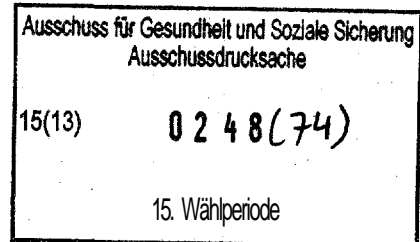


Dialysepatienten Deutschlands e. V.,
Weberstraße 2 • 55130 Mainz • Telefon 06131/85152

Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e.V.
Martin Behaim-Straße 20 • 63263 Neu-Isenburg • Telefon 06102/359-0

Deutsche Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte e.V.,
Postfach 132304 • 42050 Wuppertal • Telefon 0202/248450



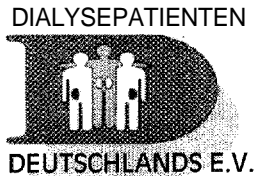
Stellungnahme zum Entwurf des
Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG),
Fassung vom 02. 06. 2003:
Situationsveränderungen und Folgen für die Versorgung
chronisch nierenkranker Patienten

Einleitung

Mit dem Gesetz zur Modernisierung des Gesundheitswesens sollen die Steuerung der Versorgung verbessert und eine Modernisierung vorhandener Strukturen erreicht werden. Für den Gesamtkomplex der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten einschließlich der Dialysebehandlung sind diese Ziele bereits seit 1. Juli 2002 durch eine umfassende **Neuordnung der Versorgung chronisch niereninsuffizienter Patienten einschließlich der Dialysebehandlung** modellhaft umgesetzt. Die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Kostenträger konzipierte Neuordnung umfasst detaillierte Regelungen zur Qualitätssicherung, eine qualifizierte Bedarfsplanung sowie konkret gefasste Anforderungen an eine wirtschaftliche Versorgungsstruktur. Insbesondere die über einen vorgegebenen Auslastungsschlüssel zu erreichende wirtschaftliche Versorgungsstruktur war die Voraussetzung für Vergütungsvereinbarungen, die in Stufen zu erheblichen Absenkungen der Sachkostenvergütungen führen und damit deutliche Einsparungen für das Gesundheitswesen ermöglichen. Die Abrechnung von Leistungen wird in der Zukunft von der Beteiligung an einem bundesweiten Benchmarkingsystem durch die regelmäßige Meldung von Qualitätsparametern abhängig sein.

Die vorgezogenen und spezifisch für den Versorgungsbereich chronisch nierenkranker Patienten abgestimmten Neuregelungen gehen über die Anforderungen des Gesetzentwurfs hinaus und befinden sich seit Mitte 2002 in der Umsetzung.

Um diese vorbildhafte Absicherung einer hohen Behandlungsqualität im Verbund mit einer wirtschaftlichen Versorgungsstruktur nicht zu gefährden, ist es notwendig, die im Gesetzentwurf für Hausärzte, Augenärzte, Kinderärzte und Frauenärzte kollektivvertraglich organisierte Sicherstellungsverpflichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen unter Bezug auf die letztjährigen Neuregelungen um den Versorgungsbereich chronisch niereninsuffizienter Patienten zu ergänzen.



Seite 2 - Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)

Zahlen und Fakten aus der chronischen Nierenersatztherapie

Deutschland zählt zu den weltweit wenigen Ländern, in denen jeder chronisch nierenkranke Patient mit einer dauerhaften Nierenersatztherapie rechnen darf. Mit einer Prävalenz von 919 Dialysepatienten pro Million Einwohnern steht Deutschland nach Japan und den USA international an dritter Stelle. Von den insgesamt 75.000 Patienten mit vollständigem Nierenversagen sind etwa 18.000 transplantiert, etwa 57.000 werden mit einer Dialysetherapie behandelt. Die Zahl der Patienten, die eine lebenserhaltende Nierenersatztherapie benötigt, steigt jährlich um ca. 4 bis 5 % (QuaSi-Niere, Bericht 2001/2002*).

Die Zunahme der Zahl dialysepflichtiger Patienten wäre ohne das gleichzeitige Engagement der Spezialisten für Nierenerkrankungen im Bereich der Prävention deutlich höher. Durch die frühzeitige Versorgung ist es vielfach möglich, die Entwicklung von Nierenschädigungen zu einem Nierenversagen zu verhindern oder zumindest zu verlangsamen. Damit werden jährliche Einsparungen in Millionenhöhe erreicht.

Die Patientenversorgung mit ambulanter Nierenersatztherapie in der Bundesrepublik erfolgt durch:

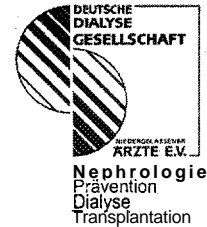
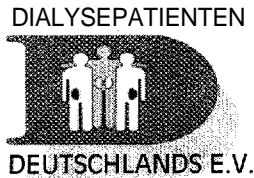
Niedergelassene Vertragsärzte (ca. 48 %),
Einrichtungen des Kuratoriums für Dialyse und Nierentransplantation/KfH (ca. 30 %),
Kliniken (ca. 12%),
weitere Organisationen und Gruppierungen (ca. 10 %).

Behandlungssituation in Deutschland

Die Zusammensetzung der Gesamtgruppe chronisch dialysepflichtiger Patienten in Deutschland hat sich in den letzten Jahren durch den beträchtlichen Anstieg des Durchschnittsalters und eine ausgeprägte Zunahme der Begleiterkrankungen (vor allem Herz-Kreislaufkrankungen) deutlich verändert. Dokumentiert wird die Veränderung der Altersstruktur durch die repräsentativen Zahlen der Quasi-Niere*. Im Jahr 2001 betrug der Anteil der über 60-jährigen Patienten unter allen neuen chronischen Dialysepatienten (Inzidenz) über 70 % (60-69 Jahre ca. 28%; 70-79 Jahre ca. 32%, 80 Jahre und älter ca. 12%). Entsprechend nahm in der Prävalenz der Anteil der über 60-jährigen chronischen Dialysepatienten in den letzten Jahren deutlich zu.

Zwischen 1995 und 2001 stieg der Anteil der Diabetiker unter den neu dialysepflichtig werdenden Patienten von etwa 27 % auf über 35 %. In der Altersgruppe 60 bis 80 Jahre lag bereits bei mehr als 40 % der neuen Dialysepatienten die Grunderkrankung Diabetes mellitus vor. Patienten mit einer diabetisch bedingten Nierenschädigung leiden bei Eintritt der Dialysepflichtigkeit bereits unter zahlreichen Begleiterkrankungen (z.B. Herzkrankgefäßerkrankungen, Durchblutungsstörungen der Bein- und der Hirngefäße, Augenschäden). Dialysepatienten weisen insgesamt ein massiv erhöhtes Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen auf.

* QuaSi-Niere = Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie: Durch das Bundesministerium für Gesundheit initiiertes und von allen an der Versorgung chronisch nierenkranker Patienten Beteiligten getragenes Modellprojekt zur Qualitätssicherung in der Nierenersatztherapie



Seite 3 - Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)

Damit ist die Nephrologie in Deutschland mit einer gravierenden strukturellen Veränderung der Dialysepopulation hin zu älteren und kränkeren Patienten konfrontiert. Dies bedeutet einen rapide steigenden ärztlichen und pflegerischen Mehraufwand bei der medizinischen Betreuung chronischer Dialysepatienten. Die Hämodialysebehandlung wird immer mehr durch Folgeprobleme wie z. B. Bluthochdruck, Blutzuckererhöhung, Kreislaufinstabilität, Immobilität, kognitive Störungen, Sehprobleme (Retinopathie) sowie Ulcera und Wunden (Mikro- und Makroangiopathie) belastet, die eine zusätzliche aufwendige Versorgung notwendig machen. Es ist zu erwarten, dass sich diese Gesamtproblematik in den nächsten Jahren weiter verstärken wird.

Behandlungssituation international

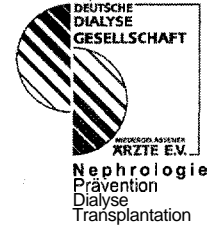
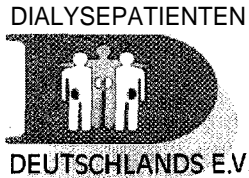
Deutschland befindet sich sowohl in der Prävalenz als auch in der Inzidenz chronisch nierenkranker Patienten weltweit nach Japan und den USA an dritter Stelle. Der Anstieg des Anteils diabeteskranker und damit in der Regel multimorbider sowie alter Patienten verläuft parallel. Unterschiedlich sind die Sterblichkeitsraten bei Dialysepatienten. In den USA ist die Mortalität deutlich höher als in anderen industrialisierten Ländern. Das Überlebendialysepflichtiger Patienten in Deutschland ist zwar statistisch noch nicht vollständig erfasst. Die in großen Subgruppen der Dialysepopulation erfolgten Untersuchungen zeigen jedoch, dass die Mortalitätsrate in Deutschland deutlich niedriger ist als in den USA. In Nordamerika werden zwei Drittel aller Dialysepatienten durch kommerziell operierende Dialyseprovider versorgt.

Qualitätskriterien der Behandlung

Die chronische Nierenersatztherapie hat das Ziel, ein langfristiges Patientenüberleben bei guter körperlicher und sozialer Rehabilitation zu erreichen. Dieses Ergebnis setzt eine Dialysebehandlung auf einem hohen ärztlichen, pflegerischen und strukturellen Qualitätsstand voraus. In einer Reihe von wissenschaftlichen Untersuchungen wurde belegt, dass dafür der Umfang der Dialysebehandlung (Hämodialyse im Regelfall dreimal pro Woche über 4 bis 5 Stunden) in Verbindung mit dem Einsatz hochwertiger Verbrauchsmaterialien, die engmaschige ärztliche Überwachung und eine qualifizierte pflegerische Betreuung die Hauptrolle spielen. Gleichmaßen wichtig ist die intensive Therapie sowohl der dialysebedingten Langzeitkomplikationen (u. a. Blutarmut, Knochen- und Calciumstoffwechselstörungen) als auch die Behandlung von Komplikationen der primären, zum vollständigen Nierenversagen führenden Erkrankungen (zum Beispiel von Diabetes mellitus und Hypertonie).

Folgen von Qualitätsminderungen

Wissenschaftliche Daten und Untersuchungen belegen, dass eine unzureichende Behandlungsqualität zusätzliche Komplikationen wie beispielsweise Herz- und Kreislauferkrankungen auslöst. Dadurch erhöhen sich die Folgekosten gravierend - z. B. durch mehr stationäre Behandlungen, fortschreitende Pflegebedürftigkeit sowie steigende Kosten für die Medikation und zusätzlich erforderliche Untersuchungen und Therapien. Nur durch eine gute Dialysequalität kann erreicht werden, dass das Gesundheitswesen von derartigen Kosten nicht noch zusätzlich belastet wird.



Seite 4 - Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)

Neuordnungsregelungen seit 01. 07. 2002

Vor dem Hintergrund steigender Patientenzahlen und einem steigenden Anteil immer älterer und pflegebedürftiger Patienten wurde von den Partnern der Bundesmantelverträge und den wichtigsten Leistungserbringern gemeinsam eine Neuregelung für die Versorgung chronisch nierenkranker Patienten einschließlich Dialysebehandlung entwickelt.

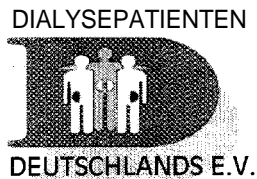
Die mit der Neuordnung Mitte 2002 in Kraft getretenen Änderungen der Bundesmantelverträge, der Qualitätssicherungsvereinbarungen gemäß § 135, Absatz 2, SGB V zu den Blutreinigungsverfahren, der Bedarfsplanungsrichtlinien der Ärzte sowie der Vergütungsregelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab bewirken u. a.:

- Eine Struktur- und Prozessqualität auf hohem, zu bestmöglichen Ergebnissen führendem Niveau. Die Ergebnisqualität wird durch festgelegte Qualitätsparameter geprüft, deren quartalsweise Meldung eine Voraussetzung für die Abrechnung darstellt.
- Die detailliert gefasste Bedarfsplanung regelt, dass nur noch neue Versorgungseinrichtungen genehmigt werden können, wo - auch unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Gesichtspunkte - zusätzlicher Versorgungsbedarf besteht. Durch den dadurch erreichbaren Auslastungsgrad der bestehenden Dialysezentren sind wirtschaftlichere Strukturen möglich, gleichzeitig werden unwirtschaftliche Überversorgungen vermieden.
- Die Patientenzahl pro Arzt ist begrenzt. Ein Arzt darf höchstens 30 Dialysepatienten behandeln, zwei Ärzte bis zu 100. Ab 100 Patienten ist für jeweils 50 weitere Patienten ein zusätzlicher, fachlich qualifizierter Arzt notwendig.
- Durch Einbeziehung aller bestehenden Versorgungsstrukturen (ermächtigte Krankenhausärzte in nephrologischen Schwerpunktabteilungen, gemeinnützige Anbieter wie KfH, PHV oder DTZ, Vertragsärzte) ist eine flächendeckende, dem realen Bedarf entsprechende, wohnortnahe und wirtschaftliche Versorgungsform gewährleistet.

Die seit 01. 07. 2002 gültigen Neuregelungen erfüllen damit für den Versorgungsbereich chronisch nierenkranker Patienten bereits sämtliche Anforderungen, die im jetzt vorgelegten Gesetzentwurf als Ziele genannt werden. Somit besteht die Gefahr, dass eine Gesetzesreform nicht Fort- sondern vielmehr Rückschritt bedeutet.

In der Entwurfsfassung des GMG wird nahezu allen Facharztgruppen mit dem Ziel, Einsparungen im Gesundheitswesen zu erreichen, ein einheitliches System vorgegeben. Insbesondere sollen auch im Bereich der Nephrologie und Dialyse in Zukunft nicht nur Vertragsärzte, ermächtigte Krankenhausärzte und ärztlich geleitete Einrichtungen als Leistungserbringer fungieren, sondern darüber hinaus bedarfsunabhängig sogenannte Gesundheitszentren etabliert werden.

Die beabsichtigte Hinführung in ein System der Direktverträge und die Erweiterung der Anbieterstruktur auf Gesundheitszentren würde allerdings im Versorgungsbereich Nephrologie



Seite 5 - Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)

und Dialyse genau das Gegenteil dessen bewirken, was mit der in zweijähriger intensiver Vorarbeit und Mitte 2002 in Kraft getretenen Neuordnung der Versorgung chronisch nierenkranker Patienten bundesweit einheitlich erreicht worden ist. Die Realisierung erheblicher Einsparpotentiale durch Schaffung wirtschaftlicher Versorgungseinheiten bei gleichzeitiger Wahrung hoher Qualitätsstandards wäre bei Einführung des GMG in der jetzt vorliegenden Form konterkariert.

Vielmehr würde die Umsetzung des Gesetzentwurfs in eine sprunghafte Überversorgung durch industriell gelenkte Neugründungen von Dialysezentren in Verbindung mit einer nicht mehr planbaren Kosten- und Qualitätsentwicklung führen.

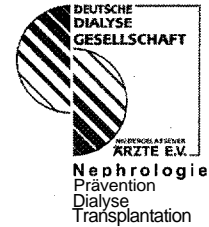
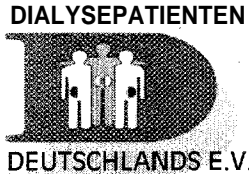
Die nephrologischen Versorgung betreffende Punkte im Entwurf des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) vom 05. 06. 2003

Änderung des § 33 Abs. 2. SGB V: „b) ... Bietet die Krankenkasse an, die Hilfsmittel wohnortnah sowie in zumutbarer Weise durch Leistungserbringer zur Verfügung zu stellen, mit denen sie einen Vertrag nach § 127 Abs. 2 Satz 1 und 2 geschlossen hat, und wählen Versicherte stattdessen einen anderen Leistungserbringer, trägt die Krankenkasse die Kosten in Höhe des niedrigsten Preises, den die Krankenkasse mit diesen Leistungserbringern vereinbart hat.“

Die Krankenkassen wählen die Leistungserbringer in der Zukunft nach dem Kriterium Preis aus. Es besteht die große Gefahr, dass die Versorgung chronisch nierenkranker Patienten auf die Abwicklung der Dialyseversorgung degradiert und - von Qualitätskriterien weitestgehend abgekoppelt - ausschließlich über den Preis geregelt wird. Ein damit zwangsläufig verbundener Verzicht auf die kontinuierliche und individuell erfolgende ärztliche Betreuung im Verbund mit einer qualifizierten pflegerischen Betreuung wird mittel- und langfristig zu einer Explosion der Kosten für nicht frühzeitig verhinderte Krankheitsfolgen führen und darüber hinaus die Lebensqualität der Patienten verschlechtern. Der entscheidende Ansatz zur Kostenreduktion im Bereich der nephrologischen Versorgung, die Prävention chronischer Nierenerkrankungen, dürfte bei einer Verlagerung der Nierenersatztherapie in industriell geprägte Strukturen und der damit assoziierten Schwächung fachärztlich-nephrologischer Versorgungsmöglichkeiten an Bedeutung deutlich abnehmen.

Änderung des § 95. Abs. 1. SGB V: „(1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene Gesundheitszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Gesundheitszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 Nr. 1 eingetragen sind, als Angestellte tätig sind, mit Ausnahme der Einrichtungen nach § 107. Die Gesundheitszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen ...“.

Neueinfügung § 106 b, SGB V: „(Einzel)-Verträge können abgeschlossen werden mit 2. Gesundheitszentren (§ 95 Abs. 1 Satz 2), dessen Ärzte die Voraussetzungen für die Eintragung in das Arztregister nach § 95a oder § 95c erfüllen und für die Tätigkeit geeignet sind; der Eintragung in das Arztregister bedarfes nicht; die Voraussetzung, wonach Gesundheitszentren fachübergreifend tätig sein müssen (§ 95 Abs. 1 Satz 2), gilt nicht für solche Gesundheitszentren, die ausschließlich Leistungen der Dialyse erbringen.“



Seite 6 - Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)

Ein Kernstück der am 01. 07. 2002 in Kraft getretenen Neuordnung ist die hoch angesetzte Hürde für die Eröffnung neuer Zentren. Hierdurch werden wirtschaftliche Versorgungsstrukturen erreicht, die eine qualifizierte Behandlung innerhalb des gleichzeitig eng geschnürten Kostenrahmens ermöglichen. Dieses Regulativ wird durch den GMG-Entwurf aufgehoben. Bei dessen Umsetzung kann eine beliebige Zahl neuer Dialyseeinrichtungen eröffnet werden, und die Infrastrukturkosten steigen, während gleichzeitig die auf die einzelne Einheit entfallenden Patientenzahlen sinken. Die Folge ist eine deutliche Verteuerung der Behandlung in den heute bestehenden Organisationsformen.

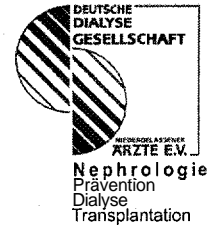
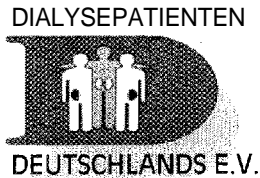
Damit zeichnet sich bereits jetzt der Beginn eines scharfen Preiswettbewerbs mit den kapitalstarken kommerziellen Betreibern neuer Dialyseeinrichtungen ab, die in Gestalt von Gesundheitszentren ungebremst aus dem Boden schießen werden. In einem derartigen Kampf um die billigste Leistung werden die Patienten Opfer und die Vertragsärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen mit dem Ziel einer qualifizierten Versorgung Verlierer sein. Das Ergebnis ist eine Industrialisierung der Dialyseversorgung nach amerikanischem Vorbild, wo rund zwei Drittel der Dialysepatienten durch kommerziell operierende Dialyseprovider versorgt werden.

Dabei wollten die Kostenträger und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gerade eine solche Entwicklung in Anerkennung der damit einhergehenden großen Gefahren und in genauer Beobachtung der Erfahrung im Ausland mit der Neuordnung verhindern. Mit der zunehmenden Verlagerung der Dialyseversorgung zu den Herstellern ist ein Zusammenbruch der bestehenden Versorgungsstrukturen zu erwarten.

Eine wirtschaftliche Leistungserbringung durch die bestehenden Zentren der Vertragsärzte und gemeinnützigen Anbieter auf dem bisherigen, qualitativ hohen Niveau wäre infolge der Verdrängungsaktivitäten und des Preisdrucks durch kapitalstarke kommerzielle Anbieter nicht mehr möglich und hätte den Zusammenbruch des bisherigen, von der starken, persönlichen Eigenverantwortlichkeit der Leistungserbringer geprägten Versorgungssystems zur Folge.

Die Entwicklungen in den USA sind ein warnendes Beispiel. Die Mortalitätsrate ist deutlich höher als in Deutschland. Durch Dumpingpreisangebote der kommerziellen Anbieter wurde ein Großteil der Ärzte zur Aufgabe oder zum Anschluss an industriell gesteuerte Gruppierungen gezwungen, weil die Leistung in der Einzelpraxis zu den ruinös abgesenkten Vergütungen nicht mehr möglich war. Heute sind die kommerziellen Anbieter mit zwei Drittel des Gesamtmarktes in einer solchen Übermacht, dass sie unter Ausnutzung ihres Monopols nunmehr ihrerseits die Preise diktieren können. Nach einer kurzen Phase der Preisreduktion ist nunmehr nach Beseitigung der Pluralität der Leistungserbringer das Gesundheitswesen in den USA mit deutlich steigenden Kosten für die Dialyseversorgung konfrontiert.

Aufgrund der medizinischen Komplexität ist die lebenserhaltende ambulante Nierenersatztherapie eine ärztliche Leistung, die untrennbar mit der nichtärztlich erfolgenden Unterstützung verbunden ist. Deshalb wurden in der Neuordnung im Rahmen der Qualitätsrichtlinienspezifische Anforderungen an die ärztliche Ausbildung gestellt. Der Gesetzentwurf sieht jetzt zusätzlich die Möglichkeit für gesonderte Verträge mit den Kassenverbänden über die ärztliche und



Seite 7 - Gemeinsame Stellungnahme
zum Entwurf des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG)

nichtärztliche Leistung vor. Eine solche Abtrennung unter kommerziell geprägten Rahmenbedingungen lässt die Versorgung unheilbar kranker Patienten aus der engmaschigen, kompetenten Überwachung in nichtärztlich bestimmte Strukturen abdriften.

Zusammenfassung

Die bestehenden qualifizierten Versorgungsstrukturen ermöglichen chronisch nierenkranken Patienten die Erhaltung des Lebens unter guter Lebensqualität. Die Kontinuität der Behandlungsmöglichkeiten in Einrichtungen mit kompetenten Ärzten und gut ausgebildeten Pflegepersonal im Verbund mit fachlichem und menschlichem Engagement garantieren in Deutschland die weltweit anerkannte hohe Behandlungsqualität. Die seit Juli 2002 gültige Neuordnung der Versorgung chronisch nierenkranker Patienten stellt die Qualität der Behandlung aller therapiebedürftigen Patienten unter streng gefassten und systematisch aufgebauten wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die Zukunft sicher.

Unter Berücksichtigung aller Gesichtspunkte ist die hochspezialisierte nephrologische Versorgung für die sukzessive Eingliederung in ein kostenträgergesteuertes und für industrielle Anbieter geöffnetes System völlig ungeeignet. Ein kommerziell bestimmter Verdrängungswettbewerb verschlechtert zwangsläufig die Behandlungsqualität und führt damit zu unvermeidbaren Risiken für die Patienten. Eine Zerschlagung der nephrologischen Strukturen wäre gleichzeitig das absolute Ende der vielfach erfolgreich verlaufenden Bemühungen, durch Prävention und Frühversorgung die Progression von Nierenerkrankungen zu verhindern oder mindestens stark zu verlangsamen. Allein dadurch ist ein sprunghafter Kostenanstieg zu erwarten.

Der einzig mögliche Weg zur Vermeidung einer katastrophalen Entwicklung ist - analog zu den Facharztgruppen für Kinder-, Augen- und Frauenheilkunde - der uneingeschränkte Verbleib von Nephrologie und Dialyse im Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. vergleichbarer fachkompetenter kollektiver Strukturen. Eine solche Entscheidung ist umso mehr gerechtfertigt, als die durch den GMG-Entwurf angestrebten Ziele für die Versorgung chronisch nierenkranker Patienten unter Zustimmung aller Beteiligten bereits modellhaft in jeder Hinsicht erfüllt und seit einem Jahr in der Umsetzung sind. Es wäre in einem extremen Maß kontraproduktiv, die von Qualitätskriterien und Wirtschaftlichkeit gleichermaßen geprägte Neuordnung nach einem Jahr erneut zu kippen und statt dessen kommerziell gesteuerten und langfristig kostentreibenden Behandlungsmonopolen Tür und Tor zu öffnen.

Mainz / Neu-Isenburg / Wuppertal, den 18. 06. 2003

Dialysepatienten Deutschlands e. V.
Peter Gilmer, Vorsitzender

KfH Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V.
Dr. Jürgen Kämper, Vorstandsvorsitzender

Deutsche Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte e. V.
Dr. Werner Kleophas, Vorstandsvorsitzender