

Die Shunt-Situation im Ablauf der Dialyse-Industrialisierung

Einführung der Kostenpauschale 2002/2013 bei der Dialyse, führt bis heute zur Verminderung der Pflegequalität und Kommerzialisierung der Behandlung.

Bei einem Onlinekongress der „Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft Dialysezugang e.V. (IAD)“, war ein Thema die Shunt-Erst-/und Neuanlage bei Dialysepatienten. Vor der Erstanlage ist eine genaue Planung vor der Operation von großer Wichtigkeit. In den speziellen Shunt-Kompetenzzentren geschieht diese Planung per Ultraschall und teils mit CO₂ Gefäßdarstellungen (Angiografie) an beiden Armen. Anhand des Bildmaterials, erklärte man, erfolge vor der Erst-OP, eine Shuntlebensplanung. In einer Karte wird festgelegt, wieviele und an welcher Stelle an einem Arm, Shuntanlagen möglich sind. Die Zusammenarbeit zwischen Shuntchirurgie, Radiologie, Anästhesie sowie Nephrologe und Pflegepersonal, vor, während und nach der Operation, ist ein wesentlicher Faktor zum Gelingen. Nur dann kann der Shunt des Patienten bestmöglichst entwickelt und lange erhalten werden. Wie sieht die Analyse der Shuntchirurgie, Shuntentwicklung und Shuntpflege im Praxis-/und Klinikalltag aus? Wie stellt sich die Situation am Patientenbett dar?

Vor einiger Zeit wurde ich angefragt eine Datenbank, mit deren Hilfe es für Patienten einfacher wäre, einen guten Shuntchirurgen zu finden, mit zu erstellen. In der Facebook-Gruppe "Nierenkrank" sollte erkundet werden, wo die Mitglieder shuntchirurgisch gut versorgt wurden. Die dadurch entstehende Datenbank sollte allgemein zur Verfügung stehen. Meiner Meinung nach macht dies allerdings erst Sinn, wenn sich die Situation am Patientenbett verbessert hat.

Wahrheitsgemäß kann man die Befähigung der Shuntversorgung an vielen Betten, in einem Satz anwendbar auf den Punkt bringen. Ein Shuntverschluss wird meist erst nach erfolgter Punktion identifiziert und begriffen. Zu den dazu führenden Gestaltungen nachkommend ausführlich mehr!

Wie erfolgt die gewünschte Shuntlebensplanung in der Praxis?

Das Vorgehen ist meist brachial und mit fehlendem Weitblick. Die Klinikabteilung erhält den Auftrag einen Shunt zu schaffen und setzt ihn um. Die Darstellung der Gefäßsituation erfolgt mit Ultraschall, selten mit CO₂. Teils wird auch per Angiografie mit Kontrastmittel die Situation erkundet. Die Verwendung von Kontrastmittel ist im Gegensatz zu CO₂, belastend für die Nieren, die sich meist schon im Stadium vier bis fünf der Schädigung befinden. CO₂ ist in der Anwendung auch diskutierbar, da hier durch die Gabe großer Mengen CO₂ in kurzer Zeit, ein geringes Embolierisiko besteht. Da in den Ortskliniken selten erfahrene Ärzte bei der Voruntersuchung anzutreffen sind, erfolgt so die Darstellung nicht unter dem Gesichtspunkt welche Gefäße lassen sich zu einem guten Shunt entwickeln, sondern wo ist die beste Stelle zur Anlage. Bei der älteren Generation 75+ ist diese Vorgehensweise sicher passend. Für junge Patienten, im Hinblick auf noch lange Dialysejahre, Familie und Arbeit, eine kritisch diskutierbare Methode.

Der Zugang erfolgt nun an der Stelle der besten Gefäßsituation. Meist ist dies der Oberarm (brachial) und so wird ein Oberarmshunt gebildet. Häufig kommt es zu Anlage eines Prothesenshunts (Kunststoffgefäße - Gore-Tex). So geht das kostbare Gefäßsubstrat des Unterarms, das die Möglichkeit mehrerer nativer Shunts bietet, oftmals ungenutzt verloren. Obwohl ein Merksatz der Shuntchirurgie lautet: Der Shunt sollte zwar zentral, aber möglichst weit vom Herzen angelegt werden^{***}. Ein Shunt aus den eigenen Gefäßen stellt dabei die 1. Wahl dar. Es liegt meistens in der Vorstellung des Chirurgen, wo und wie der Shunt gebildet wird. Es gibt über 100 Operationstechniken einen Shunt zu entwickeln. Dabei liegt das Augenmerk auf "entwickeln". Es gibt Techniken, die entwickeln ein Gefäß so, dass es sich zu einem tauglichen Shunt ausbildet.

Dieses umfangreiche Wissen ist in den Kliniken vor Ort leider selten vorzufinden und es fehlt teils überdies auch am Wissen der geltenden Prädiktoren der arteriellen Druckmesser für eine erfolgreiche

Shuntanlage. Die Ärzte sind meist exzellente Gefäßchirurgen, aber vielen fehlt die Vorstellungen für die Shuntchirurgie und ihre zahlreichen Möglichkeiten.

Um das Beste für seine Behandlung zu erreichen, müsste der Patient schon beim Erstgespräch, so kritisch und erfahren sein, um die Erfolgsaussicht so zu hinterfragen, um an eine gute Adresse der Shuntchirurgie zu gelangen. Der Patient sollte auch wissen, dass der beste Zeitpunkt, sich beim Shuntchirurgen vorzustellen ist, wenn man sich zur Hämodialyse entschieden hat, bei einer GFR ab < 20 l. liegt. So existiert genügend Planungszeit, wo und zu welchem Zeitpunkt die Shuntanlage erfolgt. Hier wäre die erwähnte Datenbank eine gute Hilfe. Jedoch folgen die Patienten dem Rat ihrer Nephrologen. Was nur an der Stelle, auf längere Sicht, oftmals unabwendbare und schmerzhaft Abläufe bewirkt. Die Gefäßchirurgie der Klinik fertigt zwar einen Shunt, jedoch müssen diese, bis zur Eignung zur Dialyse, teils vermehrt, nachoperiert (Gefäßvorverlagerung, Stenosen, Thrombosen zu schwacher/starker Shuntfluss, Aneurysmen, Infektionen, kardiale Probleme^{***}) werden. Um es den Kritiker an dieser Stelle vorwegzunehmen, meine Aussage besteht in der Beobachtung. Denn Daten aus z. B. einem Dialyseregister wie in der Schweiz oder Österreich ^{***}, wo zentrumsgenau überschaubar ist, welchen Gefäßzugang der Patient besitzt (Katheter, Kunststoff, nativ), existiert in Deutschland nicht. Momentan erhebt in Deutschland jeder Dialyseanbieter (DN, KfH, PHV, Industrie ^{***}) seine eigenen Daten, von denen im Rahmen der Qualitätssicherung ^{***} ein Teil regelmäßig an den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) geschickt wird. Aber einheitlich zusammengefasst existieren diese Daten nicht.

Der erste Ansprechpartner bei der Erfordernis einer Shunterstanlage, ist der behandelnde Nephrologe. Der überweist, wie dargestellt, zu 90 % an die praxisnahe Klinik. Für die ältere Altersstufe, die ortsnahe versorgt werden möchte, sicher eine zweckmäßige Anlaufstelle. Aber für junge Patienten auf Langzeit, oftmals eine katastrophale Entscheidung. Ein Umdenken werde ich mit diesem Artikel sicher nicht verursachen. Doch stellt sich die Frage, ob der Arzt seinen Hippokratischen Eid den er mal geleistet hat, an dieser Stelle nachkommt? Darin heißt es: „Er verpflichtet die Ärzte ihr medizinisches Wissen zum Wohl der Patienten zu teilen.“ Der Eid hat nur eine moralische Verpflichtung keine gesetzliche. Jedoch kennt der Nephrologe den Unterschied und Vorteile der Qualität vor Ort zu den zertifizierten Interdisziplinären Zentren für Dialysezugängen (Spezialkliniken für Shuntchirurgie)^{***}. Jedoch schützt er seinen Patient mit der ortsnahe Versorgung, teils nicht vor häufigen Nachoperationen. Bei jungen Müttern oder Vätern ist diese Unachtsamkeit für deren Zukunft gelegentlich prekär. Hier hat der Mediziner auch Verantwortlichkeit für die Kinder ihrer Patienten, die ihre Eltern zu Hause und nicht in der Klinik beanspruchen.

Wenn der Arzt an die Spezialklinik überweist, ist klar, er muss für seinen Patienten kämpfen. Die Krankenkassen weigern sich oft, die Fahrtkosten zu den entfernteren Kliniken zu übernehmen. Sie bestehen auf die ortsnahe Chirurgie. Welche Mehrkosten die nahe Versorgung für Sie bewirkt, erfassen die Sachbearbeiter nicht. An der Stelle wäre die Mindestmengenreglung für die Kliniken vor Ort im Punkt Shuntchirurgie hilfreich. Denn die sagt aus, besonders schwierige Eingriffe aus Gründen der Qualitätssicherung nur von solchen Kliniken durchführen zu lassen, deren Ärztinnen und Ärzte damit ausreichend Erfahrung haben ^{***}. Gegenüber der Kasse muss der Arzt verdeutlichen, wo die Vorteile der Kostenerstattung zur Spezialklinik für den Patienten auf längere Sicht liegen. Das kostet im medizinischen Alltag Zeit. Es gibt zum Glück noch Ärzte, für die ist diese Maßnahme zum Wohle ihrer Patienten noch eine Selbstverständlichkeit. Bei den kommerziellen Anbietern ist das Denken „teils“ etwas sorgloser, denn diese möchten ihre Patienten in der eigenen Kostenabrechnung behalten. Das ist in den angebundenen Kliniken möglich.

Ist der Shunt nun angelegt, muss er punktiert und entwickelt werden. Nun treten wir in den Abläufen ans Patientenbett.

Die Shuntentwicklung obliegt meist den medizinischen Fachangestellten (MFA). Es liegt mir fern die Berufsgruppe abzuwerten. Jedoch möchte ich die Befähigung der MFA mit und ohne nephrologischer Fachweiterbildung kurz darstellen. Die nephrologische Zusatzausbildung der MFA für Dialyse wird im „Curriculum für MFA „Dialyse Nephrologie“ der Bundesärztekammer (Fassung 2020 ^{***}) kurzgefasst so erklärt: „Als Mitglieder im interkonfessionellen Dialyseteam unterstützen sie die Ärzte bei der Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbearbeitung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch Unterstützung und Ergänzung der Tätigkeitsbereiche der Dialyse-Fachkrankenschwester und -pfleger.“ Im Dialysestandard von 2016, Fassung 17.02.2022 ^{***} der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie heißt es in; „A.4.1.4 Medizinische Fachangestellte in der Dialyse sind Medizinische Fachangestellte mit erfolgreich abgeschlossener Fortbildung zum/r

medizinischen Fachangestellten Dialyse gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer.“ Schulisch wird dies von der Weiterbildungsstätte Ulm auf der Homepage so dargestellt ***: Der MFA „werden Grundkenntnisse vermittelt um Assistenzaufgaben zu erfüllen, insbesondere pflegerische Aufgaben unter Anleitung einer Fachkraft.“ In der Stellenbeschreibung der Industrie- und Dialyseanbieter liest sich die Assistenzaufgaben unter Anleitung so ***: Anbieter NephroCare: „Ihre Tätigkeitsschwerpunkte: Selbstständiges An- und Abschließen“ (hierzu zählt auch die Punktion) „der Patienten an die Dialyse. Betreuung unserer Patienten in allen Phasen der Dialysebehandlung. Du benötigst keine Vorkenntnisse im Bereich Nephrologie und Dialyse. Unsere qualifizierte und strukturierte Einarbeitung garantiert dir einen guten Start bei uns.“ Anbieter DaVita: „Grund- und Behandlungspflege in der Dialyse, An- und Abschlüsse“ (hierzu zählt auch die Punktion) „der Patienten nach Anschlusszeitplan. Erste Berufserfahrungen im Dialysebereich sind wünschenswert, aber nicht erforderlich“ Anbieter KFH „Als kompetenter Ansprechpartner betreuen Sie unsere Patienten in allen Phasen ihrer Dialysebehandlung. – Ihre Aufgaben reichen von der Vorbereitung des Behandlungsplatzes über die Punktion bis zur Dokumentation der erreichten Werte. Sie besitzen bereits Dialyseerfahrung oder freuen sich auf unser Weiterbildungsangebot.“

Hier arbeitet MFA (Berufserfahrungen im Dialysebereich sind wünschenswert, aber nicht erforderlich), so wie examiniertes Personal, selbstständig am Patienten! Ihnen wurden jedoch in der Ausbildung, 120 Übungsstunden, nur Grundkenntnisse zu Assistenzaufgaben unter Anleitung vermittelt. Objektiv ein Widerspruch in sich. Der medizinische Kenntnisstand der MFA zu Dialyse und Nephrologie ist geringer als der der Fachpflege. Die Ausbildung umfasst nur 120 Unterrichtsstunden. Jedoch erhält die Berufsgruppe für gleiche Arbeit geringeren Arbeitslohn (Einstiegsgehalt einer MFA ca. 2088 € brutto – Einstiegsgehalt einer Fachkrankenschwester ca. 2867 € Quelle: Google). Eine deutschlandweit akzeptierte Ausbeutung von Arbeitskräften. So ist hier auch die Fluktuation in der Vergangenheit, massiv angestiegen.

In den Dialyseeinrichtungen, gerade bei den kommerziellen Dialyseleistungserbringern (Nephro-Care, B.Braun, DaVita, Diaverum), die immer mehr in den Dialysemarkt drängen (laut DGfN besitzen sie schon in manchen Regionen ein Marktanteil von 50 % ***), zeigt die Beobachtung, es hat sich eine Personaldrehtür entwickelt. Eine Arbeitstreue zur Einrichtung wie früher über 20 Jahre und mehr besteht hier nicht mehr. Das Arbeitspensum ist auch körperlich und privat über länger nicht mehr zu leisten. Eine Pflegekraft betreut heute verschiedentlich bis zu 15 Patienten. Teils müssen wegen Personalmangel auch Doppelschichten geleistet werden. Oft sind nur zwei Pflegekräfte auf einer Schicht anzutreffen. Dabei ist in den Abläufen eine starke Zunahme von Patienten mit multimorbiden Erkrankungen zu verzeichnen, die einen erhöhten Betreuungs- und Begleitungsbedarf besitzen (Quelle: Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Dialyse und Nephrologie“ der Bundesärztekammer 1. Auflage 2020, Seite 2 1.1 erster Absatz ***). Das junge Personal müsste hier bei dieser Überforderung um sich selbst zu schützen eine Überlastungsanzeige (eine Überlastungsanzeige bietet Beschäftigten die Möglichkeit, auf Personen gefährdenden Situationen aufmerksam zu machen und sich im Rahmen etwaiger Haftungsansprüche entlasten zu können.***) beim Arbeitgeber stellen. Dafür fehlt jedoch oft der Mut. Aus Gründen des Personalmangels leiden auch die Patienten. Sie werden wie Handelsware im Zentrum immer neu platziert, sodass Zimmer gefüllt und überschaubar sind. Zimmerfreundschaften wie früher, die bei Krankheit/Problem emotional tragen und begleiten, entstehen so nicht mehr. Patienten sind so oft mit Ihrer Krankheit allein. Das ist auch ein Stück gewollt, sodass kein kollektiver Unfriede bei den Behandlungsabläufen auf Patientenseite entsteht. Nach der Devise, gemeinsam sind wir stark! Diese Arbeitsmoral geschieht aus klarer Gewinnabsicht bei den kommerziellen Dialyseleistungserbringern. Personal wechselt so nach kurzer Zeit zu einem anderen Arbeitgeber, wo es geringerem Arbeitsstress, für die gleiche Demütigung in der Entlohnung ausgesetzt ist. Dialysepersonal ist so immer schwerer zu finden. Die Industrieanbieter planen hier nun mit Pflegekräfte aus Kolumbien.*** Was die beginnende Neureglung des Marktes zukünftig noch bringen wird bleibt abzuwarten. Die Hersteller wie Fresenius und Baxter wollen sich von ihrem Dialysegeschäft trennen und sich sicher gleichzeitig neu aufstellen***.

Hintergrund der Einführung der Dialysekostenpauschale 2002 war, solche Abläufe zu verhindern. Das Deutsche Ärzteblatt schrieb zu jener Zeit: [„Dtsch Arztebl 2002; 99\(13\): A-828 / B-685 / C-641](#): Hier geht vom zunehmenden Interesse industrieller Anbieter an der ambulanten Dialyseversorgung eine bislang möglicherweise unterschätzte Gefahr aus. Eine vergleichbare Entwicklung in den USA führte zu einem Anstieg des Marktanteils industrieller Dialyseanbieter von 34 Prozent in 1980 auf 70 Prozent Ende der 90er-Jahre (8). Gleichzeitig wurden deutlich erhöhte Mortalitätsraten in US-Dialysezentren unter kommerzieller Trägerschaft berichtet. Die Gründe des industriellen Interesses an der ambulanten Dialyseversorgung sind vielschichtig. Nach Auffassung der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung würde eine Industrialisierung der Dialyseversorgung in Deutschland dazu führen, dass die Versorgungsstrukturen destabilisiert werden.***

Die Patienten leiden unter der Versorgung der geringer qualifizierten MFA und zukünftig auch unter Verständigungsprobleme bei ihrer Therapie. Denn die können die Fachpflege leider nicht voll ersetzen. Hier leiden, aus fachkundiger Wahrnehmung, z. B. die Shuntversorgung, es kommt zur schlechten Beratung und einseitiger Behandlung. Vielen MFA fehlt sogar die nephrologische Fachausbildung. Sie lernen Dialyse, sozusagen durch Erklären und Mitlaufen, bis sie alle Komplikationen erlebt und gesehen haben. So sieht die Sicherheit des Wertschöpfungsobjekts Patient, „teils“ in Deutschland heute aus. Ich betone „teils“, nicht überall! Aber es ist eine Entwicklung, die mittlerweile dynamischen Einzug hält. In den Nachbarländern Österreich/Schweiz arbeiten gar keine MFA in den Dialysen. In Österreich sind nur dipl. Pflegekräfte am Patienten, die sich zudem regelmäßig fortbilden müssen. Juristisch ist jedoch in Deutschland alles vorbildlich! Mit Moral lässt sich kein Gewinn erwirtschaften.

Genau da liegt ein großes Problem der Zukunft! Kommerzielle Dialyseleistungserbringer, erwirtschaften in den USA Rekordumsätze *** (Fresenius Medical Care hatte 2019 einen Umsatz von 17,5 Milliarden Euro erzielt.) und möchten dieses System auch gerne in anderen Ländern z. B. Deutschland etablieren. Das ist in Deutschland auch sehr einfach. Die kommerziellen Anbieter rechnen die Dialysebehandlungen auch pauschal ab (Aussage der Bundesregierung auf eine Anfrage der Fraktion DER LINKE ***). Davon profitieren sie, die alle Produkte und Dienstleistungen aus einer Hand anbieten können. Hier ist die Gewinnspanne daher höher, als die im privaten Dialysebereich. Für die privaten Anbieter sind die Verbrauchsmaterialien kostenaufwendiger in der Anschaffung. Durch die geringere Gewinnspanne und stark steigenden Energie-/und Nebenkosten durch den Ukraine Krieg, müssen sich die, dem System der Industrie unwillkürlich anpassen. Die Dialysenkostenpauschale wurde im Januar wegen steigender Energiekosten, nach 11 Jahren, um nur 2 % angepasst! Ich wiederhole um „2 %“!*** Gelingt der industrielle Bereinerungseffekt bei den freiberuflichen Dialysepraxen, übernimmt sie diese Zentren/MVZ schon auf Maximalgewinn ausgerichtet. Die Kommerziellen drücken so allen ihren Stempel auf. Ein bedeutendes Strategiemittel, um stärker den Markt zu gestalten, wäre, wenn das Bundesgesundheitsministerium im Schulterschluss mit der bundeskassenärztlichen Vereinigung, eine wiederholte Dialysesachkostenabsenkung auf den Weg bringen würde. Was ja schon durch die Hintertür, jetzt in der Krise und geringer Kostenanpassung eingetreten ist. Die börsennotierten Anbieter haben sicher das Finanzpolster um die Effekte auszugleichen. Im Anschluss an eine verstärkte Verdrängung der Privaten werden sie eine Monopolstellung besitzen, womit sie Richtlinien, zentralisierte Behandlungsstätten und Preisentwicklungen vorgeben können. Was ja jetzt schon durch Schließungen mancher Zweigstellen und Praxen beginnt***.

Den in diesen Finanzspielen entstehenden Verlust fachkundiger Pflege/Versorgung erkennen nur sehr wenige Patienten. Die meisten sind in einer Altersklasse angesiedelt, die die Abläufe samt Therapieablauf nicht überblicken oder wenn, sich nicht getrauen zu intervenieren. Zudem ist das junge attraktive Personal für die jüngeren Patienten heilig, sodass auch hier keine Kritik geäußert wird. Es wird sich so nur noch auf die wenigen Stunden Dialysetherapie beschränkt und nach Hause gegangen. Eine sehr positive Situation für die Versorger, schlecht für Patient und Pflege.

Für das Gesundheitswesen ist es angeblich wichtig, dass sichergestellt ist, dass die Gewinne der kommerziellen Versorger nicht zulasten der Patienten oder Angestellten erzielt werden. Hier hat die Kontrolle längst ausnahmslos versagt. An der Stelle müsste eigentlich schon das Bundeskartellamt ein offenes Auge auf den Wettbewerb der Akteure haben.

Wie die Gesamtsituation der Marktwirtschaft hier in die Lebensqualität der Patienten eingreift, lässt sich nicht feststellen. Daten werden wie erwähnt erhoben, sind aber nach Aussage der Bundesregierung (laut Aussage eine Antwort einer kleinen Anfrage der Fraktion DIE LINKE im Bundestag vom 18.09.2020 ***), wegen Datenschutz und ärztlicher Schweigepflicht nicht einsichtig. Ein Dialyseregister, das alle Daten und die Situation transparent darstellt, gibt es in Deutschland noch nicht. Der Patient selbst spielt in den Abläufen zwar eine wichtige, jedoch untergeordnete Rolle. Der Patient ist Handelsware! Aus ihm muss der größte mögliche Profit erwirtschaftet werden. Das zeigt auch ein Zitat des Handelsblatts vom 02.02.2021 ***; „Das Management des Dax-Konzerns sagte für 2021 einen Rückgang des Konzernergebnisses um bis zu 25 Prozent voraus. Als Grund gibt FMC die hohe Sterblichkeit von Dialysepatienten in der Pandemie an.“ Zu viele Todesfälle sind nachteilig für den Profit/die Bilanz. "Das Geschäft von Fresenius ist sehr personalintensiv, und mit steigenden

Löhnen wächst hier natürlich der Kostendruck." Nun ist eine Entflechtung, laut Tageschau 23.02.2023, geplant. Fresenius lässt seine Tochter FMC ziehen. Wegen der besonderen Rechtsform der beiden Unternehmen als sogenannte Kommanditgesellschaften auf Aktien fließen die Ergebnisse von Fresenius Medical Care derzeit komplett in die Fresenius-Bilanz ein - die guten wie die schlechten. "Diese Entflechtung soll dann dafür sorgen, dass dann nur noch 30 Prozent des Ergebnisses an die Mutter durchgereicht werden.****" In diesen Abläufen stecken Patienten wie Personal sowie Ärzte Mitten drin. Notwendige Neustrukturierungen um Gewinne zu machen, kommen dann auch am Patientenbett an.

Der Patient kann bei Unzufriedenheit, auch nicht wo anders hin wechseln. Eine freie Arztwahl besitzt er zwar, aber die wird von den Krankenkassen durch Verweigerung der Fahrtkostenübernahme stark eingeschränkt. Wer nicht das nächstgelegene Dialysezentrum anfährt, muss die Mehrkosten meist selbst tragen ***. An dem Punkt betreiben manche Krankenkassen um Kosten zu sparen, sozusagen Menschenhandel und versteigern per Ausschreibung und spezielle Apps, die Fahrten Ihrer Patienten online ***. Auch an der Stelle hat der Patient vielerorts kein Mitspracherecht mehr. In all diesen Abläufen, wo seine Bedürfnisse mehr und mehr reduziert werden, bräuchte der Patient dringend eine starke Lobbyarbeit, um die Entwicklungen zu stoppen/verändern! Diese existiert, sie kämpft aber in der Veränderung des Marktes, auch gegen Windmühlen.

So werden Patienten nach den gesetzlichen Anforderungen und dem medizinisch Notwendigen, mustergültig versorgt. Von der Medizinethik in diesen Abläufen, will man erst gar nicht mehr reden, für Patienten ist es sehr schwer, mit dem Verlust der Selbstbestimmung hier ihre Würde zu behalten. Das medizinische Team verliert zu oft, weil sie in der Eile nur noch den Behandlungsfall sehen, den Respekt vor den Patienten. Manche Patienten fassen hier den Entschluss sterben zu wollen um noch etwas ihrer Würde zurückzugewinnen***.

Alle diese Veränderungen haben sich trotz der „Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse“ des G-BA entwickelt, werden darin aber nicht aufgezeigt, da Abläufe wie Shuntoperation, Nachoperation, Shuntfunktion, Qualität der Shuntfunktion, psychosoziale Betreuung, Lebensqualität der Patienten, Ernährungszustand, Wundversorgung, Todesursache, Medikamentenmehrbedarf, Häufigkeit der Klinikaufenthalte, Auswirkung von Verkürzungen der Dialysezeit, Dialysatfluss, Blutfluss durch Corona, Personalmangels, Energiekrise, Arbeitsbelastung (Patientenschlüssel) des Personals, Krankenstand und Fluktuation des Personal, usw. hier nicht erfasst werden. Hier werden nur die Kernparameter der Dialysebehandlung zur Qualität erhoben ***. Zum Thema Shunt wird nur die Anzahl der Patienten dargestellt, die innerhalb von 180 Tagen nach Beginn einer Dialysebehandlung einen Shunt erhalten haben. Alle anderen erhobenen Daten werden zu 90 % noch fünf Minuten vor dem Tod von den Patienten erfüllt. Diese Kernparameter der Qualitätssicherung, wird man aber immer dazu nutzen um darzustellen, dass es das Ziel ist, „die hohe Qualität der medizinischen Versorgung in Deutschland sowie die Patientensicherheit zu erhalten und zu verbessern.“ Aber gerade für die Patientensicherheit gehörte das vorgenannte fehlende hinzu. Wer erhebt auch Daten die schlechte Qualität darstellen und die Qualitätsverbesserung hohe Kosten verursachen? Gerade auch aktuell, wo mit Begründung von Corona, hohen Energiekosten sowie Personalmangel, die Dialysezeit vieler Orts auf drei Stunden reduziert wird***. Zahlen werden an allen Stellen weiter so erhoben, dass sie positive Aussagen beinhalten. Qualitätskontrollen werden vieler Orts mit Termin vereinbart.

Das Versprechen, das 2002/2013 bei der Einführung der Sachkostenpauschale gegeben wurde, „Für Dialysepatienten werden keine Nachteile entstehen.“ kann man heute so nur mit Sarkasmus kommentieren, aber wegen fehlender Daten keine Beweisführung antreten. In den Nachbarländern Österreich und Schweiz sind diese Daten Bestandteil der Therapieentwicklung ***.

Es war ein Widerspruch in sich, jahrelang ein hochwertiges, umfangreiches und auch teures Qualitätssicherungssystem seit 01-2020 Qualitätssicherungs-Richtlinie in Deutschland aufzubauen und dann die notwendigen Mittel zur Einhaltung der Qualitätskriterien durch Pauschalisierung mehr und mehr zu kürzen. Entwickelt hat sich bis heute eine Mogelpackung, worauf ein teures Qualitätssiegel klebt, das mit billigem Inhalt stinkt.

Unter diesen Abläufen hat sich dann auch vielerorts eine Personalfuktuation entwickelt, die dazu beiträgt, dass eine konstante Überwachung der Patienten - auch in psychosozialen Fragen - durch die Pflege nicht mehr zu bewerkstelligen ist. Hier bleiben dann auch die Shunts und ihre besonderen Bedürfnisse unentdeckt.

Bei der Shuntpunktion führen die Konstellationen dann teilweise zu folgenden Situationen: Die MFA punktiert, trifft das Gefäß nicht korrekt und beginnt, wie in der Arztpraxis gelernt, mehrmals die Nadel zu korrigieren. Kommt sie nicht weiter, kommen noch die Kolleginnen B und C zum Nachbessern. Bleiben alle Versuche erfolglos, wird erst dann die Nadel gezogen. Dieses fatale Vorgehen und Umgang des Shunts, wie mit einem Schaschlikspieß, läuft wie ein Mechanismus ab. Es wird nicht hinterfragt, schade ich dem Shunt?! Ich glaube der Gedanke dem Patienten eine erneute schmerzhafteste Punktion zu ersparen, besitzt größere Priorität. Auf der 29. Erfurter Dialysefachtagung im Mai 2021 wurde dieser Ablauf und welcher Schaden er verursacht unter laufendem Ultraschall von Dr. Gregor Kurp (Koblenz) gezeigt. Bei so häufiger Korrektur verletzt man unwillkürlich die Shuntwand, es kommt zur Bildung von Tromben. Der Shunt kann sich verschließen.

Bei der nächsten Dialyse macht der Shunt dann auch oft den Eindruck, das Gefäß sei verschlossen. Thromben werden bei der Folgedialyse dann oftmals über die Nadel herausgezogen. Teils wird ein Shuntverschluss erst nach der Punktion ermittelt. Obwohl Vorgaben bestehen, die dazu anhalten, den Shunt vor der Punktion auf seine Funktion zu kontrollieren. Aber unter gewaltigen Zeitdruck ist es verständlich, dass man diese Vorgaben wie viele andere auch, unberücksichtigt lässt. Auch dies wurde auf dem Kongress, von Dr. Krup anschaulich dargestellt. Solche Abläufe erlebe ich in der persönlichen Anschauung und Erzählungen von Patienten ungezählt. Ich gebe dem Personal keine Schuld, sondern denen die die Rahmenbedingungen mit Einführung der Kostenpauschale erschaffen haben.

Das Wissen um die Thematik Punktion und Shunt ist so ausgebildet, dass die meisten davon ausgehen, wenn die Nadel liegt, ist alles gut. Dass man aber mit den richtigen Punktionstechniken einen Shunt nicht nur entwickeln/ausbauen, sowie die Therapieeffektivität verbessern und ebenso den Patienten auch vor einer Operation bewahren kann, wissen wenige.

Bei einer kleinen Umfrage hierzu bei medizinischen Fachangestellten, Ärzten in der Fachausbildung aber auch Oberärzte sowie höhere akademische Titelträger konnte festgestellt werden, dass viele in Unkenntnis sind, dass es mehrere Punktionsarten (drei bis fünf) gibt. Ganz zu schweigen, wie man diese bezeichnet oder zielsicher anwendet. Beim nephrologischen Fachpersonal war dieses Wissen vorhanden. So fehlt vielerorts das Wissen, wie man durch die Punktion einen Shunt entwickeln kann. Selbst die ärztliche Seite kann dieses Wissen wegen Unkenntnis teils nicht vermitteln. Zudem fehlt vielen, nicht allen, die Erfahrung der Shuntpunktion.

Diese Situation wird sich auch nicht ändern lassen. Die Abläufe gestalten sich, wie anfangs veranschaulicht. Ist der Shunt funktionstüchtig, muss er fortan bei den Punktionstechniken, der sich in der Personaldrehtür befindlichen jungen Pflege ums Überleben kämpfen.

Der Patient wird hier nicht auffällig. Anhand des Alters klagt er nicht und wenn, besitzt er keine Lobby, die ihm eine starke Stimme verleihen kann. Kritik aus dem Patientenbett wird nur ernst genommen, wenn man einen sehr couragierten Charakter besitzt. Eines muss man sich hier aber sicher sein, wer kritisiert - selbst wenn zurecht - hat alle gegen sich.

An dieser Stelle tut mir die Jugend der Kinderdialysen leid. Sie wird in diese Abläufe, die sich verschärfen eines Tages transferiert. Ihre Eltern kämpfen heute bis zum Gericht für eine gute medizinische Versorgung und Fahrtkostenübernahme zu einer Spezialklinik für Shuntchirurgie uvm. Sobald ihre Kinder in der Erwachsenenendialyse angekommen sind, sind auch sie diesem marktwirtschaftlichen System ausgeliefert.

Fazit:

Im Grunde müsste der Gesetzgeber hier an vielen Stellen eingreifen. Vermutlich erkennt er jedoch auch heute wie 2013 keine Gefährdung der Behandlungsqualität. Er blickt zur Beurteilung auf die Kernparameter der „Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse“ des G-BA und die Jahresberichte der Datenanalysten des QSD-RL ***. Würde er patientenorientiert, statt bedarfsorientiert die Situation analysieren, käme er sicher zu anderen Ergebnissen. Er müsste zur Qualitätssicherung der Versorgung durch die Fachpflege eine feste Quotenregelung von ca. 30 % des Anteils von MFA in der Dialyseversorgung einführen. Darüber hinaus sollte diese Berufsgruppe vor Antritt des Dienstes in der Dialyse, verpflichtet werden, das Curriculum für MFA „Dialyse-Nephrologie“ mit 120 Lernstunden zu absolvieren. Ebenso sollte auch in die Dialyseversorgung eine Personaluntergrenze eingeführt

werden. Nur solche Vorgaben tragen zu einer besseren Patienten-/wie Shuntversorgung bei. Eben so sollte in die Qualitätssicherung auch die Daten der Lebensqualität der Patienten samt Shuntversorgung sowie Arbeitsbedingungen des Personals, einbezogen werden. Sodass ein Überblick entsteht, wie geht es dem Patienten in den Abläufen wirklich, wie qualitativ ist die Shuntchirurgie. Wenn Daten nur von Anbieter zur Eigenverwendung erhoben werden, können sie die Ergebnisse dazu nutzen, die Versorgung gerade noch im vertretbaren Bereich, wie aus USA bekannt, auf Kannte zu fahren, um den höchstmöglichen Gewinn aus dem Patienten zu erwirtschaften. In den Nachbarländer Österreich und Schweiz besitzt man Dank Dialyseregister einen exakten Überblick über die Behandlungsqualität aller Zentren bis hin zur Shuntchirurgie. Würden die Daten in einem Dialyseregister erfasst, könnte sie z. B. einen Überblick, über die Qualität aller Zentren zur Shuntchirurgie und die Häufigkeit aller Operationen zwischen Ortskrankenhaus und Spezialklinik aufzeigen. Weiter sollte die Bundesregierung in der Zusammenarbeit mit dem Bundeskartellamt den Dialysemarkt gesetzlich so regeln, dass die Industrieanbieter den Marktanteil von 50 % nicht übersteigen und so keine Monopolstellung erlangen. Mit Blick in die USA weiß man, welche Abläufe dies beinhaltet***. Ebenso sollten sie ihre Produkte zu gleichen Bedingungen wie der private Dialysemarkt abrechnen. Hier wäre eine Reduzierung der Kostenpauschale oder Zusatzsteuer bei den kommerziellen Anbietern, die selbst produzieren oder Ähnliches denkbar. Zugleich sollte man die Kassen verpflichten, die Fahrtkosten im Umkreis von z. B. 30 km grundsätzlich für alle Berechtigten zu übernehmen. Dies würde auch mehr Wettbewerb um die Patientengunst fördern und ebenso die Versorgung in allen Punkten verbessern. Zudem würde so auch im Dialysebereich eine echte freie Arztwahl entstehen. Es ist unverständlich, warum der Dialysemarkt politisch in der Aufmerksamkeit und Kontrolle, nicht nur jetzt sondern über Jahre schon, so vernachlässigt ist. Es geht in allen Darstellungen um Menschen, die maschinell am Leben gehalten werden und ohne regelmäßige Dialysebehandlung nicht eigenständig überlebensfähig sind. Nur so oder mit ähnlichen Vorgaben kann noch verhindert werden, dass die Dialysetherapie und Shuntversorgung im Ergebnis nur auf den Behandlungsauftrag (zwischen Maschine und Patient) fixiert wird. Das käme am Ende der Situation gleich, als würde der Anästhesist, trotz moderner Anästhesiemöglichkeiten, den Patienten mit Äther in die Narkose versetzen. Der Auftrag, dass der Patient während der Operation schläft, wäre kostengünstig umgesetzt. Die Qualitätssicherung würde darstellen, der Patient hat bei der OP schmerzfrei geschlafen. Aber dies kann, egal wie sich die Rahmenbedingungen mit Personalmangel und Kostensituation darstellen, nicht unser Anspruch der Patientenversorgung heute sowie in Zukunft sein ...! Am Ende erkennt man deutlich, eine gute Shuntqualität, der Lebensader von Patienten, liegt in Zeiten von Marktwirtschaft und der Dialyse-Industrialisierung nicht nur im Operationsaal.

Martin G. Müller

Spektrum Dialyse 2023

Quellenangaben:

- Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Fraktion DIE Linke im Bundestag vom 18.09.2020. (Drucksache 19/22690)
<https://dserv.bundestag.de/btd/19/219/1921909.pdf>
- 2002 Dialysevereinbarung: Gegen den industriellen Verdrängungswettbewerb -
<https://www.aerzteblatt.de/archiv/30989/Dialysevereinbarung-Gegen-den-industriellen-Verdraengungswettbewerb>
- Überlastungsanzeige: <https://verdi-bub.de/wissen/praxistipps/ueberlastungsanzeige>
- Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte „Dialyse und Nephrologie“ Herausgeber Bundesärztekammer 1 Auflage 2020.
https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/old-files/downloads/pdf-Ordner/MFA/2020-Musterfortbildungscurriculum_fuer_Medizinische_Fachangestellte_Dialyse_und_Nephrologie.pdf
- Online Tagung der IAD 11.02.2021 - Shunt-Neuanlagen – aktuelle Daten aus Deutschland G. Krönung, Wiesbaden
- 29. Erfurter Dialysefachtagung 6-7.05.2021 - Das Geschehen im Shunt während der Dialyse: Dr. Gregor Kurp, Koblenz

- NephroCare Stellenbeschreibung: <https://jobs.freseniusmedicalcare.de/job-detail/510057b2-482d-400a-b8c4-2370851334c8/medizinische-fachangestellte-gesundheits-und-krankenpfleger-oder-altenpfleger-notfallsanitaeter-als-quereinsteiger-m-w-d-fuer-die-dialyse>
- Nephrologische Weiterbildungsstätte Ulm - www.wbs-ulm.de
- DaVita Medical Group Stellenanzeigen: <https://karriere.davita.de/jobs/188885461-medicinische-fachangestellte-m-w-d-in-der-dialyse-bei-mvz-davita-moenchengladbach-gmbh>
- KFH Stellenbeschreibung: <https://jobs.kfh.de/de/job/medizinische-fachangestellte-mwd-gross-gerau-162/>
- Quelle Einstiegsgehalt Dialysekräfte Google - <https://de.talent.com/salary?job=medizinische+fachangestellte+dialyse>
- Stellungnahme der DGfN zu den industriellen Dialyseanbietern - <https://www.dgfn.eu/stellungnahmen-details/stellungnahme-der-dgfn-zu-den-industriellen-dialyseanbietern.html>
- Stellungnahme der DGfN zum Referentenentwurf eines Gesetzes für schnellere Termine und bessere Versorgung – Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) - https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Stellungnahmen_WP19/TSVG/TSVG_DGfN.pdf
- Daten Dialyseregister Österreich - <https://www.nephrologie.at/die-oegn/oegn-berichte/>
- Aussage kein Register Deutsche Gesellschaft für Nephrologie - <https://www.dgfn.eu/dialyse-register.html>
- Mindestmengenreglung - <https://www.g-ba.de/themen/qualitaetssicherung/vorgaben-zur-qualitaetssicherung/vorgaben-mindestmengenregelungen/>
- Krankenfahrten online - <https://www.aok.de/gp/befoederungs-rettungsdienste/ausschreibung-von-krankenfahrten>
- Krankenfahrten online App - <https://www.dmrz.de/software/fahrtvermittlung>
- Krankenfahrten zur nächsten Dialyse und Selbstzahlung der Mehrkosten bei einer entfernten Dialyse. „Dialyse und Soziales“ https://www.amgen.de/downloads/003/58691/19/58691_Broschuere-DialyseSoziales-2021-22.pdf
- Personaluntergrenze in der Nephrologie. Stellungnahme des fnb zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit - <https://www.nephro-fachverband.de/berufspolitisches/stellungnahme-des-fnb-zum-referentenentwurf-des-bundesministeriums-fuer-gesundheit>
- Umsatz Fresenius Medical Care 2019 - <https://www.handelsblatt.com/unternehmen/industrie/dialysekonzern-fresenius-medical-care-erwartet-2021-ergebnisrueckgang-aktie-bricht-zweistellig-ein/26873854.html>
- Dienstleistungen aus einer Hand - <https://www.handelsblatt.com/unternehmen/handel-konsumgueter/us-dialysemarkt-davita-uebernimmt-healthcare-partners/6655696.html?ticket=ST-8084534-akuGapo6eNoSWfp40X65-ap1>
- Beschreibung MFA im Dialysestandard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie file:///C:/Users/Acer/Downloads/2016-03-23%20Dialysestandard-V2022-1_Stand_20220217-1.pdf
- Leistungsbezogene Kostenpauschale für Sach- und Dienstleistungen bei Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalem Blutreinigungsverfahren. https://www.kbv.de/tools/ebm/html/40.14_162393955332574959599616.html?fbclid=IwAR1LgXjw1_bn4s2FE166sbKBZHG1ZUJA6YYtd8Kvj4risDjki1TgbppNLec
- Zertifizierung von Interdisziplinären Zentren für Dialysezugängen: <https://clarcert.com/systeme/interdisziplinare-zentren-fur-dialysezugange/system.html>
- Shuntchirurgie für die Dialyse - https://www.klinikum-whv.de/downloads/allgemein-viszeral-thorax-gefaesschirurgie/Download_Shuntchirurgie.pdf
- Dialyse: Qualitätssicherung erfolgt ab 2020 sektorenübergreifend - https://www.kbv.de/html/1150_43060.php
- Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse (nicht mehr in Kraft) - <https://www.g-ba.de/richtlinien/45/>
- Jahresbericht 2019 des Datenanalysten zur Qualität in der Dialyse nach QSD-RL - https://www.g-ba.de/downloads/17-98-5112/2020-08-05_IQTIG-Jahresbericht-2019_inkl-Bewertung.pdf
- Petition: Überprüfung und Umsetzung der Dialysesachkostenabsenkung - https://epetitionen.bundestag.de/petitionen/2013/03/27/Petition_41049.abschlussbegruendung.pdf

- Dialysefachkräfte aus Kolumbien kurz vor der Einreise
<https://pressnetwork.de/dialysefachkraefte-aus-kolumbien-kurz-vor-der-einreise/>
- Aktuelles zur Kostenpauschale und Energiekosten - <https://www.medical-tribune.de/meinung-und-dialog/artikel/es-ist-ein-teufelskreis>
- Übersicht zur Kostenpauschale für Dialyse und Verteilung der Dialyseplätzen/Dialyseeinrichtungen - <https://www.spektrum-dialyse.de/kostenpauschale-dialyse-1/was-kostet-dialyse/>
- Blutreinigung: Keine Dialyse mehr in Wermelskirchen - <https://de.diaverum.com/de/de/footer/medien/nachrichten/dialysezentrum-diaverum-wermelskirchen-wird-geschlossen/>
- Baxter und Gambro Hechingen Profitabel wie Porsche, aber nicht profitabel genug – Chef und Betriebsrat äußern sich - https://www.swp.de/lokales/hechingen/baxter-und-gambro-hechingen-profitabel-wie-porsche_aber-nicht-profitabel-genug_-_chef-und-betriebsrat-aeussern-sich-68759395.html
- Fresenius: Kein Stein bleibt auf dem anderen - <https://www.wallstreet-online.de/nachricht/16491901-egbert-prior-fresenius-stein-bleibt>
- Aus für das KfH-Nierenzentrum in Haßfurt - <https://www.mainpost.de/regional/hassberge/aus-fuer-das-kfh-nierenzentrum-in-hassfurt-die-stadt-konnte-nichts-machen-sagt-der-buergermeister-art-11034853>
- Nierenzentrum Tirschenreuth muss schließen - <https://www.otv.de/nierenzentrum-tirschenreuth-muss-schliessen-594521/>
- Blutreinigung: Keine Dialyse mehr in Wermelskirchen - <https://de.diaverum.com/de/de/footer/medien/nachrichten/dialysezentrum-diaverum-wermelskirchen-wird-geschlossen/>
- Darum muss das Swinemünder Dialysezentrum geschlossen werden - <https://www.ostsee-zeitung.de/lokales/vorpommern-greifswald/usedom/darum-muss-das-swinemuender-dialysezentrum-geschlossen-werden-4QBCTAPW3LACY55Y77FEAVIH6U.html>
- Entflechtung geplant Fresenius lässt Tochter FMC ziehen Stand: 22.02.2023 - <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/unternehmen/fresenius-medical-care-trennung-101.html>
- Menschenwürde und Hämodialyse - ein fundamental-ethischer Konflikt ? - https://www.nephro-ulm.de/wp-content/uploads/2023/01/F.Keller-Sa.-nephrotagung_referierten_kurzfassung.pdf

Herzlichen Dank an alle, die mich hier aus verschiedenen Fachrichtungen, durch Informationen unterstützt haben.