

Mag. Dr. Klaus Schuster, MSc, MBA

Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt

Therapiekonzepte abgestimmt auf die individuellen Patientenbedürfnisse



Mit Stichtag 31.12.2009 gab es 8176 Patientinnen und Patienten mit einer terminalen Niereninsuffizienz (d.h. schwerste Nierenfunktionseinschränkung), bei ca. 51% (4188 P.) musste eine Dialyse (Blutwäsche) durchgeführt werden, ca. 49% hatten ein funktionierendes Nierentransplantat. Gegenüber dem Jahr 1999 bedeutet das eine Steigerung der Patientenzahlen um mehr als 40%.

Es ist aus heutiger Sicht zu erwarten, dass die Zahl der Patientinnen und Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz in Österreich auch in den nächsten Jahren weiter steigen wird. Internationale Studien gehen derzeit von einem Anstieg bis zum Jahr 2020 um weitere 35-40% aus. Die Gründe dafür sind hohe Prävalenzraten bei den Hauptrisikofaktoren wie Hypertonie und Diabetes und die demografischen Veränderungen in der Bevölkerungszusammensetzung. Um diesen Herausforderungen auch weiterhin ein funktionierendes Versorgungssystem entgegensetzen zu können, sind Anpassungen und eine Weiterentwicklung des bestehenden Systems für Patientinnen und Patienten mit Niereninsuffizienz notwendig. Diese sollen sowohl Maßnahmen im Bereich der Diagnostik, der Sekundärprävention als auch der Nierenersatztherapie umfassen.

1. Problemfelder in der derzeitigen Situation in Österreich¹

Von einer Million Einwohner haben ca. 980 eine terminale, behandlungspflichtige Niereninsuffizienz, die jährliche Rate an neuen Patientinnen und Patienten mit terminalem Nierenversagen liegt bei ca. 150 je eine Million Einwohner. Der Nettozuwachs an Patientinnen und Patienten mit der Notwendigkeit einer Dialyse ist in

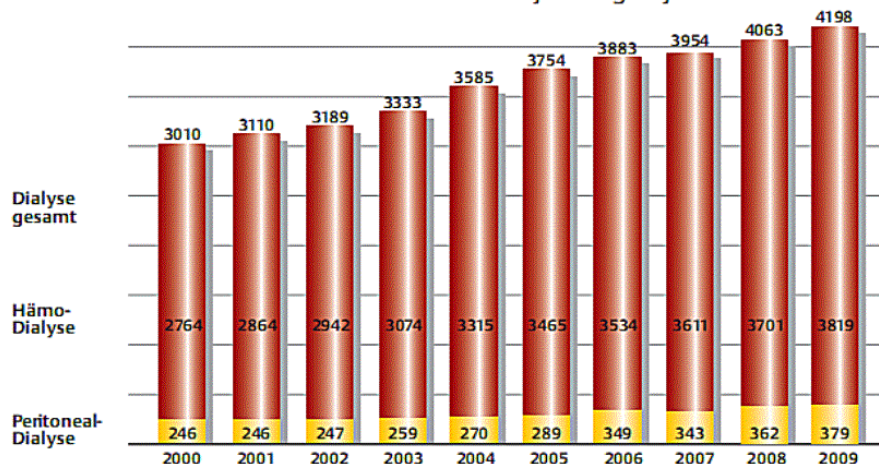
¹ Die hier berichteten Daten wurden vom Österreichischen Dialyse- und Transplantationsregister (ÖDTR) zur Verfügung gestellt. Für die Interpretation und das Berichten dieser Daten sind der (die) Autor(en) verantwortlich.

Österreich relativ konstant bei durchschnittlich ca. 130 Personen pro Jahr. Für diesen kontinuierlichen Zuwachs sind jederzeit die nötigen Strukturen vorzuhalten. 3.978 Personen waren mit Ende 2009 mit einem funktionierenden Nierentransplantat versorgt. Auch diese Zahl nimmt durchschnittlich um ca. 130 Personen netto pro Jahr zu.

Chronische Dialysepatienten an HD + PD von 2000 - 2009

JB2009 

Anzahl der Patienten am 31. Dezember des jeweiligen Jahres



R. Kramar, R. Oberbauer, Österreichisches Dialyse- und Transplantationsregister,

In Summe werden also 48,6% der Patientinnen und Patienten mit chronischem Nierenversagen mit einem Transplantat, 46,8% mit Hämodialyse in einem Dialysezentrum und ca. 4,6% mit Peritonealdialyse (einem Heimdialyseverfahren, bei dem das körpereigene Bauchfell als Filtereinheit dient) versorgt.

Die Versorgungssituation in Österreich ist sehr heterogen. Dies betrifft einerseits den regional sehr unterschiedlichen Zugang zu funktionierenden Transplantaten ebenso, wie das Angebot an Peritonealdialyse. Der Anteil der Patienten an Peritonealdialyse (allgemeiner an Heimdialyseverfahren) schwankt im Verhältnis zu den Patientinnen und Patienten an der Hämodialyse in Österreich von Bundesland zu Bundesland (14% PD in Vorarlberg bis 5,8% PD in Kärnten mit Stichtag 31.12.2009). Vorarlberg ist aktuell im Jahr 2011 bereits bei über 20% und möchte noch weiter in Richtung 25% ausbauen!

Aus medizinisch-ethischer Sicht ist eine nachhaltige Adaptierung des Zugangs zu Patienten mit einer eingeschränkten Nierenfunktion unbedingt zu fordern und zu fördern. Zudem ist medizinisch belegt, dass bei frühzeitiger Diagnose einer eingeschränkten Nierenfunktion und der adäquaten nephroprotektiven Therapie eine

Autor: Dr. Klaus Schuster

© Juni 2011 · NÖ PPA · Laut gedacht · Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt

Seite 2 von 11

Verhinderung oder zumindest Verzögerung des Eintritts eines Nierenversagens erreicht werden kann.

Medizinische Ethik:

– Als grundlegende Werte, die im Gesundheitswesen verwirklicht werden sollen, gelten das Wohlergehen des Menschen, das Verbot zu schaden ("Primum non nocere") und das Recht auf Selbstbestimmung der Patienten, allgemeiner das Prinzip der Menschenwürde.

2004				2030			
Disease or injury	Deaths (%)	Rank		Rank	Deaths (%)	Disease or injury	
Ischaemic heart disease	12.2	1	→	1	14.2	Ischaemic heart disease	
Cerebrovascular disease	9.7	2	→	2	12.1	Cerebrovascular disease	
Lower respiratory infections	7.0	3	→	3	8.6	Chronic obstructive pulmonary disease	
Chronic obstructive pulmonary disease	5.1	4	→	4	3.8	Lower respiratory infections	
Diarrhoeal diseases	3.6	5	→	5	3.6	Road traffic accidents	
HIV/AIDS	3.5	6	→	6	3.4	Trachea, bronchus, lung cancers	
Tuberculosis	2.5	7	→	7	3.3	<u>Diabetes mellitus</u>	
Trachea, bronchus, lung cancers	2.3	8	→	8	2.1	<u>Hypertensive heart disease</u>	
Road traffic accidents	2.2	9	→	9	1.9	Stomach cancer	
Prematurity and low birth weight	2.0	10	→	10	1.8	HIV/AIDS	
Neonatal infections and other*	1.9	11	→	11	1.6	<u>Nephritis and nephrosis</u>	
<u>Diabetes mellitus</u>	1.9	12	→	12	1.5	Self-inflicted injuries	
Malaria	1.7	13	→	13	1.4	Liver cancer	
<u>Hypertensive heart disease</u>	1.7	14	→	14	1.4	Colon and rectum cancers	
Birth asphyxia and birth trauma	1.5	15	→	15	1.3	Oesophagus cancer	
Self-inflicted injuries	1.4	16	→	16	1.2	Violence	
Stomach cancer	1.4	17	→	17	1.2	Alzheimer and other dementias	
Cirrhosis of the liver	1.3	18	→	18	1.2	Cirrhosis of the liver	
<u>Nephritis and nephrosis</u>	1.3	19	→	19	1.1	Breast cancer	
Colon and rectum cancers	1.1	20	→	20	1.0	Tuberculosis	
Violence	1.0	22	→	21	1.0	Neonatal infections and other*	
Breast cancer	0.9	23	→	22	0.9	Prematurity and low birth weight	
Oesophagus cancer	0.9	24	→	23	0.9	Diarrhoeal diseases	
Alzheimer and other dementias	0.8	25	→	29	0.7	Birth asphyxia and birth trauma	
				41	0.4	Malaria	

cf. WHO, 2008, p.30

Autor: Dr. Klaus Schuster

© Juni 2011 · NÖ PPA · Laut gedacht · Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt

Wie im WHO-Bericht „Burden of chronic disease 2030“ skizziert², nehmen in den nächsten Jahren auch die Erkrankungen zu, die besonders an der Entwicklung der Niereninsuffizienz beteiligt sind.

Aus der Verbindung von medizinisch-ethischer und gesundheitsökonomischer Sicht wird klar, dass eine Nierentransplantation das erstrebenswerte Ziel ist, d.h. die Anstrengungen für funktionierende Transplantate sind weiter zu fördern, da nur funktionierende Transplantate für die Menschen mit einer terminalen Niereninsuffizienz ein wirklich adäquater Ersatz sind. Das Konzept der regionalen Transplantationsbeauftragten (spezielle medizinische Beauftragte in den Regionen) zeigt deutliche positive Auswirkungen auf das Meldeverhalten der Kliniken an möglichen Spendern und auf die Zahl der explantierten Organe im Sinne einer Steigerung dieser Zahl.

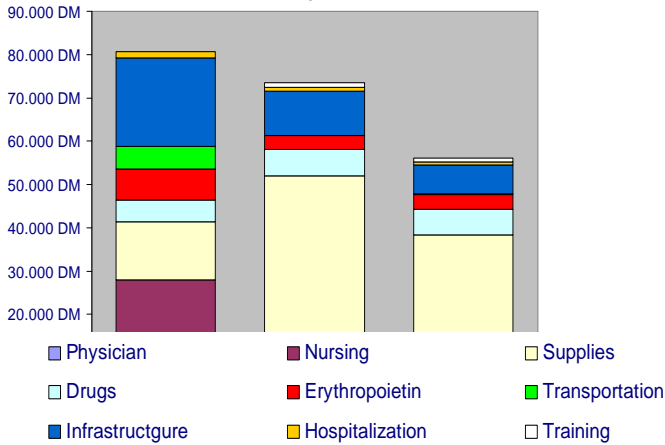
2. Darstellung der internationalen Situation

Wie aus vielen internationalen Daten ersichtlich, ist die Heimdialyse (Peritonealdialyse und Hämodialyse zu Hause) für die Mehrheit der Patienten mit ESRD (dialysepflichtige Niereninsuffizienz) eine zur HD im Zentrum zumindest qualitativ gleichwertige Behandlungsmodalität, verbunden aber mit deutlich geringeren volkswirtschaftlichen Gesamtkosten. Für Österreich wurde errechnet, dass die jährlichen Behandlungskosten für die Heimdialyse um etwa 25 bis 30% unter jenen für die Zentrums-HD liegen.

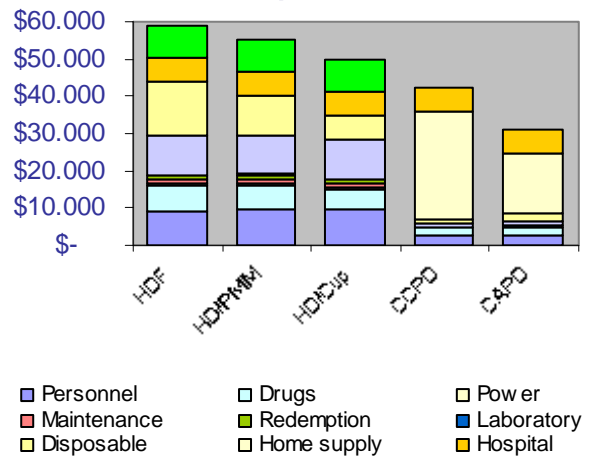
² World health statistics 2008. S. 30

GLOBAL COST COMPARISON

Germany



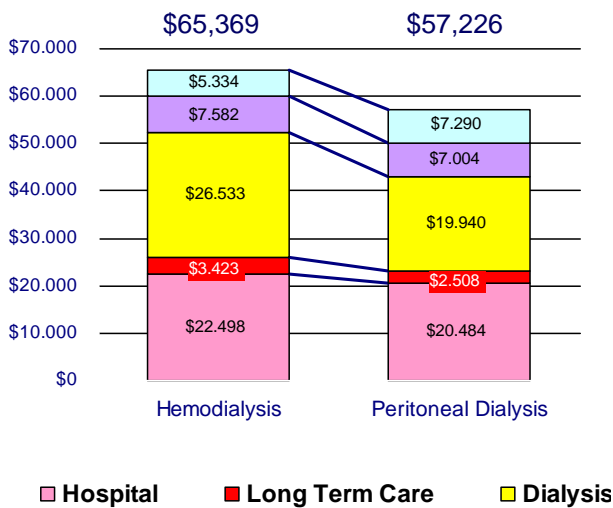
Spain



Rodriguez-Carmona, et al. v. In PD, 1996;12:93-96

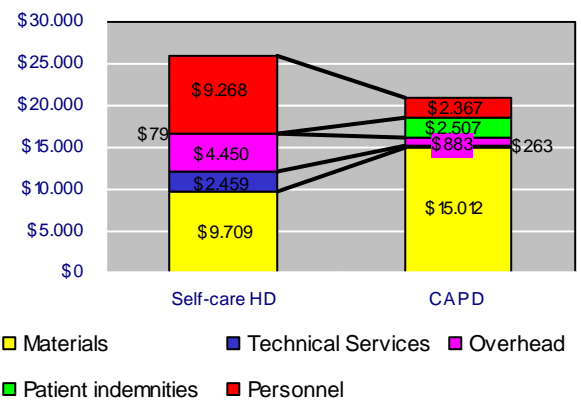
Data from: Neubauer, Brey, Pommer. 2000

United States



APA & ASN, Capitation Models for ESRD, 2000
(The Lewin Group)

France



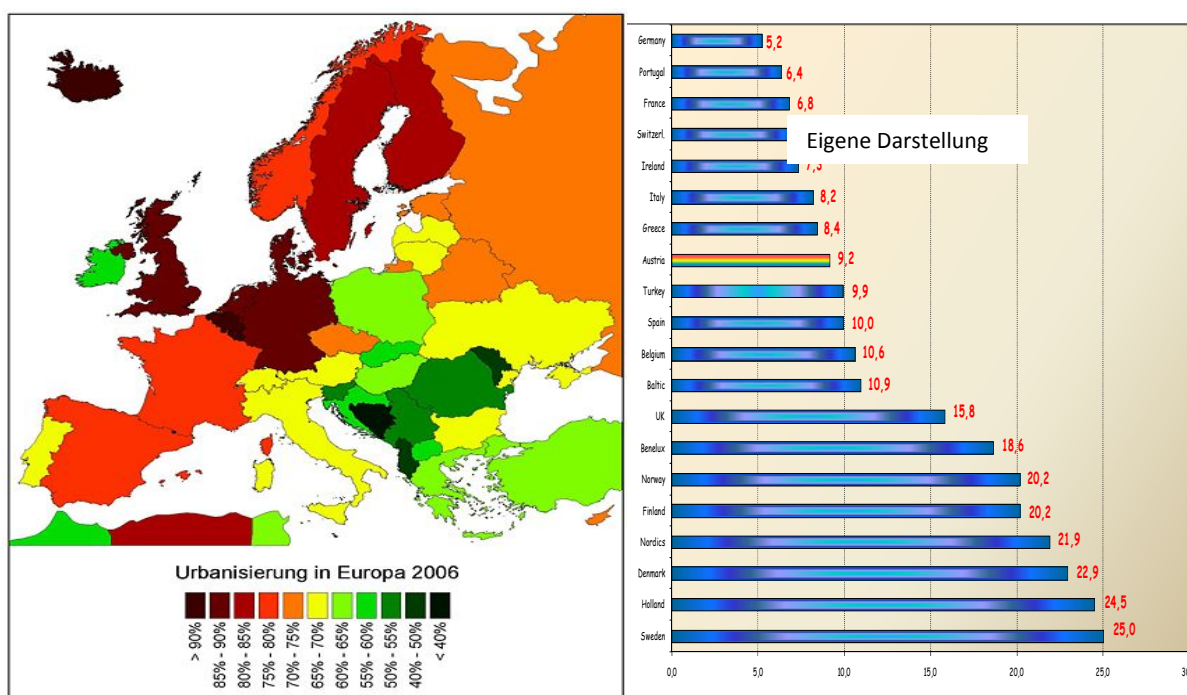
Cogny-Van Weydevelt F, et al: A Cost-Effectiveness Analysis of CAPD vs. Self-Care In-Centre HD in France. *Dialysis & Transplantation* 1999(Feb);28(2):

Autor: Dr. Klaus Schuster

© Juni 2011 · NÖ PPA · Laut gedacht · Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt

Trotz dieses vorhandenen und auch verbreiteten Wissens ist die Heimdialyse in Österreich noch immer ein unterrepräsentiertes Verfahren. Insbesondere die Hämodialyse zu Hause ist bis auf Einzelfälle im Gegensatz zu anderen Ländern (z.B. Australien und Neuseeland) noch überhaupt nicht etabliert, obwohl insbesondere in Österreich viele Menschen im ländlichen Raum leben und zu Spezialinstituten weite Wege zu überwinden haben.

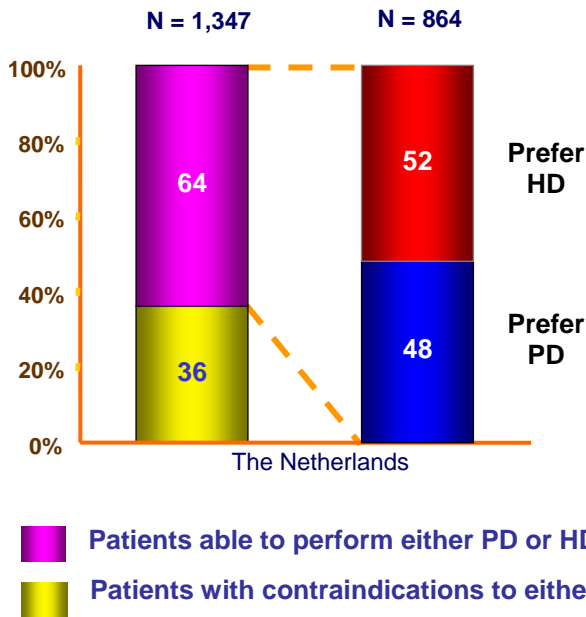
URBANISATION zu PRÄVALENZ



Ziel muss eine Anhebung des Verhältnisses zwischen Heimdialyseverfahren und Zentrumshämodialyse von derzeit 9:91 auf 30:70 sein. Dieses Verhältnis ist bei frühzeitiger und neutraler Information der Patienten durch medizinische Kräfte ohne direkter Patientenbeeinflussung auch möglich. Daher sind entsprechende Informationsmaterialien für Patienten in zeitgerechter Form zu erstellen. Dies ist zu verknüpfen mit Maßnahmen für eine frühzeitige Erkennung von Patienten mit einer Beeinträchtigung der Nierenfunktion, wie der Einführung flächendeckender Risikostratifizierung und entsprechender diagnostischer Nierenfunktionsbewertung mit verpflichtender Vorstellung beim entsprechenden Facharzt. Zusätzlich zu diesen Maßnahmen sind Kommunikations- und Schulungsinitiativen bei Bezirksärzteveranstaltungen, Pflegeschulen, Selbsthilfegruppen etc. zu fördern.

Autor: Dr. Klaus Schuster

© Juni 2011 · NÖ PPA · Laut gedacht · Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt



With predialysis care, patients are as likely to select PD as HD:

- Strong preference for home therapy
- Comparable clinical outcomes

Jager KJ, et.al. Amer J Kidney Diseases

43:891-899 2004

3. Formulierung der Ziele

Ziel sollte es sein, dass im Lichte zu erwartender steigender Prävalenz innerhalb der verschiedenen Optionen der Nierenersatztherapie der Anstieg der Zentrums-Hämodialyse als teuerste und medizinisch nicht unbedingt immer beste Methode so stark als möglich gedämpft werden soll. Unter Beachtung der medizinischen und sozialen Eignung und dem Wunsch der Patientin und des Patienten sind folgende weitere Ziele zu setzen:

- Verzögerung oder Verhinderung des Eintretens eines terminalen Nierenversagens durch Prävention einerseits (Ansatzpunkte sind hier Diabetes und Hypertonie) und Früherkennung andererseits (Screening auf pathologische Nierenwerte bzw. Harnbefund)
- Primäres Ziel bei Nierenersatztherapie ist die weitere Steigerung der Zahl der Nierentransplantationen ohne qualitative Einbußen bei Spenderorganen und Ergebnissen
- Sekundäres Ziel bei Nierenersatztherapie ist die Steigerung der Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Heimdialyse (Peritonealdialyse und Heimdialyse) auf ca. 30% aller Dialysepatientinnen und -patienten und Forcierung der Heimdialyse bei jenen Patientinnen und Patienten, die Hämodialyse als Therapie bekommen

Die Priorisierung der Maßnahmen zur Verbesserung der nephrologischen Versorgung sollte folgendermaßen aufgebaut sein:

Autor: Dr. Klaus Schuster

© Juni 2011 · NÖ PPA · Laut gedacht · Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt

Seite 7 von 11

1. Definition eines evidenzbasierten und flächendeckend einheitlichen Risikoprofils und Erfassung der glomerulären Filtrationsrate und der Albumin-Kreatinin-Rate bei allen Patientinnen und Patienten mit diesem entsprechenden Risikoprofil in regelmäßigen zeitlichen Abständen. Durchgeführt durch Allgemeinmediziner oder niedergelassene FA für Innere Medizin
2. Verbesserung der Qualifikation in der Primärversorgung hinsichtlich Diagnose einer eingeschränkten Nierenfunktion und der adäquaten nephroprotektiven Therapie und zur zeitgerechten Überweisung an entsprechende Fachärztinnen und Fachärzte (in erster Linie Internisten) durch entsprechende Fortbildungsveranstaltungen durch die ÖÄK.
 - a. Flächendeckende und einheitliche Patienteninformationsangebote rechtzeitig vor dem eventuellen Eintreten eines terminalen Nierenversagens zur umfassenden und objektiven auf wissenschaftlicher Evidenz beruhenden Information über die Vor- und Nachteile sowie Voraussetzungen für die bestehenden Therapieoptionen bei terminalem Nierenversagen.
3. Im Falle eines terminalen Nierenversagens muss sichergestellt werden, dass die Möglichkeit einer Nierentransplantation bei jedem Patienten in strukturierter Weise evaluiert wird. Diese Evaluation hat nach festgelegten und einheitlichen Kriterien zu erfolgen und ist zu dokumentieren. Jeder Patient mit einem positiven Evaluationsergebnis ist mit seinem Einverständnis auf die Warteliste für eine Transplantation in einem der vier Transplantationszentren in Österreich zu setzen.
4. Entwicklung eines Honorierungsmodells für die Betreuung der Patientinnen und Patienten mit Heimdialyseverfahren in Krankenhausambulanzen zur Gleichstellung gegenüber der frequenzbezogenen Honorierung der HD und Deckungsbeiträge für die höheren Aufwendungen für Patienten mit Heimdialyseverfahren (für Strom, Wasser, etc.).
5. Implementierung von Projekten mit betreuter PD (s.a. Pilotprojekt Home Care im Landesklinikum St. Pölten bzw. in Vorarlberg, welches jetzt ausgeweitet wird) in allen Bundesländern. Außerdem Forcierung von Pflegeheimen mit der Möglichkeit der PD-Durchführung vor Ort durch entsprechend qualifiziertes Personal.

Autor: Dr. Klaus Schuster

© Juni 2011 · NÖ PPA · Laut gedacht · Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt

Seite 8 von 11

FAZIT:

Grundsätzlich ist jeweils die für die Patientin oder den Patienten nach wissenschaftlicher Evidenz und Berücksichtigung der Lebensumstände bestmögliche Therapieoption gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten zu wählen. Die Fachliteratur sieht hierbei bei der NTX einen deutlichen Vorteil in medizinischer und ökonomischer Sicht gegenüber den Dialyseverfahren. Innerhalb der Dialyseverfahren ist die Heimdialyse (Peritonealdialyse und Heim-Hämodialyse) gegenüber der Zentrums-Hämodialyse medizinisch zumindest gleichwertig bei deutlichen Vorteilen in Bezug auf Lebensqualität und geringerer Einschränkung der Bewegungsfreiheit. Zudem zeigt sie deutliche ökonomische Vorteile. Die Hämodialyse kann von geschulten und geeigneten Patientinnen und Patienten auch zu Hause durchgeführt werden (= Heim-Hämodialyse), derzeit erfolgt jedoch die Hämodialyse zum überwiegenden Teil ambulant in Kliniken oder Dialysezentren.

Über den Autor: Mag. Dr. Klaus Schuster, MSc, MBA

Geboren am 18.6.1974 in St. Pölten

Ausbildung:

- VS St. Pölten
- Humanistisches Gymnasium St. Pölten
Abschluss mit Matura (ausgezeichneter Erfolg)
- Studium:
 - Universität Wien, Humanmedizin (10 Semester), Promotion 1997
 - Universität für Musik, Konzertfach Klavier Klasse Prof. Medjimorec, Sponson 1997
 - Universität für Musik, Instrumentalpädagogik Violoncello Klasse Prof. Knava, Abschluss mit Auszeichnung 1996

Postpromotionell:

- Donauuniversität Krems:
 - Universitätslehrgang für Krankenhausleitung 2005/06
 - MSc f. Management im Gesundheitswesen Abschluss 2007 (Masterthesis: „Erstellung eines Betriebsorganisations- und Planungshandbuchs für die Implementierung der 2. Medizinischen Abteilung im Landeskrankenhaus St. Pölten-Lilienfeld im Zuge eines Neubaus“)
 - MBA Health Care Management Abschluss 2008

Beschäftigungen:

Landeskrankenhaus St. Pölten

- 4/98-12/01 Turnus zum Arzt f. Allgemeinmedizin
- 1/02-12/06 Ausbildung zum Facharzt Innere Medizin, 1. Med. Abtlg. Prof. Balcke
- 1/07-12/08 Additivfach Nephrologie

Arzt für Allgemeinmedizin seit September 2001

Ordination für Allgemeinmedizin seit September 2001

Facharzt für Innere Medizin seit Jänner 2007

Ordination für Innere Medizin seit Jänner 2007

Zahlreiche Vertretungstätigkeit als Notarzt, Wochentagsärztenachtdienst, Wochenendarzt, Polizeiarzt,...

- 11/06-4/08 Assistent des ärztlichen Direktors am LK St. Pölten-Lilienfeld (1240 Betten, 480 VZÄ Ärzte)

Verantwortlich für:

Arbeitseinsatzplanung

Dienstplanverantwortlicher

Implementierung eines med. Krankenhausinformationssystems (med. Projektleiter)

Initiierung der QSK

Studienkoordination

Autor: Dr. Klaus Schuster

Niederösterreichische Landeskliniken Holding:

5/08-9/08 Regionalmediziner im Regionalmanagement der NÖ Landeskliniken Holding NÖ Mitte

Seit 10/08 Regionalmanager der NÖ Landeskliniken Holding für die Region Mostviertel (zuständig für die LK Melk, Scheibbs, Waidhofen/Ybbs, Mauer, Amstetten, 1350 Betten, 2550 VZÄ);
Der Regionalmanager trägt die gesamte Ergebnisverantwortung in der Region.

Weitere Betätigungsfelder:

- Durchführung von wissenschaftlichen Studien im Bereich Medizinökonomie
- Konzerttätigkeit als Kammermusiker, Korrepetitor
 - Preisträger nationaler und internationaler Musikwettbewerbe
 - Vielfältige Aufnahmetätigkeit für Rundfunk, Fernsehen, CD
- Leitung des arbeitsmedizinischen Dienstes des EVN Konzerns seit 2005
- Mitglied des Umweltbeirats des EVN-Konzerns
- Vorstandsmitglied des Orchesters „Spirit of Europe“ (europäisches Kammerorchester)
- Vortragstätigkeit bei nationalen und internationalen Kongressen

Anschrift:

Mag. Dr. Klaus Schuster, MSc, MBA

A-3100 St. Pölten

E-Werkweg 33

+43-664-8451479

Klaus.schuster@holding.lknoe.at

www.holding.lknoe.at

Impressum

Im Letter LAUT GEDACHT stellen namhafte und erfahrene Experten Überlegungen zur Umsetzung der Patientenrechte an. Der Letter erscheint unregelmäßig seit Juli 2001 und findet sich auf www.patientenanwalt.com zum kostenlosen Download.

Herausgeber: NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft, A 3109 St. Pölten, Rennbahnstrasse 29

Tel: 02742/9005-15575, Fax: 02742/9005-15660, E-Mail: post.ppa@noel.gv.at

Für den Inhalt verantwortlich: Der Letter dieser Reihe repräsentiert jeweils die persönliche Meinung des Autors. Daten und Fakten sind gewissenhaft recherchiert oder entstammen Quellen, die allgemein als zuverlässig gelten. Ein Obligo kann daraus nicht abgeleitet werden. Herausgeber und Autoren lehnen jede Haftung ab.

© Copyright: Dieser Letter und sein Inhalt sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck oder auch nur auszugsweise Weiterverwendungen nur mit Zustimmung des Herausgebers. Zitate mit voller Quellenangabe sind zulässig.

Autor: Dr. Klaus Schuster

© Juni 2011 · NÖ PPA · Laut gedacht · Nierenersatztherapie in Österreich: der Mensch im Mittelpunkt

Seite 11 von 11