

Spitzenverbände der Krankenkassen

- AOK-Bundesverband, Bonn
 - Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
 - Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch Gladbach
 - Seekrankenkasse, Hamburg
 - Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
 - Bundesknappschaft, Bochum
 - Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
 - AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg
-

Bonn, 22. Oktober 2003

**(13) Ausschuss für Gesundheit
und Soziale Sicherung
Ausschussdrucksache
0129
vom 28.04.03

15. Wahlperiode**

Gemeinsame Stellungnahme

Antrag der FDP „Für ein Gesamtkonzept zur Verbesserung der Früherkennung und Behandlung von Demenz“ – Anhörung im Ausschuss für Gesundheit und Soziale Sicherung am 07.05.2003 in Berlin

Die nachfolgende Stellungnahme ist in einen allgemeinen und einen speziellen Teil gegliedert, wobei im Letzteren auf die erhobenen Forderungen des Abschnitts II. des Antrages der FDP eingegangen werden soll.

I. Allgemeiner Teil

Die Bedeutung des Demenzproblems

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen sehen wie die Antragsteller 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.

Demenzkranke und ihre betreuenden Angehörigen sind oft großen Belastungen ausgesetzt und aus verschiedenen Gründen medizinisch 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 kosteninten-

sivsten chronischen Erkrankungen überhaupt. Eine aktuelle Analyse von Leistungsdaten für fast 70.000 Versicherte der AOK Bayern für das Jahr 2000 zeigt, 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 komplex bedingtes Nebeneinander von medizinischer Unter-, Über- und Fehlversorgung. Leider adressiert der vorliegende Antrag der FDP bestimmte, in der Praxis sehr wichtige Probleme der medizinischen Versorgung von Demenzkranken, nicht. Dazu gehört die Versorgung Demenzkranker in Akutkrankenhäusern, die den spezifischen Versorgungsbedarfen hochaltriger, kognitiv eingeschränkter und multimorbider Patienten oftmals nur unzureichend gerecht werden können. Nachfolgend sollen ausgewählte Probleme in Bezug zu den im Focus stehenden Bereichen Früherkennung und Behandlung im ambulanten Bereich exemplarisch angesprochen werden:

Im Bereich der Diagnostik existieren Hinweise, dass die Demenzerkrankung teilweise überhaupt nicht diagnostiziert wird, wie eine jüngere Studie im Landkreis Saarlouis (Kirchen-Peters, 2000) zeigen konnte. Hier wurde 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. 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, nachdem 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 aktuelle Arzneiverordnungsreport (2002) Hinweise darauf, dass trotz insgesamt rückläufiger Verordnungshäufigkeit im Bereich der zur 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

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sind der Auffassung, dass in gemeinsamer Anstrengung von Politik, Gesundheitsberufen und Kostenträgern 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 die unter Punkt I.2. aufgeführte Behauptung des vorliegenden Antrages belegen können, 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 immer 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, physisch 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.

Aufgabenteilung von Haus- und Fachärzten

Der Vorschlag des Antrages im Teil I.2 zur Aufgabenteilung zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung, bei der der Hausarzt lediglich den Demenzverdacht erhebt und der Facharzt die weiterführende Diagnostik und Behandlung durchführt, wird als ungeeignet betrachtet. Die ärztliche Begleitung des Demenzkranken vom Zeitpunkt der Diagnosestellung bis hinein in das weit fortgeschrittene Krankheitsstadium – unabhängig davon, ob der Patient zuhause oder später im Pflegeheim versorgt wird – muss aus bevölkerungsmedizinischer Sicht Aufgabe des (hierfür qualifizierten) Hausarztes sein. An kritischen Versorgungspunkten, was im Einzelfall durchaus die Erstdiagnostik sein kann, und bei fachlich schwierigen Fragen sollte der Facharzt hinzugezogen werden, was jedoch bei vielen Patienten nicht notwendig sein dürfte. Hier gilt es, einer Überversorgung durch eine regelhaft einbezogene, aber medizinisch unangemessen hohe Versorgungsstufe (Facharzt) entgegen zu wirken. Zudem sind die zumeist hochaltrigen Demenzpatienten im Regelfall multimorbide, weisen also weitere chronische Erkrankungen, Gesundheitsprobleme und oft auch geriatrische Syndrome wie Sturzgefährdung, Inkontinenz, Immobilität etc. auf. Insofern muss nach Auffas-

sung der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenversicherung die Früherkennung und das ärztliche Versorgungsmanagement der Demenz eingebetteter Bestandteil einer geriatrisch qualifizierten Hausarztmedizin sein. Diese muss zwar punktuell durch fachärztliche Kompetenz unterstützt werden, sollte aber durch Vermeidung unnötiger Schnittstellen durch zuviele Behandler einer Fragmentierung von Versorgung entgegenwirken.

Geriatrisch qualifizierte Hausarztmedizin

Es wird nur gelingen, die Auswirkungen des demographischen Wandels medizinisch und pflegerisch beherrschbar zu machen, wenn die Hausarztmedizin in Deutschland künftig noch 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 evtl. betreuenden Angehörigen Behandlungsziele formuliert und verfolgt sowie der Bedarf evtl. weitergehender spezialärztlicher 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.

II. Spezieller Teil

1. Intensivierung der Versorgungs- und Ursachenforschung auf dem Gebiet der Demenzerkrankungen

Diese Forderung wird von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen unterstützt. Bei der gegenüber der Grundlagenforschung deutlich aufzuwertenden Versorgungsforschung, die aus steuerfinanzierten Mitteln künftig einen erheblich größeren Umfang als heute annehmen muss, sollte in Hinblick auf die Demenzproblematik ein Schwerpunkt auf Fragen nach der Wertigkeit von nicht-medikamentösen Behandlungs- und Versorgungsformen und Kombinationen medikamentöser mit nicht-medikamentösen Strategien gelegt werden.

2. Untersuchung vorhandener Behandlungsansätze und Förderung der Entwicklung von Methoden zur Verhinderung bzw. zum Hinauszögern von Demenzerkrankungen

Diese Forderung wird in Verbindung mit der vorhergehenden Aussage ebenfalls ohne Einschränkung unterstützt. Die Suche nach Heilungsmöglichkeiten und Verfahren zur Verhinderung der Demenzerkrankungen darf allerdings nicht dazu führen, das den schon heute drängenden Versorgungsfragen und der Suche nach effektiven Managementstrategien in der Versorgung und Unterstützung Demenzkranker und ihrer Familien nicht genügend Aufmerksamkeit gewidmet wird. Die aktuelle Prioritätensetzung in der öffentlichen Forschungsförderung bei der Demenz (z.B. im BMBF-geförderten Kompetenznetzwerk Demenz) unterstreicht deutlich diese Gefahr der Vernachlässigung versorgungsrelevanter Forschungsfragen.

3. Aufbau, Etablierung und Finanzierung eines flächendeckenden und qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms
-

4. Übernahme der Kosten für validierte Früherkennungsuntersuchungen

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen sehen die wissenschaftlichen Grundlagen zur Durchführung von flächendeckenden „Demenzscreenings“ als völlig unzureichend an. Derzeit fördert das BMBF im Rahmen des Kompetenznetzwerkes Demenz eine mehrjährige Studie im hausärztlichen Versorgungsbereich, mit der für ein systematisches Screening wichtige Grundlagenfragen beantwortet werden sollen, etwa die Frage, bei welchen älteren Patienten mit Gedächtnisstörungen und kognitiven Leistungseinbußen sich später eine De-

menz entwickelt. Für die Durchführung aller diagnostischen Schritte zur Abklärung eines Demenzverdacht – auch im Sinne einer Früherkennung – können heute schon von Haus- und Fachärzten alle erforderlichen Leistungen erbracht oder veranlasst werden, selbst die (wenigen validierten) kurzen Testverfahren zur Früherkennung des Demenzsyndroms könnten heute unter bestimmten EBM-Ziffern abgerechnet werden.

Im aktuell mit der KBV diskutierten Vorschlag der Krankenkassen zur Reform der EBM sind im hausärztlichen Bereich mit der „Klinisch-Neurologischen Basisdiagnostik“ und der „Orientierende Erhebung des psychopathologischen Status“ zwei Komplexleistungen enthalten, mit denen auch künftig die notwendigen Untersuchungen im Rahmen einer Demenzdiagnostik unter Einschluss standardisierter Kurztestverfahren durchgeführt werden können.

Insgesamt steht für die Spitzenverbände aber der klar belegbare und enorme ärztliche Qualifizierungsbedarf im Bereich der Demenzdiagnostik ganz im Vordergrund. Die Einführung neuer und nicht unter dem Budget gedeckelter Leistungen ist nicht die primär zielführende Strategie zu Behebung dieser Mängel, sondern die diesbezügliche Optimierung des medizinischen Aus-, Weiter- und Fortbildungssystems muss zunächst im Focus stehen.

5. Unterstützung und Förderung nichtmedikamentöser Behandlungsmaßnahmen für Demenzkranke auch im Frühstadium

Sofern Wirksamkeit und Nutzen solcher Maßnahmen durch hochwertige, auf das deutsche Versorgungssystem übertragbare Studienergebnisse belegt werden können, ist durch die Politik und auf den üblichen Verfahrenswegen in den Gremien der Selbstverwaltung über die Aufnahme in den Leistungsumfang der gesetzlichen Kranken- oder Pflegeversicherung zu entscheiden.

6. Weiterentwicklung der Rehabilitation für Demenzkranke mit dem Ziel einer Verbesserung des selbständigen Handelns

Dies wird im Sinne des zuvor bereits Ausgeführten nur insoweit unterstützt, als Weiterentwicklung hier bedeutet, dass in Forschungsprojekten und Modellvorhaben erprobt wird, ob einzelne oder als plangesteuerte Rehabilitation zu Komplexmaßnahmen zusammengefasste Therapien wirksam sind. Bislang ist die Evidenzlage zur Wirksamkeit von Rehabilitationsmaßnahmen bei Demenz sehr schwach. Wirksamkeit in diesem Bereich muss an harten Endpunkten geprüft werden wie der erreichten Zeitverzögerung beim Umzug ins Pflegeheim, die messbare Entlastung pflegender Angehöriger, die Besserung von begleitenden Verhaltensstörungen des Demenzkranken oder dem objektiven Maß seiner Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung.

7. Herstellung eines Konsenses über einen evidenzbasierten Behandlungskorridor für eine Diagnosekette zur Sicherung einer qualitätsgesicherten Demenz-Früherkennung und –Behandlung

Diese Forderung nach systematischer Aufarbeitung der Evidenzlage und Verwendung der Ergebnisse für diagnostische und therapeutische Empfehlungen (z.B. in Form einer Leitlinie) wird unterstützt.

8. Verbesserung der Ausbildung im gerontopsychiatrischen Bereich und Entwicklung entsprechender Fort- und Weiterbildungsangebote für Hausärzte und auf Demenzdiagnose und –behandlung spezialisierte Fachärzte

Diese Forderung wird ohne jede Einschränkung unterstützt.

9. Sicherstellung einer größtmöglichen Selbstbestimmung der betroffenen Person vor dem Hintergrund umfassender Informationen über die Krankheit

Dieser Grundsatz einer humanistisch geprägten Patientenversorgung wird von den Spitzenverbänden der Kranken- und Pflegekassen ungeteilt akzeptiert.

10. Schaffung einer engen Verzahnung und Kooperation zwischen den einzelnen Versorgungsbereichen einschließlich der Pflegeeinrichtungen, in denen Demenzkranke behandelt werden

Auch dieses Ziel einer besser koordinierten und vernetzten Versorgung von Demenzkranken über Sektorengrenzen hinweg wird geteilt, wobei die effektivsten Wege eines vernetzten Versorgungsmanagements – ohne die zentrale Rolle des Hausarztes hierbei in Frage zu stellen – noch in Modellen von strukturierten Versorgungsprogrammen erprobt werden müssen.

11. Finanzierung der ärztlichen Leistungen außerhalb der gedeckelten Gesamtvergütung und Herausnahme der für Vorsorge und Therapie von Demenzerkrankungen benötigten Arzneimittel aus den Richtgrößenvereinbarungen

Wie bereits erwähnt, ist nach Auffassung der Spitzenverbände die Früherkennung alterstypischer Gesundheitsprobleme integraler Bestandteil einer guten haus- und fachärztlichen Medizin und findet seine Entsprechung in den bestehenden und künftigen Vergütungssystemen. Insofern kann extrabudgetäre Vergütung für die Leistungen, die im Rahmen der primären Demenzdiagnostik bei im Durchschnitt 15 Demenzkranken aller Stadien pro Hausarztpraxis (GKV) einmalig erforderlich sind (Anamnese, evtl. Fremdanamnese, Objektivierung kognitiver Leistungseinbußen mittels Kurztest, körperliche Untersuchung, Laborleistungen, evtl. bildgebende Verfahren) nicht die anzustrebende Regellösung sein. Vordringlich sind die diagnostischen Qualifikationsprobleme anzugehen.

Die Herausnahme bestimmter, mit durchschnittlich etwa 5 € Tagestherapiekosten verbundener Antidementiva aus den Richtgrößenvereinbarungen entspricht einer bekannten Forderung der betroffenen Pharmahersteller und großer Teile der von diesen Herstellern gesponsorten Lobbyisten in Sachen Demenz. Jede Herausnahme einzelner Präparategruppen aus der Richtgrößenprüfung schwächt aber das Instrument der Wirtschaftlichkeitsprüfung insgesamt, dessen Notwendigkeit in medizinischer und ökonomischer Sicht für die Spitzenverbände außer Frage steht. Daher wird die Forderung abgelehnt.

Der immer wieder erhobenen Kritik, diese gering, aber bewiesenermaßen wirksamen Antidementiva vom Typ der Cholinesterase-Hemmer könnten aus Budgetgründen nicht in ausreichendem Umfang verordnet werden, ist darüber hinaus mit dem Verweis auf die bereits erwähnten Rationalisierungsreserven von nahezu 140 Millionen Euro im Bereich der Verordnung von Nootropika und Antidementiva zu begegnen.
