

Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung
Wortprotokoll
57. Sitzung

Berlin, den 03.03.2004, 13:30 Uhr
Sitzungsort: Reichstag, SPD-Fraktionssaal 3 S001
Berlin

Vorsitz: Klaus Kirschner, MdB
Wolfgang Zöller, MdB

EINZIGER PUNKT DER TAGESORDNUNG:

zu folgenden Vorlagen

Gesetzentwurf des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverschiebungen
bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung
und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz - PKG)

BT-Drucksache 15/1493

Antrag der Abgeordneten Verena Butalikakis, Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weiterer
Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Früherkennung, Behandlung und Pflege bei Demenz verbessern

BT-Drucksache 15/2336

Antrag der Abgeordneten Hilde Mattheis, Gudrun Schaich-Walch, Helga Kühn-Mengel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Petra Selg, Irmgard Schewe-Gerigk, Volker Beck (Köln), Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion 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

Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender

Anlage
Anwesenheitsliste
Sprechregister

Anwesenheitsliste*

Mitglieder des Ausschusses

Ordentliche Mitglieder des Ausschusses

Stellv. Mitglieder des Ausschusses

SPD

Dreßen, Peter
Hovermann, Eike
Kirschner, Klaus
Kühn-Mengel, Helga
Lewering, Eckhart
Lohmann, Götz-Peter
Lotz, Erika
Mattheis, Hilde
Ober, Erika, Dr.
Schmidbauer, Horst
Schmidt, Silvia
Schönfeld, Karsten
Schösser, Fritz
Spielmann, Margrit, Dr.
Stöckel, Rolf
Volkmer, Marlies, Dr.
Wodarg, Wolfgang, Dr.

Bätzing, Sabine
Büttner, Hans
Elser, Marga
Friedrich, Lilo
Gradistanac, Renate
Haack, Karl-Hermann
Heß, Petra
Hoffmann, Walter
Jäger, Renate
Lehn, Waltraud
Marks, Caren
Mützenich, Rolf, Dr.
Reimann, Carola, Dr.
Roth, Karin
Rupprecht, Marlene
Schaich-Walch, Gudrun
Zöllmer, Manfred Helmut

CDU/CSU

Bauer, Wolf, Dr.
Brüning, Monika
Butalikakis, Verena
Faust, Hans Georg, Dr.
Hennrich, Michael
Hüppe, Hubert
Lanzinger, Barbara
Michalk, Maria
Müller, Hildegard
Sehling, Matthias
Spahn, Jens
Storm, Andreas
Strebl, Matthäus
Weiß, Gerald
Widmann-Mauz, Annette
Zöller, Wolfgang

Bietmann, Rolf, Dr.
Blumenthal, Antje
Falk, Ilse
Fischbach, Ingrid
Fuchs, Michael, Dr.
Grund, Manfred
Kaupa, Gerlinde
Laumann, Karl-Josef
Luther, Michael, Dr.
Meckelburg, Wolfgang
Meyer, Doris
Philipp, Beatrix
Reiche, Katherina
Seehofer, Horst
Singhammer, Johannes
Weiß, Peter

B90/GRUENE

Bender, Birgitt
Deligöz, Ekin
Kurth, Markus
Selg, Petra

Höfken, Ulrike
Vogel-Sperl, Antje, Dr.

FDP

Bahr, Daniel
Kolb, Heinrich L., Dr.
Thomae, Dieter, Dr.

Kauch, Michael
Lenke, Ina
Parr, Detlef

*) Der Urschrift des Protokolls ist die Liste der Unterschriften beigelegt.

Bundesregierung

Bundesrat

Fraktionen und Gruppen

Sprechregister Abgeordnete	Seite/n	Sprechregister Sachverständige	Seite/n
Vors. Abg. Klaus Kirschner (SPD):	6	SVe Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat)	7,23,27
Abg. Erika Lotz (SPD)	6,23	SV Harald Kesselheim (AOK-Bundesverband)	7,17,18,19,25
Abg. Hilde Mattheis (SPD)	7,20	SV Manfred Mörs (Sozialverband VdK Deutschland)	7,8,22
Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD)	8	SVe Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft)	7,9,14,20,22,24,25
Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD)	8	SVe Regina Offer (Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände)	8,15,16
Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD)	9	SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK)	9,14,19,24,25
Abg. Dr. Erika Ober (SPD)	10,11	SVe Dr. Katrin Dreßler (Verband Forschender Arzneimittelhersteller)	10,11,20
Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU)	11,25	SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie)	10,12,13,19
Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU)	13	SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen)	11,21,25
Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU)	14	SV Wolfgang Meunler (Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands, Hausärzterverband e.V.)	11,13,20
Abg. Monika Brüning (CDU/CSU)	14,25	SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste)	15,16,17,26
Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN)	15,16	SVe Martina Hoffmann-Badache (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe)	16,17
Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP)	18,20	SVe Ursula Wetzels (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege)	17,26
Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP)	19	SV Tobias Brüttsch (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege)	18,23
Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD)	20	SV Prof. Dr. med. J. Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung)	19,20,21,23,26
Abg. Dr. Carola Reimann (SPD)	21		
Abg. Peter Dreßen (SPD)	22		
Abg. Rolf Stöckel (SPD)	22		
Abg. Karsten Schönfeld (SPD)	23		
Abg. Dr. Marlies Volkmer (SPD)	23		
Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU)	24		
Abg. Maria Michalk (CDU/CSU)	26		
Abg. Hubert Hüppe (CDU/CSU)	27		
Abg. Wolfgang Zöllner (CDU/CSU)	27		

Gesetzentwurf des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverschiebungen bei häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz - PKG)

BT-Drucksache 15/1493

Antrag der Abgeordneten Verena Butalikakis, Annette Widmann-Mauz, Andreas Storm, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU

Früherkennung, Behandlung und Pflege bei Demenz verbessern

BT-Drucksache 15/2336

Antrag der Abgeordneten Hilde Mattheis, Gudrun Schaich-Walch, Helga Kühn-Mengel, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD sowie der Abgeordneten Petra Selg, Irmingard Schewe-Gerigk, Volker Beck (Köln), Birgitt Bender, weiterer Abgeordneter und der Fraktion 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

Beginn der Sitzung um 13.30 Uhr.

Vorsitzender Abg. **Klaus Kirschner** (SPD): Meine Damen und Herren, hiermit darf ich unsere Öffentliche Anhörung eröffnen und Sie, die Sachverständigen, herzlich begrüßen. Ich möchte mich von vornherein bei Ihnen bedanken, dass Sie uns heute für diese öffentliche Anhörung zur Verfügung stehen. Es geht um einen Gesetzentwurf und zwei Anträge, die wir jetzt zur Anhörung vorliegen haben. Einmal der Gesetzentwurf des Bundesrates „Pflegekorrekturgesetz“, BT-Drucksache 15/1493, weiterhin den Antrag der CDU/CSU-Fraktion „Früherkennung, Behandlung und Pflege bei Demenz verbessern“, das ist die BT-Drucksache 15/2336. Der zweite Antrag stammt von den Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Demenz früh erkennen und behandeln- für eine Verbesserung von Strukturen, die Intensivierung von Forschung und Unterstützung von Projekten“. Das ist die BT-Drucksache 15/2372.

Meine Damen und Herren, die meisten von Ihnen kennen das Anhörungsverfahren, das wir hier installiert haben. Die Fraktionen haben entsprechende Zeitkontingente zur Verfügung und zwar in der Stärke der jeweiligen Fraktionen. Wir haben für heute insgesamt sechs Fragen vorgesehen. Zweimal je 24 Minuten für die Fraktionen von SPD und CDU/CSU, dazwischen zwei Runden à zwölf Minuten für die Fraktionen BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und die FDP-Fraktion. Wir beginnen mit der Fraktion der SPD.

Abg. **Erika Lotz** (SPD): Meine erste Frage geht an den Deutschen Pflegerat und an den Bundesverband der Ortskrankenkassen. Es ist so, dass jeder möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich sein Leben bis ins hohe Alter führen möchte. Wie bewerten Sie vor dem Hintergrund der steigenden Zahl der Demenzkranken, die Zielsetzung der Anträge, insbesondere die sozialen Beratungen und Betreuungen zu stärken?

Sve Marie-Luise Müller (Deutscher Pflegerat): Wir dürfen sagen, dass der Deutsche Pflegerat dankbar ist, dass Sie aktuell dieses Thema aufgegriffen haben. Es wird deutlich, dass mit den vorhandenen Potenzialen, sowohl von der Quantität als auch der Qualität professioneller Pflege, dieses aufkommende Erkrankungspotential, weder im Sinne der Erkrankten, noch im Sinne der pflegenden Angehörigen zu bewältigen ist. Deshalb sind wir der Auffassung, dass dringend ein Qualifikationsprofil definiert werden muss, dessen Schwerpunkt insbesondere im gerontopsychiatrischen Bereich liegt. Wir würden es außerordentlich begrüßen, wenn von Seiten der Regierung nun auch die Initiative ergriffen würde, nicht ausschließlich am tätigkeits- und minutenorientierten Profil zu definieren, wie hoch der erforderlich Bedarf ist, sondern tatsächlich an der Fallorientierung. Das ist nach meiner Ansicht der entscheidende Punkt. Von daher wünschen wir uns, dass in der heutigen Diskussion dieses Thema tatsächlich vertieft wird.

SV Harald Kesselheim (AOK-Bundesverband): Im Grunde genommen haben wir im vergangenen Mai in der Anhörung schon sehr intensiv darüber diskutiert, wie die medizinische Betreuung der Demenzen gestaltet werden muss. Ich nehme an, da kommen wir im Laufe des heutigen Tages noch mal drauf zurück. Ich bin von daher froh, dass wir uns dem eigentlichen Kern der Demenzenproblematik zuwenden können, nämlich dem sozialen Bereich, der ja auch quer durch alle Anträge eine wichtige Rolle spielt. Auch wenn man sich umsieht, wie die Demenzenproblematik in unseren Nachbarländern gelöst ist, dann sieht man, dass es weniger um die medizinische Betreuung geht, so wichtig sie auch ist, sondern das es in erster Linie darum geht, die Angehörigen in ihrer schwierigen Betreuungsarbeit zu entlasten. Es geht darum, Angebote zu schaffen, mit denen einerseits die Demenzen selber betreut werden, z.B. in den gut strukturierten Tagesstätten, von denen es in Deutschland viel zu wenig gibt, zum andern aber auch durch Angebote für die Angehörigen selber. Ich glaube, dass ist ein wichtiger Beitrag, den wir für die Zukunft einfordern müssen, wobei ich hoffe, dass es uns auch gelingen wird, wenn wir über die größere Reform der Pflegeversicherung sprechen, an dieser Stelle die richtigen Schwerpunkte zu setzen.

Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Meine Frage richte ich an den Sozialverband VdK und an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Ich würde gerne bei diesem Themenkomplex noch ein bißchen bleiben und möchte Sie fragen, wo bei den derzeit bestehenden Versorgungsstrukturen Hindernisse gesehen werden im Hinblick auf die Realisierung einer personenzentrierten, integrativen Versorgung für dementiel Erkrankte und welche Versorgungsangebote müssten zusätzlich ausgebaut werden, um pflegende Angehörige zu entlasten und Heimunterbringung hinauszuzögern oder zu vermeiden?

SV Manfred Mörs (Sozialverband VdK Deutschland): Auch wir sehen natürlich erhebliche Defizite bei den Angeboten, die für demenzkranke Menschen vorhanden sind. Wir haben das auch in unserer Stellungnahme verdeutlicht. Insbesondere der sehr verrichtungs- und handlungsbezogene Pflegebegriff, dies war von meinen Vorrednern gerade schon verdeutlicht worden, ist nicht auf die Bedürfnisse der Menschen zugeschnitten. Wir hatten deshalb auch angeregt, diesen Handlungsbegriff zu öffnen und von der starken Verrichtungsbezogenheit wegzuführen, dafür mehr nach den Anliegen auszurichten. Dasselbe gilt für den Betreuungsaufwand, der ja gerade bei diesen Menschen sehr hoch, aber oftmals nicht verrichtungsbezogen ist und deshalb mit dem installierten System nicht abgedeckt werden darf. Wenn an dieser Stelle eine Öffnung zu Stande käme, sähen wir auch die Möglichkeit, die Anliegen der Angehörigen ausreichend und besser zu berücksichtigen und auch bei diesen Menschen, die oftmals rund um die Uhr im Einsatz sind, mehr Zufriedenheit und Anerkennung auszulösen.

Sve Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Ich denke, bei allem was wir im Hinblick auf die Versorgungssituation betrachten, müssen wir von der Grundannahme ausgehen, dass es sich um unterschiedliche Menschen handelt. Das auch Demenzkranke Individuen sind, dass die Angehörigen ganz unterschiedlich sind, dass sie unter sehr unterschiedlichen Bedingungen leben und das die Grundlage für alle Versorgungsangebote sein muss, dass wir die verschiedenen Spektren, unter denen die Menschen leben, abgedeckt sein müssen. Ich möchte ganz besonders darauf hinweisen, dass wir aus demografischen

Gründen zunehmend auch alleinlebende ältere Menschen und zunehmend auch alleinlebende demenzkranke Menschen haben werden. Ich denke, wir können von der Grundannahme ausgehen, dass auch diese, genau wie die, die von Angehörigen gepflegt werden, am liebsten im häuslichen Umfeld verbleiben wollen. Wir müssen in diesem Bereich auch noch Angebote stricken. Schon in den vergangenen Jahren haben wir deutlich gemacht, dass wir dazu eine Palette von Angeboten in der ambulanten Versorgung und in der teilstationären Versorgung brauchen. Diese müssen natürlich auch bedarfsgerecht sein. Ich denke, gerade die Bedarfsgerechtigkeit hat auch die Alzheimer Gesellschaft dazu gebracht, neue Modelle, wie z.B. die Helferinnenkreise und die Betreuungsgruppen zu entwickeln. Ich denke, es geht jetzt darum, diese auch flächendeckend zu implementieren, denn daran hapert es zur Zeit noch. Das wir gute Modelle haben, es aber noch daran mangelt, sie flächendeckend im Land umzusetzen, Ansprechpartner vor Ort, in jeder Gemeinde für die Angehörigen erreichbar sind. Die Finanzierbarkeit dieser Angebote ist natürlich nicht zu vernachlässigen. Natürlich müssen die Menschen auch in die Lage versetzt werden, diese Angebote zu finanzieren, d.h. sie müssen bezahlbar sein. Es muss darum gehen, z.B. Hilfsmittel, die ein Leben in der häuslichen Umgebung möglichst lange ermöglichen, zu finanzieren. Sei es jetzt durch Aufnahme von z.B. Sicherheitssystemen in den Heilmittelkatalog oder auch in der Pflegeversicherung, die entsprechenden Möglichkeiten zu schaffen.

Abg. Dr. Margrit Spielmann (SPD): Meine Frage geht an die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände und an den Sozialverband VdK Deutschland. Was könnten und was sollten die Kommunen leisten, um die ortsnahe Versorgung von dementiell Erkrankten zu verbessern? Welche Voraussetzungen wären vom Gesetzgeber zu schaffen und wie beurteilen Sie in diesem Zusammenhang die Forderung nach Einsätzen einer Querschnitts-arbeitsgruppe Bund-Länder, die wir in unserem Antrag fordern.

SVe Regina Offer (Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände): In unserer Stellungnahme haben wir aufgegriffen, dass wir, wie alle anderen auch, Reformbedarf im Bereich der Pflegeversicherung sehen. Insbe-

sondere der Aufbau eines integrierten Versorgungsnetzes, auch unter besonderer Berücksichtigung entsprechender ambulanter und teilstationärer Angebote, ist unbedingt erforderlich. Aber auch die Vernetzung und Verzahnung der Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung sind sehr wichtig. Das wird auch in verschiedenen Städten und Kreisen bereits erprobt, wobei hier die Frage der Finanzierung natürlich ein sehr großes Problem darstellt, denn bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung darf man die parallele Entwicklung der Zunahme pflegebedürftiger Menschen und der finanziellen Probleme der Pflegeversicherung nicht außer Acht lassen. Insofern haben wir gefordert, dass eben die beabsichtigte große Reform der Pflegeversicherung nicht jetzt bereits in einem Schritt vollzogen werden kann, sondern dass wir sehr daran interessiert sind, dass hier eine entsprechende Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter kommunaler Beteiligung eingerichtet wird und an entsprechenden Weiterentwicklungen und Vorschlägen gearbeitet wird. Wir halten die langfristige Finanzierbarkeit des Systems und die fachgerechte Weiterentwicklung für zwei gleichberechtigt wichtige Anliegen.

SV Manfred Mörs (Sozialverband VdK Deutschland): Wir sehen, gerade was die kommunale Ebene angeht, auch erhebliche Defizite, die sich verstärken, wenn man in den ländlichen Raum hineingeht. Hier sind sicherlich Verbesserungen des Angebots sehr dringend nötig, auch um, durch beispielsweise aktivierende Elemente, bei den Betroffenen entsprechende Potenziale freizusetzen. Schwierigkeiten sind natürlich in der Finanzierung gegeben. Dazu wird man sicherlich umfangreich denken müssen. Verbesserungen sind, das haben wir in unserer Stellungnahme auch gesagt, nicht zum Nulltarif zu haben. Es wird darauf ankommen, so wie Sie in Ihrem Antrag sagen, dass die Beteiligten in einer Arbeitsgruppe miteinander ihre Absprachen treffen, um sachgerecht und verzahnt miteinander Leistungen erbringen zu können.

Abg. Horst Schmidbauer (Nürnberg) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen. Wie beurteilen Sie unsere Konzeption, dass wir für den Auf- und Ausbau abgestufter, bedürfnisorientierter und gemeindenaher Hilfen im Sinne

einer vernetzten Versorgungsstruktur sicherstellen wollen, dass der Verbleib der betroffenen Menschen in ihrer häuslichen Umgebung gewährleistet ist?

Wie sehen Sie denn die Frage der Sicherstellung dieser Versorgungsaufgabe? Sehen Sie, wie wir, dass sie vorrangig bei Kommunen und Ländern anzusiedeln ist?

SVe Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Die Konzeption, die in Ihrem Antrag, aber auch in dem Antrag der CDU/CSU dargelegt ist, und auch im letzten Jahr schon von der FDP angedeutet wurde, sehen wir grundsätzlich sehr positiv. Ich glaube, es hat sich sehr viel entwickelt. Was auch in Ihrem Antrag sehr deutlich wird ist, dass dieser Bedarf, ein abgestuftes Versorgungssystem zu errichten, auf jeden Fall vorhanden und der richtige Weg ist. Von daher fällt die Beurteilung auf jeden Fall positiv aus. Die Schwierigkeiten, die ich sehe, haben wir auch in unserer Stellungnahme niedergeschrieben, ist die Frage der Umsetzung. Ich denke, dass ist der Knackpunkt unter dem wir leiden. Die Umsetzung in den Kommunen und vor Ort. Wenn Sie mich fragen, wie die Sicherstellung laufen kann, denke ich, dass die Umsetzung sicherlich vor Ort laufen muss. Was auf Bundesebene jetzt durch den Runden Tisch „Pflege“ eingerichtet worden ist, muss auch auf Länder- und auf Kommunalebene seinen Wiederhall finden, das man die Akteure an einen Tisch holt, und gemeinsam überlegt muss, wie kann man das Problem lösen, wie kann man sich besser vernetzen, wie kann man an diesem gemeinsamen Problem arbeiten. Aber es wäre sicher hilfreich, wenn auch von Bundeseite dazu Anreize geschaffen würden und es nicht nur bei der Aufforderung an die Kommunen bliebe. Ich denke, da muss vielleicht auch die Initiative noch mal angeregt werden, zum Beispiel solche runden Tische zu bilden.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK): Ich kann mich nahtlos an das, was Frau Jansen gerade dargestellt hat, anschließen. Auch wir unterstützen diesen Antrag, ein sogenanntes abgestuftes Versorgungsinstrument für den Bereich der Demenzkranken einzuführen. Aber ich denke insbesondere auch, das wir das nicht nur auf die Demenzkranken einengen sollten. Ich denke insbesondere auch an Menschen mit geriatrischen Veränderungen. Von daher sollte

also wirklich ein abgestuftes Versorgungsangebot vorhanden sein und zwar richtigerweise bis hinein in die Kommunen vor Ort. Was die Finanzierung angeht, ist die Sachlage, mit Blick auf die finanzielle Situation der Länder und der Kommunen, sicherlich schwierig. Aber wir haben mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz einen ersten Schritt im Bereich der Pflegeversicherung gewagt. Ich denke, vielleicht gibt es bei der anstehenden großen Reform durchaus Möglichkeiten, auch die Pflegeversicherung finanziell dort ein Stück einzubinden.

Abg. Silvia Schmidt (Eisleben) (SPD): Meine Frage richtet sich an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen, an den Verband Forschender Arzneimittelhersteller und an den Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie. Derzeit gibt es keine therapeutischen Heilmöglichkeiten für Demenzerkrankungen. Wie bewerten Sie den Einsatz von Antidementiva bei der Behandlung von Demenzerkrankungen unter den Aspekten von Wirksamkeit, Nebenwirkungen und natürlich auch der Kosten.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK): Wir hatten schon in der Stellungnahme im letzten Jahr sehr deutlich auf diesen Punkt hingewiesen. Wir wissen natürlich, dass diese Arzneimittel durchaus geeignet sind, dem betroffenen Personenkreis ein Stück Hilfe zu gewähren. Allerdings, und das hatten wir auch schon in der letzten Anhörung hier ausgeführt, muss es darum gehen, die Früherkennung zu verbessern. Ich denke, man darf nicht den Fokus auf die Versorgung mit Arzneimitteln setzen. Sie werden sicherlich notwendig sein in dem einen oder anderen Bereich, aber es muss eher darum gehen, in diesem Bereich zu medizinischen Ansätzen zu kommen, sprich im Rahmen der Früherkennung dieser Krankheit. Was ich in diesem Zusammenhang noch erwähnen wollte ist, dass wir in der letzten Stellungnahme darauf hingewiesen haben, dass gerade auch der Bereich der Demenzkranken, bezogen auf die Kostenentwicklung des Einzelnen, im Verhältnis zu anderen Versicherten, natürlich sehr hoch ist in der Versorgung mit Arzneimitteln. Im Jahre 2002 lagen diese Kosten bei 500 Euro. Mittlerweile sind drei Jahre vergangen, daher denke ich, dass da eine Kostensteigerung eingetreten ist. Wir haben es also insgesamt mit einem Volumen von 140 Mio. Euro zu

tun, was sicherlich auch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten und im Hinblick auf stabile Beitragssätze der GKV eine bedeutende Rolle spielt. Aber nochmals, ich meine, der Fokus muss in diesem Bereich auf Früherkennung gelegt werden, und da gibt es eine ganze Reihe von Mängeln in der ärztlichen Ausbildung und in der Fort- und Weiterbildung bis hin zu evidenzbasierten Leitlinien in diesem Feld.

SVe Dr. Katrin Dreßler (Verband Forschender Arzneimittelhersteller): Wir meinen, dass im Rahmen von integrierten Versorgungsformen natürlich medikamentöse und auch nicht-medikamentöse Therapiekonzepte sinnvoll verbunden werden sollten. Es ist auch richtig, dass die derzeitigen therapeutischen Maßnahmen den Krankheitsverlauf bei Demenz nicht stoppen können. Aber sie können das Fortschreiten der Krankheitssymptome deutlich verzögern, für den Patienten eine spätere Heimeinweisung ermöglichen und das entlastet natürlich auch die pflegenden Angehörigen. Ich möchte hier noch mal ganz kurz auf die medikamentöse Therapie eingehen. Es gibt evidenzbasierte Leitlinien, allen voran die Leitlinie der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die ganz klar auf der Grundlage von evidenzbasierten Studien zum Ausdruck bringt, dass es hier Arzneimittel gibt und zwar die Acetylcholinesterase-Hemmer. Da gibt es drei entsprechende Arzneimittel am Markt und auch Memantine. Diese Acetylcholinesterase-Hemmer sind bei leichter bis mittelschwerer Demenz die Arzneimittel der ersten Wahl. Wir meinen, durch eine Verzahnung von nichtmedikamentösen und medikamentösen Therapiekonzepten kann es gelingen, die Situation von Demenzkranken zu verbessern.

SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie). Ich kann mich dem, was Frau Dr. Dreßler gesagt hat, anschließen. In der Tat ist nachgewiesen, dass die Anti-Dementiva diese Krankheit nicht heilen, aber verzögern können. Wir müssen allerdings feststellen, dass nach unserer Erkenntnis, gestützt auf eine aktuelle Untersuchung des MDK Baden-Württemberg, der Versorgungsgrad mit Anti-Dementiva relativ gering ist. Nur ca. acht bis zehn Prozent der erkrankten Patienten werden mit Anti-Dementiva versorgt. Wenn Sie im Vergleich sehen, dass ca. 50 % der Patienten durch Selativa oder Neuroleptika weitestgehend ruhig gestellt werden, dann ist

das sicherlich eine sehr überdenkenswerte Tatsache. Die Mittel sind wirksam. Es wurde gesagt, sie können den Krankheitsverlauf erheblich verzögern. Was in der GKV, wie Herr Schiffer sagte, zu Kosten führt, sorgt in der Pflegeversicherung für erhebliche Kostenentlastungen. Weiterhin führt dies natürlich auch zu massiven Entlastungen, sowohl bei den Patienten, als auch bei den pflegenden Angehörigen. Wenn man eine sektorübergreifende und volkswirtschaftliche Betrachtungsweise anlegt, dann sind die Relationen bei der medikamentösen Therapie zwischen dem Ergebnis und den aufkommenden Kosten ausgesprochen günstig. Zu der Frage nach den Nebenwirkungen: Im Bereich der Demenzbehandlung gibt es außer den Acetylcholinesterase-Hemmern, die bei mittelschweren und schweren Demenzerkrankung eingesetzt werden, auch Arzneimittel, welche bei leichte Demenzen eingesetzt werden, die sehr nebenwirkungsarm sind. Aus diesem Grund sind sie auch nicht verschreibungspflichtig. Da haben wir momentan als Ergebnis des GKV-Modernisierungsgesetzes die Situation, dass ein sehr stark nachgefragtes Medikament, welches nicht verschreibungspflichtig ist, was hinsichtlich seiner Wirksamkeit evidenzbasierte Studien nachweisen kann und sehr kostengünstig ist in Relation zu den übrigen zur Verfügung stehenden Medikation, momentan, sollte sich die Ausnahmeliste des Bundesausschusses nicht entsprechend gestalten, nicht mehr zur Verfügung steht, jedenfalls nicht mehr zu Lasten der GKV. Demenzkranke vor diesem Hintergrund in die Selbstmedikation zu entlassen, wäre fahrlässig. Die Kostensituation könnte natürlich verbessert werden, z.B. wenn auch die nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bisher zur Verfügung standen, für eine medikamentöse Therapie bei leichten Demenzen wieder zu Lasten der GKV verordnet werden könnten.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Meine Frage richtet sich an den MDS und die VFA. Die Frage beschäftigt sich mit der Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Anti-Dementiva. Es ist eine Nachfrage zu dem vorherigen Zustand und es geht insbesondere um die Anti-Dementiva aus der Gruppe der Acetylcholinesterasehemmer und der MDA-Antagonisten. Stimmt die Aussage, dass diese Arzneimittel im Zentrum der Therapie der Alzheimerdemenz stehen und liegen klare Erkenntnisse vor, die beweisen, dass diese Anti-Dementiva einen

Stillstand der Progression der Alzheimerdemenz bewirken können?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Ich würde die Aussage, dass Anti-Dementiva und Memantin im Zentrum der Therapie zu stehen haben, nicht unterstreichen. Sie sind ein wesentlicher Bestandteil der Therapie. Es gibt gut belegte Studien, die einen Verzögerungseffekt nachweisen, welcher in der Größenordnung von sechs bis neun Monate liegt. Man muss trotzdem sehen, wenn man über Arzneimitteltherapie spricht, dass wir laut Arzneimittelreport bei diesen Mitteln, Ausgaben für umstrittene Arzneimittel von ungefähr 90 Mio. Euro, bei insgesamt 250 Mio. Euro Umsatz in diesem Segment haben. Wir haben also noch eine erhebliche Fehl- und Unterversorgung. Wir müssen in Richtung dieser Medikamente steuern und ein Stück weit auch den Einsatz gegen die Unterversorgung verstärken, aber wir haben auch bei anderen Verordnungen, die heute getätigt werden, durchaus die Notwendigkeit der Überprüfung. Was insgesamt wichtig ist, dass wir beim Einsatz dieser Mittel auch immer eine laufende Überprüfung brauchen. Wir müssen im Einzelfall sehen, ob die Medikamente anschlagen und ob sie wirken. Die Überprüfung ist auch in den Leitlinien der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft beinhaltet. Trotzdem möchte ich nochmal darauf hinweisen, dass wir der Überzeugung sind, dass alle Elemente integriert nötig sind, die medikamentöse und die nichtmedikamentöse Therapie und das wir auch sehr stark mit anderen Therapien, z.B. Psychotherapie, Physiotherapie und Musiktherapie arbeiten müssen. Es wäre wirklich viel zu eng gefasst, zu sagen, im Zentrum der Behandlung steht die medikamentöse Therapie. Was Herr Kesselheim gesagt hat ist auch noch wichtig, dass nämlich auch die Verbindung zur sozialen und pflegerischen Versorgung zu sehen ist. Nur Integration ist erfolgreich. Diesen Ansatz findet man ja auch in den Anträgen, die von den Fraktionen hier vorgelegt worden sind.

SV Dr. Katrin Dreßler (Verband Forschender Arzneimittelhersteller): Ich kann mich da meinem Vorredner anschließen. Es geht wirklich um eine Vernetzung von medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie. Vielleicht noch mal was zum Stellenwert der Acetylcholinesterasehemmer. Das ist die Wirkstoffgruppe,

für die evidenzbasierte Leitlinien vorliegen, welche die Wirksamkeit belegen. Der Stellenwert ist noch sehr gering in Deutschland. Es herrscht hier eine Unterversorgung. Das haben nicht nur Ergebnisse von Untersuchungen aus Mitgliedsunternehmen des VFA belegt, sondern es gibt ja auch eine Analyse von Prof. Schwabe aus Heidelberg. Es gibt Untersuchungen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und man kann sagen, dass nur ca. 1/4 der Patienten mit diesen Acetylcholinesterasehemmern versorgt werden. Aber eine Therapie mit diesen Wirkstoffen lohnt sich, denn die Heimeinweisung der Patienten kann ungefähr um sechs Monate verzögert werden. Es gibt auch Studien, die eine Verzögerung der erstmaligen Heimeinweisung um sogar 20 Monate ausweisen.

Abg. Dr. Erika Ober (SPD): Herr Vorsitzender, die Frage ist nicht richtig beantwortet. Ich hatte noch nach den MDA-Antagonisten gefragt.

Abg. Verena Butalikakis (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an den Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands und an den BPI. Wie beurteilen Sie die Möglichkeiten einer frühzeitigen Diagnose der Alzheimer Krankheit gerade unter Berücksichtigung der Fortschritte in der Hirnforschung, die in den letzten Jahren erfolgt sind.

Zweitens, in wie weit haben diese wissenschaftlichen Erkenntnisse tatsächlich Eingang gefunden in Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Ärzteschaft bzw. welche Aus- Weiter- und Fortbildungsmaßnahmen werden angeboten, damit diese Eingang finden in die Behandlungs- und Untersuchungsmethoden der Ärzteschaft.

SV Wolfgang Meunler (Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands, Hausärzterverband e.V.): Wir haben natürlich das Problem, dass Demenz flächendeckend vorkommt. Wir haben unterschiedliches Vorkommen im ländlichen Bereich, wo diese Patienten noch in Familien leben, im Vergleich zum städtischen Bereich, wo es in geballter Form als Problem der dort allein lebenden Singles auftritt. Die Früherkennung ist insofern problematisch. Wir sehen das auch in beiden Anträgen, dass die Kriterien, wann eine Demenz vorliegt, sehr

schwierig zu beurteilen sind. Im übrigen muß man auch immer begleitend die Rechte des einzelnen Patienten mitbedenken, denn in dem Moment, wo sie ihm erklären, er habe eine Demenz und sei zumindest zum Teil unselbstständig, nehmen Sie ihm auch gewisse Rechte. Es ist ein schwieriges Problem. Sie haben gefragt, was trägt die Ärzteschaft dazu bei, in diesem Bereich das Vorgehen zu verbessern. Wir haben bereits 1995 angefangen, Qualifizierungsmaßnahmen, insbesondere der Hausärzte, die nun mal flächendeckend vorkommen, im Verbund mit Neurologen, mit Gerontopsychiatern in einem Kurrikulum ambulanten-geriatriischer Rehabilitation durchzuführen, um die Qualifikation zu verbessern. Bundesweit wurde dies von circa 3000 Ärzten durchlaufen. Wir sind derzeit dabei, auch im Zuge der neuen Gebührenordnung, Vorbereitungskurse auf dort vorkommende Leistungskomplexe, z.B. geriatrisches Basisassessment zur Erkennung von Defiziten, durchzuführen. Aber grundlegend ist die Frage, wie gehen wir weiter damit um. Für meine Begriffe und für die Hausärzteschaft ist es nicht in erster Linie ein medikamentöses Problem. Zumal wir dort noch dem Problem ausgesetzt sind, dass der Demenzkranke nicht nur meist an einer Demenz leidet, sondern noch einige andere Krankheiten hat, die ebenfalls medikamentös zu versorgen sind. D.h., wir kommen in eine Kostenfalle, die, wie Sie ja wissen, wir selbst bei Überschreitung von unserem eigenen Geld bezahlen sollen. Was wir wichtig finden, ich habe darauf auch in der Anhörung im letzten Jahr hingewiesen, ist, dass wir die Gesellschaft wachrütteln müssen, dass wir diese Krankheit nicht nur enttabuisieren, sondern dazu aufrufen müssen, dass in der Kommune, weil wir es flächendeckend brauchen, niedrigschwellige Angebote geschaffen werden, die z. T. auf ehrenamtlicher Basis, z.T. durch die Kommune, getragen werden. Man muss natürlich auch überlegen, inwieweit die Pflegeversicherung hier ein Stück weit mitfinanzieren kann. Wenn wir das durchsetzen können, dann haben wir vielleicht die Möglichkeit, nicht nur statistische Zahlen zu haben, wie wir jetzt eine Heimweisung über sechs oder zwölf Monate hinauszögern können, sondern, wenn wir neue Betreuungsformen, neue Wohnformen finden, dann haben wir vielleicht die Möglichkeit, diese Patienten mit Würde und Selbstständigkeit weiterleben zu lassen. Hier gibt es ja erfreuliche Modelle. Die Ansätze zeigen, dass die zukunftsweisend sein können. Es ist keine reine Negativstatistik, dass nur acht bis zehn

oder vorhin fiel die Zahl 25 % der Demenzpatienten mit Anti-Dementiva versorgt werden. Es handelt sich bei sehr vielen Patienten um Stadien, die einfach zu weit fortgeschritten sind, als dass diese Medikamente überhaupt noch zum Einsatz kommen können. Die Acetylcholinesterasehemmer, die gibt es erst seit einigen Jahren. Das ein Präparat, wie das Ginkgo-Extrakt, dass früher an einer der ersten Stellen der Verordnungshäufigkeit stand, nicht mehr verordnungsfähig ist, ist von Prof. Schwabe beklagt worden. Die Versuche hier medikamentös einzugreifen, waren und sind durchaus da, aber nochmal, das Ideale und das Wünschenswerte besteht wirklich darin, die Gesellschaft aufzurütteln und an ihre Pflicht zu appellieren. Es kann nicht sein, dass die Mitglieder dieser Gesellschaft, so lang sie funktionieren und ein vernünftiges Brutto-Sozialprodukt erwirtschaften, von dieser Gesellschaft und auch in der Familie akzeptiert werden und wenn sie dies denn nicht mehr tun, dem Staat überantwortet werden. Wir sind kein Volk von Ich-AG's und ich glaube, dass ist der Punkt, wo wir zuerst ansetzen müssen.

SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie): In der Tat ist es so, dass die Hirnforschung in den letzten Jahren ganz eindruckliche Fortschritte gemacht hat. Das gilt auch bei der Frage der Diagnostik von Demenzerkrankungen. Sie ist heute auch in der Lage mit modernen Verfahren von Bildgebung das menschliche Hirn nicht-inversiv zu untersuchen und auch in der Lage mit molekularbiologischen Maßnahmen, Hirnmechanismen und Störungen abzuklären. Sie merken aber, wenn ich die Maßnahmen und die Forschung, die dahintersteht, aufzähle, dass das natürlich alles diagnostische Verfahren sind, die in die Allgemeinarztpraxis nie Einzug gehalten haben und auch nicht einhalten können. So lange in einer normalen Arztpraxis die Diagnostik zur dementiellen Erkrankung stattfinden muss, muss sich diese Arztpraxis auf die Kompetenz und auf die vorgegebenen Leitlinien zu solcher Diagnostik beziehen. Da glaube ich, kommen wir nur einen Schritt weiter, wenn, die Möglichkeit ist ja jetzt gegeben, eine engere Verzahnung zwischen einer Arztpraxis und einer möglichen Diagnostik in einem stationären Krankenhaus gewährleistet ist. Man kann auch zukünftig nicht erwarten, dass eine Arztpraxis, selbst eine Facharztpraxis, die Ressourcen vorhalten kann, die für eine seriöse Diagnostik in diesem Bereich

notwendig wären. Wir können uns vorstellen, wenn eine solche Verzahnung gewährleistet ist, dass es dann eine effizientere Diagnostik gibt. Ich denke, man muss sich im Bereich der Alzheimererkrankung vergegenwärtigen, das wir es mit einer jährlichen Dunkelziffer von ca. 200 000 Menschen zu tun haben, die nicht richtig zugeordnet werden. Sind sie an Alzheimer erkrankt? Haben sie eine andere Mischform von Demenz? Ist es überhaupt eine Demenz? Wir sind momentan in der wissenschaftlichen Bestandsaufnahme damit konfrontiert, dass man von relativ hohen Dunkelziffern ausgeht. Das macht deutlich, dass hier noch sehr viel Nachholbedarf ist. Inwieweit eine Diagnostik entwickelt werden kann, die dann wirklich in der Allgemeinarztpraxis Einzug halten kann, vermag ich momentan nicht zu sagen. Im Moment ist das aber nicht der Fall.

Abg. Dr. Hans Georg Faust (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an den Hausärzteverband und auch an den BPI. Eben wurde ausgeführt, dass die Budgetierung in der Vergangenheit als sektorales Instrument negative Auswirkungen hatte. Wie sehen Sie das jetzt im Hinblick auf die Richtgrößen und welche Fortentwicklung muss es da geben? Hier wird die Notwendigkeit integrierter Versorgung und die Notwendigkeit vernetzter Systeme als neue Chance angesprochen. Können die Arzneimittel in solchen Systemen auch unter Kostennutzengesichtspunkten, Einsparungen z.B. von Pflegeleistungen, sinnvoll sein. Gibt es da Zahlen oder Studien?

SV Wolfgang Meunler (Bundesverband der Allgemeinärzte Deutschlands Hausärzteverband): Die Bedrohung ist eigentlich nicht anders als in der Vergangenheit, was die Regresse betrifft. Ich habe das schon angedeutet. Trotzdem ist es so und das belegen auch die Zahlen, dass diese Medikamente auch eingesetzt werden. Wenn sie in acht bis zehn oder in 25 % der Fälle eingesetzt werden, dann werden sie meist in den Hausarztpraxen verschrieben. Ich finde das auch gut so, denn messen von Erfolg besteht auch in dem regelmäßigen Sehen eines Patienten, dem Sprechen mit den Angehörigen und der Feststellung, ob eine Verbesserung eingetreten ist. Was jetzt die Richtgrößen betrifft, so haben sie natürlich alle Unsicherheiten durch Fallzahlverschiebungen mit der Praxisgebühr. Sie lesen überall, die

Fälle sind weniger geworden. Auf den einzelnen Arzt kommen natürlich andere Zahlen. Niemand versteht im Moment Richtgrößen für jede Praxis zu berechnen, d.h. die Angst, im Endeffekt selbst zahlen zu müssen, wenn man einen Patienten sehr anspruchsvoll und teuer behandelt, die ist nicht gewichen. Andererseits sehen wir natürlich auch das Finanzierungsproblem. Wenn wir einen multimorbiden Patienten haben, müssen wir in jedem Fall entscheiden, was nun wichtig und was vorrangig zu behandeln ist. Welches ist ggf. im Interesse der Gesamtverordnungsmenge in Euro anzusetzen oder wegzulassen. Das ist leider so.

SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie): Ich bin ja dankbar, dass die sektorübergreifende Betrachtung hier eingefordert wird. Die ist nicht ganz einfach. Wir sagen, dass wir uns nicht nur sektorübergreifend zwischen ambulant und stationär die Dinge ansehen müssen, sondern wir pendeln zwischen zwei Versicherungssystemen. Wir pendeln zwischen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung, aber das ist keine Neuigkeit. Ich sage, dass schon früher auch Krankenversicherer unter Kostenleistungsbetrachtungsgesichtspunkten versucht haben, mögliche pflegenahen Diagnosen schnell aus der Krankenversicherung in die Pflegeversicherung umzubuchen, weil hier einfach andere Erstattungssystematiken sind und die Endspitzenbelastung nicht in der Kasse landet, sondern beim Versicherten, respektive bei seinen Angehörigen. Wenn wir uns das unter diesen Gesichtspunkten ansehen: Pflegeleistungsvolumina, Herr Dr. Faust, finden vorerst auch unter Budgetbedingungen statt, wie wir beide wissen. Von daher haben wir bestimmte Verschiebungen sicherlich in den einzelnen Leistungsbereichen der ambulanten ärztlichen Versorgung. Wir haben damit aber noch keine Versorgungserfordernissen angemessene Budgetgestaltung. Da muss sicherlich übergreifend gesehen werden, inwieweit auch stationäre oder gekoppelte Budgets zu einer Versorgung, auch versorgungszentriert, herangezogen werden. Patientenbegleitende Budgets könnten hier Entlastungen schaffen. Das erfordert natürlich ein in sich gekoppeltes, vernetztes Versorgungssystem. Für uns stellt sich z.B. auch - wir haben im Verband lange darüber diskutiert - die Frage, ob nicht die Möglichkeit für ein solches Krankheitsbild besteht, ein sukzessives Disease-Management-Programm im Kontext einer integrierten Versorgung zu

entwickeln, das erstens eine patientenadäquatere Versorgung gewährleistet und auch andere Spielräume für entsprechende Budgets schaffen kann, weil es dann eben einfach kombinierte Budgets wären, die das Krankheitsbild und die entsprechenden Erfordernisse fokussieren. Wir sehen schon, dass momentan ein Großteil der Kosten, die eine solche Erkrankung verursacht, nicht in der gesetzlichen Krankenversicherung anfallen, sondern teilweise in der gesetzlichen Pflegeversicherung. Untersuchungen gehen davon aus, dass ca. 70 % der Gesamtkosten letztendlich in einer Kostengesamtbetrachtung bei den Versicherten, respektive bei ihren Angehörigen, anfallen. Kosten, die einfach entstehen im Sinne ambulanter Betreuungsleistungen durch Angehörige, die in keinem Versicherungssystem gerechnet werden, aber dieses System natürlich massiv entlasten.

Abg. Annette Widmann-Mauz (CDU/CSU): Meine Fragen richten sich an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, das Forum zur Verbesserung der Situation pflegebedürftiger Menschen und an den VdAK mit der Bitte um kurze und prägnante Antworten. Wie bewerten Sie unseren Vorschlag, die dementiell erkrankten Menschen in der Pflegeversicherung durch eine bessere Berücksichtigung eines gewissen zeitlichen Aufwandes im Pflegebegriff besser abzubilden?

Sve Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Eine Änderung der Pflegeversicherung ist schon seit Jahren unser Anliegen. Das haben wir an dieser Stelle schon mehrfach mit anderen Verbänden vorgetragen. Der Zeitzuschlag ist sicherlich ein erster Schritt, um die Beaufsichtigung und Betreuung, die ein Großteil bei diesen Erkrankten ausmacht, geltend zu machen, um eine Verbesserung in der Einstufung zu erreichen. Von daher begrüßen wir auf jeden Fall, dass ein Zeitzuschlag eingeführt wird, der diese Leistungen zumindest pauschal mit 30 oder 40 Minuten abdeckt. Grundsätzlich glauben wir aber, dass es einer Diskussion bedarf, die den Pflegebegriff als Ganzes nochmal neu aufrollt und nochmal grundsätzlich sieht, dass neben der somatischen Pflegebedürftigkeit auch die soziale Betreuung Eingang findet. Auch hier sollten Wege gefunden werden, um von diesem Defizitmodell wegzukommen. Im Moment wird der Mensch, wenn er ein Defizit hat, eingestuft. Wenn aber etwas

getan wird, um seinen Zustand zu verbessern, wird er im Grunde abgestraft, weil die Pflegestufe dann zurückgenommen werden müsste. Eigentlich müssten wir diesen positiven Anreizeffekt, den aktivierende Pflege hat, fördern, da dieser Aufwand auch bestehenbleibt, wenn eine Rückstufung erfolgt. Ich denke, darüber wird noch eine Grundsatzdiskussion nötig sein.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK): Frau Abgeordnete, wir unterstützen Ihre Forderung auf Einbeziehung dieser Bereiche in den Pflegebegriff voll und ganz. Allerdings sage ich auch ganz deutlich: Die Einbeziehung des Zeitzuschlags von 30 Minuten kann nur ein erster Schritt sein. Da schließe ich mich voll und ganz den Ausführungen von Frau Jansen an. Im weiteren Verlauf der Diskussion über die Reform der Pflegeversicherung werden wir uns sicherlich insgesamt über die Änderung eines Pflegebegriffs unterhalten müssen. Aber wenn das schon mal der erste Schritt ist, dann denke ich, sind wir schon ein ganzes Stück weiter.

Abg. Monika Brüning (CDU/CSU): Meine Fragen gehen an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und an den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienstleistungen. Demenzkranke sind keine homogene Gruppe mit gleichartigen Bedürfnissen. Was bedeutet das aus Ihrer Sicht für die Hilfsangebote im ambulanten und stationären Sektor. Wie müssen diese beschaffen sein? Welche Maßnahmen müssen ergriffen werden, um die Familienangehörigen zu entlasten? Wie bewerten Sie den Vorschlag der Koalitionsfraktion, die Kommunen zu verpflichten, entsprechende Versorgungsstrukturen auszubauen?

Sve Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Einiges zur Beantwortung Ihrer Frage habe ich schon in einem vorigen Beitrag gesagt. Ich denke, wir brauchen ein abgestuftes System, das die verschiedenen Lebensumstände berücksichtigt. Das gilt auch für beide Bereiche im ambulanten und stationären Bereich. Wir haben ja auch im stationären Bereich - über den wir ja bisher noch nicht gesprochen haben - unterschiedlichste Modelle, wie Demenzkranke angemessen versorgt werden könnten. Die Realität sieht leider anders aus, weil oftmals diese Bedingungen gar nicht vorhanden sind. Aber dennoch gibt es Ansätze, Hausgemeinschaften oder auch Wohngemein-

schaften zu schaffen, die praktisch ein Zwischending aus ambulanter und stationärer Pflege sind, in denen Demenzkranke zu sechst oder acht in eingemieteten Wohnungen leben. Auch im ambulanten Bereich wird der Bedarf unterschiedlich sein. Wir haben eine große Gruppe, ca. 70 %, schätzen wir, die noch im häuslichen Umfeld gepflegt wird, die vielleicht noch ergänzende Hilfe durch die Möglichkeit braucht, sich z.B. telefonisch Rat zu holen oder durch den Pflegedienst, beim Waschen entlastet zu werden. Diese ergänzende Hilfe kann auch darin bestehen, dass durch eine Tagespflege oder die Kurzzeitpflege Entlastung entsteht, damit Urlaub gemacht werden kann. Ich denke, dass sind nur ein paar Beispiele für das ganze Spektrum. Jede Gemeinde muss selbst sehen, welche Maßnahmen zur Entlastung auf kommunaler Ebene führen können und welche Ressourcen sie hat. Sie muss sich fragen, welche Angebote schon vorhanden sind und welche noch fehlen und neu geschaffen werden müssen, damit die Angehörigen und die Kranken die entsprechende Entlastung finden.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste): In vielen Punkten kann ich mich dem, was Frau Jansen schon ausgeführt hat, anschließen. Vielleicht noch was zu dem ambulanten Bereich. Da sehen wir auch, dass natürlich vorrangig niedrighschwellige Angebote für einen Personenkreis der demenziell Erkrankten wichtig sind. Diese müssen ausgebaut werden, damit es dort über das Pflegeleistungsergänzungsgesetz einen Einstieg gibt. Aber hier sind sicherlich Verbesserungsmaßnahmen notwendig. Darüber hinaus sehen wir eine Flexibilisierung in dem Leistungsangebot der ambulanten Pflegedienste, sprich, der Leistungspakete, die dort in der Regel zwischen den Trägern und den Pflegekassen vereinbart sind, als erforderlich an. Diese müssen stärker auf den Bedarf von demenziell Erkrankten zugeschnitten werden. Sie müssen flexibler abgerufen werden können. Das geht sicherlich auch an die Adresse der Träger. Sie müssen dem Betreuungsbedarf, der dann, wie schon mehrfach erwähnt, in die Pflegeversicherung Einzug halten muss, entsprechend auch Angebote zur Verfügung stellen. Da das aber bisher nicht der Fall ist, ist die Angebotspalette in dem Bereich sicherlich im Moment nicht ausreichend vorhanden. Darüber hinaus sind wir der Auffassung, dass im Bereich der pflegenden Angehörigen einige gute Instrumente im Pflegeversicherungsgesetz vorhanden sind,

insbesondere der § 45, bei dem es um die Schulung und um die Anleitung und Begleitung von pflegenden Angehörigen geht. Hier sehen wir eine Möglichkeit des Ausbaus, um die häufig entstehende Überbelastungssituation von pflegenden Angehörigen zu kompensieren. Wir können uns hier z.B. vorstellen, mit der Feststellung der Pflegebedürftigkeit, eine Beratung für pflegende Angehörige unmittelbar zu verbinden, um dort schon Case- und Care-Management Ansätze zu verwirklichen und gemeinsam mit den pflegenden Angehörigen eine optimale Versorgungssituation herzustellen. Im stationären Bereich sind wir der Auffassung, dass es neben den hier schon erwähnten Projekten und der milieuoorientierten Ausgestaltung der stationären Angebote natürlich einer adäquaten Finanzierung bedarf. Hier halten wir ein Personalbemessungssystem für äußerst zweckmäßig. Sie wissen, dass im Rahmen des Betreuungsaufwandes natürlich ein Angebot immer sehr personalintensiv ist. Um den Bedürfnissen von demenziell Erkrankten, insbesondere im stationären Bereich, adäquat zu begegnen, bedarf es eines Personalbemessungssystemes, um dann entsprechend auch auf diesen Bedarf individuell reagieren zu können, so wie Sie das ja in Ihrer Frage auch angedeutet hatten.

SVe Regina Offer (Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände): Dazu haben wir natürlich keine offizielle Beschlusslage. Es handelt sich hier um eine Aufgabe, bei der auch Entscheidungsspielraum auf örtlicher Ebene vorhanden sein muss. Wie ich vorhin bereits vorgetragen habe, gibt es die Modellprojekte zur Vernetzung und Verzahnung von Angeboten, Runde Tische „Pflege“ und entsprechende Absprachen. Es gibt natürlich auch bei uns die Erkenntnis, dass wir diese integrierten Versorgungsnetze brauchen. Aber darüber hinaus jetzt eine Verpflichtung für die Kommunen festzuschreiben, in welcher Weise das jeweils vor Ort zu erfolgen hat und in welchem Umfang, - hier also finanzwirksame Gesetze zu erlassen - da können wir natürlich nicht einverstanden sein, gerade vor dem Hintergrund, dass bereits die Kosten für die Hilfen zur Pflege erheblich ansteigen und die kommunalen Kassen belasten.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage richtet sich an die Bundesarbeitsgemeinschaft überörtlicher Sozi-

alhilfeträger, den BPA und die Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände. Wir haben jetzt schon die ganze Zeit gehört, welchen großen Stellenwert alle den integrierten Versorgungsangeboten beimessen. Welche Rolle könnten, bzw. wann, bei solchen vernetzten oder integrierten Versorgungsangeboten unabhängige Beratungsangebote oder Case-Management spielen? In welchem Rahmen sollte das stattfinden?

SVe Martina Hoffmann-Badache (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe): Ihre Frage hinsichtlich der Rolle von Assessment und Case-Management spricht eine ganz wichtige Funktion auch hinsichtlich des Umdenkens im Rahmen von Pflege, Planung und Betreuungsplanung an. Wichtig ist, dass wir zu einem Individuum-zentrierten Ansatz und zu einem individuellen Assessment der zu pflegenden Personen kommen, d.h. wir vom einrichtungsbezogenen Denken wegkommen. Insofern hat das Thema Assessment und Hilfeplanung in der Zukunft eine ganz große Rolle zu spielen. Assessment und Hilfeplanung können sich natürlich nur vor Ort in der Kommune abspielen und müssen dort sichergestellt werden. Aber um an meine Vordnerin anzuschließen: Wichtig ist natürlich in diesem Zusammenhang, dass solche notwendigen und wichtigen Strukturen nicht allein finanziell zu Lasten der kommunalen Ebene gehen dürfen.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste): Wir befürworten das Case- und Care-Management als Ansatz. Ich hatte das schon im Zusammenhang mit den pflegenden Angehörigen erwähnt. Insgesamt sind wir allerdings der Auffassung, dass es nicht zwingend hierfür erforderlich ist, neue, evtl. auch unabhängige Institutionen zu schaffen. In einigen Bundesländern gibt es diese Strukturen, in anderen werden sie gegenwärtig abgebaut. Unserer Auffassung nach ist es notwendig, insbesondere die sektorenübergreifenden Ansätze zu verfolgen, sprich den stationären und ambulanten sowie den ehrenamtlichen Bereich miteinander zu verzahnen und zwar an der Schnittstelle derjenigen, die auch im unmittelbaren Alltagsbezug betroffen sind. Das sind entweder die beratenden Institutionen im Rahmen der kommunalen Aufgabe oder die Pflegedienste, die im Zusammenhang mit den pflegenden Angehörigen Bündnisse bilden

sollen, um überhaupt dem Pflegebedarf in den nächsten Jahrzehnten Rechnung tragen zu können. Das ist allein auf professioneller Ebene nicht mehr möglich. Dazu bedarf es dieser Bündnisse und dazu bedarf es auch entsprechender Strukturen. Gegenwärtig gibt es, insbesondere was das Care-Management angeht, einige richtungsweisende Ansätze, die aus stationären Versorgungssystemen, wie z.B. dem Krankenhaus, dabei behilflich sind, die Pflegesituation sowohl mit pflegenden Angehörigen als auch mit den Betroffenen selbst so auszugestalten, dass im Anschluss eine optimale Versorgung, nach Möglichkeit in der Häuslichkeit, stattfinden kann. Um das noch mal zu pointieren: Wir sind der Auffassung, die bestehenden Strukturen müssen an dieser Stelle mit der Aufgabe betraut und bestärkt werden. Hierbei müssen die Pflegeeinrichtungen, sofern sie denn an der unmittelbaren Häuslichkeit und Hilfebedürftigkeit ansetzen, entsprechend gefördert werden.

SVe Regina Offer (Bundesvereinigung der Kommunalen Spitzenverbände): Wir würden unterstützen, dass es sich hier um etwas handelt, was, bestehend auf den bisherigen Strukturen und der bisherigen Arbeitsweise, weiterentwickelt werden muss. Aber das darf nicht in der Weise geschehen, dass man das jetzt als generelle Verfahrensweise einführen würde, denn auch da ist zunächst darauf zu achten, welche Entwicklungen das zur Folge hätte. Ob es hier zur einer entsprechenden Ausweitung der Leistungsangebote generell käme bzw. wie man diesen individuellen Ansatz in die bestehende Leistungsgewährung und Arbeit einbeziehen kann, ist die Frage. Ich denke, dass das auf jeden Fall ein Thema wäre, das bei der Weiterentwicklung der Pflegeversicherung durchdacht werden sollte und in eine solche Arbeitsgruppe, wie sie angedacht ist, einfließen muss. Wir haben aber noch keine flächendeckenden Erkenntnisse darüber, wie sich so etwas vor Ort auswirken könnte.

Abg. Petra Selg (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die weitere Frage geht an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtsverbände, BPA, Bundesverband der überörtlichen Sozialhilfeträger, AOK-Bundesverband und Deutscher Pflegerat. In beiden hier vorliegenden Anträgen findet sich die Forderung, Prävention und Rehabilitation, insbesondere bei Demenzerkrankten zu för-

dem. Welche strukturellen Veränderungen sind in der Pflegeversicherung notwendig, um die Rehabilitation, insbesondere auch bei der Demenzerkrankung zu fördern, und wie könnten Ihrer Ansicht nach in diesem Zusammenhang zielführende Anreizstrukturen aussehen?

Sve Ursula Wetzel (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege): Es gibt da zwei Gesichtspunkte: Einmal gibt es die Prävention im strengeren, vielleicht im medizinisch orientierten Sinne, andererseits gibt es aber auch eine Prävention, die bereits vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit im sozialpräventiven Maße wirksam wäre. Da wäre die Pflegeversicherung m.E. noch gar nicht gefragt, sondern es wäre eher Aufgabe innerhalb der kommunalen Akteure, für sozialpräventive Angebote zu sorgen. Die Prävention im eigentlichen, eher medizinischen Sinne, würde ich der GKV zugeordnet wissen wollen. Im Rahmen der aktivierenden Pflege ist es natürlich auch Aufgabe der Pflegeversicherung. Was ein Problem im Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ darstellt, ist eine Rehabilitation, die auch nach Eintreten von Pflegebedürftigkeit gewährt werden könnte. Insofern greift die entsprechende Vorschrift im Pflegeversicherungsgesetz, die es an sich ermöglichen würde, auch Rehabilitation nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit zu gewährleisten, im Moment überhaupt noch nicht, weil hier die Kostenverlagerung und die Kostenverantwortlichkeiten unterschiedlich sind. Die Krankenversicherung entlastet sich hier zu Lasten der Pflegeversicherung. Diese Schnittstelle sollte so bearbeitet werden, dass die Kostenbelastungen nicht gegeneinander verschoben werden können.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste): Aus unserer Sicht stellt sich die Frage nach der Prävention unter dem weitergehenden Präventionsbegriff ähnlich dar, wie Frau Wetzel es eben schon gesagt hat. Entscheidend ist zunächst einmal eine eindeutige Diagnostik, die dann im Rahmen der Behandlung feststellt, ob eine medikamentöse oder eine nichtmedikamentöse Behandlung angezeigt ist. Es gibt gegenwärtig relativ wenig gesicherte Erkenntnisse über nichtmedikamentöse Behandlungs- und Therapieformen. Da ist sicherlich ein Bedarf an Erkenntnisgewinn, der dazu führen müsste, dass er entsprechend in die Praxis und in entsprechende Pflege und Therapieanwendungen

mündet. In der Regel ist es so, dass Pflegebedürftigkeit im Zusammenhang mit dementiellen Erkrankungen steht - oder umgekehrt, die dementielle Erkrankung zur Pflegebedürftigkeit führt - und im Rahmen der Pflegeversicherung ist festzustellen, dass die Rehabilitation, insbesondere dieses Personenkreises, völlig unausgeprägt ist, um nicht unterbelichtet zu sagen. In diesem Zusammenhang muss ganz klar festgestellt werden, dass die Pflegeversicherung momentan rehabilitative Leistungen im Zuge der Demenz zumindest nicht pflegerisch orientiert anbieten kann, sondern immer erst dann die Pflege aktiv wird, wenn die dementielle Erkrankung in der Regel relativ weit fortgeschritten ist, und die dort angewendeten Methoden eher zur Leidensreduzierung bzw. zur Abschwächung des Krankheitsfortschritts dienen. Insofern ist hier sicherlich im Rahmen der Pflegeversicherung der Ansatz, Rehabilitationsvorflege zunächst mal auf dem medizinischen Sektor auszubauen, und im nächsten Zuge in therapeutischen Möglichkeiten, insbesondere in stationären Einrichtungen, zu versuchen, dem Rehabilitationsbedarf, der bei den Pflegebedürftigen besteht, Rechnung zu tragen.

Sve Martina Hoffmann-Badache (Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe): Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe unterstützt alle Überlegungen, den Grundsatz Prävention und Rehabilitation vor Pflege weiter zu entwickeln, weil wir darin natürlich auch ein ganz wichtiges Steuerungsinstrument sehen. Wir gehen aber davon aus, dass die notwendigen Maßnahmen in diesem Bereich in den Leistungsgesetzen SGB V und SGB XI verortet werden müssen. Einer Einbeziehung der Sozialhilfeträger an diesem Punkt würden wir nicht zustimmen können.

SV Harald Kesselheim (AOK-Bundesverband): Ich würde mir, was die Prävention angeht, Frau Selg, gerne die Trias zu eigen machen, die Frau Wetzel aufgezeigt hat. Das also Prävention auch gerade zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Grunde genommen schon in einer sehr frühen Phase der Primärprävention anfängt und dort sicherlich auch Aufgaben anfallen, die außerhalb der Krankenversicherung oder Pflegeversicherung liegen. Was die eigentliche Prävention angeht, so möchte ich Herrn Tews an dieser Stelle widersprechen, weil ich schon der Mei-

nung bin, dass auch in Pflegeeinrichtungen eine Reihe von präventiven Maßnahmen ergriffen werden kann. Wenn ich nur an die Diskussion denke, die wir in den letzten Wochen über Defizite bei der Flüssigkeitsbilanzierung geführt haben. Dort wo Pflegefachkräfte eine fachgerechte Pflege auch in Bezug auf Überprüfung der Ernährung und der Flüssigkeit machen, finden wesentliche Präventionsaufgaben statt. Das muss man sicherlich auch für die Rehabilitation sehen, dass nämlich in der Rehabilitation - und gerade in der geriatrischen Rehabilitation - Präventionsaufgaben stattfinden. Die Rehabilitation funktioniert nicht alleine in den gewachsenen Strukturen, die wir heute kennen, mit der ausgegliederten Rehabilitation in eigenen Rehabilitationseinrichtungen, sondern Rehabilitation kann auch sehr gut im Zuge der pflegerischen Betreuung stattfinden, indem man dem Bewohner dabei hilft, sich weiter zu bewegen, dass man ihn in seiner Selbstständigkeit fördert und damit sicherstellt, dass keine neuen Defizite eintreten. Aber wichtig ist, und danach hatten Sie ja auch gefragt, Frau Selg, welche Anreize erforderlich sind. Im Augenblick bestrafen wir, wenn ich bestrafen in Anführungsstriche setzen darf, die Versicherten und auch die Leistungserbringer für erfolgreiche Rehabilitation dadurch, dass im Zweifelsfall Pflegestufen abgesenkt werden und damit geringere Leistungen in Anspruch genommen werden können. Ich glaube, es ist wichtig darüber nachzudenken, wie wir in Zukunft, zumindest für eine angemessene Zeit, den Versicherten und den Leistungserbringern auch den Erfolg der Rehabilitation vergelten lassen. Zumindest insoweit, dass die bisherigen Leistungen und Vergütungen weiter gezahlt werden. Nur dann wird Rehabilitation auch vernünftig verankerbar sein.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Ich möchte mit einer Frage an den ABVP anfangen. Sie regen an, dass sich die Pflegeleitlinien vorrangig an dem Wert der Ergebnisqualität der Pflege orientieren sollen, statt der bisherigen einseitigen Orientierung an der Prozessqualität. Jetzt möchte ich nach konkreten Vorschlägen fragen, wie eine solche Orientierung an der Ergebnisqualität ihrer Meinung nach aussehen kann?

SV **Tobias Brütsch** (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege): Wie das konkret aussehen kann, haben wir teilweise in den Ar-

beitsgruppen auf der Bundesebene zur Qualitätssicherung schon mit den Kollegen erarbeitet. Die Konzentration sollte sich unserer Meinung nach tatsächlich auf dem Bereich der Ergebnisqualität beschränken, um den Leistungsträgern hier die Möglichkeit zu geben, über den Bereich des Prozesses und der Struktur ihren Weg zu dieser Ergebnisqualität zu finden. Es macht auch insofern Sinn, dass die Leistungsträger hier an der Stelle ein Stück weit noch ihre unternehmerische Freiheit ausleben können und in der Lage sind, die bedarfsgerechten Angebote den Patienten der Kundschaft so zu vermitteln, dass in diesem Zusammenhang die Ergebnisqualität, auf die man sich in diesem Fall konzentrieren sollte, auch im sinnvollen Zusammenhang mit der Finanzierung derselben erreicht werden kann.

Abg. **Daniel Bahr** (Münster) (FDP): Dann möchte ich die Spitzenverbände der Krankenkassen fragen. In der Stellungnahme schreiben Sie, dass Sie keine wesentlichen Verbesserungen in der Pflege durch das Pflegekorrekturgesetz sehen. Können Sie uns beziffern, wie hoch Sie die Mehrkosten kalkulieren, die durch die Klarstellung des Pflegekorrekturgesetzes auf die Gesetzliche Krankenversicherung zukommen?

SV **Harald Kesselheim** (Spitzenverbände der GKV): Die Mehrkosten, die dadurch verursacht werden, werden sicherlich im hohen Maße davon abhängen, in welcher Weise denn dieses Gesetz tatsächlich von den Angehörigen akzeptiert wird. Wir haben große Zweifel, dass der Gesetzentwurf insoweit einen Beitrag dazu leistet, dass Pflege in der häuslichen Umgebung verstärkt stattfindet, weil wir sehen, dass die Zugangsbestimmungen, die gerade in Bezug auf das Engagement der Angehörigen dort gefordert werden, wahrscheinlich nicht sehr attraktiv sind für die Versicherten. Von daher ist die Einschätzung des Finanzvolumens außerordentlich schwierig, zumal die Leistungen, die davon tangiert werden, die jetzt noch im Gespräch sind, eigentlich vom Mengenproblem her keine große Rolle spielen. Die wichtige Leistung der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, die finanziell auch Auswirkungen hat, waren die Kompressionsstrümpfe, die durch den Gesetzgeber schon geregelt sind. Die Belastungen haben wir für die GKV zwischen 50 und 100 Mio. € insgesamt eingeschätzt. Wo sie tatsächlich liegen werden, wird

sich zeigen, wenn wir dieses Geschäftsjahr abgeschlossen haben.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich habe eben von verschiedenen Seiten erfreulicherweise gehört, dass alle begeistert sind, Rehabilitation vor Pflege zu organisieren. Wir waren damals stolz, als wir das Pflegegesetz endlich über die Rampe gebracht haben, haben gehofft, das würde auch in die Praxis umgesetzt. Leider ist das, wie wir wissen, nicht der Fall, weil keine Anreize bestehen, weder für den Betreiber, noch für die Krankenkasse, noch für die Pflegeversicherung. Das ist natürlich ein Sündenfall. Das wollen wir ganz ehrlich sagen. Wenn hier keine Änderung herbeibeführt wird, sehe ich kaum Chancen, um die gesamte Problematik Pflege nach unten zu drücken, auch von der Kostenseite und von der menschlichen Seite. Von daher frage ich die Krankenkassen. Könnten Sie sich vorstellen, dass man Konzepte entwickelt - es gibt ja ein oder zwei Modellversuche in diesem Bereich, die auch erfolgreich sind -, dass die Krankenkassen und Pflegekassen endlich munter werden und hier konzeptionell etwas auf den Weg bringen?

SV Harald Kesselheim (AOK-Bundesverband): Ich glaube nicht, Herr Dr. Thomae, dass es Bedarf gibt, dort noch besonders munter zu werden, weil wir auch im Zusammenhang mit der Diskussion über die Weiterentwicklung von Disease-Management-Programmen an dieser Schnittstelle bereits arbeiten. Ich hoffe, dass wir an der Stelle eben bald etwas präsentieren können, was Sie auch tatsächlich davon überzeugt, dass wir Problemlösungen finden.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK): Ich denke, Herr Kesselheim hat deutlich ausgeführt, wo die Probleme im Augenblick liegen, und wo wir auch versuchen, durch entsprechende Modellversuche zu anderen Lösungen zu kommen. Aber vielleicht darf man insgesamt noch auf etwas anderes hinweisen. Die Problematik ist entstanden durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts. Ich stimme Ihnen - ich denke, dass ist auch der Hintergrund Ihrer Frage - zu, dass diese Lösung, die mit dem Pflegekorrekturgesetz auch angestrebt wird, letztendlich nur passieren kann, wenn wir im Rahmen der Reform der Pflegeversicherung über den Pflegebegriff diskutieren. Dann wäre die

Frage, inwieweit krankenpflegerische Maßnahmen, die ja jetzt schon durch die Änderungen im § 37 durch das GMG berücksichtigungsfähig sind, auch bei der Pflegeeinstufung berücksichtigt werden. Oder ob es nicht noch einen weiteren Bereich geben soll, wie auch im Gesetz erwähnt, der dann diese einzelnen Verrichtungen regelt, die dann in diesen Pflegebegriff integriert werden. Ich denke, dann haben wir auch diese Schnittstellenproblematik, die ja letztendlich dahintersteht, nicht mehr.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Wie sehen das die privaten Pflege- und Krankenkassen?

SV Prof. Dr. med. J. Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung): Integrationsmodelle kann die private Krankenversicherung aus verschiedenen Gründen nur schwer machen, um nicht zu sagen, gar nicht. Zum konkreten Problem: Man muss noch mal betonen, die private Krankenversicherung ist diesem Pflegekorrekturgesetz aufgeschlossen, denn die jetzige Situation belastet die Psychischkranken, die Demenzkranken wie auch die Angehörigen in erheblichen Maße. Und das muss geändert werden.

Abg. Dr. Dieter Thomae (FDP): Ich muss eine ketzerische Frage an den BAH und an den BPI stellen. Nach In-Kraft-Treten des GKV-Modernisierungsgesetzes wird das Segment der nichtverschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Erstattung herausgenommen. Wird dies zu massiven Nachteilen der Patienten führen? Eben wurde schon ein Präparat genannt. Wie sieht das der BPI, der BAH und wenn wir noch Zeit haben, auch die Hausärzte?

SV Thomas Brauner (Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie): Ich habe es vorhin schon angesprochen. Ein ganz wesentlicher Bereich im nichtverschreibungspflichtigen Segment auf Ginkgo-Basis ist beim derzeitigen Stand der Ausnahmeliste in der GKV nicht mehr erstattungsfähig, d.h., dass dieses Segment, das sehr nebenwirkungsarm und sehr kostengünstig ist, momentan für die Behandlung nicht mehr zur Verfügung steht, es sei denn, der Patient belastet sich mit den Kosten selbst.

SV Wolfgang Meunler (Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands Hausärzterverband): Ich kann das bestätigen. Diese Medikamente können nicht als unverzichtbarer Therapiestandard bezeichnet werden. Infolgedessen verordnet der Hausarzt sie jetzt nicht mehr auf Kassenrezept.

Abg. Daniel Bahr (Münster) (FDP): Ich habe eine Frage an den VFA. Gibt es Erkenntnisse darüber, dass zwischen den Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung Unterschiede im Verordnungsverhalten von innovativen Arzneimitteln bestehen. Wenn dem so ist, worauf wären diese Unterschiede zurückzuführen?

SVe Dr. Katrin Dreßler (Verband Forschender Arzneimittelhersteller): Es liegen uns Erkenntnisse in diesem Bereich vor. Diese Acetylcholinesterase-Hemmer kommen nur einer Minderheit der Patienten zu Gute. Es herrscht derzeit, nach unseren Erkenntnissen, schon eine Zweiklassen-Medizin, denn in der privaten Krankenversicherung werden diese Acetylcholinesterase-Hemmer doppelt so viel verordnet, wie in der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir meinen schon, dass hier ein Grund auf Seiten der Ärzte vorhanden ist, der in der drohenden Überschreitung der Richtgrößen besteht. Daher werden diese Arzneimittel in der GKV doch zurückhaltender verordnet.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage richte ich an die DGPPN. Ich würde gerne von Ihnen wissen: Ist die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren bei Demenzerkrankungen indiziert und für welche Verfahren besteht Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit bzw. in welchem Bereich mangelt es an Wirksamkeitsstudien?

SV Prof. Dr. med. J. Fritze (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde): Sie sprechen ein Kernproblem an. Beispielsweise gibt es Studien, die zeigen, dass kognitives Training im weitesten Sinne die Progression ein bisschen bremsen kann und auch Symptomverbesserung bewirkt. Was aber absolut fehlt sind Studien, die die Wechselwirkung zwischen Pharmakotherapie und Psychotherapie/ Soziotherapie zeigen. Solche Studien sind unbedingt wichtig. Die

interessieren die Pharmazeutische Industrie natürlich höchst peripher und ansonsten gibt es keinen, der sie finanzieren könnte. Solche Studien sind auch aus gesundheitsökonomischen Gründen ausgesprochen wichtig, um damit auch die effizienteste Mitteleinsetzung zu sehen.

Abg. Dr. Wolfgang Wodarg (SPD): Ich habe eine Frage an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft, außerdem noch an Herrn Dr. Pick vom MDS. Wir haben häufig gehört, dass es um einen ganzzeitlichen Bedarf geht, einen Bedarf der Betreuung, Angehörigenentlastung, Rehabilitation und medizinische Versorgung einbezieht und der in einem Assessment zusammengefasst werden soll. Diesem ganzzeitlichen Zielbild der Hilfe für Demenzkranke und ihre Familien steht eine sehr gegliederte Kostenträgerlandschaft gegenüber: überörtliche Träger, örtliche Träger, Krankenkassen. Welche Erfahrungen gibt es in der Überwindung dieser Grenzen der Kostenträger. Gibt es ermutigende Modelle? Der Gesetzgeber hat es noch nicht geschafft, wie beim SGB XI versucht, das besser zusammen zu fassen. Gibt es ermutigende Modelle, die mit dieser Problematik fertig werden? An Herrn Dr. Pick ergänzend: Was machen denn die Gutachter, um besser zusammenzukommen und das Ganze zu vereinfachen?

SVe Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Ich denke mit der Problematik der Kostenträgerschnittstellen sprechen Sie ein Problem an, das hier schon mehrmals angeklungen ist und das wir schon wiederholt beklagt haben. Meistens sind es die Angehörigen, und nicht die Kranken selbst, die es mit einer Flut von Kostenträgern zu tun haben, bei der schon fast gelernte Sozialarbeiter nicht mehr durchblicken, wer eigentlich zuständig ist. Ich möchte hier nur die Pflegeversicherung, die gesetzliche Krankenversicherung, die Sozialhilfe aufzählen, Anträge auf Schwerbehinderung sind womöglich noch zu stellen. Von daher sprechen Sie ein Problem an, das uns wirklich sehr am Herzen liegt. Ein Großteil unserer Beratung am Alzheimertelefon geht dahin, zu informieren, wer eigentlich für welche Sache zuständig ist. Ich sehe in mehreren Bereichen Bedarf klärend tätig zu sein. Reha wurde schon angesprochen. Auch von Gesetzgeberseite sehe ich Bedarf, in diesem Bereich Lösungen zu finden. Sie fragen nach ermuti-

genden Modellen, erst hatte ich gedacht, ich könnte gar keins nennen, aber jetzt ist mir doch eins eingefallen. Mir ist ein Beispiel einer Beratungsstelle bekannt, die es geschafft hat, Kostenträger, die vor Ort vorhanden sind, sprich die Krankenkassen, die Pflegekassen und den örtlichen Sozialhilfeträger, gemeinsam an einen Tisch zu bringen. Die bieten in ihren Beratungsstellen nicht nur Beratung für Angehörigengruppen an, sondern auch gerontopsychiatrische Behandlungspflege und haben es geschafft, dafür mehrere Kostenträger zu gewinnen, z.B. Halma in Würzburg. Ich denke, das wäre vielleicht ein Modell, das man übertragen könnte. Auch wenn es das grundsätzliche Problem nicht löst, sondern doch sehr auf den guten Willen in der jeweiligen Kommune zurück zu führen ist.

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Ich denke, das wir uns alle einig sind, dass eine ganzzeitliche Analyse und ein ganzzeitlicher Bedarf zu definieren ist. Aus meiner Sicht geht es nur dadurch, dass man einen Therapie- und Betreuungsplan aufstellt. Ich sehe im Moment nur einen Beteiligten, der diese Koordinationsfunktion übernehmen kann. Obwohl wir wissen, dass der Hausarzt sich in dem Feld durchaus schwer tut, ist er der Einzige, der diese Koordinationsfunktion in der Vernetzung aus unserer Sicht leisten kann. Der Hausarzt muss dann natürlich auch die kostenträchtigen Entscheidungen ein Stück weit koordinieren. Was die Rolle der Gutachter angeht: Unser Assessment bezieht sich auf die Pflegeversicherung und die Pflegeeinstufung. Den ersten Teil der medizinischen Versorgung können wir im gutachterlichen Verfahren nicht abdecken, da wir keine Diagnostik machen und wir können auch in der Begutachtung keine Diagnostik machen. Was wir aber machen können, wenn wir den Eindruck haben, es besteht eine Unterversorgung, ist Hinweise im Gutachten zu geben, dass hier in der kurativen Versorgung Verbesserungen vorzunehmen sind. Aber diese Integration kann nicht der Gutachter des Medizinischen Dienstes leisten. Wir können das bezogen auf die Pflege, wir können Hinweise geben, wenn wir Unterversorgungssituationen feststellen, aber die Gesamtkoordinationsfunktion muss im Versorgungssystem angesiedelt sein. Deshalb komme ich dann doch zum Hausarzt, obwohl wir die Probleme und die Grenzen der hausärztlichen Tätigkeit in diesem Feld alle kennen.

Abg. Dr. Carola Reimann (SPD): Ich habe auch eine Frage an Dr. Pick und an Prof. Fritze von der DGPPN. Fraktionsübergreifend fordern wir alle fortschrittliche einheitliche Richtlinien zur Diagnostik und Therapie. Wir haben dieses Kompetenzzentrum-Demenz vom BMBF gefördert. Was erwarten Sie sich in naher Zukunft an Fortschritten?

SV Dr. Peter Pick (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Ich habe große Erwartungen an das Kompetenzzentrum im Bereich des Screenings. Wir haben im Moment eine gute Diagnostik. Wir wissen wie der Behandlungsablauf ablaufen soll, sowohl was den medikamentösen, als auch was den nichtmedikamentösen Bereich angeht. Was wir aber nicht haben, ist ein getestetes valides Screeninginstrument, um frühzeitig Demenz zu erkennen. Das scheint mir eine der Hauptaufgaben auch des Kompetenzzentrums zu sein, weil das ein Durchbruch wäre, wenn wir ein Screeninginstrument hätten, das wir in der hausärztlichen Praxis entsprechend einsetzen können.

SV Prof. Dr. med. J. Fritze (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde): Herr Dr. Pick, ich widerspreche Ihnen natürlich extrem ungern und tue das auch gar nicht. Selbstverständlich gibt es Screeninginstrumente. Wir sollten auch nicht den Eindruck erwecken, als wären wir Ärzte zu dämlich, Demenzen zu erkennen. Das ist ein ganz vielschichtiges Problem, weshalb die Erkennensrate und die Behandlungsrate so niedrig ist. Dazu gehören - wie auch in Ihrem Antrag korrekt enthalten ist - z.B. die Faktoren, dass bei einer beginnenden Demenz, die Kranken das zu verbergen versuchen. Die schämen sich doch und gehen nicht zum Doktor und sagen: „Ich habe das und das Problem.“ Man kann natürlich auch nicht jeden Patienten in der Hausarztpraxis, die die richtige Adresse ist, dann auf Demenz screenen. Dann sagt doch der Patient: „Horchen Sie mal, was wollen Sie von mir.“ Vom Grundsatz her ist das möglich, das ist ein ganz vielschichtiges Problem. Wir müssen also, um die Patienten früher und besser zu erreichen, ganz wesentlich auch Öffentlichkeitsarbeit leisten, um zu entstigmatisieren: Demenz ist eine ganz nor-

male Krankheit, das hat nichts mit Stigma zu tun.

Abg. **Peter Dreßen** (SPD): Ich habe eine Frage an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Was konnte durch die Förderung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft im Rahmen des seit 1999 bestehenden Leistungsvertrages mit dem BMFSJ im Hinblick auf Öffentlichkeitsarbeit, Beratung, hier z.B. das Alzheimertelefon und Betreibung von Netzwerken erreicht werden?

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Der Leistungsvertrag, der wie Sie richtig sagen, seit 1999 läuft, beinhaltet mehrere Module. Dazu gehört einmal die Information der Bevölkerung, es ist eine bestimmte Anzahl von Adressaten mit Informationsmaterial zu versorgen, es ist ein Vernetzungsaspekt enthalten, dass wir Unterstützung bei dem Aufbau von neuen Gruppen vor Ort geben. Es ist darin enthalten, dass, wenn sich engagierte Menschen gefunden haben, wir sie beraten und begleiten bei dem Aufbau neuer Gruppen, damit dieses Netz flächendeckend wird. Da ist das Modul Alzheimertelefon, was ich auch schon einmal genannt habe, bei dem sich Angehörige von Montag bis Freitag 09.00 bis 18.00 Uhr, freitags bis 15.00 Uhr, Beratung und Information holen können. Dieses Angebot richtet sich nicht nur an Angehörige, sondern auch an Professionelle. Bei uns rufen selbst Apotheker und Ärzte ab und zu an. Im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit für das Alzheimertelefon haben wir z.B. auch 36 000 niedergelassene Ärzte im letzten Jahr angeschrieben und über dieses Angebot informiert, was auch eine Art von Öffentlichkeitsarbeit ist. Ein Problem, das hier schon mehrfach angesprochen wurde und auch sehr vielschichtig ist, besteht darin, dass die Ärzte nichts anzubieten haben, wenn die Menschen kommen. Das liegt sicher daran, dass auch Unkenntnis vorhanden ist und wir uns eine ärztliche Weiterbildung wünschen würden. Aber es liegt sicherlich auch daran, dass es ganz schwierig ist, für die Ärzte den Menschen etwas anzubieten. Die Diagnose „Alzheimer“ wirft eine Reihe von Fragen der Lebensplanung auf und daraus resultieren auch sehr anstrengende und lange Gespräche mit den Kranken und den Angehörigen. Das Angebot „Alzheimertelefon“ kann ein Entlastungsangebot in dieser Hinsicht sein. In der Öffentlichkeitsarbeit ist geplant, dass

wir in den nächsten Jahren noch verstärkt tätig sein werden. Dieser Vertrag ist relativ neu verlängert worden und zum Thema Demenz ist geplant, eine Kampagne zu starten, die erst mal die allgemeine Öffentlichkeit auf das Thema aufmerksam macht. Auch potentielle Angehörige, von denen wir viele mit den vorhandenen Angeboten noch gar nicht erreicht haben, wollen wir darüber informieren, dass es Hilfen gibt und dass sie nicht alleine sind. Ich denke, in den nächsten Jahren wird mit hoffentlich verschiedensten Gruppen, die auch hier vertreten sind, etwas passieren.

Abg. **Rolf Stöckel** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Sozialverband und an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Halten Sie die im Pflegeleistungsergänzungsgesetz vorgesehenen Maßnahmen zum Auf-, Ausbau und zur Stützung der häuslichen Versorgung von Demenzkranken für Schritte in die richtige Richtung und halten Sie diese für ausreichend?

SV **Manfred Mörs** (Sozialverband VdK Deutschland): Wir hatten in unserer damaligen Stellungnahme deutlich gemacht, dass wir die Schritte, die mit dem Pflegeleistungsergänzungsgesetz getan worden sind, für Schritte in die richtige Richtung halten, angesichts der eindeutigen Bewertung des zunehmenden Problems Demenz, wie es hier und heute unisono deutlich geworden ist. Wir haben aber auch gesagt, dass angesichts des sehr begrenzten Kostenrahmens, der damals vorgesehen war, dies wirklich nur erste Schritte sein können, die später eines weiteren Ausbaus bedürfen, beispielsweise was die Kostenseite angeht, aber auch was den Pflegebegriff angeht. Hier hatte ich die Verrichtungsbezogenheit schon angesprochen, die heute die ganzen Leistungen sehr einengen, gerade was Demenzkranke anbelangt. Man sollte davon abgehen, und diesen Pflegebegriff öffnen.

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Wir haben das Pflegeleistungsergänzungsgesetz in seiner Entstehung begrüßt. Das nicht nur wegen der 460 €, die für den Einzelnen im Jahr keine all zu große Summe sind, sondern wegen der strukturfördernden Elemente, die das Gesetz beinhaltet. Dazu stehen wir nach wie vor. Auch wenn sich leider durch die Umsetzungen der Rechtsverordnung, die auf Länderebene nötig waren, das

Gesetz sehr viel langsamer voran entwickelt hat als ursprünglich gedacht. Aber wir haben die Hoffnung noch nicht aufgegeben, dass es doch Zeit braucht, diese Strukturen aufzubauen, damit sie zu einer Verbesserung führen. Aber wie der Kollege damals auch öffentlich gesagt hat, es kann nur ein erster Schritt sein und eine Ausweitung in Richtung „Entwicklung des Pflegebegriffes“ sollte unbedingt folgen.

Abg. **Erika Lotz** (SPD): Meine Frage richtet sich an die DGPPN. Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung fördert Forschungsprojekte mit dem Arbeitstitel „Entwicklung und Erprobung einer gerontopsychiatrischen Handreichung für den Hausarzt“ und „Allgemeinmediziner zur Früherkennung und Behandlung von Demenzen“. Die Frage ist jetzt, ob Hausärzte durch die Nutzung einer Art Leitlinie mit dem Ziel der frühzeitigeren Diagnosestellung und der Aufstellung eines mehrdimensionalen, individuellen Behandlungsplans zusammen mit den übrigen Leistungserbringern qualifiziert werden.

SV **Prof. Dr. med. J. Fritze** (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde): Die Antwort ist schlicht und einfach: Ja. Demenzen gehören und werden erst recht in Zukunft zu den häufigsten Krankheiten überhaupt gehören. Es ist ein Massenübel. Per Definition sind die häufigen Krankheiten Gegenstand hausärztlichen Handelns. Das ist einfach vernünftig. Es ist Tatsache, dass die Hausärzte die entsprechende Kompetenz erwerben müssen und die können sie auch erwerben. Ein weiterer extrem wichtiger Punkt ist, die Schnittstellen zu überbrücken. Da tun wir uns sicher sehr viel schwerer. Das sind nicht nur Schnittstellenprobleme auf Leistungserbringerseite, sondern genauso ein Kostenträgerzuständigkeitsproblem.

Abg. **Karsten Schönfeld** (SPD): Meine Frage richtet sich an den Medizinischen Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen. Im Pflegekorrekturgesetz soll die Feststellung der Pflegebedürftigkeit von den konkreten häuslichen Versorgungsstrukturen abhängig gemacht werden, also von der häuslichen Pflegeperson. Ist das aus Ihrer Sicht eine ausreichende Bewertung oder welche Faktoren sollen bei der

Feststellung von Pflegebedürftigkeit ebenfalls Beachtung finden?

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Da tue ich mich mit der Antwort ein kleines bisschen schwer, wenn ich die Frage richtig verstanden habe. Eigentlich passt es gar nicht in die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, die individuelle Pflegeperson mit in den Fokus zu nehmen. Wir haben einen individuellen Hilfebedarf festzustellen und zwar unabhängig von der Pflegeperson. Dies miteinander in der Begutachtung zu vermischen, wäre ein Problem. Von daher passt es eigentlich nicht in die Feststellung von Pflegebedürftigkeit, obwohl wir an anderer Stelle durchaus eine gewisse Kontextabhängigkeit haben, weil die Wohnverhältnisse sich durchaus auf den individuellen Hilfebedarf durchschlagen, nicht aber die Pflegeperson selbst. Deshalb passt dies eigentlich nicht. In der Feststellung hat das keinen Platz.

Abg. **Dr. Marlies Volkmer** (SPD): Meine Frage geht an den Arbeitgeber- und Bundesverband privater Pflege e.V., an den Deutschen Pflegerat und an die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen. Ich möchte gern das Pflegekorrekturgesetz ansprechen: Kann das Pflegekorrekturgesetz die Schnittstellenproblematik zwischen Pflege und Behandlungspflege generell lösen?

SV **Tobias Brüttsch** (Arbeitgeber- und Berufsverband Privater Pflege): Es kann es tatsächlich tun, nur bedarf es an dieser Stelle der mehrfach geforderten Ergänzungen. In dem Zustand, in dem es momentan ist, stellt es schon einen erheblichen Fortschritt gegenüber dem vorherigen dar. Nur sind wir, da bin ich mir mit den anderen Kollegenverbänden einig, der Meinung, dass es noch einiger Ergänzungen bedarf. Ich spreche ganz konkret die Kompressionsstrümpfe an, die ein Regelungsstatbestand sind, der dazu führen müsste, dass die anderen krankheitsspezifischen Maßnahmen mit ergänzt werden.

Sve **Marie-Luise Müller** (Deutscher Pflegerat): Vom Grundsatz her sind wir der Auffassung, dass es ein Schritt in die richtige Richtung ist und dass hier das Phänomen der Leistungsverchiebung zwischen der Krankenver-

sicherung und der Pflegeversicherung möglicherweise doch aufgehalten werden kann. Wir glauben aber, dass das nur wenig sinnvoll bei dem Massenproblem, das auch Prof. Fritze angesprochen hat, sein wird, sondern dass hier das grundsätzliche Problem angegangen werden muss, nämlich dass der Pflegebegriff tatsächlich im Bezug auf die Fallorientierung auch greifen kann. So wie es jetzt ausgelegt ist, werden Sie weiterhin das Problem der Verichtsorientiertheit haben. Die Abgabe von Sondennahrung ist ein Thema, das ganz sicherlich professionell von pflegenden Angehörigen nur nach vorheriger guter Anleitung erfolgen darf, und die gute Anleitung muss natürlich über eine professionelle Pflege erfolgen. Die wiederum braucht aber den Auftrag. Damit sind wir wieder an der Schnittstelle zum SGB V. Da sieht man, wie eng diese Problematik zusammen hängt und deshalb glauben wir, dass alle Parteien gut daran täten, wenn es einen parteiübergreifenden Ansatz gäbe, der dieses Thema des Pflegebegriffs aufgreift. Sie werden sonst in einem Jahr wieder vor der Frage steht: Wer soll es übernehmen? Soll die Diskussion in der Pflegeversicherung fortgeführt werden, nämlich das 1,7 % nicht ausreichen oder haben wir das Problem in der Budgetierung innerhalb der GKV. Von daher wollen wir wirklich darauf drängen, dass Sie sich um die Begrifflichkeit kümmern. Wir glauben auch, dass die Dreistufigkeit bei der Einstufung der Patienten nicht mehr greift, weil das Thema viel zu komplex ist. In anderen Ländern hat das bereits stattgefunden. Die Fälle, die zu bearbeiten sind, sind viel zu komplex, als dass sie mit einer Dreistufigkeit auch tatsächlich abgebildet werden können.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK): Im Grunde kann ich das, was beide Vorredner gesagt haben, zusammenfassen. Das Gesetz löst das Problem nicht. Nur dann, wenn wir tatsächlich an den Pflegebegriff herangehen, wird das Problem gelöst. Zum Ändern möchte ich noch mal deutlich darauf hinweisen, dass der Gesetzesantrag unter den Gegebenheiten vor dem GMG verstanden werden muss. Das Riesenproblem, das wir hatten, war damals ausgelöst durch die Rechtsprechung zu den Kompressionsstrümpfen. Das ist gelöst und in anderen Bereichen sage ich ganz deutlich, auch nach unseren heutigen Erfahrungen gibt es dazu keine Probleme mehr. Wenn wir hier die Schnittstelle bereinigen wollen, dann geht es nur über den Pflegebegriff. Alles andere wäre

nur Stückwerk. Ich denke, das BSG wird immer wieder eine Fallgestaltung dazu auf den Tisch bekommen. Dann haben wir das nächste Problem und fangen wieder mit der Suche nach einer Lösung an.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft und den VdAK. Wie bewerten Sie die Forderung der Union, mit Informationskampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung die Krankheit Demenz weiter zu enttabuisieren und dafür Sorge zu tragen, dass die Diagnose „Demenz“ kein Schamgefühl mehr auslöst?

Sve Sabine Jansen (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Die Forderung einer Informationskampagne können wir natürlich nur unterstützen. Wir sehen da - und das haben auch schon mehrere Redner hier gesagt - Bedarf, das Tabuthema „Demenz“ aufzubrechen und auch den Angehörigen ein Stück Erleichterung im Umgang mit der Öffentlichkeit zu geben. Das wollen wir dadurch erreichen, dass die Krankheit bekannter ist und bestimmte Verhaltensweisen, die mit dieser Erkrankung zusammen hängen, einfach bekannter werden und den Umgang leichter machen. Ob die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung der richtige Ansprechpartner ist, weiß ich nicht. Wir hatten sie schon mehrmals in der Vergangenheit angesprochen und haben immer wieder zu hören bekommen, dass sie mehr im Bereich „Prävention“ ihren Schwerpunkt sehen, Demenz nicht so sehr als Thema der Prävention gesehen wird. Hier müsste sicherlich noch Aufklärung erfolgen, damit die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung das Thema „Demenz“ zu ihrer Aufgabe macht. Ich denke, wir können eigentlich nicht genug Bündnispartner suchen, die auf verschiedenen Ebenen für dieses Thema Öffentlichkeitsarbeit machen.

SV Paul-Jürgen Schiffer (VdAK): Das kann man nur unterstützen. Ob und inwieweit das jetzt die Bundeszentrale oder die Alzheimergesellschaft ist, an dieser Stelle halte ich mich zurück. Ich sehe auch hier die Krankenversicherung durchaus mit im Boot. Wie Sie wissen, sind wir ja z. Zt. dabei, eine Stiftung „Prävention“ zu gründen. Ich denke, da hätte man einen ganz guten Ansatz im Rahmen von Prä-

vention, hier gemeinsame Aktionen mit der GKV zu starten.

Abg. **Verena Butalikakis** (CDU/CSU): Ich bleibe auch noch kurz beim Thema „Demenz“. Meine Frage richtet sich an den VdAK, den Medizinischen Dienst und an die Deutsche Alzheimer Gesellschaft. Besteht aus Ihrer Sicht eine Notwendigkeit, die Liste der Heil- und Hilfsmittel im Hinblick auf Prophylaxe vor negativen Folgen der Demenzerkrankung zu verändern, z.B. durch Aufnahme von Sturzhelmen, die Möglichkeit der Gabe von Zusatznahrungen, speziellen Betten usw.?

SV **Paul-Jürgen Schiffer** (VdAK): Eine sicherlich ganz heikle Frage. Das setzt voraus, dass wir den Begriff des § 33 im SGB V ändern. Hilfsmittel werden nach der derzeitigen Gesetzeslage nur zum Ausgleich einer Behinderung oder zur Unterstützung bei Krankheit bezahlt. Ob und inwieweit man so weit gehen will, den § 33 auch im Bereich von Prävention einzusetzen, ist eine sehr heikle Frage, die unter den finanziellen Auswirkungen untersucht werden müsste. Andererseits: Es gibt ganz gute Ansätze, beispielsweise ist es ein Gesamtauftrag von stationären Einrichtungen, dazu beizutragen, dass eben genau diese Sturzprophylaxe durchgeführt wird. Wir sind gerade in den Verhandlungen zu den Rahmenempfehlungen nach § 75 SGB V, die die Aufgaben einer Einrichtung beschreiben sollen. Wenn es uns gelingt, Sturzprophylaxe als ein ganz normales Vorgehen in der Einrichtung durchzuführen, wären wir einen ganzen Schritt weiter. Ich halte es im Augenblick jedoch nicht für den richtigen Weg - nur aus der Dramatik der Alzheimer- und Demenzerkrankungen heraus - den § 33 des SGB V zu öffnen.

SV **Dr. Peter Pick** (Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen): Ich wäre auch zurückhaltend, was die Notwendigkeit der Änderung der Prophylaxe betrifft. Obwohl klar ist - und das ist der Hintergrund Ihrer Frage -, dass in manchen Bereichen eine gute Pflege auch dazu beiträgt, Demenz zu verhindern oder nicht entstehen zu lassen. Wir wissen, dass wir - gerade im Bereich der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung - in Situationen kommen können, in denen dies auch dazu beitragen kann, dass Demenzprävention noch ein Stück weit gefördert wird. Wir haben auch

andere Bereiche, „Sturzprophylaxe“ ist angesprochen worden, in denen präventive Maßnahmen durchaus Erfolge zeitigen können, aber ich bin ein bisschen skeptisch, ob man wirklich versuchen soll, das Ganze gesetzgeberisch in den Griff zu bekommen. Ich glaube, es geht mehr um die Ausgestaltung der heutigen Leistung und der heutigen Leistungsdarbietungen.

SVe **Sabine Jansen** (Deutsche Alzheimer Gesellschaft): Ich möchte Ihre Frage einfach mit „Ja“ beantworten. Ich sehe die Notwendigkeit in diesem Bereich etwas zu verändern und möchte mich auch gar nicht auf irgendwelche Paragraphen beziehen, sondern einfach die Frage stellen, ob denn immer das Kind in den Brunnen gefallen sein muss, bevor man etwas macht. Ich denke, es gibt mittlerweile genug Untersuchungen, gerade im Bereich Sturzprävention, Dekubitusprophylaxe, die zeigen, dass der rechtzeitige Einsatz dieser Hilfsmittel auch Pflegefehler vermeidet. Ich hatte schon einen weiteren Aspekt in einem früheren Beitrag angesprochen: etwa der Bereich der technischen Hilfe von alleinlebenden Demenzkranken. Warum sollte es nicht - auf Grund welcher gesetzlichen Vorschrift auch immer - erstattet werden, dass jemand für längere Zeit in seiner Wohnung allein verbleiben kann, wenn die entsprechenden technischen Hilfsmittel vorhanden sind. Diese sind sicherlich heutzutage auch noch nicht so bekannt und vielleicht auch noch unfähig, wie z.B. Sicherungs- oder Überwachungssysteme, aber warum, frage ich unter Vorbehalt aller ethischen Bedenken, sollen die nicht im Rahmen einer solchen Liste erstattungsfähig werden.

Abg. **Monika Brüning** (CDU/CSU): Meine Frage bezieht sich auf das Pflegekorrekturgesetz. Ich stelle die Frage an die GKV und PKV. Wie beurteilen Sie die Einschätzung der Bundesregierung, der Lösungsansatz im Pflegekorrekturgesetz sei zu verwaltungsaufwendig? Welcher zusätzliche Verwaltungsaufwand entsteht tatsächlich? Sehen Sie eine Lösungsmöglichkeit?

SV **Harald Kesselheim** (Spitzenverbände der GKV): Wir haben in der Tat die Sorge, dass mit der Einführung des Prüfkriteriums, welche Leistungen kann die Familie erbringen und ist

hier die Pflege genau an dieser Stelle zumutbar -, dass damit ein erheblicher Aufwand verbunden ist, weil es schwer objektivierbar ist. Das können wir auch bei der jetzigen Anwendung der entsprechenden Regelung in § 37 Abs. 3 SGB V durchaus erkennen, wenn die Frage besteht, ob denn der Familie die Pflege tatsächlich zumutbar ist oder ob die Argumente, die vorgebracht werden, warum sie die Pflege nicht erbringen kann, auch tatsächlich nachvollziehbar sind. Das ist inzwischen auch schon ein Thema, das die Rechtsprechung insgesamt berührt und zu einer Reihe von Entscheidungen in der Vergangenheit geführt hat, aber es gibt noch keine klare höchstrichterliche Rechtsprechung dazu. Wir glauben, dass es ein besserer Weg ist, wenn wir tatsächlich - und das ist heute hier schon mehrfach angesprochen worden - über den Pflegebegriff in der Pflegeversicherung insgesamt nachdenken und einen Pflegebegriff schaffen, der die Versorgung des Hilfebedürftigen berücksichtigt, dessen Hilfebedarf insgesamt, auch als Leistungsgrundlage für die Leistung der Pflegeversicherung, nimmt.

SV Prof. Dr. med. J. Fritze (Verband der privaten Krankenversicherung): Ich glaube, wir haben im Interesse der Versicherten nicht so viel Zeit, uns aufs Nachdenken zu verlegen. Nachdenken kann man auch noch, aber hier geht es wirklich um ökonomische Folgen mit konkreten Nachteilen im Einzelfall, auch wenn wegen der ökonomischen Folgen auf irgendeine Behandlungskomponente verzichtet wird. Der bürokratische Aufwand ist m.E. überschaubar. Das ist etwas, das im Alltag vorkommt, nämlich zu prüfen. Hier wäre es schlicht die Nachricht: „Ein professioneller Pflegedienst ist beigezogen worden“. Wenn das im Pflegegutachten dokumentiert ist - dieses ist der Anteil von Behandlungspflege - dann ist dieser bürokratische Akt innerhalb von einer halben Minute zu machen. Das ist machbar und kein besonderer Fall. Solche Dinge gibt es heute auch schon.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege und an den BPA. In ihren Stellungnahmen haben Sie zur Abgrenzung der Leistungspflicht von Kranken- und Pflegeversicherung angeregt, eine Klarstellung im SGB V zu verankern. Können Sie

vielleicht erläutern, wie Sie sich so etwas vorstellen?

Sve Ursula Wetzel (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege): Bis jetzt wird die durch das GMG geänderte Fassung im § 37 Abs. 2 SGB V nach wie vor noch in vielen Fällen so ausgelegt, dass sie sich nur auf die Kompressionsstrümpfe bezieht und andere krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen weiterhin in der Pflegeversicherung verbleiben müssen. Deshalb ist die Forderung der Wohlfahrtsverbände - aber auch der privat gewerblichen Verbände - auch den § 37 Abs. 2 Satz 1, zweiter Halbsatz, so zu ändern, dass an Stelle der Kompressionsstrümpfe steht, „der Anspruch besteht und bezieht sich auf alle Maßnahmen der Behandlungspflege, auch dann, wenn sie im Rahmen der Pflegebedürftigkeit mit in die Pflegebedürftigkeit einbezogen werden“.

SV Bernd Tews (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste): Frau Wetzel hat schon das Entscheidende gesagt. Es geht darum, einerseits selbstverständlich anzuerkennen, dass die Kompressionsstrümpfe durch das GMG geregelt sind und diese krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen auch in der Praxis nicht mehr vorkommen, sie sind eindeutig der Krankenversicherung zugeordnet. Nichtsdestotrotz ist festzustellen, dass in der Praxis - insbesondere im Bereich der Medikamentenverabreichung - immer wieder darauf verwiesen wird, dass es sich hier um krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen handelt. Wir haben hier diverse Fälle gesammelt und zusammengefasst und dem BMGS zur Verfügung gestellt, um deutlich zu machen, dass in diesen Bereichen tatsächlich Probleme bestehen. Vor diesem Hintergrund ist unser Vorschlag - wie Frau Wetzel schon ausgeführt hat -, den § 37 des GMG einfach zu präzisieren, um klarzustellen, dass es sich hier nicht nur um die Kompressionsstrümpfe handelt, sondern, so wie die Bundesregierung und die Opposition gemeinsam in ihrem Änderungsantrag damals formuliert haben, dieses Problem der krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen insgesamt zu lösen ist. Wir halten das für eine Maßnahme, die dann dazu führt, dieses Problem tatsächlich zu lösen.

Abg. **Hubert Hüppe** (CDU/CSU): Ich habe noch eine abschließende Frage an den Deutschen Pflegerat. Sie haben in Ihrer Stellungnahme die Einschätzung geäußert, dass die Ursache der Leistungsverschiebung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung vor allen Dingen darin liegt, dass der tatsächliche Pflegebedarf unzureichend definiert ist. Können Sie das näher erläutern? Was sollte der Gesetzgeber aus diesem Befund für Zeitpunkt und Umfang einer Reform der Pflegeversicherung ziehen?

SVe **Marie-Luise Müller** (Deutscher Pflegerat): Sie bitten um die Konkretisierung eines umfassenden Pflegebegriffes. Da kann ich Ihnen insofern die Hilfestellung geben, dass die derzeitigen Erhebungen, funktions- und handlungsbezogen - also defizitbezogen in den Funktionseinschränkungen der betroffenen und hilfebedürftigen Menschen - den gesamten kognitiven Bereich ausgrenzen. Genau dieser kognitive Bereich wird ausgegrenzt, der dazu führen soll, herauszufinden, wo die Selbstbehalte sind, wo der Anteil ist, der gestärkt werden soll, wo der Anteil ist, der Unterstützung braucht ist und wo der Anteil ist, der komplett von professioneller Pflege zu übernehmen ist. Genau diese Qualifizierung findet in der Begrifflichkeit, wie sie sozialrechtlich momentan verwendet wird, nicht statt. Und von daher glauben wir, dass die Entwicklung dessen, was zukünftig an Hilfe notwendig ist, insbesondere in den altersbezogenen Erkrankungen, wichtig

ist, und dass der kognitive Teil aufzunehmen ist. Das ist der eine Aspekt, der andere Aspekt ist, dass wir davon ausgehen, dass, wenn gute Assessmentinstrumente eingesetzt werden, wie wir das z.B. im akuten klinischen Bereich machen, das dazu führt, dass wir professionell ein Entlassungsmanagement zwischen Klinik und den anschließenden Einrichtungen durchführen können. Das führt dann dazu, dass der Patient in eine andere Behandlungssituation gerät. Damit wird auch klar, dass der GKV-Bereich sauber heraus gearbeitet werden kann. Bei dem jetzigen sozialrechtlichen Begriff wird es weiterhin zu einer Vermengung zwischen SGB V und Pflegeversicherung kommen. Deshalb ist es wichtig, kognitive Fähigkeit aufzunehmen und zuzulassen, dass die Demenzerkrankung ein sehr komplexes Verfahren mit sich bringt. Wir würden sehr begrüßen, wenn Sie dabei auch die Dreistufigkeit innerhalb der Einstufung in der Pflegeversicherung neu überdenken.

Stellv. Vorsitzender **Wolfgang Zöller** (CDU/CSU): Meine sehr geehrten Damen und Herren, damit wären wir am Ende der Anhörung. Ich darf mich bei den Sachverständigen für ihre Bereitschaft, die Fragen der Abgeordneten zu beantworten recht herzlich bedanken. Ich wünsche Ihnen noch einen schönen Aufenthalt in Berlin oder eine gute Heimreise.

Ende der Sitzung: 15.26 Uhr.

