

Pressekonferenz

Zukunft und Herausforderungen der Dialyse um Jahr 2020

31. März 2014

10.00 Uhr

Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

Pressekonferenz

Zukunft und Herausforderungen der Dialyse im Jahr 2020

31. März 2014

10.00 – 11.15 Uhr, Tagungszentrum der Bundespressekonferenz

- | | |
|----------------------|--|
| 10.00 Uhr | Begrüßung
<i>Sandra Jessel, Pressereferentin, IGES Institut, Berlin</i> |
| 10.05 Uhr | Status quo und Zukunft der Dialyseversorgung – Ergebnisse einer Versorgungsstudie
<i>Hans-Holger Bleß, Leiter des Bereichs Versorgungsforschung, IGES Institut, Berlin</i> |
| 10.25 Uhr | Dialyseverfahren und ihre Potenziale für eine patientenorientierte Versorgung aus medizinischer Sicht
<i>Prof. Mark Dominik Alscher, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN), Stuttgart</i> |
| 10.35 Uhr | Neue Wege zum besseren und längeren Leben mit der Dialyse
<i>Peter Gilmer, Vorsitzender des Bundesverbandes Niere e.V., Mainz</i> |
| 10.45 Uhr | Nierenersatzverfahren Dialyse: Steht der Patient wirklich im Mittelpunkt?
<i>Prof. Bertram Häussler, Vorsitzender der Geschäftsführung, IGES Institut, Berlin</i> |
| ab 10.55 Uhr | Fragen und Diskussion |
| ca. 11.15 Uhr | Ende der Veranstaltung |

Presseinformation

Studie: 100.000 Dialysepatienten bis ins Jahr 2020

Experten fordern mehr Patientenbeteiligung und Therapievelfalt in der Nierenersatztherapie – Jeder dritte Betroffene könnte Heimdialysen nutzen

Berlin, 31. März 2014 (IGES Institut) – Die Zahl der dialysepflichtigen Menschen wird bis zum Jahr 2020 von derzeit 83.000 um ein Fünftel auf rund 100.000 steigen. Das entspricht einer jährlichen Zunahme von 2,7 Prozent. Zugleich wird dann altersbedingt bundesweit fast jeder zwölfte niedergelassene Nephrologe fehlen, weil Nachwuchs ausbleibt. Experten fordern daher dringend, die ambulante, nephrologische Versorgung zu stärken und häufiger Heimdialyse als Therapieoption zu nutzen. Dies ist das Fazit einer in Berlin vorgestellten Studie des IGES Instituts zur Zukunft der Dialyse.

Ermittelt haben die IGES-Experten den künftigen Dialysebedarf mittels statistischer Modellierung mit epidemiologischen Daten. Die ansteigenden Patientenzahlen um 20 Prozent bis 2020 haben dabei vor allem drei Ursachen: die weiter zunehmenden, gefäßschädigenden Volkskrankheiten wie Diabetes oder Bluthochdruck - die zu Nierenversagen führen können - sowie immer mehr jüngere Patienten und die Erfolge in der Nierenersatztherapie, was beides zu einer längeren Lebensphase mit Dialyse führt.

Bundesweit acht Prozent weniger Fachärzte

Erschwert wird die künftige Dialyseversorgung, weil der prognostizierte Rückgang ambulant tätiger Nephrologen deutschlandweit um acht Prozent regional sehr verschieden ausfallen wird. „Damit wir trotz des beträchtlichen Anstiegs an Dialysepatienten und zurückgehenden Facharztzahlen weiterhin eine flächendeckende, bedarfsgerechte Versorgung haben, muss das ambulante Dialyseangebot besser verteilt und vielfältiger werden“, sagt Hans-Holger Bleß, Leiter des Bereichs Versorgungsforschung am IGES Institut.

Nötig sei ein ganzer Maßnahmenkatalog: Mindestmengen an verschiedenen Dialyseverfahren im Rahmen der Qualitätssicherung, Einführung der bisher in der Facharztbildung fehlenden Durchführung der Peritonealdialyse, bewusste Nachwuchsförderung der sehr kleinen Facharztgruppe der Nephrologen sowie optimalere Teamstrukturen in den Dialysepraxen mit einem stärkeren Einsatz und besserer Vergütung von Pflegekräften, um Dialysepatienten intensiver betreuen zu können.

Pressekontakt:

Gisela Angerer
Leiterin Kommunikation

T +49 30 230 809 341
presse@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

Jeder dritte Dialysepatient könnte zu Hause dialysiert werden

Zu selten kommen derzeit Heimdialyseverfahren zum Einsatz, bei denen sich Betroffene zu Hause selbst dialysieren. Nur fünf Prozent der ständig dialysepflichtigen Patienten nutzen sie, obwohl diese laut Qualitätsvereinbarung die Methoden der Wahl sein sollten. 33 Prozent der Betroffenen könnten es hingegen sein, vorausgesetzt die verschiedenen Dialyseverfahren sind künftig landesweit optimaler verteilt und Patienten werden besser informiert. Dies ergab eine für die Studie erfolgte Expertenbefragung. „Der stärkere Einsatz der Heimdialyse trägt entscheidend dazu bei, den künftigen Versorgungsbedarf bei der künstlichen Blutwäsche zu decken“, sagt Bleß.

Vor allem die Peritonealdialyse, bei der Schadstoffe über das Bauchfell in eine Dialyselösung gelangen, ist als Heimverfahren besonders geeignet. Sie kommt jedoch selten zum Einsatz. 95 Prozent der Dialysepatienten werden mittels Hämodialyse behandelt. Dabei wird das Blut außerhalb des Körpers über synthetische Membranen gereinigt, was derzeit fast ausschließlich in Dialyseeinrichtungen geschieht.

Versorgungssteuerung durch mehr Patientenaufklärung

„Deutschland ist im Vergleich zu den internationalen Verteilungen stark auf die Hämodialyse in Dialysezentren ausgerichtet. Es fehlen häufig Wissen und Ausbildungsvorgaben zur Peritonealdialyse sowie zu Heimdialyseverfahren“, sagt Prof. Mark Dominik Alscher, Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. „Die gesundheitliche und individuelle Situation der Patienten sollten die Wahl des Dialyseverfahrens bestimmen und nicht die strukturellen, insbesondere räumlichen oder personellen, aber auch fachlichen Gegebenheiten ambulanter Angebote.“

„Betroffene benötigen ein möglichst frühzeitig einsetzendes und dauerhaftes Unterstützungsmanagement, um länger und besser mit der Dialyse zu leben“, fordert Peter Gilmer, Vorsitzender des Bundesverbandes Niere e.V. Diese Unterstützung helfe zudem, für jeden Patienten das passende Dialyseverfahren zu finden und käme auch denjenigen zugute, die die Vorteile der Heimdialyse nutzen wollen.“

„Informierte Patientenentscheidungen haben bereits in vielen anderen medizinischen Bereichen wirkungsvoll zur Angebotssteuerung beigetragen. Und sie beeinflussen den Erfolg einer Behandlung“, erläutert Prof. Bertram Häussler, Leiter des IGES Instituts. Dies sei vor allem für Dialysepatienten wichtig, die aufgrund ihrer lebensbedrohlichen Erkrankung massive Einschränkungen ihrer Lebensqualität haben.

Die Studie entstand im Auftrag des Medizintechnik- und Arzneimittelunternehmens Baxter Deutschland. Sie ist als Buch bei der Nomos Verlagsgesellschaft veröffentlicht:

„Status quo und Zukunft der Heimdialyse“; Silvia Klein, Kathrin Lottmann, Patrick Gierling, Hans-Holger Bleß; 200 S.; broschiert; ISBN 978-3-8487-1246-5

Über das IGES Institut: Forschen – Entwickeln – Beraten für Infrastruktur und Gesundheit

Das IGES Institut wurde 1980 als unabhängiges Institut gegründet. Seither wurde in über 1.000 Projekten zu Fragen des Zugangs zur Versorgung, ihrer Qualität, der Finanzierung sowie der Gestaltung des Wettbewerbs im Bereich der Gesundheit gearbeitet. In jüngerer Zeit wurde das Spektrum auf weitere Gebiete der öffentlichen Daseinsvorsorge ausgeweitet: Mobilität und Bildung. Das IGES Institut gründet seine Arbeit auf hohe Sach- und Methodenkompetenz und bietet in allen Arbeitsgebieten einen breiten Zugang zu eigenen und zu Datenquellen anderer Institutionen. Gemeinsam mit den Unternehmen CSG und IMC (beide Berlin) sowie HealthEcon (Basel) beschäftigt die IGES Gruppe mehr als 120 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Status quo und Zukunft der Dialyseversorgung

Hans-Holger Bleß, IGES Institut

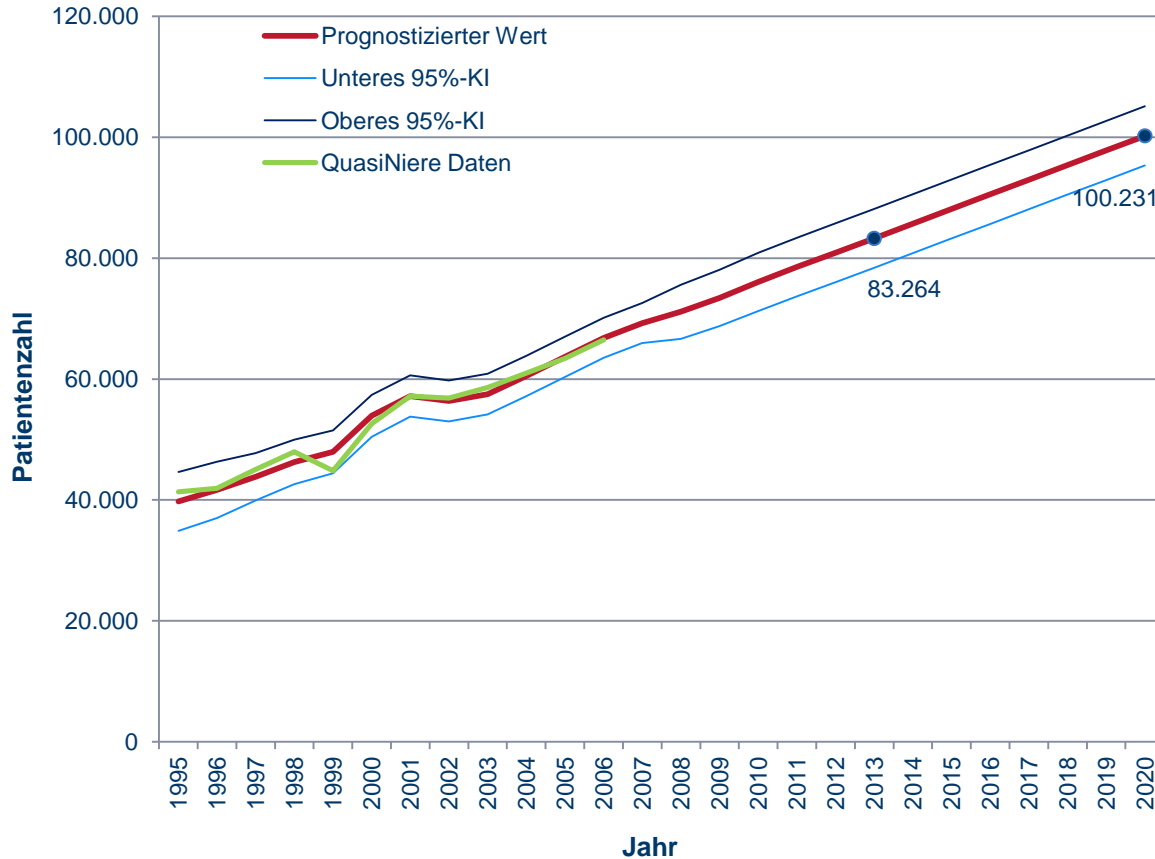
Pressekonferenz: Zukunft und Herausforderungen der Dialyse 2020
Berlin, 31. März 2014

- Status quo der Dialyse-Versorgung von erwachsenen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz
 - Strukturen, Prozesse, Bedingungen etc.
- Modellierung des zukünftigen Dialysebedarfs und -angebotes
- Verbreitung der verschiedenen Dialyseverfahren
 - Identifikation von Hemmnissen bei der Anwendung von Heimdialyse
- Entwicklung von Lösungs- und Handlungsansätzen

- Strukturierte Literaturrecherche in Pubmed
- Leitfragengestützte Experten-Interviews inkl. Delphi-Verfahren
- Modellierung
 - Prävalenz: ARMA-Modell
 - zahlenmäßige Entwicklung nephrologisch tätiger Ärzte

2. Entwicklung des Versorgungsbedarfs und der ambulanten nephrologischen Versorgung

Entwicklung des Dialysebedarfs



ARMA-Modell*:
Zeitreihenanalyse
unter Anwendung
eines *model fit*:
 $R^2=0,975$

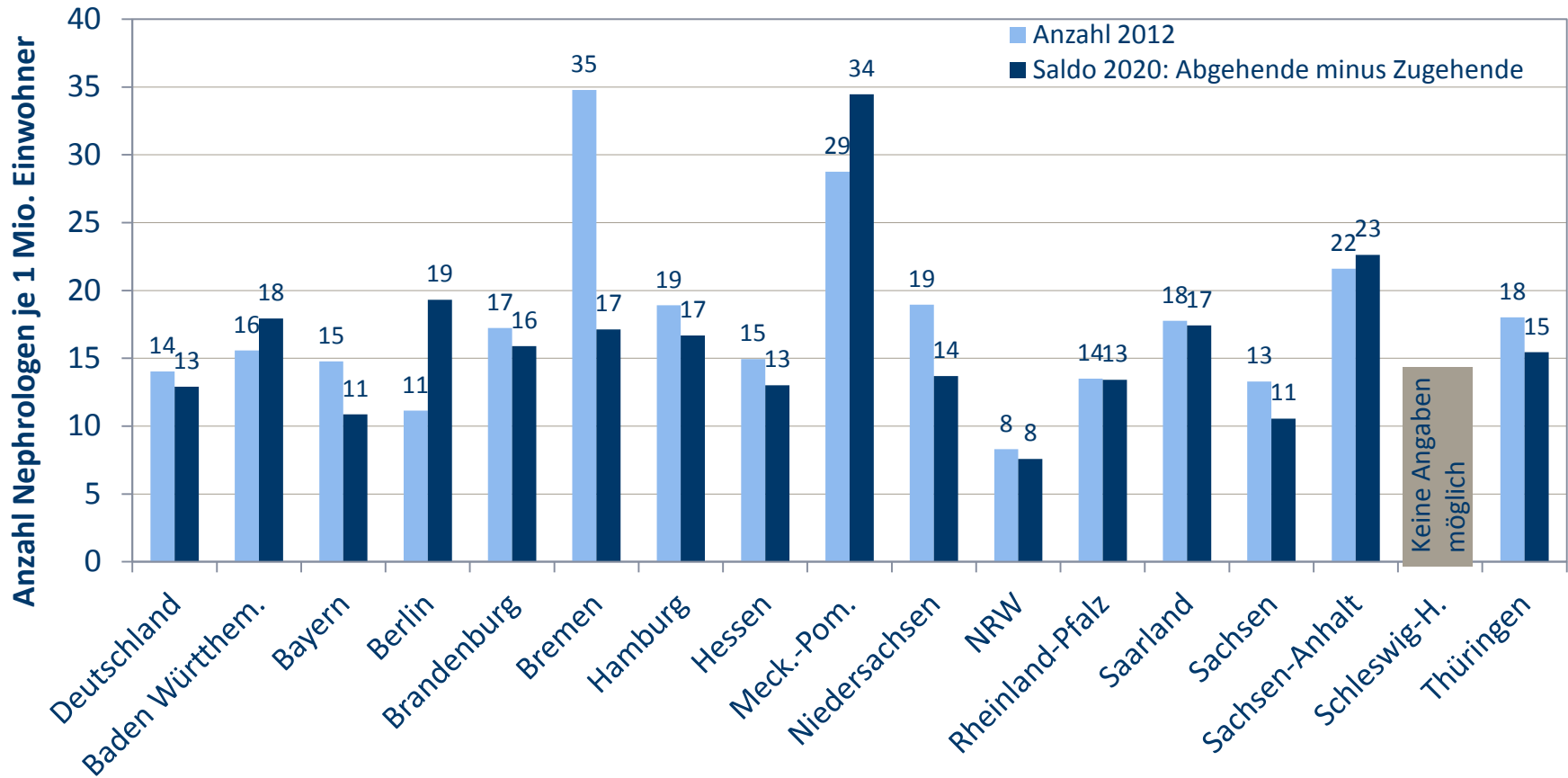
Ergebnisse:

- **2013: 83.264**
(78.386–88.143)
 - **2020: 100.231**
(95.347–105.115)
- **+ 20,4%**

➔ **Bedeutsamer Anstieg der Prävalenz von Dialysepflicht**

* *autoregressive integrated moving average*

Entwicklung der ambulant tätigen Nephrologen je 1 Mio. Einwohner 2012 - 2020



2012: 1.148 Nephrologen

→ 2020: Deutschlandweiter Rückgang um -8%

Quelle: IGES nach Arztstatistik der Bundesärztekammer 2012

Fazit

- Regional unterschiedliche Dichte an Nephrologen je Einwohner
 - Entwicklung Zahl der Nephrologen bis 2020: Aufgrund Altersstruktur insgesamt mehr Abgänge als Zugänge
- **Rückgang ambulant tätiger Nephrologen bis 2020 um 8% in Gesamtdeutschland bei gleichzeitig erwartendem Prävalenzanstieg der Dialysepflicht**

3. Potential und Hemmnisse der Verbreitung von Heimdialyse

Heimdialyse schöpft ihr Potential nicht aus

Ist-Zustand 2012 (Medical Netcare GmbH)	% Heimverfahren	% Heimverfahren	Potential (Expertenangaben)
Aller ständig dialysepflichtigen Patienten	ca. 5%	12%	Tatsächlicher Anteil 2020
		19%	Theoretisch mögl. Anteil 2013
		27%	Patientenentscheidung nach umfassender Beratung
		33%	Optimales Versorgungssystem

- Internationaler Vergleich: Noch höhere Präferenz für Peritoneal- und Heimdialyse vor Hämo- und Zentrumsdialyse (allerdings andere Versorgungsstrukturen)

Infrastruktur

- Infrastruktur der Dialyseversorgung überwiegend auf Hämodialyse und somit Zentrumsdialysen ausgerichtet
- Einzelne Zentren bieten (fast) nur Hämodialyse an

Vergütung und finanzielle Gründe

- Fehlende Differenzierung der Vergütung bei höherem Aufwand
- Betrieb der Dialysegeräte in den Einrichtungen muss wirtschaftlich bleiben / „sich rechnen“

Kenntnisse der Nephrologen und Pflegekräfte

- Fehlende Kenntnisse und zu geringe Erfahrungen der Nephrologen und Fachpflegekräfte in Heimdialyseverfahren
- Praktische Durchführung der Peritonealdialyse ist kein Pflichtteil der nephrologischen Facharztausbildung

Patientenaufklärung unzureichend:

- Unwissenheit hemmt Inanspruchnahme
- Heimdialyse wird als Risiko oder Belastung wahrgenommen
 - fehlende Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen
 - unzureichende Einbindung des familiären Umfeldes
- Ärztliche Beratung des Patienten zur Wahl des Verfahrens ist wiederum abhängig von
 - Ausbildung und praktischen Erfahrungen des Nephrologen
 - räumlichen und personellen Gegebenheiten der Einrichtung

→ **Circulus vitiosus hemmender Faktoren**

4. Handlungsbedarf und Lösungsansätze

Handlungsbedarf wegen steigenden Bedarfs und rückläufigen Versorgungsangebots

Handlungsansätze auf zwei Ebenen identifiziert:

- **Stärkung des Angebotes an ambulanter nephrologischer Versorgung**
- **Stärkung der Heimdialyse-Verfahren zur Deckung des Versorgungsbedarfes**

Strukturelle Handlungsansätze

- Gezielte Steuerung der Sicherstellung ambulanter nephrologischer Versorgung notwendig
- Anpassung der Pflegefachkräfte-Quote an Versorgungsaufwand (Alter und Krankheitsbild der Patienten)

Steuerung durch finanzielle Anreize

- Höhere Vergütung von Heimdialyse
 - Adäquate Berücksichtigung nicht-ärztlicher Personalkosten
- **Sicherstellung der Rahmenbedingungen für ein flächendeckendes Versorgungsangebot**

Förderung nephrologisch tätigen Nachwuchses

- Schaffung attraktiver Arbeits- und Ausbildungsbedingungen, z.B. durch:
 - angemessene Vorgaben zu Personalschlüssel und Qualifikationsvorgaben in Qualitätssicherungs-Richtlinie

Stärkung der Team-Strukturen in der Dialyseversorgung

- Verbesserte Qualifizierung von Pflegekräften für intensivere Betreuung
 - Mehr Ärzte um qualitativ hochwertige Versorgung zu gewährleisten
- **Verstärktes Team-Building**

Alle Dialyseeinrichtungen müssen sämtliche Dialyseverfahren und -formen anbieten

- Durchsetzung der bestehenden Vorgabe durch die Selbstverwaltung
 - Entwicklung eines risikoadjustierten Qualitätsindikators „Anteil an Patienten mit Heimdialyseverfahren an allen neuen bzw. ständig dialysepflichtigen Patienten“
- Peritonealdialyse als Pflichtteil der praktischen nephrologischen Facharztausbildung
 - Differenzierung der in der Facharztausbildung nachzuweisenden Mindestzahl an Verfahren (Richtzahl) nach den unterschiedlichen Verfahren
- **Förderung der Diversität der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung und praktischen Erfahrung**

Verbesserte Patienteninformation und -beratung

- neutrale, interessensunabhängige Beratung und Information der Patienten
 - rechtzeitig vor – und ggf. nach – Beginn der Dialysebehandlung
 - zu den unterschiedlichen Dialyseverfahren
 - Trennung von Beratung und Durchführung der Dialyse
 - Abbau von Ängsten und Vorurteilen

- ➔ **„Shared decision making“ zur individuell besten Therapieoption**

- Gegenläufige Entwicklung: künftig mehr Dialysepatienten, weniger ambulant tätige Nephrologen
- Notwendigkeit adäquate Dialyseversorgung zu sichern, durch
 - a. Stärkung Angebot ambulanter nephrologischer Versorgung
 - Rekrutierung von ausreichend vielen Nachwuchsärzten
 - Stärkung der Team-Strukturen
 - b. Stärkung der Hemodialyse-Verfahren
 - Diversität in der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung
 - Diversität im Leistungsangebot (risikoadjustierter Qualitätsindikator)
 - Partizipative Entscheidungsfindung auf Basis einer verbesserten, unabhängigen Patienteninformation

IGES Institut

Hans-Holger Bleß, Kathrin Lottmann, Silvia Klein

www.iges.de

Dialyseverfahren und ihre Potenziale für eine patientenorientierte Versorgung aus medizinischer Sicht

Mark Dominik Alscher

Robert-Bosch-Krankenhaus,
Stuttgart

Email: dominik.alscher@rbk.de



Agenda

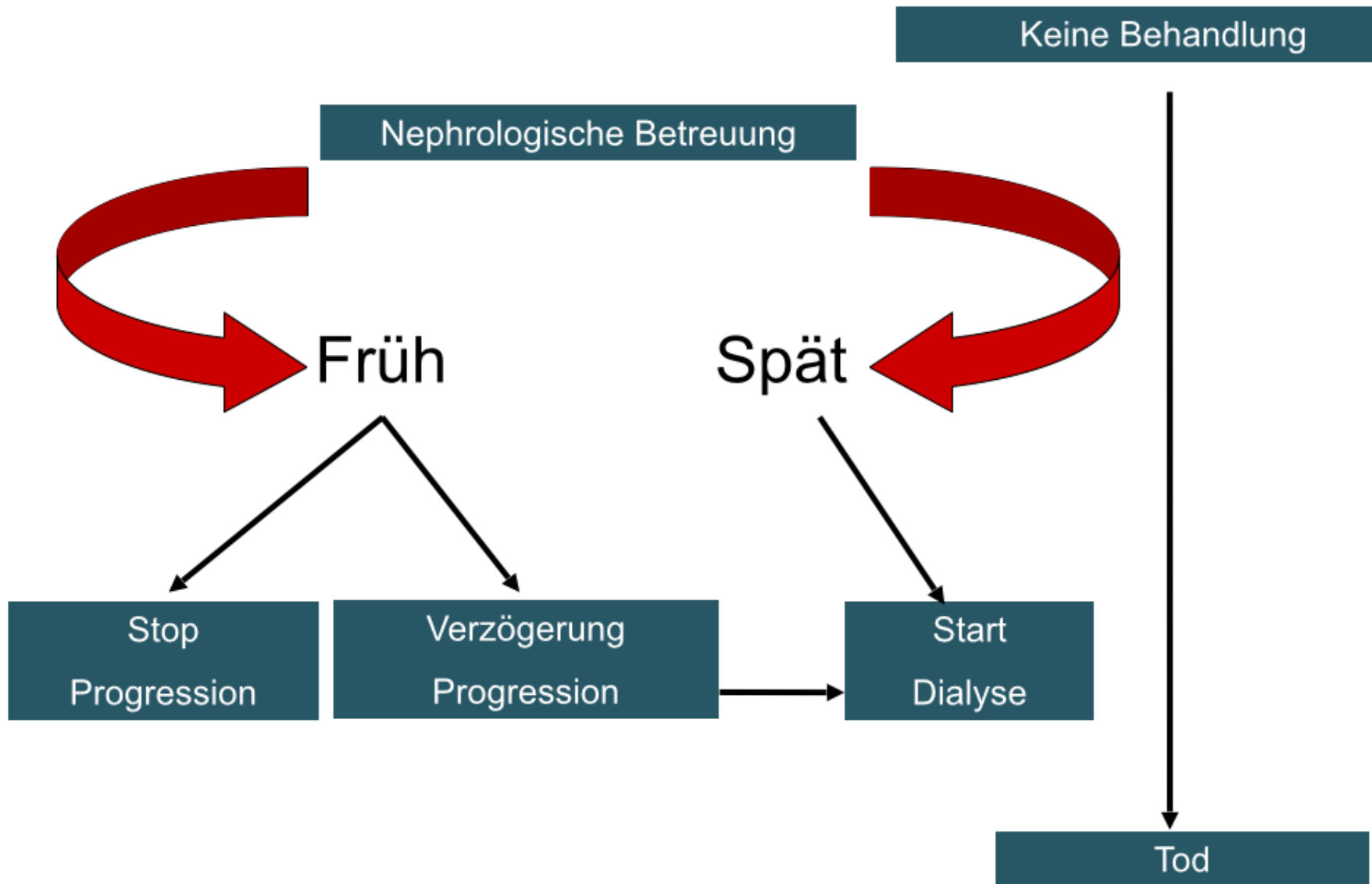
Dialyseverfahren

- Hämodialyse
- Peritonealdialyse
- Auswahl des geeigneten Verfahrens

Prävention / Progressionsbeeinflussung chronische
Nierenerkrankung

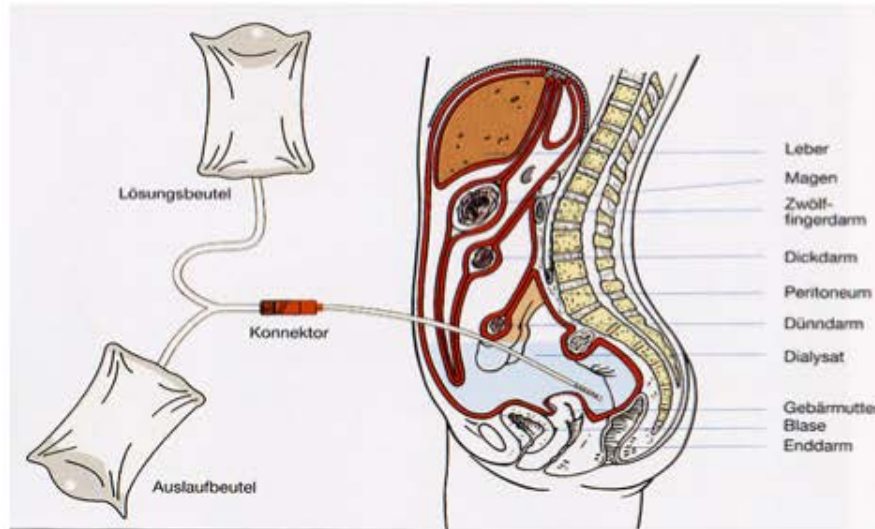
Levin, A. Consequences of late referral on patient outcomes.

Nephrol Dial Transplant 2000,15(Suppl.3):8-13

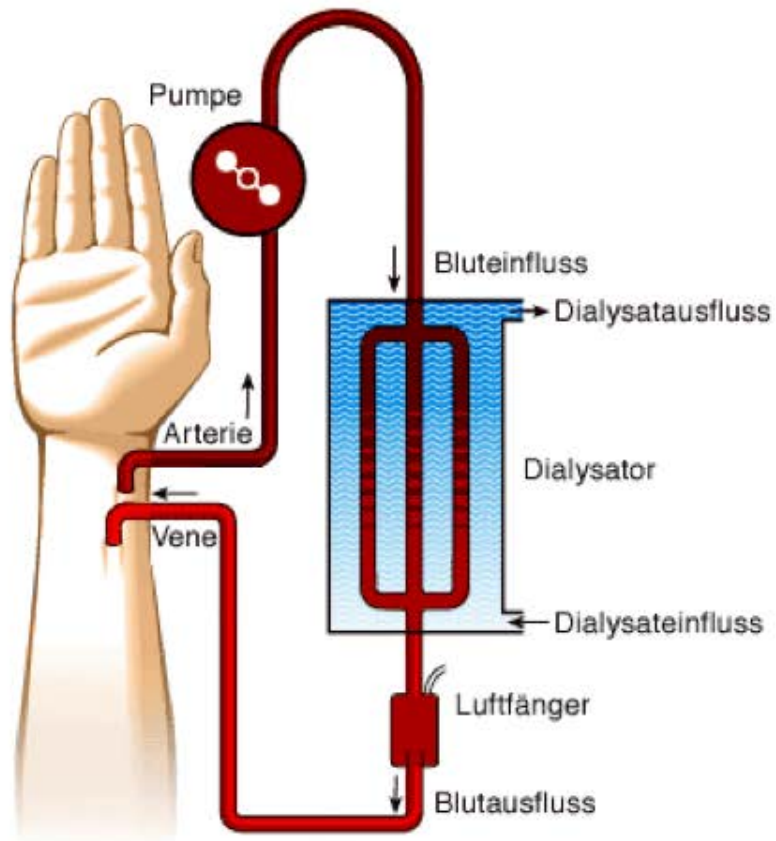




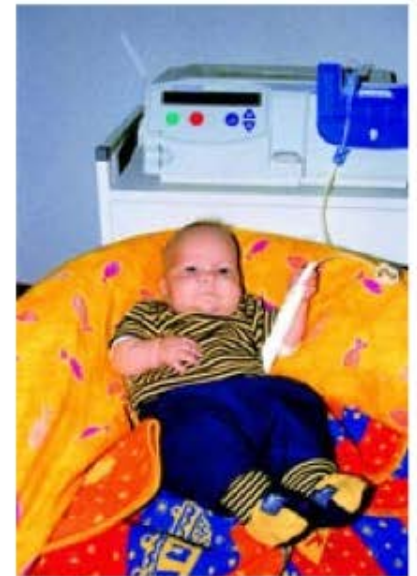
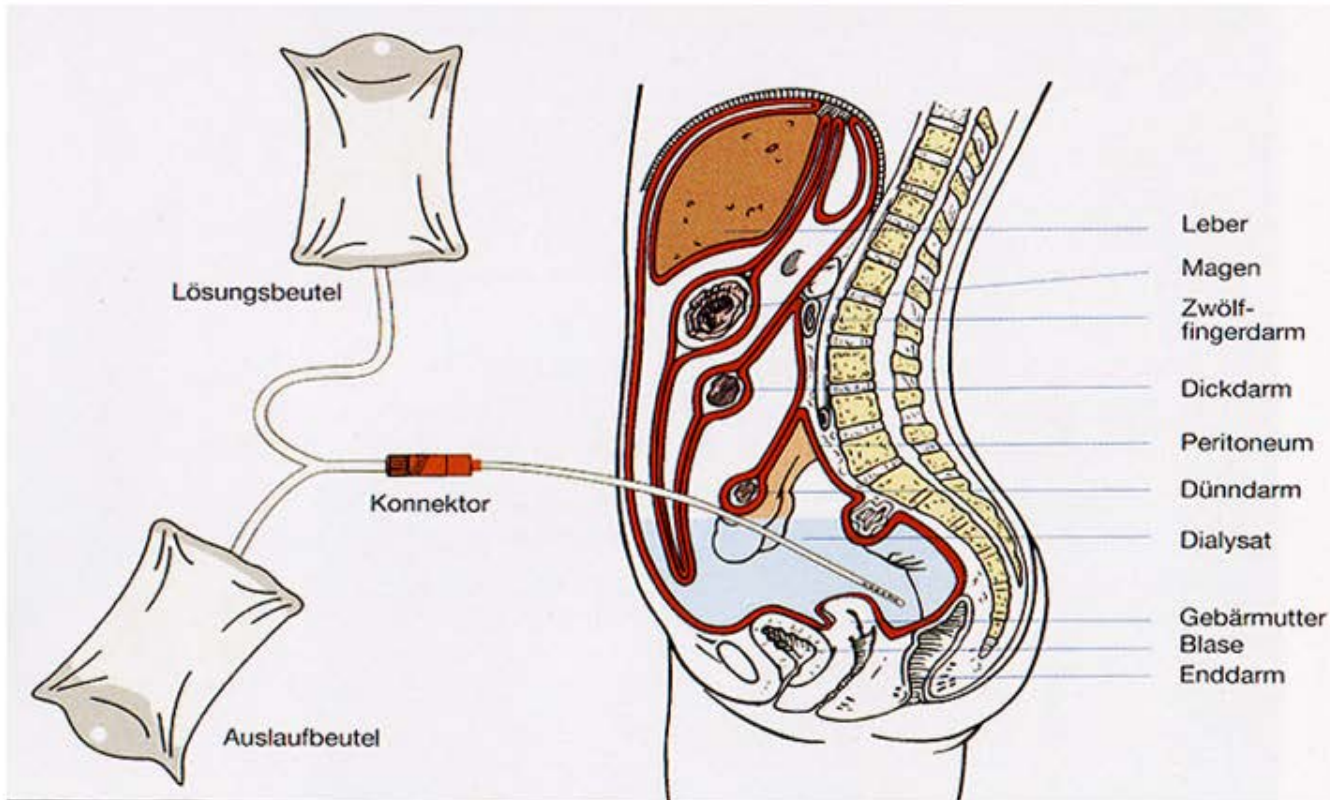
Indikation: Beginn Dialyse



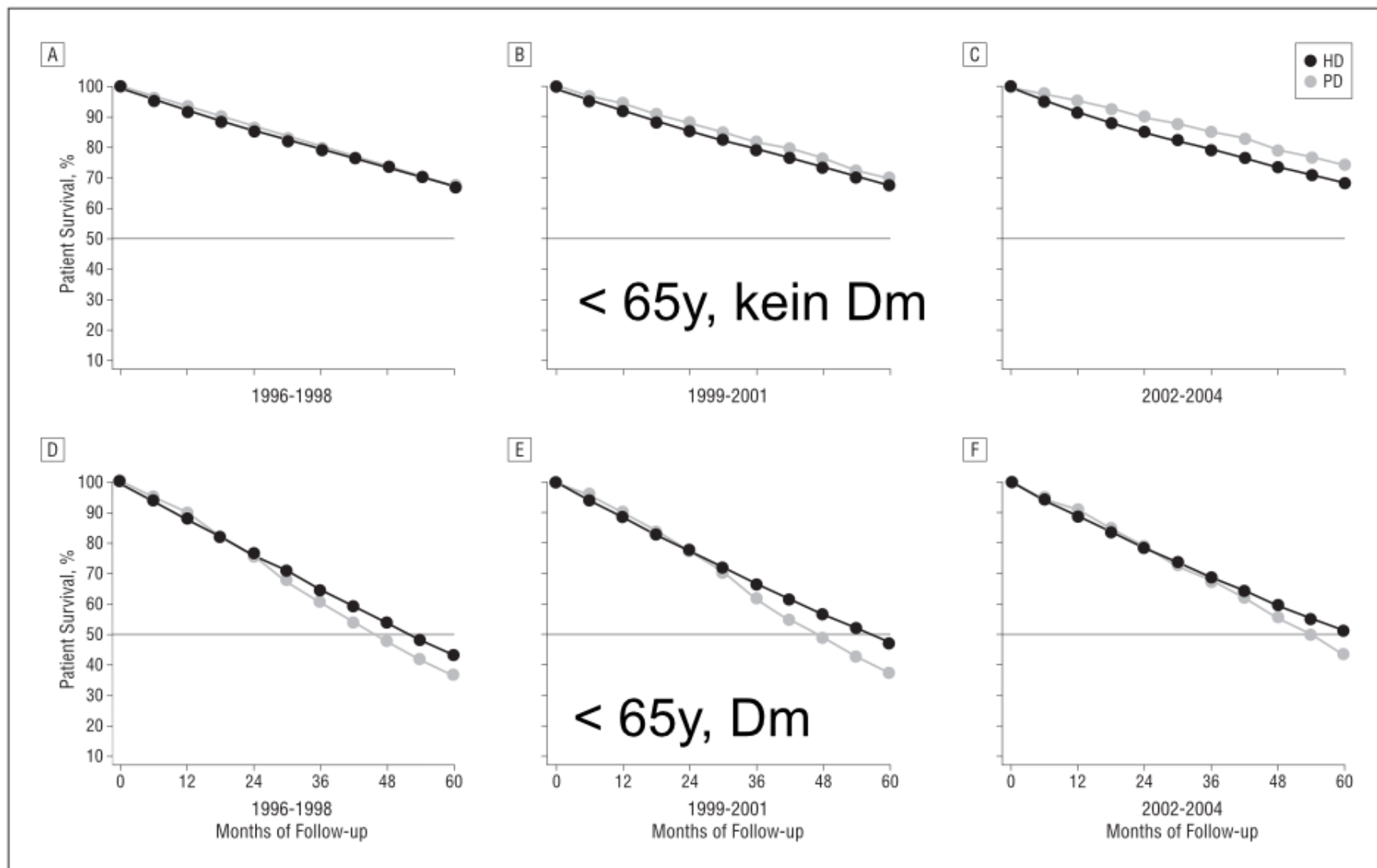
Hämodialyse



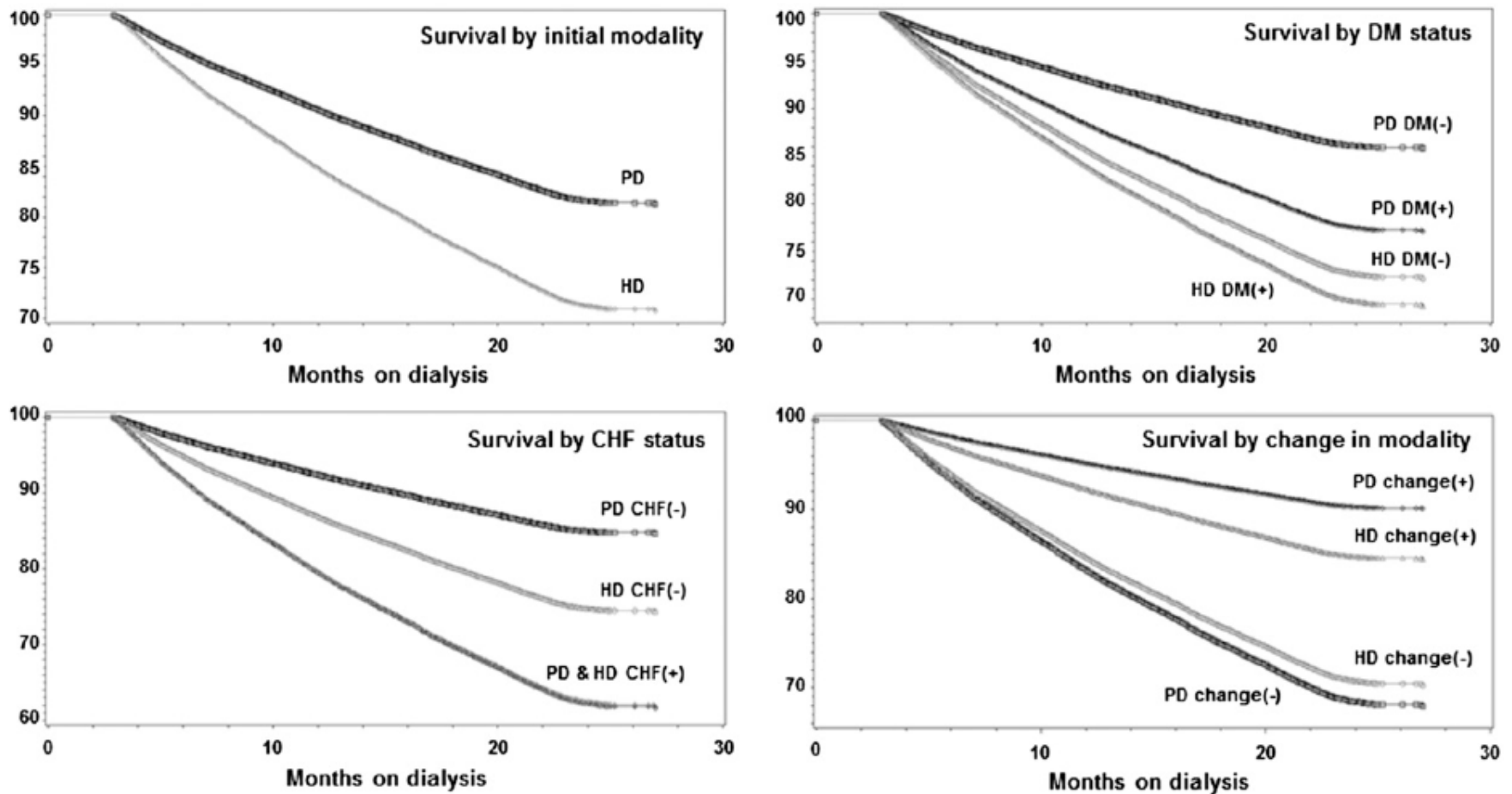
Peritonealdialyse



Lebenserwartung der Patienten an Hämodialyse und Bauchfelddialyse gleich



Vergleich der Mortalität in den ersten 2 Jahren von HD und PD in den USA (DaVita)



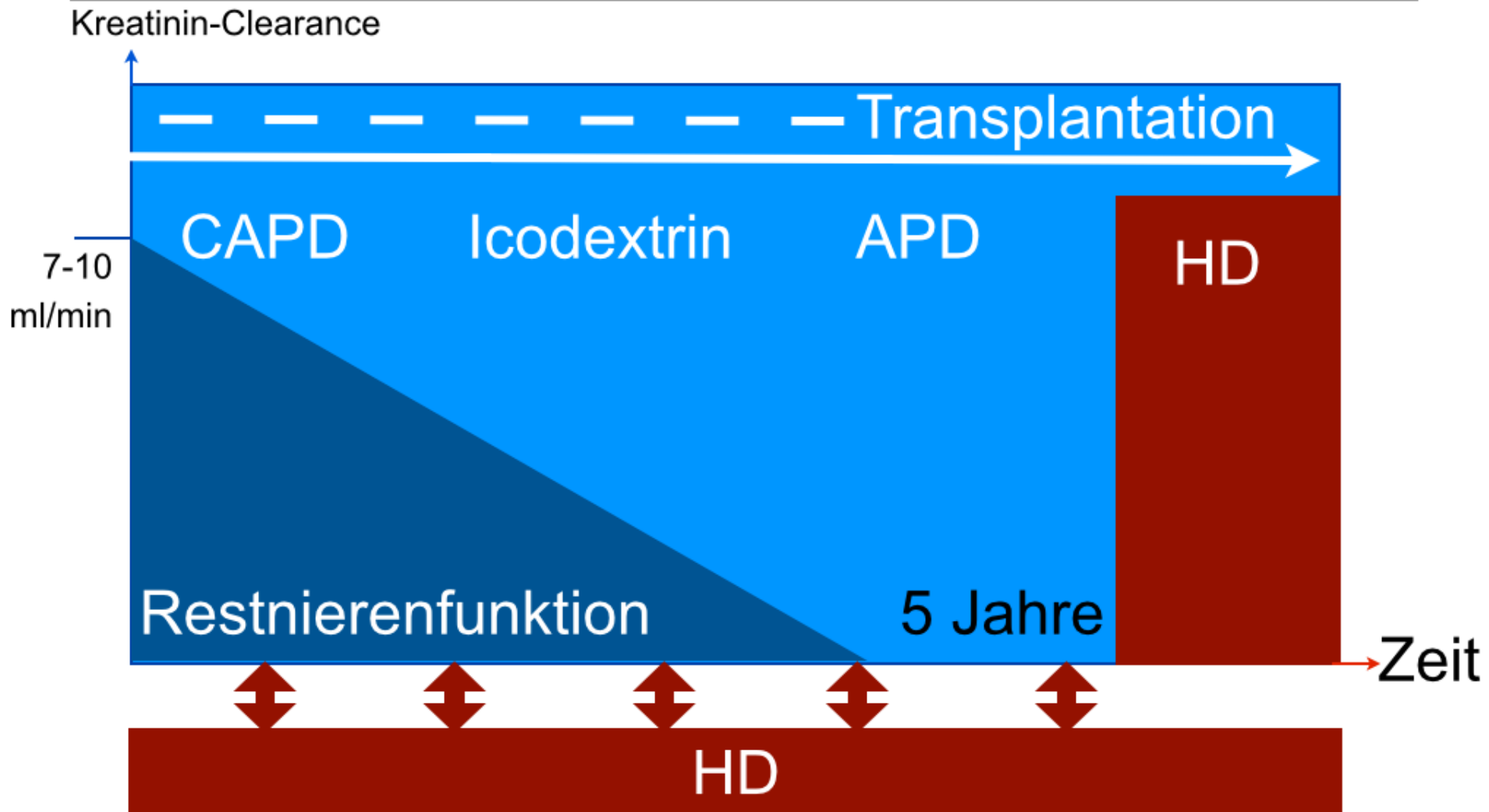
Kaplan–Meier survival curves adjusted for age, sex, race, and diabetes examining survival among peritoneal dialysis (PD) and hemodialysis (HD) patients (modality is defined on day 90) for incident dialysis patients initiating dialysis from July of 2001 to June of 2004 (n=23,718).

Stellenwert Heimdialyseverfahren

- ◆ Höhere Flexibilität und Freiräume, da Dialysezeiten selbst bestimmt werden können
- ◆ Keine Fahrten zu einem Dialysezentrum
- ◆ Höhere Lebensqualität in Vergleichsstudien

- ◆ Patient muss kompetent und selbständig sein
- ◆ Alternative: Assistierte Dialyse (mit Aufwand)
- ◆ Technisches Überleben an PD schlechter
- ◆ Ärztliche Überwachung bei älteren Patienten mit mehreren Erkrankungen findet nicht so häufig im Vergleich zu einer Zentrumsdialyse statt

Integrierte Versorgung

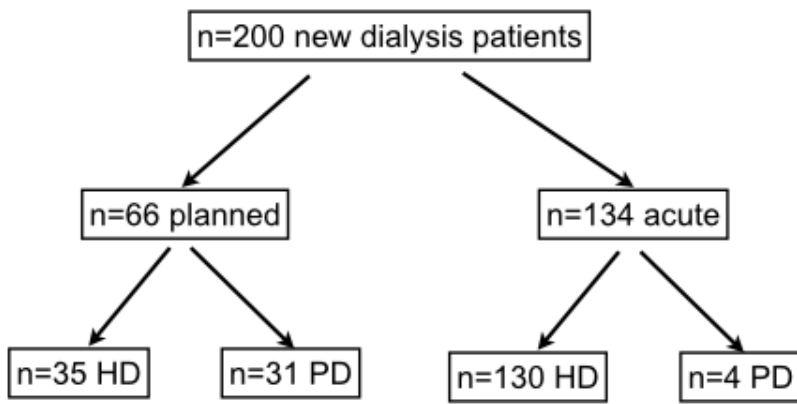


Einfluss eines Schulungsprogramms auf die Patientenentscheidung für eine Dialysemethode

Drei nephrologische Abteilungen in Deutschland:

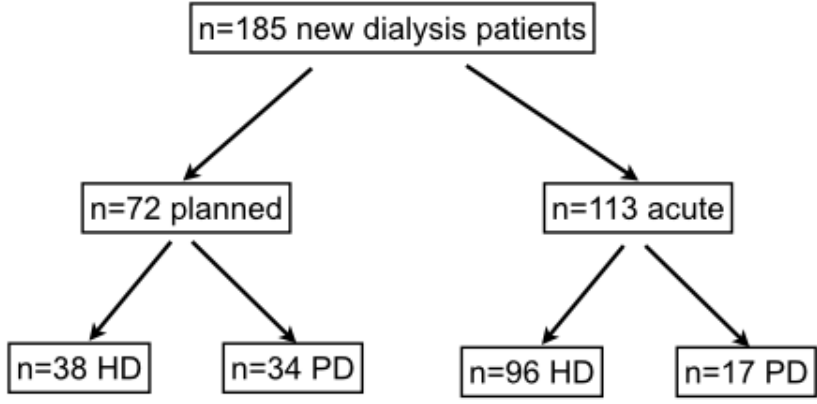
- Robert-Bosch-Krankenhaus in Stuttgart
- Klinikum Coburg
- Nephrologisches Zentrum Emsland, St. Bonifatius-Hospitals, Lingen

Fig. 1a



Pre education: PD 16%
 Post education: PD 27%
 $p = 0.02$

Fig. 1b



Patient flow analysis of all new dialysis patients (a) before and (b) after the introduction of an in-hospital education program. Hemodialysis (HD), peritoneal dialysis (PD).

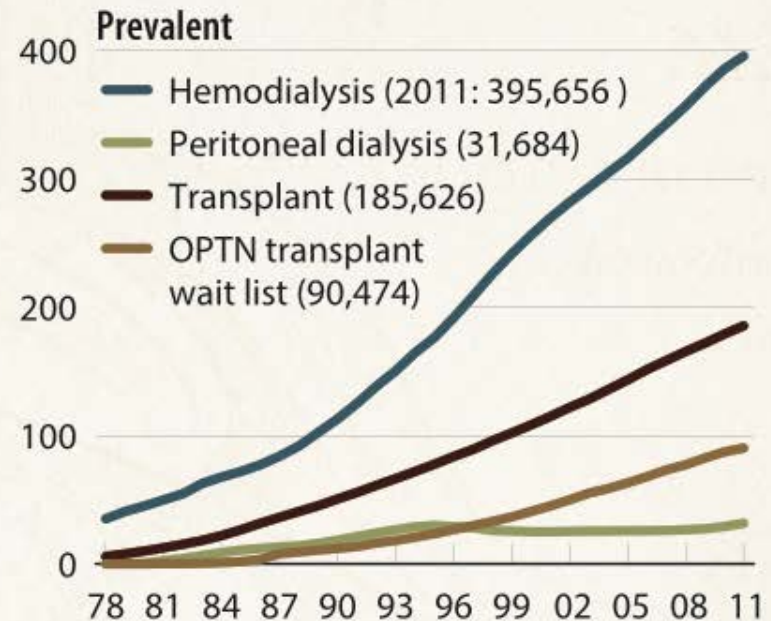
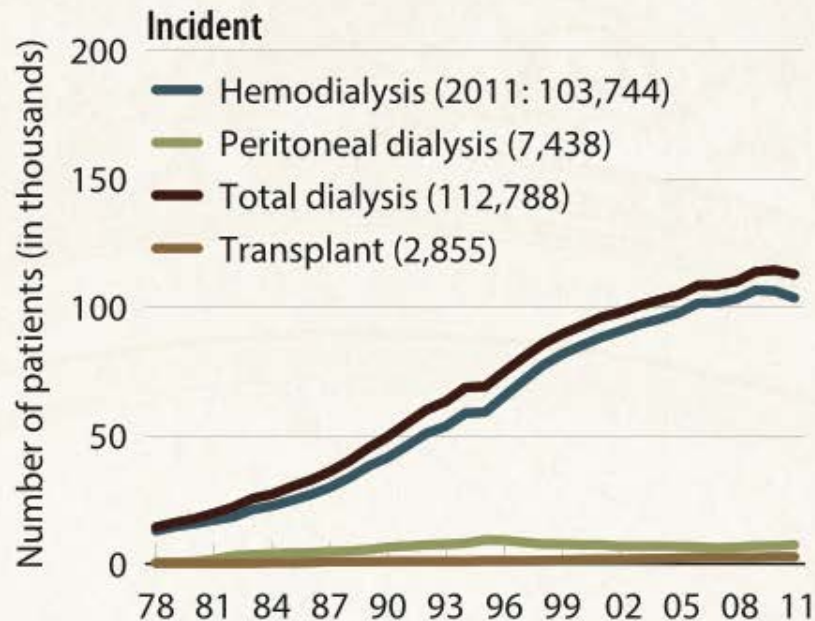
Entwicklung der Dialysepatienten in USA

Neuerkrankungen

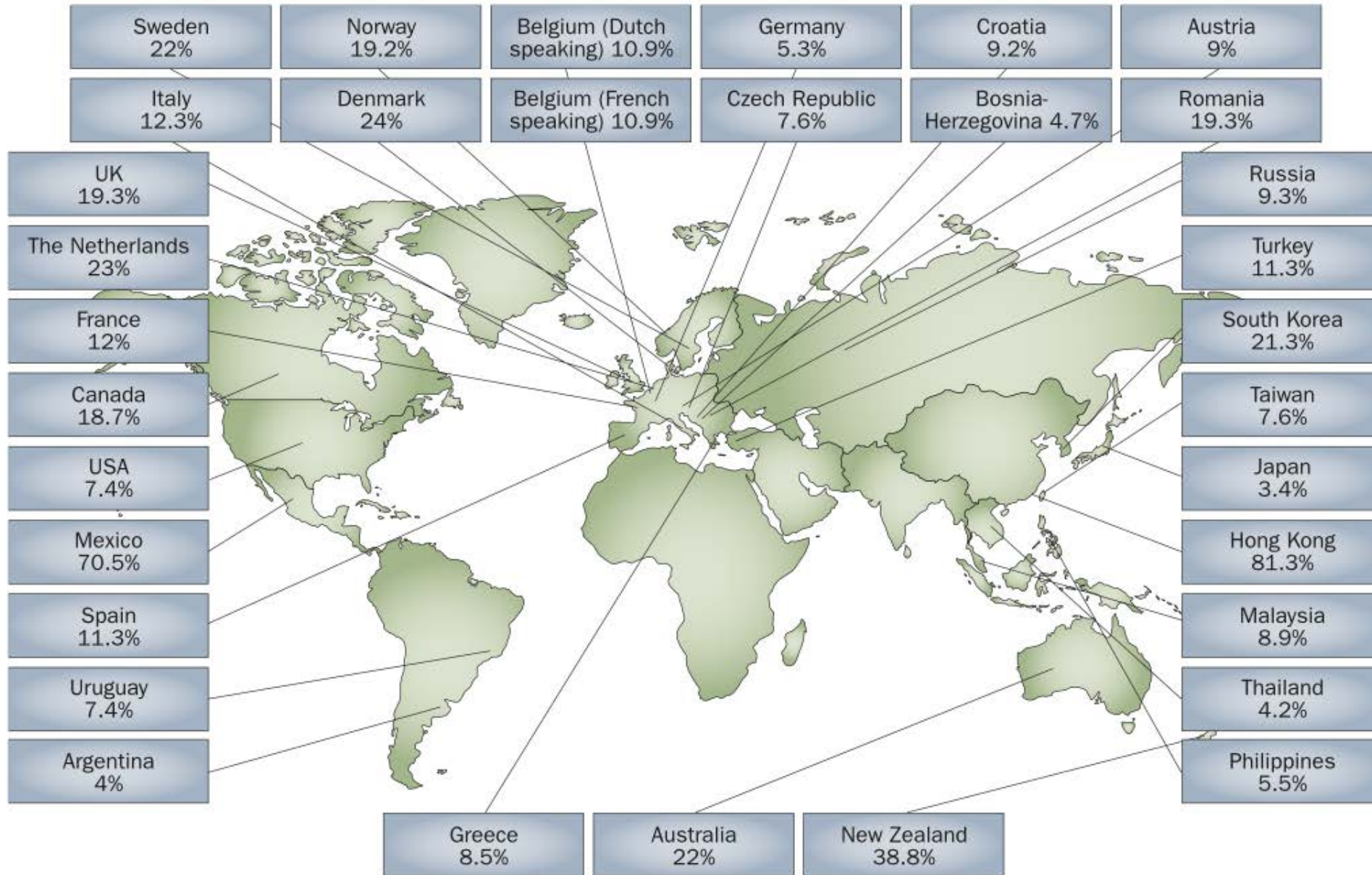
Chronische Dialyse / Tx

vol 2
I.I

Incident & prevalent patient counts (USRDS), by modality



Epidemiology of peritoneal dialysis: a story of believers and nonbelievers



Netzwerk Niere Regio Stuttgart

www.nierennetzwerk.org



[Impressum](#) | [Sitemap](#)

[HOME](#)

[ZIELE](#)

[AKTIVITÄTEN](#)

[NETZWERKPARTNER](#)

[KONTAKT](#)

WILLKOMMEN
auf den Seiten des Netzwerks
Niere Regio Stuttgart

Gemeinsam gegen Nierenerkrankungen

Das Netzwerk Niere Regio Stuttgart ist ein Kooperationsverbund aus ambulanten und stationären Behandlungseinrichtungen aus dem Raum Stuttgart. Gemeinsam wollen wir die Behandlung von nierenkranken Patienten rund um Stuttgart insbesondere an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und stationären Sektor optimieren und Nierenerkrankungen vorbeugen.

Netzwerkveranstaltungen

■ WELTNIERENTAG am 13. März 2014

Anlässlich des Weltnerentags veranstaltet das Netzwerk Niere Regio Stuttgart einen Aktionstag rund um das Thema Nieren. Neben einem kostenlosen Nierencheck (Blutdruckmessung & Überprüfung Ihrer Nierenfunktion) haben Sie die Möglichkeit, mit den Fachärzten des Netzwerks die Befunde zu diskutieren und Ihre Fragen zum Hochdruck oder Nierenerkrankungen vor Ort klären zu lassen.

Termin: Donnerstag 13.3.2014, 11.00-18.00 Uhr

Ort: Glasfoyer der Volkshochschule Stuttgart am Rotebühnplatz

NETZWERKPARTNER



Eine Initiative von



Netzwerk Niere Regio Stuttgart

Unsere konkreten Ziele sind:

- Aktive Vorbeugung von Nierenerkrankungen bei Risikogruppen
- Umsetzung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse zur Erhaltung der Funktion kranker Nieren („Progressionshemmung“)
- Förderung der Dialysebehandlung zu Hause
- Förderung der Nierentransplantation

Urämische Patienten - späte Überweisung, früher Tod

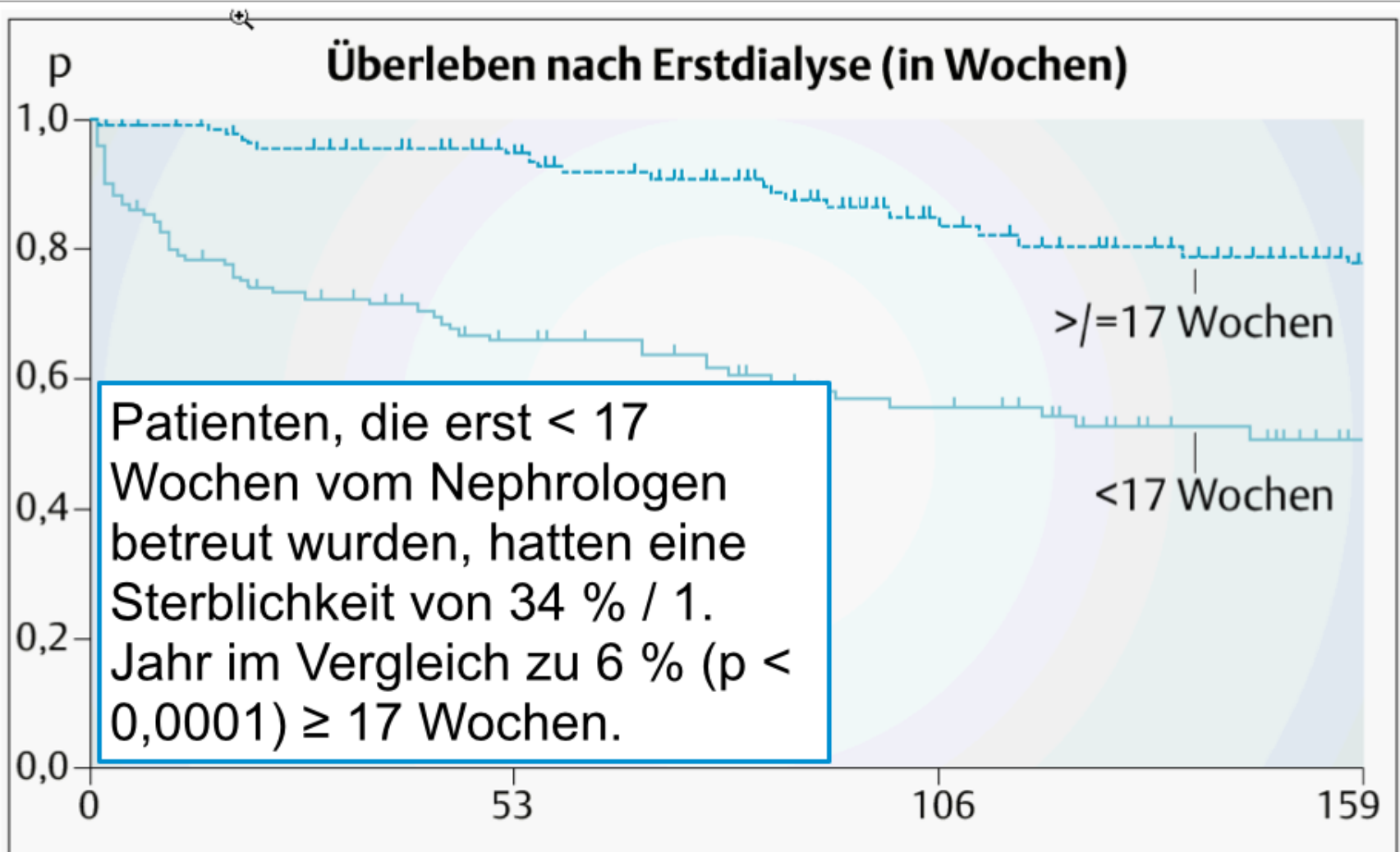
Dtsch med Wochenschr 2003; 1216-1220

Tab.1 Demographische Daten zum Zeitpunkt der Überweisung (Median, 10. und

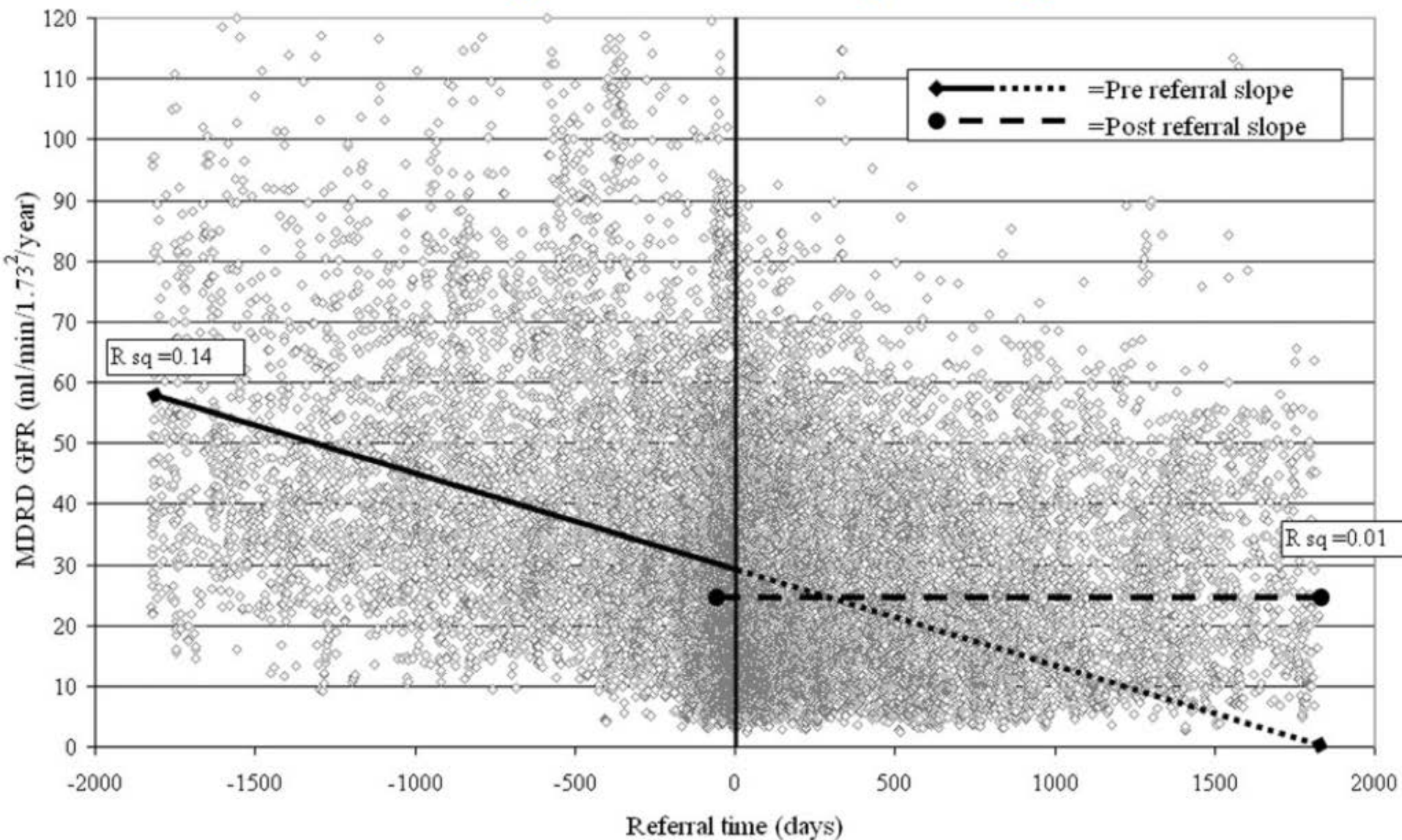
	Wien (n = 369)	Heidelberg Gesamt (n = 280)
Geschlecht	225 m	174 m
Alter (Jahre)	60 (39 – 76)	64 (40 – 78)
S-Kreatinin (mg/dl)	4,2 (2,04–7,97)	3,73 (1,7–7,98)
Kreatinin-Clearance (ml/min)	11,5 (0 – 47)	13,5 (4,5–33,5)
Proteinurie (g/Tag)	1,4 (0–9,3)	2 (0,3–9,5)
BMI (kg/m ²)		25,6 (21,2–32,4)
Syst. BD (mmHg)	145 (120 – 140)	155 (120 – 200)
Pat. mit ACE-Hemmern (%)	29,3	32,7
Hb (g/dl)	11,0 (8,6–13,2)	10,8 (8,1–13,7)
S-Cholesterin (mg/dl)	200 (111 – 286)	195 (120 – 277)
S-Phosphat (mmol/l)	1,64 (1,11–2,58)	1,49 (1–2,24)
HbA1c (%)		
Raucheranamnese*		Raucher n = 59, Exraucher n = 62, Nichtraucher n = 121
Komorbidität **		104
Myokardinfarkt		52
pAVK		61 (8 Amputation)
Apoplex		34

Urämische Patienten - späte Überweisung, früher Tod

Dtsch med Wochenschr 2003; 1216-1220



Rückgang der Nierenfunktion vor und nach Beginn einer Betreuung durch den Nephrologen



Häufigkeit der CKD

CKD Stadium	eGFR (ml/min 1,73 m ²)	USA 1999 – 2004	Norwegen 1995 - 1997
1	≥90	1,8 %	2,7 %
2	≥60 bis 89	3,2 %	3,2 %
3	≥30 bis 59	7,7 %	4,2 %
4	≥15 bis 29	0,35 %	0,16 %
Gesamt		13,1 %	10,3 %

Coresh et al, JAMA 2007; Hallan et al, JASN 2006; 17:2275-2284

**Neue Wege zum
besseren und
längerem Leben mit
der Dialyse**

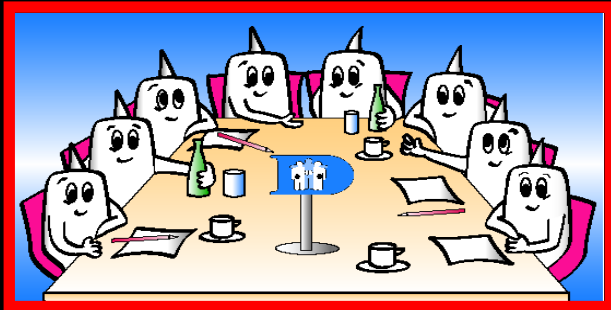
Aufgabenschwerpunkte des BN e.V.



Qualität der Behandlung bei
Dialyse und Nierentransplantation durch
Unterstützungsmanagement (Case Management)

„**Bemündigung**“ der Patienten
durch Information, Mentoring, Begleitung

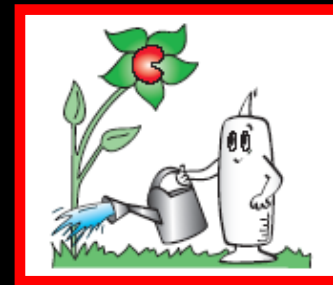
Netzwerkarbeit insbesondere durch
strukturierte Kommunikation



Psychosoziale Begleitung PSB Niere orientiert an den
Bedarfen und geprägt durch personale Exklusivität

Haben Sie Hilfen / Unterstützungsleistungen erhalten die Ihnen helfen den Alltag zu bewältigen?

- **Deutschland:**
- 82,20 nein
- 15,80 ja
- 2,00 weis nicht
- **Finnland**
- 22,90 nein
- 72,90 ja
- 4,20 weis nicht



- Es gibt einen Zuwachs an **komplexen „Störungen“**
- Es sind **hoch differenzierte Hilfen** gefordert
- Es gibt keine Rahmenbedingungen die das hinreichend widerspiegeln (**Pauschalen**)
- Es gibt einen hohen **Abstimmungsbedarf** zur Sicherung der Versorgung bei den immer komplexeren Fallkonstellationen
- **Es gibt einen Bedarf an Optimierung der Prozesse und dem Nachweis der Wirksamkeit auch unter Kostengesichtspunkten**

Unterstützungsmanagement (Case Management) gilt als das Steuerungsinstrument für einzelfallbezogene und systembezogene Prozesse und deren Auswertung



- ⊙ Das medizinisch Versorgungsgeschehen sind besonders für **multimorbide chronisch Kranke** nicht mehr transparent - sie leiden unter der Desintegration und Diskontinuität des Versorgungshandelns.
- ⊙ Individuelle Bedarfe und psychosoziale Situation werden von den wirtschaftlichen und medizinischen Interessen überlagert.
- ⊙ **Orientierung mit und am Patienten bedeutet, dass die Patienten ihre exklusive Persönlichkeit einbringen und das Handeln sich an deren Bedarfen orientiert – dies muss gefördert werden!**

Steuerung im Case Management

CM als Auftrag der Politik
(Systemsteuerung)

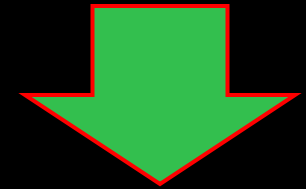
- Versorgungsbezogen
- Einrichtungsübergreifend

CM umgesetzt in der Organisation
(Systemsteuerung)

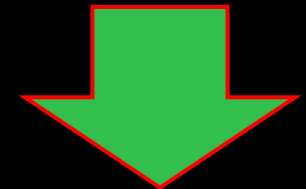
- Fallübergreifend

CM als Methode in der Praxis
(Fallsteuerung)

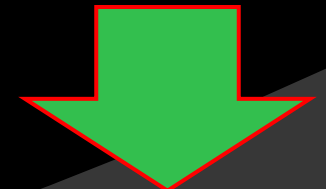
- Fallbezogen



Care Management



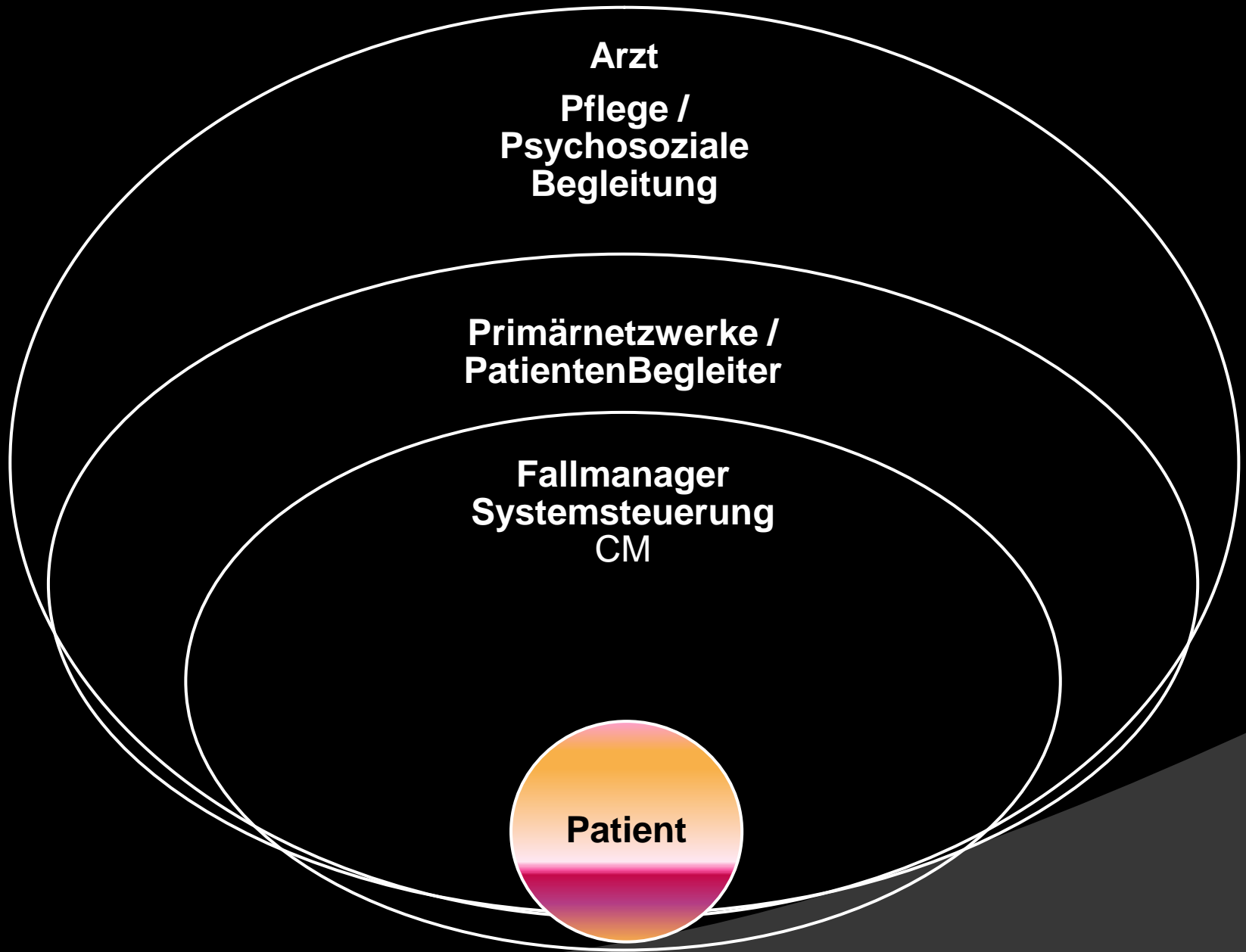
Case Management



Fallarbeit

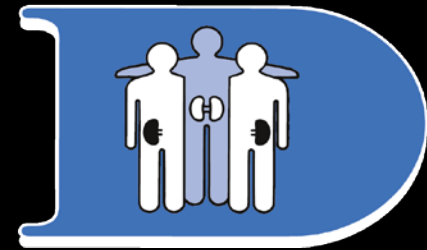
Netzwerkarbeit, Vernetzung und Leistungssteuerung als eigenständige Aufgabe

- ⊙ Kooperation und Vernetzung als Voraussetzung der Leistungssteuerung bedarf eigener Ressourcen und ein eigenes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten (Strategien, Mustern, Instrumentarium)
- ⊙ Der Aufbau und die Pflege von Netzwerken ist zeitintensiv und bedarf einer strukturierten, systematischen Planung



- Behandlungsentscheidungen werden geprägt durch alle Beteiligten und orientieren sich hauptsächlich an Sicherheitserfahrungen
- Heimdialyseverfahren können gewählt werden, wenn es die reelle Chance gibt, sie „daheim“ durchführen zu können
- Ca. 20 % der Patienten würden diese Variante bevorzugen
- Die Hilfeleistungen beim heimischen Setting muss als **Assistenzleistung** finanziert sein:
- Hilfebedarfsfeststellung (vgl. Sozialgesetzbücher)
- Bereitstellung beim Patienten und Einkauf / Organisation durch ihn selbst

Patientenstiftung „AKTION NIERE“



www.bnev.de

**Bundesverband Niere
Essenheimer Straße 126
55130 Mainz**

**Besser und länger mit
meiner Krankheit
leben.....!**



***Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!***

Nierenersatzverfahren Dialyse: Steht der Patient wirklich im Mittelpunkt?

Prof. Bertram Häussler

Pressekonferenz: Zukunft und Herausforderungen der Dialyse 2020
Berlin, 31. März 2014

Nach Regionen unterschiedliche Chancen, mit PD in die Dialyseversorgung zu starten

