

# Eine Lanze für die Peritonealdialyse

Die Peritonealdialyse (PD) ist der Hämodialyse ebenbürtig. Es liegt im Interesse der Patienten, der Krankenversicherer und des öffentlichen Gesundheitswesens, dass der verhängnisvolle Abwärtstrend der PD-Versorgung gestoppt werden kann. Die flächendeckende Versorgung mit immer mehr Dialysepraxen versagt vielen Patienten den Zugang zur PD.

Hans Jakob Gloor

In der Schweiz wurden laut Geschäftsbericht des Schweizerischen Verbandes für Gemeinschaftsaufgaben der Krankenversicherer (SVK) im Jahre 2008 an 84 Dialysezentren 422 165 Hämodialysebehandlungen (HD) durchgeführt [1]. Die Zahl der behandelten Patienten betrug etwa 3300. Demgegenüber wurden nur 283 Patienten mit einem Heimdialyseverfahren therapiert, vorwiegend mit der kontinuierlichen ambulanten Peritonealdialyse (CAPD) oder der automatisierten Peritonealdialyse (APD) an einem Nachtgerät, einige wenige mit Heim-HD. Dies entspricht einem Anteil von weniger als 9% aller Dialysepatienten.

Die Jahresbehandlung eines HD-Patienten kostet das Gesundheitswesen etwa 80 000 Franken gegenüber einem Betrag von etwa 50 000 Franken für einen CAPD-Patienten. Der Personalbedarf für die HD ist zudem fünfmal höher als für die PD, das heisst eine volltätige nephrologische Pflegekraft versorgt 4 HD-Patienten oder aber 20 PD-Patienten.

## Gründe für den Rückgang der Peritonealdialyse

Sorge bereitet nun die Tatsache, dass parallel zur stetig wachsenden Zahl kleiner Dialysezentren (Zunahme um 27% seit 2000), die kostengünstigere und die Autonomie der Patienten fördernde PD von ursprünglich gegen 20% auf unter 10% abgefallen ist. Die hohe, flächendeckende Versorgung mit immer mehr, meist privat betriebenen Dialysepraxen versagt offensichtlich vielen Patienten den Zugang zur PD.

Die meisten Nephrologen sind primär daran interessiert, ihre für teures Geld installierten HD-Plätze respektive ihre Dialyse-Maschinen zu besetzen. Sie verdienen daran in hohem Masse, da zur Zeit der ärztliche Anteil an einer 498 Franken kostenden HD-Sitzung von 4 Stunden Dauer mit 79 Franken vergütet wird. PD dagegen verursacht mehr ärztlichen Aufwand, zumindest bei Beginn der Schulung der Patienten, und die Kontrolluntersuchungen mit ambulanten Visiten im Rhythmus von 4 bis 8 Wochen können nur zu einem ungenügenden Preis abgerechnet werden. Diese Situation hat dazu geführt, dass die CAPD/APD fast nur noch an grösseren Spitälern mit Unabhängigkeit von finanziellen Anreizen angeboten wird.

## Eine Lanze für die Peritonealdialyse

Unter den Modalitäten der Nierenersatztherapien fristet die Peritonealdialyse (PD) neben der Nierentransplantation und der Hämodialyse ein «Mauerblümchendasein». Weniger als 10% aller Dialysepatienten werden zur Zeit in der Schweiz noch mit der Bauchfell-Dialyse behandelt. Mortalitäts- und Lebensqualitätsvergleiche, welche die PD durchaus als konkurrenzfähig erscheinen lassen, rechtfertigen den Rückgang in keiner Weise. Da zudem volkswirtschaftlich die PD bedeutend kostengünstiger angeboten werden kann als die Hämodialyse in Dialysezentren, sind Massnahmen zur Trendumkehr gefordert.

Der Artikel geht den Ursachen für die mangelnde Akzeptanz der PD nach und diskutiert Lösungsansätze. Im Vordergrund stehen dabei eine bessere Aufklärung der Patienten über die Wahl des Dialyseverfahrens sowie die Motivation zur Selbstbehandlung durch die behandelnden Nephrologen.

Wir müssen heute feststellen, dass über weite Landstriche in der Schweiz neben der Transplantation die HD als alleinige Option für terminal Nierenkranke zur Verfügung steht.

Nun könnte man einwenden, dass die HD seit bald 50 Jahren als guter Nierenersatz etabliert, sicher und bequem sei. Patienten schätzten es mehr, dreimal pro Woche sich ihr Blut an der Maschine durch geschultes Fachpersonal reinigen zu lassen, als sich 7 Tage in der Woche drei- bis viermal täglich mit einem Beutelwechsel zu Hause herumzuschlagen. Mit anderen Worten: Es wird von den Gegnern der PD suggeriert, die allermeisten Nierenkranken wünschten lieber eine Fremd-

Korrespondenz:  
Dr. med. Hans Jakob Gloor  
FMH Nephrologie  
Fernsichtstrasse 35  
CH-8200 Schaffhausen  
hjpgloor@bluewin.ch

versorgung als eine aufwendige Behandlung in Eigenregie. Sind unsere Patienten wirklich alle einfach zu bequem, oder sind sie vielleicht mangelhaft über die Vorteile der PD informiert?

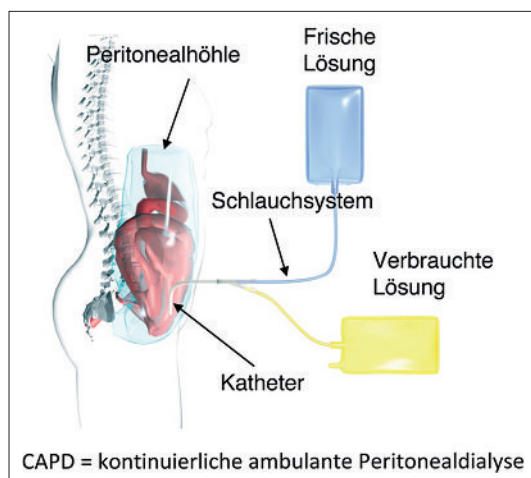
Aus Studien wissen wir, dass bei vollumfänglicher, neutraler Information im Vorfeld einer Nierenersatztherapie sich fast 50% der Patienten für die PD als erste Wahl entscheiden würden [2]. Ebenso ist aus Umfragen bekannt, dass die PD von 80% der Nephrologen als gute erste Wahl bezeichnet wird. Dass zwischen diesen Bekenntnissen pro PD und der Realität des nur 10prozentigen Einsatzes eine solch gravierende Diskrepanz besteht, kann nur mit nicht rationalen resp. nicht medizinischen Gründen zu tun haben.

## Auch Lebensqualitätsuntersuchungen haben gezeigt, dass PD der HD ebenbürtig ist

Wenn auch ein lupenreiner Vergleich zwischen HD und PD prospektiv und randomisiert an einem grösseren Krankengut nie durchgeführt worden ist, deuten eine Vielzahl von Registerdaten aus mehreren Ländern auf eine Äquivalenz bezüglich Mortalität hin [3]. In den ersten zwei Jahren nach Beginn der Dialyse bestehen sogar gewisse Überlebensvorteile der PD, die mit der länger erhaltenen Restfunktion der Eigenieren begründet werden. Auch Lebensqualitätsuntersuchungen haben gezeigt, dass PD der HD ebenbürtig ist.

### Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

Ich komme zum Schluss, dass aus Gründen der Wirksamkeit, der Zweckmässigkeit und der Wirtschaftlichkeit – den gesetzlichen Anforderungen für Therapien



Funktionsweise der kontinuierlichen ambulanten Peritonealdialyse. (Alle Bilder mit freundlicher Genehmigung der Baxter AG Schweiz.)

im KVG – die PD als primäre Nierenersatzbehandlung jedem neuen Dialyse-Kandidaten zur ersten Wahl empfohlen werden sollte. Dass dies nicht geschieht, hat aus meiner Sicht die folgenden Hauptursachen, welche ich mit möglichen Lösungsansätzen versee:

- Der niereninsuffiziente Patient im Stadium IV des chronischen Nierenversagens (glomeruläre Filtrationsrate 15 bis 29 ml/min/1,73m<sup>2</sup>) wird zu wenig systematisch auf die Möglichkeiten der Transplantation und Dialyse hingewiesen. Viele Hausärzte überlassen diese Information mit Fug und Recht den Fachspezialisten, den Nephrologen. Diese ihrerseits stehen im Clinch zwischen neutraler Aufklärung und dem Eigeninteresse, die HD-Plätze auszulasten. Diese Befangenheit erschwert eine objektive Information. Der Patient sollte ein Recht auf umfassende und zeitgerechte Aufklärung haben. Zu realisieren wäre dieser Anspruch durch regelmässige, regional organisierte Informationsveranstaltungen, an deren Durchführung sich auch die Krakenversicherer zu beteiligen hätten. Das aktuelle Kostengutsprache-Formular für die Ausrichtung von Beiträgen an die Dialysetherapie ist ohne jede Wirkung, da kein Beweis erbracht werden muss, dass der Patient über Heimdialyseverfahren aufgeklärt worden ist. Die Krankenkassen sollten darauf insistieren, dass ihre Versicherten über PD und allenfalls Heim-HD informiert worden sind. Bisherige Versuche sind zu Alibiübungen verkommen. Auch alle privaten Anbieter von HD-Behandlungen sind zu verpflichten, den Praedialysepatienten die Option PD zu unterbreiten. Wenn in ihrem Zentrum die PD nicht instruiert werden kann, müssen sie ihre Patienten an ein PD-Zentrum überweisen.
- Im Zusammenhang mit der aktuellen Revision des eidgenössischen Dialysetarifs ist zu überlegen, ob eine PD first policy, wie in gewissen skandinavischen Ländern, implementiert werden soll. Danach hätte ein Patient nur dann Anspruch auf HD, wenn er triftige Gründe, das sind Kontraindikationen gegen die PD vorweisen kann. Eine weitere Möglichkeit wäre die Einführung von Quotenregeln, beispielsweise dass jedes Dialysezentrum nur dann den vollen Tarif bekommt, wenn es eine bestimmte Anzahl PD-Patienten (z. B. 15% der Gesamtpopulation) betreut.
- Eine weitverbreitete, jedoch unzutreffende Meinung geht dahin, dass sich PD nur für eine selbständige, geistig und körperlich fitte und damit eher jüngere Patientengruppe eigne. Neuere Untersuchungen haben dagegen gezeigt, dass insbesondere alte und Kreislauf- instabile Patienten erfolgreich mit PD behandelt werden können. Immer öfters wird die CAPD bei Altersheiminsassen durch die Pflege assistiert angewendet, was den Betroffenen die beschwerlichen Transporte zum HD-Zentrum erspart. Herzinsuffiziente Patienten profitieren von der Kreislauf-schonenden

den «low efficiency»-Dialyse, indem sie sich leichter rekompensieren lassen mit Stabilisierung ihres Volumenstatus.

### Fazit

Es liegt im Interesse der Patienten, der Krankenversicherer und des öffentlichen Gesundheitswesens, dass der verhängnisvolle Abwärtstrend der PD-Versorgung in unserem Land gestoppt werden kann. Ziel muss es sein, der PD in Zukunft wieder zu einem Anteil von über 20% der Dialyseaktivität zu verhelfen. Damit wären wir immer noch bei tieferen Werten als in nördlichen Ländern, geschweige denn im Vergleich zu Neuseeland (39%) und Hongkong (81%) [4]. Argumente gegen die PD sind zu einem grossen Teil auf Vorurteilen aufgebaut. Die Schweiz sollte es sich nicht leisten dürfen, die teurere Methode immer weiter auszubauen. In die Pflicht zu nehmen sind alle Verantwortlichen.

Erstens die Leistungserbringer vom Grundversorger über den Nephrologen bis zu den Herstellern der Dialyselösungen, die den aktuellen Preis von ca. 20 Franken pro 2-Liter-Beutel bei vermehrter Verbreitung der Methode noch etwas senken könnten.

Zweitens die Krankenversicherer, vertreten durch den SVK, der seine Rolle nicht wie bisher als eine reine Kontrollstelle der Dialysebehandlungen verste-

hen sollte, sondern aktiv in den Prozess der Modalitätswahl eingreifen müsste. Dazu muss ein griffiger neuer Dialysevertrag bis Ende 2011 auf die Beine gestellt werden, der gewisse Anreize zur Heimdialyseversorgung beinhaltet.

## Die Krankenkassen sollten darauf insistieren, dass ihre Versicherten über PD informiert wurden

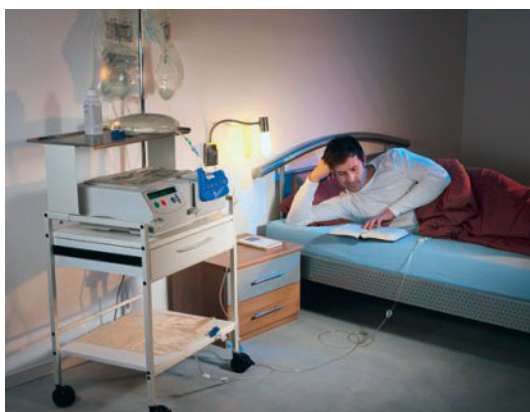
Drittens: Gefordert sind auch die Spitäler, vertreten durch H+, die als Vertragspartner die Heimdialyse fördern sollten, anstatt die eigenen Spital-Dialyseplätze aufzurüsten. Die Spitex-Dienste andererseits müssten assistierte PD zu Hause als Leistungen überall abrechnen können. Altersheime sollten in die Lage versetzt werden, PD in ihren Institutionen anzubieten.

Viertens: Auf kantonaler Ebene endlich ist dafür zu sorgen, dass keine weiteren Dialyse-Satelliten in jeder grösseren Ortschaft entstehen, resp. entsprechende Bewilligungen nicht erteilt werden.

Die Problematik um die Nierenersatztherapie hat längst die geschlossene, nephrologische Arzt-Patienten-Beziehung überschritten und ist zu einem Anliegen der breiteren Öffentlichkeit geworden. Dieser Beitrag soll der Transparenz und Diskussion dienen. Für die Peritonealdialyse als fast in Vergessenheit geratene, marginalisierte Methode des Nierenersatzes ist eine Lanze zu brechen.

### Literatur

- 1 SVK. Geschäftsbericht 2008; S. 10–11.
- 2 Jager KJ et al. NECOSAD study. *Am J Kidney Dis.* 2004;43:891–9.
- 3 Korevaar JC et al. Effect of starting with hemodialysis compared with peritoneal dialysis in patients new on dialysis treatment: a randomized controlled trial. *Kidney Int.* 2003;64:2222–8.
- 4 Lameire N, Van Biesen W. Epidemiology of peritoneal dialysis: a story of believers and nonbelievers. *Nat. Rev. Nephrol.* 2010;6:75–82.



Studien zeigen, dass sich fast 50% der Patienten für die PD als erste Wahl entscheiden würden, wenn sie vorab umfassend und neutral informiert würden.