

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V.



DGGPP, Prof. Dr. H. Gutzmann, KH Hedwigshöhe, Höhensteig 1, 12526 Berlin

An den Präsident des
Bundesversicherungsamtes
Herrn Dr. Daubenbüchel
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn

Prof. Dr. med. H. Gutzmann
Krankenhaus Hedwigshöhe
Höhensteig 1
12526 Berlin
Tel. 030-67 41 3000
gutzmann@dggpp.de

Präsident

Vorstand

PD Dr. med. M. Haupt
Düsseldorf
Vizepräsident

R. Kortus
Winnenden
Schatzmeister

Dr. med. D. K. Wolter
Haugesund
Schriftführer

Prof. Dr. med. G. Adler
Mannheim

Dr. med. L. M. Drach
Schwerin

PD Dr. med. W. Hewer
Rottweil

Dr. med. Klaus Nißle
Kaufbeuren

Dr. med. J. Tenter
Ravensburg-Weissenau

Wissenschaftl. Beirat

Prof. Dr. med. H. Förstl
München

Prof. Dr. med. G. Heuft
Münster

Prof. Dr. med. S. Kanowski
Berlin

Prof. Dr. med. H.-J. Möller
München

Prof. Dr. med. H. Radebold
Kassel

Geschäftsstelle

DGGPP e.V.
Postfach 1366
51657 Wiehl
Tel.: 02262/797683
Fax: 02262/999 9916
GS@dggpp.de

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und
Ärztbank Saarbrücken
BLZ 590 906 26
Kto.-Nr. 000 362 63 77

Berlin, den 20. Februar 2008

Sehr geehrter Herr Präsident Dr. Daubenbüchel,

das Gutachten des Wissenschaftlichen Beirats zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs beim Bundesversicherungsamt ist am 10. Januar 2008 veröffentlicht worden. Der Beirat empfiehlt 80 Krankheiten, die im weiterentwickelten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) ab 2009 gesondert berücksichtigt werden sollen. Ausgewählt wurden sowohl seltene Krankheiten mit hohen Versorgungsaufwendungen (z.B. Hämophilie), als auch verbreitete Volkskrankheiten (z.B. Herzinsuffizienz). Es fehlt jedoch eine Erkrankung, die das Gesundheits- und Sozialwesen bereits heute erheblich belastet, die aber in Zukunft unsere solidarisch finanzierten Versorgungsstrukturen vor bisher nicht erlebte Herausforderungen stellt: die Demenz.

Damit bildet das Gutachten wohl die Vorgaben des Gesetzgebers und die sektorale deutsche Versorgungswirklichkeit ab. Es berücksichtigt jedoch in keiner Weise die absehbare Entwicklung und sicher nicht den schon heute erreichten internationalen Konsens der medizinischen Versorgung von Demenzkranken, der eine frühzeitige Diagnose und eine umfassende medikamentöse (Antidementiva) und nichtmedikamentöse Behandlung als zwingend für eine Verlangsamung der Krankheitsentwicklung annimmt.

Der Vierte Bericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2002 zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger - unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen stellte bereits vor 6 Jahren zur grundsätzlichen Situation der Therapie der Demenzen fest:

„Eine „Heilung“ der Demenz ist derzeit nicht möglich. Die therapeutischen Möglichkeiten erlauben eine Verlaufsverzögerung von sechs bis zwölf Monaten. Am besten belegt ist die Wirkung der Medikamente (Antidementiva).“ Eine Vielzahl neuer Studien bestätigen diese Aussage, wobei angemerkt werden kann, dass auch nichtmedikamentöse Interventionen zunehmend besser wissenschaftlich evaluiert wurden.

Dass intelligente Strukturen, die eine frühzeitige Diagnose und umfassende Versorgung mit den heute zur Verfügung stehenden pflegerischen, sozialtherapeutischen und pharmakologischen Maßnahmen sichern, den längeren Verbleib in der gewohnten Häuslichkeit ermöglichen und damit Kosten sparen, zeigt das in Kaufbeuren erfolgreich umgesetzte Projekt „Blaue Blume“. In der Region wurde eine wohnortnahe inte-grierte Versorgung für gerontopsychiatrische Patienten installiert, die allein über die Vermeidung von Krankenhauseinweisungen zu beträchtlichen Einsparungen führt (Valdes-Straube et al., 2007).

Die Alltagserfahrungen von Angehörigen, Ärzten und professionell Pflegenden zeigen jedoch, dass solche Möglichkeiten bislang nur in Modellprojekten realisiert werden. Die immer wieder geforderte und aus vielfachen Gründen sinnvolle flächendeckende Umsetzung im Versorgungsalltag steht noch aus. Die Gründe für diese Defizite in der ambulanten Versorgung sind schon lange bekannt. So stellt der vierte Bericht der Bundesregierung aus dem Jahr 2002 zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (BMFSFJ, 2002) dazu fest: **„Durch die Trennung von Kranken- und Pflegeversicherung fallen die Ersparnisse jedoch nicht in dem Bereich an, in dem die Ausgaben getätigt werden. Hieraus erklärt sich die gelegentlich offen verbalisierte, mangelnde Bereitschaft von Kostenträgern, entstehende Behandlungskosten zu übernehmen.“**

Im Klartext bedeutet diese sehr zurückhaltende Formulierung, dass die Krankenkasse wenig Interesse daran haben kann, Therapien zu bezahlen, deren Einsparungen der Pflegekasse zugute kommen. Die Auswirkungen dieser politisch gewollten Trennung auf das ärztliche Handeln werden seit längerem von Melchinger untersucht und in seiner neuesten Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt (Melchinger 2007) anschaulich beschrieben:

„Am Beispiel der Demenzen springt die volkswirtschaftliche „Blödsinnigkeit der sektorsierten Systeme“ (Prof. Dr. Gerd Glaeske, Universität Bremen) in der Versorgung ins Auge: Eine adäquate und frühzeitige medikamentöse Therapie verringert die Gesamtkosten der Demenzerkrankung. Für die gesetzliche Krankenversicherung ist es jedoch von Vorteil, wenn der Arzt keine Antidementiva einsetzt. Wird nicht therapiert, kommt es aber zu höheren Ausgaben für die Pflegeversicherung und die Sozialhilfe. Wird die Heimunterbringung eines Demenzpatienten erforderlich, weil eine häusliche Pflege nicht mehr möglich ist, entstehen für die Pflegeversicherung (bei angenommener Pflegestufe zwei) monatliche Kosten in Höhe von 1300 Euro und für den Sozialhilfeträger monatliche Kosten in Höhe von rund 1000 Euro (Daten aus der Region Hannover). Wird die Heimunterbringung um nur einen Monat verzögert, könnte man also 2300 Euro sparen. Dieser Betrag würde ausreichen, um bei sechs Patienten einen Behandlungsversuch über drei Monate zu unternehmen.“

Dieses Beispiel verdeutlicht erneut die immer drängendere Notwendigkeit, Behandlung und Pflege von Demenzkranken aus einem „Topf“ zu finanzieren. Solange die Demenzen nur als Pflegeproblem betrachtet werden, sind die Chancen, die eine frühzeitige ärztliche Diagnostik und Behandlung bieten, nicht im Fokus des Systems.

“Für die Krankenkassen sind die Demenzen kein großer Kostenfaktor“, so der Vorstand einer großen Krankenkasse. Vor dem geschilderten Hintergrund überrascht dies nicht und erklärt, warum die Demenzen für die GKV nicht zu den teuren Krankheiten gehören und nicht im Vorschlag der Gutachter zu finden sind. Der Vorschlag der Gutachter ist also systemimmanent folgerichtig, er birgt allerdings für die Solidargemeinschaft der Versicherten der Kranken- und Pflegekassen ein

absehbar hohes Risiko und ist für Demenzkranke und ihre Angehörigen demotivierend. Wenn die Motivation der Pflegenden allerdings nachlässt, so ist dies ein zusätzlicher Risikofaktor für unsere sozialen Sicherungssysteme, die implizit eben auf diese kostensparende Motivation bauen.

Sollten die Demenzen nicht im Morbi-RSA abgebildet werden, so ist zu erwarten, dass sich die Situation der aus der GKV finanzierten Leistungen für Demenzkranke, insbesondere im ärztlichen Bereich, weiter verschlechtern wird. Denn so Dr. Herbert Reichelt von der AOK: **„Damit bleibt es dabei, dass einzelne Krankenkassen sehr genau zwischen “guten“ und “schlechten“ Risiken unterscheiden – ja sogar unterscheiden müssen, um im Wettbewerb im Zeichen des Zusatzbeitrages bestehen zu können.“**

Sehr geehrter Herr Präsident, das BVA hat es mit seiner Entscheidung über die Aufnahme der Demenzen in die Liste der Krankheiten für den Morbi-RSA in der Hand, die Chancen, die eine umfassende medizinische Behandlung nicht nur für die Demenzkranken, sondern auch für die sie pflegenden Angehörigen und unser Gesundheits- und Sozialwesen, zu verbessern oder weiter zu verschlechtern.

Wir möchten Sie deshalb hiermit recht herzlich bitten, die Demenzen aufzunehmen.

Sollten Sie die zitierte Literatur benötigen oder weitere Fragen haben, so stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. med. Hans Gutzmann
Präsident der DGGPP e.V.

**CC: Spitzenverbände der Krankenkassen
Ministerin U. Schmidt**