

Therapieempfehlungen für den Dialysesektor

– Erfahrungen aus der Praxis und Konzepte für eine bessere Versorgung –

In Deutschland leben etwa 66.500 Patienten, die auf den dauerhaften Einsatz einer Dialysebehandlung angewiesen sind. Die Versorgung dieser Patienten verursacht Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung von über 3,2 Milliarden Euro. Die Tendenz ist weiterhin deutlich steigend. Für die Patienten bedeutet die Dialysepflicht einen erheblichen Verlust an Lebensqualität. In den letzten Jahrzehnten hat sich in Deutschland ein sehr leistungsstarkes Netz von Dialyseeinrichtungen entwickelt, das für jeden Patienten die wohnortnahe Versorgung sicherstellt. Die Regelungen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Dialyseversorgung sind umfassend und sehr fortschrittlich. Leider sind an den Nahtstellen zu anderen Versorgungsbereichen jedoch deutliche Versorgungsdefizite zu erkennen. Diese manifestieren sich in einer mangelhaften Aufklärung der Patienten, einer in vielen Fällen unzureichenden Früherkennung und Sekundärprävention von chronischen Nierenerkrankungen in den frühen Phasen, einer Vernachlässigung der Verfahren zur Heimdialyse und einer unzureichenden Abstimmung der umfassenden Behandlungsprozesse mit daraus resultierenden, deutlichen Unwirtschaftlichkeiten. Durch den gezielten Einsatz der gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung und zu Medizinischen Versorgungszentren lassen sich diese in der Regelversorgung vorhandenen Defizite beispielhaft lösen. Es werden direkte Wirtschaftlichkeitspotentiale aufgezeigt, die für die gesetzliche Krankenversicherung im Falle einer flächendeckenden Umsetzung Einsparungen in Höhe von über 350 Mio. € bedeuten. Im Abschnitt 1 wird ein Überblick wichtiger Kennzahlen der nephrologischen Versorgung in Deutschland gegeben. Abschnitt 2 umfasst eine Darstellung der wesentlichen Versorgungsdefizite dieses Sektors. Am Beispiel konkreter Projekte wird in Abschnitt 3 beschrieben, wie diese Defizite überwunden werden können.

■ Dr. Jürgen Kämper, Ulrich Blondin

1. Nierenersatztherapie in Deutschland: Status Quo Das Register Quasi Niere bietet einen guten Einblick in die Population chronisch nierenkranker Patienten, die in der Bundesrepublik Deutschland leben, in die Verteilung der verschiedenen Behandlungsformen und in wesentliche strukturelle Merkmale der vorhandenen Behandlungseinrichtungen. Die folgenden Angaben stammen aus dem aktuellen Bericht von Quasi Niere 2006 / 2007 (- [QB 06/07]). Danach leben gegenwärtig in Deutschland etwa 66.500 Menschen, die aufgrund ihrer terminalen Niereninsuffizienz auf eine dauerhafte Dialysebehandlung angewiesen sind. 25.200 leben mit einem funktionierenden Nierentransplantat. Nur knapp 5,6% der dauerhaft dialysepflichtigen Patienten werden mit einem Verfahren der Heimdialyse (Peritonealdialyse, Heim-Hämodialyse) versorgt. Die Anzahl terminal niereninsuffi-

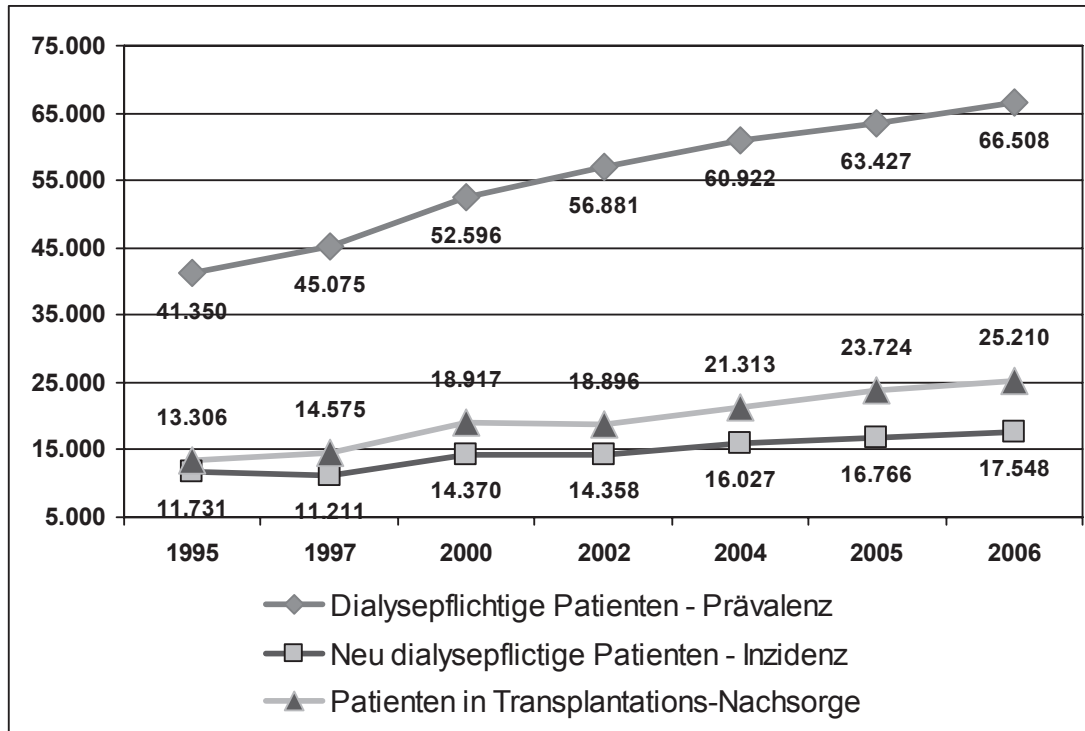
zienter Patienten ist in den letzten Jahren um stets ca. 5% per anno gestiegen. Die Prävalenz ist in den vergangenen 10 Jahren von 511 Dialysepatienten pro einer Million Einwohner auf 808 gestiegen. Die Entwicklung der Volkskrankheiten Diabetes Mellitus und Bluthochdruck, die in der überwiegenden Anzahl der Fälle als Spätkomplikation die Nierenerkrankung verursachen, wird diese Tendenz in den kommenden Jahren noch verstärken. Abbildung 1 stellt die Entwicklung in den Jahren 1995 bis 2006 dar.

* Die Autoren haben die hier vorgestellten Konzepte medizinisch und ökonomisch entwickelt und implementiert.

Die wohnortnahe Versorgung dialysepflichtiger Patienten wird durch etwa 1.120 Behandlungseinrichtungen sichergestellt. Diese befinden sich in Trägerschaft von niedergelassenen Fachärzten, von gemeinnützigen Institutionen (KfH, PHV, DTZ) oder im Falle teilstationärer Dialyseeinrichtungen von Kliniken. In den letzten Jahren haben sich durch Trägerwechsel erste Medizinische Versorgungszentren in der Rechtsform von Kapitalgesellschaften gebildet, die ebenfalls Dialyseleistungen anbieten. Die Her-

Dr. rer. nat. Jürgen Kämper und Ulrich Blondin, via medis GmbH

Abbildung 1: Die Entwicklung der terminalen Niereninsuffizienz in Deutschland



Quelle: Nierenersatztherapie in Deutschland, Bericht über Dialysebehandlung und Nierentransplantation in Deutschland 2006 / 2007, QuaSi-Niere gGmbH, Juni 2008

steller von Dialysemaschinen und -verbrauchsmaterialien, die in vielen Ländern bereits heute einen wesentlichen Teil der Behandlungseinrichtungen betreiben, wollen auch in Deutschland Versorgungsverantwortung übernehmen und drängen in den Markt.

Im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der durch den gemeinsamen Bundesausschuss getroffenen Regelungen hat sich für den Bereich der Dialyseversorgung eine sehr umfassende und innovative, flächendeckende Qualitätssicherung entwickelt. An dieser Stelle verweisen wir auf [QSR 07].

In den letzten Jahren ist die Anzahl der Dialyseeinrichtungen nahezu konstant geblieben, weder Schließungen noch Neugründungen waren in wesentlicher Zahl zu verzeichnen. Ursache hierfür ist ein „doppelter Schutzzaun“, der um die bestehenden Einrichtungen gezogen wurde. Zusätzlich zu der gesetzlich verankerten Bedarfsplanung für vertragsärztliche Niederlassungen nach § 103 SGB V haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen im Jahr 2002 im Rahmen von Neuregelungen zum Bundesmantelvertrag (Anlage 9.1) auf eine zweite „Hürde“ der Bedarfsplanung verständigt. Ein neu niedergelassener Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Nephrologie darf danach Dialyseleistungen nur dann anbieten, wenn alle bestehenden Dialyseeinrichtungen der Versorgungs-

region erstens nahezu vollständig ausgelastet sind und zweitens schriftlich erklären, keine weiteren Kapazitäten aufbauen zu wollen.

Da eine nephrologische Niederlassung ohne die Möglichkeit, Dialyseleistungen durchzuführen, inhaltlich und wirtschaftlich vollkommen uninteressant ist, gibt es damit für nachrückende Fachärzte nur durch den Kauf bestehender Dialyseeinrichtungen die Möglichkeit, in der ambulanten Versorgung tätig zu werden.

Diese restriktive Form der Bedarfsplanung und die daraus resultierende Steigerung der Auslastung bestehender Einrichtungen hat deren Wirtschaftlichkeit deutlich gestärkt. Dieser Effekt hat allerdings nicht zu einer Absenkung der Vergütung in den vergangenen Jahren geführt.

Die Dialysesachleistungen werden im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung bis auf wenige Ausnahmen durch bundesweit einheitliche Wochenpauschalen (im Schnitt 520 € pro Patient und Woche) vergütet. Hochgerechnet auf ein Jahr betragen diese etwa 27.000 € je Patient. Hinzu kommt die fachärztliche Versorgung der Patienten mit Kosten in Höhe von etwa 3.000 € pro Patient und Jahr. Die Versorgung mit dialyseimmanenten Medikamenten (insbesondere zur Therapie der Blutarmut) verursacht Kosten in Höhe von über 5.000 € pro Patient und Jahr. Der Transport der Patienten von ihrem Wohnsitz zur Dialyse und zurück verursacht im Durchschnitt ebenfalls

Kosten in Höhe von über 5.000 € pro Patient und Jahr. Die Anlage der Dialysezugänge (Gefäßzugang für die Hämodialyse, Bauchfellkatheter für die Peritonealdialyse) und die häufigen Revisionen dieser Zugänge führen zu weiteren Kosten in Höhe von etwa 2.500 € pro Patient und Jahr. Insgesamt ergeben sich damit Kosten in Höhe von etwa 43.000 € pro Patient und Jahr für die gesetzliche Krankenversicherung durch Leistungen, die mit der Dialysepflicht der Patienten in einem unmittelbaren kausalen Zusammenhang stehen. Die hohe Morbidität der Patienten, die sich zum Beispiel an einer Zahl von durchschnittlich zwei stationären Einweisungen pro Patient und Jahr festmachen lässt, führt zu weiteren, erheblichen Kosten. In dem Gutachten zur Entwicklung eines morbiditätsbezogenen Risikostrukturausgleiches in der gesetzlichen Krankenversicherung wurden die Behandlungskosten dialysepflichtiger Patienten mit etwa 48.000 € ermittelt ([MRSA 07]). Damit ergibt sich eine Gesamtbelastung der gesetzlichen Krankenversicherung durch diesen Versorgungsbereich von jährlich über 3,2 Milliarden €, die sich in den kommenden Jahren vervielfachen wird. Abbildung 2 fasst die Ausgaben für dialysepflichtige Patienten zusammen:

Abbildung 2: Durchschnittliche, jährliche Behandlungskosten für Dialysepatienten

Dialyse-Sachleistung (Wochenpauschale):	€ 27,0 Tsd.
Fahrtkosten:	€ 5,0 Tsd.
Medikamente:	€ 5,0 Tsd.
Ambulante, nephrologische Versorgung:	€ 3,0 Tsd.
Sonstige, ambulante Versorgung:	€ 2,5 Tsd.
Stationäre Versorgung (2 KH-Aufnahmen p. a.):	€ 5,5 Tsd.

	€ 48,0 Tsd.

Quelle: via medis GmbH

2. Bestehende Versorgungsdefizite

In Deutschland wird jeder terminal niereninsuffiziente Patient wohnortnah mit einem geeigneten Verfahren der Nierenersatztherapie versorgt. Damit wird ein Leben mit dieser Erkrankung ermöglicht. Die erhebliche Beeinträchtigung der allgemeinen Lebensqualität, die mit der Dialysebehandlung verbunden ist, und die damit einhergehenden, immensen Kosten für die gesetzliche Krankenversicherung zwingen allerdings dazu, alle Potentiale zu einer qualitativen und wirtschaftlichen Verbesserung der Behandlungsstrategien konsequent zu verfolgen. Folgende Defizite des Status quo sind festzustellen:

Unzureichende Früherkennung und Sekundärprävention: Nierenerkrankungen verlaufen still, häufig werden sie erst erkannt, wenn der Patient mit akuten Vergiftungserscheinungen in ein Krankenhaus aufgenommen wird. Dann kann es nur noch die Therapieentscheidung

geben, den Patienten umgehend auf die Dialysebehandlung vorzubereiten. Wird eine beginnende Nierenerkrankung dagegen frühzeitig erkannt, existieren sehr effiziente Therapieverfahren (unter anderem Nikotinabstinenz, exakte Blutdruckeinstellung etc.), um die Progression der Nierenerkrankung aufzuhalten oder zumindest deutlich zu verzögern ([K-DOQI 02], [EBPG 02]). Damit lässt sich die Notwendigkeit einer späteren Dialysebehandlung deutlich, zum Teil um mehrere Jahre, verzögern oder sogar ganz vermeiden. Die Früherkennung einer Nierenerkrankung kann durch relativ einfache Maßnahmen effizient gefördert werden, etwa durch den regelmäßigen (jährlichen) Einsatz einfacher Teststreifen für die Hochrisikogruppen der Diabetiker und der Bluthochdruckpatienten, mit denen auffällige Eiweißkonzentrationen im Urin festgestellt werden können, und durch eine anschließende Abklärung der Verdachtsfälle in einer entsprechend qualifizierten Nierenambulanz. Notwendig dafür ist eine bessere Aufklärung über die Ursachen und die Folgen der Nierenerkrankungen und eine bessere Verzahnung zwischen der hausärztlichen und der fachärztlichen, ambulanten Versorgung.

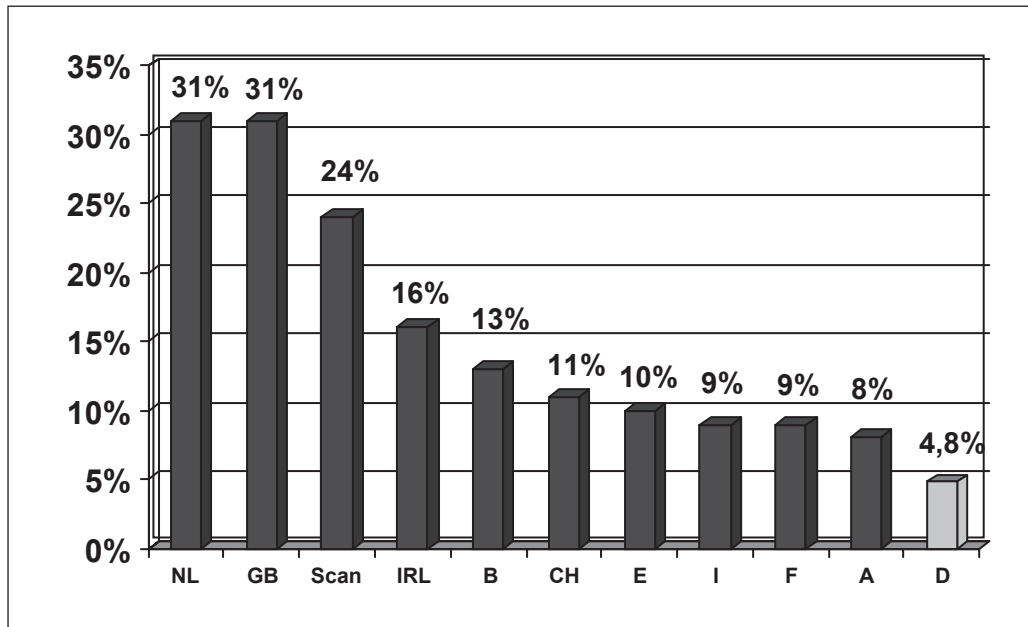
In den vorhandenen Vergütungsstrukturen für die nephrologische, ambulante Versorgung bestehen durch die heute gültigen Honorarverteilungsmaßstäbe erhebliche Fehlanreize, die es in diesem Zusammenhang abzubauen gilt ([KDMM 07]). Wird die Dialyseversorgung durch die Pauschalierung auskömmlich vergütet, so ist die Behandlung zur Früherkennung und zur Progressionsverzögerung von Nierenerkrankungen innerhalb der nephrologischen Praxis dagegen nicht kostendeckend.

Unzureichende Förderung der Nierentransplantationen: Die Zahl der durchgeführten Nierentransplantationen in Deutschland verharrt seit Jahren auf einem sehr niedrigen Niveau von unter 2.800 Operationen pro Jahr. Wesentliche Ursache hierfür ist die zu geringe Anzahl von Spenderorganen. Die damit verknüpfte Diskussion ist bekanntlich nicht nur auf das Feld der Nierenersatztherapie beschränkt und soll an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden.

Vernachlässigung der Verfahren zur Heimdialyse: Wie bereits ausgeführt, werden in Deutschland nur etwa 5,6 % der terminal niereninsuffizienten Patienten mit einem Verfahren der Heimdialyse versorgt. Die Peritonealdialyse erreicht einen Anteil von nur 4,8 % (1995 noch 7,5 %). Im internationalen Vergleich belegen wir damit einen der hintersten Plätze, wie Abbildung 3 zeigt.

Der unterentwickelte Einsatz der Peritonealdialyse und der Heim-Hämodialyse in Deutschland ist erschreckend,

Abbildung 3: Peritonealdialyse im internationalen Vergleich



Quelle: Infomaterial zur Peritonealdialyse, Baxter Deutschland

sind diese Verfahren doch in vielen Fällen der Zentrumsdialyse deutlich überlegen in Bezug auf die Rehabilitation der Patienten, die medizinischen Behandlungsergebnisse und die Wirtschaftlichkeit. Der Grund für dieses eklatante Defizit ist nicht in der Patientenpopulation zu suchen. Die internationalen Vergleichszahlen belegen, dass der Anteil dieser Behandlungsverfahren deutlich gesteigert werden kann ([Wied 03]). Ursachen sind vielmehr eine in vielen Fällen nicht ausreichende Ausbildung der Fachärzte und eine unzureichende, frühzeitige Aufklärung der Patienten über die verschiedenen Behandlungsoptionen. Einzelne Zentren und Regionen auch in Deutschland belegen, dass ein Anteil von über 20% für die Verfahren der Heimdialyse keine Utopie bleiben muss. Heute können allerdings auch die gemeinnützigen Träger, die sich zum Zeitpunkt ihrer Gründung schon im Namen zur Förderung der Heimdialyse verpflichtet haben (KfH = Kuratorium für Heimdialyse, PHV = Patientenheimversorgung), keine wesentlich besseren Zahlen aufweisen als der Bundesdurchschnitt.

Missachtung der Patientenselbstbestimmung: Studien belegen, dass eine frühzeitige Aufklärung der Patienten über die Ursachen und den Verlauf der Nierenerkrankungen sowie der verschiedenen Behandlungsoptionen eine erhebliche, positive Auswirkung auf den Behandlungsverlauf besitzt ([Rieg 04]). Fast kein Patient erhält aber heute die Möglichkeit an strukturierten, auf die Nierenerkrankung konzentrierten Schulungsprogrammen teilzunehmen. Die Leistungserbringer haben dieses Defizit erkannt und sich im Dachverband „Fit für Dialyse“ zusammengeschlossen. Das von diesem Verband entwickelte Schulungsprogramm belegt unter anderem, dass durch eine unabhängige und umfassende Aufklärung über

die verschiedenen Dialyseverfahren der oben diskutierte Effekt einer deutlichen Förderung der Verfahren zur Heimdialyse erreicht werden kann. Festzustellen bleibt, dass das entwickelte und evaluierte Schulungsprogramm nur in einigen wenigen Regionen durchgeführt wird. Als Ursache dafür gilt, dass die Refinanzierung der Schulungsmaßnahmen durch die gesetzlichen Krankenversicherung nicht erfolgt. Eine Bereitschaft, die Schulungen in Eigeninitiative seitens der Leistungserbringer zu fördern, ist

nicht im ausreichenden Maße und erst recht nicht flächendeckend vorhanden.

Unwirtschaftliches Management der Dialyseleistungen: Es wurde bereits ausgeführt, dass neben der eigentlichen Dialyseversorgung auch erhebliche Mittel seitens der gesetzlichen Krankenversicherung aufgebracht werden müssen für die Medikamentenversorgung der Patienten, für den Patiententransport und für die Anlage und die Revision der Dialysezugänge (vergleiche Abbildung 2). In diesen Bereichen bestehen erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven. Seit etwa einem Jahr hat sich die Auswahl von Präparaten zur Behandlung der Blutarmut durch die Markteinführung verschiedener Generika (Biosimilar) mit zum Teil erheblichen Preisabschlägen deutlich erhöht. Eine Umstellung auf diese Alternativen findet bisher allerdings nicht umfassend statt. Die über viele Jahre entwickelte, starke Positionierung der Hersteller der Originalpräparate lässt den Markteintritt der Biosimilar-Hersteller in diesem Versorgungsbereich bisher nur im geringen Umfang zu. Durch ein gutes Therapieregime ließe sich zudem die zu verabreichende Menge des Medikaments „EPO“ deutlich reduzieren.

Der Transport der Patienten von deren Wohnsitz zur Dialyse und zurück wird in fast allen Fällen durch Taxis oder Liegendtransporte geleistet. Eine Organisation von Fahrgemeinschaften, die Nutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln zumindest auf dem Weg zur Dialyse bei mobilen Patienten und die stärkere Förderung von Privatfahrten können die Kosten um mehr als ein Viertel senken.

Die Dialysezugänge werden in Deutschland zum großen Teil stationär durchgeführt. Der internationale Vergleich

und die Werte einzelner Regionen, in denen sich der Medizinische Dienst der Gesetzlichen Krankenkassen diesem Thema besonders gewidmet hat, belegen, dass ein Großteil der Eingriffe auch ambulant durchgeführt werden könnte. Die Vergütung beträgt im stationären Fall ca. 3.000 €, im ambulanten Fall weniger als 800 €. Eine gute Pflege (Monitoring) der Dialysezugänge kann zudem die Revisionsraten deutlich verringern.

Konservierung von Wirtschaftlichkeitsreserven in der Dialyseversorgung: Dialyseeinrichtungen arbeiten mit den heute gültigen Vergütungssätzen in aller Regel wirtschaftlich sehr erfolgreich. Die bundesweit einheitliche Festschreibung der Wochenpauschalen lässt einen Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit nicht zu. Wie bereits beschrieben, können junge Nephrologen aufgrund der rigiden Bedarfsplanung des Bundesmantelvertrages nur durch die Übernahme bestehender Dialyseeinrichtungen einen Versorgungsauftrag für Dialyseleistungen erreichen. Auch andere zugelassene Leistungserbringer (Industrie, Krankenhäuser, Betriebsgesellschaften) können Medizinische Versorgungszentren mit dem Schwerpunkt der Nephrologie nur durch den Aufkauf bestehender Dialyseeinrichtungen gründen. Damit hat sich ein „Verkäufermarkt“ entwickelt. Es werden Preise für Praxen gezahlt, die zum Teil deutlich über deren einfachen Jahresumsatz liegen. Naturgemäß lässt sich ein derart hoher Kaufpreis nur auf Basis guter Ertragsaussichten in der Zukunft rechtfertigen. Damit werden heute vorhandene

Wirtschaftlichkeitsreserven abgeschöpft und dem Versorgungssektor entzogen, sie stehen – auch in einer Zukunft des zunehmenden Vertragswettbewerbs – dann nicht mehr für eine Entlastung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung.

3. Projekte *Niere Aktiv* und *Niere Aktiv Plus*

Als bundesweit erste Projekte zur Integrierten Versorgung auf dem Feld der Nephrologie haben die Verfasser die Versorgungskonzepte *Niere Aktiv* und *Niere Aktiv Plus* entwickelt und entsprechende Verträge mit verschiedenen gesetzlichen Krankenkassen geschlossen. *Niere Aktiv* verwirklicht in Zusammenarbeit mit den teilnehmenden Nierenzentren ein umfassendes Versorgungsmanagement für dialysepflichtige Patienten. Dabei werden die in Abschnitt 2 beschriebenen Wirtschaftlichkeitsreserven in der Medikamentenversorgung, beim Patiententransport und in den Anlagen und Revisionen der Dialysezugänge konsequent erschlossen. Die dadurch eingesparten Mittel werden reinvestiert in Maßnahmen zur Früherkennung von chronischen Nierenerkrankungen in der hausärztlichen Versorgung, zur Progressionsverzögerung im Rahmen einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten und zur Förderung der Verfahren zur Heimdialyse. Abbildung 4 gibt einen Überblick über das Integrierte Versorgungskonzept von *Niere Aktiv*.

Abbildung 4: Integriertes Versorgungskonzept *Niere Aktiv*



Quelle: via medis GmbH

Erste Erfahrungen zeigen, dass durch den abgestimmten Einsatz verschiedener rechtlicher Instrumentarien hohe Effizienz- und Qualitätseffekte erzielt werden können. Die Ausschreibung von Rabattverträgen für die Arzneimittelversorgung und die gezielte Steuerung des Verschreibungsverhaltens im Rahmen des Projektes führt so etwa zu erheblichen Einsparungen ohne Qualitätsverluste.

Eine von den Krankenkassen aufzubringende Anschubfinanzierung des Projektes ist nicht notwendig. Im Gegenteil, es ergibt sich bereits für den ersten eingeschriebenen Patienten vom ersten Tag an eine kassenwirksame Einsparung, wie die Darstellung in Abbildung 5 erläutert.

Durch die Kalkulation und die Vereinbarung unterschiedlicher Behandlungskomplexpauschalen, die auf Basis der Ist-Kosten der Krankenkassen kalkuliert werden, übernimmt die Projektmanagementgesellschaft die unternehmerische Verantwortung dafür, dass die Einsparziele tatsächlich auch erreicht werden.

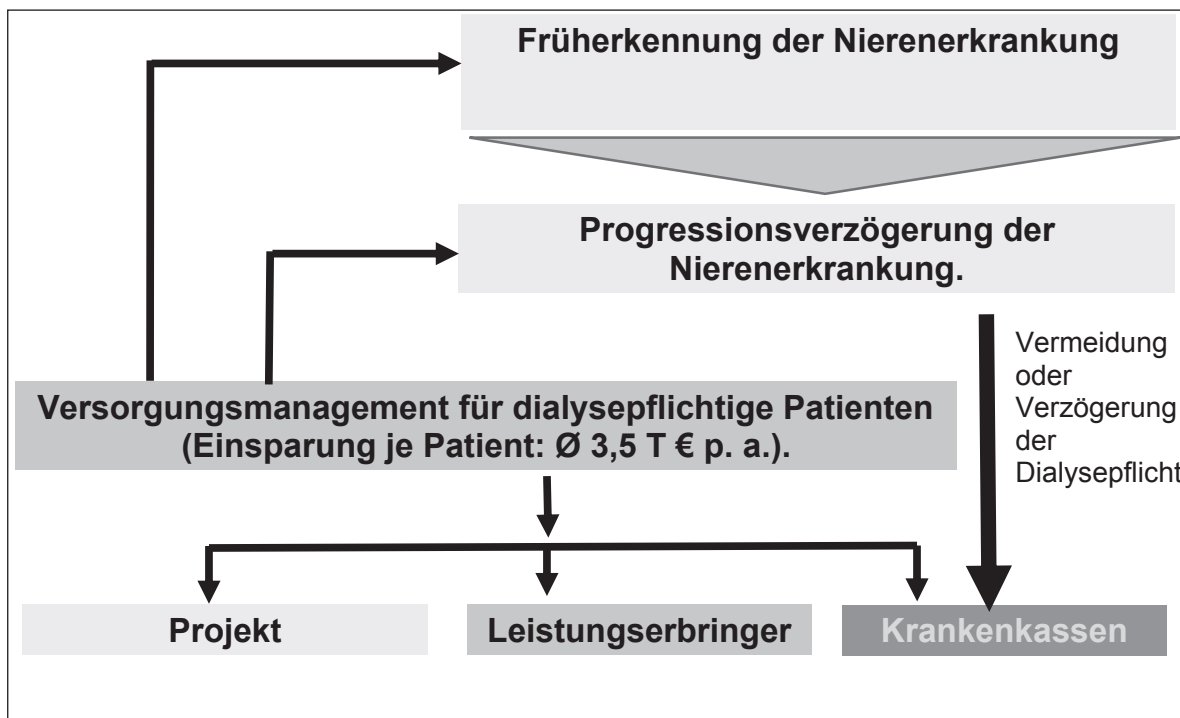
Die Vergütung der Dialysesachleistung bleibt in dem Projekt *Niere Aktiv* unberührt, um die Teilnahmeschwelle für alle Nierenzentren niedrig zu halten. Im Gegensatz dazu integriert das zweite Konzept, *Niere Aktiv Plus*, auch die Dialysesachleistung in die Komplexpauschale. Im Rahmen der Verträge zur integrierten Versorgung kann von einzelnen Regelungen im Kapitel 4 des SGB V (also auch von Regelungen der Bundesmantelverträge) im Einvernehmen zwischen Krankenkassen, Leistungserbringern und der Projektgesellschaft abgewichen werden. Dies gilt zum

Beispiel für die Vergütung oder für die spezifischen Regelungen zu den Versorgungsaufträgen in der Dialyse.

Die an dem Projekt *Niere Aktiv Plus* teilnehmenden Nierenzentren garantieren der gesetzlichen Krankenversicherung Einsparungen, die je Patient und Jahr bei durchschnittlich 5.200,- € liegen. Hochgerechnet auf die in Deutschland lebenden etwa 66.500 Dialysepatienten entspricht dieses einem Wirtschaftlichkeitspotential in Höhe von über 350 Mio. €. Innerhalb der *via medis* Gruppe werden Dialysezentren in der Rechtsform medizinischer Versorgungszentren betrieben. Diese beteiligen sich vollständig an dem Projekt *Niere Aktiv Plus*. Neben den direkten wirtschaftlichen Einsparungen werden im Rahmen des Projektes weitere Ziele fest vereinbart, so etwa die Förderung der Peritonealdialyse, die nach wenigen Jahren einen Anteil von über 10% der eingesetzten Behandlungsverfahren einnehmen soll.

Sämtliche Regelungen zur Qualitätssicherung, die im Rahmen der Regelversorgung für die Behandlung nierenkranker Patienten verbindlich sind, werden in den Projekten *Niere Aktiv* und *Niere Aktiv Plus* vollständig angewendet und eingehalten. Zum Teil werden höhere Qualitätskriterien definiert. Nach den Vorgaben zur Qualitätssicherung des gemeinsamen Bundesausschusses soll jeder Patient zumindest drei Dialysen je Woche erhalten und jede Dialyse soll wenigstens eine Behandlungszeit von vier Stunden umfassen. Allerdings dürfen in bis zu 15% der Fälle diese Schranken unterlaufen werden, ohne dieses in den Einzelfällen begründen zu müssen. In den Projekten *Niere Aktiv* und *Niere Aktiv Plus* sind derartige generelle

Abbildung 5: Finanzierungsmodell des Projektes *Niere Aktiv*



Quelle: *via medis GmbH*

Abweichungen vom anerkannten Therapiestandard nicht zulässig.

Die Projekte zur Integrierten Versorgung, *Niere Aktiv* und *Niere Aktiv Plus*, zielen insgesamt darauf ab, die Defizite der Versorgung chronisch nierenerkrankter Patienten zu beheben beziehungsweise deutlich zu mildern, wie Abbildung 6 zusammenfassend darstellt.

Durch die neuen „Verteilungsmechanismen“, die der Morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ab dem Jahr 2009 mit sich bringen wird, ist zu erwarten, dass sich auf dem klar umgrenzten Versorgungssektor der Dialyse und der Nephrologie mit sehr kostenintensiven Behandlungsverläufen weitere Projekte zur Integrierten Versorgung etablieren werden. Die Anreize für die Krankenkassen, eigene, spezifische Versorgungsformen und –verträge zu entwickeln und abzuschließen, werden deutlich erhöht. Damit wird exemplarisch auf dem Dialysesektor ein Vertragswettbewerb ausgelöst, der eine Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit zum Ziel haben muss und der mittelfristig auch die Regelversorgung nachhaltig beeinflussen wird.

Literaturverzeichnis:

[QB 06/07]

Nierenersatztherapie in Deutschland, Bericht über Dialysebehandlung

und Nierentransplantation in Deutschland 2006 / 2007, QuaSi-Niere gGmbH, Juni 2008.

[QSR 07]

Qualitätssicherungs-Richtlinie Dialyse, Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen, Gemeinsamer Bundesausschuss, Juli 2007.

[MRSa 07]

Wissenschaftliches Gutachten für die Auswahl von 50 bis 80 Krankheiten zur Berücksichtigung im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, Wissenschaftlicher Beirat zur Entwicklung des Risikostrukturausgleiches, Dezember 2007.

[K-DOQI 02]

Kidney Disease Outcome Quality Initiative, Clinical Practice Guidelines for chronic kidney disease, National Kidney Foundation, AM J Kidney Disease 39, Suppl. 1; 2002.

[EBPG 02]

European Best Practice Guidelines on Hemodialysis, Measurement of renal function, when to refer nad when to start dialysis, Nephrol Dial Transplant 2002, Sippl. 7, 2002.

[KDMM 07]

Keller F, Dress H, Mertz A, Marckmann G, *Geld und Dialyse*. Medizinische Klinik 2007;102(8):659-664

[Wied 03]

„Zugang für alle“ durch Sicherstellung der Versorgung, Die demographische Entwicklung in der Niereninsuffizienz, Internationaler Vergleich, M. E. Wiedemann, 9tes Gesundheits- und sozialpolitisches Forum zur Nierenersatztherapie in Deutschland, 2003.

[Rieg 04]

Von der alleinigen Rolle des Arztes zu mehr Eigenverantwortung durch gemeinsame Therapieentscheidung von Arzt, Patient und Familie, W. Riegel, 10tes Gesundheits- und sozialpolitisches Forum zur Nierenersatztherapie in Deutschland, 2004.

Abbildung 6: Zusammenfassung der Projektziele

<p><u>Versorgungsdefizite:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lückenhafte Früherkennung ▪ Stagnation der Transplantationen ▪ Fixierung auf Zentrumsdialyse ▪ Mangelhafte Effizienz: Fahrtkosten, Medikamentenversorgung, Versorgung der Dialysezugänge 	<p><u>Ziele von Niere Aktiv und Niere Aktiv Plus:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Förderung der Früherkennung und der Sekundärprävention. ▪ Förderung der Heimdialyse (> 10 %) ▪ Umfassendes Versorgungs-Management für dialysepflichtige Patienten ▪ Verbesserung der Behandlungsqualität und der Wirtschaftlichkeit
<p><u>Strukturelle Defizite:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Geschlossener Markt“ ▪ Überregulierung, fehlende Wettbewerbselemente ▪ unzureichende Transparenz ▪ Trennung zwischen Kostenverursachung und Kostenverantwortung 	<p><u>Ziele von Niere Aktiv und Niere Aktiv Plus:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Marktzutritt durch Innovation ▪ Wachstum im Preis- und Leistungswettbewerb ▪ Transparente Projektkalkulation ▪ Übernahme der umfassenden Versorgungsverantwortung

Quelle: via medis GmbH