

## Neue Qualitätsrichtlinie: Sinn und Unsinn der Kt/V-Messung bei PD

Werner Kleophas, Düsseldorf

Der gemeinsame Bundesausschuss hat mit Veröffentlichung vom 18.04.2006 [1] die Richtlinien zur Sicherung der Qualität von Dialysebehandlungen als verpflichtenden Bestandteil in die ambulante Nierenersatztherapie eingebracht. Basis sind die Regelungen des SGB V (§ 136 und 136a) nach denen Vertragsärzte verpflichtet sind, sich erstens an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und zweitens einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiter zu entwickeln. Die Qualitätssicherungsrichtlinie gilt damit ausschließlich für die ambulante Nierenersatztherapie und nicht für teilstationär und stationär erfolgende Leistungen. Der Inhalt der Qualitätssicherungsrichtlinie wurde Gegenstand mehrerer Kommentare [2]. Nach Errichtung der logistischen Voraussetzungen befindet sich die Qualitätssicherungsrichtlinie nunmehr in der Umsetzungsphase. Erstmals werden zu Beginn des 3. Quartals 2007 umfassende Daten gesammelt und ausgewertet. Für jede ambulant erfolgende Dialyseleistung ist dabei patientenanonymisiert eine Lieferung definierter Qualitätsdaten innerhalb von 5 Werktagen nach Quartalsende an die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtend. Dialysefrequenz, Dialysedauer, Daten zur Dialyseeffizienz, Harnstoffkinetik mittels Single Pool Kt/V und Hämoglobin werden durch einen Datenanalysten überprüft und den jeweils einliefernden Zentren auch als Benchmark zur Verfügung gestellt.

Auch wenn im Rahmen der Übergangsregelung zunächst für einen Zeitraum von 18 Monaten nach Inkrafttreten der Richtlinie (bis Dezember 2008) die vorgesehenen Sanktionen bei Auffälligkeiten in einzelnen Dialyseeinrichtungen ausgesetzt sind, stellt sich die Frage, ob die in der Richtlinie vorgegebenen Qualitätsparameter in der vorgesehenen Weise tatsächlich ein korrektes Bild der Qualität in den einzelnen Dialysezentren und der einzelnen Dialyseverfahren wiedergeben. Dabei wurden in der letzten Zeit insbesondere Zweifel an der vorgegebenen Weise der Kt/V-Messung bei der Peritonealdialyse geäußert. Hintergrund ist dabei, dass der in der Richtlinie geforderte wöchentliche Kt/V-Wert  $\geq 1,9$  im Widerspruch zu den sonst geforderten wöchentlichen Kt/V-Werten verschiedener Leitlinien stehen. So setzen die KDOQI - Leitlinien [3] einen Grenzwert  $\geq 1,7$  voraus. Der gleiche Grenzwert wird auch von den European Best Practice Guidelines (EBPG) vorausgesetzt.

Neben dieser Grenzwertdiskussion stellt sich auch die Frage nach der Richtigkeit der angegebenen Berechnungsformel der Richtlinie. Dabei wird insbesondere auch die Berechnung des Verteilungsvolumens für Harnstoff nach der Watson-Formel in Frage gestellt.

Über die methodische Diskussion der Bestimmung des wöchentlichen Kt/V-Wertes bei PD hinaus stellt sich auch die Frage der generellen Bewertung der Effektivität der Peritonealdialyse. Dabei sollen nach den Vorgaben der EBPG und KDOQI - Richtlinien neben der Entfernung von Harnstoff auch die Erhaltung einer residualen Nierenfunktion, das Erreichen eines normalen Blutdruckes und einer ausreichenden Ultrafiltration in die Beurteilung der Effektivität des Verfahrens mit einbezogen werden, was aber in der Richtlinie auch im erweiterten Datensatz nicht geschehen ist.

Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die in der Qualitätssicherungs-Richtlinie festgelegten Grenzwerte für das wöchentliche Kt/V bei PD nicht mit den internationalen Richtlinien übereinstimmen. Dort sind auf Grund der Studienlage [4] Grenzwerte unterhalb des Wertes der Richtlinien festgelegt. Die Qualitätssicherungs-Richtlinie soll erstmals 24 Monate nach ihrem Inkrafttreten angepasst werden, sofern sich Dokumentationsparameter als nicht praktikabel erweisen. Dies wäre in Anbetracht der ohnehin niedrigen PD-Zahlen in Deutschland nicht wünschenswert.

Auf Grund des wöchentlichen Kt/V der Richtlinie ( $\geq 1,9$ ) besteht die Gefahr, dass unnötig viele Patienten wegen vermeintlicher technischer Versagerquote aus den PD-Programmen geschleust werden. Dies wäre in Anbetracht der ohnehin niedrigen PD - Zahlen in Deutschland nicht wünschenswert.

### Literatur

- 1) Bundesanzeiger, Ausgabe vom 23.06.2006: Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Sicherung der Qualität von Dialyse-Behandlungen nach §§ 136 und §§136a des SGB V
- 2) W.Kleophas, A.Frhr.v.Sass, H.Reichel: Umfassende Qualitätssicherung in der ambulanten Nephrologie, Der Nephrologe Band 2, Heft 6, November 2007
- 3) Peritoneal-Dialysis Solute Clearance Targets & Measurements.Guideline 2. Am J Kidney Dis; 48, No 1, Supl 1(July 2006): S103-S116
- 4) CANUSA-Studie, Peritoneal Study Group. J Am Soc Nephrol 1996; 7: 198 - 207