

Herrn
Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender des Ausschusses für
Gesundheit und Soziale Sicherung
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1

11011 Berlin

**Arbeitsgemeinschaft der
Spitzenverbände der
Krankenkassen**

Kontaktstelle:
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Gesprächspartner
Harald Kesselheim

Durchwahl
0228 843-359

Abteilungstelefax
0228 843-726

E-Mail
harald.kesselheim@bv.aok.de

Zeichen / Doku
I 5 (0) Ahl - 074.370

Datum
26.02.2004

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0495
vom 26.02.04

15. Wahlperiode**

Öffentliche Anhörung durch den Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am
03.03.2004

Bezug: Ihr Schreiben vom 13.02.2004

Sehr geehrter Herr Vorsitzender,

als Anlage übersenden wir Ihnen für die öffentliche Anhörung zu dem

- Gesetzentwurf des Bundesrates

Entwurf eines Gesetzes zur Korrektur von Leistungsverschiebungen bei Häuslicher Krankenpflege zwischen gesetzlicher Krankenversicherung und sozialer Pflegeversicherung (Pflege-Korrekturgesetz – PKG)
BT-Drs. 15/1493

Der Arbeitsgemeinschaft gehören an:

- AOK-Bundesverband, Bonn
- BKK Bundesverband, Essen
- IKK-Bundesverband, Bergisch-Gladbach
- See-Krankenkasse, Hamburg
- Verband der Angestellten Krankenkassen e.V., Siegburg
- AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
- Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
- Bundesknappschaft, Bochum

- 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-Drs. 15/2336

- Antrag der Fraktionen der SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Demenz früh erkennen und behandeln – für eine Verbesserung von Strukturen, die Intensivierung von Forschung und Unterstützung von Projekten
BT-Drs. 15/2372

eine gemeinsame Stellungnahme der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Hoberg

Anlage

Zusammenfassung

1. Nach unserer Auffassung bringt der Entwurf des Pflege-Korrekturgesetzes keine wesentlichen Verbesserungen in der Versorgung, da er zum einen lediglich die in der Praxis bereits angewendeten, vom Bundessozialgericht entwickelten Grundsätze normiert. Zum anderen wird allerdings die Feststellung der Pflegebedürftigkeit an die Leistungsfähigkeit und –bereitschaft der Pflegeperson gekoppelt. Damit wird ein neuer zusätzlicher Parameter geschaffen. Die Stärkung der häuslichen Pflege erfordert eine umfassende Novellierung des Pflegeversicherungsrechts.
2. Die Versorgung dementer Menschen leidet nach wie vor unter erheblichen infrastrukturellen Mängeln. Eine Früherkennung scheitert vielfach daran, dass Demenzerkrankungen teilweise überhaupt nicht diagnostiziert werden. In gemeinsamer Anstrengung von Politik, Gesundheitsberufen, Kommunen und Leistungsträgern müssen angemessene Lösungsstrategien und ganzheitliche Versorgungskonzepte entwickelt werden, die wirksam, finanzierbar und zugleich alltagstauglich sind. Die Hausarztmedizin muss konsequenter die Arbeitsweisen der modernen Geriatrie aufnehmen.
3. Flankierend dazu sind Weichenstellungen für eine nachhaltige Reform der Pflegeversicherung erforderlich. Insbesondere müssen die gesetzgeberischen Grundlagen für pflegevermeidende Altenhilfenstrukturen geschaffen werden. Zudem ist der für die Leistungsbemessung in der Pflegeversicherung maßgebliche Pflegebegriff bei ausgabenneutraler Beibehaltung des Grundsicherungscharakters der Pflegeversicherung stärker an dem tatsächlichen Pflegebedarf auszurichten. Das Leistungsspektrum der Pflegeversicherung muss Anreize zur Inanspruchnahme häuslicher Pflege geben.

I Entwurf eines Pflegekorrekturgesetzes (PKG)

Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den sogenannten krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen hat nach Auffassung der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen eine Problematik zufriedenstellend gelöst, die dadurch entstanden ist, dass in der Pflegeversicherung kraft Gesetz der Hilfebedarf bei den von der Krankenversicherung im Rahmen der Behandlungspflege nach § 37 SGB V finanzierten Leistungen nicht berücksichtigt wird, wenn die pflegenden Angehörigen diese Leistungen selbst ausführen, andererseits aber in der Krankenversicherung kein Leistungsanspruch besteht, wenn ein im Haushalt lebender Angehöriger diese Leistung erbringt (§ 37 Abs. 3 SGB V). Insbesondere die Eltern von schwerstkranken Kindern (z. B. krebskranke Kinder), aber auch die Angehörigen von AIDS-Patienten und Krebskranken im Endstadium werden durch diese gesetzlichen Regelungen in beiden Versicherungssystemen von Leistungen ausgeschlossen. Diese Lücke hat das Bundessozialgericht inzwischen in gefestigter Rechtsprechung in Bezug auf sogenannte krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen systemgerecht geschlossen. Die Anwendung dieser Rechtsprechung ist in der vom Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung genehmigten neusten Fassung der Begutachtungsrichtlinien für die Feststellung von Pflegebedürftigkeit in einer praktikablen Weise beschrieben.

Die vorgeschlagene Änderung hätte vor allem zur Folge, dass in jedem Einzelfall die Leistungsfähigkeit und –bereitschaft der Familienangehörigen überprüft und als Grundlage der Feststellung von Pflegebedürftigkeit herangezogen werden müsste. Dies erforderte – auch bei gleich bleibendem oder innerhalb der Bandbreiten der Pflegestufen variierenden Hilfebedarf des Pflegebedürftigen – regelmäßige Überprüfungen der Leistungsfähigkeit der Angehörigen und ggf. Änderungen der Pflegestufen.

Konsequenterweise müsste mit dieser Änderung eine grundlegende Neuausrichtung der Feststellung von Pflegebedürftigkeit einhergehen, da von dem - durch die gefestigte BSG-Rechtsprechung als sachgerecht bestätigten - Grundsatz abgewichen würde, dass nur der individuelle Hilfebedarf des Versicherten und nicht die Leistungsfähigkeit der Pflegeperson

Maßstab für leistungsbegründende Feststellungen sein darf (vgl. zuletzt Urteil des BSG vom 21.2.2002 – B 3 P 12/01 R –). Eine solche Neuausrichtung wäre schon aus Gründen der Gleichbehandlung nicht auf den Personenkreis mit krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen zu begrenzen. Vielmehr wäre auch für andere Personengruppen bei der Feststellung des notwendigen zeitlichen Hilfebedarfs für die Verrichtungen nach § 14 Abs. 4 SGB XI die z. B. aufgrund ihres eigenen Gesundheitszustandes oder Alters durch die Pflegekassen tatsächlich benötigte, individuelle Pflegezeit heranzuziehen. Dieses Kriterium wäre gutachterlich kaum objektivierbar und würde zu neuen Unklarheiten führen.

Diese Hinweise zeigen, dass punktuelle Veränderungen nicht sinnvoll sind, sondern ein Gesamtkonzept zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung erforderlich ist. Dieses sollte im Rahmen von gesetzgeberischen Maßnahmen realisiert werden, die die Zukunftsfähigkeit der Pflegeversicherung gewährleisten und zugleich die Abgrenzung dieses Versicherungszweiges von anderen Sozialleistungssystemen sicherstellen (vgl. dazu auch III). Nach unserer Auffassung muss eine solche Weiterentwicklung auch die Stärkung der häuslichen Pflege als wesentliches Ziel beinhalten. Mit der Realisierung des Pflege-Korrekturgesetzes würde dieses Ziel nicht erreicht.

II Anträge zur Verbesserung der Situation dementer Menschen

Die Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen sehen in der Zunahme der hochaltrigen Bevölkerungsgruppen und der hiermit verbundenen Prävalenzsteigerung der Demenzerkrankungen eine große Herausforderung für die medizinische und pflegerische, aber auch soziale Versorgung in Deutschland. Dies haben wir bereits in unserer Stellungnahme vom 13.05.2003 zur Anhörung im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung zum damaligen Antrag der F.D.P-Fraktion „Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz“ deutlich gemacht. Demenzkranke und ihre betreuenden Angehörigen sind oft großen Belastungen ausgesetzt und aus verschiedenen Gründen me-

dizinisch und psychosozial sehr vulnerabel. Sie verdienen daher aus gesamtgesellschaftlicher Perspektive besondere Unterstützung und Schutzwürdigkeit.

Auch in gesundheitsökonomischer Perspektive sind die Demenzerkrankungen hoch relevant. Krankheits- und Pflegekosten gemeinsam machen die Demenz zu einer der kostenintensivsten chronischen Erkrankungen überhaupt. Eine Analyse von Leistungsdaten für fast 70.000 Versicherte der AOK Bayern für das Jahr 2000 zeigte, dass Demenzkranke im Vergleich mit gleichaltrigen Versicherten ohne Demenzdiagnose in allen Altersgruppen

- erheblich mehr an ambulanten Arztkontakten pro Jahr haben (41 vs. 25),
- dabei pro Jahr fast doppelt so hohe Kosten für ambulante ärztliche Leistungen verursachen (902 € vs. 555 €)
- pro Jahr fast doppelt so häufige Krankenhausaufenthalte haben (0,6 pro Versicherter vs. 0,27),
- insgesamt pro Jahr im Durchschnitt mehr als die doppelten stationären Behandlungskosten verursachen (1824 € vs. 881 €) und
- fast das Doppelte an Arzneikosten aufweisen (835 € vs. 460 €)

Versorgungsprobleme

Trotz dieser erhöhten Aufwände für die medizinische Versorgung besteht allerdings in der Realität ein komplexes und bedingtes Nebeneinander von medizinischer Unter-, Über- und Fehlversorgung. Wichtige Probleme ergeben sich z. B. daraus, dass Akutkrankenhäuser den spezifischen Versorgungsbedarfen hochaltriger, kognitiv eingeschränkter und multimorbider Patienten oftmals nur unzureichend gerecht werden können. In Bezug auf die Früherkennung und Behandlung demenzkranker Menschen im ambulanten Bereich existieren Hinwei-

se, dass die Demenzerkrankung teilweise überhaupt nicht diagnostiziert wird. So zeigt eine jüngere Studie im Landkreis Saarlouis (Kirchen-Peters, 2000) auf, dass bei einem erheblichen Anteil offenkundig dementer Klienten von ambulanten Pflegediensten (51,5 %) und bei Heimbewohnern (27,7 %) niemals eine explizite „Demenzdiagnose“ von behandelnden Ärzten gestellt wurde. Zumindest teilweise ist hierfür der immer wieder angeführte „therapeutische Nihilismus“ von Angehörigen der Gesundheitsberufe in Hinsicht auf die Demenz verantwortlich zu machen, teilweise auch ein am Defizitmodell des Alters orientiertes Stereotyp, nach dem das Nachlassen geistiger Kräfte schicksalhaft ist und eine Art natürliche Alterserscheinung darstellt.

Weitere Untersuchungen (z. B. IMS Health, 2002) geben Hinweise auf mangelnde diagnostische Kompetenz im ambulanten Versorgungsbereich, indem sie zeigen, dass die unspezifische Diagnose „Demenz ohne nähere Angabe“ weitaus am häufigsten ist und die Demenz vom Alzheimer-Typ, obwohl nach epidemiologischen Untersuchungen in mehr als 60 % der Fälle Ursache des geistigen Abbaus, nur in etwas mehr als einem Viertel der Fälle gestellt wird. Hier deutet sich ein enormer Qualifizierungsbedarf an, wobei die Diagnostik im Bereich der verstärkt geforderten Früherkennung, wo die kognitiven Störungen noch geringgradig ausgeprägt sind, noch höhere Anforderungen stellt als in weiter fortgeschrittenen Stadien der Erkrankung.

Im Bereich der Therapie gibt unter anderem der Arzneiverordnungsreport 2002 Hinweise darauf, dass trotz insgesamt rückläufiger Verordnungshäufigkeit im Bereich der Demenztherapie eingesetzten Medikamente mit Gesamtkosten von 223 Millionen Euro immer noch in fast 90 % der Fälle Präparate eingesetzt werden, für die bislang Wirksamkeitsnachweise auf dem zu forderndem Niveau hochwertiger Studien fehlen.

Erprobung ganzheitlicher Versorgungskonzepte bei Demenz

Wir sind der Auffassung, dass in gemeinsamer Anstrengung von Politik, Gesundheitsberufen, Kommunen und Leistungsträgern für die Probleme angemessene Lösungsstrategien und ganzheitliche Versorgungskonzepte entwickelt werden müssen, die wirksam, finanzierbar und zugleich alltagstauglich sind.

Bedauerlicherweise existieren aber aufgrund eines krassen Mangels an qualifizierter Versorgungsforschung bisher keine wissenschaftlich ausreichend fundierten Studien, die belegen könnten, dass die kombinierte medikamentöse und nicht-medikamentöse Behandlung „das weitere Fortschreiten der Krankheit deutlich hinauszögern“ können. Während die geringen, aber von vielen Experten als klinisch bedeutsam eingeschätzten Effekte einer Demenztherapie mit Cholinesterase-Hemmern und Memantine bei Alzheimerkranken als Ergebnis einer evidenzbasierten Therapie angesehen werden können, mit der durchschnittliche Verzögerungseffekte von sechs bis neun Monaten (evtl. sogar länger) erzielt werden können, fehlen für viele Versorgungsfragen noch die erforderlichen wissenschaftlich fundierten Antworten.

So etwa ist der Stellenwert nicht-medikamentöser Maßnahmen im Rahmen eines ganzheitlichen Versorgungskonzeptes für Demenzkranke für Deutschland bislang nicht mittels methodisch guter Studien geklärt. Hierzu gehören etwa Fragen, ob durch Angehörigengruppen, psychisch und kognitiv aktivierende Maßnahmen oder die Unterstützung Demenzkranker und ihrer Familien durch Case- oder Care-Management der Krankheitsverlauf und ein möglicher Umzug ins Pflegeheim wirksam verzögert werden können. Insbesondere aber zur Frage der Kombination medikamentöser und nicht-medikamentöser Behandlungsstrategien und ihrer jeweiligen Wirkungsstärke in einem Bündel von Maßnahmen liegen bisher leider weder national noch international systematische Forschungsergebnisse auf ausreichendem Niveau vor (s. Haupt im Weißbuch Demenz, 2002).

Daher könnte ein Ansatzpunkt für gemeinsame Initiativen von Politik, Gesundheitsberufen, Forschung und Kostenträgern sein, in sorgfältig evaluierten Modellvorhaben und mit Priorität zu fördernden Vorhaben der Versorgungsforschung diese dringend zu beantwortenden Fragen für das deutsche Versorgungssystem klären zu helfen. Nur dies hilft den Entscheidungsträgern in der Gesundheits- und Sozialpolitik, in Zeiten knapper Ressourcen Entscheidungen über veränderte oder neue Versorgungsstrukturen und –leistungen oder Vergütungsanreize auf rationaler Basis zu treffen.

Geriatrisch qualifizierte Hausarztmedizin

Es wird nur gelingen, die Auswirkungen des demographischen Wandels medizinisch und pflegerisch beherrschbar zu machen, wenn die Hausarztmedizin in Deutschland konsequenter die Arbeitsweisen der modernen Geriatrie aufnimmt. Zentrale Bedeutung hat dabei das geriatrische Assessment, bei dem – teilweise mit Unterstützung kurzer standardisierter Testverfahren – systematisch die körperlichen, funktionellen, psychischen, kognitiven und sozialen Probleme und Ressourcen des alten Patienten erfasst werden. Darauf aufbauend werden in gemeinsamer Prioritätensetzung mit dem Patienten und seinen Angehörigen eventuell weiter gehende spezialärztliche Leistungen bestimmt. Die Früherkennung eines Demenzsyndroms wie generell die Früherkennung alterstypischer Gesundheitsprobleme, auch mit Hilfe einfach handhabbarer geriatrischer Screening-Instrumente, müssen integraler Bestandteil einer „guten“ Hausarztmedizin für eine älter werdende Bevölkerung sein.

III Gesetzlicher Änderungsbedarf

Aus Sicht der Spitzenverbände der Kranken- und Pflegekassen müssen die geschilderten strukturellen Maßnahmen durch gesetzgeberisches Handeln ergänzt werden. Nach unserer Auffassung sollten sich diese Maßnahmen auf folgende zentrale Zielsetzungen konzentrieren:

- Die Finanzierung der Pflegeversicherung ist mit Blick auf die demographischen sowie die gesundheits- und altenpolitischen Herausforderungen zukunftsfähig auszurichten.
- Die Leistungsgerechtigkeit ist durch eine am Bedarf orientierte, ganzheitliche Pflege, durch flexiblere Leistungsgestaltung im Sinne eines modernen Leistungsverständnisses sowie mehr Transparenz zu verbessern. Die Leistungen müssen dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ entsprechend die häusliche Pflege stärken und Eigenverantwortung fördern.

Diese Zielsetzungen basieren darauf, dass auch zukünftig die Sicherstellung der Pflege eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe bleibt, die alle Beteiligten stärker als bisher einbeziehen muss, um auch die Rahmenbedingungen der Pflegeversicherung zu verbessern. So sind erhebliche berufspolitische Anstrengungen im Hinblick auf einen sich abzeichnenden Fachkräftemangel und einen weiter gehenden Ansatz der Berufsgruppen in der Pflege erforderlich (z. B. stärkere Verzahnung zwischen Kranken- und Altenpflege, verbesserte berufliche Qualifizierung in der geriatrischen Rehabilitation). Auch der Stärkung des bürgerschaftlichen Engagements in der Laienpflege und neue Formen der Nachbarschaftshilfe kommt angesichts der demographischen Entwicklung und der damit verbundenen Nachfrage finanzierbarer professioneller Pflege eine zentrale Rolle zu. Bereits heute leisten Menschen z. B. in Betreuungsgruppen für gerontopsychiatrisch veränderte Menschen, in Hospizdiensten und Selbsthilfegruppen bei der pflegerischen Versorgung beachtliche Unterstützung.

Dabei nimmt die soziale Betreuung von Pflegebedürftigen einen Schwerpunkt ein. Angesichts der sich verändernden Rahmenbedingungen sind verbesserte Anreize zur Stärkung des ehrenamtlichen Engagements zu schaffen.

Pflegevermeidende Altenhilfestrukturen

Mit dem Ziel der Vermeidung bzw. Verzögerung des Eintritts von Pflegebedürftigkeit ist der Stellenwert der Prävention zu verbessern. So ist unstrittig, dass die Umsetzung effizienter und effektiver Präventionsmaßnahmen das Auftreten gesundheitlicher Schäden und damit auch die Pflegebedürftigkeit verhindern oder verzögern können. Folgerichtig hat sich das von den Kassen mitgetragene „Deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung“ die Gesundheitsförderung für ältere Menschen und diesbezüglich u. a. die Entwicklung von Aktivitäten zur Milderung bzw. zum Hinauszögern altersbedingter Einbußen an körperlicher und geistiger Mobilität zum Ziel gesetzt. Zur Vermeidung und Verminderung der Pflegebedürftigkeit sind ferner die Angebote insbesondere der geriatrischen Rehabilitation weiter zu verbessern.

Darüber hinaus müssten die Länder und Kommunen, die für die Vorhaltung einer leistungsfähigen, zahlenmäßig ausreichenden und wirtschaftlich pflegerischen Versorgungsstruktur zuständig sind, dem Aufbau einer gemeindenahen Pflegeversorgungsstruktur verstärkt nachkommen. Neben dem damit verbundenen Mehr an Lebensqualität für den Einzelnen werden die gesellschaftliche Integration älterer Menschen und die häusliche Pflege gefördert und damit zugleich stationäre Pflege vermieden.

Erweiterung des Pflegebegriffs

Der für die Pflegeversicherung zurzeit maßgebende Begriff der Pflegebedürftigkeit grenzt durch seine Beschränkung auf die im Gesetz definierten Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft, wichtige Elemente des Pflege- und Betreuungsaufwandes (Behandlungspflege, soziale Betreuung einschl. Kommunikation und allgemeinem Beaufsichtigungsbedarf/Einschränkung der Alltagskompetenz) aus. Insoweit stimmt der Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht mit dem tatsächlichen Hilfebedarf der Betroffenen und dem derzeitigen Leistungsspektrum überein. Dies stößt bei den Betroffenen immer wieder auf Unverständnis und ist ein maßgeblicher Anknüpfungspunkt für die Kritik an der Ausgestaltung der Pflegeversicherung. Dies gilt auch aus Sicht der Pflegewissenschaft, die zunehmend für eine ganzheitliche Betrachtungsweise plädiert. Eine Neuausrichtung muss deshalb zum Ziel haben, den Leistungsinhalt – bei ausgabenneutraler Beibehaltung des Grundsicherungscharakters der Pflegeversicherung – stärker an dem tatsächlichen Pflegebedarf auszurichten. Eine Lösung dieser Problematik besteht darin, den derzeit eingegengten Pflegebegriff um die vorgenannten Bereiche zu ergänzen und sowohl die Einstufungskriterien als auch das Begutachtungsinstrumentarium entsprechend auszugestalten. Ein so erweiterter Pflegebegriff umfasst auch den Beaufsichtigungsbedarf bei Einschränkungen der Alltagskompetenz sowie die medizinische Behandlungspflege.

Stärkung der häuslichen Pflege

Die Pflegesachleistung erstreckt sich ausschließlich auf die im Gesetz genannten Verrichtungen des täglichen Lebens in den Bereichen Körperpflege, Ernährung, Mobilität und Hauswirtschaft. Der Pflege- und Betreuungsaufwand (Behandlungspflege, soziale Betreuung einschl. Kommunikations- und allgemeinem Beaufsichtigungsbedarf bei Einschränkungen der Alltagskompetenz) wird grundsätzlich ausgegrenzt. Entsprechend den Ausführungen zur Erweiterung des Pflegebegriffs müssen auch die Leistungen der Pflegeversicherung diese Bereiche umfassen. Dies entspricht dem ganzheitlichen Ansatz der Pflegeversicherung und schafft im Zusammenhang mit einer Anpassung (Dynamisierung) oder Neujustierung der Leistungsbeträge zugunsten der häuslichen Pflege ordnungspolitische Anreize für die wirtschaftlichere ambulante Pflege. Das trägt insbesondere dem Grundsatz ambulant vor stationär Rechnung. Zugleich trägt es dazu bei, kostenträchtige stationäre Pflege zu vermeiden. Des Weiteren erleichtert diese Weichenstellung die Etablierung personenbezogener Budgets.