

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

#### **auf die Kleine Anfrage der Fraktion der CDU/CSU – Drucksache 20/8345 –**

#### **Sicherstellung der lebenserhaltenden ambulanten Dialyseversorgung**

##### Vorbemerkung der Fragesteller

Bundesweit waren nach Angaben der Deutschen Stiftung Organspende im Jahr 2021 „schätzungsweise 100 000“ Patientinnen und Patienten wegen einer chronischen Niereninsuffizienz dauerhaft auf eine lebenserhaltende Dialyse angewiesen, wovon etwa 6 500 auf eine Nieren-Transplantation warteten (siehe [dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202021.pdf](https://www.dso.de/SiteCollectionDocuments/DSO-Jahresbericht%202021.pdf)). Häufige Ursache ist eine Diabetes-Erkrankung, oft in Kombination mit Bluthochdruck (siehe [www.nierenstiftung.de/fuer-betroffene/niere-a-bis-z/diabetes-und-nierenerkrankungen/](https://www.nierenstiftung.de/fuer-betroffene/niere-a-bis-z/diabetes-und-nierenerkrankungen/)).

Als lebenserhaltende Maßnahme ist die Dialyse bei chronischem Nierenversagen im Regelfall bis zum Lebensende bzw. bis zu einer erfolgreichen Transplantation dreimal wöchentlich notwendig. Die jeweils mehrstündige Behandlung in der Dialysepraxis stellt für die Patientinnen und Patienten eine besondere Belastung und einen tiefen Einschnitt in den Lebensalltag dar. Eine stationäre Versorgung dieser Patientinnen und Patienten widerspräche in vielen Fällen dem Grundsatz des Vorrangs der ambulanten Behandlung und wäre schon aus Kapazitätsgründen faktisch unmöglich. Die Patientinnen und Patienten haben daher einen – verfassungsrechtlich garantierten – Anspruch auf diese lebensnotwendige Behandlung als Teil der vertragsärztlichen Versorgung (grundlegend dazu BVerfGE 115, 25, juris-Randnummer 55 ff., insbesondere Randnummer 64 ff).

In Deutschland versorgen nach Angabe des Gemeinsamen Bundesausschusses (Stand: 2019) ca. 930 ambulante Dialyseeinrichtungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung aus einem breiten Anbieterkreis die Patientinnen und Patienten. Hierzu gehören nephrologische Arztpraxen, frei-gemeinnützig getragene und ferner privatwirtschaftlich organisierte Dialysezentren (vgl. [www.g-ba.de/downloads/39-261-4568/2020-11-20\\_QSD-RL\\_IQTIG-Jahresbericht-2019.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-4568/2020-11-20_QSD-RL_IQTIG-Jahresbericht-2019.pdf)).

Die Erbringer dieser lebenserhaltenden Behandlung sehen sich angesichts der defizitären finanziellen Rahmenbedingungen zunehmend nicht mehr imstande, die flächendeckende Dialyseversorgung langfristig sicherzustellen. Selbst die führenden Dialyseanbieter haben offensichtlich eine negative Jahresbilanz zu verzeichnen. Grund hierfür sind insbesondere die „steigenden Kosten für Personal und Digitalisierung sowie die allgemeine Inflation [...] bei gleichbleibenden Erlösen (Dialysesachkostenpauschale) seit dem Jahr 2013“ (siehe dazu

den aktuellen Jahresbericht des Kuratoriums für Dialyse und Nierentransplantation e. V. [KfH], abrufbar unter [www.kfh.de/presse/pressemitteilungen/detail-ansicht/news/570-kfh-mitgliederversammlung-2022-jahresbericht-2021-kfh-stellt-die-weichen-fuer-die-zukunft](http://www.kfh.de/presse/pressemitteilungen/detail-ansicht/news/570-kfh-mitgliederversammlung-2022-jahresbericht-2021-kfh-stellt-die-weichen-fuer-die-zukunft)). Für das Jahr 2021 verzeichnet z. B. das Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V. ein negatives Jahresergebnis in Höhe von minus 13,1 Mio. Euro.

In diesem Kontext wird von den Akteuren gegenüber den Fragestellern auf die Besonderheiten der Dialyse gegenüber den anderen Fachdisziplinen in der ambulanten Versorgung hingewiesen: Die Dialysebehandlung sei ausgesprochen energieintensiv. So würden jährlich für einen einzigen Dialysepatienten ca. 24 000 Liter Wasser verbraucht. Dieses Wasser sei vor jeder Behandlung aufwendig aufzuarbeiten und anschließend zur Vermeidung eines Schocks während der Behandlung stets auf Körpertemperatur erwärmt zu halten. Die Dialysebehandlung sei darüber hinaus ausgesprochen personalintensiv, denn die dreimal wöchentlich jeweils vier- bis fünfstündige Behandlung in der Praxis sei engmaschig pflegerisch zu betreuen: Abhängig vom Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten gelte die durchgehende Anwesenheit von einer Pflegekraft für je fünf bis zehn Patientinnen und Patienten als medizinischer Standard. Die Personalkosten werden daher als der größte Kostenblock in der Dialyseversorgung beschrieben. Mit Blick auf den Personaleinsatz und den Energie- und Materialverbrauch sei die Dialyse damit in etwa mit einer Fachabteilung in einem Krankenhaus vergleichbar (vgl. genauer [www.spektrum-dialyse.de/kostenpauschale-dialyse-1/was-kostet-dialyse/](http://www.spektrum-dialyse.de/kostenpauschale-dialyse-1/was-kostet-dialyse/)).

Darüber hinaus berichten Dialyseleistungserbringer den Fragestellern, dass zunehmend ihr erfahrenes – und eingearbeitetes – Personal durch Krankenhäuser abgeworben würde. Die Dialyseversorgung sei daher auch durch einen eklatanten Personalmangel bedroht.

Die betroffenen Leistungserbringer weisen gegenüber den Fragestellern darauf hin, dass sich die tatsächlichen Kosten seit 2013 dynamisch entwickelt hätten, während die Erstattungsätze – bis auf eine 2-prozentige Erhöhung Anfang 2023 – stets gleichgeblieben seien. Diese Schiefelage zwischen hohen Kostensteigerungen und insgesamt rückläufigen Erlösen wird gegenüber den Fragestellern als dramatisch beschrieben. So beschreibt der Vorstandsvorsitzende des KfH, Prof. Dr. med. Dieter Bach, in einer Pressemitteilung vom 1. Juni 2022, dass die angespannte wirtschaftliche Lage nicht nur für das KfH, sondern auch für die gesamte deutsche Nephrologie gelte (siehe [www.kfh.de/presse/pressemitteilungen/detail-ansicht/news/570-kfh-mitgliederversammlung-2022-jahresbericht-2021-kfh-stellt-die-weichen-fuer-die-zukunft](http://www.kfh.de/presse/pressemitteilungen/detail-ansicht/news/570-kfh-mitgliederversammlung-2022-jahresbericht-2021-kfh-stellt-die-weichen-fuer-die-zukunft)). Medienberichten zufolge können zahlreiche nephrologische Praxen ihre Patienten schon heute nicht mehr kostendeckend behandeln (vgl. [www.bz-berlin.de/berlin/berliner-dialyse-praxen-vor-dem-aus](http://www.bz-berlin.de/berlin/berliner-dialyse-praxen-vor-dem-aus)). Erste Dialysepraxen mussten deutschlandweit bereits schließen (siehe u. a. [www.bz-berlin.de/berlin/berliner-dialyse-praxen-vor-dem-aus](http://www.bz-berlin.de/berlin/berliner-dialyse-praxen-vor-dem-aus); [www.mainpost.de/regional/wuerzburg/dialyse-angebote-reduziert-nierenzentren-in-unterfranken-berichten-ueber-dramatische-personalsituation-art-10862550](http://www.mainpost.de/regional/wuerzburg/dialyse-angebote-reduziert-nierenzentren-in-unterfranken-berichten-ueber-dramatische-personalsituation-art-10862550); [www.kfh.de/presse/pressemitteilungen/detail-ansicht/news/585-kfh-konzentriert-sich-in-hassfurt-kuenftig-auf-die-hausaerztliche-versorgung/](http://www.kfh.de/presse/pressemitteilungen/detail-ansicht/news/585-kfh-konzentriert-sich-in-hassfurt-kuenftig-auf-die-hausaerztliche-versorgung/); [www.sueddeutsche.de/bayern/trostberg-nierenzentrum-schliessung-petition-1.5386437](http://www.sueddeutsche.de/bayern/trostberg-nierenzentrum-schliessung-petition-1.5386437); [www.aerzteblatt.de/nachrichten/133899/Fresenius-kaempft-mit-Kosten-Gewinneinbruch-bei-FMC](http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/133899/Fresenius-kaempft-mit-Kosten-Gewinneinbruch-bei-FMC); [www.fraenkischertag.de/lokales/kitzingen/aus-fuers-kitzinger-nierenzentrum-art-154907](http://www.fraenkischertag.de/lokales/kitzingen/aus-fuers-kitzinger-nierenzentrum-art-154907)).

Die Vergütung der Dialysebehandlung wurde zuletzt im Jahr 2013 durch den Bewertungsausschuss aus GKV-Spitzenverband (GKV = gesetzliche Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) grundlegend neu geregelt (siehe gemeinsame Pressemitteilung des GKV-Spitzenverbands und der KBV vom 20. März 2013 zur Anpassung der Dialysepauschalen, abrufbar unter [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilung/2013/Gem\\_PM\\_2013-03-20\\_Dialysewochenpauschalen.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilung/2013/Gem_PM_2013-03-20_Dialysewochenpauschalen.pdf)). Demnach erfolgt die Vergütung differenziert nach der ärztlichen Betreuungsleistung und einer Sachkostenpauschale. Die Sachkostenpauschale soll die Kosten für nichtärztliches Personal, die Bereitstellung der Behandlungseinrichtungen, die

Geräte (inklusive Reparatur und Wartung) sowie das anfallende Material abdecken. Vereinbart wurde – laut Pressemitteilung – 2013 zudem eine Regelung zur jährlichen Evaluierung, um mit Blick auf die realen Kosten die Kostenpauschale anzupassen. Damit sollte auch die flächendeckende Dialyseversorgung langfristig sichergestellt werden.

Die letzten zehn Jahre haben allerdings gezeigt, dass eine solche jährliche Kostenevaluierung und Kostenanpassung nicht stattfindet. In der Folge ist die Kostenpauschale – ungeachtet der tatsächlich gestiegenen Kosten – zwischen 2013 und 2022 nicht erhöht worden. Erstmals hat der Bewertungsausschuss für ärztliche Leistungen eine einmalige, pauschale Erhöhung der Sachkostenpauschale um 2 Prozent zum 1. Januar 2023 beschlossen. Mangels einer evidenzbasierten Evaluierung durch den Bewertungsausschuss bildet dies die tatsächlichen Kostensteigerungen nach Ansicht der Fragesteller nicht ab.

Für eine langfristige Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen und wohnortnahen Dialyseversorgung – auch im ländlichen Raum – ist daher aus Sicht der Fragesteller eine grundlegende Reform der Vergütung, eine effektive jährliche Evaluierung und evidenzbasierte Anpassung der Dialysesachkostenpauschalen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Kostensteigerung erforderlich.

### Vorbemerkung der Bundesregierung

Die Bundesregierung misst der Versorgung von Dialysepatientinnen und -patienten einen hohen Stellenwert bei. Dialyseeinrichtungen leisten hierfür einen wichtigen Beitrag. Es ist der Bundesregierung ein besonderes Anliegen, dass die Dialyseeinrichtungen dazu auch künftig in der Lage sind. Dies setzt selbstverständlich auch eine angemessene Vergütung voraus.

Nach § 87 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) vereinbart die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) durch den Bewertungsausschuss als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen (EBM). Mit dem am 23. Juli 2015 in Kraft getretenen Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit Verweis auf die Überprüfung und Anpassung der für die Sicherstellung der Dialyseversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung maßgeblichen Dialysesachkostenpauschalen geregelt, dass auch die inhaltliche Beschreibung und Bewertung der Sachkosten durch den Bewertungsausschuss bestimmt wird, der dabei durch das Institut des Bewertungsausschusses (InBA) unterstützt wird. Nach § 87 Absatz 2 Satz 2 SGB V ist der EBM in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen.

Der Bewertungsausschuss hat zugunsten der Dialyseeinrichtungen am 14. Dezember 2022 eine Erhöhung der Dialysesachkostenpauschale mit Wirkung zum 1. Januar 2023 und am 29. März 2023 Hilfen bei zusätzlichen Stromkosten für Dialyseleistungen für das Jahr 2023 beschlossen. Weiterhin wird in den Gremien des Bewertungsausschusses über Ergebnisse der Erhebungen zur Personal-, Kosten- und Einnahmenentwicklung im Bereich der Dialyseeinrichtungen beraten. Die gesetzlichen Krankenkassen haben im Jahr 2022 für Dialysesachkosten rund 1,9 Mrd. Euro extrabudgetär vertragsärztlich vergütet. Daneben haben die Krankenkassen im Jahr 2022 außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung rund 126 Mio. Euro für selektivvertraglich vereinbarte Dialysesachkosten ausgegeben. Aufgrund der angehobenen Bewertung der Dialysesachkosten im Jahr 2023 und der Zunahme der Zahl der Versicherten werden für das Jahr 2023

Mehrausgaben in Höhe eines mittleren zweistelligen Millionenbetrags prognostiziert.

Die optimale Behandlung des terminalen Nierenversagens ist die Nieren-transplantation. Insbesondere aufgrund der Knappheit von Spenderorganen kommt diese Therapie jedoch nicht für alle Patientinnen und Patienten in Betracht. Um die Versorgungssituation von solchen betroffenen Nierenerkrankten zu verbessern, für die ansonsten keine Nierentransplantation möglich wäre, erarbeitet das Bundesministerium für Gesundheit derzeit einen Gesetzentwurf zur Ermöglichung der Überkreuzlebenspende. Hierbei soll der Spender-Empfängerkreis für solche Fälle erweitert werden, in denen eine Lebenspende einer nahestehenden Person aus immunologischen Gründen nicht in Frage kommt, da das Organ abgestoßen würde.

1. Wie viele ambulante Dialyseeinrichtungen gibt es nach Kenntnis der Bundesregierung derzeit in Deutschland, und wie viele Patientinnen und Patienten werden durch diese versorgt (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen keine validen Erkenntnisse über die Anzahl der ambulanten Dialyseeinrichtungen in Deutschland und den durch diese betreuten Patientinnen und Patienten vor. Der nachfolgenden Tabelle, die von der KBV übermittelt wurde, ist, aufgeschlüsselt nach den Zuständigkeitsgebieten der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die Anzahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren zu entnehmen.

KV-Region	Anzahl
Baden-Württemberg	246
Bayern	906
Berlin	122
Brandenburg	75
Bremen	20
Hamburg	57
Hessen	265
Mecklenburg-Vorpommern	67
Niedersachsen	211
Nordrhein	213
Rheinland-Pfalz	133
Saarland	27
Sachsen	105
Sachsen-Anhalt	105
Schleswig-Holstein	63
Thüringen	78
Westfalen-Lippe	176
Gesamt	2.869

Quelle: KBV-Qualitätsbericht 2022 (Stand 31. Dezember 2021).

2. Wie groß ist nach Kenntnis der Bundesregierung das durchschnittliche Versorgungsgebiet (Radius in Kilometern) einer Dialyseeinrichtung (bitte nach Bundesländern aufschlüsseln)?

Der Bundesregierung liegen über die Größe des durchschnittlichen Versorgungsgebiets einer Dialyseeinrichtung keine Erkenntnisse vor.

3. Was unternimmt die Bundesregierung, um eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe Dialyseversorgung – auch im ländlichen Raum – langfristig zu gewährleisten?
4. Wie bewertet die Bundesregierung die aktuelle und zukünftige Versorgungslage bei Dialysepatientinnen und Dialysepatienten?

Die Fragen 3 und 4 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Die Bundesregierung stuft die Versorgung von Dialysepatientinnen und -patienten in Deutschland, auch im internationalen Vergleich, als hochwertig ein. Grundsätzliche Probleme des Vergütungssystems betreffen zwar auch die Dialyseversorgung, nach Auskunft der KBV wird aber in regelmäßigen Austauschrunden mit den KVen und entsprechenden Berufsverbänden nicht von systematischen oder gravierenden Engpässen oder Rationierungen berichtet. Mit gezielten Regelungen zur Versorgungsverbesserung plant das Bundesministerium für Gesundheit konkrete Maßnahmen, um auch künftig sicherzustellen, dass überall in Deutschland – auch in ländlichen und strukturschwachen Regionen – eine hochwertige medizinische Versorgung sichergestellt wird. Dies kommt allen Menschen in Deutschland zugute, auch Dialysepatientinnen und -patienten. Zudem wird auf die Vorbemerkung der Bundesregierung verwiesen.

5. Ist der Bundesregierung bekannt, dass einige Dialyseanbieter bereits Defizite erwirtschaften (z. B. das KfH) und Zentren aus finanziellen Gründen schließen mussten, und was unternimmt die Bundesregierung gegen diese Entwicklung?

Nach den zuletzt vom Statistischen Bundesamt für den Berichtszeitraum des Jahres 2021 vorgelegten Daten der Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich liegen bei Praxen von Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin und Nephrologie die Ausgaben für verschiedenste betriebliche Aufwendungen (z. B. Infrastruktur, Versicherungen, Energie, Gehälter, Material) durchschnittlich bei 70,4 Prozent der Praxiseinnahmen. Im Gegenzug liegt der Anteil des Reinertrags bei durchschnittlich bei 29,6 Prozent der Praxiseinnahmen. Vor dem Hintergrund dieser Daten des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2021 geht die Bundesregierung im Dialysebereich nicht von einer flächendeckenden defizitären Entwicklung aus. Die Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich ist eine jährliche zentrale Statistik, für deren Erstellung Arztpraxen in Deutschland befragt werden. Ziel der Erhebung ist es, die in den Praxen erzielten Einnahmen und die dafür erforderlichen Aufwendungen sowie deren Zusammensetzung darzustellen. Erste Ergebnisse der Kostenstrukturstatistik im medizinischen Bereich liegen in der Regel 18 Monate nach Ende des Berichtszeitraums vor.

6. Wie bewertet die Bundesregierung die tatsächliche Durchführung der vereinbarten Evaluierung der Kostenpauschalen und in der Folge der notwendigen Anpassung seit 2013?

Der Gesetzgeber hat die in bestimmten Zeitabständen durchzuführende Überprüfung der Dialysesachkostenpauschalen dem Bewertungsausschuss übertragen (§ 87 SGB V). Die Überprüfung und Anpassung der Dialysesachkostenpauschalen im EBM ist Gegenstand der Beratungen der vom Bewertungsausschuss eingerichteten Arbeitsgruppe Nephrologische Leistungen, die dabei vom InBA unterstützt wird. Gegenstand der Beratungen sind unter anderem Ergebnisse von Befragungen in Mitgliedspraxen des Verbands Deutsche Nierenzent-

ren e.V. sowie bei dem Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V. und der Patienten-Heimversorgung Gemeinnützige Stiftung. Dem Bundesministerium für Gesundheit obliegt lediglich die Rechtsaufsicht über den Bewertungsausschuss.

7. Sieht die Bundesregierung das Erfordernis, gesetzlich nachzusteuern, um eine tatsächliche und transparente Evaluierung zu ermöglichen mit dem Ziel, die Versorgung der Patientinnen und Patienten mit lebenserhaltender Dialysebehandlung sicherzustellen, und wenn nein, warum nicht?

Der Abschluss der Beratungen der Gremien des Bewertungsausschusses zur Überprüfung und Anpassung der Dialysesachkostenpauschalen bleibt abzuwarten.

8. Befindet sich die Bundesregierung im Austausch mit den Akteuren der Selbstverwaltung, um die Rahmenbedingungen der Dialyseversorgung in Deutschland langfristig zu verbessern bzw. sicherzustellen, und wenn nein, warum nicht?

Auf die Vorbemerkung der Bundesregierung sowie auf die Antworten zu den Fragen 3 und 4 wird verwiesen.

9. Ist der Bundesregierung bekannt, dass es mit der Einführung der Pflegebudgets in der stationären Versorgung vermehrt zu einer Abwanderung qualifizierter Pflegekräfte aus der ambulanten Dialyseversorgung in den stationären Sektor kommt, wie bewertet die Bundesregierung diese Situation, und welche Maßnahmen werden ergriffen, um dieser Entwicklung entgegenzuwirken?

Der Bundesregierung liegen dazu keine Informationen vor.

10. Wie sollen aus Sicht der Bundesregierung die stetig steigenden Personal- und Sachkosten in der ambulanten Dialyseversorgung angemessen vergütet werden?

Die Regelung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen hat der Gesetzgeber der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen, Ärzten und Krankenkassen übertragen. Damit gilt der Vorrang der Selbstverwaltung, dem das Bundesministerium für Gesundheit Rechnung trägt. Das Ergebnis der Beratungen der Gremien des Bewertungsausschusses bleibt abzuwarten und wird nach Beschlussfassung im Bewertungsausschuss durch das Bundesministerium für Gesundheit aufsichtsrechtlich geprüft und bewertet.



