

# *Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland*

*Bachelorarbeit an der Hochschule Fulda im Fachbereich Pflege und Gesundheit, Studiengang Gesundheitsökonomie und -politik.*

Hannah Lintener

*Eingereicht im Juli 2019*

## Abstract

Die vorliegende Arbeit exploriert die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse in deutschen Pflegeheimen. Dazu wurden vier ExpertInnen-Interviews mit interprofessionellen Akteuren der Versorgung durchgeführt. Unter den Potenzialen der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen wurde eine erhöhte Umsetzbarkeit der Peritonealdialyse gegenüber der Hämodialyse sowie die Voraussetzung der Initiierung von Heimverfahren vor Eintritt ins Pflegeheim identifiziert. Dem stehen neben der ökonomischen Anreizstruktur auch die mangelnde Information der Leistungserbringer sowie weitere Barrieren gegenüber. Aus der Diskussion konnten die folgenden drei Handlungsfelder zur Förderung assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen extrahiert werden: Die Aufklärung und Kompetenzvermittlung unter Leistungserbringern, die Umwidmung der Steuerungsmechanismen sowie die multiprofessionelle Netzwerkarbeit. Zusammenfassend birgt die assistierte Heimdialyse das Potenzial von sowohl bedarfsgerechter als auch wirtschaftlicher Versorgung unter einer Steigerung der Autonomie sowie der Lebensqualität des Patienten. Perspektivisch bedarf es multiprofessioneller Zusammenarbeit sowie eines Paradigmenwechsels in Richtung Heimverfahren in Pflegeheimen.

## Keywords

Heimdialyse • Peritonealdialyse • Hämodialyse • Niereninsuffizienz • Pflegeheim • Altenpflege • Heimverfahren • Versorgungsforschung • Lebensqualität • Versorgungsqualität • Ökonomische Anreizstruktur • Fachkräftemangel

## Gliederung

<b>1</b>	<b>Die assistierte Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege.....</b>	<b>39</b>
1.1	Problemaufriss: Versorgung dialysepflichtiger Patienten im Pflegeheim.....	39
1.2	Zentrales Forschungsinteresse der Arbeit.....	40
1.3	Zielsetzung im Verlauf der Forschungsarbeit.....	41
<b>2</b>	<b>Theoretische Verortung der assistierten Heimdialyse im Gesamtkontext der Dialyseversorgung in Deutschland .....</b>	<b>43</b>
2.1	Hintergrund der Indikation zur Dialyse .....	43
2.1.1	Die natürliche Funktion der Nieren.....	43
2.1.2	Die chronisch terminale Niereninsuffizienz .....	43
2.2	Heimdialyseverfahren .....	44
2.2.1	Die Heimhämodialyse.....	44
2.2.2	Die Peritonealdialyse.....	44
2.3	Die assistierte Heimdialyse.....	46
2.3.1	Definition der „assistierten Heimdialyse“ .....	46
2.3.2	Assistierte Heimdialyse im Gesamtkontext der Versorgungssettings.....	46
2.3.3	Verbreitung der assistierten Heimdialyse in Deutschland .....	48
2.4	Rahmensetting der stationären Altenpflege.....	48
2.4.1	Definition des Settings „Stationäre Pflegeeinrichtungen“ .....	49
2.4.2	Vertragswesen und Vergütung im stationären Pflegesektor .....	49
2.4.3	Regulatorische Abgrenzung stationärer und ambulanter Pflege.....	50
<b>3</b>	<b>Aktueller Forschungsstand zur Dialyse im Pflegeheim .....</b>	<b>51</b>
3.1	Population der dialysepflichtigen Patienten im Pflegeheim .....	51
3.2	Assistierte Heimdialyse in Pflegeheimen .....	51
<b>4</b>	<b>Methodische Vorgehensweise.....</b>	<b>53</b>
4.1	Begründung der Erhebung durch Experteninterviews.....	53
4.2	Stichprobenkonstruktion.....	53
4.3	Systematische Leitfadententwicklung .....	55
4.4	Durchführung der Interviews .....	55
4.5	Auswertung der Interviews .....	56
<b>5</b>	<b>Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse in deutschen Altenpflegeheimen..</b>	<b>58</b>
5.1	Status Quo der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen.....	58
5.2	Potenziale der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen.....	59
5.2.1	Potenzial der assistierten Peritonealdialyse in Altenpflegeheimen.....	59

5.2.2	Initiierung der Heimverfahren vor Eintritt ins Altenpflegeheim .....	60
5.2.3	Hohe Versorgungsqualität durch adequate Schulungskonzepte .....	60
5.2.4	Externer Einsatz häuslicher Krankenpflege im Altenpflegeheim .....	61
5.2.5	Umwidmung der Fahrtkosten zur Assistenzleistung .....	61
5.2.6	Erhöhte Lebensqualität für die Patienten .....	62
5.2.7	Koordination und Netzwerkbildung in der Regelversorgung .....	62
5.3	Barrieren der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen .....	63
5.3.1	Ökonomische Anreizstruktur unter den Leistungserbringern .....	63
5.3.2	Mangelnde Information der Leistungserbringer .....	64
5.3.3	Unzureichende Aufklärung der älteren Patienten .....	65
5.3.4	Geringe Quoten der Peritonealdialyse unter älteren Patienten .....	65
5.3.5	Heterogenität der Schulungskonzepte zur Assistenz .....	65
5.3.6	Der Fachkräftemangel in der Pflege .....	66
<b>6</b>	<b>Ergebnisdiskussion und Zukunftsausblick.....</b>	<b>67</b>
6.1	Zusammenfassung und Diskussion der Hypothesen.....	67
6.1.1	Diskussion der Potenziale.....	67
6.1.2	Diskussion der Barrieren .....	70
6.2	Diskussion der Erhebungsmethodik.....	72
6.2.1	Diskussion der Reliabilität .....	73
6.2.2	Diskussion der Validität .....	73
6.3	Handlungsempfehlungen für die Zukunft assistierter Heimdialyse in Altenpflegeheimen ...	75
6.4	Forschungspotenziale zur assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen.....	77
<b>7</b>	<b>Fazit und Ausblick .....</b>	<b>79</b>
	<b>Anhang 1: Interview-Leitfaden.....</b>	<b>83</b>
	<b>Anhang 2: Kategoriensystem der Interviewauswertung .....</b>	<b>87</b>

## Abkürzungsverzeichnis

aHD	Assistierte Heimdialyse
aHHD	Assistierte Heimhämodialyse
aPD	Assistierte Peritonealdialyse
APD	Automatisierte Peritonealdialyse
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundesmantelvertrag für Ärzte
CAPD	Kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse
CCPD	Kontinuierliche maschinengestützte Peritonealdialyse
DGfN	Deutsche Gesellschaft für Nephrologie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HD	Hämodialyse
HHD	Heimhämodialyse
HKP	Häusliche Krankenpflege
IPD	Intermittierende Peritonealdialyse
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KfH	Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation
MNC	Medical Netcare GmbH
NIPD	Nächtlich-intermittierende Peritonealdialyse
NADia	Netzwerk Assistierte Dialyse
PD	Peritonealdialyse

# 1 Die assistierte Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege

Im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit wurden die Potenziale und Barrieren der Umsetzung assistierter Heimdialyse (aHD) in der stationären Altenpflege in Deutschland unter induktiver Vorgehensweise untersucht. Dazu wird einleitend zunächst die aktuelle Relevanz der Problemlage im Rahmen der Versorgung chronisch dialysepflichtiger Menschen in stationärer Pflege anhand aktueller Evidenz dargestellt (Abschnitt 1.1) sowie das daraus hervorgehende Forschungsinteresse zur Untersuchung des Themenfeldes erläutert und begründet (Abschnitt 1.2). Abschließend wird die Zielsetzung der Untersuchung im letzten Abschnitt des Kapitels in eine Darstellung des weiteren Verlaufs der Forschungsarbeit eingebettet (Abschnitt 1.3).

Zur erleichterten Lesbarkeit wird im Verlauf dieser Arbeit auf geschlechterspezifische Differenzierung im Text verzichtet. Die jeweiligen Begriffe maskuliner Sprachform beziehen sich dabei gleichermaßen auf beide Geschlechter.

## 1.1 Problemaufriss: Versorgung dialysepflichtiger Patienten im Pflegeheim

Etwa 94 072<sup>1</sup> Patienten in Deutschland bedürfen regelmäßiger Nierenersatztherapie. Aktuell werden davon 93,14 % ambulant im Dialysezentrum behandelt (MNC, 2017, S. 10, S. 47). Insbesondere für dialysepflichtige Pflegeheimbewohner kann die mehrmals wöchentlich stattfindende Transportfahrt zum Dialysezentrum eine hohe psychische und physische Belastung darstellen. Die assistierte Dialyse im heimischen Umfeld des Pflegeheims könnte hier Perspektiven der nachhaltigen und würdevollen Versorgung der Patientenpopulation in diesem Setting bieten.

Aktuell liegt der Anteil der Pflegeheimbewohner unter allen dialysepflichtigen Patienten im Alter von 70–75 Jahren noch bei 7 % und steigt zwischen 80 und 85 Jahren bereits auf 15 % (WIG2, 2019, S. 4). Hinsichtlich demographischer Entwicklungen wird jedoch gerade die Zahl der niereninsuffizienten Patienten in Pflegeheimen in Zukunft ansteigen.

Im Rahmen einer Fortschreibung der dialysepflichtigen Patienten<sup>2</sup> in Deutschland zeigt sich, dass im Zeitverlauf von 2017–2040 nicht nur die Anzahl der dialysepflichtigen Patienten, sondern ganz besonders derer, die im Pflegeheim leben, progressiv steigen wird (vgl. **Abbildung 1**). Es wird ein Anstieg der dialysepflichtigen Patienten in stationärer Altenpflege von bis zu 40 % bis zum Jahre 2040 erwartet, welcher beinahe doppelt so hoch sei wie unter den Patienten, welche nicht im Pflegeheim leben (WIG2, 2019, S. 6).

Die Problemlage der progressiven Entwicklung der betroffenen Patienten wird zusätzlich durch die degressive Entwicklung nephrologischen Fachpersonals erschwert. Bedingt durch demographische Entwicklungen wird im Rahmen eines umfassenden Gutachtens von Klein, Lottmann und Bleß ein Rückgang der ambulant tätigen Nephrologen von 8–10 % bis zum Jahre 2020 erwartet (2014, S. 17).

<sup>1</sup> Zahl kann aufgrund von Fluktuationen neu begonnener Nierenersatztherapie, Nierentransplantation oder Eintritt des Todes abweichen.

<sup>2</sup> Die Berechnung erfolgte auf Grundlage der 13. Koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung des statistischen Bundesamtes.

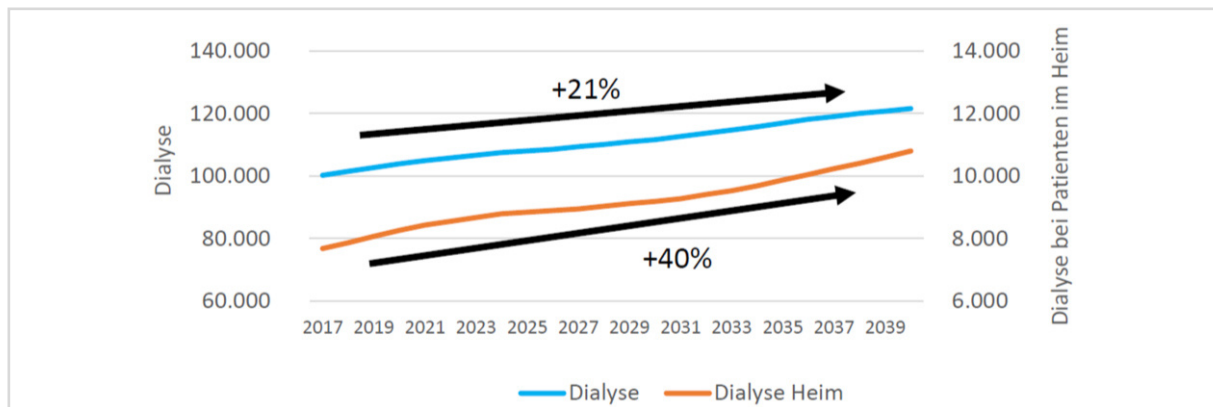


Abbildung 1: Prognose dialysepflichtiger Patienten bis 2040<sup>3</sup>

Gemäß § 3 Abs. 1 der Anlage 9.1 des Bundesmantelvertrags für Ärzte (BMV-Ä) zur Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten besteht der vertragsärztliche Versorgungsauftrag in der „Auswahl und Durchführung des für den Patienten individuell geeigneten und wirtschaftlichen Dialyseverfahrens“ (KBV, 2018, S. 4). Die Versorgungsvariante per Transportfahrt zur Zentrumsdialyse bedeutet jedoch neben einer potenziellen Belastung für die pflegebedürftigen und häufig immobilen Pflegeheimbewohner ebenfalls hohe Versorgungskosten. Anhand einer Sekundärdatenanalyse durch Routinedaten von 4,5 Mio. Versicherten einer national-tätigen Krankenkasse zeigte sich, dass die jährlichen Fahrtkosten dialysepflichtiger Patienten in stationären Pflegeeinrichtungen mit 9.778 EUR höher sind als die bei Patienten außerhalb des Heimes anfallenden 6.397 EUR (WIG2, 2019, S. 9).

Die Heimdialyse bezeichnet nach der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) die „Durchführung der Dialyse unter häuslichen Bedingungen“ (2016, S. 20). Bei physischer oder psychischer Einschränkung der Patienten könne die Durchführung durch die Assistenz einer geeigneten Hilfsperson erfolgen. Besteht keine Option der Assistenz durch Familienangehörige kann diese durch Pflegepersonal erfolgen.

Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz gelangte das Setting stationärer Pflege im Frühjahr 2019 auf die gesundheitspolitische Agenda (BMG, 2019b). Die darin enthaltene Förderung von Kooperationsverträgen zwischen Pflegeeinrichtungen und vertragsärztlichen Akteuren könnte sich zur Verortung der assistierten Heimdialyse in diesem Setting als vorteilhaft zeigen.

Auch in Deutschlands Nachbarländern Dänemark und Frankreich wird das Konzept der durch Pflegepersonal assistierten Heimdialyse bereits regelhaft in Pflegeheimen umgesetzt (Béchade et al., 2015). Die Erläuterung, welches zentrale Forschungsinteresse aus der soeben dargestellten Problemstellung abgeleitet wurde, erfolgt im folgenden Abschnitt.

## 1.2 Zentrales Forschungsinteresse der Arbeit

Im letzten Abschnitt wurde bereits anhand aktueller Evidenz dargestellt, welche Entwicklungen zu einem Bedarf an innovativen Versorgungsansätzen für die Patientenpopulation der dialysepflichtigen Patienten in stationärer Altenpflege führen. Ebenso wurde der Handlungsansatz der Versorgung per assistierter Heimdialyse in stationären Altenpflegeeinrichtungen als mögliche Perspektive zukünftiger Versorgung vorgestellt. Aus den dargestellten Sachverhalten ergeben sich folgende Teilfragen:

<sup>3</sup> Quelle: WIG2 (2019).

- A. Inwiefern ist diese Art der Versorgung im Rahmen der deutschen Versorgungsstrukturen und verfügbaren Ressourcen denkbar?
- B. Aus welchen Gründen wird die assistierte Hemodialyse in Einrichtungen der stationären Altenpflege so selten umgesetzt?

Die Integration dieser Teilfragestellungen zu einem zentralen Forschungsinteresse ergab folgende Fragestellung: „Worin bestehen die Potenziale und die Barrieren der assistierten Hemodialyse zur Versorgung von chronisch-dialysepflichtigen Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz im Setting der stationären Altenpflege?“

Das Potenzial wird im bildungssprachlichen Sinne als „Gesamtheit aller vorhandenen, verfügbaren Mittel“ (Dudenredaktion, o. J.b) verstanden und subsumiert somit die Ressourcen, welche die Perspektiven des Konzeptes in Deutschland determinieren. „Barriere“ wird im Duden als „Absperrung, die jemanden von etwas abhält“ (Dudenredaktion, o. J.a) definiert.

Die Forschungsfrage wurde unter induktiver Vorgehensweise empirisch untersucht. Zu diesem Zweck wurden vier leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt und anhand der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet. Die Erläuterung der Zielsetzung dieser Arbeit wird im folgenden Abschnitt in den Verlauf der Forschungsarbeit eingebettet.

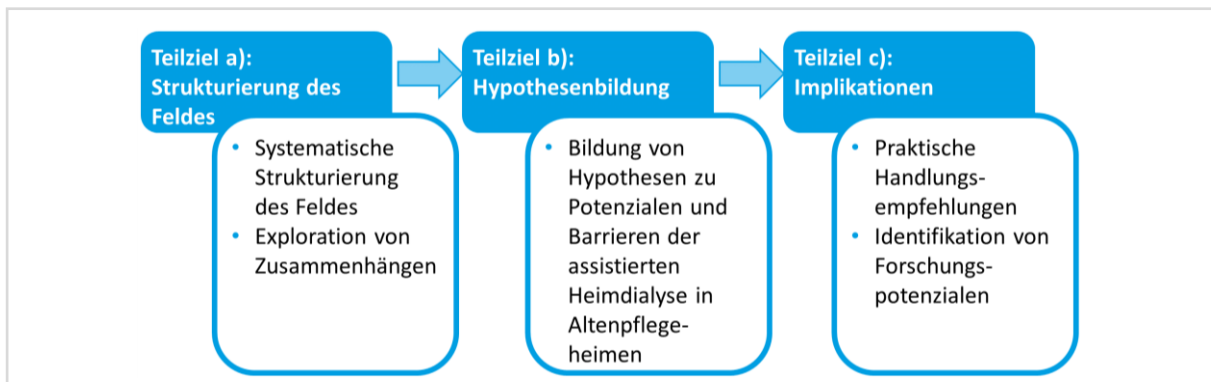
### *1.3 Zielsetzung im Verlauf der Forschungsarbeit*

Die zentrale Zielsetzung sowie das antizipierte Outcome dieser Arbeit sind als sukzessiver Prozess zu sehen und in Teilzielen der

- a. Strukturierung des Feldes,
- b. Generierung von Hypothesen zu Potenzialen und Barrieren sowie
- c. Formulierung von Implikationen

dargestellt worden (**Abbildung 2**). Zunächst besteht der erste Schritt darin, das Feld systematisch zu strukturieren. Um eine theoretische Basis der Erhebung zu schaffen, wird die Thematik in Kapitel 2 in den Gesamtkontext der Dialyseversorgung in Deutschland verortet. Hier werden zunächst Hintergründe der Indikation zur Dialyse (Abschnitt 2.1) sowie den dazu angewandten Hemodialyseverfahren (Abschnitt 2.2), der assistierten Hemodialyse (Abschnitt 2.3) sowie des Rahmensettings stationärer Altenpflege (Abschnitt 2.4) dargestellt. Zur Abrundung des theoretischen Rahmens der Arbeit wird im 3. Kapitel der aktuelle Forschungsstand zur spezifischen Thematik der assistierten Hemodialyse im Setting der stationären Altenpflege vorgestellt. Dazu erfolgt zunächst eine Darstellung der Patientenpopulation (Abschnitt 3.1) und der Forschungsstand aus sowohl deutscher als auch internationaler Perspektive (Abschnitt 3.2).

Auf Grundlage der in Kapitel 2 und 3 dargestellten Hintergründe wurde die methodische Vorgehensweise entwickelt, welche im Verlauf von Kapitel 4 erläutert und dokumentiert wird. Anhand wissenschaftlicher Literatur wird zunächst die Wahl qualitativer Erhebung durch Interviews begründet (Abschnitt 4.1) und die theoretischen Überlegungen hinter der Stichprobenbildung diskutiert (Abschnitt 4.2). Im Rahmen der Leitfadeneentwicklung (Abschnitt 4.3), der Interviewdurchführung (Abschnitt 4.4) sowie der Auswertung (Abschnitt 4.5) wurde die Zielsetzung a) der Feldstrukturierung abgeschlossen und somit eine Basis für Kapitel 5 im Sinne der Ergebnispräsentation und Zielsetzung b) geschaffen.



**Abbildung 2:** Zielsetzung der Forschungsarbeit<sup>4</sup>

In Kapitel 5 werden die Ergebnisse der Erhebung und die identifizierten Potenziale und Barrieren assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen dargestellt. Dazu wird zunächst die Einschätzung der Experten zur aktuellen Umsetzung assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen (Abschnitt 5.1) und im folgenden Abschnitt die generierten Hypothesen zu den Potenzialen (Abschnitt 5.2) und Barrieren (Abschnitt 5.3) der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen betrachtet und unter den Expertenangaben diskutiert.

In Kapitel 6 „Ergebnisdiskussion und Zukunftsausblick“ werden die Erkenntnisse aus Kapitel 5 unter Einbezug aktueller wissenschaftlicher Literatur diskutiert und zu Hypothesen formuliert (Abschnitt 6.1). Außerdem wird die Methodik der Erhebung sowie Studienlimitationen in Abschnitt 6.2 hinsichtlich der Reliabilität (Abschnitt 6.2.1) sowie Validität (Abschnitt 6.2.2) diskutiert. Abschließend wird entsprechend des Teilziels c) im Sinne eines Ausblicks in die Zukunft eine abschließende Empfehlung zu praktischen Handlungsansätzen (Abschnitt 6.3) sowie Forschungspotenzialen (Abschnitt 6.4) formuliert. Kapitel 7 schließt diese Forschungsarbeit mit einem Resümee ab.

Im Gesamtkontext der Forschungslandschaft leistet die vorliegende Forschungsarbeit in seinem Konzept sowie der Zielsetzung einen Beitrag zur Versorgungsforschung. Die Versorgungsforschung wurde von Pfaff als fachübergreifendes Forschungsgebiet definiert, welches „die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlicher Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert“ (2003, S. 13). Diese Studie kann Erklärungsansätze sowie eine Grundlage zur systematischen Entwicklung von Struktur assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen schaffen und somit zur Zielsetzung bedarfsgerechter Versorgung im Bereich der Subgruppe der dialysepflichtigen Menschen in stationärer Pflege beitragen.

<sup>4</sup> Quelle: Eigene Darstellung.



## 2 Theoretische Verortung der assistierten Heimdialyse im Gesamtkontext der Dialyseversorgung in Deutschland

In diesem Kapitel wird die zentrale Thematik der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege im Rahmen der Dialyseversorgung in Deutschland verortet. Zunächst wird dazu der Hintergrund zur Indikation der Nierenersatztherapie erläutert (Abschnitt 2.1), danach die Dialyseverfahren dargestellt (Abschnitt 2.2) sowie die assistierte Heimdialyse (Abschnitt 2.3) thematisiert, gefolgt von einem Überblick des Sektors stationärer Pflege (Abschnitt 2.4).

### 2.1 Hintergrund der Indikation zur Dialyse

Mithilfe von Nierenersatzverfahren wird Patienten das Überleben im Falle einer exkretorischen Nierenfunktion ermöglicht (Arestéh, Baenkler, Bieber, Brand & Chatterjee, 2018). In diesem Abschnitt wird zum grundlegenden Verständnis zunächst ein Überblick zu den Funktionen der Niere im menschlichen Organismus aufgezeigt. Die Dialyse kann entweder zur temporären Überbrückung bei akutem Nierenversagen oder im Falle der chronischen Niereninsuffizienz dauerhaft indiziert werden (Arestéh et al., 2018). Da der Fokus dieser Forschungsarbeit auf der chronischen Dialysepflicht im Setting stationärer Pflege liegt, wird im darauffolgenden Abschnitt 2.1.2 direkt auf die das terminale Stadium chronischer Niereninsuffizienz Bezug genommen.

#### 2.1.1 Die natürliche Funktion der Nieren

Zum Verständnis der dieser Arbeit zentralen Gesundheitsbeeinträchtigung der terminalen Niereninsuffizienz werden zunächst die Hauptfunktionen der Nieren im menschlichen Körper erläutert.

Die Nieren erfüllen einige für das Überleben des Menschen zentrale Funktionen im menschlichen Körper ein (Arestéh et al., 2018). Zum einen erfüllt die Niere die Funktion der Blutreinigung, in dessen Rahmen anhand der renalen Ausscheidung toxische Endprodukte aus Lebensmitteln sowie pharmazeutischen Produkten aus dem Stoffwechsel entfernt werden. Auch an der Regulation des Knochenstoffwechsels sind die Nieren beteiligt. Weiterhin regulieren die Nieren den Wassergehalt und die Ionenkonzentrationen des menschlichen Körpers sowie den Elektrolythaushalt im Blut. Zuletzt ist die Niere für die Bildung diverser Hormone verantwortlich: Renin, Calcitriol, Kinine, Erythropoetin sowie Prostaglandine (Arestéh et al., 2018; AQUA, 2016). Die Funktion der Entwässerung sowie Entgiftung des Blutes wird bei Indikationsstellung durch die Dialyse substituiert (AQUA, 2016). Im Falle der chronischen Dialysepflicht handelt es sich um das terminale Stadium des chronischen Nierenversagens. Die betreffenden Hintergründe der zentralen Gesundheitsbeeinträchtigung dieser Arbeit werden im folgenden Abschnitt näher erläutert.

#### 2.1.2 Die chronisch terminale Niereninsuffizienz

Unter der chronisch terminalen Niereninsuffizienz wird nach Arestéh et al. der „irreversible, dauerhafte Verlust der exkretorischen und inkretorischen Nierenfunktion mit Anstieg harnpflichtiger Substanzen im Blut“ (2018, S. 955) verstanden.

Die Chronifizierung des Nierenversagens kann in Bezug auf die Ätiologie die Folge einer Reihe systemischer Krankheiten mit Beteiligung der Nieren sein. Zu den häufigsten Grunderkrankungen gehörten im Berichtsjahr 2017 die diabetische Nephropathie (24,12 %) sowie die vaskuläre Nephropathie (21,83 %) (MNC, 2017, S. 49). Insbesondere Patienten hohen Alters sind von der Erkrankung betroffen. Das Risiko

an einer chronischen Niereninsuffizienz zu erkranken steigt über 70 Jahren auf 47–51 % (Braun & Brink-Kötter, 2017, S. 46).

Gemäß des Dialysestandards kann die Progression der Niereninsuffizienz anhand der glomerulären Filtrationsrate (GFR) sowie der Albuminausscheidung im Urin operationalisiert werden. Die terminale Nierenversagen des 5. Stadiums ist bei einer GFR von <15 in Kombination mit einer erhöhten bis schwer erhöhten Albuminausscheidung erreicht (2016, S. 14). Angesichts der eingeschränkten Verfügbarkeit an Spenderorganen stellt die Dialyse die zentrale Therapieoption für Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz dar (AQUA, 2016). Die dazu verfügbaren Verfahren im heimischen Setting werden im folgenden Abschnitt erläutert.

## 2.2 Heimdialyseverfahren

Im Vorfeld der Behandlung soll der behandelnde Arzt die dialysepflichtigen Patienten über alle Nierenersatztherapieverfahren im Sinne der Hämo- und Peritonealdialyse sowohl als Heim- oder Zentrumsdialyse aufklären (DGfN, 2016).

Im Sinne der Dialyseverfahren zur Durchführung im heimischen Umfeld bestehen gemäß der DGfN zwei Möglichkeiten: Die Hämodialyse (HD) und die Peritonealdialyse (PD) (2016).

### 2.2.1 Die Heimhämodialyse

Als extrakorporales Verfahren findet die Blutreinigung bei der Hämodialyse außerhalb des Körpers mithilfe eines Dialysators statt (Arestéh et al., 2018). Im heimischen Umfeld wird die Hämodialyse auch als Heimhämodialyse (HHD) bezeichnet.

Im Rahmen der Behandlung findet die Blutreinigung im Dialysator mittels eines Diffusionsprozesses statt, in dessen Rahmen das Blut entwässert und gereinigt wird. Die Behandlung erfolgt hier über einen dauerhaften Gefäßzugang in Form eines Shunts oder eines Katheters (AQUA, 2016).

Im Rahmen der chronischen Niereninsuffizienz wird die intermittierende Hämodialyse in der Regel in einer Frequenz von 3–4 Mal pro Woche durchgeführt. Während 93,14 % der ständig dialysepflichtigen Patienten im Berichtsjahr 2017 per Hämodialyse im Zentrum versorgt wurden, erfolgte die Heimhämodialyse lediglich in 0,78 % der Fälle (MNC, 2017, S. 47).

Es ist anzumerken, dass neben der Hämodialyse im Rahmen der extrakorporalen Verfahren der Nierenersatztherapie ebenfalls die Hämofiltration sowie das Kombinationsverfahren der Hämodiafiltration angewandt werden. Da diese jedoch nicht im heimischen Umfeld durchgeführt werden, sind sie an dieser Stelle lediglich genannt.

Nachdem das extrakorporale Heimverfahren der Heimhämodialyse in seinen Grundzügen erläutert wurde, erfolgt nun eine Erläuterung des intrakorporalen Verfahrens der Peritonealdialyse.

### 2.2.2 Die Peritonealdialyse

Als extrakorporales Verfahren verläuft die Blutreinigung der Peritonealdialyse innerhalb des Körpers mithilfe der natürlichen Membran des Bauchfells (Peritoneums) statt (vgl. Arestéh et al., 2018).

Im Rahmen der Peritonealdialyse (auch: PD, Bauchfelldialyse, Continuous ambulatory peritoneal dialysis) wird die natürliche semipermeable („halbdurchlässige“) Membran des Peritoneums (Bauchfells) zur Reinigung des Blutes genutzt (Arestéh et al., 2018). Das gut durchblutete Peritoneum ermöglicht mithilfe ihrer Austauschoberfläche den Stofftransport (Arestéh et al., 2018). Die Peritonealdialyse wird

häufig bei fehlenden Shunt-Möglichkeiten und somit Schwierigkeiten bei der Einleitung einer Hämodialyse indiziert. Als Kontraindikationen gelten ausgeprägte Verwachsungen im Bauchraum infolge von Bauchhöhlenoperationen sowie chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. Da urämische Toxine im Rahmen der Peritonealdialyse schlechter entfernt werden können als bei der Hämodialyse, erfolgt die Peritonealdialyse täglich und somit in höherer Frequenz als die Hämodialyse (Arestéh et al., 2018).

Der Zugang erfolgt über einen operativ gelegten Katheter zur Bauchhöhle, über welchen die Dialysierflüssigkeit in die Bauchhöhle instilliert wird (Arestéh et al., 2018; DGfN, 2016). Eine gefährliche Komplikation besteht in der möglichen bakteriellen Kontamination der Konnektionsstellen während des Wechsels der Dialysebeutel, welche zu einer Peritonitis führen kann (Arestéh et al., 2018). Die Peritonealdialyse wird in der Regel von den Patienten selbst oder auch assistiert durch Angehörige oder Pflegepersonal durchgeführt (DGfN, 2016).

Die Peritonealdialyse kann je nach Art der Durchführung in Unterformen differenziert werden (vgl. **Tabelle 1**).

Name	Abkürzung	Frequenz der Durchführung	Beschreibung
Kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse	CAPD	4–5 Mal täglich	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontinuierlich</li> <li>• Nicht maschinell gestützt</li> <li>• Dialyselösung manuell instilliert und nach einigen Stunden wieder entfernt</li> </ul>
Automatisierte Peritonealdialyse	APD	Kontinuierlich maschinell gesteuert	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maschinelle Unterstützung</li> <li>• Pumpe steuert Dialyselösung automatisch</li> </ul>
Kontinuierliche maschinengestützte Peritonealdialyse	CCPD	Automatischer Wechsel des Dialysats 5–9 Mal in 8–10 Stunden	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kombination aus nächtliche APD und zusätzlicher Füllung tagsüber</li> </ul>
Nächtlich-intermittierende Peritonealdialyse	NIPD	Allnächtliche Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maschinengesteuert</li> <li>• Allnächtliche Dialysebehandlung</li> </ul>

**Tabelle 1:** Überblick zu den intrakorporalen Verfahren der Peritonealdialyse<sup>5</sup>

Zunächst können die PD-Verfahren darüber differenziert werden, ob sie maschinell gestützt (mithilfe eines sog. „Cyclers“) erfolgen, welche den Ein- und Auslass des Dialysats durch den Katheter reguliert oder manuell bedient werden. Bei der kontinuierlichen ambulanten Peritonealdialyse (CAPD) wird die Dialyseflüssigkeit 4–5 Mal täglich manuell instilliert und anschließend wieder entfernt (DGfN, 2016). Die automatisierte Peritonealdialyse (APD) erfolgt maschinell durch eine Pumpe gesteuert. Diese kann im Falle der NIPD allnächtlich durchgeführt werden. Außerdem besteht die Option der kontinuierlichen maschinengestützten PD, welche eine Kombination aus nächtlicher automatisierter Peritonealdialyse und zusätzlicher manueller Behandlung am Tage darstellt (DGfN, 2016). Unter den PD-Verfahren gibt es ebenfalls das Verfahren der intermittierenden Peritonealdialyse (IPD). Da diese nicht als Heimdialyse durchgeführt wird, wurde sie im Rahmen der Tabelle nicht inkludiert.

Gemäß des Dialysestandards hat sich die Peritonealdialyse in den vergangenen Jahren als ein erfolgreiches Verfahren etabliert und kann der konservativen Therapie der Hämodialyse unter Einbezug der klinischen Bedingungen und Indikation überlegen sein (DGfN, 2016). Dennoch wird das Verfahren der Peritonealdialyse in Deutschland deutlich seltener angewandt als die Hämodialyse. Gemäß des Jahresberichts 2017 für den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) des Datenanalysten Medical Netcare

<sup>5</sup> Quelle: Eigene Darstellung nach DGfN (2016, S. 19).

(MNC) entspricht der Anteil der dokumentierten PD-Behandlung unter 100 % (n= 87.360) der ständig dialysepflichtigen Patienten lediglich 6,09 % (MNC, 2017, S. 47).

Infolge der Darstellung verfügbarer Dialyseverfahren wird im Folgenden das Konzept der assistierten Heimdialyse näher erläutert.

### 2.3 Die assistierte Heimdialyse

Dazu wird die Heimdialyse zunächst begrifflich definiert und abgegrenzt, um anschließend im Gesamtsetting der Versorgung verortet zu werden.

#### 2.3.1 Definition der „assistierten Heimdialyse“

Unter der Heimdialyse wird gemäß des Dialysestandards der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie die „Durchführung eines Dialyseverfahrens unter häuslichen Bedingungen“ (2016, S. 20) verstanden. Obgleich auch die Heimdialyse in Deutschland im Verhältnis zur Zentrumsdialyse noch geringe Anwendung findet wurde die Thematik in der Vergangenheit umfassend diskutiert. Grundlegend ist hier ein Gutachten von Klein et al.: „Status Quo und Zukunft der Heimdialyse“. In diesem Rahmen wurde ein Potenzial eines optimalen Versorgungssystem mit etwa 33 % Heimdialyseanteil gegenüber der derzeit geschätzten 5 % angezeigt (2014, S. 17).

Während die Heimdialyse in der Regel unter gegebenen physischen und psychischen Voraussetzungen durch den vorher ausgebildeten Patienten erfolgt, kann im Rahmen der *assistierten* Heimdialyse eine geeignete Hilfsperson herangezogen werden (DGfN, 2016). Ist die Voraussetzung der Assistenz durch Familienangehörige nicht gegeben, bietet sich der Einsatz qualifizierten Pflegepersonals an. Die assistierte Peritonealdialyse (aPD) sowie die assistierte Heimhämodialyse (aHHD) werden hier als „modifizierte Formen der Heimdialysetherapie“ (KfH, 2018, S. 17) verstanden.

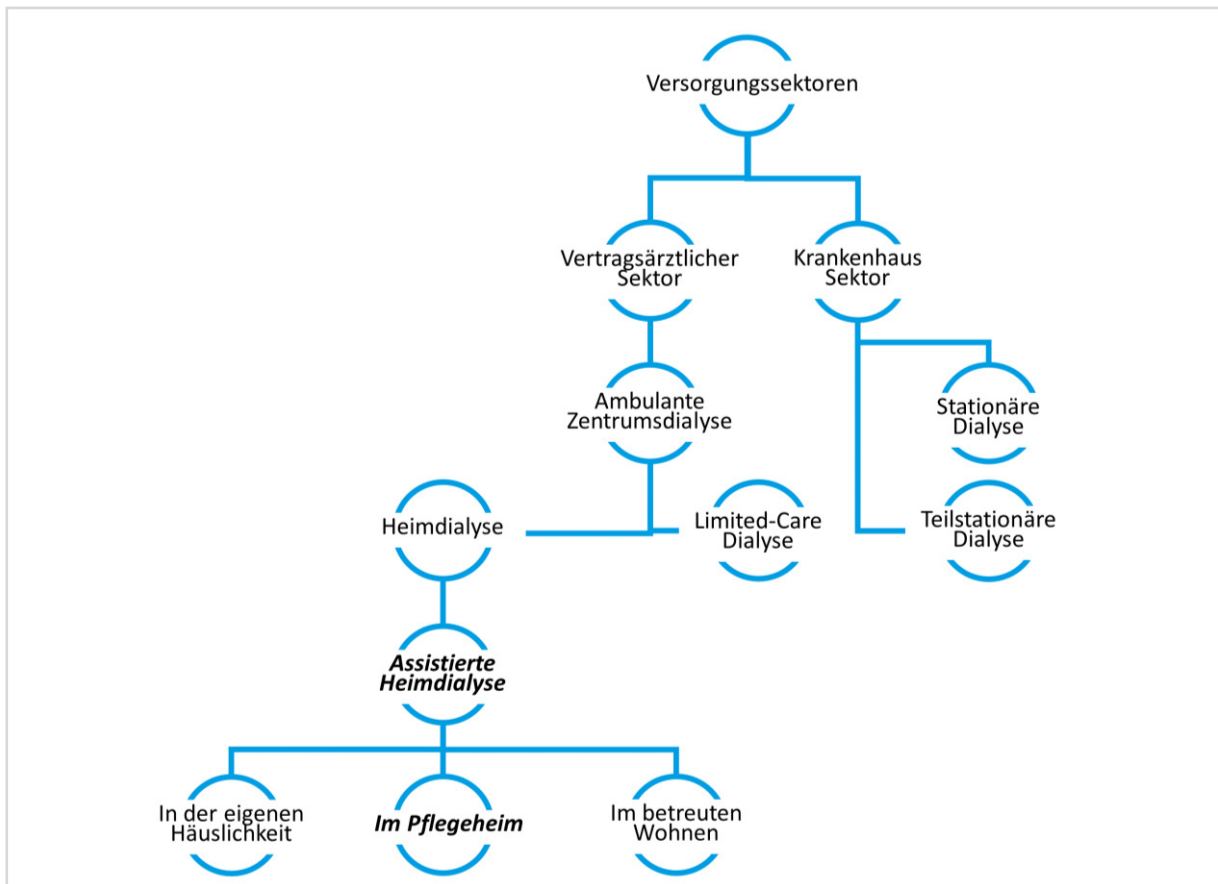
#### 2.3.2 Assistierte Heimdialyse im Gesamtkontext der Versorgungssettings

Nachdem die assistierte Heimdialyse bereits definiert und in seinen Grundzügen erläutert wurde, wird die Versorgung nun in den Gesamtkontext der Versorgungssektoren zur Leistungserbringung der Dialyse in Deutschland verortet. Die skizzierten Versorgungssektoren- und Settings sowie die Einordnung assistierter Heimdialyse sind in **Abbildung 3** dargestellt.

Gemäß der sektoralen Trennung in Deutschland kann die Dialyse sowohl im Sektor der Krankenhausversorgung als auch im vertragsärztlichen, ambulanten Bereich stattfinden. Im stationären Sektor wird zwischen der stationären und teilstationären Dialyse unterschieden.

Eine stationäre Dialysebehandlung wird durchgeführt, wenn Patienten aufgrund ihres gesundheitlichen Zustandes intensive Behandlung im stationären Setting benötigen. Dies kann beispielsweise im Falle akuten Nierenversagens oder durch Komplikationen infolge einer Nierentransplantation erforderlich sein (Klein et al., 2014).

Die teilstationäre Dialyse erfolgt gemäß der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) in der Regel in Form der Eingliederung in ein Krankenhaus mit nephrologischer Schwerpunktambulanz. Dies kann im Falle von chronischen Dialysepatienten erforderlich sein, welche aus medizinischen Gründen (z. B. aufgrund spezieller Risikoprofile oder Komorbiditäten) nicht bloß die Dialysebehandlung im engeren Sinne, sondern außerdem die Möglichkeit jederzeit fachübergreifender Behandlungsmöglichkeiten erfordern (2016).



**Abbildung 3:** Verortung der aHD in den Versorgungssettings<sup>6</sup>

Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt die Dialyse gemäß der DGfN in den meisten Fällen durch die ambulante Zentrumsdialyse. Grundsätzlich gilt, dass im Zentrum solche Patienten behandelt werden sollen, welche aus medizinischen oder persönlichen Gründen nicht zur Heimdialyse in Frage kommen. Hier ist die Anwesenheit eines Nephrologen erforderlich (2016).

Für Patienten, welche zwar aus medizinischen Gründen zur Heimdialyse geeignet wären, jedoch aus „personellen, sozialen, organisatorischen, logistischen, physischen oder psychischen Gründen“ (DGfN, 2016, S. 20) keine Heimdialyse durchführen können, besteht die Option der Limited-Care Dialyse im Zentrum. Obgleich diese auch als „Zentralisierte Heimdialyse“ bezeichnet wird, findet die Behandlung im Zentrum, jedoch unter einer aktiveren Rolle und höheren Eigenverantwortung des Patienten statt (Klein et al., 2014).

Die Heimdialyse erfolgt im Regelungskreis des vertragsärztlichen Sektors. Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren wird die Heimdialyse als Verfahren erster Wahl eingestuft (KBV, 2014). Somit sei von den Nephrologen im Rahmen der Zentrumsdialyse sowie der zentralisierten Heimdialyse regelmäßig zu dokumentieren und zu begründen, weshalb die Heimdialyse nicht in Frage komme (KBV, 2014).

Wie bereits in Abschnitt 2.3.1 dargestellt, wird die assistierte Heimdialyse als modifizierte Form der Heimdialyse unter dieser verortet (KfH, 2018). Raddatz et al. identifizierten hier als perspektivische Anwendungsfelder der assistierten Heimdialyse neben der Herkunftshäuslichkeit und dem betreuten Wohnen auch das Pflegeheim (2017).

<sup>6</sup> Quelle: Eigene Abbildung nach DGfN (2016, S. 20), Klein et al. (2014, S. 45) und Raddatz (2017, S. 214).

Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird die ambulante Zentrumsdialyse, Limited-Care Dialyse sowie auch Hämodialyse nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. Die assistierte Heimdialyse wird im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bisher nicht abgerechnet, daher werden hier als Überblick die in diesem Kontext relevanten Gebührenordnungspositionen (GOP) für Erwachsene (13590 bis 13590, 13600 und 13601) dargestellt (vgl. **Tabelle 2**). Da der Großteil der Behandlungen aktuell noch im Zentrum durch Hämodialyse verläuft, wurde die Wochenpauschale der GOP 40824 aufgeführt, welche die Behandlung per Zentrumsdialyse oder zentralisierter Heimdialyse betrifft (KBV, 2019).

Verfahren	GOP <sup>7</sup>	Frequenz der Durchführung	Einheit
HD	40824	Kostenpauschale für Dialyse bei Versicherten ab vollendetem 18. Lebensjahr am Wohnort	Je Behandlungsfall
Alle	13602	Zusatzpauschale kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten	Je Behandlungsfall
HHD	13610	Zusatzpauschale der ärztlichen Betreuung bei Hämodialyse als Zentrums- bzw. Praxishämodialyse, Heimdialyse oder zentralisierter Heimdialyse oder IPD einschl. Sonderverfahren	Je Behandlungsfall
PD	13611	Zusatzpauschale ärztliche Betreuung Peritonealdialyse	Je Dialysetag

**Tabelle 2:** Abrechenbare ärztliche Dialyse-Leistungen für Erwachsene im EBM<sup>8</sup>

### 2.3.3 Verbreitung der assistierten Heimdialyse in Deutschland

Es konnte lediglich eine Publikation mit aktuellen Daten zur Inanspruchnahme und Verbreitung der assistierten Heimdialyse identifiziert werden. Pommer, Wagner, Müller und Thumfart (2018b) führten im Rahmen der Studie „Attitudes of nephrologists towards assisted home dialysis in Germany“ eine standardisierte Befragung mit 268 Nephrologen (Repräsentation von 24 % aller Dialysezentren in Deutschland) durch.

In diesem Rahmen ergab sich zunächst, dass über 90 % der befragten Nephrologen die assistierte Heimdialyse als eine sehr bedeutungsvolle Therapieoption ansehen (2018, S. 400). Ebenfalls ergab sich, dass unter der Stichprobe 137 (n= 286) Zentren assistierte Heimdialyse anbieten. Davon erbringen 46 % sowohl assistierte Peritonealdialyse als auch assistierte Heimhämodialyse. 47 % lediglich aPD und nur 7 % ausschließlich aHHD. 42 % dieser Zentren behandelten lediglich 1–10 Patienten mit assistierter Peritonealdialyse (Pommer et al., 2018b, S. 402).

Bezüglich der Kosten der assistierte Peritonealdialyse konnte die Studie „Costs of home assistance for peritoneal dialysis: Results of a European Survey“ identifiziert werden. Hier wurden die perspektivischen Kosten der assistierte Peritonealdialyse im europäischen Vergleich geschätzt. Hier wurde zu Deutschland erwähnt, dass die verschiedenen Modelle in der Entwicklung seien und jährliche Kosten der assistierte Peritonealdialyse auf 15 600 EUR geschätzt wurden. Dies gelte jedoch nur für Patienten, welche vor der assistierte Peritonealdialyse im heimischen Setting bereits intermittierende Peritonealdialyse im Zentrum erhielten (Dratwa, 2008, S. 573). Es konnte keine aktuellere Schätzung identifiziert werden, sodass genaue Kostenparameter sowie die Übertragbarkeit auf Pflegeheime noch quantifiziert werden müssten.

## 2.4 Rahmensetting der stationären Altenpflege

Das Rahmensetting der Untersuchung dieser Forschungsarbeit stellt die stationäre Altenpflege dar. Dazu wird zunächst der Begriff des Pflegeheims definiert (2.4.1) und in den Versorgungskontext im

<sup>7</sup> Gebührenordnungspositionen.

<sup>8</sup> Quelle: Eigene Darstellung nach KBV (2019).

Sinne des Vertragswesens und der Vergütung (Abschnitt 2.4.2) sowie der Abgrenzung zur ambulanten Pflege (Abschnitt 2.4.3) verortet.

#### *2.4.1 Definition des Settings „Stationäre Pflegeeinrichtungen“*

Gemäß der sozialrechtlichen Definition in § 71 Abs. 2 SGB XI handelt es sich bei stationären Pflegeeinrichtungen um „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige 1) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und 2) ganztägig (vollstationär) oder tagsüber oder nachts (teilstationär) untergebracht und gepflegt werden können“. Es ist ebenfalls die Kurzzeitpflege über einen vorübergehenden Zeitraum von maximal vier Wochen pro Jahr möglich (Simon, 2017).

Begrifflich und regulatorisch werden hier Altenheime, Altenwohnanlagen und Wohnstifte abgegrenzt. Dies ist darin begründet, dass Einrichtungen, welche lediglich Leistungen der Verpflegung und Unterbringung anbieten, vom SGB XI unter „häuslichen Umgebungen“ subsumiert werden (Simon, 2017). Auch stationäre Einrichtungen, welche „Leistungen zur medizinischen Vorsorge, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder im Leben in der Gemeinschaft sowie die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zweckes der Einrichtung stehen sowie Krankenhäuser“ (§ 71 Abs. 4 SGB XI) gelten nicht als Pflegeeinrichtungen.

Gemäß dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) betrug die Zahl stationärer Pflegeheime in Deutschland im Berichtsjahr 2017 rund 14 480 mit 952 367 Pflegeplätzen. Rund 25 % aller Leistungsempfänger der sozialen Pflegeversicherung befanden sich 2018 in stationärer Pflege mit Jahresausgaben von 14,8 Mrd. EUR (BMG, 2019a, S. 5 ff.). Aufgrund der hohen Relevanz dieser Aspekte für die Fragestellung dieser Forschungsarbeit wird im Folgenden das Vertragswesen sowie die Vergütung in diesem Setting skizziert.

#### *2.4.2 Vertragswesen und Vergütung im stationären Pflegesektor*

Die Organisation des stationären Pflegesektors ist hochgradig reguliert (Simon, 2017). Die Regulierung des Leistungsangebotes in der stationären Pflege erfolgt durch Versorgungsverträge und Vergütungsvereinbarungen, welche nach den Vorschriften des elften Sozialgesetzbuches reguliert werden (Simon, 2017).

Gemäß § 69 SGB XI schließen die Pflegekassen dazu Verträge mit den Trägern der Pflegeheime ab. Diese enthalten Vereinbarungen zu Umfang, Art und Menge des Leistungsangebotes, welche im Vorfeld im Rahmen von Pflegesatzverhandlungen zwischen Sozialleistungsträger und Heimträger geschlossen wurden. Der Abschluss des Versorgungsvertrages mit den Pflegekassen bedeutet für die Pflegeheime gleichzeitig die Zulassung zur Versorgung und somit Übernahme des Versorgungsauftrages zur Erbringung der vertraglich vereinbarten Leistungen (gem. § 72 SGB XI). Der Vergütungsanspruch der Pflegeheime bezieht sich lediglich auf das in diesen Verträgen vereinbarte Leistungsspektrum (Simon, 2017). Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz, welches 2019 verabschiedet wurde, sieht die Förderung von Kooperationsverträgen der medizinischen Behandlungspflege mit vertragsärztlichen Akteuren vor.

Aufgrund der ungeklärten Fragestellung nach dem Einsatz pflegeheiminternen Pflegepersonals oder ambulanter Pflegedienste zur Durchführung der assistierten Hemodialyse in Pflegeheimen wird hierbei zunächst die stationäre- und im Anschluss die ambulante Vergütung von Pflegedienstleistungen beschrieben.

### 2.4.3 Regulatorische Abgrenzung stationärer und ambulanter Pflege

Aufgrund der komplexen Fragestellung der Durchführung assistierter Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege durch stationäres Pflegepersonal oder die externe Assistenz durch ambulante Pflegedienstleister werden im Folgenden beide Leistungsspektren untersucht.

Wie bereits in Kapitel 2.4.2 beschrieben erfolgt die Festlegung des Leistungsangebotes sowie die entsprechende Vergütung auf Grundlage von Pflegesatzverhandlungen und Versorgungsverträgen, welche zwischen Pflegeversicherung und Heimträger geschlossen werden, und unterliegt dem Recht der Sozialen Pflegeversicherung (Simon, 2017). Das Leistungsspektrum liegt in der Grundpflege, sozialen Betreuung, Behandlungspflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (Simon, 2017).

Die Vergütung ambulanter Pflegedienstleistung erfolgt im Gegensatz zur stationären Pflege nach zwei Regelungskreisen. Hier wird sozialrechtlich sowie auch im Sinne der zu erbringenden Leistungen zwischen a) der häuslichen Krankenpflege nach dem Regelungskreis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Sinne des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) sowie b) der Versorgung pflegebedürftiger nach dem Regelungskreis der Sozialen Pflegeversicherung (SPV) im Sinne des elften Sozialgesetzbuches (SGB XI) unterschieden. Die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V gilt hier als Unterstützungsleistung für den ambulanten, vertragsärztlichen Versorgungssektor und erfolgt nach ärztlicher Verordnung (vgl. Simon, 2017).

Die verordnungsfähigen Leistungen der HKP nach § 37 SGB V sind im Wesentlichen durch den Leistungskatalog der GKV geprägt. Diese gewährt den Versicherten einen Anspruch auf Leistungen der HKP nach § 37 SGB V sofern dadurch ein stationärer Aufenthalt vermieden werden könne (Simon, 2017). Gemäß § 1 Abs. 2 S. 2 der Richtlinie des G-BA zur Häuslichen Krankenpflege haben Versicherte neben der Erbringung im eigenen Haushalt, oder dem seiner oder ihrer Familienangehörigen, den Anspruch, an sonstigen geeigneten Orten an denen sich der Patient wiederkehrend und regelmäßig aufhält, versorgt zu werden. Die Voraussetzungen dafür liegen darin, dass die verordnete Leistung zuverlässig erbracht werden kann und geeignete räumliche (z. B. hygienische) Verhältnisse vorliegen (G-BA, 2019). Dies könnte Perspektiven zur externen Assistenzversorgung durch HKP im Pflegeheim schaffen.



### 3 Aktueller Forschungsstand zur Dialyse im Pflegeheim

Nachdem in Kapitel 2 die zentralen Schlüsselbegriffe sowie Rahmenkonzepte der Heimdialyseversorgung in Deutschland dargestellt wurden, wird in diesem Kapitel ein Überblick aktueller Forschungsaktivitäten zur assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege thematisiert. Hierfür wird zunächst die Patientenpopulation dargestellt (Abschnitt 3.1) und danach deutsche und internationale Forschungsaktivitäten zur Thematik aufgezeigt (Abschnitt 3.2).

#### 3.1 Population der dialysepflichtigen Patienten im Pflegeheim

Zur Eröffnung des Forschungsstandes der Thematik der Versorgung der dialysepflichtigen Patienten in stationärer Altenpflege wird diese Population zunächst in ihren Charakteristika und Eigenschaften diskutiert. Zur Darstellung der Patientenpopulation der dialysepflichtigen Menschen in stationärer Pflege führte das WIG2 Institut 2019 eine Sekundärdatenanalyse anhand von Routinedaten von ca. 4,5 Mio. Versicherten in den Jahren 2011–2017 durch.

Unter den dialysepflichtigen Patienten im Altenpflegeheim wird die Hämodialyse zu 98,7 % durchgeführt, während lediglich 2,1 % die Peritonealdialyse erhalten (WIG2, 2019, S. 9). Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigte sich, dass der Anteil der Frauen unter den dialysepflichtigen Patienten im Heim mit 48 % etwas geringer ist als unter den Männern. Auf der anderen Seite ist der Anteil der Frauen, welche im Pflegeheim leben, höher als der derer, die nicht im Pflegeheim wohnen (WIG2, 2019, S. 8). Im Sinne der regionalen Verteilung der Population weisen Bayern, Baden-Württemberg, Berlin und Hessen mit einem Anteil von unter 7,8 % die geringste Rate dialysepflichtiger Patienten in Pflegeheimen auf. Das Saarland, Sachsen und Sachsen-Anhalt weisen mit einem Anteil über 8 % die höchste Quote auf (WIG2, 2019, S. 7).

Unter dialysepflichtigen Heimbewohnern werden etwa 98,7 % der Patienten per Hämodialyse behandelt, während lediglich 2,1 % die als Heimdialyse durchgeführte Peritonealdialyse erhalten und weitere 2,1 % die im Zentrum durchgeführte intermittierende Peritonealdialyse (WIG2, 2019, S. 9). Unter Betrachtung des Krankheitsverlaufs waren ca. 40 % der Patienten bereits zwei Jahre vor Eintritt ins Pflegeheim dialysepflichtig, dieser Wert steigt bis zum Heimeintritt auf 70 %. Bei lediglich 10 % der Patienten stand der Eintritt der Dialysepflicht in zeitlichem Zusammenhang zur Heimeinweisung (WIG2, 2019, S. 10 f.).

#### 3.2 Assistierte Heimdialyse in Pflegeheimen

Zur Einschätzung des aktuellen Forschungsstandes der Thematik wurde eine systematische Literaturrecherche auf der Datenbank Medline (Pubmed) sowie CINAHL (Cumulative Index of Allied Health Literature) durchgeführt.

Hier wurde folgende Suchstrategie angewandt: „Renal dialysis“ [MesH] OR mit „Staff assisted dialysis“ [Title/Abstract] OR „Assisted dialysis“ [Title/Abstract] OR „Assisted peritoneal dialysis“ [Title/Abstract] OR „Home hemodialysis“ AND „Nursing homes“ [MesH] AND „Nursing home“ [Title/Abstract] OR „Nursing facility“ [Title/Abstract] OR „Home for the elderly“ [Title/Abstract]. Auf CINAHL wurde dieser Suchstring übernommen und als Thesaurus das Subject Heading „Continuous renal replacement therapy“ genutzt. Auf diese Weise sowie durch ein ergänzendes Schneeballverfahren konnten die in den folgenden Abschnitten dargestellten Publikationen identifiziert werden.

Betrachtet man zunächst den Forschungsstand in Deutschland bestehen vermehrt Aktivitäten zur assistierten Heimdialyse seitens des nationalen Netzwerks „Netzwerk Assistierte Dialyse“ (NADia). Das

Netzwerk besteht aus Ärzten, Pflegepersonal sowie Dienstleistern und weiteren Gesundheitsunternehmen, welche das Ziel verfolgen bundesweite Strukturen der assistierten Heimdialyse zu fördern (NADia, 2019). In diesem Rahmen wurden von Raddatz et al. aus Sicht von NADia ein Konzeptrahmen für die Ziele der automatisierten Peritonealdialyse in Deutschland skizziert (2017). Hier wurde das Pflegeheim zwar als Setting erwähnt, jedoch nicht näher betrachtet. In der Publikation „Implementing Assisted Peritoneal Dialysis in Renal Care: A Chinese-German Perspective“ wurden Perspektiven der assistierten Peritonealdialyse in Deutschland und China exploriert. In dieser Untersuchung wurde das Pflegeheim als relevantes Setting identifiziert sowie die inadäquate Infrastruktur in Pflegeheimen und der Mangel an qualifiziertem Personal unter diesem Aspekt bemängelt. Weiterhin erfolgte hier keine nähere Auseinandersetzung mit dem Setting der Pflegeheime (Pommer, Su, Zhang, Liu & Yin, 2018a).

Generell wird der Fokus im deutschen sowie internationalen Bereich häufig auf die assistierte Peritonealdialyse anstelle der Heimhämodialyse gelegt. Dies deckt sich mit Erkenntnissen der systematischen Übersichtsarbeit „End-Stage Renal Disease in Nursing homes: A Systematic Review“ von Hall, O’Hare, Anderson und Colón-Emeric (2014). Während 1 der 14 in der Übersichtsarbeit inkludierten Studien nur ein spezifisches Stadium der Niereninsuffizienz behandelte, thematisierten 8 lediglich PD, 4 Studien sowohl Peritonealdialyse als auch Hämodialyse, und 1 Studie nur Hämodialyse in Pflegeheimen (Hall et al., 2014).

In Deutschlands Nachbarländern scheint das Konzept der assistierten Peritonealdialyse in Pflegeheimen bereits weiter fortgeschritten zu sein. Béchade et al. (2015) bieten in „Assisted Peritoneal Dialysis for Older People with End-Stage Renal Disease: The French and Danish Experience“ eine zentrale Übersicht der assistierten Peritonealdialyse-Umsetzung, welche auch das Pflegeheim betrifft.

In Frankreich läge der Anteil der durch assistierte Peritonealdialyse behandelten Patienten unter den über 75-Jährigen bereits bei 67 % (Béchade et al., 2015, S. 664). In einem Versuch die assistierte Peritonealdialyse-Inanspruchnahme zu fördern wurde hier verabschiedet, dass auch private (also ambulante) Pflegekräfte zur Versorgung mit assistierter Peritonealdialyse im Altenpflegeheim zugelassen werden. Weiterhin wird berichtet, dass keine rechtlichen Voraussetzungen zur Qualifikation des Pflegepersonals zur Durchführung der automatisierten Peritonealdialyse bestünden. Das Assistenzpersonal werde für alle im Rahmen der automatisierten Peritonealdialyse durchgeführten Tätigkeiten (inklusive Exit-site care und Patienten-Monitoring) vergütet. Im Falle des von Béchade et al. (2015) dargestellten Beispiels der assistierten Peritonealdialyse in Dänemark werden sowohl staatlich-vergütete „Community nurses“ als auch das pflegeheiminterne Personal als Assistenzpersonal herangezogen. Die Schulung des Personals zur assistierten Peritonealdialyse finde im Umfang mit 2,5 Stunden theoretischem Trainings im Zentrum und 2,5 Stunden praktischem Trainings direkt in der häuslichen Modalität des Patienten oder im betreffenden Pflegeheim statt (Béchade et al., 2015, S. 664 f.).

In Bezug zur Hämodialyse wurde die Publikation von Yang, Lee und Hocking, „An updated review: Health outcomes in nursing home patients on dialysis“ (2016), identifiziert. Hier wurden Mortalität sowie dialysespezifische Laborparameter anhand longitudinaler Routinedaten von Pflegeheimbewohnern unter im Heim durchgeführter Hämodialyse analysiert. Es wurde ein initial schlechter Gesundheitszustand der Bewohner festgestellt, jedoch eine Überlebensrate von 63 % innerhalb des ersten Jahres beobachtet (2016, S. 14 ff.).

Nachdem in den letzten Abschnitten die für diese Untersuchung relevanten Hintergründe erläutert sowie aktuelle Forschungsaktivitäten dargestellt wurden, erfolgt im nächsten Kapitel nun die Beschreibung der methodischen Vorgehensweise im Rahmen der Datenerhebung.

## 4 Methodische Vorgehensweise

Im folgenden Abschnitt wird die zur Bearbeitung der dieser Arbeit zentralen Forschungsfrage ausgewählte Methodik dargestellt. Dazu erfolgt zunächst die Begründung der Wahl der qualitativen Datenerhebung durch Experteninterviews (Abschnitt 4.1). Anschließend wird die Stichprobenkonstruktion (4.2), die systematische Entwicklung des Interviewleitfadens (4.3) sowie Durchführung (4.4) und Auswertung (4.5) der Interviews anhand methodischer Verortung dokumentiert.

### 4.1 Begründung der Erhebung durch Experteninterviews

Zur Bearbeitung der in Abschnitt 1.2 dargestellten Forschungsfrage nach den Potenzialen und Barrieren der assistierten Heimdialyse im Setting stationärer Altenpflege wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, welcher es unter induktiver Vorgehensweise ermöglicht, Hypothesen zu Potenzialen und Barrieren der Heimdialyse in diesem Setting zu generieren.

Wie bereits in Abschnitt 3.2 anhand systematischer Datenbankrecherche dargestellt wurde, ist die Quellenlage zur assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in Deutschland noch sehr begrenzt. Die Wahl der induktiven Vorgehensweise ermöglicht in dieser Hinsicht eine systematische Exploration und Strukturierung des Feldes sowie die Generierung von Hypothesen. Auf Grundlage dieser Forschungsarbeit können weitere Forschungsaktivitäten ansetzen und Potenziale sowie Barrieren weiter vertieft, qualitativ oder quantitativ erforscht oder validiert werden.

Zur qualitativen Erhebung stehen Forschern ein breites Repertoire an Methoden zur Verfügung. Anhand der dieser Arbeit zentralen Forschungsfrage wurde die Erhebung durch Interviews gewählt, da diese eine systematische Vorgehensweise zur Grundlage der Hypothesenbildung in einem noch wenig erforschten Feld bietet.

Zur praktischen Durchführung der Befragungen wurde die teilstandardisierte, leitfadengestützte Befragung ausgewählt, da sie einen freien Erzählfluss des Befragten ermöglicht, während vom Interviewer Themenschwerpunkte gesetzt und spontan generierte Nachfragen gestellt werden können. Die Hintergründe des ausgewählten Instrumentes der Experteninterviews werden im nachfolgenden Abschnitt näher betrachtet.

Zur Durchführung der Interviews wurde das Experteninterview gewählt, denn Experten „schaffen die Möglichkeit mit ihren Deutungen das konkrete Handlungsfeld sinnvoll für Andere zu strukturieren“ (Bogner, Littig & Menz, 2014, S. 13) und somit die Forschungsfrage der Forschungsarbeit auf umfassende Weise beleuchten.

Das Experteninterview zeichne sich jedoch gemäß Bogner et al. (2014) nicht über eine spezifische Methodik, sondern den Gegenstand der Befragung, den Experten, aus. Die mit der Auswahl der Interviewpartner verbundene Stichprobenbildung wird im weiterfolgenden näher betrachtet.

### 4.2 Stichprobenkonstruktion

Infolge der Entscheidung zur Datenerhebungsmethode wird nun die zur Stichprobenbildung erforderliche Identifikation sowie Auswahl der zu befragenden Experten erläutert.

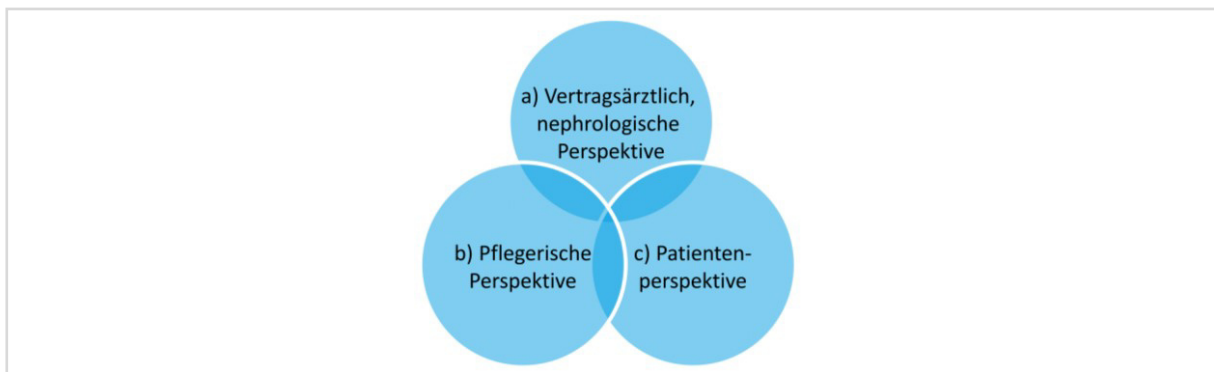
Eine geeignete begriffliche Definition des „Experten“ ist der erste Schritt zur Identifikation fachrelevanter Interviewpartner. In der Literatur bestehen unterschiedliche Auffassungen zur begrifflichen Experten-Definition, jedoch bieten Bogner et al. (2014, S. 13) eine weitreichende Definition, welche den Experten „ausgehend von einem spezifischen Praxis- oder Erfahrungswissen, das sich auf einen klar

begrenzbar Problemkreis bezieht“ definiert. Dies deckt sich mit Meuser und Nagels (1991, S. 443) Definition als Experte: „Wer in irgendeiner Weise Verantwortung trägt für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder wer über einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse verfügt“.

Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte anhand ex-ante festgelegter Kriterien der inhaltlichen Repräsentation (Mayer, 2013). Zur umfassenden, multifaktoriellen Betrachtung der Forschungsfrage stand das Kriterium der Befragung von aus verschiedenen Akteurs-Perspektiven stammenden Experten im Vordergrund:

- a. Der nephrologisch- vertragsärztliche Tätigkeitsbereich,<sup>9</sup>
- b. der Pflegesektor und
- c. die Patientenperspektive (vgl. **Abbildung 4**)

Diese Auswahl basiert auf den drei zentralen Akteuren, welche an der direkten Versorgung durch assistierte Heimdialyse in diesem Setting beteiligt sind. In weiteren Untersuchungen könnte sich die Perspektive der Kostenträger als aufschlussreich darstellen, welche in dieser Forschungsarbeit jedoch aufgrund zeitlicher und räumlicher Ressourcen nicht realisiert wurde. Ebenfalls könnte eine tiefere Exploration der Patienten im Rahmen einer größeren Stichprobe aufschlussreich sein. Da die Zielsetzung dieser Arbeit in der Einschätzung größerer Zusammenhänge liegt, wurde die Repräsentation von flächendeckend aktiven Akteuren als dem Forschungsinteresse angemessene Stichprobe gesehen.



**Abbildung 4:** Kriterien inhaltlicher Repräsentation zur Stichprobenbildung<sup>10</sup>

Die Identifikation der Interviewpartner basiert auf einer vertieften Datenbank-Recherche und Screening von in diesem Feld relevanten Publikationen und Veröffentlichungen von Fachgesellschaften und Verbänden im Februar und März 2019. Es wurden insgesamt sieben Interviewanfragen im Zeitraum vom 01.03.2019–15.04.2019 per E-Mail verschickt.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird hier im Text auf die Nennung der Experten verzichtet. Dies gewährleistet, dass keine Angaben des Transkriptes auf Personen zurückgeführt werden können. Die Stichprobe bestand aus zwei in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Experten, einer Vertretung aus dem Pflegesektor, welche unter anderem im Bereich der Koordination tätig ist sowie einer Repräsentation der Patientenvertretung eines national tätigen Patientenverbandes.

<sup>9</sup> Die vertragsärztliche Akteursperspektive bezeichnet entsprechend der Befähigung zur Durchführung der Dialysebehandlung Mediziner „mit der Qualifikation als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie oder vergleichbarer Berechtigung gemäß Qualitätssicherungsmaßnahmen zu den Blutreinigungsverfahren vom 16.06.1997 in der Fassung vom 1. Juli 2009“ (DGfN, 2016, S. 8).

<sup>10</sup> Quelle: Eigene Darstellung.

Obgleich die vier Experten verschiedenen Institutionen angehören und verschiedene Perspektiven zur assistierten Heimdialyse aufweisen, wurden zur Reduktion des Verzerrungspotenzial mögliche Hintergrundaktivitäten der Befragten analysiert und in Kapitel 6.4 diskutiert.

### 4.3 Systematische Leitfadenerwicklung

Der den Experteninterviews zugrunde liegende Leitfaden wurde infolge systematischer Hintergrundrecherche im Zeitraum zwischen dem 01. April und dem 30. Mai 2019 erstellt (vgl. Anhang 1). In diesem Abschnitt werden sowohl mit der Leitfadenerwicklung verbundene theoretische Überlegungen sowie die Vorgehensweise im Rahmen der Leitfadenerstellung dokumentiert.

Nach Meuser und Nagel (1991, S. 453) „schneidet der Leitfaden die interessierenden Themen aus dem Horizont möglicher Gesprächsthemen der ExpertInnen heraus und dient dazu, das Interview auf diese Themen zu fokussieren“. Dies reduziert zum einen die Gefahr, zentrale Aspekte im Rahmen der Befragung zu vergessen und bietet dem/ der InterviewerIn die Möglichkeit, dem/ der Experten/ Expertin mit strukturiertem Vorwissen vorbereitet gegenüberzutreten.

Im Vorfeld zur Leitfadenerstellung wurden entsprechend des qualitativen Forschungsansatzes keine Hypothesen generiert, aber ein auf theoretischen Vorannahmen basiertes sensibilisierendes Konzept zur Orientierung und Abdeckung relevanter Aspekte entwickelt (vgl. Mayer, 2013). In diesem Rahmen wurden relevante Bestandteile der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege in die einzelnen Elemente und Aspekte zerlegt: Zugang der Versorgung, Bedarf, Organisation, Ressourcengenerierung sowie Outcome der Versorgung. Diese wurden weiterhin aufgespalten und in Form von 9 Themenblöcken mit entsprechenden Leitfragen festgehalten:

1. Tätigkeit des Experten in Bezug zur Heimdialyse,
2. aktuelle Umsetzung in deutschen Pflegeheimen,
3. Eignung und Indikation zur assistierten Heimdialyse,
4. Patientenpräferenzen,
5. personelle und sachliche Ressourcen,
6. Organisation auf Systemebene,
7. Organisation auf Akteurs-Ebene,
8. Versorgungsqualität und
9. Abschluss und Zukunftsausblick (vgl. Leitfaden in Anhang 1).

Der entwickelte Leitfaden wurde im Verlauf der Entwicklung anhand von fünf Pretests mit Studierenden der Gesundheitsökonomie und -politik erprobt und entsprechend optimiert. Die tatsächliche Durchführung der Interviews wird im folgenden Abschnitt dokumentiert.

### 4.4 Durchführung der Interviews

Die Durchführung der qualitativen, leitfadengestützten Experteninterviews erfolgte persönlich durch die Forscherin im Zeitraum zwischen dem 30.04. und dem 13.05.2019.

Die persönliche Durchführung der Interviews ermöglicht eine direkte Interaktion zwischen Forscher und Forschungssubjekt, geht jedoch mit einem Verzerrungspotenzial durch Interviewer-Einflüssen einher, welche eine Abhängigkeit der Datenqualität von der Qualität der Interviewerin implizieren. Zur

Dokumentation besonderer Ereignisse sowie potenzieller Umgebungseinflüsse während der Interviews wurde im Leitfaden ein Feld für spontane Anmerkungen integriert. Im Verlauf der Interviews wurden Verständnisprobleme bei Fragen sowie mögliche Interviewunterbrechungen dokumentiert und im Transkript entsprechend angemerkt. Dies führt zu einer Vertiefung der Interaktion zwischen Forscher und Material und erhöht die Vergleichbarkeit sowie Reproduzierbarkeit der qualitativen Daten.

Zu Beginn der Befragung erfolgte eine mündliche sowie schriftliche Erläuterung zu Thematik und Zielsetzung der Befragung sowie die Aufklärung zum studieninternen Umgang mit personenbezogenen Daten. Es wurde das schriftliche sowie mündliche Einverständnis zur Aufnahme und Weiterverarbeitung der Daten eingeholt sowie über den Schutz personenbezogener Daten im Rahmen der Weiterverarbeitung der Daten aufgeklärt (vgl. Anhang 7). Hier wurden die Vorgaben aus Art. 13 der EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) zur Erhebung personenbezogener Daten eingehalten. Alle Interviewteilnehmer willigten zur Aufnahme sowie Weiterverarbeitung der Daten ein.<sup>11</sup>

Um Komplikationen im Rahmen der Aufzeichnung des Interviews und somit Verlust wertvollen Datenmaterials vorzubeugen, wurden die Interviews sowohl mittels eines Diktiergerätes als auch der Aufnahmefunktion eines Mobiltelefons aufgenommen. Die Interviews dauerten im Schnitt (arithmetischer Mittelwert) 44,87 Minuten. Das längste dauerte 59:10 Minuten, während das kürzeste 37:24 Minuten andauerte.

#### *4.5 Auswertung der Interviews*

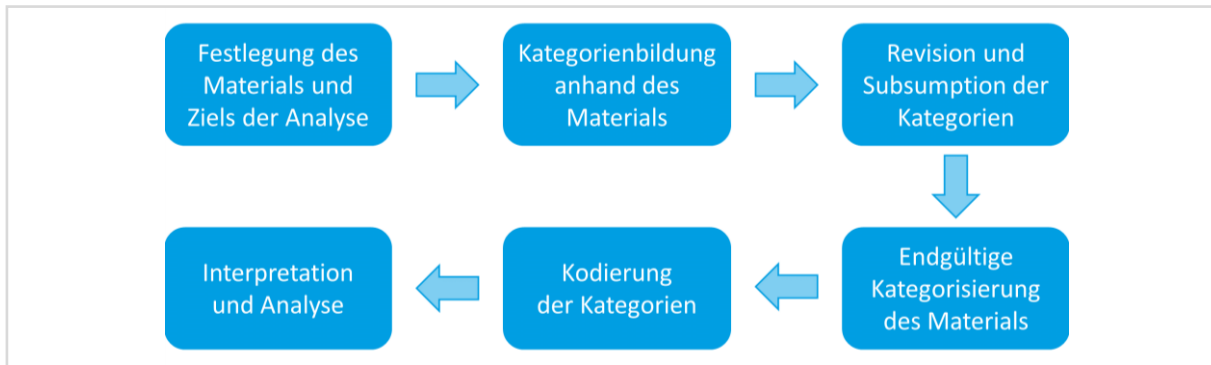
Auf die Durchführung der Interviews folgte die systematische Auswertung des gesammelten Materials. Wie von Meuser und Nagel (1991, S. 452) beschrieben besteht das Ziel der Auswertung im Rahmen von Experteninterviews darin „im Vergleich mit den anderen Expert\*innentexten das Überindividuell-Gemeinsame herauszuarbeiten“. Die angewandte systematische Vorgehensweise bei der Auswertung erfolgte in diesem Falle auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Diese wurde aufgrund der anwendungsbezogenen sowie den Kontext der Interviews einbeziehenden Vorgehensweise ausgewählt.

Der erste Schritt der Interviewauswertung bestand in der Transkription. Hier wurden bereits vorab Transkriptions-Richtlinien im Sinne des Formats sowie der Kontexteinheiten festgelegt, welche eine einheitliche Verschriftlichung aller Interviews gewährleisten sollen. Bei der Transkription wurden keine Stimmlagen oder Sprechpausen sowie sonstige parasprachliche Elemente überführt, da der Gegenstand der Analyse nicht etwa in den Empfindungen, sondern gegenstandsbezogenen Erfahrungen und Relevanzstrukturen des Experten liegt.

Zur Analyse des transkribierten Materials wurde aus den von Mayring (2015) identifizierten drei Grundverfahren des Interpretierens (Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung) das Verfahren der Zusammenfassung und im genaueren die induktive Kategorienbildung gewählt. **Abbildung 5** zeigt den Ablauf der induktiven Kategorienbildung nach Mayring.

---

<sup>11</sup> Anm. d. Red.: Die Transkripte können auf Nachfrage und in Absprache mit der Autorin gegebenenfalls anonymisiert eingesehen werden. Bitte kontaktieren Sie uns dafür unter der im Impressum angegebenen E-Mail-Adresse.



**Abbildung 5:** Auswertung: Ablaufmodell induktiver Kategorienbildung<sup>12</sup>

Im Rahmen des Verfahrens wurden die Kontexteinheiten den im Leitfaden erarbeiteten Themenblöcken und Kontexteinheiten zugeordnet und die Selektionskriterien im Sinne der Kategorisierung nach Leitfadenabschnitten gewählt.

Infolgedessen wurden nach induktiver Vorgehensweise anhand des Materials Kategorien formuliert. Diese werden im Verlauf kontinuierlich am Material rücküberprüft und im weiteren Verlauf in einem Kategoriensystem dokumentiert (siehe Anhang 3, Tab. 1). Dieses datenreduzierende Verfahren der Analyse ermöglicht es dem Forschenden das Feld systematisch zu strukturieren, kann jedoch auch zum Verlust von Informationen führen. Diesem Risiko wurde durch die reproduzierbare Vorgehensweise und Belegung der Kategorien anhand von Ankerbeispielen aus dem Material sowie Revision anhand des Materials vorgebeugt, konnte jedoch nicht vollständig beseitigt werden.

Die in diesem Rahmen ausgewerteten Ergebnisse werden im hier folgenden **Kapitel 5** dargestellt.

<sup>12</sup> Quelle: Eigene Darstellung nach Mayring (2015, S. 86).

## 5 Die Potenziale und Barrieren der assistierten Heimdialyse in deutschen Altenpflegeheimen

In diesem Abschnitt werden die anhand der in Kapitel 4 erläuterten methodischen Vorgehensweise generierten Erkenntnisse zu den Potenzialen und Barrieren der assistierten Heimdialyse in der stationären Altenpflege dargestellt. Auch an dieser Stelle ist wiederholt anzumerken, dass sich die maskuline Form des Terminus „Experte“ auf beide Geschlechter beziehen kann.

Dazu wird zunächst die aktuelle Umsetzung im Sinne des Status Quo der assistierten Heimdialyse in deutschen Pflegeheimen dargestellt (Abschnitt 5.1) und anschließend die anhand der Interviews extrahierten Potenziale (Abschnitt 5.2) und Barrieren (Abschnitt 5.3) der assistierten Heimdialyse aufgezeigt.

### 5.1 Status Quo der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen

Im Vorfeld der Frage nach den Potenzialen und Barrieren der assistierten Heimdialyse in deutschen Altenpflegeheimen ist zunächst die Frage nach dem „Status Quo“ in der aktuellen Versorgungslandschaft zu klären. Die Angaben dieses Abschnittes sind dem Kategoriensystem unter Leitfrage 2A zu entnehmen (vgl. Anhang 2).

Die aktuelle Verbreitung oder Umsetzung der assistierten Dialyse sowie der in Pflegeheimen nahmen alle Befragten als problematisch wahr (I1:39<sup>13</sup> f.; I2: 21; I3: 19 f.; I4: 54 f.). Die Problematik der Situation wurde zunächst mit einer starken Heterogenität der Versorgungslandschaft begründet, welche 75 % der Befragten kritisch betrachteten (I2: 162 f.; I3: 288; I4: 452 f.). Ob und in welcher Höhe die Kosten der Assistenz im Rahmen der assistierten Heimdialyse allgemein und somit auch in Pflegeheimen erstattet werden, variiere sowohl regional zwischen den Bundesländern als auch zwischen den einzelnen Krankenkassen.

Die unzureichenden Rahmenbedingungen der assistierten Heimversorgung wurden von zwei Experten auf die flächendeckende Infrastruktur der vertragsärztlichen Dialysezentren zurückgeführt (I2: 116 f., I4: 167 f.).

In diesem Rahmen wird die aktuelle Versorgungssituation der Versorgung pflegebedürftiger, älterer Patienten per Transport zur Zentrumdialyse kritisiert. 50 % der Befragten nahmen die Versorgung mittels des Transportes zum Dialysezentrum als Belastung für diese Patienten wahr (I2: 5 f., I4: 94 f.), während ebenfalls die Versorgung im Zentrum selbst als Schwierigkeit gesehen wurde (I3: 128; I4: 95 f.). Enge Abteile mit vielen Patienten unter Bettpfannennutzung (I3: 128 f.) sowie der Eingriff in den Alltag des Patienten sowie des Pflegeheimes durch das zeitliche Regularium und Wartezeiten im Dialysezentrum wurden genannt (I4: 95 ff.). Auch aus Sicht des Dialysezentrums wurde diese Versorgungssituation im Sinne von Kapazitätsproblemen und der aufwändigen Behandlung älterer und pflegebedürftiger Patienten als Herausforderung empfunden (I3: 124 f., I4: 100 f.).

<sup>13</sup> Die Referenzen dieses Kapitels beziehen sich auf die Interviewnummer sowie die Zeilennummer des Ankerbeispiels im entsprechenden Interview-Transkript. Eine Übersicht des Kategoriensystems mit Ankerbeispielen aller Interviews ist in Anhang 2 zu finden.



## 5.2 Potenziale der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen

Nachdem die aktuelle Versorgung assistierter Heimdialyse in diesem Setting anhand der Einschätzungen der Experten skizziert wurde, erfolgt nun die Darstellung der anhand der Interviews extrahierten Potenziale der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen.

Dazu werden zunächst das Potenzial der assistierten Peritonealdialyse in Pflegeheimen (Abschnitt 5.2.1), das Potenzial der Initiierung der Heimverfahren vor Eintritt ins Pflegeheim (Abschnitt 5.2.2), das Potenzial hoher Versorgungsqualität durch adäquate Schulungskonzepte (Abschnitt 5.2.3), das Potenzial des Einsatzes ambulanter Pflegedienste im Heim (Abschnitt 5.2.4), das Potenzial der Opportunitätskosten im Sinne der Umwidmung der Fahrtkosten zur Assistenz (Abschnitt 5.2.5), das Potenzial erhöhter Lebensqualität (Abschnitt 5.2.6) sowie abschließend die Perspektiven der Umsetzung der Steuerung durch den Nephrologen und Netzwerkarbeit in der Regelversorgung (Abschnitt 5.2.7) behandelt. Die entsprechende Übersicht der Ergebnisse im Kategoriensystem befindet sich unter Leitfrage 9B (vgl. Anhang 2).

### 5.2.1 Potenzial der assistierten Peritonealdialyse in Altenpflegeheimen

Da die Wahl des Dialyseverfahrens einen zentralen Aspekt der Umsetzung assistierter Heimdialyse darstellt wird dieser zunächst diskutiert. Alle Experten gaben an, die Peritonealdialyse zur assistierten Behandlung im Pflegeheim als eine geeignetere Wahl anzusehen als die Hämodialyse (I1: 56 f.; I2: 85 f.; I3: 77 f.; I4: 69 f.). Dies wurde darin begründet, dass die Peritonealdialyse gerade für ältere Patienten das schonendere und weniger aufwändigere Verfahren darstelle (I1: 56, I2: 85, I4: 69). Die Platzierung eines Katheters im Bauchraum zur Einleitung der Peritonealdialyse stelle eine geringere Belastung für das Herzkreislaufsystem dar als der Zugang über einen Shunt oder Vorhofkatheter im Rahmen der Hämodialyse (I2: 87 f.; I3: 75 ff.; I4: 177 f.). Vor diesem Hintergrund wurde von zwei Experten das in Deutschland noch gering ausgeschöpfte Potenzial der Peritonealdialyse bemängelt. Hier wird auf hohe PD-Quoten in europäischen Nachbarländern wie England oder Dänemark hingewiesen (I2: 112 ff.) sowie das Potenzial einer Range zwischen 33–70 % potenzieller PD-Versorgung im Vergleich zu den aktuellen 7 % in Deutschland berichtet (I4: 192 f.).

Bezüglich der Frage, welches PD-Verfahren zur assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen geeignet sei, wiesen die Experten verschiedene Sichtweisen und Argumentationen auf. Unter diesem Aspekt wurde von zwei Experten die Nächtliche Intermittierende Peritonealdialyse (NIPD) genannt, welche maschinell-gestützt allnächtlich erfolgt (I2: 95 ff.; I3: 60 ff.). Hier berichtete ein Experte aus eigener Erfahrung, dass dies daran scheitere, dass die Nachtschicht in Pflegeheimen häufig personell schlecht besetzt sei. Als Alternative könne die „NIPD“ jedoch statt nachts regelmäßig über den gesamten Verlauf der Früh- oder Spätschicht durchgeführt werden (I3: 74). Dazu berichtete ein Experte: „Das Personal kann dann selber entscheiden, ob es die Patienten vormittags an den Cyclus hängt, also 8 Stunden, oder nachmittags – sodass es zumindest tagsüber war, als viel mehr Pflegekräfte im Dienst waren. Also das mit dem nachts hat nicht funktioniert“ (I3: 60 f.). Die kontinuierliche maschinengestützte Peritonealdialyse (CCPD) wurde von zwei weiteren Experten aufgrund des häufigen Beutelwechsels als aufwändig für sowohl Patient als auch Pflegepersonal empfunden (I1: 102 f.; I2: 92 f.). Ein Experte gab an, jedem Patienten den Einstieg mit kontinuierlicher ambulanter Peritonealdialyse zu empfehlen, dass die Verfahrensentscheidung jedoch in hohem Maße von der individuellen Situation des Patienten abhängt (I4: 247 ff.).

Der Wechsel vom Verfahren der Hämö- zur Peritonealdialyse wird von 75 % der Verfahren als situativ möglich jedoch sehr kritisch betrachtet (I1: 88; I3: 100; I4: 192 f.). Ein Experte hält diesen für sehr unwahrscheinlich (I2: 98 f.). Während ein Experte die Hämodialyse als assistiertes Heimverfahren unter älteren und pflegebedürftigen Patienten aufgrund der bereits im Zentrum häufig auftretenden Komplikationen und Kreislaufprobleme ausschließe, sehen 75 % der Befragten in Zukunft auch Perspektiven für die assistierte Heimhämodialyse in Altenpflegeheimen (I1: 57 ff., I2: 57 ff.; I4: 71 ff.). Dies wird mit dem technischen Fortschritt begründet, welcher bereits kleinere, handlichere Gerätschaften ermöglicht, welche anhand der weniger aufwändigeren Wasseraufbereitung und Stromzufuhr an annähernd jedem Ort durchführbar sein sollen (I2: 87 ff.).

### *5.2.2 Initiierung der Heimverfahren vor Eintritt ins Altenpflegeheim*

Unter der Betrachtung des Potenzials assistierter Heimdialyse in deutschen Pflegeheimen spielt zunächst die Kriterien der Eignung zur assistierten Heimdialyse unter dieser besonderen Patientenpopulation eine Rolle.

Im Rahmen der lediglich an ärztliche Experten gestellte Frage nach den Kriterien, unter welchen sie Patienten die assistierte Heimdialyse im Pflegeheim empfehlen würden, konnte ein zentraler Aspekt herausgearbeitet werden. Die patientenbezogene Voraussetzung der assistierten Heimdialyse im Pflegeheim bestehe gemäß 100 % der ärztlichen Befragten darin, bereits vor Eintritt ins Heim assistiert dialysiert worden zu sein (I3: Z. 37; I4: 487 ff.). Ein Experte bezieht sich in diesem Falle jedoch lediglich auf die Einstellung zur assistierten Peritonealdialyse (I3: Z. 37). Als weiterhin ärztlich relevant wurde die Einschätzung genannt, dass demenziell erkrankte und somit häufig unruhige Patienten im Rahmen der assistierten Dialyse problematisch werden können (I3: 356 f.).

### *5.2.3 Hohe Versorgungsqualität durch adequate Schulungskonzepte*

Die Potenziale der Durchführung von Schulungen zur Durchführung der Assistenz wurde von den Experten hoch eingeschätzt (vgl. Anhang 2, Leitfrage 5A). So gaben alle Experten an, die Assistenz durch Pflegepersonal unter der Voraussetzung adäquater Schulung positiv zu bewerten (I1: 245 f.; I2: 241 ff.; I3: 304; I4: 305 ff.). Ebenfalls wurde von allen Experten angegeben, unter dieser Voraussetzung ebenfalls eine der Zentrumsdialyse vergleichbare Versorgungsqualität gewährleisten zu können (I1: 245 ff.; I2: 241 f.; I3: 304; I4: 305 ff.). Ein Experte bezieht dies jedoch lediglich auf die Peritonealdialyse (I3: 304).

In diesem Rahmen vertraten 50 % der Experten die Meinung, ausschließlich examiniertes Pflegepersonal könne die nötige Qualität und Sicherheit für die Patienten im Rahmen der assistierte Peritonealdialyse oder assistierten Heimhämodialyse gewährleisten (I1: 163 ff.; I4: 301 ff.). Ein Experte sah dies weder im Rahmen der assistierten Peritonealdialyse noch der Heimhämodialyse als notwendig an und begründete dies darin, dass die Patienten, welche zuhause selbst Hämodialyse durchführen dies auch bewältigen und über weniger Vorwissen verfügten als eine Pflegekraft (I2: 121 ff.). Ein weiterer Experte sah die assistierte Heimhämodialyse als ungeeignet für die Versorgung im Pflegeheim an, argumentiert jedoch in Bezug auf die assistierte Peritonealdialyse auf ähnliche Weise: „Es muss nicht examiniertes Personal sein. Zuhause macht das ja auch oft die Ehefrau“ (I3: 246 f.).

Der Einsatz medizinischer Fachangestellter wurde von 50 % der Experten als nicht bedenklich gesehen, jedoch lediglich unter der Voraussetzung adäquater Schulung (I3: 217 f.) sowie des individuellen Engagements der betreffenden Kraft (I4: Z. 301 ff.). Ein weiterer Experte vertrat lediglich die Position, dass man diesen Aspekt besonders hinsichtlich des Fachkräftemangel diskutieren müsse (I1: 137 ff.).

In Bezug zu Konzepten wurde seitens des NaDia bereits ein Curriculum erarbeitet, welches zur „Fachkraft assistierte Dialyse“ im Rahmen der Peritonealdialyse qualifizieren soll (I1: 129 ff.; I4: 75 ff.). Die Zielsetzung bestehe hier darin, eine Zertifizierung durch die DGfN zu erhalten (I3: 130 f.; I4: 65 ff.). Zwei weitere Experten waren der Meinung, den Umfang der Schulung analog der Schulung von Patienten oder Angehörigen im Falle der Heimdialyse zu verorten (I2: 360 f.; I3: 212 ff.). Ebenfalls wurde von zwei Experten die Relevanz einer theoretischen sowie praktischen Komponente der Schulung hervorgehoben (I1: 149 ff.; I3: 237 f.).

Zur Finanzierung der Schulung des Assistenzpersonals äußerten sich 75 % der Experten. Zwei Experten sehen die Finanzierung als Investition auf Seiten der Pflegedienstleister. So gab ein Experte an, dass die Schulungskosten für das eigene Personal perspektivisch vom Pflegeheim vorgehalten werden müsse (I1: 168 ff.), während ein weiterer diese bei den ambulanten Pflegediensten verorten würde (I4: 376 ff.). Ein Experte schlug vor, den Schulungsaufwand in die Wochenpauschale der Peritonealdialyse in der vertragsärztlichen Versorgung zu integrieren (I3: 276 ff.).

#### *5.2.4 Externer Einsatz häuslicher Krankenpflege im Altenpflegeheim*

Im Kontext der Leistungserbringung im Pflegeheim wurde im Rahmen der Interviews diskutiert, ob das heiminterne, stationäre Pflegepersonal vor Ort geschult werden oder die Assistenzleistung durch ambulante Pflegedienste herangezogen werden sollte (vgl. Anhang 2, Leitfrage 5A).

Die befragten Experten waren hier unterschiedlicher Auffassung. Während ein/e Befragte/r angab, Perspektiven im Einsatz pflegeheiminternen Personals zu sehen (I1: 214 f.), favorisierten 50 % der Experten die externe Assistenz im Pflegeheim durch ambulante Pflegedienste (I3:149 f.; I4: 365 f.). Die Präferenz der HKP zur Assistenz wurde zum einen in der bereits schwer belasteten personellen Situation in stationären Pflegeheimen begründet (I4: 261 ff.), aber auch in der geringen Konzentration dialysepflichtiger, zur assistierten Peritonealdialyse in Frage kommender Patienten im Pflegeheim (I3: 56 f.). Hinsichtlich der geringen Quoten der Peritonealdialyse könne die Situation entstehen, dass längere Zeit keine PD-Patienten im Pflegeheim leben. Dies würde zu Verlusten der Kompetenzen des geschulten Pflegepersonals führen (I3: 56, I4: 361 ff.). Die Problematik könne durch den Einsatz ambulanter Pflegedienste ausgeglichen werden, welche mehrere in verschiedenen Pflegeheimen in den betreffenden Regionen verteilten Patienten in den Pflegeheimen besuchen und versorgen könnten. Dabei könne neben ambulantem Pflegepersonal gemäß einem Experten ebenfalls Praxispersonal herangezogen werden (I3: 215 f.).

Ein Experte argumentierte dagegen aus der Perspektive der betroffenen Patienten, dass die Schulung des Personals in dem Setting stattfinden sollte, in dem die assistierte Dialyse eingeleitet wird: „Damit neben dem gewohnten Wohnumfeld auch das gewohnte Personenumfeld um ihn erhalten bleibt.“ (I4: 143 ff.). Dies bedeute, dass ein Patient, welcher bereits im heimischen Umfeld durch ambulante Pflegekräfte assistiert behandelt wurde, diese vertrauten Pflegekräfte auch bei Eintritt ins Pflegeheim beibehält. Auf der anderen Seite solle bei Eintritt der assistierten Dialysepflicht während des Aufenthaltes im Pflegeheim eine der vertrauten AltenpflegerInnen mit der Assistenz betraut werden.

#### *5.2.5 Umwidmung der Fahrtkosten zur Assistenzleistung*

Im Rahmen der Interviews wurde wiederholt die Einschätzung des Potenzials assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen aus der Perspektive des Opportunitätskostenansatzes aus gesellschaftlicher Perspektive betrachtet. Hier argumentierten zwei Experten, dass die Fahrtkosten, welche bei der Versorgung

im Zentrum anfallen, stattdessen effizienter zur Schulung sowie Durchführung der Dialyse durch Assistenzpersonal genutzt werden könnten (I2: 9 ff.; I4: 106 ff.). Die Opportunitätskosten der Transportfahrt zum Zentrum könnten demnach in den Kosten der Assistenzleistung liegen.

In diesem Rahmen stellten die Experten die Kosteneffizienz der Zentrumsdialyse für pflegebedürftige Menschen in Frage. Der im Falle pflegebedürftiger Patienten häufig erforderliche Liegetransport mit qualifiziertem Begleitpersonal (I2: 259 ff.) sowie in vielen Fällen erforderliche RTW oder gar KTW (I4: 109 ff.) schlage mit hohen Versorgungskosten zu Buche. Die Kostensituation würde sich im Falle beatmungspflichtiger Patienten verschärfen. In diesem Rahmen würde die Fahrtskostensituation mit 4,5–5 Tausend EUR pro Woche in keinem Verhältnis zu den Kosten der tatsächlichen Behandlung sowie des Risikos des Transportes stehen (I4: 147 ff.). So äußerte sich ein Experte: „Und unser gesundheitspolitisches Ziel sollte es sein, dass wir die Gelder, die Ressourcen, die uns zur Verfügung stehen, für die Therapie oder die Assistenz zur Therapie und nicht für Transportleistungen nutzen“ (I4: 110). Ebenfalls wurde in diesem Rahmen auch auf die verkehrsbedingten Wartezeiten für sowohl Dialysezentrum, Patient und Pflegeheim hingewiesen (I4: 111 f.).

### *5.2.6 Erhöhte Lebensqualität für die Patienten*

75 % der Befragten waren der Meinung, die assistierte Heimdialyse biete Patienten im Pflegeheim das Potenzial erhöhter Lebensqualität (I2: 201 ff., I3: 130 f.; I4: 229 ff.). Der Verbleib im eigenen Umfeld anstatt der kalten sowie aufwändigen Transportfahrt wurde von den Experten als zentraler Faktor der Lebensqualität genannt. Somit argumentierte ein Experte: „Was bringt denn ein Leben ohne Lebensqualität? Also ihn am Leben zu erhalten ohne ihm ein qualitatives Leben zu ermöglichen kann ja nicht unser Ziel sein“ (I2: 201 ff.).

### *5.2.7 Koordination und Netzwerkbildung in der Regelversorgung*

Im Rahmen der Betrachtung assistierter Heimdialyse in Altenpflegeheimen eröffnet sich aus der Makroperspektive die Frage nach der Implementation in die deutschen Versorgungsstrukturen.

Während ein Experte keine Aussage zu den Perspektiven der Integration der assistierten Heimdialyse in bestehende Versorgungsstrukturen traf, würden 75 % der Experten die assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen präferiert in der Regelversorgung verorten (I1: 183 f.; I3: 260 f.; I4: 426 f.).

Dies beziehe sich im Rahmen von I3 jedoch nur auf das Konzept, in dem ambulante Pflegedienste assistiert im Heim behandeln (I3: 260 f.). Ebenfalls lehnten 75 % der Experten die Lösung über Selektivverträge ab. Zwei Befragte begründeten dies in der bereits aktuell schwierigen und durch Selektivverträge bestehenbleibenden regionalen Heterogenität der Versorgung (I1: 183 f.; I3: 268 ff.; I4: 446 ff.). Ein Experte gab jedoch an, den Einstieg über Selektivverträge auf dem Weg zur Regelversorgung nicht auszuschließen (I3: 270 f.). Perspektivisch vermutete ein Experte eine Einigung über Zusatzvereinbarungen zwischen Kostenträgern und Leistungsanbietern, welche Informationen zu Anforderungen und entsprechender Vergütung enthalten (I1: 236 ff.).

Bezüglich der Steuerung der Versorgung gaben alle Befragten die Koordination der Versorgung mit assistierter Heimdialyse im Pflegeheim durch den/ die behandelnden Nephrologen an (I1: 213 f.; I2: 232; I3: 375 f.; I4: 169 ff.). Außerdem wurde die Bildung von Netzwerken der Leistungserbringer als Unterstützung der Nephrologen genannt. Während die Netzwerkbildung unter sowohl stationären als auch ambulanten Pflegedienstleistern mit dem Angebot assistierter Heimdialyse genannt wurde (I1: 201 ff.; I3: 186 f.), deutete ein Experte auf die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Lösung aller Akteure mit Beteiligung an der Versorgung hin (I4: 451 ff.).

### 5.3 Barrieren der assistierten Hemodialyse in Altenpflegeheimen

Infolge der Darstellung und Strukturierung der Potenziale der assistierten Dialyse in der stationären Altenpflege welche anhand des Interviewmaterials herausgearbeitet wurden, erfolgt nun die Darstellung der extrahierten Barrieren des Konzeptes.

In diesem Rahmen werden im Folgenden die Barrieren der ökonomischen Anreizstruktur (Abschnitt 5.3.1), der mangelnden Information der Leistungserbringer (Abschnitt 5.3.2), der unzureichenden Aufklärung der Patienten (Abschnitt 5.3.3) sowie der geringen Verbreitung der Peritonealdialyse unter älteren Menschen (Abschnitt 5.3.4) sowie der Heterogenität der Konzepte zur Schulung der pflegerischen Assistenz (Abschnitt 5.3.5) und zuletzt der Fachkräftemangel in der Pflege (Abschnitt 5.3.6) behandelt. Die entsprechende Übersicht der Ergebnisse im Kategoriensystem befindet sich unter Leitfrage 9B (vgl. Anhang 2).

#### 5.3.1 Ökonomische Anreizstruktur unter den Leistungserbringern

Als erste Barriere der assistierten Hemodialyse in der stationären Altenpflege wurde die Anreizstruktur unter den Leistungserbringern herausgearbeitet. Unter diesem Aspekt werden eine Reihe ökonomisch bedingter Effekte unter Nephrologen, Pflegeheim und Pflegedienst subsumiert sowie die daraus folgenden Handlungsanreize aufgeführt.

Auch der genannte Aspekt des Widerstandes der Nephrologen sowie der Pflegeheime wurde von zwei Experten zu großen Teilen auf die Anreizstrukturen zurückgeführt (I2: 371 ff.; I4: 41). Als zentrales Hemmnis im Rahmen der ökonomischen Anreizstruktur wurde die Einzelfallentscheidung im Rahmen der Erstattung bei den Kostenträgern und damit verbundene Kalkulationsunsicherheit für Nephrologen, Pflegeheime und ambulante Pflegedienstleister genannt (I1: 22 ff., I2: 171 f.; I3: 57 ff.; I4: 40 f.). Das bedeutet, die Entscheidung zur Erstattung der Leistung wird nicht regelhaft, sondern auf Basis der fallbezogenen Entscheidung der Kostenträger getroffen. Besonders für den Nephrologen führe die Einzelfallentscheidung zu einem hohen bürokratischen (I3: 57 f.) sowie zeitlichen Aufwand (I2: 171 f.). Auch die Verantwortung sowie der Aufwand der Schulung des Personals ohne Aufwandsentschädigung stelle ein Hemmnis für diese Akteurs-Gruppe dar (I3: 252 f.).

Dieser Negativanreiz könne dadurch verstärkt werden, dass ein wirtschaftliches Interesse der Auslastung der im eigenen Zentrum vorhandenen Dialyseplätze bestehe (I2: 239 ff.). Dies steht einer Expertenaussage gegenüber, welche die Auslagerung der Dialyse ins heimische Umfeld mit Kapazitätsproblemen im Dialysezentrum begründete (I3: 5 f.). Anreize wurden jedoch auch in Bezug zur Wahl der Verfahren genannt. So berichtete ein Experte, die lukrativste Option der Peritonealdialyse sei die intermittierende Peritonealdialyse welche im Zentrum und nicht als Heimverfahren durchgeführt wird (I4: 468 ff.). Außerdem wurde erwähnt, dass häufig nur aufgrund der sicheren Kostenklärung auf die Hämodialyse zurückgegriffen werde (I1: 10).

Akteur	Ökonomische Anreizsystematik: Assistierte Heimdialyse	
	Positivanreize	Negativanreize
Nephrologen	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kapazitätsprobleme im Zentrum als Anreiz zur Auslagerung von Heimdialysepatienten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kalkulationsunsicherheit und hohe bürokratische sowie zeitlichen Ressourcen durch Einzelfallentscheidung</li> <li>Wirtschaftliches Interesse der Auslastung der Dialyseplätze in eigenen Dialysezentren</li> <li>Hohe Transaktionskosten durch Verhandlung mit Kostenträger/Pflegeheim</li> <li>Aufwand der Schulung von Personal ohne Aufwandsentschädigung</li> <li>Vergütungsanreiz zur HD/ IPD im Zentrum</li> </ul>
Pflegeheim	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sonderstellung (Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen stationären Pflegeanbietern)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hohe Transaktionskosten ohne Aufwandsentschädigung</li> <li>Im Falle der Schulung eigenen Personals: Risiko des Kompetenzverlustes durch geringe Frequenz dialysepflichtiger Patienten</li> <li>Ungeregelte Vergütungssituation für Assistenzpersonal</li> </ul>
Ambulanter Pflegedienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen ambulanten Pflegeanbietern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unsichere Vergütungssituation für Assistenzpersonal</li> </ul>

**Tabelle 3:** Ökonomische Anreizsystematik zur aHD<sup>14</sup>

Einen weiteren Negativanreiz für diese Berufsgruppe stelle auch die Kommunikation zwischen Zentrum und Pflegeheim dar (I4: 39 f.). Dies bedeutet für das Zentrum hohe Transaktionskosten zur Verhandlung der Rahmenbedingungen ihrer Zusammenarbeit. Aus Sicht der Pflegeheime besteht ebenfalls keine Kostenklärung bezüglich der Schulungs- und Qualifizierungskosten für das Pflegepersonal. Auf der anderen Seite könne die Qualifizierung des Personals sowie das Angebot assistierter Heimdialyse für sowohl Pflegeanbieter als Pflegepersonal einen potenziellen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Pflegeanbietern darstellen (I4: 287 ff.).

Diesen monetären Anreizen, welche in **Tabelle 3** übersichtlich dargestellt sind, stehe lediglich die intrinsische Motivation der Leistungserbringer gegenüber (I1: 145 f.; I3: 279 f.). Neben den dargestellten ökonomischen Anreizen wird im folgenden Abschnitt ein weiterer Faktor der geringen Durchführung assistierter Heim- und Peritonealdialyse unter Leistungserbringern genannt: Die mangelnde Information dieser Verfahren.

### 5.3.2 Mangelnde Information der Leistungserbringer

Als eine weitere Ursache der geringen Verbreitung assistierter Heimdialyse wurde die mangelnde Information und Aufklärung zu dieser Therapieoption identifiziert. So empfanden alle befragten Experten den Informationsstand unter Nephrologen aktuell als unzureichend (I1: 213 f.; I2: 232 ff.; I3: 375 f.; I4: 169 f.).

Diese Barriere scheint jedoch interdependent in Bezug zur Anreizstruktur im Sinne der Einzelfallentscheidung sowie der Vergütungsproblematik zu sein. Es gab ein Experte an, die mangelnde Aufklärung sei auf die Versorgungs- und Vergütungsstruktur zurückzuführen (I1: 279).

Zwei Experten berichteten, viele Nephrologen hätten zwar Interesse an der Durchführung der assistierten Heimdialyse, wüssten jedoch nicht wie sie den Einzelfallantrag bewerkstelligen sollen (I1: 213 f.; I4: 169 ff.). So berichtete ein Experte aus seiner Erfahrung: „Es heißt, ja wir würden es ja gerne

<sup>14</sup> Quelle: Eigene Erhebung.

machen, aber könnt ihr uns sagen: Wie kommen wir zu der Genehmigung der Krankenkasse? Das ist schwierig“ (I4: 402 f.).

Die Unwissenheit zur Option assistierter Heimversorgung ist nicht nur unter den Nephrologen, sondern auch auf Seite der Pflegeheime wahrgenommen worden. So berichtete ein Experte: „Also die Anfragen die bei uns eingegangen sind, sind wirklich so gravierend uninformatiert, dass diese wirklich von Null an Informationen suchen“ (I2: 247 f.).

### *5.3.3 Unzureichende Aufklärung der älteren Patienten*

Als weitere Barriere, welche in engem Zusammenhang mit dem in Abschnitt 5.3.2 beschriebenen Informationsstand der Nephrologen steht, wurde die unzureichende Aufklärung der älteren Patienten identifiziert.

Hinsichtlich der Präferenzen der Patienten wurde von 75 % der Befragten angegeben, ihrer Erfahrung nach eine Tendenz zur Präferenz der Versorgung im heimischen Umfeld wahrzunehmen (I2: 201 ff.; I3: 106 f.; I4: 218 f.). Die Bildung einer Präferenz setze jedoch Aufklärung durch den behandelnden Nephrologen voraus, welche besonders bei älteren Patienten zu selten stattfindet (I1: 76; I2: 120 ff.; I3: 106 f.; I4: 210 f.).

Alle befragten Experten gaben an, den Informationsstand der Patienten zur assistierten Heimdialyse aktuell als unzureichend zu erleben (I1: 213 f.; I2: 232 ff.; I3: 375 f.; I4: 169 f.). Die mangelnde Aufklärung der Patienten wurde gerade hinsichtlich der rechtlichen Verpflichtung der Nephrologen gemäß Anlage 9.1 des (BMV-Ä) über alle Verfahren aufzuklären, stark kritisiert (I2: 129 f.; I4: 75 f.). Ein Experte forderte von den Nephrologen: „Über alle Verfahren aufklären, alle Verfahren kennen, alle Verfahren einsetzen und ihrem Patienten anbieten. Dazu gehört unbedingt die assistierte Dialyse“ (I4: 569 ff.).

Dieser Aspekt führt bereits zur nächsten identifizierten Barriere: Der geringen Anwendung der Peritonealdialyse in Deutschland.

### *5.3.4 Geringe Quoten der Peritonealdialyse unter älteren Patienten*

Nachdem im bereits unter Abschnitt 5.2.2 diskutiert wurde, dass die Peritonealdialyse das sowohl schonendere als auch unter den Experten präferierte Verfahren zur Durchführung im Pflegeheim sei, stellt die geringe Umsetzung des Verfahrens in Deutschland eine große Barriere dar.

So wurde unter den größten Barrieren der Umsetzung von zwei Experten angegeben, dass nicht direkt die Anzahl dialysepflichtiger Patienten in stationärer Pflege ein Problem darstelle, sondern vielmehr ein Mangel an dialysepflichtigen Patienten, die vor oder während ihres Eintritts ins Heim bereits per Peritonealdialyse behandelt werden (I1: 191 f.; I3: 355 ff.). So äußerte sich ein Experte: „Also um ein Projekt in Deutschland zu machen: Wir haben in Deutschland unsere 80.000 Hämodialyse-Patienten. Von denen wissen wir, sind vielleicht 10 oder 8 % in Heimen. Die entscheidende Frage ist, wie es mit PD-Patienten aussieht. Ich denke, es sind einfach zu wenig Patienten aktuell, um ein großes Projekt umzusetzen“ (I3: 355 ff.).

### *5.3.5 Heterogenität der Schulungskonzepte zur Assistenz*

Als weitere Barriere wurde die unregelmäßige und somit heterogen ausgeprägte Situation der Kompetenz- und Schulungsvoraussetzungen extrahiert.

So gaben 75 % der Experten an, dass keine Infrastruktur zur pflegerischen Assistenzleistung bestehe (I1: 144 f.; I3: 224 ff.; I4: 353 ff.). In diesem Rahmen wurde auch die uneinheitliche und nicht vergütete

Schulung der nötigen Assistenzkräfte bemängelt (I4: 33 f.). Demnach berichtete ein ärztlicher Experte davon, dass die einzige Option darin bestehe, ohne Aufwandsentschädigung eigenhändig Personal zur Assistenz zu schulen (I3: 250) oder vereinzelt Unterstützung seitens der Industrie zu erhalten (I3: 250 f.).

Als positive Entwicklung ist hier zu vermerken, dass von zwei Experten auf die Entwicklung eines Konzeptes zur assistierten Peritonealdialyse seitens des Netzwerks Assistierte Dialyse hingewiesen wurde (I1: 129 ff.; I4: 75 ff.). Das Ziel bestehe hier in der Zertifizierung des Curriculums durch die DGfN (I1: 130 f.; I4: 65 f.).

### *5.3.6 Der Fachkräftemangel in der Pflege*

Ein weiterer Aspekt in der Betrachtung der Grenzen der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege stellt der Fachkräftemangel in der Pflege dar.

Der Fachkräftemangel wird im Rahmen der aktuellen Umsetzung assistierter Dialyse bereits als Hindernis im Sinne der Überforderung der Pflegeheime genannt (I4: 45 ff.). Ein Experte argumentierte, dass die „hochangespannte Pflegesituation“ (I4: 323 ff.) in deutschen Pflegeheimen durch einen Mehraufwand und Zusatzqualifizierung in der Dialyse nur weiter belastet würde. Auf der anderen Seite gab ein weiterer Experte an, dass sich der Fachkräftemangel auch im ambulanten Bereich bemerkbar mache: „Es ist ja nicht so, dass jeder Pflegedienst auf der Stelle unzählige examinierte Pflegekräfte einstellen könnte, um dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden“ (I1: 274 ff.).

Im nächsten Kapitel werden die in diesem Kapitel identifizierten Potenziale und Barrieren zu Hypothesen formuliert und diskutiert.



## 6 Ergebnisdiskussion und Zukunftsausblick

In Kapitel 5 wurden die aus der Datenerhebung gewonnenen Erkenntnisse detailliert dargestellt. Diese werden nun im Folgenden zusammenfassend erläutert sowie in den theoretischen Kontext der Arbeit eingebettet. Anhand dieser Schlussfolgerungen werden in Abschnitt 6.2 theoretische Implikationen und somit Potenziale zukünftiger Forschungsaktivitäten herausgearbeitet. Abschließend werden die aus den Erkenntnissen erarbeiteten Handlungsansätze und Implikationen für die zukünftigen Entwicklungen assistierter Heimdialyse in Altenpflegeheimen diskutiert.

### 6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Hypothesen

In diesem Abschnitt werden die in Kapitel 5 dargestellten Ergebnisse und daraus generierten Hypothesen unter Einbezug aktueller wissenschaftlicher Literatur und Evidenz diskutiert. Es wurden 13 Hypothesen zu den Potenzialen und Barrieren der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen generiert. Zunächst werden die extrahierten Hypothesen zu den Potenzialen diskutiert.

#### 6.1.1 Diskussion der Potenziale

Es wurden 7 Hypothesen zu Potenzialen der assistierten Heimdialyse in stationärer Pflege in Deutschland generiert (vgl. **Tabelle 4**).

Im Rahmen der Potenziale wurde zunächst die Wahl des Verfahrens thematisiert. Hier zeigte sich unter den Experten die Bewertung einer höheren Eignung und Umsetzbarkeit des intrakorporalen Verfahrens der Peritonealdialyse im Setting stationärer Altenpflege (siehe Abschnitt 5.2.1). Während hinsichtlich des technischen Fortschrittes auch Zukunftsperspektiven für die Heimhämodialyse gesehen wurden, scheint das schonendere Verfahren der Peritonealdialyse für die betreffende Patientenpopulation im Setting der stationären Altenpflege einige Vorteile gegenüber der invasiveren Behandlung mit der Hämodialyse aufzuweisen. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die Entscheidung des Verfahrens zur Nierenersatztherapie von individuellen physischen, psychischen und sozialen Faktoren beeinflusst wird und somit für jeden Patienten individuell zu betrachten ist. Im Rahmen dieser Arbeit können lediglich Zusammenhänge in Bezug zur effizienten sowie bedarfsgerechten Ressourcenverteilung sowie Umsetzbarkeit auf Populationsebene geschlossen werden.

Unter Hypothese 2 wurde ein wichtiger Zusammenhang bezüglich des Zugangs sowie der Einordnung der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen in den Behandlungsverlauf der Patienten identifiziert. Aus ärztlicher Sicht ergab sich, dass die Voraussetzung zur erfolgreichen Einleitung der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen darin bestünde Patienten bereits vor Eintritt ins Pflegeheim im heimischen Umfeld und idealerweise assistiert zu behandeln (siehe Abschnitt 5.2.2). Ansatzpunkt der Organisation sowie Implikationen liege somit nicht im Pflegeheim, sondern bereits viel früher vor- oder während der Indikationsstellung.

<b>Potenziale</b>	<p><b>Hypothese 1:</b> Die assistierte Peritonealdialyse wird mit einer höheren Umsetzbarkeit und Eignung im Setting stationärer Pflegeheime verbunden als die assistierte Heimhämodialyse.</p> <hr/> <p><b>Hypothese 2:</b> Es besteht ein Zusammenhang zwischen der bereits vor Eintritt ins Pflegeheim bestehenden Versorgung durch Heimverfahren und einem erleichterten Zugang zur assistierten Heimdialyse im Setting der Pflegeheime.</p> <hr/> <p><b>Hypothese 3:</b> Unter der Voraussetzung der adäquaten Qualifizierung des Assistenzpersonals wird die assistierte Peritonealdialyse mit einer der im Dialysezentrum gleichwertigen Versorgungsqualität verbunden.</p> <hr/> <p><b>Hypothese 4:</b> Die alternative Verwendung der finanziellen Mittel zur Qualifizierung und Vergütung des Assistenzpersonals wird mit einer effizienteren Ressourcenallokation verbunden als die Erstattung der Fahrtkosten.</p> <hr/> <p><b>Hypothese 5:</b> Die externe Erbringung der Assistenzleistung im Pflegeheim durch ambulante Pflegedienste wird hinsichtlich der unregelmäßigen Frequenz dialysepflichtiger Patienten im Pflegeheim mit einer höheren Umsetzbarkeit assoziiert als die Schulung heiminternen Personals.</p> <hr/> <p><b>Hypothese 6:</b> Die assistierte Dialysebehandlung im heimischen Setting des Pflegeheims wird mit einer höheren Lebensqualität der Patienten gegenüber der Zentrumsdialyse verbunden.</p> <hr/> <p><b>Hypothese 7:</b> Die Koordination der assistierten Heimdialyse könnte perspektivisch durch den indikationsstellenden Nephrologen in Verbindung mit Netzwerkarbeit unter allen beteiligten Leistungserbringern gesteuert werden.</p>
-------------------	---

**Tabelle 4:** Hypothesen zu Potenzialen der aHD in Pflegeheimen<sup>15</sup>

Die Relevanz der Einleitung der assistierten Heimdialyse vor Heimeintritt kann empirisch gestützt werden. So ergab sich im Rahmen der Sekundärdatenanalyse des WIG2-Institutes (2019, S. 8), dass 40 % der dialysepflichtigen Patienten in stationärer Pflege bereits zwei Jahre vor Eintritt ins Pflegeheim dialysepflichtig waren und erhöht sich bis vor Heimeintritt auf bis zu 70 %. In vielen Fällen wird die Dialyse im Pflegeheim lediglich eine Station auf ihrem Behandlungsweg darstellen. Dies stellt einen wichtigen Ansatzpunkt für Implikationen in der Praxis sowie auch die Verortung der Versorgung im Pflegeheim in den Gesamtkontext des Behandlungsverlaufs.

Im Rahmen von Hypothese 3 wurde weiterhin auf das Potenzial geschlossen, dass unter der Voraussetzung adäquater Schulung des Personals im Rahmen der assistierten Peritonealdialyse eine der Zentrumsdialyse gleichwertige Versorgungsqualität gewährleistet werden könne (siehe Abschnitt 5.2.3). Die Heimhämodialyse wurde in dieser These aufgrund der starken Bedenken eines Experten (I3: 75 ff.) nicht inkludiert, könnte aber weiterführend untersucht werden. Aufgrund der begrenzten Kapazität der Forschungsarbeit sowie des Fokus der Arbeit auf Potenziale und Barrieren wurde hier nicht näher auf Outcome-Parameter der Versorgungsqualität eingegangen. Da die Versorgungsqualität jedoch ein zentrales Kriterium der Umsetzbarkeit assistierter Dialyse unter Patienten im Pflegeheim darstellt, sollte diese Hypothese in weiterführenden Studien im Setting stationärer Pflege quantifiziert werden.

Hypothese 4 betrifft das Konzept des Opportunitätskostenansatzes. So wurde im Rahmen der Interviews von zwei der Experten die Vermutung geäußert, dass die Mittel der Fahrtkosten alternativ in die Schulung sowie Durchführung der assistierten Heimdialyse investiert werden können (siehe Abschnitt

<sup>15</sup> Quelle: Eigene Erhebung.

5.2.4). Daraus wurde die Hypothese generiert, dass die Investition in Assistenzpersonal mit einer effizienteren Ressourcenallokation assoziiert wird als die Erstattung der Transportkosten. Gemäß Analysen des WIG2 (2019) wurde bereits festgestellt, dass die Fahrtkosten bei Eintritt ins Pflegeheim ansteigen und dann konstant auf einem hohen Niveau verharren. Grundsätzlich erscheint die Nutzung finanzieller Mittel zur tatsächlichen Therapie der Patienten als effizientere Verwendung als die Investition in Transportkosten. Zur Prüfung ob die Fahrtkosten tatsächlich den Kosten des Assistenzpersonals entsprechen oder gar höher sind, müssten Schulungs- sowie Vergütungsmodalitäten der Assistenz jedoch weiterführend diskutiert und quantifiziert werden. Da der Fokus dieser Arbeit in der qualitativen Hypothesenbildung besteht kann hier lediglich auf einen Zusammenhang sowie weiteres Forschungspotenzial zur Validierung der Hypothese geschlossen werden. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die Effizienz der Dialysemodalität nur einen Faktor der Analyse darstellt. Im Zentrum sollte die Konsumentensouveränität im Sinne der individuellen Präferenz und der Gesundheit der Patienten stehen.

Im Rahmen der Hypothese 5 wurde unter Einbezug der Diskussionspunkte der Experten vermutet, dass die Assistenzleistung durch ambulante Pflegedienste, welche in verschiedenen Heimen des Einzugsgebietes des Pflegedienstes Patienten versorgen, mit einer höheren Umsetzbarkeit assoziiert werde als die Schulung heiminternen Personals (siehe Abschnitt 5.2.5). Aus der unregelmäßigen Frequenz dialysepflichtiger Patienten in einzelnen Heimen könne es zu Kompetenzverlusten des geschulten Personals kommen (I3: 164 ff. I4: 324 ff.). Diese Hürde könnte der Einstieg durch ambulante Pflegedienste überbrücken. Der Ansatz weist jedoch ein Konfliktpotenzial auf und erfordert definierte Rahmenbedingungen zur Kommunikation und Kompetenzverteilung zwischen Pflegeheim und Pflegedienst. Ebenfalls wurde als Argument zur Nutzung von Pflegediensten die aktuell belastete Pflegesituation im Heim genannt (I4: 45 f.), welchem jedoch ein weiterer Expertenbericht zum Fachkräftemangel in der ambulanten Krankenpflege gegenübersteht (I1: 274). Gemäß der Bundesagentur für Arbeit (2019, S. 13 ff.) zeigt sich der Fachkräftemangel in der Altenpflege jedoch stärker: Während Stellenanzeigen für examiniertes Krankenpflegepersonal im Bundesschnitt 154 Tage vakant sind, verzeichnen diese unter Altenpflegepersonal bereits 183 Tage.

Es ist ebenfalls zu erwähnen, dass die häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V durch die Verankerung in der vertragsärztlichen Versorgung in diesem Kontext leichter zu verorten sein könnte als die Grund- und Behandlungspflege unter dem Regelungskreis des SGB XI. Die regelhafte Integration der assistierten Hemodialyse in den Leistungskatalog der HKP könnte hier leichter zu verorten sein. Im Rahmen des PPSG wurden zwar bessere Rahmenbedingungen für Kooperationsverträge zwischen Pflegeheimen und vertragsärztlichen Akteuren vereinbart, dennoch bedeutet dies für beide Akteure hohe Transaktionskosten durch Verhandlung der Rahmenbedingungen. Durch den Weg der Integration der Leistungen assistierter Hemodialyse in die Pflegesatzverhandlungen nach § 85 SGB XI könnte dieser Punkt perspektivisch überwunden werden.

Im Rahmen der Hypothese 6 wurde die assistierte Dialyse im heimischen Umfeld des Pflegeheims gegenüber der Zentrumsdialyse mit einer Steigerung der Lebensqualität der Patienten verbunden (siehe Abschnitt 5.2.6). Es konnte keine Literatur zum Vergleich der Lebensqualität unter Dialysemodalitäten im Pflegeheim identifiziert werden, jedoch zwei Studien zum Outcome-Maß der Lebensqualität unter assistierter Peritonealdialyse. Iyasere et al. (2016) untersuchten hier im Rahmen einer multizentrischen Beobachtungsstudie unter anderem Parameter der Lebensqualität von Patienten im Alter von >60 Jahren unter assistierter Peritonealdialyse (n= 129) im Vergleich zur Hämodialyse im Zentrum (n=122). Im nach Alter, Geschlecht, Komorbidität, Ethnizität und Deprivationsgrad adjustierten line-

ren Regressionsmodell wiesen Patienten unter automatisierter Peritonealdialyse eine höhere Behandlungszufriedenheit ( $p= 0.04$ ) im „Renal treatment satisfaction questionnaire“ (RTSQ) auf, während keine weiteren Lebensqualitätsparameter signifikant mit der Peritonealdialyse assoziiert werden konnten. Ebenfalls ist zu erwähnen, dass lediglich 7 % der Stichprobe der automatisierte-Peritonealdialyse-Patienten assistiert durch Pflegepersonal behandelt wurden (Iyasere et al., 2016, S. 424 ff.). Fraglich ist hier die Übertragbarkeit auf die Population von Patienten im Pflegeheim. Grundsätzlich könnte die Hypothese in weiterführenden Studien durch Erhebung der Lebensqualität von dialysepflichtigen Patienten in Pflegeheimen validiert werden.

Zuletzt wurde bezüglich der Implementierung der assistierten Heimdialyse in Hypothese 7 subsumiert, dass die assistierte Heimdialyse im Pflegeheim durch den Nephrologen in Kombination mit einer Netzwerkbildung gesteuert werden und zur Behebung der heterogenen Versorgungsstruktur in der Regelversorgung verortet werden solle. Unter allen Experten welche dazu Kenntnisse aufwiesen (75 %), wurde angegeben, die assistierte Heimdialyse präferiert in der Regelversorgung zu verorten sowie die Koordination der Versorgung beim indikationsstellenden Nephrologen unter unterstützender Netzwerkbildung zu sehen (vgl. Abschnitt 5.2.6). Diese Zielsetzung möge den Zugang zur Versorgung perspektivisch erleichtern. An dieser Stelle besteht die Limitation, dass die Akteurs-Perspektive des Kostenträgers in dieser Studie nicht inkludiert ist und weitere relevante Argumentationen zu Finanzierungs- und Organisationskonzepten beitragen könnte. Somit wurde die Prognose vorsichtig formuliert und bezieht sich auf die Möglichkeit dieser Form der Implementierung. Dieser stehen jedoch aktuell komplexe Barrieren entgegen, dessen Identifikation zu einer Problemlösung und somit auch Perspektive des Konzeptes beitragen könnte. Zu diesem Zweck werden im folgenden Abschnitt auch die Barrieren der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen diskutiert.

### *6.1.2 Diskussion der Barrieren*

Es wurden 6 Hypothesen zu den Barrieren assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen formuliert (vgl. **Tabelle 5**).

Unter den identifizierten Barrieren wurde zunächst in Hypothese 8 der anhand der Erkenntnisse der Erhebung vermutete Zusammenhang zwischen der ökonomischen Anreizstruktur sowie der geringen Anwendung assistierter Heimdialyse als Barriere identifiziert (vgl. Abschnitt 5.3.1). In diesem Rahmen wurden nach Akteurs-Perspektive kategorisierte Anreizmechanismen aus den Expertenangaben kategorisiert. Am häufigsten wurde die Einzelfallentscheidung bemängelt, welche unter allen Akteuren zu Negativanreizen der Umsetzung der assistierten Heimdialyse zu führen scheint, sowie die unregelmäßige Situation der Vergütung. Die Kombination des Negativanreizes der Einzelfallentscheidung und Vergütung sowie des wirtschaftlichen Interesses an der Auslastung des eigenen Zentrums weise demnach ein hohes Potenzial angebotsinduzierter Nachfrage zur Zentrumsdialyse auf. Gleichmaßen wirke sich dies auch auf die Wahl des Dialyseverfahrens aus. Hier wurde gemäß zwei Expertenangaben Anreize zur Hämodialyse sowie im Bereich der Peritonealdialyse Anreize zur intermittierende Peritonealdialyse im Zentrum gesetzt. An dieser Stelle ist jedoch zu erwähnen, dass die Darstellung der möglichen Anreizwirkungen eine Sammlung möglicher, in der Theorie begründbarer Effekte darstellt. Durch das Erfahrungswissen der Experten können allgemeine Erklärungsansätze und Richtungen von Handlungstendenzen unter den Berufsgruppen abgebildet werden. Das Maß der Auswirkungen und die jeweiligen Relevanzstrukturen individueller Akteure in der Versorgungspraxis können jedoch mehr oder weniger ausgeprägt sein und variieren. Somit wird im Rahmen dieser Arbeit lediglich die These formuliert,

dass ein Zusammenhang zwischen der Barriere ökonomischer Anreizsystematik und der geringen Umsetzung assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen bestehe. Aussagen zum Ausmaß der Auswirkung sowie der Gewichtung der unterschiedlichen Anreizwirkungen können auf diesem Abstraktionsniveau nicht getroffen werden.

<b>Barrieren</b>	<p><b>Hypothese 8:</b> Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Barriere ökonomischer Anreizstrukturen unter Leistungserbringern und der geringen Umsetzung assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen.</p>
	<p><b>Hypothese 9:</b> Die Barriere mangelnder Information zu Behandlungsoptionen assistierter Heimdialyse unter den Leistungserbringern weist einen Zusammenhang zur geringen Indikationsstellung der assistierten Heim- sowie Peritonealdialyse dar.</p>
	<p><b>Hypothese 10:</b> Die unter älteren Patienten häufig unzureichende Aufklärung zu den Heimverfahren weist einen Zusammenhang zur geringen Inanspruchnahme der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen auf.</p>
	<p><b>Hypothese 11:</b> Die aktuell geringen Quoten der Peritonealdialyse weisen einen Zusammenhang zur geringen Umsetzung der assistierten Peritonealdialyse in deutschen Pflegeheimen auf.</p>
	<p><b>Hypothese 12:</b> Die Heterogenität der Konzepte zur Schulung des pflegerischen Assistenzpersonals weist einen Zusammenhang zur geringen Inanspruchnahme der assistierten Heimdialyse dar.</p>
	<p><b>Hypothese 13:</b> Der Fachkräftemangel in der Pflege wird mit einer eingeschränkten Umsetzbarkeit der Durchführung der Dialyse durch pflegerische Assistenz verbunden.</p>

**Tabelle 5:** Hypothesen zu Barrieren der aHD in Pflegeheimen<sup>16</sup>

Weiterhin wurde die mangelnde Information zur Behandlungsoption der assistierten Heimdialyse unter den Leistungserbringern als Barriere des Konzeptes unter Hypothese 9 formuliert (vgl. Abschnitt 5.3.2). Hier wurde sowohl von Unwissenheit im Bereich der Pflegeheime als auch der Nephrologen berichtet. Diese Hypothese lässt sich in Bezug auf die Nephrologen anhand der Befragung von Pommer et al. (2018b, S. 402) stützen, in dessen Rahmen 28 % der befragten Nephrologen angaben, die assistierte Heimdialyse aufgrund fehlender Kenntnisse oder Erfahrungen nicht durchzuführen.

In Zusammenhang mit dem schlechten Informationsstand der Ärzte steht auch die mangelnde Aufklärung der Patienten (vgl. Abschnitt 5.3.3). Somit wurde in Hypothese 10 formuliert, dass die häufig unzureichende Aufklärung der älteren Patienten zu Heimverfahren einen Zusammenhang zur geringen Inanspruchnahme der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen aufweise. Die Informationsasymmetrie zwischen Nephrologe und Patient könne mit häufig kognitiven Einschränkungen und sonstigen gesundheitlichen Belastungen der Patienten und somit eingeschränkten Optionen partizipativer Entscheidungsfindung begründet werden. Entsprechend der berufsrechtlichen Verpflichtung der Nephrologen, über alle Behandlungsoptionen zu informieren, müsse hier ein Paradigmenwechsel in Richtung der Förderung von Heimverfahren erreicht werden. Die Hypothese lässt sich anhand aktueller Literatur stützen. So ergab sich im Rahmen der Befragung von Pommer et al. (2018b, S. 402 f.), dass lediglich 40 % der befragten Nephrologen versuchen, ihre Patienten von der für Sie am besten geeigneten Option zu überzeugen, während es 52 % manchmal und 6 % niemals tun.

<sup>16</sup> Quelle: Eigene Erhebung.

Bereits in Hypothese 1 wurde ein Zusammenhang der erhöhten Umsetzbarkeit der Peritonealdialyse gegenüber der Heimhämodialyse zur assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen vermutet. Auf dieser Grundlage wurde in Hypothese 11 die Barriere der geringen Umsetzung der Peritonealdialyse thematisiert. Hier wird ein Zusammenhang zwischen der geringen Verbreitung der Peritonealdialyse und der geringen Umsetzung der assistierten Peritonealdialyse geschlossen (siehe Abschnitt 5.3.4). Das Ausmaß des Problems zeigt sich empirisch. Lediglich 0,25 % der Patienten bei Aufnahme ins Pflegeheim Peritonealdialyse erhalten. Selbst die regelhaft im Zentrum durchgeführte intermittierende Peritonealdialyse erfolgt lediglich bei 1,10 % der Population, während 98,65 % der Patienten per Hämodialyse behandelt werden (WIG2, 2019). Die geringe Größe der Patientenpopulation erschwert die Entwicklung eines effizienten, flächendeckendes Konzeptes.

In der 12. Hypothese wurde der Zusammenhang zwischen der Heterogenität der Konzepte zur Schulung pflegerischer Dialyseassistenz und der geringen Inanspruchnahme der assistierten Heimdialyse aufgezeigt. Die in diesem Punkt sehr unterschiedlichen Erfahrungen und Auffassungen der Experten repräsentieren die allgemeine Unsicherheit in Bezug zur Assistenzschulung. Neben der Schulung durch ärztliches Personal, der Schulung äquivalent zur Angehörigenschulung und die Unterstützung durch industrielle Unternehmen wurde als flächendeckendes Konzept das Curriculum zur assistierten Peritonealdialyse seitens NADia genannt (siehe Abschnitt 5.3.5). Der Aspekt der Schulung weist einen hohen Zusammenhang zu der Barriere ökonomischer Anreizstruktur auf. Die Voraussetzung der Implementierung eines zertifizierten Schulungskonzeptes besteht in der adäquaten Vergütung, jedoch ist die parallele Bearbeitung beider Barrieren von hoher Relevanz.

Abschließend wird in Hypothese 13 der Fachkräftemangel thematisiert. So bestehe sowohl im ambulanten als auch stationären Pflegesektor ohnehin ein Mangel qualifizierten Personals, sodass zu bedenken ist, ob die Zusatzqualifikation und damit verbundene Verantwortung nicht sogar zur Belastung für Pflegeheime werden könnte (siehe Abschnitt 5.3.6). Diese Hypothese lässt sich anhand der Publikation von Dratwa (2008, S. 573) stützen: Hier wurde unter Betrachtung der deutschen assistierte Peritonealdialyse-Strukturen und Implementation in Pflegeheimen bereits vor 11 Jahren das Hemmnis des Fachkräftemangels genannt. Der Fachkräftemange in der Pflege nimmt nicht bloß auf die Strukturen der assistierten Dialyse, sondern die gesamte Gesundheitsversorgung in Deutschland Einfluss. Aufgrund der Komplexität der Thematik des Fachkräftemangels in der Pflege bestehen umfassende Ansätze sowohl zur Behebung als auch zur Begrenzung der Folgen des Fachkräftemangels. Diese sollten in Zukunft weiterhin unterstützt sowie weiterentwickelt werden.

Nachdem die Hypothesen inhaltlich diskutiert wurden, erfolgt im folgenden Abschnitt eine Reflexion der Methodik in Bezug zur Qualität der Datenerhebung.

## *6.2 Diskussion der Erhebungsmethodik*

In diesem Abschnitt erfolgt die Diskussion der Datenerhebung und -auswertung im Rahmen dieser Forschungsarbeit.

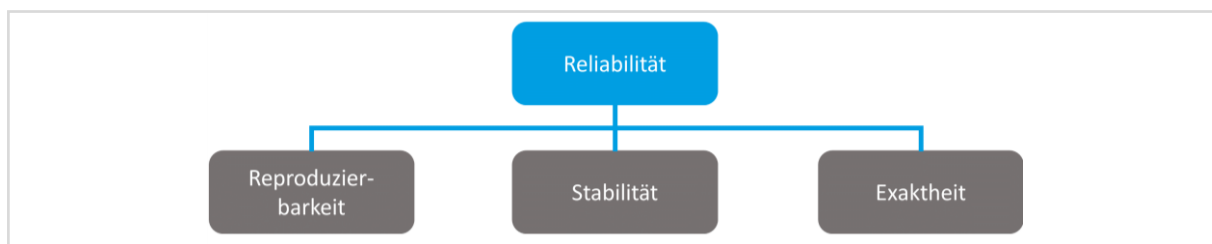
Im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Methodik werden die Gütekriterien in Maße der Reliabilität (6.2.1) und Validität (6.2.2) eingeteilt. Da die Reliabilität als Voraussetzung der Validität gilt, jedoch nicht umgekehrt, wird diese zuerst diskutiert (Mayring, 2015).

### 6.2.1 Diskussion der Reliabilität

Die Reliabilität (auch: „Zuverlässigkeit“) der Ergebnisse der durchgeführten qualitativen Inhaltsanalyse kann durch die Stabilität, Reproduzierbarkeit und Exaktheit gemessen werden (Mayring, 2015). Eine Übersicht der Reliabilität bietet **Abbildung 6**.

Die Reproduzierbarkeit bezeichnet das Maß, in dem die Analyse unter anderen Gegebenheiten oder anderen Forschenden zu denselben Erkenntnissen führe (Mayring, 2015). Grundsätzlich erfolgt die Datenerhebung qualitativer Sozialforschung unter Interaktion des Forschenden mit dem betreffenden Forschungsmaterial und impliziert somit ein hohes Verzerrungspotenzial. Im Rahmen der Analyse sowie Interpretation des Materials wurde jedoch durch systematische Dokumentation und Begründung aller Arbeitsschritte ein hohes Maß der adäquaten Reproduzierbarkeit angestrebt.

Die Exaktheit bezeichnet das Maß zu dem die Analyse einem „funktionellen Standard“ (Mayring, 2015, S. 128) entspreche. Die Exaktheit wurde durch Rücküberprüfung der Auswertungseinheiten anhand der Ankerbeispiele und Kategorien sowie des Zusammenlegens redundanter Kategorien erhöht. Die dabei entstehende Datenreduktion kann auf der anderen Seite jedoch auch zu Daten- und Erkenntnisverlust führen. Da die vorliegende Arbeit den Zweck erfüllt komplexe Zusammenhänge übersichtlich zu systematisieren sowie zentrale Potenziale und Barrieren zu skizzieren, besteht ohnehin ein hohes Abstraktionsniveau. Somit wird die Datenreduktion in diesem Rahmen akzeptiert.



**Abbildung 6:** Maße der Reliabilität im Rahmen der qualitativen Erhebung<sup>17</sup>

Auch die persönliche Interviewdurchführung weist ein gewisses Risiko systematischer Verzerrung auf. Hierbei können situativ-, und umgebungsbedingte Unterschiede, aber auch die Tagesform der Interviewteilnehmer oder Kompetenz des Forschenden eine Rolle spielen. Hinsichtlich der im Rahmen von Experteninterviews tendenziell sachlichen Bezugsebene wurde dieser Effekt als geringer eingeschätzt als bei Fragestellungen emotionaler, traumatischer Behaftung. Zur Minimierung dieser Effekte wurden situationsbezogene Besonderheiten während der Interviews notiert. Eine Limitation bestand in der Formulierung der Fragestellungen, welche im Leitfaden vorformuliert, jedoch im Rahmen der Interviews an das Gespräch adjustiert wurden. Hier könnte die Vergleichbarkeit einschränken und Verzerrungspotenzial haben.

Ebenso konnte im Rahmen der Auswertung keine Intercoderreliabilität gewährleistet werden, da die Bearbeitung der Forschungsarbeit auf eine Forscherin begrenzt war. Durch eine exakte Dokumentation sowie Begründung der systematischen Vorgehensweise in Stichprobenbildung, Leitfadententwicklung, Interviewdurchführung sowie -auswertung wurde antizipiert, diesen Effekt so gering wie möglich zu halten.

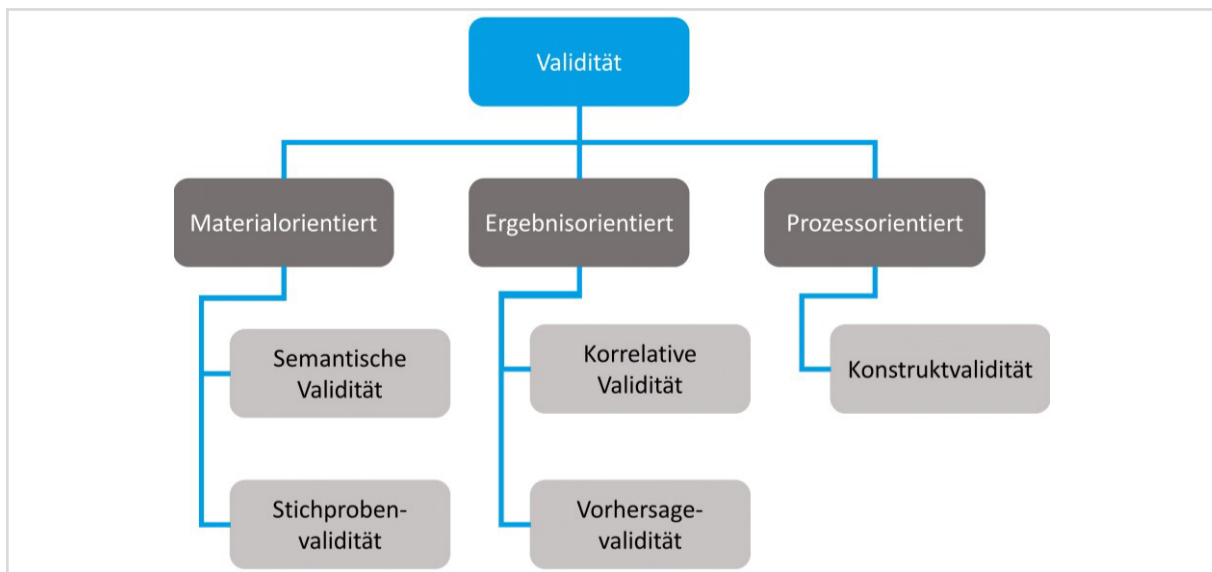
### 6.2.2 Diskussion der Validität

In Bezug zur Validität (auch „Gültigkeit“) der qualitativen Inhaltsanalyse kann zwischen der material-, ergebnis- und der prozessorientierten Validität unterschieden werden (Mayring 2015). Diese werden

<sup>17</sup> Quelle: Mayring (2015, S. 126).

in **Abbildung 7** in ihrer Ordnung sowie weiteren Differenzierung dargestellt und im folgenden Abschnitt diskutiert.

Die materialorientierte Validität kann sowohl in der qualitativen Sozialforschung als auch im spezifischen Rahmen einer qualitativer Inhaltsanalyse durch die semantische- und die Stichprobenvalidität abgebildet werden (Mayring, 2015). Die semantische Validität bezieht sich auf die „Angemessenheit der Kategoriendefinition“ (Mayring, 2015, S. 126). Diese sollte durch die Angabe von Ankerbeispielen inklusive der Zeilenangaben und Festlegung der Kodierregeln erhöht werden. Die Angabe von Belegstellen setzt eine starke Orientierung am direkten Material voraus. Dennoch ist zu erwähnen, dass die Interpretation einzelner Textstellen interpersonal variieren kann und somit jedes Ankerbeispiel im Rahmen des zugehörigen Absatzes und thematischen Kontextes eingebettet analysiert wurde, um dieses Verzerrungspotenzial zu minimieren.



**Abbildung 7:** Betrachtete Gütekriterien der Validität in der qualitativen Erhebung<sup>18</sup>

Die Stichprobenbildung der qualitativen Sozialforschung weist grundsätzlich im Vergleich zum Gütekriterium der statistischen Repräsentativität in der quantitativen Sozialforschung ein hohes Verzerrungspotenzial auf. Anhand einer Hintergrund- und Kontextanalyse des Hintergrundes der Befragten und der Einbettung der Interpretation in diesen Kontext sollte dieser minimiert werden. In diesem Kontext ist beispielsweise zu erwähnen, dass I1 sowie I4 aktiv im NADia tätig sind sowie I2 diese ebenfalls unterstützt. Diese weisen jedoch verschiedene Akteurs-Perspektiven auf und können somit trotz dieses Verzerrungspotenzials in Bezug zu professionsspezifischen Perspektiven differenziert werden. Außerdem ist zu erwähnen, dass I4 als Schulungspartner eine Verbindung zur Industrie aufweist. Die soeben dargestellten Begebenheiten wurden bei der Interpretation der Daten einbezogen, dokumentiert und diskutiert. Der Selektionsbias sollte mittels breiter Recherchearbeit sowie Betrachtung von Akteuren verschiedener Professionen sowie unterschiedlichen Bezügen zur assistierten Heimdialyse minimiert werden.

In Bezug zur ergebnisorientierten Validität besteht ein Maß in der korrelativen Validität. Diese bezeichne die Validierung der Ergebnisse mit einem Außenkriterium. Dieses ist idealerweise mittels anderer Methodik gewonnen (Mayring, 2015). Während im Kapazitätsrahmen dieser Bachelorarbeit keine Validierung der generierten Hypothesen möglich war, erfolgte in Abschnitt 6.1 eine Diskussion der Ergebnisse unter Einbezug von sowohl quantitativen Routinedaten des WIG2 sowie aktueller wissenschaftlicher Literatur. Die Vorhersagevalidität bezeichnet das Maß in der sich Prognosen aus der

<sup>18</sup> Quelle: Mayring (2015, S. 127).



Analyse ableiten lassen. Aufgrund der multifaktoriellen Betrachtung und Diskussion aus verschiedenen Akteurs-Perspektiven mit relevantem Fachwissen wird die Prognostizierbarkeit dieser Erhebung durchaus hoch eingeschätzt. Diese wird jedoch ebenfalls vom Verzerrungspotenzial der in der qualitativen Sozialforschung sehr kleinen Stichprobe eingegrenzt.

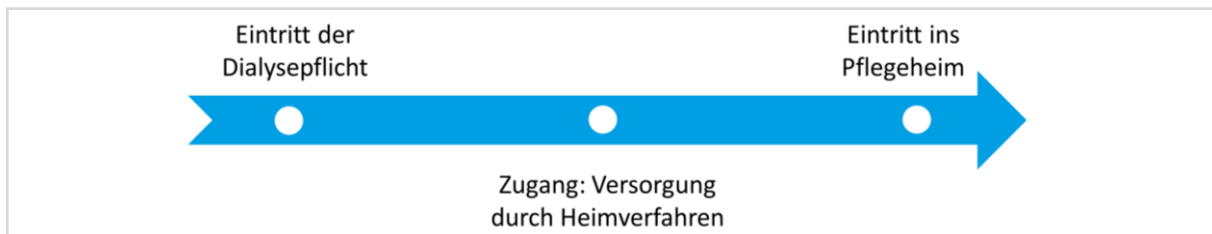
Die prozessorientierte Validität kann durch die Konstruktvalidität dargestellt werden. Diese wird anhand von Erfolgen mit ähnlichen Konstrukten im vorliegenden Kontext erhöht (Mayring, 2015). Die Vorlage zur Erhebung durch Experteninterviews bot in diesem Falle das Gutachten „Status Quo und Zukunft der Heimdialyse“ von Klein et al. (2014), welche eine ähnliche Methodik zur Fragestellung in diesem Kontext nutzte.

### 6.3 Handlungsempfehlungen für die Zukunft assistierter Heimdialyse in Altenpflegeheimen

Im Rahmen der Diskussion zu Implikationen und Handlungsansätzen der Förderung der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen wurden von den Experten bereits wichtige Ansätze genannt, welche nun im Kontext der Erkenntnisse dieser Arbeit diskutiert und subsumiert werden.

Bevor weitere Diskussionen zu Handlungsfeldern und Interventionen diskutiert werden, ist zunächst der Zeitpunkt der Intervention zur Einleitung der assistierten Heimverfahren in diesem Setting entscheidend.

Hier wurde im Rahmen von Hypothese 2 die hohe Relevanz des Einstiegs in die Heimverfahren vor Eintritt ins Pflegeheim genannt (vgl. Abschnitt 5.2.2). Aus dieser Hypothese wurde somit als Ansatzpunkt der Interventionen im Rahmen des Behandlungsverlaufs des Patienten der Zeitraum zwischen dem Eintritt der Dialysepflicht sowie der Einleitung der Therapieeinleitung identifiziert (vgl. **Abbildung 8**). In diesem Zeitraum wurde die zentrale Barriere der mangelnden Aufklärung der Patienten durch den Nephrologen verortet (vgl. Abschnitt 5.2.4).



**Abbildung 8:** Ansatzpunkt der aHD bereits vor Heimeintritt<sup>19</sup>

Doch woraus resultiert die unzureichende Aufklärung des Patienten zu den Heimverfahren? Die mangelhafte Aufklärung ist anhand der in Kapitel 5 identifizierten Barrieren auf zwei zentrale Hemmnisse zurückzuführen: Die ökonomische Anreizstruktur (Hypothese 7) sowie die mangelnde Information der Leistungserbringer (Hypothese 8).

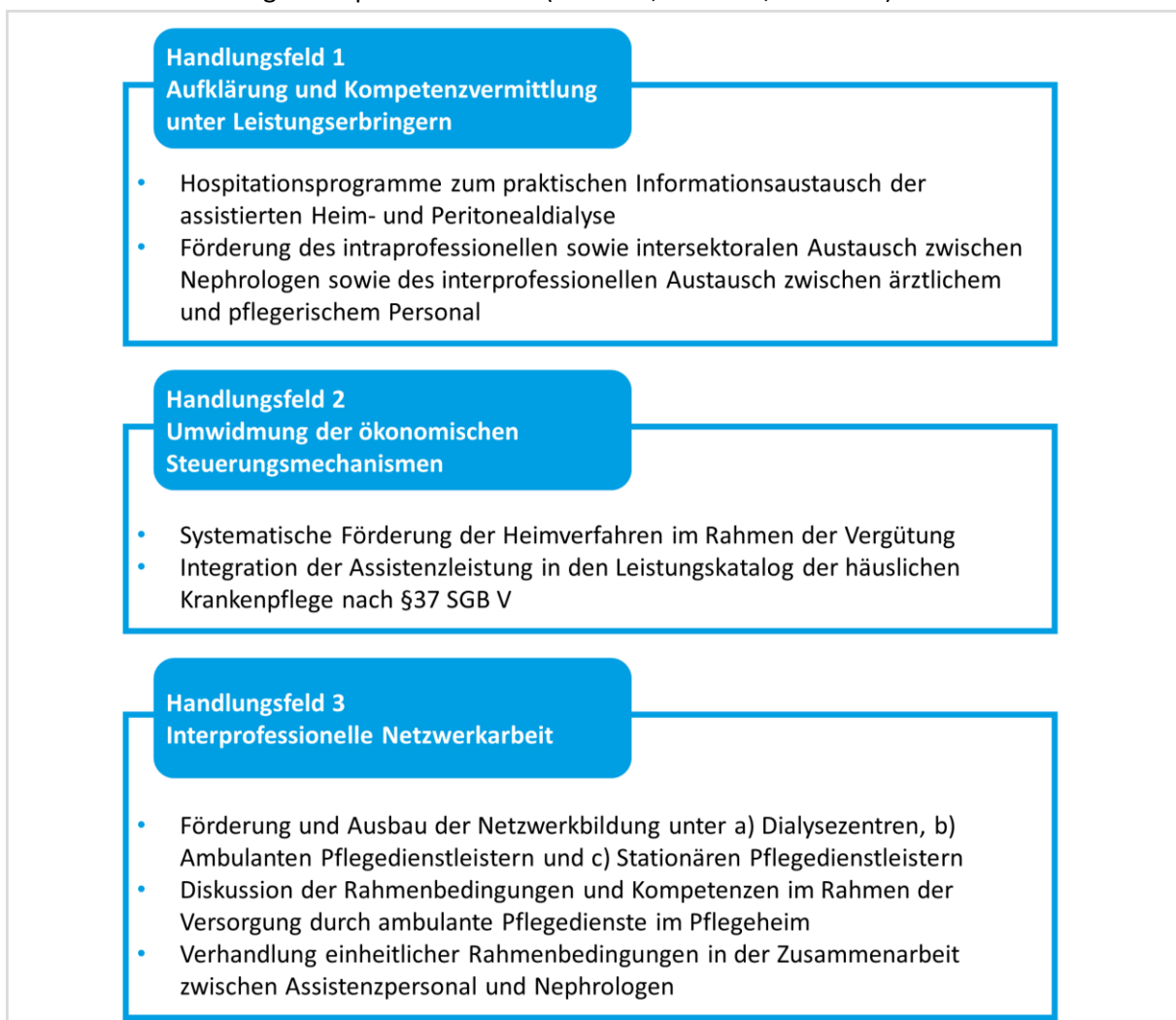
Aus dieser Analyse lassen sich bereits 2 der 3 Handlungsfelder ableiten: 1) „Kompetenzvermittlung und Aufklärung der Leistungserbringer“ sowie die 2) Umwidmung der ökonomischen Steuerungsmechanismen (vgl. **Abbildung 9**).

Ziel des Handlungsfeldes der „Aufklärung und Kompetenzvermittlung“ besteht neben der Förderung der Heimverfahren auch auf besondere Weise der höheren Anwendung der PD, dessen Potenzial als

<sup>19</sup> Quelle: Eigene Erhebung.

besonders hoch eingeschätzt wurde (Hypothese 1). Als Handlungsansatz zur Erweiterung des Informationsstandes zur assistierten Heimdialyse unter Nephrologen wurde von 50 % der Experten die Hospitation zur Kompetenzvermittlung genannt (I3: 395 ff.; I4: 563 ff.). Dieser Ansatz soll sowohl zum Zwecke des Austausches ambulanter Nephrologen (I4: 563 f.) als auch zum Austausch zwischen stationär-tätigen und ambulanten Nephrologen genutzt werden (I3: 382 f.). Weiterhin wurden die stärkere Verankerung der Heimverfahren im Curriculum der Facharztausbildung (I4: 561 ff.) sowie schulische Interventionen und Weiterbildung für bereits niedergelassene Nephrologen gefordert (I4: 399 f.).

Aktuell besteht seitens der Internetpräsenz des NaDia bereits eine Informationsquelle und Hilfestellung für interessierte Nephrologen (I4: 405 ff.). Ebenfalls wurde der Auf- und Ausbau der pflegerischen Infrastruktur durch Schulungskonzepte thematisiert (I1: 283 f.; I2: 378 f.; I4: 548 ff.).



**Abbildung 9:** Handlungsfelder zur Förderung assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen<sup>20</sup>

Unter dem Aspekt der intersektoralen Kommunikation wurde ebenfalls auf die Relevanz der Integration des Entlassungsmanagements als Ansatzpunkt der Einleitung assistierter Heimdialyse im Rahmen stationärer Aufenthalte hingewiesen. Hier könne der Sozialdienst in Krankenhäusern ansetzen (I3 440 ff.). Die hohe Relevanz der Schnittstelle zwischen stationärer Einleitung der Dialyse und Einleitung der assistierten Heimdialyse zeigt sich auch empirisch. So konnte im Rahmen der Sekundärdatenanalyse des WIG2 (2019) ein Anstieg der stationären Kosten im Quartal der Einweisung ins Pflegeheim sowie des Vorquartals festgestellt werden. Dies wird ebenfalls durch eine Studie von Montez-Rath et al.

<sup>20</sup> Quelle: Eigene Erhebung.

(2017, S. 1220) unterstützt, in dessen Rahmen beobachtet wurde, dass die Dialyse bei >60 % einer Stichprobe von 28,049 dialysepflichtigen Patienten in Pflegeheimen während eines stationären Aufenthaltes initiiert wurde. Letztere Studie bezieht sich jedoch nicht auf die deutsche Versorgung, weshalb die Übertragbarkeit eingeschränkt sein könnte.

Handlungsfeld 2 besteht in der „Umwidmung der ökonomischen Steuerungsmechanismen“. Dieses Handlungsfeld betrifft in besonderem Maße die Anreizsystematik, welche in Abschnitt 5.3.1 als Barriere der assistierten Hemodialyse identifiziert wurde. Voraussetzung dieser Anstrengung besteht in einem Paradigmenwechsel in Richtung Heimverfahren. Lediglich die richtige Anreizsetzung im Rahmen der ärztlichen Vergütung führt in Kombination mit Handlungsfeld 1 zu höherer Inanspruchnahme der Peritoneal- sowie assistierten Hemodialyse.

Die Handlungsfelder sind unabhängig voneinander zu sehen, weisen jedoch eine gewisse Interdependenz auf. So verfolgt Handlungsfeld 1 das Ziel erhöhter PD-Quoten, während zur nachhaltigen Erhöhung der assistierte-Peritonealdialyse-Quoten sowohl Handlungsfeld 1 als auch 2 zentral sind. Eine sukzessive Erhöhung der Inanspruchnahme der Peritonealdialyse führt jedoch zu einer größeren Patientenpopulation und somit besserer Handlungs- sowie Verhandlungsgrundlage für Handlungsfeld 2.

Unterstützend dazu setzt hier parallel dazu das Handlungsfeld 3 der „Interprofessionellen Netzwerkbildung“ an. Als Voraussetzung der Zielsetzung einer Ganzheitlichen Lösung auf dem Weg in die Regelversorgung wurde von den Experten wiederholt die Netzwerkbildung unter Leistungserbringern betont (I1: 288 ff.; I3: 440; I4: 456 ff.). Hier wurden als Aktivitäten die Verhandlungen der Rahmenbedingungen zum Eintritt ambulanter Pflegedienste ins Pflegeheim sowie die in der Zusammenarbeit zwischen Pflegepersonal und Nephrologen/Zentrum herausgearbeitet. Diese wurden identifiziert, da diese im Rahmen dieser Erhebung zu unterschiedlichen Argumentationen und Auffassungen zwischen den Experten führten.

#### *6.4 Forschungspotenziale zur assistierten Hemodialyse in Altenpflegeheimen*

Während im letzten Abschnitt bereits die Validität sowie Reliabilität und Limitationen der vorliegenden Forschungsarbeit thematisiert wurden, erfolgt darauf aufbauend nun eine Darstellung der in diesem Rahmen ermittelten Forschungslücken und Potenzialen zukünftiger Forschungen im Bereich der assistierten Hemodialyse in Altenpflegeheimen.

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte explorative Untersuchung des Feldes eröffnet eine kategorisierte Struktur der zentralen Aspekte, welche in Zusammenhang zu den Perspektiven der assistierten Hemodialyse in Pflegeheimen von Relevanz sind. Zunächst können auf dieser Grundlage einzelne Hypothesen gezielt anhand quantitativer Erhebungsmethodik validiert werden. In diesem Rahmen könnte zum Beispiel die ökonomische Anreizsystematik näher beleuchtet und quantifiziert werden. Ebenfalls könnte der Nutzen aus gesellschaftlicher Perspektive im Rahmen einer gesundheitsökonomischen Evaluation abgebildet werden. Eine Untersuchung dieser Art würde auch die Erhebung der Lebensqualität oder weiteren Outcome-Parametern der Dialyseversorgung im Pflegeheim implizieren.

Anhand der qualitativen Vertiefung einzelner Hypothesen könnte ergänzend auch die Perspektive der Kostenträger untersucht werden. Ebenfalls kann die qualitative Erhebung der Empfindungen der betroffenen Patienten in Form von offenen qualitativen Interviews vertieft werden. Ähnliches gilt für die Akteurs-Perspektive des Assistenzpersonals, dessen Belastungen und Empfindung der Assistenz in Form von problemzentrierten Interviews untersucht werden könnte.

Ein weiterer zentraler Aspekt, welcher im Rahmen dieser Forschungsarbeit aufgrund der begrenzten Kapazität einer Bachelorarbeit nicht thematisiert werden konnte, sind die rechtlichen Aspekte. Im Bereich der Aufgabenneuverteilung sowie Assistenzleistung im Pflegeheim spielen Haftung und rechtliche Kompetenzen der Berufsgruppen eine wichtige Rolle. Weiterführende rechtliche Gutachten zur Regelung dieser Aspekte könnten eine wichtige Basis der erfolgreichen Umsetzung assistierter Heimdialyse sowohl im Altenpflegeheim als auch im allgemeinen Versorgungsbereich der assistierten Dialyse sein.

Weiterhin bestehen im Behandlungsverlauf assistierter Dialyse diverse Schnittstellen zwischen Versorgungssektoren. Während die Schnittstellen der Gesundheits- und Pflegeversorgung in dieser Arbeit in ihren Ansätzen exploriert wurden, bestehen Potenziale zur ganzheitlichen Integration des akutstationären Sektors im Sinne des Entlassungsmanagements sowie dem mit der Pflege in hohem Maße interdependenten Bereich der Rehabilitation. Zum Ausbau der pflegerischen Infrastruktur zur Assistenzleistung könnten erarbeitete Konzepte wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Hier könnten qualitätsrelevante Parameter Prä-Schulung und Post-Schulung erhoben und vergleichend analysiert werden. Hier könnten insbesondere Qualitätsunterschiede zwischen examiniertem und ungelerntem Pflegepersonal quantifiziert werden und die weitere Entwicklung von Richtlinien und Maßnahmen der Qualitätssicherung beeinflussen.

Hinsichtlich der aufgrund der begrenzten Kapazitäten lediglich erwähnten internationalen Perspektiven sowie den von Experten erwähnten Beispielen europäischer Nachbarländer könnte auf dieser Grundlage ein systematischer Ländervergleich von Deutschland mit Dänemark, Frankreich oder des Anreizsystems der Schweiz durchgeführt werden. Hier besteht eine Limitation in der geringen Studienlage, könnte jedoch auch in Form empirischer Erhebungen oder Expertengutachten exploriert werden. Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Thematik auf Grundlage der in dieser Arbeit generierten Hypothesen diverses Potenzial zukünftiger interdisziplinärer Forschungsaktivitäten bietet.

## 7 Fazit und Ausblick

Zu Beginn der Arbeit wurde anhand des Anstiegs dialysepflichtiger Patienten in stationärer Pflege mit parallelem Rückgang nephrologischen Fachpersonals sowie der aktuellen Belastungen durch die Versorgung per Zentrumsdialyse das zentrale Forschungsinteresse: „Worin bestehen die Potenziale und die Barrieren der assistierten Heimdialyse zur Versorgung von chronisch-dialysepflichtigen Menschen mit terminaler Niereninsuffizienz im Setting der stationären Altenpflege?“ begründet.

Unter induktiver Vorgehensweise wurden vier Experteninterviews mit Repräsentation interprofessioneller Akteure der Dialyseversorgung durchgeführt und systematisch ausgewertet. Es wurden 13 Hypothesen zu Potenzialen und Barrieren der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen generiert.

Als Potenziale der assistierten Heimdialyse in deutschen Pflegeheimen wurde zunächst die höhere Umsetzbarkeit assistierter Peritonealdialyse gegenüber der Hämodialyse identifiziert. Unter der Voraussetzung adäquater Schulung bestehe hier das Potenzial der Gewährleistung einer der Zentrumsdialyse gleichen Versorgungsqualität. Die Investition in Schulung und Vergütung des Assistenzpersonals wurde als alternative Nutzung der Transportkosten mit erhöhter ökonomischer Effizienz verbunden als der Transport zur Zentrumsdialyse. Weiterhin wird die externe Assistenz durch ambulante Pflegedienste im Pflegeheim mit erhöhter Umsetzbarkeit verbunden als die Schulung heiminternen Personals. Als Kriterium des Zugangs zur Versorgung mit assistierter Heimdialyse in Pflegeheimen wurde die Behandlung durch Heimverfahren vor Heimeintritt identifiziert. Schlussendlich kann die assistierte Heimdialyse in Pflegeheimen mit einer Steigerung der Lebensqualität dieser Patienten verbunden werden und könnte perspektivisch über die Koordination durch den Nephrologen sowie Netzwerkarbeit in der Regelversorgung verortet werden.

Als Barrieren der assistierten Heimdialyse wurden neben der ökonomischen Anreizstruktur und mangelnden Information zur assistierten Heimdialyse unter den Leistungserbringern, unzureichende Aufklärung der Patienten, die geringe Verbreitung der Peritonealdialyse, die Heterogenität der Konzepte zur Schulung pflegerischen Assistenzpersonals sowie der Fachkräftemangel in der Altenpflege identifiziert.

Es konnten drei Handlungsfelder zur Förderung der assistierten Heimdialyse identifiziert werden: Aufklärung und Kompetenzvermittlung unter Leistungserbringern, die Umwidmung der Steuerungsmechanismen sowie die interprofessionelle Netzwerkarbeit. Zukünftige Forschungsaktivitäten können die in dieser Arbeit generierten Hypothesen unter qualitativer sowie quantitativer Methodik untersuchen sowie Aspekte der Rechtsgrundlagen, Schnittstellenprobleme sowie Ländervergleiche vertiefend explorieren.

Abschließend wurde die Umsetzung der assistierten Heimdialyse im Setting der stationären Altenpflege als komplexes Vorhaben identifiziert, welches jedoch das Potenzial aufweist einer wachsenden Gruppe an Patienten einen qualitativ hochwertigen sowie würdevollen Lebensabschnitt zu ermöglichen. Der flächendeckenden Implementierung im deutschen Gesundheitssystem stehen komplexe Barrieren und gefestigte Strukturen entgegen, dessen Bearbeitung multiprofessionelle Anstrengungen unter allen beteiligten Akteuren erfordern.

Perspektivisch ist hier ein Paradigmenwechsel in Richtung der Priorisierung von Heimverfahren in der nephrologischen Versorgung erforderlich, welcher im weiteren Zeitverlauf auch das Setting des stationären Pflegeheims erreichen wird.

## Literaturverzeichnis

- Arestéh, K., Baenkler, H., Bieber, C., Brandt, R. & Chatterjee, T. (2018). *Innere Medizin – Duale Reihe*. 4. überarb. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- AQUA (Hrsg.). (2016). *Sektorenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen nach §137 a SGB V: Nierenersatztherapie bei chronischem Nierenversagen. Abschlussbericht. Stand 8. Februar 2016*. Göttingen: AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH. Online: [https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua\\_de/Projekte/449\\_Nierenersatztherapie/Nierenersatztherapie\\_Abschlussbericht.pdf](https://www.aqua-institut.de/fileadmin/aqua_de/Projekte/449_Nierenersatztherapie/Nierenersatztherapie_Abschlussbericht.pdf) (abgerufen am 02.07.2019).
- Béchade, C., Lobbedez, T., Ivarsen, P. & Povlsen, J. (2015). Assisted peritoneal dialysis for older people with end-stage renal disease: The french and danish experience. *Peritoneal Dialysis International*, 35, 663–666.
- BMG (Hrsg.). (2019a). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung*. Bonn (u. a.): Bundesministerium für Gesundheit. Online: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen\\_und\\_Fakten/Zahlen-u-Fakten-zur-Pflegeversicherung\\_2019.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Downloads/Statistiken/Pflegeversicherung/Zahlen_und_Fakten/Zahlen-u-Fakten-zur-Pflegeversicherung_2019.pdf) (abgerufen am 15.06.2019).
- BMG (Hrsg.). (2019b). *Sofortprogramm Pflege. Gesetz zur Stärkung des Pflegepersonals (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG)*. Bonn (u. a.): Bundesministerium für Gesundheit. Online: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/sofortprogrammpflege.html#c13145> (abgerufen am 23.06.2019).
- Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (2014). *Interviews mit Experten – Eine praxisorientierte Einführung*. (Qualitative Sozialforschung). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Braun, F. & Brink-Kötter, P. (2017). Hohe Lebenserwartung – Die Niere altert mit. *Der Allgemeinarzt*, 2017(2), 46–50.
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). (2019). *Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt–Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (abgerufen am 15.06.2019).
- DGfN (Hrsg.). (2016). *Dialysestandard der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie in Zusammenarbeit mit dem Verband Deutsche Nierenzentren e.V. sowie der Gesellschaft für Pädiatrische Nephrologie (GPN). Fassung vom 23.03.2016*. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Nephrologie. Online: <https://www.dgfn.eu/dialyse-standard.html> (abgerufen am 19.06.2018).
- Dratwa, M. (2008). Costs of home assistance for peritoneal dialysis: Results of a European Survey. *Kidney International*, 74, 572–575.
- Dudenredaktion (Hrsg.) (o. J.a). „Barriere“ auf Duden online. Online: <https://www.duden.de/node/18620/revision/18649> (abgerufen am 20.06.2019).
- Dudenredaktion (Hrsg.) (o. J.b). „Potenzial“ auf Duden online. Online: <https://www.duden.de/node/113816/revision/113852> (abgerufen am 20.06.2019).

- G-BA (Hrsg.). (2019). *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Stand: 17. Januar 2019*. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss. Online: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL\\_2019-01-17\\_iK-2019-02-22.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1770/HKP-RL_2019-01-17_iK-2019-02-22.pdf) (abgerufen am 19.06.2019).
- Hall, R., O'Hare, M., Anderson, R. & Colón-Emeric, C. (2013). End-Stage Renal Disease in Nursing Homes: A Systematic Review. *J Am Med Dir Assoc.*, 14(4), 242–247.
- Iyasere, O., Brown, E., Johansson, L., Huson, L.; Smee, J., Maxwell, A. & Davenport, A. (2016). Quality of Life and Physical Function in Older Patients on Dialysis: A Comparison of Assisted Peritoneal Dialysis with Hemodialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11(3), 423–440.
- KBV (Hrsg.). (2019). *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) in der Fassung mit Wirkung vom 01. Juli 2019. Gebührenordnungspositionen der Nephrologie und Dialyse*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online: <https://www.kbv.de/html/13259.php?srt=relevance&stp=fulltext&q=dialyse&s=Suchen> (abgerufen am 05.07.2019).
- KBV (Hrsg.). (2018). *Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten (Anlage 9.1 BMV-Ä/EKV) vom 22. März 2002 in der Fassung vom 14. Mai 2018*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online: [https://www.kbv.de/media/sp/09.1\\_Niereninsuffizienz.pdf](https://www.kbv.de/media/sp/09.1_Niereninsuffizienz.pdf) (abgerufen am 20.06.2019).
- KBV (Hrsg.). (2014). *Vereinbarung gemäß §125 Abs. 2 SGB V zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren (Qualitätssicherungsvereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren) vom 16. Juni 1997 in der Fassung vom 1. April 2014*. Berlin: Kassenärztliche Bundesvereinigung. Online: <https://www.kbv.de/media/sp/Blutreinigungsverfahren.pdf> (abgerufen am: 23.06.2019).
- KfH (Hrsg.). (2018). *KfH-Jahresbericht 2018. Einsichten und Ansichten*. Neu-Isenburg: KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation. Online: [https://static.kfh.de/user\\_upload/JB\\_2018\\_online.pdf](https://static.kfh.de/user_upload/JB_2018_online.pdf) (abgerufen am: 30.06.2019).
- Klein, S., Lottmann, K. & Bleß, H. (2014). *Status Quo und Zukunft der Heimdialyse*. (Forschung und Entwicklung im Gesundheitswesen. IGES Institut, Bd. 5.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Mayer, H. (2013). *Interview und schriftliche Befragung. Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung*. 6. überarb. Aufl. München: Oldenbourg.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. überarb. Aufl. Weinheim (u. a.): Beltz.
- Meuser, M. & Nagel, U. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht: Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: D. Garz, & K. Kraimer (Hrsg.). *Qualitativ-empirische Sozialforschung: Konzepte, Methoden, Analysen*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 441–471.
- MNC (Hrsg.). (2017). *Jahresbericht 2017 des Datenanalytischen zur Qualität in der Dialyse nach QSD-RL*. Münster: Medical Netcare GmbH. Online: [https://www.gba.de/downloads/17-98-4613/2018-07-19\\_QSD-RL\\_MNC-Jahresbericht-2017\\_Bericht.pdf](https://www.gba.de/downloads/17-98-4613/2018-07-19_QSD-RL_MNC-Jahresbericht-2017_Bericht.pdf) (Revisionsdatum 18.06.2018).
- Montez-Rath, M., Zheng, Y., Tamura, M., Grubbs, V., Winkelmayr, W. & Chang, T. (2017). Society of General Internal Medicine. Hospitalizations and Nursing Facility Stays During the Transition from CKD to ESRD on Dialysis: An Observational Study. *J Gen Intern Med*, 32(11), 1220–1227.
- NADia (2019). *Projektbeschreibung Assistierte Dialyse*. Berlin: Netzwerk Assistierte Dialyse. Online: <https://nadia-netzwerk.de> (abgerufen am 12.06.2019).

- Pfaff, H. (2003). *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Pommer, W., Su, X., Zhang, M., Liu, F. & Yin, L. (2018a). Implementing Assisted Peritoneal Dialysis in Renal Care: a Chinese-German Perspective. *Kidney and Blood Pressure Research*, 43(5), 1646–1654.
- Pommer, W., Wagner, S., Müller, D. & Thumfart, J. (2018b). Attitudes of nephrologists towards assisted home dialysis in Germany. *Clinical Kidney Journal*, (3), 400–405.
- Raddatz, A., Iseke, K., Oleimeulen, U., Pommer, W., Alscher, M., Birk, H., ... Pfab, T. (2017). Assistierte Dialyse – Eine Perspektive für Deutschland. *Welt der Krankenversicherung* 6(9), 210–216.
- Simon, M. (2017). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise*. 6., aktual. Aufl. Bern: Hogrefe.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2018). *Pflegestatistik 2017 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Pflegeheime*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis). Online: [https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegeheime-5224102179004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=5](https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/laender-pflegeheime-5224102179004.pdf?__blob=publicationFile&v=5) (abgerufen am 12.07.2019).
- WIG2 (Hrsg.). (2019). *Dialysepflichtige Patienten in der stationären Pflege – Zahlen, Daten, Prognosen. Fachvortrag*. Berlin: Deutscher Pflegekongress 2019.
- Yang, A., Lee, M. & Hocking, K. (2016). An updated review: Health outcomes in nursing home patients on dialysis. *Nephrol. News Issues* 30(12), 14–8.



## Anhang 1: Interview-Leitfaden

### 1. Tätigkeit der Experten

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
1A	<i>Wir beginnen mit einer Einstiegsfrage.</i>	
	<p><b>LF:</b> Erläutern Sie bitte kurz Ihre berufliche Tätigkeit und Bezug zur assistierten Heimdialyse.</p> <p><b>NF:</b> Waren Sie bereits direkt an der Versorgung der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen beteiligt? Wenn ja, berichten Sie bitte von Ihren Erfahrungen.</p>	

### 2. Aktuelle Umsetzung in Deutschland

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
2A	<i>Zuerst möchte ich ein wenig zu Ihrer Einschätzung der aktuellen Umsetzung der Heimdialyse in Altenpflegeheimen wissen.</i>	
	<p><b>LF:</b> Berichten Sie bitte Ihrer Erfahrung nach von der bisherigen Verbreitung und Umsetzung der Versorgung durch die assistierte Heimdialyse in Altenpflegeheimen in Deutschland?</p> <p><b>NF:</b> Inwiefern unterscheidet sich die Ausgestaltung?</p> <p><b>NF:</b> Bestehen hier größere regionale Unterschiede?</p>	

### 3. Eignung und Indikation zur assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
3A	<i>Zuerst möchte ich ein wenig zu Ihrer Einschätzung der aktuellen Umsetzung der Nun würde ich gerne näher auf Aspekte der Eignung der PatientInnen und Indikation zur assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen eingehen. Ältere und pflegebedürftige Patienten in stationärer Pflege stellen eine in ihren Bedürfnissen besondere Patientenpopulation dar.</i>	
	<p><b>LF:</b> Dazu meine Frage: Bitte erläutern Sie Ihre Einschätzung zur Umsetzbarkeit der assistierten Heimdialyse durch qualifiziertes Pflegepersonal unter dieser PatientInnengruppe ein?</p> <p><b>NF</b> an ärztliche Befragte: Anhand welcher Kriterien würden Sie chronisch dialysepflichtigen PatientInnen im Altenpflegeheim die Versorgung durch die assistierte Heimdialyse empfehlen?</p> <p><b>NF:</b> Wie sehen Sie die Umsetzbarkeit der assistierten Heimdialyse durch Pflegepersonal unter älteren und pflegebedürftigen in Bezug auf die Eigenverantwortung der PatientInnen?</p>	
3B	<i>Im Rahmen der Heimdialyseverfahren wird neben der Peritonealdialyse (PD) auch die Heimhämodialyse (HHD) angeboten.</i>	
	<p><b>LF:</b> Welche Art des Dialyse-Verfahrens halten Sie die assistierte Dialyseversorgung in Altenpflegeheimen für denkbar?</p> <p><b>NF:</b> Das am häufigsten angewandte Dialyseverfahren ist die Hämodialyse. Gestaltet sich der Umstieg von der Hämo- zur Peritonealdialyse für die PatientInnen Ihres Wissens nach problematisch?</p> <p><b>NF:</b> Welches Verfahren der Peritonealdialyse halten Sie im Rahmen der assistierten Dialyse in Pflegeheimen für geeignet?</p>	

#### 4. PatientInnen-Präferenzen

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
4A	<p><i>In diesem Abschnitt möchte ich näher auf Ihre Erfahrungen zu Präferenzen der PatientInnen eingehen.</i></p> <p><b>LF:</b> Wie würden Sie Ihrer Erfahrung nach die Präferenzen der älteren und pflegebedürftigen Patienten bezüglich der Dialyseversorgung einschätzen?  <b>NF:</b> Wie schätzen Sie den Informationsstand zur Heimdialyse-Option unter diesen PatientInnen ein?  <b>NF:</b> Gibt es Ihrer Erfahrung nach Vorbehalte gegenüber der assistierten Heimdialyse? Insbesondere bei der Assistenz durch Pflegepersonal?  <b>NF:</b> Wo besteht Ihrer Meinung nach Potenzial zum Ausbau der Information der PatientInnengruppe Handlungsansätze?</p>	
4B	<p><b>LF:</b> Wie schätzen Sie Ihrer Erfahrung nach die Potenziale ein, ältere, pflegebedürftige PatientInnen aktiv in die Entscheidung der Therapiewahl zu integrieren?  <b>NF:</b> Wer trifft in dieser Patientenpopulation Ihrer Erfahrung nach die Therapieentscheidung?</p>	

#### 5. Personelle und sachliche Ressourcen

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
5A	<p><i>Im folgenden Abschnitt möchte ich näher auf die personellen und sachlichen Ressourcen zur Durchführung des Konzeptes eingehen.</i></p> <p><b>LF:</b> Erläutern Sie bitte kurz die Voraussetzungen, unter denen die assistierte Heimdialyse durch die Assistenzleistung einer Pflegekraft im Pflegeheim durchgeführt werden darf.  <b>NF:</b> Welche Qualifikationen oder Erfahrungen muss das Pflegepersonal mitbringen?  <b>NF:</b> Welche Unterschiede bestehen in Bezug auf das Erfordernis sachlicher und personeller Ressourcen zwischen HD/PD?  <b>NF:</b> Welche Anforderungen werden an die personellen und sachlichen Ressourcen des Altenpflegeheimes gestellt?  <b>NF:</b> Welche Perspektiven sehen Sie im Einsatz von pflegeheiminternen Altenpflegepersonal zur Durchführung der assistierten Dialyse in Deutschland</p>	
5B	<p><b>LF:</b> Erläutern Sie bitte Ihre Einschätzungen zur bestehenden Infrastruktur von Pflegeanbietern zur Durchführung der assistierten Dialyse in Pflegeheimen in Deutschland  <b>NF:</b> Wie schätzen Sie die Verfügbarkeit des Pflegepersonals mit den betreffenden Qualifikationen ein?  <b>NF:</b> Bestehen flächendeckende Schulungskonzepte? Wer finanziert diese? Bewertung der Konzepte?</p>	
5C	<p><i>In einem Gutachten zur Heimdialyse vom IGES-Institut aus dem Jahre 2014 wurde als Hemmnis der Heimdialyse die fehlende Information der Fachärzte genannt.</i></p> <p><b>LF:</b> Im speziellen Setting der Altenpflegeheime: Wie schätzen Sie den Informationsstand der Fachärzte in diesem Segment ein?  <b>NF:</b> Wie empfinden Sie den Informationsstand unter den Altenpflegeheimen ein?  <b>NF:</b> Gibt es bereits oder fallen Ihnen Handlungsansätze zur Optimierung der Informationen ein?</p>	

## 6. Organisation auf Systemebene

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
6A	<i>In der nächsten Frage interessieren mich Ihre Einschätzungen zur Einordnung der assistierten Heimdialyse in den Gesamtkontext des deutschen Gesundheitssystems.</i>	
	<p><b>LF:</b> Wie kann die assistierte Dialyse in Pflegeheimen Ihrer Meinung nach in die bestehenden Versorgungsstrukturen integriert werden?</p> <p><b>NF:</b> Sehen Sie die Implementation der assistierten Dialyse in Pflegeheimen perspektivisch in der Regelversorgung oder über Selektivverträge?</p>	
6B	<i>Die Versorgung der assistierten Heimdialyse durch Pflegepersonal in Altenpflegeheimen erfordert die stärkere Verknüpfung des vertragsärztlichen sowie pflegerischen Sektors.</i>	
	<p><b>LF:</b> Wie kann die Organisation der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen Ihres Erachtens nach gesteuert werden?</p> <p><b>NF:</b> Von welchen Akteuren kann die Versorgung gesteuert werden?</p> <p><b>NF:</b> Bestehen Ihrer Meinung nach Schnittstellenprobleme im Rahmen der Dialyseversorgung per Assistenz durch Pflegepersonal?</p>	

## 7. Organisation auf Akteurs-Ebene

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
7A	<i>Jetzt kommen wir zur Organisation auf der Akteurs-Ebene. Bei meiner nächsten Frage geht es um die Leistungsanreize an die Leistungserbringer. Dazu würde mich interessieren:</i>	
	<p><b>LF:</b> Welche Anreize werden Ihres Erachtens aktuell an Pflegeheime sowie Fachärzte gesetzt, um das Konzept in Altenpflegeheimen anzubieten?</p> <p><b>NF:</b> Welchen Einfluss hat die Vergütung darauf?</p> <p><b>NF:</b> Welche Anreize müssten an Pflegeheime sowie Fachärzte gesetzt werden, um die Umsetzung dessen zu fördern?</p> <p><b>NF:</b> Welche Anreize müssten an Pflegepersonal gesetzt werden sich für die Durchführung der assistierten Dialyse zu qualifizieren?</p>	
7B	<i>Die assistierte Dialyse führt zu einer neuen Kompetenz- und Aufgabenverteilung zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal.</i>	
	<p><b>LF:</b> Wie bewerten Sie die Aufgabenverteilung im Rahmen der assistierten Heimdialyse durch Pflegepersonal?</p> <p><b>NF:</b> Wie bewerten Sie die Risiken im Rahmen der assistierten Dialyse durch Pflegepersonal?</p>	

## 8. Versorgungsqualität

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
8A	<i>Wir sind nun bald am Ende des Interviews angelangt. Nun kommen wir zum Themenblock der Versorgungsqualität.</i>	
	<p><b>LF:</b> Inwiefern kann die im Rahmen der Zentrumsdialyse vorhandene Versorgungsqualität bei der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen gewährleistet werden?</p> <p><b>NF:</b> Welche Risiken bestehen im Rahmen der Durchführung im Altenpflegeheim? Z. B. in Bezug zur Hygiene?</p> <p><b>NF:</b> Bestehen hier Unterschiede zwischen der Hämö- oder Peritonealdialyse?</p>	

## 9. Abschluss und Zukunftsausblick

Nr.	Leitfragen (LF) / Nachfragen (NF)	Notizen
9A	<i>Jetzt nur noch ein paar abschließende Fragen:</i>	
	<b>LF:</b> Wie schätzen Sie abschließend das Potenzial der zunehmenden Umsetzung des Konzeptes der assistierten Heimdialyse in deutschen Pflegeheimen ein?	
9B	<b>LF:</b> Erläutern Sie bitte in welchen Bereichen Sie Ihrer Erfahrung nach die größten Barrieren der vermehrten Umsetzung des Konzeptes sehen?	
9C	<b>LF:</b> Welche Implikationen müssten Ihrer Meinung vorgenommen werden, um langfristig Perspektiven für die Umsetzung des Konzeptes der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen zu schaffen?	
9D	<b>LF:</b> Wir haben heute verschiedene Aspekte der Versorgung mit Heimdialyse in Pflegeheimen beleuchtet. Gibt es anhand Ihrer Erfahrung weitere wichtige Aspekte, die wir noch nicht besprochen haben?	

## Anhang 2: Kategoriensystem der Interviewauswertung

	Kategorie	Kodes	% aller Kodes <sup>21</sup>	% aller Experten	Ankerbeispiele
1A	<b>LF: Tätigkeitsbereich der Experten (n<sup>22</sup> = 4)</b>				
	K1 Akteurs-Perspektive NephrologInnen	2	50 %	50 %	Anonymisiert
	K2 Akteurs-Perspektive Pflegesektor	1	25 %	25 %	Anonymisiert
	K3 Akteurs-Perspektive PatientInnen	1	25 %	25 %	Anonymisiert
	<b>NF: Erfahrungen mit der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen (n=4)</b>				
	K1 Bereits Erfahrung im Rahmen dieser Versorgung gesammelt	3	75 %	75 %	I1: 18 ff.; I3: 14 f.; I4: 38 ff.
	K2 Keine direkte Beteiligung an dieser Versorgung	1	25 %	25 %	I2: 3 ff.
	<b>NF: Aus Erfahrung genannte Hindernisse und Herausforderungen (n=7)</b>				
	K1 Kostenübernahme der Assistenzleistung nicht geklärt	3	42,8 %	75 %	I1: 22 ff.; I3: 57 ff.; I4: 40 f.
	K2 Widerstände seitens der Altenpflegeheime	1	14,3 %	25 %	I4: 42
	K3 Kommunikation zwischen Heim und Zentrum	1	14,3 %	25 %	I4: 39 f.
	K4 Bei Schulung von Heimpersonal: Konzentration der dialysepflichtigen Patienten im Heim	1	14,3 %	25 %	I3: 25 ff.
K5 Pflegesituation im Heim als Hindernis	1	14,3 %	25 %	I4: 32 f.	
2A	<b>LF: Aktuelle Umsetzung und Verbreitung in Deutschland (n=15)</b>				
	K1 Einschätzung der aktuellen Umsetzung als problematisch	4	26,7 %	100 %	I1: 39 f.; I2: 21; I3: 19; I4: 54 f.
	K2 Einzelfallanträge als Ursache der problematischen Umsetzung	4	26,7 %	100 %	I1: 12 ff.; I2: 162 ff.; I3: 286 f.; I4: 24 f.
	K3 Regionale sowie kassenspezifische Heterogenität der Kostenerstattung assistierter Dialyse	3	20 %	75 %	I2: 162 f.; I3: 288; I4: 452 f.
	K4 Schulung qualifizierten Personals uneinheitlich und nicht vergütet	1	6,7 %	25 %	I4: 33 f.
	K5 Fehlende Information zur Behandlungsoption der aHD im Pflegeheim	1	6,7 %	25 %	I1: 8 f.
	K6 Flächendeckende Infrastruktur der Dialysezentren führen zu geringen Heimdialysequoten	2	13,2 %	50 %	I2: 116 f.; I4: 167 f.
	<b>Unterkategorie: Belastung durch aktuelle Versorgung per Transport zur Zentrumsdialyse (n=12)</b>				
	K1 Transport zum Zentrum als Belastung für die PatientInnen	2	16,6 %	50 %	I2: 5 f.; I4: 94 f.
	K2 Versorgung im Zentrum als Belastung für die PatientInnen	2	16,6 %	50 %	I3: 128; I4: 95 f.
	K3 Überforderung der Dialysezentren mit der Versorgung	2	16,6 %	50 %	I3: 124 f.; I4: 100 f.
	K4 Hohe Versorgungskosten	2	16,6 %	50 %	I2: 259 f.; I4: 104 f.

<sup>21</sup> Die Grundgesamtheit bezieht sich hier auf die Kategorien im Rahmen der Überkategorie (LF oder NF).

<sup>22</sup> Die Grundgesamtheit bezieht sich auf die Gesamtheit der Kodes in diesem Themenpunkt.

	durch Transport zur Zentrumsdialyse					
	<b>K5</b> Investition in Assistenzpersonal als effizientere Ressourcenallokation als die Erstattung der Fahrtkosten	4	33,3 %	50 %	I2: 9 ff., 259 ff.; I4: 106 ff., 110 ff.	
	<b>LF: Umsetzbarkeit der assistierten Dialyse unter älteren und stationär pflegebedürftigen Patienten (n= 15)</b>					
3A	<b>K1</b> Einschätzung eines Bedarfs	4	27 %	100 %	I1: 36 f.; I2: 21 f.; I3: 21 f.; I4: 281 ff.	
	<b>K2</b> Perspektiven einer Umsetzung unter Veränderung der aktuellen, finanziellen Rahmenbedingungen	3	20 %	75 %	I2: 35 ff.; I4: 54 f.; I1: 49 f.	
	<b>K4</b> Eingeschränkte Umsetzbarkeit aufgrund der finanziellen Rahmenbedingungen	4	27 %	100 %	I1: 39; I2: 162 ff.; I3: 47; I4: 71 f.	
	<b>K5</b> Ältere PatientInnen werden von NephrologInnen häufig nicht als geeignet zur HD angesehen	1	6 %	25 %	I3: 20	
	<b>K6</b> Eingeschränkte Eigenverantwortung kein Hindernis der Umsetzbarkeit der aHD in Pflegeheimen	3	20 %	75 %	I1: 43 f.; I2: 41 f.; I4: 139 ff.	
	<b>Zusatzfrage ärztliches Personal: Kriterien zur Empfehlung der assistierten Heimdialyse in Altenpflegeheimen (n=4)</b>					
	<b>K1</b> Einschränkung oder Teileinschränkung der Autonomie	1	25 %	50 %	I4:124 ff.	
	<b>K2</b> Demenz als Risikofaktor	1	25 %	50 %	I3:301 ff.	
	<b>K3</b> Heimverfahren bereits vor Eintritt ins Pflegeheim	2	50 %	50 %	I3:29 f.; I4:140 f.	
	<b>LF: Wahl des Dialyseverfahrens zur assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen (n= 13)</b>					
3B	<b>K1</b> PD weist höhere Umsetzbarkeit in Altenpflegeheimen auf	4	31 %	100 %	I1; 56 f.; I2: 85 f.; I3: 77f.; I4: 69 f.	
	<b>K2</b> HD nicht geeignet als assistiertes Heimverfahren	1	8 %	25 %	I3: 75 ff.	
	<b>K3</b> Technischer Fortschritt schafft Zukunftsperspektiven für aHHD im Heim	3	23 %	75 %	I1: 57 f.; I2: 57; I4: 71	
	<b>K4</b> Hohe Kreislaufbelastung durch HDD	3	23 %	50 %	I2: 87 f.; I3: 75 ff.; I4: 177 f.	
	<b>K5</b> Potenzial der PD nicht ausgeschöpft	2	15 %	50 %	I2: 112 f.; I4: 192 f.	
	<b>Verfahrenswechsel (n=4)</b>					
		<b>K1</b> Wechsel von HD auf PD situativ denkbar	3	75 %	75 %	I1: 66f.; I3: 82 f.; I4: 174 f.
		<b>K2</b> Hält Verfahrenswechsel eher für unwahrscheinlich	1	25 %	25 %	I2: 83
	<b>Wahl des Verfahrens im Rahmen der Peritonealdialyse (n=7)</b>					
		<b>K1</b> NIPD	2	28,6 %	50 %	I2: 95 ff.; I3: 60 ff.
	<b>K2</b> APD	2	28,6 %	50 %	I1: 100 f.; I4: 238	
	<b>K3</b> CCPD	2	28,6 %	50 %	I1: 102 f.; I2: 92 f.	
	<b>K4</b> CAPD	1	14,2 %	25 %	I4: 247	
	<b>LF: Einschätzung der PatientInnen-Präferenzen (n= 12)</b>					
4A	<b>K1</b> Wichtige Aufklärung der PatientInnen häufig unzureichend	4	33,3 %	100 %	I1: 76; I2: 120 ff.; I3: 106 f.; I4: 210 f.	

	<b>K2</b> Präferenz der Versorgung im heimischen Umfeld	3	25 %	75 %	I2: 201ff.; I3: 106 f.; I4: 218 f.
	<b>K3</b> Unterschiedliche Eindrücke zur Präferenz/ Ablehnung von Heimverfahren	1	8,3 %	25 %	I1: 82 f.
	<b>K4</b> Gründe zur Ablehnung von Heimversorgung unter PatientInnen	1	8,3 %	25 %	I1: 81 f., 86 f.
	<b>K5</b> Vorbehalte bei PatientInnen die vorher alleine heimdialysiert haben	2	16,5 %	25 %	I1: 94 f.; I3: 147 ff.
	<b>K6</b> Keine Vorbehalte wahrgenommen	1	8,3 %	25 %	I1: 145
<b>4B</b>	<b>LF: Integration der PatientInnen in die Therapieentscheidung (n= 4)</b>				
	<b>K1</b> Großer Einfluss der Angehörigen bei Therapieentscheidung	3	75 %	75 %	I1: 78; I3: 181; I4: 198 f.
	<b>K2</b> Partizipative Entscheidungsfindung zwischen Arzt und PatientIn unzureichend	1	25 %	25 %	I2: 153 f.
<b>5A</b>	<b>LF: Voraussetzungen zur Durchführung assistierter Dialyse durch Pflegekraft (n=7)</b>				
	<b>K1</b> Schulung des Pflegepersonals als wichtige Voraussetzung	4	57 %	100 %	I1: 113 ff.; I2: 197 f.; I3: 194; I4: 293 f.
	<b>K2</b> Enge Kooperation zwischen Pflegedienstleister und NephrologIn / Zentrum	3	43 %	75 %	I1: 111 ff.; I3: 201 f.; I4: 203 ff.
	<b>NF: Qualifikation des Pflegepersonals (n= 7)</b>				
	<b>K1</b> Nur examiniertes Pflegepersonal	2	28,5 %	50 %	I1: 129 ff.; I4: 301 f.
	<b>K2</b> Personal muss nicht examiniert, aber geschult sein	2	28,5 %	50 %	I2: 191 ff.; I3: 212 f.
	<b>K2</b> Perspektiven für Einsatz von Medizinischen Fachangestellten	3	43 %	75 %	I1: 137; I3: 217 f.; I4: 312 ff.
	<b>NF: Einsatz pflegeheiminternen Personals vs. Ambulante Pflegedienste zur assistierten Dialyse im Altenpflegeheim (n= 6)</b>				
	<b>K1</b> Potenziale im Einsatz pflegeheiminternen Personals	1	17 %	25 %	I1: 168 f.
	<b>K2</b> Potenziale der Assistenz durch ambulante Pflegedienste in Pflegeheimen	2	33 %	50 %	I3: 164 ff.; I4: 324 ff.
	<b>K3</b> Hemmnisse im Einsatz pflegeheiminternen Personals	2	33 %	50 %	I3: 44 ff.; I4: 320 f.
	<b>K4</b> Einsatz des Personals je nach Situation der PatientInnen	1	17 %	25 %	I2: 213 ff.
<b>5B</b>	<b>LF: Einschätzung zur Infrastruktur von Pflegeanbietern zur Durchführung der assistierten Dialyse (n=4)</b>				
	<b>K1</b> Keine bestehende Infrastruktur	3	75 %	75 %	I1: 144 f.; I3: 224 ff.; I4: 353 f.
	<b>K1</b> Keine bestehende Infrastruktur	3	75 %	75 %	I1: 144 f.; I3: 224 ff.; I4: 353 f.
	<b>NF: Bestehende Schulungskonzepte (n= 6)</b>				
	<b>K1</b> Keine Information zu flächendeckenden Schulungskonzepten	1	17 %	25 %	I3: 229
<b>K2</b> Curriculum zur PD seitens NADia	2	33 %	50 %	I1: 129 ff.; I4: 75 ff.	

	<b>K3</b> Schulung durch ärztliches Personal des betreffenden Dialysezentrums	1	17 %	25 %	I3: 250	
	<b>K4</b> Unterstützung bei Schulung seitens der Industrie	2	33 %	50 %	I3: 250 ff.	
	<b>NF: Einschätzung des optimalen Umfangs der Schulungen (n=12)</b>					
	<b>K1</b> Schulung äquivalent zu PatientInnen- und Angehörigenschulungen im Rahmen der Heimdialyse	2	16,6 %	50 %	I2: 360 f.; I3: 212 ff.	
	<b>K2</b> Auffrischung/ Nachschulung in regelmäßiger Frequenz	3	25 %	75 %	I1: 124 f.; I3: 315; I4: 77 f.	
	<b>K3</b> Zeitliche Angaben	3	25 %	75 %	I1: 115 ff.; I2: 177 ff.; I4: 76 f.	
	<b>K4</b> Zertifizierung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie	2	16,6 %	50 %	I1: 130 f.; I4: 65 f.	
	<b>K5</b> Theoretische und praktische Komponente der Schulung	2	16,6 %	25 %	I1: 118 ff.; I3: 204 f.	
	<b>NF: Finanzierung der Qualifizierung des Pflegepersonals (n=3)</b>					
	<b>K1</b> Inklusion der Schulungskosten in Wochenpauschale der PD	1	33 %	25 %	I3: 276 ff.	
	<b>K2</b> Finanzierung der Qualifizierung der Mitarbeiter durch ambulanten Pflegedienst/ Pflegeheim	2	67 %	50 %	I1: 168 f.; I4: 376 ff.	
	<b>5C</b>	<b>LF: Informationsstand der NephrologInnen in diesem Segment (n=6)</b>				
<b>K1</b> Informationsstand unter NephrologInnen aktuell unzureichend		4	67 %	100 %	I1: 213 f.; I2: 232 ff.; I3: 375 f.; I4: 169 f.	
<b>K2</b> Rechtliche Verpflichtung der NephrologInnen zur Aufklärung aller Verfahren unzureichend umgesetzt		2	33 %	50 %	I1: 129 f.; I4: 75 ff.	
<b>NF: Handlungsansätze um Informationsstand der NephrologInnen zu erweitern (n=6)</b>						
<b>K1</b> Hospitation zur Kompetenzvermittlung		2	33 %	25 %	I3: 395 ff.; I4: 563 ff.	
<b>K2</b> Stärkere Verankerung der Heimverfahren im Curriculum der Facharztausbildung		1	16,75 %	25 %	I4: 561 ff.	
<b>K3</b> Schulische Interventionen / Weiterbildungen für NephrologInnen		1	16,75 %	25 %	I4: 399 f.	
<b>K4</b> Vermehrter Austausch zwischen ambulanten und stationären NephrologInnen		1	16,75 %	25 %	I3: 382 f.	
<b>K5</b> Hilfestellung der NephrologInnen durch Website des Netzwerkes Assistierte Dialyse		1	16,75 %	25 %	I4: 405	
<b>6A</b>		<b>LF: Integration der assistierten Heimdialyse in Pflegeheimen in die bestehenden Versorgungsstrukturen (n= 11)</b>				
	<b>K1</b> Integration der assistierten Dialyse als Leistung in den HKP-Katalog	2	18,2 %	50 %	I3: 259 ff.; I4: 421 f.	
	<b>K2</b> Implementation über Selektivverträge nicht zielführend	3	27,25 %	75 %	I1: 183 f.; I3: 268 ff.; I4: 446 ff.	
	<b>K3</b> Selektivvertragliche Lösung als	1	9,1 %	25 %	I3: 270 f.	



	Anfang vor Übergang in Regelversorgung				
	<b>K4</b> Integration in die Regelversorgung als Perspektive	3	27,25 %	75 %	I1: 183 f.; I3: 260 f.; I4: 426 ff.
	<b>K5</b> Implementierung durch Zusatzvereinbarungen mit Kostenträgern	1	9,1 %	25 %	I1: 185 f.
	<b>K6</b> Befragter/in hat keine Informationen darüber	1	9,1 %	25 %	I2: 289
	<b>LF: Steuerung der Versorgung (n=7)</b>				
6B	<b>K1</b> Steuerung durch den Nephrologen	4	57 %	100 %	I1: 213 f.; I2: 232; I3: 375 f.; I4: 169 ff.
	<b>K2</b> Netzwerkbildung/ Vernetzung unter Pflegeanbietern	3	43 %	75 %	I1: 201 ff.; I3: 186 f.; I4: 451 f.
	<b>LF: Aktuelle Anreizsetzung zur Versorgung mit assistierter Heimdialyse (n= 14)</b>				
7A	<b>K1</b> Einzelfallentscheidung als Negativanreiz der assistierten Dialyse für NephrologInnen	4	28,6 %	100 %	I1: 213 f.; I2: 171 f.; I3: 292 ff.; I4: 402 ff.
	<b>K2</b> Intrinsische Motivation der Leistungserbringer als Anreiz zur assistierten Heimdialyse	2	14,28 %	50 %	I1: 145 f.; I3: 279 f.
	<b>K3</b> Finanzielle Interessen der Dialysezentren als Negativanreiz zur Auslagerung der Dialyse ins heimische Umfeld	1	7,14 %	25 %	I2: 239 ff.
	<b>K4</b> Hohe Auslastung der Plätze in der Zentrumsdialyse als Anreiz zur Heimdialyse	1	7,14 %	25 %	I3: 5 f.
	<b>K5</b> Fehlende Vergütung assistierter Dialyse durch stationäres Pflegepersonal als Negativanreiz für Pflegeheime	1	7,14 %	25 %	I3: 252 f.
	<b>K6</b> Kalkulationsunsicherheit der Pflegedienste als Negativanreiz der Umsetzung durch ambulante Pflegedienste	1	7,14 %	25 %	I4: 81 f.
	<b>K7</b> Sonderstellung/ Wettbewerbsvorteil für Pflegedienstleister	1	7,14 %	25 %	I4: 287 f.
	<b>K8</b> Keinerlei Anreize für die assistierte Dialyse in Pflegeheimen	1	7,14 %	25 %	I2: 305
	<b>K9</b> Negativanreiz: Höhere Vergütung der Zentrums-HD und IPD	2	14,28 %	50 %	I1: 10 f.; I4: 468 f.
		<b>NF: Implikationen für zukünftige Anreizsystematik (n= 8)</b>			
	<b>K1</b> Dialyse-Assistenz als abrechenbare Leistung im HKP-Katalog	2	25 %	50 %	I2: 308 f.; I4: 500 f.
	<b>K2</b> Vergütungsvorteile der Pflegeheime für Angebot assistierter Dialyse im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen (Analog: Beatmungspflege)	1	12,5 %	25 %	I1: 218 f.
	<b>K3</b> Geregeltete Finanzierung der Schulungen	1	12,5 %	25 %	I3: 283 f.
	<b>K4</b> Flächendeckende Tarifverträge mit finanziellen Anreizen	1	12,5 %	25 %	I1: 224 f.

	für zusätzliche Zertifizierungen für Pflegekräfte				
	<b>K5</b> Bonus zur Durchführung der Dialyse im heimischen Umfeld	1	12,5 %	25 %	I4: 501 ff.
	<b>K6</b> Diskussion Malus-System wie in der Schweiz zur Heimdialyse	1	12,5 %	25 %	I4: 477 ff.
	<b>K7</b> Bonus-Malus-System wie in Dänemark zur Heimdialyse	1	12,5 %	25 %	I4: 482 ff.
	<b>LF: Bewertung Aufgabenneuverteilung im Rahmen der assistierten Dialyse durch Pflegepersonal (n=7)</b>				
7B	<b>K1</b> Verantwortung beim delegierenden Arzt bleibt (keine Substitution ärztl. Leistung)	2	29 %	50 %	I1: 240 f.; I2: 323 ff.
	<b>K2</b> Adäquate Qualifizierung des Assistenzpersonals als wichtiges Element der Delegation	4	57 %	100 %	I1: 245 f.; I2: 241 ff.; I3: 304; I4: 305 ff.
	<b>K3</b> Perspektiven im Einsatz von Telemedizin zur Kommunikation zwischen NephrologIn und Assistenzpersonal	1	14 %	25 %	I4: 516 f.
	<b>LF: Einschätzung der Gewährleistung der Versorgungsqualität im Vergleich zur Zentrumsdialyse (n=5)</b>				
8A	<b>K1</b> Vergleichbare Qualität kann gewährleistet werden unter der Voraussetzung der Qualifizierung des Assistenzpersonals	4	80 %	100 %	I1: 245 ff.; I2: 241 f.; I3: 304; I4: 305 ff.
	<b>K2</b> Versorgungsqualitätsmaßnahmen entsprechend der Richtlinien zur Heimdialyse	1	20 %	25 %	I4: 343 ff.
	<b>LF: Abschließende Einschätzung der Potenziale der vermehrten Umsetzung (n= 4)</b>				
9A	<b>K1</b> Potenzial unter der Voraussetzung der richtigen Rahmenbedingungen	3	75 %	75 %	I1: 264; I2: 356 f.; I4: 541 f.
	<b>K2</b> Kein Potenzial der PD in Pflegeheimen da PatientInnenpopulation zu klein ist	1	25 %	25 %	I3: 355 ff.
	<b>Hypothesen zu den größten Potenzialen (n=29)</b>				
	<b>K1</b> Höhere Umsetzbarkeit der aPD zur Versorgung im Heim	4	13,79 %	100 %	Siehe 3B: LF
	<b>K2</b> Potenzial des erleichterten Zugangs über Einstieg in Heimverfahren vor Heimeintritt	2	6,89 %	100 % (ärztl. <sup>23</sup> )	Siehe 3A: Zusatzfrage
	<b>K3</b> aPD: Der Zentrumsdialyse gleichwertige Versorgungsqualität unter Voraussetzung der Qualifizierung des Assistenzpersonals	4	13,79 %	100 %	Siehe 8A: LF
	<b>K4</b> Alternative Verwendung der Fahrtkosten für Assistenz stellt effizientere Ressourcenallokation dar	4	13,79 %	100 %	Siehe 2A: Unterkategorie
	<b>K5</b> Höhere Umsetzbarkeit externer Assistenz durch häusliche Krankenpflege im Heim	2	6,89 %	50 %	Siehe 5A: NF2
<b>K6</b> Potenzial der Erhöhung der Lebensqualität der PatientInnen	3	10,35 %	75 %	I2: 201 ff.; I3: 130 ff.; I4: 229 f.	

<sup>23</sup> Die Frage bezog sich nur auf Experten der ärztlichen Versorgung (n=2).

	<b>K7</b> Potenzial der Koordination durch Nephrologen und Netzwerkbildung in Regelversorgung	10	34,5 %	75% / 75 % / 100 %	Siehe 6A: LF; 6B: LF
<b>9B</b>	<b>Hypothesen zu größten Barrieren der Umsetzung (n=17)</b>				
	<b>K1</b> Vergütungssystematik als Barriere	4	23,53 %	100 %	I1: 272 ff.; I2: 370 ff.; I3: 346 f.; I4: 500 f.
	<b>K2</b> Fachkräftemangel in der Pflege als Barriere	2	11,76 %	50 %	I1: 274 ff.; I4: 45 f.
	<b>K3</b> Mangelnde Information zur aHD	3	17,66 %	75 %	I1: 277 f.; I2: 389, 122; I4: 210
	<b>K4</b> Betreffende PatientInnenpopulation zu klein	2	11,76 %	50 %	I1: 191 f.; I3: 355 ff.
	<b>K5</b> Einzelfallentscheidung als Barriere	4	23,53 %	100 %	I4: 547 ff.; I1: 39 f.; I2: 21; I3: 19 f.
	<b>K6</b> Mangel an Konzepten/ Ressourcen für die Schulung des Assistenzpersonal	2	11,76 %	50 %	I2: 378 f. I4: 548
<b>9C</b>	<b>LF: Implikationen für die Zukunft (n=16)</b>				
	<b>K1</b> „Assistierte Dialyse“ als abrechenbare Regelleistung	4	25 %	100 %	I1: 284; I2: 370 f.; I3: 376 f.; I4: 547 f.
	<b>K2</b> Etablierung der Peritonealdialyse unter älteren PatientInnen	1	6,25 %	25 %	I3: 364
	<b>K3</b> Aufklärung der PatientInnen	1	6,25 %	25 %	I2: 386 f.
	<b>K4</b> Einheitlich geregelte Qualifizierung des Assistenzpersonals	3	18,75 %	75 %	I1: 283; I2: 378 f.; I4: 548 ff.
	<b>K5</b> Weiterbildung/ Kompetenzvermittlung zur Peritonealdialyse unter NephrologInnen	2	12,5 %	50 %	I2: 371; I3: 372 f.
	<b>K6</b> Ansatzpunkt der Intervention bereits weit vor Eintritt ins Pflegeheim	2	12,5 %	50 %	I3: 322 ff.; I4: 433 f.
<b>K7</b> Netzwerkbildung unter den Leistungserbringern	3	18,75 %	75 %	I1: 288 ff.; I3: 440; I4: 456 ff.	

Tabelle 6: Kategoriensystem nach Leitfadenfragen<sup>24</sup><sup>24</sup> Eigene Tabelle nach Mayring (2015, S. 89).