

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

0498

vom 27.02.04

15. Wahlperiode

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 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.

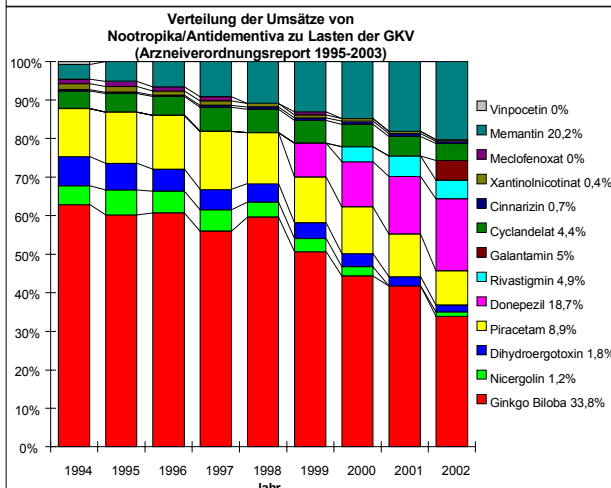
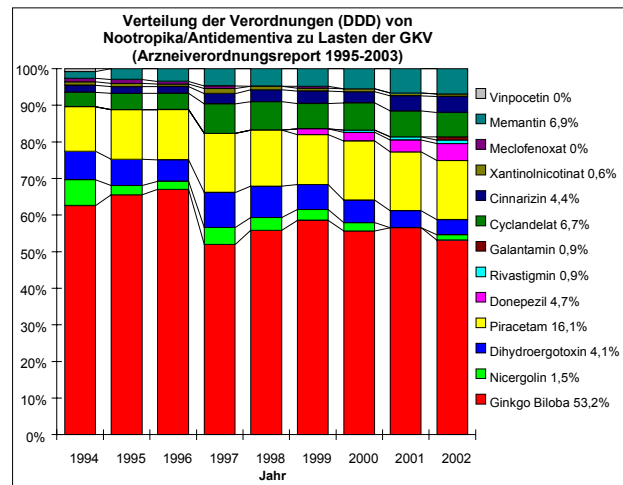
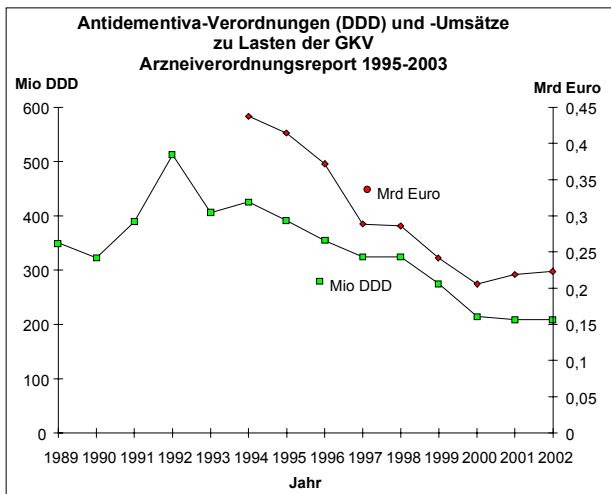
Der Gesetzentwurf des Bundesrates sieht sinngemäß vor, diese Behandlungspflege in die Leistungspflicht der Krankenkasse zurückzuführen, wenn die Behandlungspflege durch professionell tätige Pflegekräfte durchgeführt wird. Die Bundesregierung erkennt den Bedarf einer Korrektur an, hält den Lösungsvorschlag 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. Der Verwaltungsaufwand ist aber begrenzt, indem er sich darauf beschränken kann, im Falle des Antrages durch den Pflegebedürftigen mit Nachweis der Inanspruchnahme professioneller Pflege anhand des aktuellsten 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 sich die Versorgungsbedingungen des Pflegebedürftigen (Inanspruchnahme von oder Verzicht auf professionelle Pflege) ändern.

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 unzureichend genutzt, wie in Abbildung 2, 3 und 4 für die Pharmakotherapie illustriert. Die Verordnung von Antidementiva ist jahrelang zurückgegangen, auch weil insbesondere von den Kostenträgern ihre Wirksamkeit seit Jahren immer wieder angezweifelt wird. Die Regressdrohung schränkt die Möglichkeiten insbesondere des Vertragsarztes erheblich ein, die modernen, gegenüber den älteren Nootropika rund 5-fach teureren, Antidementiva zu verordnen. Die modernen Antidementiva, für die die Wirksamkeit in methodisch adäquaten Studien belegt ist (Memantin, Donepezil, Rivastigmin, Galantamin), haben den Rückgang der Verordnungen bisher bei weitem nicht kompensiert (Abb. 2). Die Ausgaben der GKV steigen erstmals seit 2001 infolge der Einführung dieser modernen 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 für die noch günstigere NNT unter 10 der modernen Antidementiva (Livingston & Katona 2000) als unzureichende Effektstärke (Arzneiverordnungsreport 2002) kritisiert.

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. Da Mangel durchblutung bei den sog. vaskulären Demenzen als ursächlich und bei der Alzheimer-Demenz wahrscheinlich als Risikofaktor anzusehen ist, stellt die Bekämpfung der Risikofaktoren der Arteriosklerose (Bluthochdruck etc.) auch einen Beitrag zur Prävention der Demenzen dar. Wir hoffen, daß die laufenden und kommenden Präventionsinitiativen (www.gesundheitsziele.de, Stiftung Prävention, Präventionsgesetz) hier nachhaltige Erfolge zeitigen werden. Diese Erfolge sind aber – wenn überhaupt – nicht vor Ablauf von zwei bis drei Dekaden zu erwarten. Deshalb ist es unzureichend, allein auf die Prävention zu setzen.

Die Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Kostenträgern und den ihnen aufgegebenen Versorgungssektoren zu lindern, wäre ein ausgesprochen sinnvolles Ziel. Immerhin hat hier SGB IX bereits deutliche Vorgaben gemacht. SGB IX sind explizit einen Evaluationsauftrag vor, inwieweit diese Vorgaben umgesetzt sind und warum ggf. nicht. Etwaige Evaluationsergebnisse sind uns nicht bekannt.

Auf Seiten der Ärzte und weiteren Gesundheitsberufe bestehen tatsächlich auch Schnittstellenprobleme, die aber ganz wesentlich in ursächlichem Zusammenhang mit der Vielfalt der Zuständigkeiten auf Seiten der Kostenträger zusammen hängen. Darüber hinaus bestehen zweifellos auf Verbesserungspotentiale in der Kooperation und Abstimmung zwischen den Fachgebieten und auch anderen Gesundheitsberufen. 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 und nicht sachgerechtes Handeln die Belastung der Kranken wie auch der Angehörigen zusätzlich erhöht. 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 (mit vermutlich resultierendem zusätzlichem Dokumentationsaufwand) zielführend sein können. Eine – vermutlich auch wirtschaftlichere - Alternative wäre das Benchmarking von Qualitätsindikatoren in Stichproben.

Zu I.5.

Es ist wünschenswert, die ggf. notwendige kontinuierliche Betreuung („Aufsicht“) in den Schutz der Pflegeversicherung aufzunehmen. Diese darf aber nicht auf Demenzkranke beschränkt werden, denn das würde andere, ebenso bedürfte Kranke benachteiligen. Zwar stellen Demenzkranke die größte Gruppe dar, bei der Bedarf bestehen kann; grundsätzlich kann aber ähnlicher Bedarf bei jedweder psychischer Krankheit bestehen. Der Beaufsichtigungsbedarf 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 müßte dieses methodische Problem gelöst werden.

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 Schnittstellen zwischen den zuständigen Kostenträgern.

Zu I.7.

§ 80 Pflegeversicherungsgesetz überträgt den Partnern der Selbstverwaltung die Regelung der Qualitätssicherung. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit der Qualitätssicherung dürfen dadurch die ohnehin schon überbordenden Dokumentationspflichten nicht noch weiter ausgedehnt werden. Wir erlauben uns, auf dieses Problem insbesondere vor dem Hintergrund hinzuweisen, daß z.B. der in Kliniken und Abteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie tätige Arzt inzwischen rund 30% seiner Zeit mit derartiger Bürokratie verbringt, Zeit, die den Patienten verloren geht.

Zu I.8.

Beiträge zur Qualifikation der in der Pflege Tätigen sind unverzichtbar.

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; sie wurden überwiegend unter I. bereits kommentiert. Der Wert der Nennung dieser Maßnahmen liegt aber zunächst nur in der Deklaration der Absichten. Wünschenswert wäre die konkrete Umsetzung. Besonders hervorzuheben ist die Notwendigkeit, die Forschungsanstrengungen zu erhöhen.

Es sei erlaubt darauf hinzuweisen, daß z.B. methodisch adäquate Studien mit Vergleich der modernen Antidementiva mit den traditionelleren Nootropika fehlen. Es ist nicht zu erwarten, daß die jeweils betroffenen pharmazeutischen Unternehmen jemals solche

Studien durchführen werden. Das kann bedeuten, daß der Therapieschatz verarmt. Der Positivistentwurf sah vor, die Nootropika aus dem Leistungskatalog zu streichen. Vermutlich wird sich die Bewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen nicht grundlegend anders ausfallen. Das Problem der seit Jahren insbesondere von den Kostenträgern „bekämpften“ Nootropika ist zunächst nicht ihre fragliche Wirksamkeit, sondern das historisch bedingte Fehlen methodisch adäquater Studien. Solche Studien durchzuführen, wäre eine Gemeinschaftsaufgabe. Das gilt auch für die Evaluation etwaiger Synergien zwischen antidementiver Pharmakotherapie und psycho- und soziotherapeutischen Verfahren. Solche Studien könnten grundsätzlich aus dem gemeinsamen Förderprojekt „Versorgungsforschung“ des BMBF und der GKV finanziert werden. Dieses Förderprojekt ist allerdings nicht „üppig“ ausgestattet und Wirksamkeitsstudien entsprechen eigentlich nicht seinen expliziten Vorgaben. Es fehlen also Ressourcen für diese anwendungsorientierte Forschung.

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 der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) 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 moderner 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 Acetylcholinesterasehemmern 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) durch vorübergehende Tages- und Nachtpflege fokussieren - 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 (wie in der Stellungnahme zum Antrag von SPD und Bündnis 90/Die Grünen ausgeführt). 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. Nach welchen Kriterien aber sollte die zeitliche Begrenzung stimmig definiert werden?

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. Bei allem Verständnis für die Notwendigkeit der Qualitätssicherung dürfen dadurch die ohnehin schon überbordenden Dokumentationspflichten nicht noch weiter ausgedehnt und dadurch die Mitarbeiter von ihrer originären Aufgabe – der Behandlung und Pflege – abgelenkt werden.

Zu II.

Die im Antrag 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 notwendig. Die Information der Öffentlichkeit über Demenzen durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wäre 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 – als Aufgabe der Pflegedienste - im eigenen Lebensfeld zu trainieren.