

NADia – Netzwerk Assistierte Dialyse

Versorgungslücke schließen, Lebensqualität verbessern

Kerstin-Brigitte Iseke, Ursula Oleimeulen, Marius Greuèl, Benno Kitsche
Mitglieder Steuerungsteam NADia

ZUSAMMENFASSUNG

Während in Deutschland zunehmend über Lösungen zur Versorgung chronisch kranker Patienten in ihrer Häuslichkeit nachgedacht wird, klafft noch immer eine Versorgungslücke für hilfebedürftige, dialysepflichtige Patienten, die sich für ein Heimdialyseverfahren entscheiden. Versorgungsformen für Nierenersatzverfahren, die Dialysebehandlungen durch Pflegeanbieter im häuslichen Umfeld unterstützen können - assistierte Peritonealdialyse (aPD) und assistierter Heimhämodialyse (aHHD) - sind bislang nicht als anerkannte Therapieformen im Richtlinienkatalog der häuslichen Krankenpflege vorgesehen. Daher gründete sich 2017 das Netzwerk NADia-Netzwerk Assistierte Dialyse mit dem Ziel, bundesweite Strukturen zur Umsetzung der assistierten Dialyse zu etablieren.

AUSGANGSLAGE

Terminales Nierenversagen ist eine chronische, nicht heilbare Erkrankung. Betroffene sind entweder auf eine Nierentransplantation oder auf eine lebenslange Nierenersatztherapie angewiesen. Aktuell werden in Deutschland ca. 90.000 Patienten mit einem Nierenersatzverfahren behandelt, 92,58 % mit Hämodialyse im Dialysezentrum, 6,68 % mit Peritonealdialyse (PD) und 0,5% mit Heimhämodialyse (HHD) [1]. Die Zahlen der Dialysepatienten steigen seit einem Jahrzehnt mit einer Wachstumsrate von 2 %; der Anteil der älteren und multimorbiden Patienten (>75 Jahre) wächst überproportional stark mit 3-4 Prozent. Gegenwärtig ist jeder 5. Patient an der Dialyse über 80 Jahre alt, Menschen über 75 Jahre bilden die stärkste Gruppe der Neuzugänge. Der Altersmedian der inzidenten Patienten hat von 1996 bis 2016 um ca. 6 Jahre auf aktuell 71 Jahre zugenommen [2]. Damit einhergehen zunehmende Krankheitskomplexität mit hohem Aufwand für medizinische und pflegerische Leistungen. Mehr als 40 % der prävalenten Dialysepopulation müssen

pflegerische Leistungen durch Angehörige oder Pflegeinstitutionen in Anspruch nehmen [3].

WENN DIE NIEREN VERSAGEN

Patienten mit der Diagnose terminale Niereninsuffizienz stehen vor großen Veränderungen in ihrer Lebensführung und benötigen daher eine umfangreiche Aufklärung durch das behandelnde Dialyseteam. Gemeinsam mit dem Patienten (shared decision making) und den Angehörigen wird das Dialyseverfahren festgelegt (► **Abb. 1**) .

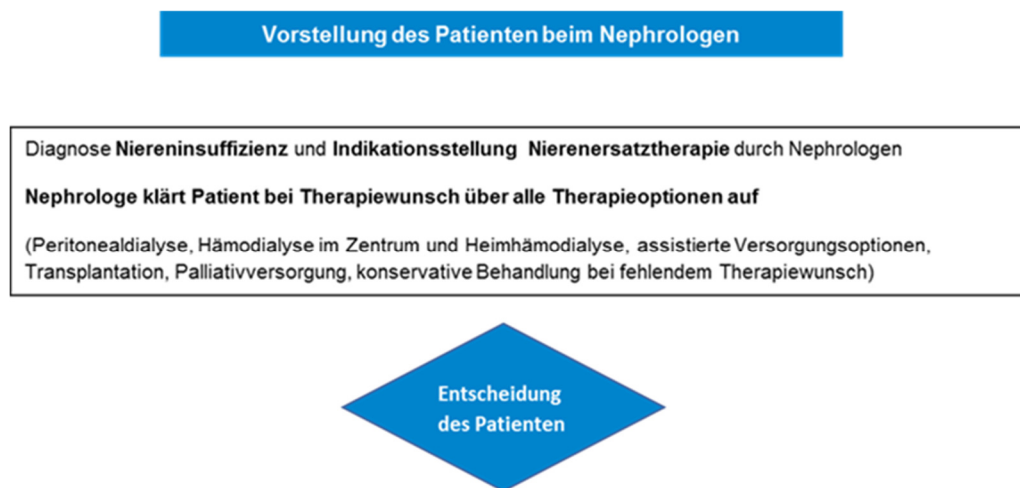


Abb.1 Therapienentscheidung – „shared descision making“
Quelle: NADia Netzwerk Assistierte Dialyse

Individuell angepasst an die medizinisch sinnvolle Dialyseooption und den Alltag des Patienten können verschiedene Möglichkeiten der Dialyse gewählt werden:

1. HÄMODIALYSE

Bei der Hämodialyse (HD) wird der Patient 3 x wöchentlich in einem Dialysezentrum behandelt. Das kann je nach Situation des Patienten mit hohen Transportkosten und hohem zeitlichen Aufwand verbunden sein (► **Abb. 2**).



Abb.2 Hämodialyse
FMC Deutschland GmbH (2007):
Kidney Options. Broschüre.

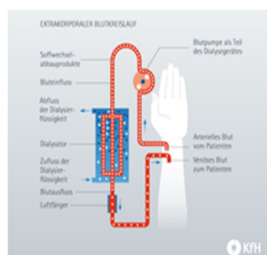


Abb.3 Hämodialyse
KfH Kuratorium für Dialyse
und Nierentransplantation.

Voraussetzung für die HD Behandlungen ist ein Dialysezugang, ein Shunt oder ggf. ein zentralvenöser Katheter. Der Shunt ist eine chirurgisch hergestellte Verbindung zwischen einer Arterie und einer Vene, bevorzugt am Unterarm. Zu Beginn jeder HD Behandlung werden zwei Hohlnadeln in den Shunt eingeführt. Über eine Nadel wird ein geringer Teil des Blutes entnommen und durch den Hämodialyse-Kreislauf (Dialysemaschine und Dialysator) geleitet. Der Dialysator, der aus einem Bündel von Hohlfasern besteht deren Membranen semipermeabel sind, ermöglicht die Entfernung von überschüssigem Körperwasser und Abfallprodukten. Gleichzeitig werden wichtige Bluteiweiße und die Blutzellen zurückgehalten. Während das Blut durch die Hohlfasern fließt und die Dialysierflüssigkeit diese Fasern umspült, finden verschiedene physikalische Vorgänge – die Dialyse – statt. Nachfolgend wird das gereinigte Blut über die zweite Nadel in den Körper zurückgeführt. Nach Behandlungsende werden beide Nadeln wieder entfernt (► **Abb. 3**).

2. PERITONEALDIALYSE

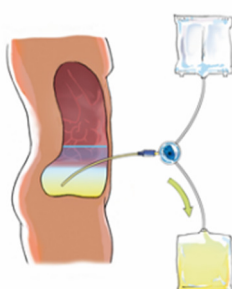


Abb.4 Peritonealdialyse
FMC Deutschland GmbH (2007):
Kidney Options. Broschüre.

Bei der Peritonealdialyse wird das Bauchfell – das Peritoneum – als natürliche Filtermembran genutzt, um das Blut zu reinigen und überschüssiges Körperwasser zu entfernen. Das Bauchfell kleidet alle Bauchorgane und die Innenwand der Bauchhöhle aus. Es bildet auf diese Weise einen abgeschlossenen Raum, die Peritonealhöhle. Durch einen Katheter, der in der Bauchdecke implantiert ist, wird die Dialysierflüssigkeit in die Peritonealhöhle

geleitet (► **Abb. 4**). Die PD-Flüssigkeit verbleibt für mehreren Stunden in der Bauchhöhle und reichert sich in diesem Zeitraum mit den zu entfernenden Giftstoffen und überschüssigem Körperwasser an. Danach wird die „verbrauchte“ PD-Lösung entfernt und durch frische PD-Lösung ersetzt. Dieser Prozess wird Beutelwechsel oder CAPD (kontinuierlich ambulante Peritonealdialyse) genannt und wird 4 mal am Tag wiederholt.

Peritonealdialyse kann auch als APD (automatisierte Peritonealdialyse) mit einer portablen Maschine (Cycler) erfolgen (► **Abb. 5**). Der Patient ist z.B. über Nacht 8-10 Stunden mit dem Cycler verbunden, die Dialysierflüssigkeit wird während dieser Zeit automatisch getauscht. Der Cycler steuert das Füllen und Entleeren des Bauchraums mit der Peritonealdialyselösung nach Verordnung durch den Nephrologe automatisch. Sind die Patienten nicht mehr in der Lage die PD eigenständig durchzuführen, können Angehörige oder Pflegeanbieter nach entsprechender Schulung in die Versorgung mit eingebunden werden. Diese Versorgungsoption ist die **assistierte PD (aPD)**.

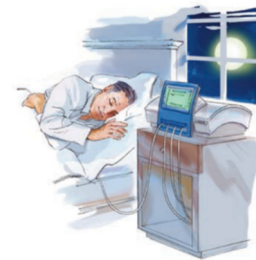


Abb.5 APD (automatisierte PD)
FMC Deutschland GmbH (2007):
Kidney Options. Broschüre.

3. HEIMHÄMODIALYSE

Die Heimhämodialyse (HHD) führt der Patient in seiner Häuslichkeit eigenständig durch. Auch hierfür gibt es bereits Ansätze zur assistierten Versorgung durch geschulte Fachkräfte von Pflegeanbietern. Zeit, Länge und Häufigkeit der HHD hängen vom medizinischen Zustand und der Lebensführung des Patienten ab.

Es gibt unterschiedliche Optionen für Heimhämodialyse:

- in der konventionellen Heimhämodialyse wird die 4–6 stündige Behandlung tagsüber dreimal pro Woche durchgeführt
- in der nächtlichen Heimhämodialyse wird die Behandlung während des Schlafes durchgeführt. Die Dialyse erfolgt entweder jede Nacht oder jede zweite Nacht für 8–10 Stunden
- kurze tägliche Heimhämodialysen werden 5–7 mal wöchentlich für jeweils 2–3 Stunden durchgeführt.

WELCHE PATIENTEN PROFITIEREN BESONDERS VON DER (ASSISTIERTEN) PD?

Indikationen für Peritonealdialyse sind insbesondere kardi-renales Syndrom, hepato-renales Syndrom und Diabetes mellitus Erkrankungen [4, 5, 6] . Diese Erkrankungen kommen gerade bei älteren Patienten gehäuft vor, eine Dialysetherapie mit Peritonealdialyse ist mit einem besseren medizinischen Outcome verbunden [6].

Die Heimdialyseverfahren PD und HHD ermöglichen den Patienten grundsätzlich eine freiere, den Lebensumständen angepasste Lebensgestaltung [7]. Höheres Alter und vergesellschaftete Erkrankungen führen jedoch zunehmend zum Verlust von Autonomie und sind daher häufig ein Hindernis zur Umsetzung der PD im häuslichen Umfeld. Sind die Patienten nicht mehr in Lage sich selber zu dialysieren, können geschulte Pflegekräfte im Rahmen der assistierten Heimdialyseverfahren die Patienten unterstützen. Strapaziöse und kostenintensive Transporte zu den Dialysezentren können zu Gunsten zunehmender Lebensqualität entfallen. Älteren, eingeschränkten Patienten wird in den häufigsten Fällen die PD und HHD als mögliches Dialyseverfahren gar nicht erst angeboten. Die primären Gründe dafür sind fehlende Versorgungsstrukturen für assistierte Dialyse durch Pflegeanbieter und unregelmäßige Kostenübernahmen für assistierte Leistungen durch die Kostenträger. Um die Versorgungsnachteile für diese immer größer werdende Patientengruppe zu beseitigen, wurde das bundesweite Netzwerk NADia – Netzwerk Assistierte Dialyse mit dem Ziel gegründet, ressourcen-übergreifende Lösungen für die effektive Versorgung von Dialysepatienten im häuslichen Umfeld zu etablieren.

WER IST NADIA?

NADia – Netzwerk Assistierte Dialyse ist eine Initiative gegründet von Ärzten, Pflegekräften, Patienten sowie Gesundheitsökonominnen, Mitarbeitern von Pflegediensten, Pflegeeinrichtungen und Gesundheitsunternehmen.

WELCHE ZIELE VERFOLGT NADIA?

Oberstes Ziel von NADia ist die Gewährleistung einer qualitativ hochwertigen Versorgung von Patienten mit chronischem Nierenversagen, die trotz eingeschränkter Selbsthilfefähigkeit eine häusliche Dialyseform gewählt haben. Basierend auf dem Projektmodell „Assistierte Dialyse Berlin“, welches seit 2013 existiert, hat sich das Steuerungsteam von NADia zum Ziel gesetzt, Voraussetzungen für die bundesweite Vernetzung von nephrologischer Behandlung und ambulanter Pflege zu schaffen (► **Abb. 6**).

Durch innersektorale, ressourcenübergreifende Kooperationen sollen Versorgungsdefizite für diese immer größer werdende Patientengruppe überwunden und die Leistung der assistierten Dialyse durch Pflegeanbieter in die Regelversorgung der häuslichen Krankenpflege übernommen werden. Die bislang aufwendigen Einzelfallverhandlungen und oftmals ungeregelten Genehmigungsverfahren können dadurch ersetzt und die Versorgungsleistungen schneller umgesetzt werden. Das Schließen dieser Versorgungslücke in Deutschland ermöglicht es, die Therapiewünsche von Patienten und Angehörigen im häuslichen Umfeld umzusetzen („patient-focused care“).

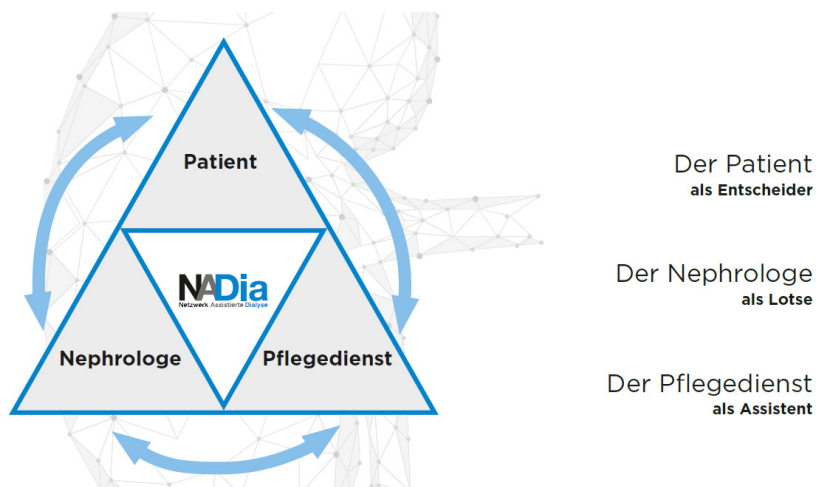


Abb.6 Der Netzwerkgedanke
Quelle: NADia Netzwerk Assistierte Dialyse

WAS MACHT NADIA?

NADia organisiert bundesweite Strukturen und unterstützt regionale Aktivitäten zur Umsetzung der assistierten Dialyse für Patienten mit einem Heimdialyseverfahren, die ihre Behandlung nicht oder nicht mehr selbstständig

durchführen können. NADia sieht sich als Vermittler zur Etablierung der übergreifenden Kommunikation zwischen Patienten, Leistungserbringern und Kostenträgern.

NADia unterstützt beim Aufbau von regionalen Netzwerken oder bei der Umsetzung zur Durchführung der assistierten Dialyse sowohl bei der Organisation als auch bei den Verhandlungen für die derzeit noch gültigen Einzelfallentscheidungen mit den Krankenkassen. Im nächsten Schritt soll eine Vergütungsregelung mit den Krankenkassen herbeigeführt werden. NADia erarbeitet Ausbildungsstandards zur Qualifizierung der Pflegekräfte von Pflegeanbietern und stellt somit die professionelle Assistenz in der Häuslichkeit der Patienten sicher.

Um eine möglichst große Transparenz zwischen allen NADia Kooperationspartnern zu schaffen, hat das NADia Steuerungsteam unter www.netzwerk-nadia.de eine Homepage erstellt. Diese enthält u. a.:

- Informationen zur assistierten Dialyse
- Datenbank der Pflegeanbieter mit „Pflegedienstfinder“ nach Postleitzahlen
- Musterformulare wie z. B. Kostenvoranschlag und Kostenbeispiele für die Krankenkassen
- Trainingsbroschüren für PD Systeme
- Übersicht des Ausbildungsmaterials
- Workflows zur Organisation und Umsetzung der assistierten Dialyse
- Kontaktdaten der Ansprechpartner des Steuerungsteams
- Aktuelles zu NADia
- Links zu Patientenorganisationen und Kooperationspartnern

SCHULUNG UND ZERTIFIZIERUNG DES ASSISTENZPERSONALS?

Die Besonderheit des Konzeptes der assistierten Dialyse bildet die Einbindung einer wohnortgebundenen Assistenz durch professionelle Pflegeanbieter in der Versorgung der Dialysepatienten. Die Erbringung der Assistenzleistung setzt die Qualifikation von Pflegepersonal mit abgeschlossener Ausbildung in der Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege nach einem zertifizierten Curriculum voraus. Der Lehrplan umfasst insgesamt 4 Lernteile. Diese bestehen aus einer Kombination von E-Learning, Präsenz- und Praxisschulung (► **Abb. 7**). Konkrete Anleitungen und standardisiertes Ausbildungsmaterial zur

Durchführung von Schulungen für das auszubildende Assistenzpersonal der Pflegeanbieter können über das NADia Team www.nadia-netzwerk.de angefordert werden.

Der erfolgreiche Abschluss einer theoretischen und praktischen Prüfung qualifiziert für den Einsatz als „Assistenzkraft Peritonealdialyse“. Eine Rezertifizierung erfolgt alle 12 Monate. Die Mindestanforderung für die Qualifikation der verantwortlichen Lehrkräfte ist die abgeschlossene Ausbildung als Fachkrankenpfleger/innen in der Nephrologie mit mindestens 2-jähriger Heimdialyseerfahrung.

Standort/ Umsetzung durch	Selbstlernphase	Schulungszentrum oder Dialysezentrum	Dialysezentrum	Selbstlernphase/ Dialysezentrum
Inhalt	- Grundlagen Hygiene - Einführung in die Peritoneal-dialyse	Modul 1 Theorie 4 UE (Unterrichtseinheiten = 45 Minuten) - Grundlagen Update - Klinische Aspekte - Komplikationen - Hygieneupdate	Modul 2 Praxis 2 x 4 Zeitstunden - Einführung und Handling der PD Systeme - Training Verordnetes Verfahren - Dokumentation - Cycleraufbau/-bedienung - Alarmbehandlung - Notfallleitfaden - Umsetzung ärztl. Maßnahmen - Interne Kommunikation	Update/Re-Zertifizierung - Handling - Hygiene - Komplikations-management - Fallbesprechung - Erfahrungsaustausch
Methode/ Instrumente	E-Learning/ Lernerfolgs-kontrolle	Präsenzvorträge Lernerfolgskontrolle	Praktische Unterweisung/ Praxisbegleitbogen	E-Learning und Workshop/Evaluation
Zeitungfang	Ca. 1,5 Unterrichtseinheiten Lernzeit	4 Unterrichtseinheiten	2 x 4 Zeitstunden	Ca. 1,5 Unterrichtseinheiten nach 52 Wochen

Abb.7 Ausbildungsschema „Assistenzkraft Peritonealdialyse“
Quelle: NADia Netzwerk Assistierte Dialyse

Zukunftsorientierte innovative Lernkonzepte in Verbindung mit Virtual Reality und Augmented Reality Anwendungen werden Schulungsmaßnahmen

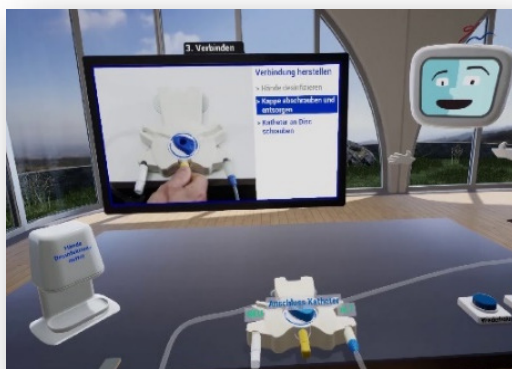


Abb.8 Virtueller Trainingsraum für aPD
Quelle: Weltenmacher GmbH

interessanter, effizienter und nachhaltiger gestalten. NADia steht im Austausch mit Software-programmierern, die Lerninhalte für Peritonealdialyse entwickeln. Ausbildungszeiten können zukünftig flexibler gestaltet und auf die individuelle Lerngeschwindigkeit angepasst werden.

WO KANN MIT ASSISTIERTER DIALYSE VERSORGT WERDEN?

Individuell an die Lebens- und Wohnortsituation des Patienten angepasst, kann die assistierte Dialyse durch Tourenpflege in der Herkunftshäuslichkeit, in ambulanten Wohnformen, in stationären Einrichtungen und in der außerklinische Intensivpflege erfolgen (► **Abb. 9**).

Immer wieder werden dialysepflichtige Patienten mit großem Aufwand in Dialysezentren transportiert. Beatmete Patienten müssen von einer Fachkraft für Intensivpflege zur Dialyse begleitet und über mehrere Stunden dort betreut werden. Dies stellt einen erheblichen Eingriff in die Lebenssituation des Patienten dar. Der erhöhte Zeitaufwand für das Pflegepersonal wird in der heutigen Situation des Pflegekräftemangels ein immer größeres Problem. Die Aufwendungen für Transportkosten sind erheblich. Geregelte Strukturen für assistierte Dialyse sind dringend erforderlich. Patienten, Pflegeanbieter und Kostenträger profitieren gleichermaßen von der Möglichkeit der assistierten Dialyse in der Häuslichkeit des Patienten. Für die Krankenkassen bedeutet dies eine Einsparung an Fahrtkosten, insbesondere bei beatmeten Patienten. Für eine erfolgreiche Durchführung der assistierten Dialyse ist die enge Absprache mit dem Dialyseteam notwendig. Die Durchführungsverantwortung bleibt beim betreuenden Nephrologen.

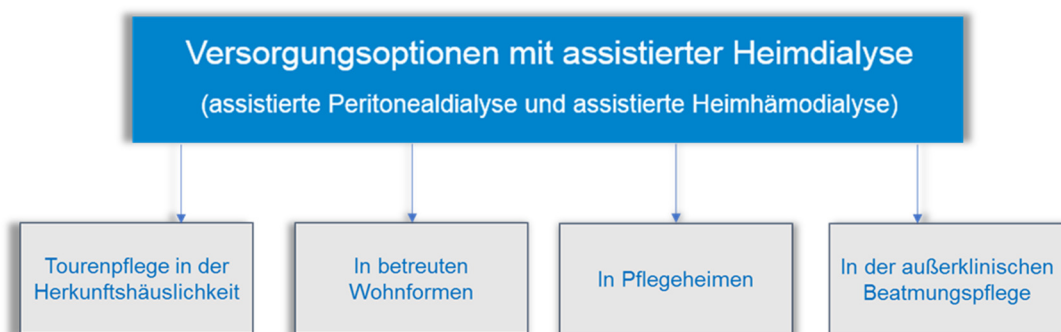


Abb.9 Versorgungsoptionen mit assistierter Dialyse
Quelle: NADia Netzwerk Assistierte Dialyse

Umfang der Versorgungsleistung in der assistierten PD

Der behandelnde Nephrologe legt die Dialysetherapie mit der höchst möglichen Dialyseeffizienz fest. Je nach Leistung des Bauchfells (Transporte-
typ) errechnet sich das für den Patienten zu priorisierende Verfahren, CAPD (kontinuierliche ambulante PD) oder APD (automatisierte PD). Ist es medizinisch möglich, den Patienten mit einem Cyclerverfahren (APD) zu dialysieren, sollte dieses im Rahmen der assistierten PD unter Berücksichtigung

der Kosten und Ressourcen bevorzugt werden. Für die Versorgung mit APD werden 2 Einsätze mit insgesamt 60 Pflegeminuten pro Tag kalkuliert. Bei der CAPD verdoppeln sich sowohl Einsätze als auch Pflegeminuten (► **Abb. 10**).

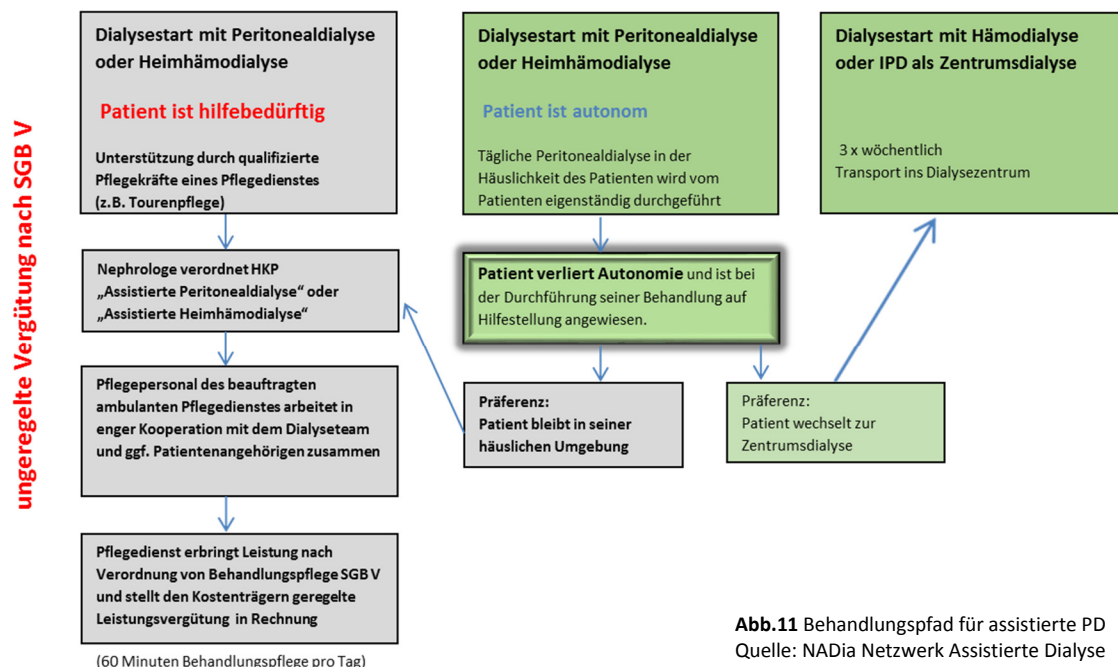
Versorgungsleistungen für assistierte PD	
APD 60 min/d = 2 Einsätze	CAPD 120 min/d = 4 Einsätze
Anschluss an das Peritonealdialysegerät - Dauer 40 Minuten • Bestimmung des Körpergewichts vor Dialyse • Vitalzeichenkontrolle vor Dialyse • Aufrüsten des Cyclers (Peritonealdialysegerät) • Vorbereitung der Dialyselösungen • Anschließen des Patienten • Dokumentation in Pflegeakte und Dialyseprotokoll Abschluss vom Peritonealdialysegerät - Dauer 20 Minuten • Abschießen des Patienten • Überprüfung und Entsorgung des gebrauchten Dialysats • Bestimmung des Körpergewichts nach Dialyse • Vitalzeichenkontrolle nach Dialyse • Kontrolle und Verbandswechsel an der Katheteraustrittsstelle • Dokumentation in Pflegeakte und Dialyseprotokoll	Dauer 30 Minuten pro Einsatz (4x täglich) • Bestimmung des Körpergewichts • Vitalzeichenkontrolle • Vorbereitung des Beutels mit Dialyselösung • Anschluss des Beutels an den Patienten • Auslauf des verbrauchten Dialysats • Einlauf des frischen Dialysats • Kontrolle des Dialysats und Entsorgung • Verbandswechsel und Beurteilung der Katheteraustrittsstelle • Dokumentation in Pflegeakte und Dialyseprotokoll

Abb.10 Versorgungsleistungen für assistierte PD
Quelle: NADia Netzwerk Assistierte Dialyse

GESUNDHEITSÖKONOMISCHE BEDEUTUNG

Aus gesundheitsökonomischer Sicht erscheint es anhand der internationalen Erfahrungen und auf Basis der aktuellen Studienergebnisse [8, 9] zielführend, durch vereinfachte verfahrens- und genehmigungsrechtliche Bedingungen die Zunahme der Heimdialyseverfahren von derzeit ca. 8 % auf ca. 20 % [2] im Versorgungsanteil sicherzustellen. Entsprechende Kostenvergleichsrechnungen der assistierten PD auf der Basis von gesundheitsökonomischen Bewertungen lassen ein signifikantes Einsparpotenzial von 10 000–13 000 Euro pro Jahr und Fall im Vergleich zur Zentrumsdialyse insbesondere aufgrund einer Reduzierung kostenintensiver Transporte bei besserer Prozessqualität erkennen [10, 11, 12, 13]. Die bundesweiten Vergütungen für die assistierte PD unterscheiden sich erheblich je nach Krankenkasse bzw. Bundesland aufgrund der im Einzelfall unterschiedlichen Bewilligungsverfahren. Die Unterschiede betreffen sowohl die Höhe der Vergütung als auch den Modus des Kostensatzes als Tages-, Monats- oder Einsatzpauschale, teils mit und ohne Fahrkostenerstattung. Das derzeit bundesweit geltende Genehmigungsverfahren für die spezialisierten Pflegedienste auf Basis von Einzelfallentscheidungen gem. § 132 a SGB V (Versorgungsvertrag zur häuslichen Krankenpflege, (► **Abb. 11**) erweist sich

somit als nicht zufriedenstellend. Eine einheitliche Regelung der Vergütung bzw. eine Konvergenz der Kalkulationsmethodik erscheint vor dem Hintergrund erfolgversprechend, sollte das Verfahren Aufnahme in den Richtlinienkatalog finden.



ANDERE LÄNDER, ANDERE SITTEN

In anderen Ländern wie z. B. Dänemark, Frankreich, Großbritannien, Kanada und China findet man teilweise langjährig etablierte assistierte PD-Programme, die sich in ihrer Umsetzung jedoch nach Therapiemodalitäten und Assistenzkonzepten unterscheiden. Erstrebenswert für die deutsche Umsetzung ist das französische aPD-Modell. Es ist insofern besonders, weil die Patienten ihre PD-Modalität eigenständig wählen und sowohl von der Familie als auch von einer Pflegekraft versorgt werden können. Die Kostenträger übernehmen die Kosten für alle Versorgungsoptionen [9, 13, 14, 15].

Fazit

Die Partizipation der Patienten an der Therapieentscheidung („shared decision making“) [16] ist in Deutschland nicht besonders ausgeprägt, das gilt auch für die Wahl des Dialyseverfahrens. Die Gruppe der Patienten, die eine Nierenersatztherapie benötigen, wird größer und älter. Die Zahl der inzidenten Patienten mit terminalem Nierenversagen und eingeschränkter Selbsthilfefähigkeit nimmt zu [13]. Jedem Patienten, der eine Heimdialyse-

therapie wünscht, sollte diese entweder als Selbstbehandlung oder bei Autonomieeinschränkung als assistiertes Verfahren ermöglicht werden. Die Assistenz kann entweder durch Familienangehörige oder durch zertifizierte Pflegekräfte erfolgen. Die von den Krankenkassen präferierte Alternative, Familienmitglieder als Assistenten stärker einzubinden, ist durchaus möglich. Allerdings sind diese Konzepte in der Vergangenheit bedingt durch die sich schnell aufbauenden familiären Konfliktsituationen mit begleitenden Burn-out-Symptomen der pflegenden Familienangehörigen, bereits mehrfach gescheitert. Darüber hinaus erschweren moderne Lebensstrukturen und veränderte Alltagsbedingungen Versorgungsmöglichkeiten durch Angehörige.

Durch den interdisziplinären Ansatz des Netzwerks NADia werden therapeutische, pflegerische und gesundheitspolitische Expertisen gebündelt und ein nachhaltiges Konzept zur Verbesserung der Versorgung und der Lebensqualität von hilfebedürftigen, dialysepflichtigen Patienten entwickelt. Dabei liegt das Augenmerk auf den demografischen Veränderungen unserer Gesellschaft und deren Auswirkungen sowohl auf die Patienten als auch auf das Personal der Versorgungseinheiten. Die Vernetzung von professioneller und familiärer Pflege wird im Rahmen der alternden Gesellschaft an Bedeutung zunehmen. Das Netzwerk Assistierte Dialyse (NADia) stellt sich mit seinem Konzept diesen Herausforderungen und sichert eine adäquate Versorgung im häuslichen Umfeld. Die angestrebte Übernahme der assistierten Dialyse in die Regelleistung der Krankenkassen ermöglicht die Realisierung dieses Konzeptes und führt gesundheitsökonomisch zu einem Einsparpotenzial.

Nach ersten Erkenntnissen aus der Modellregion Berlin und insbesondere aus den benachbarten europäischen Ländern Frankreich und Dänemark scheinen die assistierten Heimdialyseverfahren eine gute und sinnvolle Lösung für dialysepflichtige Patienten mit Verlust von Autonomie oder Teilautonomie zu sein, die sich aufgrund ihrer Lebenssituation oder bedingt durch medizinische Faktoren für ein Heimdialyseverfahren entschieden haben. Dialysepatienten mit erheblichen Mobilitätseinschränkungen, für die ein Transport eine besondere gesundheitliche Gefährdung darstellt bzw. aufwendige Maßnahmen getroffen werden müssen, um diese Gefahren abzuwenden, sollten ebenfalls mit assistierter Dialyse behandelt werden. Überdurchschnittlich hohe Kosten für lange oder aufwendige Transporte [4] wie z. B. bei besonderen Infektionsrisiken könnten durch die assistierte Dialyse verringert werden.

Wichtig ist, dass die Leistung in die Richtlinien der häuslichen Krankenpflege (HKP) gem. § 92 SGB V aufgenommen und einheitlich bewertet wird. In der Folge können dann von den Pflegediensten bundesweit die o.g.

Rahmenverträge abgeschlossen werden. Die Verordnung durch die Nephrologen muss einfach und transparent erfolgen und nicht wie bisher als aufwendiger, langwieriger Einzelfallantrag mit unklarem Ausgang. Die assistierte Dialyse gehört in das Therapieangebot wie alle anderen Modalitäten der Nierenersatztherapie. Patientenorientierung, Lebensqualität und der sinnvolle Umgang mit den ökonomischen Ressourcen sind hier die primären Orientierungspunkte.

Literatur

- [1] MNC – Medical Netcare GmbH. Jahresbericht 2016 zur Qualität in der Dialyse. Im Internet: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3024/2017-07-20_QSD-RL_MNCJahresbericht-2016.pdf; Stand: 29.03.2018
- [2] Klein S, Lottmann K, Gierling P, Bleß HH. Status quo und Zukunft der Heimdialyse. 1. Aufl. Baden-Baden: Nomos; 2014
- [3] KfH-Sozialumfrage 2014
- [4] Schwenger V, Remppis BA, Westenfeld R et al. Dialyse- und Ultrafiltrationsverfahren bei kardiorenalem Syndrom. Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft „Herz – Niere“ der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie e. V. Kardiologie 2014; 8
- [5] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Nationale VersorgungsLeitlinie Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter 2015. Im Internet: <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/diabetes-mellitus/dm-nierenerkrankungen-1aufl-vers6-lang.pdf>; Stand: 29.03.2018
- [6] Chou CY, Wang SM, Liang CC et al. Peritoneal Dialysis is Associated With A Better Survival in Cirrhotic Patients With Chronic Kidney Disease. Medicine (Baltimore) 2016; 95: e2465. doi:10.1097/MD.0000000000002465
- [7] Kitsche B. Heimdialyse: mehr Eigenverantwortung aber auch mehr Flexibilität. Spektrum der Dialyse & Apherese 2016; 6: 6–7
- [8] Giuliani A, Karopadi AN, Prieto-Velasco M et al. Worldwide experiences with assisted peritoneal dialysis. Perit Dial Int 2017; 37: 503–508. doi:10.3747/pdi.2016.00214
- [9] Guilloteau S, Lobbedez T, Guillouët S et al. Impact of Assisted Peritoneal Dialysis Modality on Outcomes: A Cohort Study of the French Language Peritoneal Dialysis Registry. Am J Nephrol 2018; 48: 425–433. doi:10.1159/000494664
- [10] Voss P. Gesundheitsmanagement und Medizinökonomie. Band 49. Hamburg: Dr. Kovac; 2018
- [11] Oedingen C, Neumann D, Mau W, Girndt M, Krauth C. The Choice of Renal Replacement Therapie (CORETH): Vergleich von Kosten und gesundheitsbezogener Lebensqualität zwischen Hämodialyse und der Peritonealdialyse in Deutschland. dggö – Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, Jahrestagung 2018
- [12] Kitsche B. Assistierte Heimdialyse – Anwendung bei älteren Dialysepatienten. Dialyse aktuell 2018; 22: 165–169. doi:10.1055/a-0597-6259

- [13] Raddatz A, Iseke KB, Oleimeulen U et al. Assistierte Dialyse – eine Perspektive für Deutschland. Welt der Krankenversicherung 2017; 9: 210–216
- [14] Brown E, Wilkie M. Assisted peritoneal dialysis as an alternative to in-center hemodialysis. Clin J Am Soc Nephrol 2016; 11: 1522–1524. doi:10.2215/CJN.07040716
- [15] Aydede SK, Komenda P, Djurdjev O, Levin A. Chronic kidney disease and support provided by home care services: a systemic review. BMC Nephrol 2014; 15: 118. doi:10.1186/1471-2369-15-118
- [16] Schulz L, Bindl D, Nagel E. Share Decision Making