunehmend teilnehmen, jedoch noch nicht das ihnen zur Verfügung stehende Potenzial, um neue Versorgungskonzepte zu gestalten und zu organisieren, entfalten.²⁹

Fehlende Vergütung für Pflege-, Kooperations- und Koordinationskosten

Die wenigen bereits in Deutschland umgesetzten Einzelfall-Lösungen für die Versorgung mit aPD adressieren

22 Kleophas, W. et al. Int J Health Care Finance Econ (2007).

23 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V (Krankentransport -Richtlinien).

24 Kleophas, W. et al.: Int J Health Care Finance Econ (2007); Icks, A. et al.: NDT (2010).

25 NHS Information Centre: National Kidney Care Audit/Patient Transport Survey National Summary Report/Reporting on the survey carried out in October 2010.

26 „Finanzielle Entwicklung in der GKV einschließlich der landwirtschaftlichen Krankenversicherung“ (Vergleich zum 1. Quartal 2016)/(Quelle BMG Ergebnisse der Gesetzlichen Krankenversicherung 1. Quartal 2017).

27 Vgl. DESTATIS 2015/Von ambulanten Pflegediensten betreute Pflegebedürftige/ 24.7. 2017 www.gbe-bund.

28 Vgl. Heller, M./DRK Generalsekretariat/Fachtagung Berufsfeld Altenpflege Berlin, 14.10. 2014.

29 Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Jacobs et al.: Pflege-Report 2017.

ausschließlich die Pflegekosten. Die Initiation und Koordination von aPD wird nicht vergütet. Es wäre jedoch nicht realistisch anzunehmen, dass der beträchtliche organisatorische Aufwand, verbunden mit dieser Dialysemodalität ohne eine explizite (Um-)Widmung von Finanzmitteln durch die Nierenzentren – quasi nebenbei – bewältigt werden kann.

Lösungsskizze für Deutschland – Entwurf eines aPD-Programms

Unter Berücksichtigung der identifizierten Hemmnisse und in Betrachtung der erfolgreichen Beispiele aus dem Ausland sowie der Empfehlungen des European Renal Best Practice (ERBP) Advisory Boards³⁰ wollen die Autoren an dieser Stelle die Eckpunkte eines möglichen Versorgungsprogramms für aPD-Patienten in Deutschland vorschlagen.

Die Ursprünge dieses Lösungsansatzes wurzeln in den Aktivitäten und Projekten des Netzwerks *Assistierte Dialyse*. Im Rahmen dieses Multi-Stakeholder-Ansatzes haben Vertreter aus allen in die Betreuung von Dialysepatienten involvierten Stakeholder-Gruppen (Ärzte, Pfleger, Dialyseanbieter, Pflegeeinrichtungen, Industrie) im Rahmen des Netzwerks Pionierarbeit auf diesem Gebiet geleistet.

Das Netzwerk setzt sich für die Etablierung des Wissens über aPD in Deutschland ein und ist eine Plattform für die Weiterentwicklung und Standardisierung dieser Behandlungsoption. Zu den Aktivitäten des Netzwerkes gehört die Entwicklung und Durchführung von Schulungsprogrammen und Trainings, Ermittlung von Daten, die Kosteneffizienz und Ergebnisqualität von aPD ausweisen, Initiation und Koordination der Zusammenarbeit von allen Interessierten sowie Austausch mit den Partnern aus der Industrie.

Das vorliegende, gemeinsam entwickelte Versorgungskonzept folgt dem Ziel, ein aPD-Programm anzubieten, welches im Rahmen eines Pilotprojekts eingesetzt und optimiert werden kann und gleichzeitig ein hinreichendes Potenzial aufweist, perspektivisch in die Regelversorgung aufgenommen zu werden. Den Ausgangspunkt für das Versorgungsmodell liefert das französische Modell für aPD – aufgrund der Unterschiede in der Versorgung waren hierbei jedoch einige Anpassungen

Assistierte Heimdialyse in der Herkunftshäuslichkeit	Der Bedarf der assistierten PD wird am häufigsten in der eigenen Häuslichkeit von älteren Patienten angefragt. Hier können die ambulanten Pflegedienste im Rahmen der Tourenversorgung und -planung bedürftige Menschen zu Hause unterstützen.
Assistierte Heimdialyse in betreuten Wohnformen	Da mit dem Älterwerden oftmals vielseitige Einschränkung im Bereich der Grundpflege, der Mobilität u. v. m. auftreten, leben viele ältere Menschen in betreuten Wohnformen wie z. B. in betreuten Senioren WGs oder betreuten Einzelwohnungen. In der Regel betreuen in diesen Wohnformen regelmäßig examinierte Pflegekräfte die dort lebenden Menschen. Auch hier kann durch den Pflegedienst eine Fachkraft eine assistierte Unterstützung in der PD durchführen.
Assistiertes Heimdialyseverfahren in der außerklinischen Beatmungspflege	Das betreute Wohnen Intensiv bietet Patienten mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz und invasiver Beatmungspflicht eine assistierte Versorgung in der Heimdialyse (sowohl in der Hämö- als auch in der Peritonealdialyse). Auch diese Assistenz zählt zu der klassischen pflegerischen Heimdialyseversorgung.
Assistierte Heimdialyse in Pflegeheimen	Dialysepflichtige Menschen, die in einer stationären Pflegeeinrichtung leben, haben die Möglichkeit durch einen qualifizierten Pflegedienst das Heimdialyseverfahren in Anspruch zu nehmen.

Abb. 3: Assistierte PD – die Formen der pflegerischen Assistenz
Quelle: Eigene Darstellung.

notwendig, um die grundsätzlichen Unterschiede der Gesundheitsversorgungsarchitektur beider Länder zu überwinden.

Im Mittelpunkt des Entwurfes steht die Lebensqualität und Autonomie von chronisch kranken Dialysepatienten sowie die Wirtschaftlichkeit in der Versorgung: Es werden Synergien und Plattformlösungen angestrebt, um die Versorgungskosten zu minimieren. Durch das Etablieren von Standards und Best Practices (via Netzwerk) wird gewährleistet, dass die qualitativen und wirtschaftlichen Anforderungen Hand in Hand gehen.

Eckpunkte des Entwurfs des aPD-Programms:

1. Wahl der Behandlungsoption

Assistierte PD soll – analog zum französischen Vorbild – vom Anfang an ein Teil der informierten Entscheidung des Patienten werden. Dieser Vorschlag bedeutet eine nur geringfügige Ergänzung der heutigen Entscheidungspraxis: die Wahl der Behandlungsoption wird bereits heute nach festen (medizinischen und nicht-medizinischen) Kriterien im Dialog mit dem Patienten getroffen. Damit Patienten und Ärzte über Vorteile sowie Limitationen von aPD strukturiert informieren können, liegt hier der Schwerpunkt auf der Erstellung und Be-

reitstellung von entsprechenden Kommunikationsmaterialien. Zur fundierten Information an dieser Stelle gehört eine Straffung und Vereinheitlichung der Definition von assistierter PD (vor allem in Bezug auf den Leistungsumfang). Auch wenn die Entscheidung über die Wahl von aPD vordergründig als eine „Formalität“ anmutet, liefern Publikationen aus Frankreich einen Hinweis, dass dieser Prozessschritt ganz im Gegenteil zu den kritischen Erfolgsfaktoren von aPD gehört und dass der dauerhafte Erfolg dieser Behandlungsoption im großen Umfang davon abhängt, wie die Entscheidungsfindung verlief.

Neben den Patienten, die Nierersatztherapie erst beginnen, ist assistierte PD bei bisher selbstständigen PD-Patienten angezeigt, die ihre Autonomie verloren haben sowie bei Patienten, die für PD indiziert sind, das eigenständige Durchführen der Therapie sich jedoch nicht zutrauen. Die Erfahrungen aus Frankreich zeigen, dass ein signifikanter Teil der Patienten bereit ist, schrittweise die Verantwortung zu übernehmen. Aus diesem Grund soll auch der pflegerische Leistungsumfang im aPD-Programm modular aufgebaut sein – um den Patienten unbürokratisch den Weg in die Autonomie zu ebnen.

³⁰ Covic, A. et al.: NDT Plus (2010).

2. Schlüsselrolle des Nephrologen (des NZ)

In dem aPD-Programm soll der Nephrologe die Schlüsselrolle spielen. Gerade in einem sektorenübergreifenden Ansatz ist es wichtig zu betonen, dass dem Nephrologen durch die Initiation und die Koordination dieser Behandlungsoption eine besondere Verantwortung zukommt.

Der Vertragsarzt entscheidet heute unter Berücksichtigung der Eignung des Patienten, der medizinischen Notwendigkeit und der Beachtung der Wirtschaftlichkeit über die Dialyseart. Unabhängig von der jeweiligen Dialyseart gehört zu den ärztlichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Dialysebehandlung eine regelmäßige Beratung und Untersuchung des Patienten einschließlich der sozialen und psychischen Betreuung des Patienten und seiner Familienangehörigen, der ärztliche Bereitschaftsdienst sowie die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt des Patienten und ggf. die Beratung mit anderen an der Behandlung beteiligten Personen. Ebenfalls obliegt dem Vertragsarzt die Organisation der Betreuung durch Einsatz von Technikern und ausgebildeten Pflege- und Hilfskräften.³¹

Angesichts dieses umfassenden Aufgabenspektrums bildet die Übernahme der Verantwortung für die Initiation und Koordination von aPD eine logische Ergänzung. Auch das französische Modell belegt, dass das Nierenzentrum unter Führung des Nephrologen am besten geeignet ist, die assistierte PD-Versorgung zu initiieren und zu steuern.

3. Netzwerkstruktur

Aus wirtschaftlichen und organisatorischen Gründen sind bei dem Programm für assistierte PD keine Lösungen auf der Ebene einer Einzelpraxis anzustreben. Vielmehr bedarf es hier einer Netzwerkstruktur, um die organisatorischen Tätigkeiten zu bündeln, zu standardisieren und die Prozesse möglichst automatisiert und schlank zu halten. Bedingt durch die Versorgungslandschaft für Dialyse in Deutschland bestehen bereits auf Seiten der Dialyseanbieter organisatorische Cluster, welche dazu prädestiniert sind, verantwortlich zu zeichnen.³² Für die Einzelpraxen macht es auf jeden Fall Sinn, über Verbünde nachzudenken.³³ Ein Cluster-Vorteil kann vor allem im Bereich der Schulungen und Bereitschaftsdienste angenommen

werden; Netzwerkarbeit liefert aber auch Benchmark-Vorteile und Qualitätsgewinne aus der Standardisierung der Prozesse.

Eine besondere Rolle in unserem Konzept kommt dem *Netzwerk Assistierte Dialyse* zu. Das Netzwerk soll – aufgrund seiner bisherigen Erfahrung und sektorenübergreifenden Aktivitäten – nach wie vor federführend bei den koordinativen Aufgaben bleiben und als Supervisor des Programms agieren. Darüber hinaus kommt dem Netzwerk die zentrale Rolle bei der Weiterentwicklung von Qualitätsstandards und Best Practices zu.

4. Organisation der Pflege

Die pflegerische Leistung wird grundsätzlich unter der Anleitung und in enger Kooperation mit nephrologischen Zentren erbracht. Ein wesentlicher Unterschied zum französischen aPD-Modell besteht darin, dass der Patient nicht selbst den Kontakt zu einem Pflegedienst sucht. Wegen der Neuheit des Ansatzes sehen wir aktive Unterstützung des Patienten durch NZ bei der Initiation von aPD als unerlässlich und erfolgskritisch.

Auch bei der Organisation der Pflege fokussiert unser Vorschlag für das aPD-Programm auf synergistische Prozesse und die weitgehende Individualisierung der Leistung. Die Vorteile aus der Vernetzung der beteiligten Akteure sind für die Organisation der Pflege vielfältig: Standardisierung der Prozesse impliziert Standardisierung von Schulungsprogrammen und vereinfacht die Zusammenarbeit der Pflegedienste mit unterschiedlichen Dialyseanbietern und erleichtert einen strukturierten Dialog mit den Krankenkassen.

Unter „weitgehender Individualisierung“ verstehen wir in der Pilotphase des aPD-Programms eine Gliederung der pflegerischen Perspektive in vordefinierte Patientengruppen. Dieses Vorgehen ist den unterschiedlichen Gründen für die Wahl von aPD geschuldet; auch können für bestimmte Patientensubgruppen (in Abhängigkeit von den gesundheitlichen Voraussetzungen aber auch der Lebenssituation der Patienten, vgl. Tab. 2) unterschiedliche organisatorische Lösungen sinnvoll bzw. wirtschaftlich sein. Daher ist es wichtig, die Facetten der pflegerischen Leistung detailliert und umfassend zu adressieren.

5. Explizite Vergütung

Assistierte PD ist mit Aufwand und Kosten verbunden, die heute nicht abrechnungsfähig sind. Internationale Publikationen zum Thema der Vergütung von aPD liefern nur ein diffuses Bild der Vergütungssituation, dessen Interpretation durch die unterschiedlichen Charakteristika der jeweiligen Gesundheitssysteme erschwert ist. Unumstritten ist jedoch die Tatsache, dass aPD ohne eine explizite Vergütung als Behandlungsoption nicht bestehen kann.³⁴

Die Vergütung für die heute etablierten Dialysearten ist pauschalisiert. Die Pauschalen für einzelne Behandlungsmodalitäten sind in ihrer Höhe weitgehend vereinheitlicht, so dass keine Anreize finanzieller Art die Wahl der Behandlungsmodalität beeinflussen. Auf die Vergütung im Rahmen der Pauschalen haben die individuellen Charakteristika der Patienten (Alter und Infektionskrankheiten) nur einen geringfügigen Einfluss. Die Zuschläge für infektiöse oder ältere Patienten schwanken von 10 bis 30 EUR pro Patient pro Woche.³⁵

Aus vielen Gründen erscheint es fraglich, ob in der Pilotphase eines aPD-Programms die in der Dialyse bestehende Logik der Pauschalvergütungen zielführend ist. Vielmehr bedarf es zum jetzigen Zeitpunkt einer Detaillierung und Flexibilität bei der Vergütung der Programmleistungen, damit ein fundiertes Wissen und eine Basis für Wirtschaftlichkeitsanalysen für aPD entstehen kann.

Die bei aPD anfallenden Kosten können in Kosten der Pflegeassistenz sowie den organisatorischen und koordinativen Aufwand (diese Kosten fallen bei den Leistungserbringern an) unterteilt werden. Nach französischem Vorbild bietet sich hierbei eine Fee-for-Service Vergütungsstruktur an, die individualisierte Lösungen für Patienten ermög-

31 Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) vom 16. Juni 1997 in der Fassung vom 1. April 2014.

32 In Deutschland gibt es mehrere bundesweit organisierte Anbieter von ambulanten Dialyseleistungen KfH (Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V., PHV – Der Dialysepartner, DTZ (Dialyse Trainingszentren), Fresenius Medical Care/NephroCare, Diavium, viamedis).

33 Covic, A. et al. NDT Plus (2010).

34 Vgl. M. Dratwa, M.: Kidney International (2008).

35 Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) 2017.

licht (= Patienten bekommen so viel Training, wie individuell benötigt und übernehmen so viel Therapieverantwortung, wie individuell möglich).

6. Nutzung der digitalen Technologie

Bedingt durch den Charakter der Aufgaben in einem aPD-Programm ist der Einsatz von digitalen Technologien für die Verwaltung von Versorgungsprozessen unverzichtbar. Durch die Nutzung von modernen Informations- und Kommunikationssystemen sowie Datenbanken soll das Programm zukunftsfähig und zukunftsweisend sein – im Einklang mit aktuellen ordnungspolitischen Zielen in der Gesundheitsversorgung.

Fazit und Ausblick

Laut aktuellen Umfragen liegen die größten Verbesserungspotentiale in der heutigen Dialyseversorgung im organisatorischen Bereich.³⁶ Der versorgungsorganisatorische Fortschritt ist mit dem Überwinden der sektoralen Grenzen und der partikulären Perspektiven verbunden: Nur durch eine gemeinsame Anstrengung aller in der Dialyse engagierter Teilnehmer – über die eigenen Interessen hinaus – wird eine effektive Versorgungsoptimierung möglich.

Dieser Beitrag soll in Intention der Autoren das Potential einer Multi-Stakeholder-Initiative für aPD als Versorgungsoption aufzeigen und interessierte Krankenkassen sowie weitere Partner zur Zusammenarbeit einladen. Auf die konzeptionelle Phase soll jetzt die Umsetzung des Programms im Rahmen eines Pilotprojekts folgen. Die auf

Auf einen Blick:

- Heimdialyseverfahren zeichnen sich durch verbesserte Outcomes und höhere Lebensqualität der Patienten aus.
- Trotz der gezielten Anreizpolitik ist es in letzten Jahren in Deutschland nicht gelungen, den Anteil der Heimdialysepatienten signifikant zu erhöhen.
- Das Selbstmanagement der Erkrankung in der häuslichen Umgebung scheitert häufig an nicht-medizinischen Gründen; insbesondere bei älteren Patienten kommen häufig kognitive oder physische Einschränkungen hinderlich ins Spiel.
- Durch eine gezielte Unterstützung (Assistenz) zu Hause können diese Patienten von den Vorteilen der Heimdialyseverfahren profitieren.
- Die Kosten für die assistierte Therapie können durch die Reduktion der Patiententransporte zum Nierenzentrum vollständig oder teilweise amortisiert werden.
- Die Förderung von Heimtherapien hilft, den zu erwartenden Ärzte- und Pflegekräftemangel der Zukunft zu überwinden.

dem Einzelentscheidungsweg heute punktuell bewilligte Versorgung soll durch spezialisiertes Pflegepersonal und vordefinierte Standards abgelöst werden.

Neben der Partnersuche für die Umsetzung des Projekts steht die Initiative nun auch vor der nicht-trivialen Herausforderung, ein Evaluierungsprogramm für die aPD zu erstellen und durchzuführen. Angesichts der Ziele des Versorgungskonzepts (Umwandlung der Transportkosten in Pflegeassistenz, höhere Versorgungsqualität und Autonomie der Patienten) kommt der wissenschaftlichen Evaluation die Aufgabe zu, entsprechende Aspekte der Versorgung zu erheben und zu bewerten.

Aus der Sicht der Autoren steht fest: aPD ist eine lohnende Versorgungsalter-

native für alle diejenigen Patienten, die heute aus nicht-medizinischen Gründen auf Peritonealdialyse verzichten müssen. Durch die Ergänzung des heutigen Therapie-Angebotes um aPD kann die Auswahl des Dialyseverfahrens auf die bestmögliche Lebensqualität aller Patienten ausgerichtet werden, einschließlich der älteren, gebrechlichen und körperlich abhängigen Patienten.

Umfassende Literatur und Quellen-nachweise bei den Autoren. ■

36 Kidney Health for Life (KH4L)/Chronic Kidney Disease Multinational Inventory/March 31, 2014, Machowska, A. et al., Int J Artif Organs 2016.