aerzteblatt.de

POLITIK

Dialysevereinbarung: Gegen den industriellen Verdrängungs-wettbewerb

Dtsch Arztebl 2002; 99(13): A-828 / B-685 / C-641

Köhler, Andreas

Die KBV will auch künftig eine wohnortnahe und qualitativ gute Dialysebehandlung sicherstellen. Nach fast zweijähriger Diskussion mit den Krankenkassen tritt am 1. Juli 2002 eine neue Regelung in Kraft (siehe Bekanntmachungen in diesem Heft).

Gegen Ende der Sechzigerjahre wurde die Hämodialyse mit der Entwicklung der Unterarmfistel und Etablierung der Acetatdialyse zunehmend als Routineverfahren auch in der ambulanten Versorgung einsetzbar. Es gelang jedoch nicht, mit den vorhandenen ausschließlich stationären Dialyseplätzen den dringenden Bedarf zu decken. Erst durch gezielte Förderung der Hämodialyse halfen ärztlich geleitete freigemeinnützige Initiativen zu Beginn der Siebzigerjahre, diesen Versorgungsengpass zu beheben.

Die Situation in der Versorgung mit Dialyseleistungen entspannte sich in den folgenden Jahren durch die Bereitschaft von Vertragsärzten, trotz hoher Anfangsinvestitionen Dialysepraxen aufzubauen und zu betreiben. Heute werden etwa zwei Drittel aller Dialysen durch niedergelassene Vertragsärzte und ein Drittel durch ermächtigte, ärztlich geleitete freigemeinnützige Einrichtungen erbracht.

Mit Beginn des Jahres 2001 wurden in Deutschland etwa 52 600 Patienten – davon mehr als 80 Prozent in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung – in chronischen Dialyseprogrammen behandelt (16). Damit setzt sich der stetige Anstieg der Anzahl dialysepflichtiger Patienten mit einer jährlichen Steigerungsrate zwischen 1994 und 2000 von etwa 4,5 Prozent fort, während die Zahl der Nierentransplantationen in gleichem Zeitraum in einer Größenordnung von etwa 2 300 jährlichen Eingriffen stagniert (2, 5, 6, 7).

Epidemiologische Untersuchungen belegen, dass der Anstieg der Prävalenz bei den so genannten chronischen Volkskrankheiten eine wesentliche Rolle für die Zunahme nierenkranker und dialysepflichtiger Patienten spielt. Bei mehr als der Hälfte aller Patienten, die neu in Dialyseprogramme aufgenommen werden, steht die Dialysebedürftigkeit in direktem Zusammenhang mit einem bereits über mehrere Jahre behandelten Diabetes mellitus oder einem arteriellen Hypertonus (1, 9, 10, 15).

Diese Entwicklung führte zur Erarbeitung des hier vorgestellten Konzeptes zur Neuordnung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten, dem mittlerweile alle Gremien der ärztlichen und gemeinsamen Selbstverwaltung zugestimmt haben. Die Regelungen können somit zum 1. Juli 2002 in Kraft treten. Vorrangiges Ziel ist es, die hoch qualitative ambulante Dialyseversorgung für die Zukunft sicherzustellen und eine flächendeckende ambulante Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten wohnortnah zu gewährleisten. Darüber hinaus wollen sich die Vertragsärzte den Herausforderungen der demographischen Entwicklung stellen (Grafik) (4). Die bestehenden Konzepte zum Qualitätsmanagement sollen mit dem Ziel einer besseren Ergebnisqualität weiterentwickelt werden. Außerdem sollen strukturelle Anreize zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit aller Arztgruppen, die an der Betreuung nierenkranker Patienten beteiligt sind, gesetzt werden.

Eckpunkte des Reformkonzeptes

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung will die Dialyse als ärztliche Leistung in hoher Qualität und mit einer gesicherten Auslastung aller an der Versorgung beteiligten Praxen und Einrichtungen erhalten. Die Besonderheiten gewachsener Versorgungsstrukturen mit der Koexistenz niedergelassener Vertragsärzte in Dialysepraxen und ermächtigter freigemeinnütziger Dialyseeinrichtungen sollen dabei berücksichtigt werden. Somit erstreckt sich das Konzept über vier Regelungsbereiche: neben der Weiterentwicklung der Qualitätsvereinbarung zur Dialyse ist die Neugestaltung der Bedarfsplanungs-Richtlinien sowie die Einführung vergütungstechnischer Strukturanreize im EBM vorgesehen. Die Versorgungskonzeption wird in den Bundesmantelverträgen geregelt.

Qualitätssicherung und Bedarfsplanung

Die bestehende Qualitätssicherungs-Vereinbarung zu den Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V wurde in wesentlichen Punkten weiterentwickelt. Mit Ausnahme von Heimdialysen wird einheitlich für alle Dialyseverfahren und -formen ein Arzt-Patienten-Schlüssel eingeführt, um einen gleichmäßig hohen Betreuungsstandard zu gewährleisten. Für Dialysepraxen und Einrichtungen mit mehr als 30 Patienten wird ein zweiter Arzt, ab 100 Patienten ein dritter Arzt notwendig. Darüber hinaus benötigen Zentren mit mehr als 100 Patienten einen weiteren Vertragsarzt je 50 weiterer Patienten. Die Qualifikationsvoraussetzungen orientieren sich in hohem Maß am Facharztstandard. Sie treffen zu für Nephrologen sowie für Ärzte, welche die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung für Leistungen der Dialyse nachweisen können. Unter Berücksichtigung der zukünftigen Anforderungen werden zudem Interventionszeiten für die ärztliche Bereitschaft bei Dialysenotfällen festgeschrieben. Als integraler Bestandteil werden weiterhin zusätzliche Maßnahmen zur Ergebnisqualität nach § 136 a SGB V entwickelt.

Ein regelmäßiges standardisiertes Qualitätsmonitoring ist erklärtes Ziel von Ärzten und Krankenkassen. Hierzu wird geprüft, mit der QuaSi-Niere gGmbH zusammenzuarbeiten, welche die Infrastruktur für regelmäßige systematische Vollerhebungen vorhält. Geeignete Qualitäts- und Morbiditäts-

indikatoren sind zu erarbeiten.

Aus Strukturerwägungen heraus wird ein kontinuierlicher Auslastungsgrad für eine Institution von mindestens 90 Prozent angesetzt. Zur Ermittlung dieses Auslastungsgrades dient der Arzt-Patienten-Schlüssel mit den oben genannten Schwellenwerten. Ein darüber hinaus gesteigerter Auslastungsgrad durch zusätzliche Patienten führt dann zur Feststellung eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs, wenn auch alle anderen Dialysepraxen im Versorgungsbereich ausgelastet sind. Die Prüfung auf Auslastung erfolgt auf der Grundlage von Versorgungsregionen innerhalb eines definierten Bereiches. Für Ballungsräume ist ein Umkreis von 10 Kilometern, für dünn besiedelte Regionen ein Umkreis von 30 Kilometern und für sonstige Regionen ein Umkreis von 20 Kilometern festgelegt.

Die Regelung verfolgt das Ziel, bundesweit eine ortsnahe Dialyseversorgung für alle Patienten sicherzustellen. Erst die Feststellung eines zusätzlichen Versorgungsbedarfs führt zur Zulassung eines weiteren fachärztlich-nephrologisch tätigen Vertragsarztes. Dabei wird dem Ausbau eines bestehenden Zentrums der Vorzug vor einer Neugründung gegeben.

Darüber hinaus kann in Einzelfällen zur Sicherstellung der wohnortnahen Dialyseversorgung ein zusätzlicher Versorgungsbedarf genehmigt werden. Die Ermächtigung von Krankenhausärzten als Leiter einer nephrologischen Schwerpunktabteilung zur Mitbehandlung von chronisch niereninsuffizienten Patienten bleibt in begrenztem Umfang weiter vorgesehen.

Vergütung

Dialyse ist eine ärztliche Leistung mit nichtärztlichen Leistungsanteilen (3). Der ärztliche Leistungsanteil an der Dialysebehandlung wird derzeit bundeseinheitlich auf Grundlage des EBM in Punkten vergütet. Die Vergütung der Sachkosten der Dialysebehandlung erfolgt über Pauschalen pro Dialysebehandlung. Die Landesverbände der Krankenkassen verhandeln die Höhe dieser Pauschalen direkt mit den Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Gesamtverträge. Dabei haben sich zwangsläufig uneinheitliche Vergütungen für Dialysesachkosten im Bundesgebiet ergeben. ! Dialysesachkosten werden außerhalb der Gesamtvergütungen direkt von den Krankenkassen honoriert, ihr Vergütungsvolumen hat also keine Auswirkung auf die Honorarverteilung der Vertragsärzte einer Kassenärztlichen Vereinigung.

Zum Erhalt einer flächendeckend sichergestellten Versorgung mit ambulanten Dialyseleistungen muss auch die Vergütungsregelung vor dem Hintergrund bestehender regionaler Überkapazitäten mit einer unwirtschaftlichen Leistungserbringung infolge von Auslastungsdefiziten neu gestaltet werden (7). Hier geht vom zunehmenden Interesse industrieller Anbieter an der ambulanten Dialyseversorgung eine bislang möglicherweise unterschätzte Gefahr aus. Eine vergleichbare Entwicklung in den USA führte zu einem Anstieg des Marktanteils industrieller Dialyseanbieter von 34 Prozent in 1980 auf 70 Prozent Ende der 90er-Jahre (8). Gleichzeitig wurden deutlich erhöhte Mortalitätsraten in US-Dialysezentren unter kommerzieller Trägerschaft berichtet (17).

Sachkostenpauschale

Die Gründe des industriellen Interesses an der ambulanten Dialyseversorgung sind vielschichtig. Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung würde eine Industrialisierung der Dialyseversorgung in Deutschland dazu führen, dass die Versorgungsstrukturen destabilisiert werden. Verdrängungsaktivitäten kapitalstarker kommerzieller Anbieter könnten die wirtschaftliche Leistungserbringung bestehender Praxen auf absehbare Zeit unmöglich machen. Darüber hinaus ist zweifelhaft, ob industrielle Anbieter nach der Schwächung der konkurrierenden vertragsärztlichen Dialysekapazitäten eine Sicherstellung im notwendigen Umfang auf hohem qualitativen Niveau garantieren würden. Aus diesen Gründen muss im Interesse der chronisch niereninsuffizienten Patienten ein Verdrängungswettbewerb und daraus resultierende Versorgungslücken in unrentablen Regionen konsequent verhindert werden. Mit bundesweit gültigen Sachkostenpauschalen wird eine kostendeckende Leistungserbringung in der Dialyse in der vertragsärztlichen Versorgung auf Dauer gewährleistet, wobei finanzielle Fehlanreize beseitigt werden.

Die Situation in anderen hochentwickelten Industrieländern offenbart noch eine weitere Motivation zur Neuordnung der Vergütungen: die Häufigkeitsverteilungen bei den Dialyseverfahren und -formen in Deutschland (Tabelle). Der Anteil von Hämodialyseverfahren, welche die Eigenkompetenz geeigneter Patienten einbeziehen, wird in Deutschland allgemein als zu gering erachtet. Darüber hinaus gilt der Stellenwert der Peritonealdialyseverfahren CAPD und CCPD mit etwa sechs Prozent als verbesserungswürdig (13, 14). Hier liegt eine Chance, die hohe Rate von Zentrumsdialysen – wo immer medizinisch möglich – durch geeignete finanzielle Strukturanreize zugunsten von alternativen Dialyseverfahren und -formen zu korrigieren. Ebenso kann Tendenzen zu ineffektiven Dialysebehandlungen entgegengewirkt werden (11).

Durch ein gestaffeltes indikationsbezogenes Vergütungssystem für ärztliche Leistungen soll die Zusammenarbeit von Hausarzt und Spezialist bei der Betreuung von nierenkranken Patienten gefördert werden. Geplant ist eine Gliederung mit drei behandlungsfallbezogenen Betreuungspauschalen für chronisch niereninsuffiziente Patienten, nierentransplantierte Patienten und Dialysepatienten. Die Schnittstelle zwischen hausärztlichem und fachärztlich-nephrologischem Versorgungsbereich wird durch definierte Übergabeparameter klar festgelegt. Hierdurch wird unter anderem eine angemessene Vergütung für den Betreuungsaufwand für Patienten mit präterminaler Niereninsuffizienz geschaffen. Das Fehlen einer adäquaten Vergütung für Leistungen der Dialysevorbereitung und Anmeldung zur Nierentransplantation wurde allgemein als Schwachpunkt der jetzigen Gebührenordnung betrachtet, besonders mit Hinblick auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Einfluss der Dialysezeit auf die Transplantatüberlebensrate (12).

Die ärztliche Dialysebetreuung wird als tagesbezogene Vergütung beibehalten. Daneben erfahren Trainingsdialysen eine Aufwertung und Neubewertung durch die Einführung einer Schulungswochenpauschale als notwendige Konsequenz aus der beabsichtigten Förderung von unterstützten Heimdialyseverfahren. Die Schulungs- und Betreuungsleistungen unterliegen nicht der fallzahlabhängigen Praxisbudgetierung.

Eine deutliche Vereinfachung im Vergleich zur derzeitigen Situation stellt die Regelung zu den Dialysesachkosten dar. Sie werden als verfahrensunabhängige bundeseinheitliche Wochenpauschalen mit festem Vergütungsbetrag in den EBM aufgenommen. Die Verfahrensunabhängigkeit schafft die notwendigen Anreize, um das vorhandene Potenzial der zentralisierten Heimdialyse (LC-Dialyse) und der Peritonealdialyseverfahren auszuschöpfen. Darüber hinaus sind Aufwandszuschläge für Infektionsdialysen und für Kinderdialysen vorgesehen.

Strukturanreize sollen greifen

Die Höhe der Wochenpauschale wird im Einführungsjahr 2002 bei 580 Euro (etwa 1 134 DM) liegen. Grundlage hierfür ist ein Kalkulationsmodell, das auf den aktuellen regionalen Vereinbarungen und den Dialysehäufigkeiten in Deutschland fußt. Im Jahr 2003 wird eine Anpassung auf 550 Euro (etwa 1 076 DM) erfolgen. Bis dahin sollten die Strukturanreize gegriffen haben. Für das Jahr 2004 ist eine Wochenpauschale von 520 Euro (etwa 1 017 DM) vorgesehen. Die Degressionsschritte müssen dabei mit einer morbiditäts- und aufwandsbezogenen Differenzierung der Pauschale verknüpft werden. Eine entsprechende Absichtserklärung ist Teil der bereits erwähnten Bundesempfehlung zur Neukonzeption der Versorgung niereninsuffizi-

enter Patienten. Sie stellt klar, dass es nicht zu einer weiteren Verlagerung des Morbiditätsrisikos zulasten der Vertragsärzte kommt. Die gesetzlich vorgegebene extrabudgetäre Finanzierung der Dialysesachkosten wird durch diese Maßnahmen nicht berührt.

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das über das Internet (www.aerzteblatt.de) erhältlich ist.

Dr. med. Andreas Köhler
Kassenärztliche Bundesvereinigung
Dezernat Gebührenordnung und Vergütung
Herbert-Lewin-Straße 3, 50931 Köln
E-Mail: AKoehler@kbv.de

Alle Rechte vorbehalten. www.aerzteblatt.de