

**(13) Ausschuss für Gesundheit  
und Soziale Sicherung  
Ausschussdrucksache**

**0497**

**vom 27.02.04**

**15. Wahlperiode**

**Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zum  
Gesetzentwurf des Bundesrates  
Korrektur von Leistungsverschiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen  
gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung  
(Pflege-Korrekturgesetz – PKG)  
BT-Drucksache 15/1493**

Gemäß des Urteils des Bundessozialgerichts (BSG) vom 30.10.2001 (B 3 KR 2/01 R) fallen Maßnahmen der Behandlungspflege, die mit einer Verrichtung der Grundpflege in einem notwendigen zeitlichen Zusammenhang stehen, in die Leistungspflicht der Pflegeversicherung; sie sind nicht als Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege von den Krankenkassen zu erbringen. Der Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung ist der Höhe nach begrenzt. Im Falle solcher Behandlungspflege werden Teile des Leistungsanspruchs für die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung aufgebraucht. Daraus können finanzielle Belastungen der Pflegebedürftigen resultieren.

Der Gesetzentwurf des Bundesrates sieht sinngemäß vor, diese Behandlungspflege in die Leistungspflicht der Krankenkasse zurückzuführen, wenn die Behandlungspflege durch professionell tätige Pflegekräfte durchgeführt wird. Die Bundesregierung erkennt den Bedarf einer Korrektur an, hält den Lösungsvorschlag des Bundesrates aber für verwaltungsaufwendig, weil hiermit bei Änderung der Versorgungsbedingungen des Pflegebedürftigen (Inanspruchnahme von oder Verzicht auf professionelle Pflege) eine erneute Beurteilung des Pflegebedarfs notwendig würde.

Die oben sinngemäß wiedergegebenen Folgen aus dem Urteil des BSG treffen zu. Eine andere Möglichkeit der Problemlösung als die im Gesetzentwurf des Bundesrates vorgesehene wird uns nicht erkennbar, auch wenn tatsächlich daraus zusätzlicher Verwaltungsaufwand resultiert. Letzterer ist aber begrenzt, indem er sich darauf beschränken kann, im Falle des Antrages durch den Pflegebedürftigen mit Nachweis der Inanspruchnahme professioneller Pflege anhand des jüngsten der zuständigen Pflegeversicherung vorliegenden Pflegegutachtens zu prüfen, ob sich die Pflegestufe bei Ausgliederung der Behandlungspflege ändert. Das setzt allerdings voraus, dass im Pflegegutachten der auf die Behandlungspflege entfallende Aufwand gesondert ausgewiesen wird. Der damit verbundene Verwaltungsaufwand ist nicht ungewöhnlich, er entspricht grundsätzlich demjenigen, der anfällt, wenn immer sich die Versorgungsbedingungen des Pflegebedürftigen (Inanspruchnahme von oder Verzicht auf professionelle Pflege) ändern.

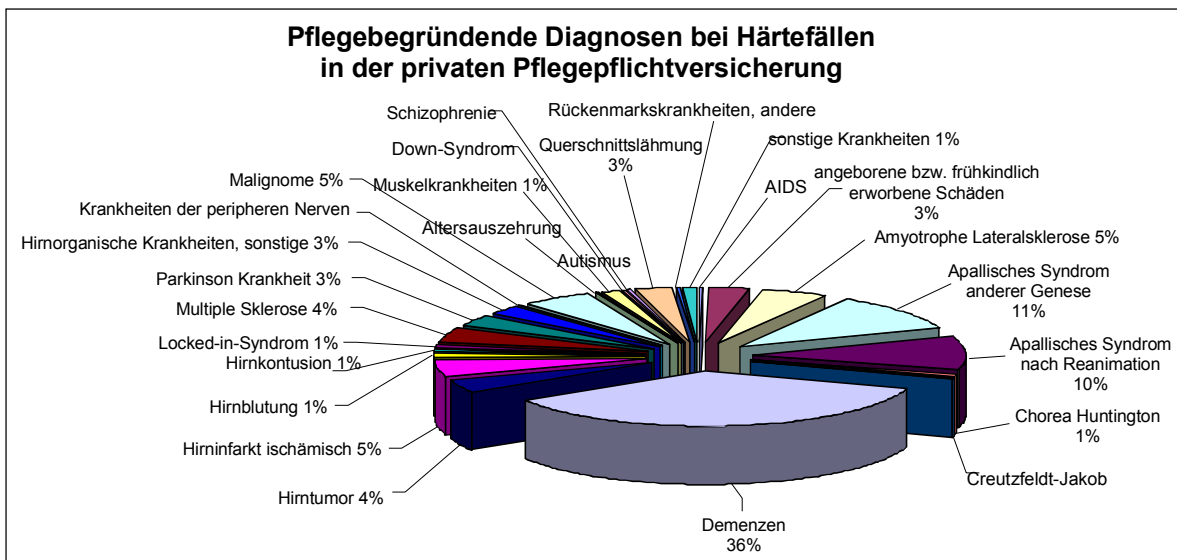
**Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zum  
Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen „Demenz früh  
erkennen und behandeln – für eine Vernetzung von Strukturen, die Intensivierung  
von Forschung und Unterstützung von Projekten“  
BT-Drucksache 15/2372**

Vorbemerkungen:

Zum diesem Thema hat der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. grundsätzlich bereits im Zusammenhang mit dem Antrag der Fraktion der FDP "Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz" (BT-Drucksache 15/228) am 25.04.2003 ausführlich Stellung genommen. Auf die damalige Stellungnahme (13 Seiten) wird Bezug genommen. Hingewiesen sei auch auf die Stellungnahme des Autors im Jahr 2002 gegenüber dem Ausschuß für Bildung, Forschung und Technologiefolgenabschätzung des Deutschen Bundestages bezüglich des Antrages der Fraktion der FDP "Forschungsbedarf zu den Ursachen einer steigenden Lebenserwartung" und des Antrages der Fraktion der CDU "Forschungsbedarf zu den Auswirkungen einer steigenden Lebenserwartung". Vor diesem Hintergrund werden die damaligen Kernaussagen hier nur zusammengefasst und aktualisiert.

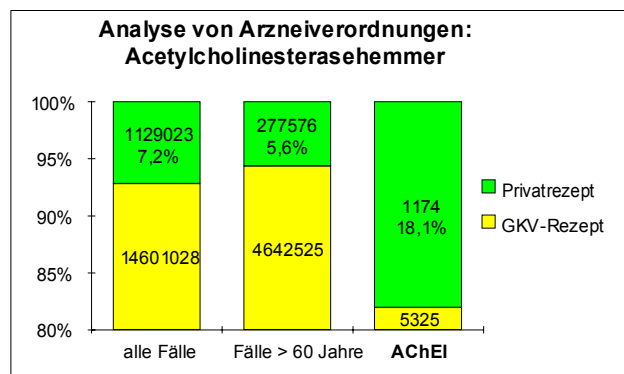
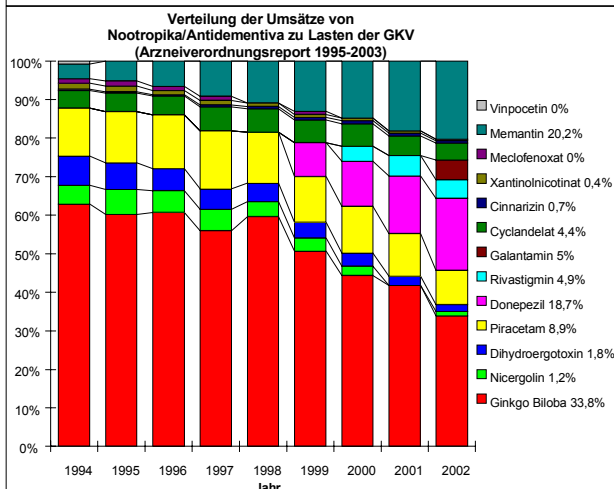
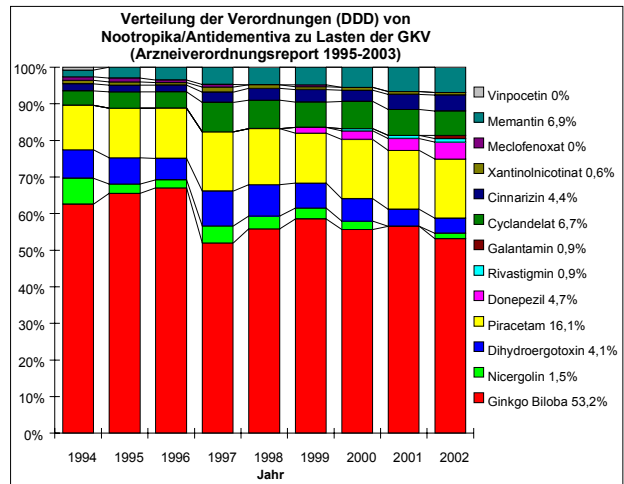
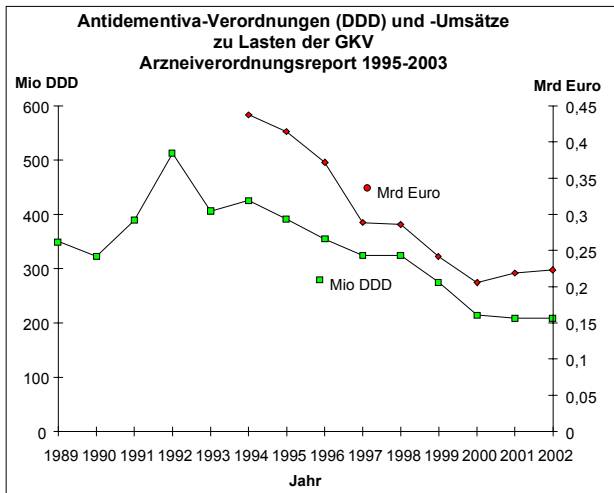
Gemäß der 10. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung bis 2050 (2003) des Statistischen Bundesamtes wird (Variante 5) infolge niedriger Geburtenrate mit abnehmender Bevölkerung und weiter steigender Lebenserwartung der Anteil der über 60/65-Jährigen von derzeit rund 24/16% (19,8/13,4 Millionen) bis zum Jahre 2050 auf rund 37/28% (28/21 Millionen) ansteigen. Geht man mit der Meta-Analyse von Bickel (2000) und dem Schlussbericht der Enquête-Kommission „Demographischer Wandel“ (2002) von einer Prävalenz der Demenzen bei über 65-Jährigen von 7% aus, so wird die Zahl der Demenzkranken von derzeit rund 950000 auf 1,5 Millionen steigen. Abhängig von den Grundannahmen können diese Zahlen bis zum Doppelten betragen, aber auch niedriger liegen. Von den Demenzkranken leiden rund 60% an einer sog. degenerativen Demenz vom Alzheimer-Typ, 8% an einer gemischten, vaskulären und degenerativen Demenz, 16% an einer vaskulären Demenz (Mangeldurchblutung), wobei einiges dafür spricht, dass Mangeldurchblutung einen Risikofaktor für Alzheimer-Pathologie darstellt.

In der privaten Pflegepflichtversicherung trugen in einer repräsentativen Zufallsstichprobe Erkrankungen des zentralen Nervensystems in Pflegestufe I mit 41%, in Stufe II mit 53% und in Stufe III mit 69% als führende, den Pflegebedarf wesentlich begründende Diagnose bei, dabei die Demenzen in Pflegestufe I mit 17%, in Stufe II mit 23% und in Stufe III mit 36%. Abbildung 1 zeigt für die sog. Härtefälle, daß die Demenzen hier einen Anteil von ebenfalls 36% ausmachen. Für die gesetzliche Pflegepflichtversicherung wurden Daten mit vergleichbarer Klassifikation nicht veröffentlicht.



Die Verdachtsdiagnose einer Demenz läßt sich nur klinisch anhand der Symptome stellen, dann durch neuropsychologische Tests erhärten. Es gibt keine verlässlichen z.B. biochemischen Marker. Demenzen werden unzureichend erkannt oder das Erkennen aus den verschiedensten Gründen nicht deklariert und dokumentiert. In den wenigen verfügbaren Erhebungen lag die Erkennensrate in der Größenordnung von 20%. Dazu trägt vermutlich auch bei, daß die Betroffenen und ihre Angehörigen aus verschiedensten Gründen keine gezielte Hilfe in Anspruch nehmen.

Die verfügbaren Therapien werden – auch aus ökonomischen Gründen - unzureichend genutzt, wie in Abbildung 2, 3 und 4 für die Pharmakotherapie illustriert. Die Verordnung von Antidementiva ist jahrelang zurückgegangen, da an ihrer Wirksamkeit gezweifelt wurde. Die modernen Antidementiva, für die die Wirksamkeit in methodisch adäquaten Studien belegt ist (Memantin, Donepezil, Rivastigmin, Galantamin), haben den Rückgang der Verordnungen bisher nicht kompensiert. Die Ausgaben der GKV steigen seit 2001 infolge der Einführung dieser modernen, teureren Arzneimittel. Die Effektstärke der modernen Antidementiva entspricht ungefähr der Verschlechterung im unbehandelten Spontanverlauf in einem halben Jahr; es läßt sich also ein halbes Jahr gewinnen. Soweit entsprechende Studien vorliegen, wird damit die ggf. notwendig werdende Aufnahme in ein Pflegeheim hinausgezögert. Modellrechnungen weisen darauf hin, daß hierdurch Ressourcen geschont werden, daß moderne Antidementiva also kosteneffizient sind. Im deutschen Versorgungssystem besteht angesichts der Trennung von Arzneimittelausgaben (GKV) und Pflegekosten kein Anreiz, diese Rationalisierungsreserven zu nutzen.



Während zurecht z.B. bei Lipidsenkern eine Number-Needed-to-Treat (NNT, d.h. die Zahl Patienten, die behandelt werden muß, um einen zusätzlichen, dem Medikament spezifisch zuzuschreibenden Therapieerfolg zu erreichen) von ungefähr 50 für den kombinierten Outcome "nicht-fataler Myokardinfarkt oder Tod infolge KHK nach 5 Jahren" (Fritze 2000) als "mehr als geringfügiger Nutzen" akzeptiert wird, wird die noch günstigere NNT unter 10 der Antidementia (Livingston & Katona 2000) als unzureichende Effektstärke (Arzneiverordnungsreport) kritisiert.

Eigene Analysen einer großen Stichprobe von Rezepten des Jahres 2000 zeigten, daß die teureren modernen Antidementia (hier die Acetylcholinesterasehemmer Donepezil und Rivastigmin) dreifach häufiger als zu erwarten auf Privatrezept (gegenüber GKV-Rezept) verordnet werden. Privatversicherte werden also besser behandelt. Das ist grundsätzlich nicht das Ziel der substitutiven privaten Vollversicherung. Die Überrepräsentierung ist aber wahrscheinlich auch Verordnungen an GKV-Versicherte zuzuschreiben (um das Arzneimittelbudget des Arztes zu schonen). Damit werden GKV-Versicherten Kosten aufgebürdet, die eigentlich vom Versicherungsschutz der GKV erfasst werden.

Zu I.2.

Der Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen skizziert korrekt mögliche Gründe für die niedrige explizite Erkennensrate der Demenzen. Die Aufforderung, Prävention, Früherkennung und Rehabilitation zu verbessern, ist zu begrüßen. Für die weit überwiegende Zahl der Demenzkranken, nämlich bei Demenz vom Alzheimer-Typ, sind wirksame Präventionsmaßnahmen allerdings nicht etabliert. Immerhin gibt es indirekte Hinweise, daß intellektuelles Training die Manifestation hinausschieben bzw. die Progression verlangsamen kann; dafür spricht auch die Plausibilität. Die Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Kostenträgern und den ihnen aufgegebenen Versorgungssektoren zu lindern, wäre ein sinnvolles Ziel. Immerhin hat hier SGB IX bereits deutliche Vorgaben gemacht; es wäre zu prüfen, inwieweit diese Vorgaben umgesetzt sind und warum ggf. nicht.

Auf Seiten der Leistungserbringer bestehen tatsächlich ähnliche Schnittstellenprobleme, die einerseits reaktiv zu deuten sind, andererseits auf Kooperationsmängel zurückzuführen. Die mit dem GMG angestrebte Erleichterung der Umsetzung integrierter Versorgung kann einen geeigneten Weg bieten; allerdings hat die „neu gewonnene Freiheit“ zur Umsetzung integrierter Versorgung bisher einige Unsicherheit und resultierende Ratlosigkeit zumindest auf Seiten der Leistungserbringer nach sich gezogen.

Zu I.3.

Tatsächlich tragen in der ambulanten Pflege die Angehörigen die Hauptlast. Darauf werden die Angehörigen nicht vorbereitet, jedenfalls nicht systematisch. Das ist im Zusammenhang mit Demenzen besonders unglücklich insofern, als ein spezifischer Umgang mit dem Kranken erlernt werden muß. Die spezifischen Fähigkeiten zu erlernen, bleibt der Eigeninitiative im Sinne der Selbsthilfe auf eigene Kosten überlassen.

Die Heimunterbringung liegt wahrscheinlich nicht im Interesse der Mehrzahl der Betroffenen. Deshalb sind tatsächlich Versorgungsstrukturen notwendig, die den andauernden Verbleib im gewohnten, selbstgewählten Lebensfeld erlauben.

Zu I.4.

Der Wissenstransfer aus der Forschung in die Praxis ist tatsächlich nicht systematisch gewährleistet. Hier fragt sich aber, ob straffe Organisationsvorgaben zielführend sein können. Eine – vermutlich auch wirtschaftlichere - Alternative wäre das Benchmarking von Qualitätsindikatoren in Stichproben.

Zu I.5.

Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, die ggf. notwendige kontinuierliche Betreuung („Aufsicht“) in den Schutz der Pflegeversicherung aufzunehmen. Allerdings würde Fragen aufwerfen, diese explizit auf Demenzkranke zu beschränken. Zwar stellen Demenzkranke die größte Gruppe dar, bei der Bedarf bestehen kann; grundsätzlich kann aber ähnlicher Bedarf bei jedweder psychischer Krankheit bestehen. Dieser Bedarf ist allerdings unabhängig von den psychischen Funktionsstörungen kaum reliabel quantitativ zu erfassen. Bei desorientierten Demenzkranken würde er z.B. grundsätzlich 24 Stunden pro Tag bestehen. Vor einer gesetzlichen Vorgabe wäre dieses methodische Problem zu lösen.

Zu I.6.

Validierte Verfahren zum Assessment nicht nur der Defizite, sondern auch der verbliebenen, rehabilitativen Maßnahmen zugänglichen Potentiale sind grundsätzlich verfügbar. Die aktivierende, auf Rehabilitation abzielende Pflege wird aber behindert durch die Schnittstelle zwischen den zuständigen Kostenträgern.

Zu I.7.

§ 80 Pflegeversicherungsgesetz überträgt den Partnern der Selbstverwaltung die Regelung der Qualitätssicherung. Eine Qualitätsdarlegung, ähnlich wie gemäß § 137 SGB V für die Krankenhäuser ermöglicht, wäre erwägenswert. Statt der Vollerfassung umfänglicher Datensätze wäre aber ein Benchmarking in Stichproben vermutlich effizienter.

Zu I.8.

Beiträge zur Qualifikation der in der Pflege Tätigen sind grundsätzlich sinnvoll. Vor einer formellen Personalaufstockung in Pflegeeinrichtungen wäre zu evaluieren, ob tatsächlich Personalmangel für ggf. bestehende Pflegedefizite verantwortlich ist oder welche Faktoren sonst. Solche potentiellen Faktoren sind im Antrag benannt (z.B. Ausbildungsdefizite). Personalaufstockung wäre zwangsläufig mit höheren Kosten verbunden, woraus höhere Ausgaben auch der Pflegebedürftigen selbst und/oder ihrer Angehörigen resultieren würden.

Zu II.

Die genannten Leitsätze sind zu begrüßen und nicht grundsätzlich neu. Probleme bestehen darin, diese Leitlinien im Versorgungsalltag zu leben. Auch die genannten Maßnahmen sind zu begrüßen und wurden überwiegend unter I. bereits kommentiert. Der Wert der Nennung dieser Maßnahmen liegt in der Deklaration der Absichten. Eine andere Sache ist die konkrete Umsetzung. Besonders hervorzuheben ist die Notwendigkeit, die Forschungsanstrengungen zu erhöhen. Letztlich können nur wirksame Verfahren der Prävention und Therapie die aus dem demographischen Wandel zu erwartenden besonderen Probleme bewältigen helfen. Wirksame Prävention und Therapie würde auch am ehesten dem humanitären Anspruch gerecht.

**Stellungnahme des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. zum  
Antrag der Fraktion der CDU/CSU „Früherkennung, Behandlung und Pflege bei  
Demenz verbessern“  
BT-Drucksache 15/2336**

Vorbemerkungen:

Bezüglich der Vorbemerkungen wird auf die Stellungnahme zum Antrag der Fraktionen der SPD und Bündnis 90/Die Grünen verwiesen.

Zu I.1.

Die Darlegungen im Antrag treffen im wesentlichen zu. Demenzen beginnen weit überwiegend schleichend. Dies gilt insbesondere für Demenzformen, denen die typischen histologischen Veränderungen der Alzheimer-Demenz zugrunde liegen. Das sind rund 80% aller Demenzkranken. Der sich histologisch zeigende Destruktionsprozeß beginnt wahrscheinlich bereits 2-3 Dekaden vor Auftreten der klinischen Symptome. Folglich wäre wünschenswert, über non-invasive diagnostische Verfahren zu verfügen, die diesen Destruktionsprozeß erkennen lassen, bevor es zu klinischen Symptomen kommt. Solche diagnostischen Verfahren fehlen bisher. Entsprechende Forschungsanstrengungen müssen verstärkt werden.

In Frühstadien ist eine sog. gutartige Altersvergeßlichkeit im Querschnitt nicht von einer beginnenden Demenz zu unterscheiden. Das gelingt bisher nur durch Verlaufskontrollen. Also bleiben in der alltäglichen Versorgung die bisherigen Therapieoptionen in Frühstadien weitgehend ungenutzt. Hinzu kommen Defizite der Inanspruchnahme und des Erkennens auch klinisch „eindeutiger“ Demenzen.

Die Wirksamkeit, Verträglichkeit und Unbedenklichkeit moderne Antidementiva ist gemäß der von CPMP/EMEA verabschiedeten Leitlinien in klinischen Studien belegt. Die Wirksamkeit – soweit belegt – beschränkt sich aber auf die symptomatische Besserung. Der Beleg, daß auch die Krankheitsprogression günstig beeinflusst wird, steht leider aus. Bei den Acetylcholinesterasehemmer sprechen leider die Studien gegen eine Progressionsverzögerung: Wird der Acetylcholinesterasehemmer abgesetzt (was leider im Alltag zu oft vorzeitig geschieht), so verschlechtert sich der Zustand in wenigen Wochen auf ein Niveau, als wäre der Kranke nie behandelt worden. Das könnte aus theoretischen Erwägungen bei einzelnen Antidementiva anders sein; der Beleg steht aber aus.

Zu I.2.

Die Darlegungen im Antrag treffen im wesentlichen zu. Der mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz gewährte Anspruch auf spezielle Unterstützung (460 Euro/Jahr) für vorübergehende Tages- und Nachtpflege fokussiert - zumindest im Sinne effizientester Mittelverwendung – wahrscheinlich die bestehenden Probleme unzureichend. Prioritär wäre, die Angehörigen flächendeckend in der Pflege Demenzkranker zu schulen, wovon auch die Angehörigen selbst in vielfältiger Hinsicht profitieren würden. Das schließt wahrscheinlich geringere Morbidität und höhere Lebensqualität der pflegenden Angehörigen ein.

Grundsätzlich erscheint es sinnvoll, die ggf. notwendige kontinuierliche Betreuung („Aufsicht“) in den Schutz der Pflegeversicherung aufzunehmen. Allerdings würde Fragen aufwerfen, diese explizit auf Demenzkranke zu beschränken. Zwar stellen Demenzkranke die größte Gruppe dar, bei der Bedarf bestehen kann; grundsätzlich

kann aber ähnlicher Bedarf bei jedweder psychischer Krankheit bestehen. Dieser Bedarf ist allerdings unabhängig von den psychischen Funktionsstörungen kaum reliabel quantitativ zu erfassen. Bei desorientierten Demenzkranken würde er z.B. grundsätzlich 24 Stunden pro Tag bestehen. Vor einer gesetzlichen Vorgabe wäre dieses methodische Problem zu lösen. Eine mögliche Problemlösung wäre die im Antrag genannte primäre zeitliche Begrenzung.

Zu I.3.

Die Darlegungen im Antrag treffen zu. Hohe Priorität müßte die gezielte Schulung der Angehörigen (auch begleitend im häuslichen Umfeld, d.h. über Frontalveranstaltungen hinausgehend) haben. Dasselbe gilt für die Förderung der Selbsthilfe.

Zu I.4.

Die Darlegungen im Antrag treffen zu. Daß professionelle Pflegekräfte in ihrer Aus- und Weiterbildung gezielt auch auf die Arbeit mit Demenzkranken vorzubereiten und zu trainieren sind, sollte eine Selbstverständlichkeit darstellen. Falls der Eindruck besteht, daß dies in relevantem Umfang nicht zutrifft, bedürfte es einer Evaluation der Lehre (analog PISA).

§ 80 Pflegeversicherungsgesetz überträgt den Partnern der Selbstverwaltung die Regelung der Qualitätssicherung. Eine Qualitätsdarlegung, ähnlich wie gemäß § 137 SGB V für die Krankenhäuser ermöglicht, wäre erwägenswert. Statt der Vollerfassung umfänglicher Datensätze wäre aber ein Benchmarking in Stichproben vermutlich effizienter.

Zu II.

Die genannten Maßnahmen sind zu begrüßen und wurden überwiegend unter I. bereits kommentiert. Besonders hervorzuheben ist die Notwendigkeit, die Forschungsanstrengungen zu erhöhen. Letztlich können nur wirksame Verfahren der Prävention und Therapie die aus dem demographischen Wandel zu erwartenden besonderen Probleme bewältigen helfen. Wirksame Prävention und Therapie würde auch am ehesten dem humanitären Anspruch auf Selbstbestimmung gerecht. Bezüglich der Aufnahme von Betreuungs- und Beaufsichtigungsleistungen in den Pflegebegriff wird auf den Kommentar zu I.2. verwiesen. Die vorgeschlagenen Hilfsmittel sind grundsätzlich bereits derzeit zumindest im Hilfsmittelkatalog der privaten Pflegeversicherung erfasst. Die Information der Öffentlichkeit über Demenzen durch die Bundeszentrale ist zu begrüßen, aber nicht ausreichend. Kranke wie ihre Angehörigen sind gezielt anzusprechen und systematisch zu informieren (über die Krankheit wie über konkrete Anlaufstellen einschließlich der Selbsthilfe), zu schulen und im eigenen Lebensfeld zu trainieren.