



Ausschuss für Eingaben
Tgb.Nr. E 8949/02

Franz-Josef-Röder-Straße 7
66119 Saarbrücken
Telefon (0681) 5002-0
Fax (0681) 5002-392
Teletex 681740 SALLdtg
Postfach 101833
66018 Saarbrücken, 26.02.2003

Herrn
Martin Müller
Klausnerstraße 8

66115 Saarbrücken

Betr.: Ihre Eingabe vom 30.10.2002 betreffend Gesundheitswesen

Sehr geehrter Herr Müller,

der Ausschuss für Eingaben hat sich unter Berücksichtigung einer Stellungnahme des Ministeriums für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales in seiner 31. Sitzung am 14. Februar 2003 mit Ihrer vorbezeichneten Eingabe befasst.

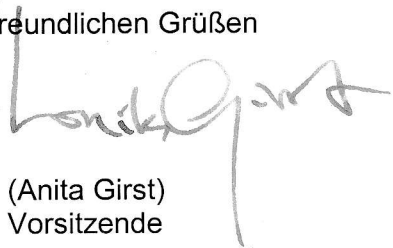
Im Hinblick darauf, dass die ministerielle Prüfung Ihrer Angelegenheit zu einem parlamentarisch nicht zu beanstandenden Ergebnis geführt hat, sah sich der Ausschuss bei seiner Beschlussfassung veranlasst, die Stellungnahme der Regierung zu bestätigen und Ihre Eingabe für erledigt zu erklären.

Gleichzeitig hat er Ihre Eingabe als Material an den fachlich zuständigen Ausschuss für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales überwiesen.

Um Ihnen einen unverkürzten Einblick in der Prüfungsergebnis zu vermitteln, liegt die ministerielle Stellungnahme in Ablichtung bei.

Die Behandlung Ihrer Eingabe ist damit abgeschlossen.

Mit freundlichen Grüßen


(Anita Girst)
Vorsitzende

Anlage

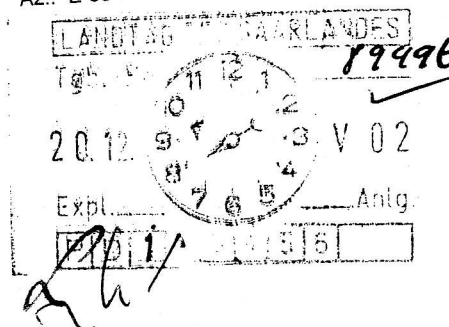
7) V417, C, Q
2) B E 31

Saarland

Ministerium für Frauen, Arbeit,
Gesundheit und Soziales

Saarbrücken, 18. Dezember 2002

Az.: E 8949-32/02



MFAGS, Postfach 10 24 53, 66024 Saarbrücken

An die
Vorsitzende des
Ausschusses für Eingaben
Frau Abgeordnete Anita Girst
Franz-Josef-Röder-Str. 7

66119 Saarbrücken

Eingabe von Herrn Martin Müller, Klausnerstr. 8, 66115 Saarbrücken, vom 30. Oktober 2002 betreffend Gesundheitswesen

Ihr Schreiben vom 4. November 2002 – AZ: E 8949/02

Sehr geehrte Frau Vorsitzende,

Herr Müller beschwert sich über die von der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland (KVS) mit den Primärkassen (AOK für das Saarland, Innungskrankenkasse des Saarlandes –IKK–, die Betriebskrankenkassen und Bundesknappschaft) mit Wirkung vom 1. Juli 2002 abgeschlossene Vergütungsvereinbarung zur Dialysesachkostenabgeltung. Demnach sieht die Vereinbarung eine Wochenpauschale von 520 € vor. Der Petent behauptet außerdem, dass die derzeit geltende Dialysesachkostenabgeltung eine negative Auswirkung auf die ohnehin geringere Lebensqualität von Dialysepatientinnen und -patienten aufgrund schlechterer Dialysequalität habe.

1. Ausgangslage

Uneffektiv, unwirtschaftlich und unübersichtlich, das waren die Hauptkritikpunkte an den bisherigen Regelungen zur Dialyseversorgung.

Deshalb haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Regelungen zur Neuordnung der Dialyseversorgung verständigt, die eine qualitativ hochwertige, wirtschaftliche und wohnortnahe Dialyseversorgung sichern sollen. Dabei wurde mit der Neuordnung das gesamte Regelwerk zur Nierenerersatztherapie überarbeitet. Die bestehenden Regelwerke waren historisch gewachsen und boten kaum noch Möglichkeiten, die zunehmenden strukturellen Probleme wie

Der Staatssekretär



unzureichende Regelungen zur Sicherung der Behandlungsqualität, fehlende Anreize für ein wirtschaftliches Handeln, Verschlechterung der einzelwirtschaftlichen Bedingungen durch stetigen Rückgang der Auslastung sowie erhebliche regionale Unterschiede in Höhe und Struktur der abgerechneten Sachkosten wirksam zu lösen.

Im Rahmen dieser Neuregelung bestehen nunmehr erstmals Regelungen, die Ärztinnen und Ärzten, ärztlich geleiteten Einrichtungen und ermächtigten Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit geben, auf die sehr unterschiedlichen Versorgungsansprüche der Patientinnen und Patienten in den verschiedenen Stadien einer Nierenerkrankung einzugehen. Im Rahmen dieser Versorgungsaufträge können jetzt beispielsweise auch präventive Leistungen (zum Beispiel für Diabetiker mit Nierenerkrankungen) abgerechnet werden. Durch eine solche frühzeitige Versorgung können schwerwiegendere Erkrankungen – wie ein totales Nierenversagen, was eine Dialyse nach sich ziehen würde – verhindert oder zumindest hinausgezögert werden.

Ein Großteil der anfallenden Dialysekosten wird über die sogenannten Sachkosten-Pauschalen vergütet. Diese konnten bisher jährlich bis zu 35 000 € pro Patientin bzw. Patient betragen. Die Preise schwankten bis zur Neuregelung dabei allerdings extrem, je nach eingesetztem Verfahren und je nach Region der Leistungserbringung. Um eine Angleichung des regional sehr unterschiedlichen Vergütungsniveaus zu erreichen, ist eine **bundesweit einheitliche Regelung** festgelegt worden:

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen – das sind die Vertragspartner auf Bundesebene – haben eine konzeptionelle Neuordnung aller Bereiche der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patientinnen und Patienten vertraglich vereinbart (Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt Nr. 13/2002 vom 29. März 2002). Eine Beanstandung ist seitens des aufsichtsführenden Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung nicht erfolgt. Damit sind die Neuregelungen auch bindend für die Vertragspartner auf Landesebene geworden.

Im Zusammenhang mit der Neuordnung der Dialyseversorgung in Deutschland wurden umfassende Änderungen in den Bereichen Einheitlicher Bewertungsmaßstab-Ärzte – EBM – (hier sind als Annex auch die Sachleistungen geregelt), Bundesmantelvertrag-Ärzte, Qualitätssicherungsvereinbarung und Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte vorgenommen.

2. Sachlage und Rechtslage

Der Petent beschwert sich über die Umsetzung eines Teilbereichs der umfangreichen Neuregelung im Bereich der Dialyseversorgung, nämlich über den Bereich der Dialysesachkostenabgeltung für Ärztinnen und Ärzte (nicht über das Honorar der Ärztinnen und Ärzte, die Dialysen durchführen). Herr Müller berücksichtigt jedoch nicht den Gesamtzusammenhang (vernetztes System), der zwischen den einzelnen Elementen der Neuregelung besteht. Außerdem hat er sich schon mit mehreren Schreiben des gleichen Inhaltes beschwert, die von Frau Ministerin Dr. Görner und mir beantwortet wurden.

Mit der von dem Petenten beanstandeten Dialysesachkostenvereinbarung sollen insbesondere die folgenden Sach- und Dienstleistungen, die in Zusammenhang mit einer Dialyse anfallen, abgegolten werden:

- Bereitstellung, Installation und Betrieb aller für die Dialysebehandlung erforderlichen Einrichtungen, Geräte und Nebenanlagen sowie die Gewährleistung der Betriebssicherheit,
- Wartung und Reparaturen,
- Dialysehilfsstoffe wie dialyseimmanente Medikamente, Lösungen und Verbrauchsartikel,
- Abschluss von Versicherungen, die solche Personen-, Sach- und Vermögensschäden decken, die im Zusammenhang mit der Dialyse anfallen,
- Organisation und Überwachung des pflegerischen Bereitschaftsdienstes,
- Übernahme der Betriebs- und Benutzerkosten (Energie, Wasser, Entsorgung).

Die Dialyse-Sachkostenpauschalen für Ärztinnen und Ärzte, die bisher in einer Vielzahl von regionalen Vereinbarungen existierten, wurden durch bundesweit geltende Pauschalen ersetzt, wobei allerdings ausdrücklich für die Krankenkassen günstigere Landesregelungen weiter gelten können („...soweit die Partner der Gesamtverträge eine im wirtschaftlichen Ergebnis niedrigere Erstattungshöhe der Kosten für nichtärztliche Dialyseleistungen vereinbart haben, werden diese Vereinbarungen so lange fortgeführt, wie sie die in Ziffer 7270 EBM (siehe später, der Verfasser) zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Betrag unterschreiten ...“).

Die Bundesregelung differenziert nicht mehr nach den einzelnen Dialyseverfahren; die Pauschalregelung gilt daher sowohl für Hämo*- als auch für Peritonealdialysen**. Die Pauschalen sind dabei als Wochenpauschalen konzipiert worden. Sie werden in einer dreistufigen Regelung bis 2004 abgesenkt. Die Vielzahl der bisher existierenden Zuschläge wurde auf ein Minimum reduziert.

Nach Ziffer 7270 EBM ergibt sich daher – sofern nicht, wie oben dargestellt, günstigere Regelungen greifen - die folgende Vergütungsregelung:

1. Juli 2002 bis 30. Juni 2003	Pauschale 580 €
1. Juli 2003 bis 31. Dezember 2003	Pauschale 550 €
Ab 1. Januar 2004	Pauschale 520 €

Wegen des hohen Betreuungsaufwandes bei Kindern und Jugendlichen und der damit erforderlichen besonderen Organisationsstruktur der durchführenden Einrichtungen wurde an Stelle eines besonderen Zuschlages eine gesonderte Kinderpauschale in Höhe von 830 € vereinbart. Ein Absenken der Kinderpauschale ist dabei nicht vorgesehen. Hinsichtlich der sogenannten Feriendialyse wurde in der Anmerkung zu Ziffer 7270 EBM bestimmt, dass bei Abrechnung **einer** Hämodialyse am Ferienort nur 40 % der Pauschalerstattung berechnungsfähig sind. Zuschläge gibt es jetzt nur noch für die Infektiionsdialyse (Ziffer 7271 EBM) und die intermittierende Peritonealdialyse (Nr. 7272 EBM).

Wie von dem Petenten richtigerweise dargelegt, hat die Kassenärztliche Vereinigung Saarland mit den Primärkassen (AOK für das Saarland, Innungskrankenkasse des Saarlandes - IKK, die Betriebskrankenkassen, Bundesknappschaft) eine Vergütungsvereinbarung mit Wirkung ab dem 1. Juli 2002 abgeschlossen, die von einer **Wochenpauschale von 520 €** ausgeht.

Nur am Rande sei erwähnt, dass die mit der Arbeitsgemeinschaft Heimdialyse Saar e.V. für die Erbringung von Dialyseleistungen im Auftrag der Praxis Boßlet/Stolz, Homburg, mit Betriebsstätten im Homburg, Neunkirchen und Saarbrücken getroffenen Vergütungsregelung unverändert weiter Anwendung finden:

- Heimdialyse incl. aller Zuschläge: 117,60 € je Anwendung
- LC-Dialyse* (auch als Trainingsdialyse), Zentrums-, Praxisdialyse: 158,50 € je Anwendung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland hat mir gegenüber erläutert, dass die bisherige Sachkostenregelung deutlich unter dem Betrag von 520 € lag. Im Ergebnis kam es also nicht zu einem Absenken – wie von dem Petenten behauptet – , sondern zu einem **Anstieg** der Sachkostenvergütung für Ärztinnen und Ärzte ab dem 1. Juli 2002 (in einem Schreiben an den Petenten hat dies der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, Herr Dr. Flöthner, im einzelnen dargelegt).

Herr Müller gab sich jedoch mit dieser Auskunft nicht zufrieden und bat mein Haus um Verifizierung der Behauptungen. Unter Berücksichtigung der Ausführungen des Petenten wurde der Vertrag nochmals geprüft. Auch aus dieser Berechnung ergibt sich keine Veränderung der vom Vorsitzenden der KVS getätigten Tendenzangaben. Auf Grund der Abrechnungsergebnisse des vergangenen Jahres sind verschiedene Musterberechnungen angestellt worden, die zu dem Ergebnis geführt haben, dass sich **über alle Praxen hinweg eine Erhöhung der Vergütung in einer Höhe von etwas über 5 % ergibt**.

Auch Praxen mit abweichender PatientInnenstruktur sind gesondert bewertet worden. Praxen mit einem relativ hohen Anteil an LC-Patientinnen und Patienten liegen noch über dem vorgenannten Wert. Praxen, die lediglich Praxisdialysen abrechnen, liegen unter dem Mittelwert, verzeichnen aber immer noch Steigerungen. Natürlich ist es möglich, dass sich bei einer einzelnen Praxis eine Abweichung auf Grund der individuellen Praxisstruktur ergibt. Honorare nach EBM bzw. Dialysesachkosten werden jedoch nicht auf Grund der Kostenstruktur einer einzelnen Praxis ermittelt.

Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass mit den zum 1. Juli 2002 geltenden Wochenpauschalen auch ein ökonomischer Anreiz geschaffen werden sollte, bislang in unserem Land im Vergleich mit anderen Industriestaaten eher zu gering durchgeführte Dialyseformen – gemeint ist hier insbesondere die Bauchfelldialyse und die Heimdialyse - verstärkt anzubieten. Auch sollte der Anreiz genommen werden, kürzer, aber dafür öfter, je Woche zu dialysieren.

Die Kassenärztliche Vereinigung Saarland hat mir ausdrücklich mitgeteilt, dass sie es begrüßen würde, wenn die betroffenen Ärztinnen und Ärzte die Angelegenheit vor den Sozialgerichten klären lassen würden, da diese dann verpflichtet wären, ihre individuellen Kalkulationen (und damit zusammenhängend ihre Einkaufspreise) offen zu legen.

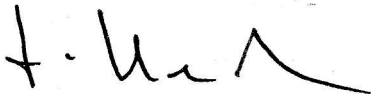
In diesem Fall entstünden für künftige Vertragsverhandlungen festere Berechnungsgrundlagen als dies bisher der Fall war.

Das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales ist an dem Verfahren der Preisbildung nicht direkt beteiligt. Vielmehr haben die jeweiligen Institutionen und Gremien der Selbstverwaltung diese Aufgaben auf der Grundlage der gesetzlichen Regelung eigenverantwortlich wahrzunehmen. Die staatliche Einflussnahme beschränkt sich dabei in der Regel auf die Rechtsaufsicht. Rechtsaufsicht bedeutet die Prüfung, ob Recht und Gesetz beachtet wurden; Zweckmäßigkeitserwägungen dürfen bei der Entscheidungsfindung dabei keine Rolle spielen.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen, hat mein Haus den vorgelegten Dialysesachkostenvereinbarungen mit Schreiben vom 1. Oktober 2002 zugestimmt. Es gab keine Grundlage, den Vertrag aufsichtsrechtlich zu beanstanden, weil es für die getroffene Regelung eine Rechtsgrundlage gibt. Außerdem stellt der Vertrag einen ausgewogenen Ausgleich zwischen den Interessen der Leistungserbringer, der Patientinnen und Patienten und der Kostenträger dar.

Der Petent behauptet darüber hinaus, auf Grund der Neuregelung der Sachkostenpauschalen habe sich der Gesundheitszustand von Patientinnen und Patienten verschlechtert. Dies ist ein schwerwiegender Vorwurf gegenüber den dialysierenden Ärztinnen und Ärzten. Ich habe daher den Petenten mit Schreiben vom 2. Dezember 2002 gebeten, mir die Namen der betroffenen Patientinnen und Patienten, der behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie der zuständigen Krankenkassen mitzuteilen. Ich werde dann über den jeweiligen Versicherungsträger eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen veranlassen und die Angelegenheit prüfen.

Mit freundlichen Grüßen



Josef Hecken