

Kostenträger

Dialyseangebot

Herausforderungen Peritonealdialyse  
für die Versorgung von morgen Haus

Heimverfahren Patienteninformation

**Zukunft** Fachärzte  
Ambulante  
Patienten

**der Dialyse**

Rolle der Pflege Status Quo Vergütung

Zukunft **Berlin 1. Juli 2014**

Versorgungsbedarf **10-16 Uhr**

Shared Decision Making



## GRUSSWORT

Prof. Dr. Bertram Häussler



Sehr geehrte Damen und Herren,

terminale Niereninsuffizienz bedeutet für die Betroffenen eine starke Einschränkung der Lebensqualität und geht mit einer komplexen, kostspieligen Behandlung einher. Dabei ist die Dialyse das häufigste Nierenersatzverfahren.

Der Workshop „Zukunft der Dialyse – Herausforderungen für die Versorgung von morgen“ möchte die verschiedenen Facetten der Dialyseversorgung beleuchten:

- Wie werden sich Dialyseangebot und -bedarf verändern?
- Wie werden Patienten in die Therapieentscheidung einbezogen?
- Wie kann eine adäquate, patientenorientierte Versorgung sichergestellt werden und welches Potenzial kommt dabei Heimdialyseverfahren zu?

Mein herzlicher Dank gilt den Referentinnen und Referenten, die sich bereit erklärt haben, auf unserem Workshop zur „Zukunft der Dialyse“ zu referieren.

Das IGES Institut und Baxter Deutschland GmbH freuen sich darauf, mit Ihnen die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der Dialyseversorgung zu diskutieren.

*Bertram Häussler*

# PROGRAMM

1. Juli 2014 | 10-16 Uhr

10.00 Uhr Begrüßung des Veranstalters  
Grußwort aus der Politik

10.30 Uhr ▶ Status quo und Zukunft der Dialyse-  
versorgung

**Hans-Holger Bleß**  
IGES Institut

11.15 Uhr ▶ Dialyseverfahren und ihre Potenziale für  
eine patientenorientierte Versorgung aus  
medizinischer Sicht

**Prof. Dr. Mark Dominik Alscher**  
Deutsche Gesellschaft für  
Nephrologie e.V.

Mittagspause (ab 12.00 Uhr)

13.00 Uhr ▶ Patientenaufklärung und Shared  
Decision Making – Dialyse aus Sicht  
der Patienten

**Annette Widmann-Mauz**  
MdB | Parlamentarische Staats-  
sekretärin beim Bundesminister  
für Gesundheit

13.30 Uhr ▶ Selbstverständnis und Zukunft der Pflege  
im Rahmen der Dialyseversorgung

**Kerstin Gerpheide**  
Fachverband nephrologischer  
Berufsgruppen e.V.

Kaffeepause (ab 14.00 Uhr)

14.15 Uhr ▶ Möglichkeiten der Versorgungssteuerung

**Prof. Dr. Reinhard Brunkhorst**  
Klinikum Region Hannover

14.45 Uhr ▶ Vergütung und Kosten der Dialyse-  
versorgung

**Dr. Thomas Drabinski**  
Institut für Mikrodaten-Analyse  
(IfMDA)

15.15 Uhr Diskussionsrunde

15.55 Uhr Abschiedsworte des Veranstalters

Der Workshop ist mit 3 Fortbildungspunkten zertifiziert (Ärzttekammer Berlin).

Moderation

**Wolfgang Straßmeir** | pressebürogesundheit

Wolfgang Straßmeir ist seit 2000 in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und in der strategischen Kommunikation für verschiedene gesundheitspolitische Berufs- und Branchenverbände tätig. Seit 2009 leitet er das pressebürogesundheit und ist Geschäftsführer des Berufsverbands der Ärzte und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e.V. (BVSD); zuvor Pressesprecher des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI) und des Freien Verbandes Deutscher Zahnärzte e.V. (FVDZ). Wolfgang Straßmeir lebt in Berlin.



# Hans-Holger Bleß

## Status quo und Zukunft der Dialyseversorgung

Die künftige Versorgung von Patienten mit Dialysepflicht steht vor deutlichen Herausforderungen. Prognosen der Prävalenz von Dialysepflicht zeigen einen zu erwartenden Anstieg um 20% von derzeit 83.000 auf rund 100.000 Patienten im Jahr 2020. Für den gleichen Zeitraum ist ein Rückgang der ambulant tätigen Nephrologen um deutschlandweit 8% zu erwarten, der regional noch deutlich höher ausfallen kann. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, werden Handlungsansätze auf mehreren Ebenen identifiziert:

Hierzu zählen Mindestmengen an verschiedenen Dialyseverfahren im Rahmen der Qualitätssicherung, Einführung der bisher in der Facharztausbildung fehlenden Durchführung der Peritonealdialyse, bewusste Nachwuchsförderung der kleinen Facharztgruppe der Nephrologen sowie optimiere Teamstrukturen in den Dialysepraxen mit einem stärkeren Einsatz und besserer Vergütung von Pflegekräften, um Dialysepatienten intensiver betreuen zu können.

Eine wichtige Handlungsebene stellt die Förderung der Heimdialyse dar, deren Anteil in Deutschland gering ist. Lediglich 5% der ständig dialysepflichtigen Patienten wurden in ihrem häuslichen Umfeld dialysiert, obwohl Heimdialyseverfahren laut Qualitätssicherungsvereinbarung die Methoden der ersten Wahl sein sollten. Die beteiligten Experten sehen einen Anteil von bis zu 33% der dialysepflichtigen Patienten, die zu Hause versorgt werden können.

Vor allem die Peritonealdialyse ist als Heimver-

fahren besonders geeignet. Die derzeitige Infrastruktur der Dialyseversorgung in Deutschland ist jedoch überwiegend auf die Durchführung von Zentrumsdialysen ausgerichtet, manche Zentren bieten nahezu ausschließlich Verfahren der Hämodialyse an. Aus dem Mangel an Angeboten erwachsen fehlende Kenntnisse und zu geringe Erfahrungen der Nephrologen und Fachpflegekräfte in Heimdialyseverfahren. Die ärztliche Beratung der Patienten zur Wahl des Verfahrens ist wiederum abhängig von der Ausbildung und den Kenntnissen des Nephrologen.

Anzustreben ist eine stärkere Einbeziehung der Patienten in die Therapieentscheidung durch eine rechtzeitige und interessenunabhängige Beratung, um die individuell am besten passende Therapieoption wählen zu können.



VITA

Hans-Holger Bleß, Apotheker, ist Leiter des Bereichs Versorgungsforschung des IGES Instituts und ist verantwortlich für Projekte, die sich mit der Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation beschäftigen. Weiterhin ist er schwerpunktmäßig mit Themen wie dem Arzneimittelbedarf, Erstattungsregularien im Arzneimittelbereich sowie der vertraglichen und inhaltlichen Konzeption von Versorgungsmanagement befasst.

Nach Tätigkeiten in öffentlichen Apotheken arbeitete er für die AOK Brandenburg. Dort war er u. a. verantwortlich für die Gestaltung, Verhandlung und Evaluation der Verträge zu Arzneimitteln.

# Prof. Dr. Mark Dominik Alscher

## Dialyseverfahren und ihre Potenziale für eine patientenorientierte Versorgung aus medizinischer Sicht

Dialyseverfahren sind für das Überleben von Patienten mit Ausfall der Nierenfunktion (Urämie) entscheidend und überbrücken häufig auch bei Patienten mit einer vorgesehenen Nierentransplantation die Wartezeiten auf ein Spenderorgan. Es gibt wenige Verfahren, welche in der Medizin so eindeutig hinsichtlich der Effektivität belegt sind und die damit nicht mehr wegzudenken sind. Damit gehört die Dialysebehandlung zu einer der großen Erfolgsgeschichten der wissenschaftlichen Medizin.

Leider ist aber das Patientenüberleben bei den verschiedenen Dialyseverfahren noch reduziert im Vergleich zu einer Normalbevölkerung. Dazu kommen häufige Begleiterkrankungen (Multimorbidität) und eine Einbuße an Lebensqualität, wobei dies zwischen den verschiedenen Dialyseverfahren unterschiedlich stark ausgebildet ist.

Es gibt verschiedene Dialyseverfahren. Zwei große Gruppen lassen sich unterscheiden: 1. Die Blutwäsche mit der Maschine (Hämodialyse oder HD). 2. Die Bauchfelldialyse (Peritonealdialyse oder PD). Dazu existieren Untergruppen, wie beispielsweise die kontinuierliche Hämodiafiltration (bei HD) und die maschinellen Beutelwechsel mittels eines Gerätes (Cycler) bei PD. Die verschiedenen Verfahren haben jeweils Indikationen und Kontraindikationen, dazu kommt der Wunsch und die Lebenssi-

tuation des Patienten. Interessant ist, dass je nach Gesundheitssystem und Nation ganz unterschiedliche Anteile für die verschiedenen Dialyseverfahren beobachtet werden. Beispielsweise finden sich für die PD sehr niedrige Anteile in Deutschland (5%) bis sehr hohe in Hongkong (85%). Werden Patienten strukturiert aufgeklärt, finden sich in 30 bis 50 Prozent Entscheidungen für die Peritonealdialyse. Da auch die Dialysebehandlung idealerweise heute eine patientenorientierte Versorgung ist, stellt sich die Frage nach Erklärungen für die Unterschiede in verschiedenen Ländern und was für Deutschland wünschenswert wäre.



Mark Dominik Alscher ist seit 2009 Ärztlicher Direktor und seit 2008 Chefarzt der Abteilung für Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie, des Weiteren Leiter des Notaufnahmезentrums des Robert-Bosch-Krankenhauses in Stuttgart.

Studium der Medizin und Promotion 1990 in Freiburg. Im Anschluss absolvierte er die Ausbildungen zum Internisten und zum Nephrologen. 2003 habilitierte er an der Universität Tübingen und ist dort seit 2008 apl. Professor. Seit 2013 ist er Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind nephrologische Erkrankungen inklusive Nierenersatz, Systemerkrankungen, rheumatische Erkrankungen und Notfallversorgung. Außerdem forscht er in den Bereichen Peritonealdialyse, akutes Nierenversagen und medizinische Expertensysteme.

VITA

# Annette Widmann-Mauz

## Patientenaufklärung und Shared Decision Making – Dialyse aus Sicht der Patienten

Rechtlich sind Ärzte dazu verpflichtet, vor einer Behandlung die Einwilligung der Patientin oder des Patienten einzuholen. Diese Einwilligung ist dann rechtswirksam, wenn sie oder er zuvor umfassend über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufgeklärt worden ist. Nur eine sorgfältige und umfassende Aufklärung führt dazu, dass die Patientinnen und Patienten ihr Selbstbestimmungsrecht ausüben und über ihre Einwilligung in einen Eingriff wohlüberlegt entscheiden können.

Die meisten Patienten möchten an medizinischen Entscheidungen beteiligt werden und viele Ärzte stehen dem auch offen gegenüber.

Shared Decision Making oder Partizipative Entscheidungsfindung ist definiert als das Zusammenwirken von Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner im Entscheidungs- und Behandlungsprozess. Nach wissenschaftlichen Studien hat Shared Decision Making eine Reihe von positiven Auswirkungen:

- Patientinnen und Patienten wissen mehr über ihre Erkrankung und die Behandlung.
- Sie haben realistischere Erwartungen über den Verlauf der Behandlung.
- Sie sind zuverlässiger bei der Umsetzung der Therapieprinzipien und halten sich konsequenter an die Einnahme notwendiger Medikamente.

Zudem sind Patientinnen und Patienten bei dieser Art der Entscheidungsfindung zufriedener mit ihrer Behandlung, nicht selten wird auch die Wirksamkeit einer Behandlung verbessert.

Auch die Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten wird verbessert. Sie profitieren von einer verbesserten Arzt-Patient-Beziehung und werden durch die gemeinsame Verantwortungsübernahme bei medizinischen Entscheidungen entlastet.

Bei der Dialyse stehen den Patientinnen und Patienten verschiedene Formen zur Verfügung. Für die Entscheidung, welche Therapieoption am besten ist, spielen auch individuelle Lebensumstände der Betroffenen eine wichtige Rolle. Insbesondere müssen medizinische, familiär-soziale und technische Aspekte in die Überlegungen mit einbezogen werden.



Annette Widmann-Mauz ist Parlamentarische Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit. Sie studierte Politik- und Rechtswissenschaften an der Eberhard-Karls-Universität in Tübingen. Seit 1998 Mitglied des Deutschen Bundestages. Von 2005 bis 2009 war sie Vorsitzende der Arbeitsgruppe Gesundheit, von 2002 bis 2009 gesundheitspolitische Sprecherin und von 2000 bis 2013 Mitglied im Vorstand der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

Annette Widmann-Mauz ist seit 2012 Mitglied im Bundesvorstand der CDU. Seit 2003 ist sie stellvertretende Vorsitzende der CDU Baden-Württemberg. In der Frauen Union ist sie seit 2011 stellvertretende Bundesvorsitzende und seit 1995 Landesvorsitzende in Baden-Württemberg.

# Kerstin Gerpheide

## Selbstverständnis und Zukunft der Pflege im Rahmen der Dialyseversorgung

Die aktuelle Studie des IGES Instituts prognostiziert, dass die Zahl der nephrologischen Patienten steigen, aber die Zahl der niedergelassenen Nephrologen abnehmen wird. Zwangsläufig wird es zu einem Engpass in der flächendeckenden und bedarfsgerechten Versorgung chronisch erkrankter Menschen kommen. Damit stellt sich die Frage, wie das ambulante Dialyseangebot vielfältiger und – mit weiterhin hoher Versorgungsqualität – besser verteilt werden kann.

Die nephrologische Fachpflege ist geprägt durch die Versorgung nierenkranker Menschen in den verschiedenen Stadien der Niereninsuffizienz. Sie betreut den nierenkranken Menschen vom Beginn der Erkrankung bis zum Tod. Die verschiedenen Versorgungssettings (Präventiv-Akut-Rehabilitation-Chronisch-Palliativ) und die unterschiedlichen Behandlungsverfahren (Akut- und Spezialverfahren, Peritoneal- und Hämodialyse, deren Heimverfahren und Transplantation) verlangen eine hoch qualifizierte und individuelle Pflegeleistung. Der kompetenzbasierte Rahmenlehrplan der nephrologischen Fachweiterbildung bildet die Grundlage für diese Handlungskompetenzen (Fernsebner & Bundschu, 2012). Die Definition der nephrologischen Fachpflege stellt diese als eigenständige Disziplin dar und kann so ihre Aufgaben und Kompetenzen beschreiben (Wiederhold & Gerpheide, 2012).

Die Anwendung der Pflegewissenschaft macht die

zunehmende Abkehr der nephrologischen Pflege von der traditionellen pathophysiologischen, medizinischen und technischen Sichtweise hin zu einer umfassenden, auf Prävention und Gesundheitsförderung ausgelegten Pflege erkennbar. So gelingt es, das Krankheitserleben der Menschen mit einer chronischen Nierensuffizienz näher zu beschreiben. Instrumente zu einer verbesserten Compliance und Adhärenz können Anwendung finden. Die Bedeutung der Kommunikation und Beziehungsgestaltung wird herausgestellt und bildet die Grundlage zur individuellen Patientenedukation.

Mit diesen Kompetenzen ist die nephrologische Fachpflege in der Lage, selbstständige Aufgaben in der zukünftigen nephrologischen Versorgungsstruktur und den individuellen Behandlungsarten zu übernehmen.



Kerstin Gerpheide ist leitende Fachpflegekraft in einem privaten Dialysezentrum in München und ist qualifizierte Fachkrankenschwester für Intensiv und Anästhesie. Seit 2007 ist sie nephrologische Fachpflegekraft, 2008 wurde sie Vorstandsmitglied des Fachverbandes nephrologischer Berufsgruppen e.V. und ist seit 2013 dessen Vorsitzende. 2011 hat sie die Projektleitung „Nephrologische Pflege“ übernommen. Ziel dieser Projektgruppe ist es, sich für die Profession der nephrologischen Pflege einzusetzen und deren Kompetenzen und Aufgaben zu beschreiben. Sie ist Gründungsmitglied der BANP, der gemeinsamen politischen Stimme des FNB e.V. und der AfnP e.V. Gemeinsam mit Herrn Dr. Dietmar Wiederhold publizierte sie im Auftrag der BANP die „Definition nephrologischer Fachpflege“.



# Prof. Dr. Reinhard Brunkhorst

## Möglichkeiten der Versorgungssteuerung

Die Steuerung der medizinischen Versorgung sollte ein möglichst optimales Behandlungsergebnis und eine hohe Lebensqualität für den einzelnen Patienten zum Ziel haben. Daneben gilt es, ökonomische Konsequenzen für die Gesellschaft und den Betroffenen zu berücksichtigen.

Für die Therapie von Patienten mit einer irreversibel geschädigten Nierenfunktion, die ohne einen Nierenersatz nicht überleben können, ergeben sich hieraus vor allem folgende übergeordnete Zielsetzungen: 1. Die Ermöglichung einer frühzeitigen, erfolgreichen Nierentransplantation. 2. Die Wahl des optimalen Dialyseverfahrens im Hinblick auf die medizinischen Ergebnisse und die Lebensqualität.

Während der erste Punkt unumstritten und klar zu definieren ist, kann die Festlegung des optimalen Dialyseverfahrens auch für erfahrene Nephrologen und umfassend aufgeklärte Patienten eine schwierige Frage darstellen, deren Beantwortung nicht selten im Verlauf revidiert werden muss. Entsprechend problematisch kann daher eine rigide Steuerung der Dialyseversorgung durch die Kostenträger oder den Gesetzgeber bzw. konkret durch Maßnahmen zur Qualitätssicherung sein.

Voraussetzungen für eine sinnvolle Steuerung der Dialyseversorgung sind: sichere Definition der Zielsetzung der Versorgungssteuerung, Berücksichtigung aller Dialyseverfahren in der Ausbildung der Nephrologen und des nephrologischen Personals, keine Vor- oder Nachteile in der Honorierung der einzelnen Dialyseverfahren und eine umfassende,

möglichst neutrale Aufklärung der Patienten vor Einleitung der Dialyse.

Ebenso wichtig ist eine ausreichende Finanzierung des zusätzlichen Pflegeaufwandes für die Heimdialyse bei betagten und behinderten Dialysepatienten. Übergeordnete Strukturmaßnahmen sind erforderlich, um die Steuerung der Dialyseversorgung auch im Hinblick auf einen Erhalt der unterschiedlichen Trägerschaften der Dialyseeinrichtungen und des Gleichgewichtes zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu gewährleisten.

Bislang ist eine derart abgestimmte Steuerung der Dialyseversorgung in Deutschland nicht absehbar.



Reinhard Richard Brunkhorst ist seit 1999 Chefarzt der Medizinischen Klinik am Klinikum Oststadt-Heidehaus und seit 2008 Chefarzt der Inneren Abteilung am Klinikum Lehrte. Studium der Medizin sowie Psychologie und Promotion 1981 in Kiel. In den Jahren 1990 bis 2011 erhielt er seine Facharztanerkennungen als Arzt für Innere Medizin, Nephrologie, Intensivmedizin und Hypertensiologie. 1995 wurde er als apl. Professor für Innere Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover ernannt. Von 2008 bis 2013 war er Präsident der DGfN, seit Oktober 2013 ist er Geschäftsführer der Akademie Niere. Prof. Dr. Brunkhorst ist Autor von ca. 170 wissenschaftlichen Publikationen und Buchbeiträgen und seit 2004 Herausgeber der Zeitschrift „Nieren- und Hochdruckkrankheiten“.

# Dr. Thomas Drabinski

## Vergütung und Kosten der Dialyseversorgung

Der Vortrag gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der Reformbemühungen zur Vergütung der Dialyseversorgung im kassenärztlichen Bereich. Hintergrund sind Änderungen des EBM im Jahr 2013 und anstehende Änderungen in den Jahren 2014 und 2015. Diskutiert werden die Ergebnisse und Implikationen einer für den Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e.V. in den Jahren 2013 und 2014 durchgeführten re-

präsentativen Umfrage in nephrologischen Praxen. Ziel der Umfrage ist es, statistisch zuverlässige Durchschnittswerte der Praxiskosten herzuleiten, um den sogenannten „technischen Leistungsanteil“ für die nephrologischen Praxen zuverlässig im Standardbewertungssystem „STABS“ kalkulieren zu können: Denn aus dem STABS werden die Gebührenordnungspositionen (GOP) für die Dialysesachkostenpauschalen abgeleitet.



Thomas Drabinski studierte Volkswirtschaftslehre und Politik an den Universitäten Gießen, Wolverhampton/England und Kiel, unter anderem mit den Schwerpunkten Finanzwissenschaft, Sozialpolitik und Ökonometrie. Dr. Drabinski leitet das Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), ein unabhängiges, frei finanziertes Institut. Neben der Institutsleitung des IfMDA hält Dr. Drabinski als Lehrbeauftragter kontinuierlich Vorlesungen und Seminare zur Gesundheitspolitik und -ökonomie an der Universität Kiel.

---

## ▣ VERANSTALTER

IGES Institut  
Friedrichstraße 180 | 10117 Berlin  
[www.iges.de](http://www.iges.de)

## ▣ VERANSTALTUNGSORT

Auditorium Friedrichstraße  
Kongresszentrum des IGES Instituts  
Friedrichstraße 180 | 10117 Berlin  
[www.auditorium-friedrichstrasse.de](http://www.auditorium-friedrichstrasse.de)

Eine gemeinsame Veranstaltung mit **Baxter**