

Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland – Eine kritische Würdigung der vorliegenden Studien

Medical care in nursing homes in Germany – A critical review of actual studies

Hendrik van den Bussche¹, Siegfried Weyerer², Martina Schäufele², Norbert Lübke³, Sandie-Christine Schröfel⁴, Stefan Dietsche⁴

Zusammenfassung: In Deutschland leben über 700.000 Menschen in Heimen. Epidemiologische Studien bei Heimbewohnern weisen auf eine hohe Multimorbidität somatischer und psychischer Erkrankungen hin. Zielsetzung der Arbeit ist die Prüfung der Frage, ob Heimbewohner nach Art, Umfang und Qualität ärztlich gut versorgt werden. Zur Beantwortung dieser Frage wurden sechs größere Studien herangezogen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Versorgung fast ausschließlich in den Händen der Hausärzte liegt. In quantitativer und qualitativer Hinsicht weisen die Studien auf eine gute bis ausreichende hausärztliche Versorgung hin. Dennoch gibt es Hinweise auf regionale Defizite und Qualitätsprobleme. Abgesehen von der nervenärztlichen Versorgung findet eine regelhafte gebietsärztliche Versorgung kaum statt. Die methodischen Mängel der Studien werden aufgezeigt.

Schlüsselwörter: Ärztliche Versorgung, Hausärztliche Versorgung, Pflegeheime

Abstract: In Germany, over 700.000 people live in nursing homes. This population shows a high degree of somatic and psychiatric multimorbidity. The objective of this paper is to find out if the volume and the quality of the medical services for this population are adequate. The paper is based on the six larger studies on the topic. The results show that medical care for residents is almost solely the task of the general practitioner. Apart from some regional disparities and a few quality problems, the GP-services seem to be adequate in quantity and quality. Apart from neurology and psychiatry, specialist services are hardly present in German nursing homes. The methodological limitations of the studies are analysed.

Keywords: nursing homes, family medicine, primary care

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

² Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

³ Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord

⁴ eqs-Institut, Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung mbH Hamburg

Problemstellung

In Deutschland leben 709.000 Menschen in Pflegeheimen (Stand: Dezember 2007; Statistisches Bundesamt 2008). Von diesen erhalten 35,7 % Leistungen nach Pflegestufe I, 42,3 % nach Pflegestufe II und 20,5 % nach Pflegestufe III; bei 1,5 % liegt keine Zuordnung zu einer Pflegestufe vor [1]. Morbiditätsuntersuchungen charakterisieren die Heimbewohner als eine durchweg multimorbide Population, die in der Regel mehrere somatische und psychische Probleme aufweist und insbesondere unter typisch geriatrischen Syndromen wie Demenz, Bewegungseinschränkungen und Inkontinenz leidet (vgl. unten). Zielsetzung der Arbeit ist die Prüfung der Frage, ob die Heimbewohner nach Art, Umfang und Qualität ärztlich gut versorgt werden.

Datenbasis

Vorweg sei betont, dass sich die Frage nach der Datenbasis nur beschränkt beantworten lässt, da es nur wenige Studien zu diesem Themenkomplex gibt, zudem weisen einige Studien erhebliche methodische Probleme auf. Darüber hinaus lassen sich die Einzelstudien nur begrenzt untereinander vergleichen. Insofern müssen die Aussagen in dieser Arbeit mit einiger Vorsicht interpretiert werden. Die folgenden Untersuchungen wurden einbezogen:

SÄVIP-Studie

Im Jahr 2005 wurde eine umfangreiche Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen von Johannes Hallauer et al. unter dem Kürzel SÄVIP-Studie veröffentlicht [2]. Die Studie beruht auf postalisch erhobenen Angaben der Pflegedienstleitungen (im Folgenden: PDL). Angeschrieben wurden alle Heime in Deutschland, geantwortet haben 782, was einem Prozentsatz von 9 % entspricht. Die Untersuchungseinheit bezüglich der ärztlichen Versorgung ist die Kontakthäufigkeit einer Facharzttrichung pro Heim und Jahr, differenziert in 5 Häufigkeitskategorien (vgl. unten).

MuG-IV-Studie

Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

wurde im Jahr 2005 eine aus mehreren Teilstudien bestehende Studie zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen“ (im Folgenden: MuG-IV-Studie) durchgeführt: In diesem Rahmen wurden die zuständigen Pflegekräfte von insgesamt 4.229 Heimbewohnern aus 609 zufällig ausgewählten Alteinrichtungen befragt. [3]. Die Teilnahmequote betrug 99 %. Die Erhebung bei den Pflegekräften wurde face to face von geschulten Interviewern durchgeführt. Da in 1994 (MuG II) eine vergleichbare Erhebung durchgeführt wurde [4], ist es möglich, die Entwicklung im Bereich der vollstationären Versorgung im Trend darzustellen.

Studien des Mannheimer Zentralinstituts für Seelische Gesundheit

Das Zentralinstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim hat in 1995/96, 1997/98 und 2002/03 Querschnittstudien mit identischer Methodik bei einer Zufallsauswahl von Mannheimer Alten- und Pflegeheimen durchgeführt. Diese ermöglichen eine longitudinale Sicht auf die Versorgung. 13 Einrichtungen nahmen an allen drei Studien teil, bei denen es sich jeweils um Vollerhebungen der gesamten Einrichtung handelte. Die Bewohnerzahlen, auf denen die Ergebnisse basieren, beliefen sich zu jedem Erhebungszeitpunkt auf ca. 1.300 [5, 6].

Im Rahmen der MuG-IV-Studie führten Schäufele et al. eine vertiefende Studie an 4.481 Bewohnern von 58 Heimen durch, um repräsentative Erkenntnisse zu Heimbewohnern mit Demenz zu gewinnen. Die Studie basiert auf einem umfangreichen Pflege- und Verhaltensassessment der Bewohner. In diesem Zusammenhang wurde auch die ärztliche Versorgung der Heimbewohner untersucht [7].

eqs-Studie

Im Jahr 2008 hat das Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH (eqs-Institut), eine Tochtergesellschaft der Marseille-Kliniken AG, aus betrieblichen Gründen eine standardisierte Befragung zur ärztlichen Versorgung in seinen 56 Pflegeeinrichtungen durchgeführt. Die Standorte liegen mehrheit-

lich in den neuen Bundesländern. Der Fragebogen, in Kooperation zwischen eqs-Institut und dem Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf entwickelt, wurde von den PDL der Heime ausgefüllt. Die Rücklaufquote betrug 100 %, wobei der Anteil der fehlenden Angaben in einzelnen Fragen bis zu 25 % betrug. Die wichtigsten Ergebnisse werden in diesem Aufsatz erstmals dargestellt [8].

Bremer GEK-Studie

Jüngst veröffentlichten Autoren des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen eine umfangreiche Studie zur medizinischen Versorgung in Pflegeheimen auf der Basis der Routinedaten der Gmünder ErsatzKasse [9]. Die Studie (im Folgenden: GEK-Studie) beruht auf Diagnosen nach ICD-10 auf den Krankenscheinen der Vertragsärzte in den Jahren 2006 bezüglich der GEK-Mitglieder im Alter von 60 Jahren und mehr (n = 195.873). Die Untersuchungseinheit bezüglich der ärztlichen Versorgung ist der „Behandlungsfall“ pro Quartal. Dadurch ist, wie in der SÄVIP-Studie, eine differenzierte Untersuchung der Kontakthäufigkeiten nicht möglich. Das Innovative an der Studie ist, dass sie einen Vergleich bezüglich Morbidität und Leistungen für die Untergruppen der Nicht-Pflegebedürftigen, der häuslich Gepflegten und der in Einrichtungen Gepflegten liefert.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse aus den genannten fünf Quellen zusammenfassend dargestellt.

Ergebnisse

Gesundheitliche Verfassung der Heimbewohner

Über die Morbidität dieser Patienten liegen detaillierte Daten in der MuG-IV-Studie [3] und der GEK-Studie [9] vor. Nach diesen Studien leiden nahezu alle Bewohner unter einer oder mehreren Erkrankungen und körperlichen Behinderungen. So finden sich bei 70 % Bewegungseinschränkungen, bei mehr als der Hälfte Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Inkontinenz. Starke Seh-, Hör- bzw. Sprachstörungen, Diabetes und Zustand nach Schlaganfall kommen in einer Größenordnung von jeweils 20–35 %

vor. Ferner wurden Behinderungen und Beeinträchtigungen aufgrund psychischer Erkrankungen bei 66 % der Bewohner angegeben. Vorrangig hierbei ist die Demenz, die bei ca. 2/3 der Bewohner vorzufinden ist. Bei jeder/jedem fünften psychisch Erkrankten wurden noch weitere, gleichzeitig bestehende psychische Krankheiten diagnostiziert. Insgesamt gesehen handelt es sich bei den Heimbewohnern um eine in somatischer und psychischer Hinsicht multimorbide Population mit hohem Behandlungsbedarf.

Innerärztliche Zuständigkeit, Erreichbarkeit und Arztwahl

Aus allen Studien geht übereinstimmend hervor, dass die ärztliche Versorgung in Pflegeheimen allein oder vorwiegend von Hausärzten wahrgenommen wird. Eine Versorgung durch Gebietsärzte findet, mit Ausnahme der Nervenärzte (vgl. unten), nur in einem sehr geringem Umfang statt. Nur ca. 5 % der Heime gaben in der SÄVIP-Studie an, über einen eigenen Heimarzt zu verfügen. Für ca. 10 % der Heime wurde eine Mitversorgung durch Krankenhausärzte berichtet.

In der Regel werden die Heime von einer großen Zahl an (Haus-)Ärzten betreut. In der eqs-Untersuchung waren es im Durchschnitt 23 Ärzte, 12 Allgemeinärzte und 11 Fachärzte. Die Erreichbarkeit der Ärzte im Bedarfsfall ist offenbar regional sehr unterschiedlich. Sie wurde in der eqs-Untersuchung von 42 % der Pflegedienstleitungen als „(sehr) gut“, von 44 % als „mittel“ und von 15 % als „(sehr) schlecht“ beschrieben. Bezüglich Wochenenden und Feiertagen wurde sie von 38 % der PDL als „(sehr) schlecht“ beurteilt. Die Bereitschaft der Ärzte zu Einrichtungsbesuchen wurde etwas pessimistischer, nämlich von 26 % mit „(sehr) gut“, von 46 % mit „mittel“ und von 28 % mit „(sehr) schlecht“ beschrieben.

Im Prinzip herrscht freie Arztwahl. Allerdings wird dieses Recht offenbar nur bei relativ guter Gesundheit wahrgenommen. Nach Angaben der PDL in der eqs-Studie entscheidet zu 86 % das Pflegepersonal, ob ein Arzt zur Untersuchung hinzugezogen wird und zu 72 %, welcher Arzt. Die PDL in der SÄVIP-Studie gaben sogar an, dass 99 % der Arztkontakte vom Pflegepersonal veranlasst werden. In der Regel findet die Ver-

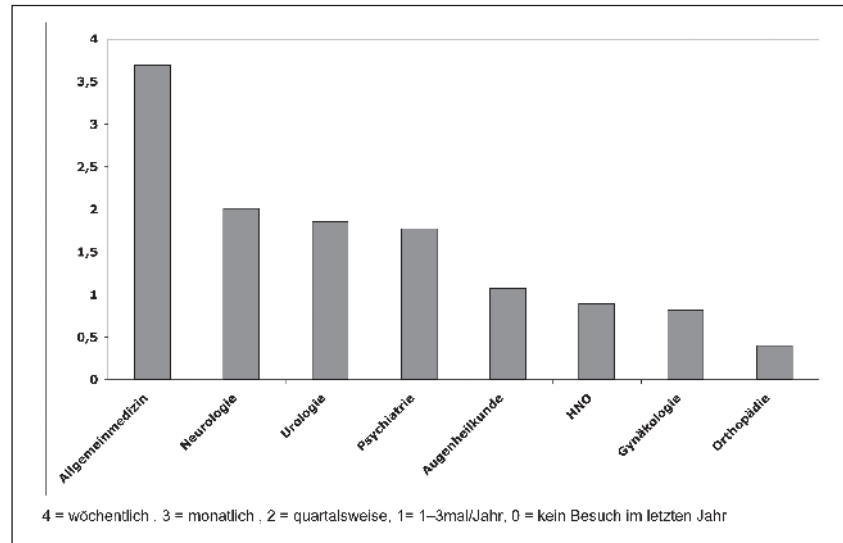


Abbildung 1 Häufigkeitsindex von Arztbesuchen im Pflegeheim in der SÄVIP-Studie [2].

sorgung auf der Basis von Besuchen im Heim statt. Fahrten in die Praxen sind selten: Für 16 % der Bewohner wurden Arztbesuche in Begleitung des Heimpersonals durchgeführt.

Ärztliche Kontaktfrequenzen und -rhythmen im Überblick

Die SÄVIP-Studie gibt mittels eines aus den Angaben der PDL abgeleiteten Index an, wie häufig eine Facharzttrichtung in der Gestalt eines oder mehrerer Vertreter das Heim pro Jahr aufgesucht hat. Der Indexwert 0 bedeutet kein Besuch im letzten Jahr, der höchste Wert 4 entspricht einer wöchentlichen Besuchsfrequenz von mindestens einem Arzt der Fachrichtung.

Abbildung 1 zeigt die Häufigkeitsindices für 8 Fachgebiete. Für die Allgemeinmedizin findet sich eine Annäherung an den Höchstwert 4, d.h. im Durchschnitt besuchen fast jede Woche ein oder mehrere Hausärzte die Heime, 28 % der Heime erhalten Hausarztbesuche in der Größenordnung zwischen 10 bis 49 Mal pro Jahr, 2 % der Heime gaben 4 bis 9 Besuche/Jahr an. Demgegenüber finden Besuche von Urologen bzw. Nervenärzten in deutlich geringerem Umfang – vierzehntäglich oder seltener – statt. Für die Frauenheilkunde, die Augenheilkunde, die HNO und die Orthopädie kann man von einer regelmäßigen Präsenz im Heim kaum reden.

Dieses grobe Häufigkeitsmaß lässt keine differenzierten Aussagen zu über

die Zahl der aufsuchenden Ärzte pro Fachrichtung, der betreuten Bewohner bzw. der Arztbesuche pro Bewohner innerhalb eines Jahres.

Die hohe Frequenz von Kontakten zum Hausarzt wird in der GEK-Studie und in den Mannheimer Studien bestätigt. In der GEK-Studie lag die Zahl der Behandlungsfälle des Hausarztes pro Jahr – ein ebenfalls grobes Maß für den Abdeckungsgrad und die Kontinuität der Versorgung – bei stationär Pflegebedürftigen bei ca. 4 pro Jahr. Diese Frequenz lag deutlich höher als bei zuhause lebenden Pflegebedürftigen bzw. Nicht-Pflegebedürftigen. Die GEK-Studie schließt daraus, dass „somit kein Hinweis auf eine Unterversorgung der Heimbewohner mit allgemeinärztlichen Untersuchungen und Behandlungen (vorliegt)“. Die Mannheimer Studien ergaben, dass nahezu alle Bewohner der Alten- und Altenpflegeheime, bezogen auf den kurzen Zeitraum von 4 Wochen, mindestens einen Kontakt mit dem Hausarzt hatten [5, 7].

Die Diskrepanz zwischen der Besuchsfrequenz durch Hausärzte einerseits und Gebietsärzte andererseits findet sich auch in der eqs-Studie. Die Häufigkeit der Untersuchungen durch Hausärzte wurde von 53 % der PDL als „(sehr) gut“, von 40 % als „mittel“ und von nur 8 % als „(sehr) schlecht“ beurteilt. Die Häufigkeit der gebietsärztlichen Untersuchungen wurde demgegenüber von 36 % als „(sehr) gut“, 30 % als „mittel“ und 34 % als „(sehr) schlecht“ beurteilt.

Die Antworten der PDL auf die Frage, wie ausreichend die tatsächliche Versorgung in einzelnen Fachgebieten war, gehen aus Abbildung 2 hervor. Aufgeführt ist der Anteil der PDL, der für das jeweilige Fachgebiet den Versorgungsgrad als „vollständig ausreichend“ oder „größtenteils ausreichend“ (Skalenwerte 1 und 2 einer fünfstufigen Skala) angegeben hat. Abbildung 2 zeigt, dass nach Meinung von 91 % der PDL die allgemeinmedizinische Versorgung „größtenteils bis vollständig“ ausreichend war. Für die Mehrzahl der anderen Gebiete hält ca. die Hälfte der PDL die Versorgung für ausreichend. Am niedrigsten ist der Wert für die Orthopädie mit 36 %.

Qualität der hausärztlichen Versorgung

In der SÄVIP-Studie beurteilten die PDL die Qualität der hausärztlichen Versorgung in der Regel als zufriedenstellend. Die PDL der eqs-Studie beurteilten die Qualität der ärztlichen Versorgung ebenfalls eher positiv: 39 % als „(sehr) gut“, 54 % als „mittel“ und 8 % als „schlecht“. Allerdings wurden defizitäre Bereiche genannt, die ganz oder teilweise in den hausärztlichen Bereich fallen:

- Die ärztliche Palliativversorgung wurde von 33 % der PDL als „(sehr) gut“, von 40 % „mittel“ und von 27 % als „(sehr) schlecht“ bewertet.
- Die Versorgung von Bewohnern mit psychischen Erkrankungen beurteilten 40 % der PDL als „sehr (schlecht)“.
- In den freien Kommentaren wurde mehrfach auf Defizite im Wundmanagement und in der schmerztherapeutischen Versorgung hingewiesen.
- Mehrere PDL kritisierten, dass die Hausärzte aus Kostengründen Logo-, Physio- und Ergotherapie sowie hochkalorische Trinknahrung trotz der offensichtlichen Bedarfe der Bewohner häufig nicht oder nur sehr zurückhaltend anordneten.
- In den offenen Antworten äußerten mehrere PDL auch, dass die Visiten zeitlich sehr begrenzt wären. Und nicht immer würde der Arzt dabei direkt mit dem Bewohner Kontakt haben, sondern häufig nur Informationen bei den Pflegekräften abfragen.

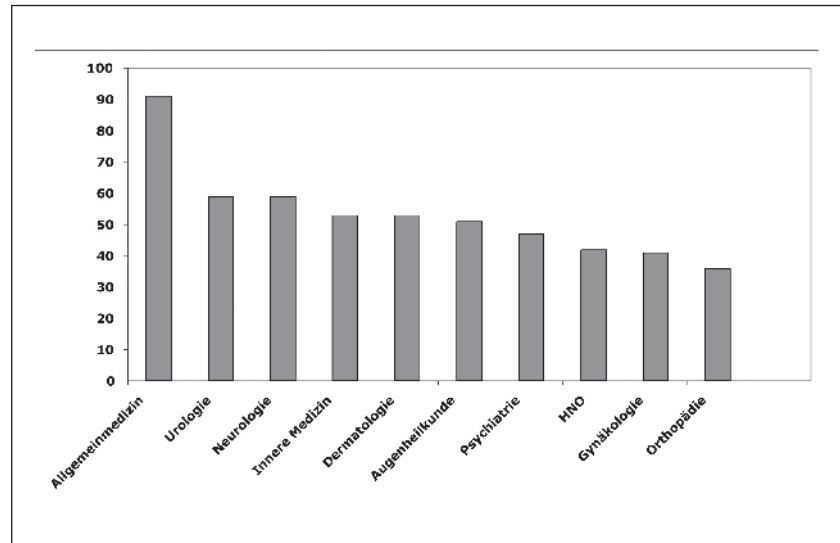


Abbildung 2 Abdeckungsgrad der Versorgung in den Pflegeheimen nach Fachgebieten in der eqs-Studie (Anteil der PDL, die eine ausreichende Versorgung bejahen) [9].

Auch bezüglich des Kooperationsverhältnisses von Heim und Vertragsarzt gab es Lob und Kritik:

- Insgesamt beurteilten die Hälfte der PDL der eqs-Studie die Ansprechbarkeit der Hausärzte für das Pflegepersonal und die Verständigung zwischen Ärzten und Pflegepersonal über die Behandlung der Bewohner als „(sehr) gut“. Die Beurteilung „(sehr) schlecht“ war eine absolute Ausnahme. In den offenen Antworten wurde aber häufig bemängelt, dass die Ärzte telefonisch nicht persönlich zu sprechen wären und Kontakte ausschließlich über die Sprechstundenhilfen abliefen. Kritisiert wurde auch, dass die Umsetzung einrichtungsinterner oder allgemeiner Expertenstandards häufig an der mangelnden Kooperation der Ärzte scheiterte.
- Probleme gibt es auch bei der Pflegedokumentation. In sehr vielen Fällen scheint diese durch den Arzt schriftlich in sehr summarischer Form, nur mündlich oder gar nicht zu erfolgen.

Nervenärztliche Versorgung

Die Daten bezüglich der Intensität der nervenärztlichen Versorgung widersprechen sich. In der GEK-Studie wurden je nach Geschlecht und Altersklasse nervenärztliche Behandlungsfrequenzen zwischen 1,1 (80–89-jährige Frauen)

und 1,7 (Männer zwischen 70 und 79 Jahren) pro Jahr gefunden. Die Daten zeigen eine Abnahme der Behandlungsfälle bei den sehr alten Menschen. Die GEK-Studie zeigt im Übrigen, dass diese Frequenz signifikant höher ist als bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege und bei den Nicht-Pflegebedürftigen. Da die Autoren, ohne weitere fachliche Begründung, einen Bedarf von mindestens einem Kontakt pro Quartal, d.h. von 4 Fällen pro Jahr, als notwendig postulieren, schließen sie daraus, dass die nervenärztliche Versorgung in Pflegeheimen „nicht ausreichend“ ist. Auffällig ist ebenfalls die geringere Behandlungsfrequenz bei den Frauen im Vergleich zu den Männern in allen Altersklassen. Auf diesen geschlechtsspezifischen Aspekt gehen die Autoren jedoch nicht ein.

In der eqs-Studie sahen die befragten PDL einen guten Versorgungsgrad bei ungefähr der Hälfte der Patienten (Neurologie 60 %, Psychiatrie 47 %).

Demgegenüber kommen die Mannheimer Studien zu anderen Ergebnissen. In den Mannheimer Alten- und Altenpflegeheimen nahm der Anteil der nervenärztlich versorgten Bewohner (bezogen auf vier Wochen) innerhalb von sieben Jahren signifikant von 12 % in 1995/96 auf 22 % in 2002/03 zu [6]. In der neueren bundesweiten Studie, die auch kleinstädtisch-ländliche Regionen einschloss, war, bezogen auf einen Zeitraum von 4 Wochen, der Anteil der Be-

wohner mit einer nervenärztlichen Behandlung wesentlich niedriger als in der Stadt Mannheim. Im Jahr 2006 wurden bundesweit 10,9 % der nicht Demenzkranken und 11,7 % der Demenzkranken einmal monatlich oder häufiger versorgt. Bezogen auf ein Jahr war in derselben Studie die Inanspruchnahme von Nervenärzten bei demenzkranken Bewohnern mit 43 % signifikant höher als bei den nicht demenzkranken Bewohnern (33 %) [7].

Sonstige gebietsärztliche Versorgung

Bereits aus der SÄVIP-Studie (Abbildung 1) ist deutlich geworden, dass eine gebietsärztliche Versorgung in den Pflegeheimen in quantitativer Hinsicht, mit Ausnahme der nervenärztlichen und der urologischen Versorgung, kaum vorhanden ist. In der eqs-Studie sahen die PDL einen Grad an Unterdeckung zwischen 31 und 64 % je nach Fachgebiet (Abbildung 2). In der GEK-Studie finden die Bremer Autoren für die Urologie eine Behandlungsfrequenz knapp über 1/Jahr. Für die Disziplinen Gynäkologie, Augenheilkunde, HNO, Dermatologie und Orthopädie liegen die Häufigkeiten je nach Altersgruppe und Geschlecht eher um 0,5/Jahr.

Die Bremer Autoren haben auch die Zahl der Behandlungsfälle der stationär Gepflegten pro Jahr mit denen der ambulant Gepflegten bzw. der Nicht-Pflegebedürftigen verglichen. Der Vergleich ergab, dass pflegebedürftige Heimbewohner ähnlich wenige bzw. weniger Kontakte mit Augenärzten, HNO-Ärzten, Orthopäden und Gynäkologen haben. Ein geringfügiges Mehr an Arztkontakten gibt es für die Dermatologie und für die Urologie bei Männern.

In der MuG-IV-Vertiefungsstudie wurden ebenfalls Defizite in der gebietsärztlichen Versorgung festgestellt. Angesichts der bei Heimbewohnern ermittelten hohen Prävalenz körperlicher Erkrankungen und motorischer und sensorischer Einschränkungen war die Inanspruchnahme von Fachärzten relativ niedrig. Bedeutsam ist dabei auch die Frage, ob sich die Inanspruchnahme von Spezialisten zwischen demenzkranken und nicht demenzkranken Heimbewohnern unterscheidet. In der MuG-IV-Vertiefungsstudie fanden sich deutliche Unterschiede zuungunsten der demen-

ten Bewohner: Die nach dem Screening kognitiv beeinträchtigten Bewohner wurden, bezogen auf 12 Monate, laut Pflegedokumentation signifikant seltener augenärztlich (17 vs. 28 %), HNO-ärztlich (10 vs. 13 %), urologisch (13 vs. 18 %) und orthopädisch (13 vs. 18 %) versorgt. Auch nach Kontrolle der potenziell konfundierenden Variablen (z. B. funktionelle Einschränkungen, Alter, Geschlecht) blieben die Versorgungsunterschiede zwischen den beiden Gruppen bestehen. Lediglich bei der Behandlung durch Hautärzte (jeweils etwa 19 %) und Frauenärzte (jeweils etwa 4 %) ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Heimbewohnern mit und ohne Demenz [7]. Tendenziell sind diese Unterschiede ein Indiz für einen geringeren gebietsärztlichen Versorgungsgrad der demenzten Heimbewohner.

Diskussion

Es ist nach wie vor nicht möglich, präzise Aussagen über die Intensität und noch weniger über die Angemessenheit bzw. Qualität der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen zu machen. Die Aussagen in diesem Aufsatz beruhen auf 5 Studien, die sich diesen Fragestellungen widmeten, aber aufgrund methodischer Grenzen nur sehr beschränkte Aussagen erlauben. Mehrere Studien beruhen auf subjektiven Einschätzungen der PDL der Heime (eqs und SÄVIP), die noch dazu mit unterschiedlichen Instrumenten erfasst wurden. Einzelne Studien basieren auf regional begrenzten Populationen (eqs, Mannheimer Studien). Immerhin wurden die Ergebnisse der MuG-IV-Vertiefungsstudie von Schäufele et al. mittels eines systematischen bewohnerbezogenen Assessments erhoben. Nicht einmal die Zahl der Kontakte pro Bewohner und Fachrichtung lässt sich bisher genau bestimmen. Die Bremer GEK-Studie berechnet nur die Zahl der Behandlungsfälle pro Jahr, nicht die Zahl der Kontakte pro Fall. Die SÄVIP-Studie schätzt diese Zahlen aus den PDL-Angaben mit einem noch größeren Maß. Dies alles sagt wenig über die realen Kontakthäufigkeiten und Verlaufsmuster aus. Bezüglich der Bestimmung der Versorgungsqualität behelfen sich beide letztgenannte Studien mit bloßen Annahmen über die erforderliche Zahl von Be-

handlungsfällen pro Jahr und Fachgebiet, um dann aus dem Vergleich zwischen „Norm“ und „realer“ Häufigkeit auf ausreichende oder defizitäre Versorgung zu schließen, was als unzulässig anzusehen ist. Diese methodischen Unterschiede und Unzulänglichkeiten dürften maßgeblich verantwortlich für Unterschiede in den Ergebnissen sein.

Alle Studien belegen die zentrale Rolle des Hausarztes in der Versorgung von Heimbewohnern. Die Erreichbarkeit der Hausärzte und die Häufigkeit der hausärztlichen Besuche im Heim wurden auch von den PDL in mehreren Studien im Durchschnitt als gut bis ausreichend beurteilt. Sicherlich ist dies regional nicht überall der Fall. Bei regionalen Differenzen spielen vermutlich „harte“ Faktoren, z. B. die Hausarztichte und die Verkehrsverhältnisse, eine wichtige Rolle. Wesentlich dürfte auch sein, ob sich die Besuche im Heim gut oder weniger gut gruppieren bzw. in den hausärztlichen Tagesablauf einplanen lassen. Vermutlich spielen aber auch „weiche“ Faktoren eine wichtige Rolle. Hierzu gehören das eigene Berufsverständnis als Hausarzt und die Intensität der Zusammenarbeit mit den Kollegen in der Region. Und selbstredend muss der aufwendigere und belastendere Einsatz für Pflegeheimbewohner angemessen vergütet werden, was bis dato durch die Kombination von niedrigen Punktwerten für einen Heimbewohner und die Mengenbegrenzung („Budgetierung“) im Quartal vielfach nicht der Fall war. Es bleibt abzuwarten, ob sich diese Situation unter dem neuen einheitlichen Bewertungsmaßstab ändert.

Bezüglich der Qualität der hausärztlichen Versorgung sind die Daten noch weniger belastbar. Von den PDL in der eqs-Studie wurde die hausärztliche Versorgungsqualität relativ positiv beurteilt. Dennoch fehlte es in dieser Studie nicht an Hinweisen auf einzelne defizitäre Bereiche, z. B. Palliativversorgung, die Versorgung psychischer Erkrankungen (incl. der Demenz), das Wundmanagement und die schmerztherapeutische Versorgung. Ähnliche Ergebnisse finden sich in der Studie von Schäufele et al. [7]. Sie weisen auf einen großen Bedarf an Fortbildung in Geriatrie und Palliativmedizin hin.

Die Feststellung einer durchschnittlich akzeptablen Qualität der hausärztlichen Versorgung in den Heimen wird

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche ...



... geboren 1945. Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin im Zentrum für Psychosoziale Medizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Vorstandsmitglied des Kompetenznetzes Degenerative Demenzen des BMBF. Sprecher des BMBF-Forschungsverbundes „Komorbidität und Multimorbidität in der hausärztlichen Versorgung“. Arbeitsgebiete: Demenz, Multimorbidität, Strukturen und Berufe des Gesundheitswesens

indirekt auch dadurch gestützt, dass die gängige These von erhöhten Krankenhausaufnahmen aufgrund einer unzureichenden hausärztlichen Versorgung von den Autoren der GEK-Studie, die diese Frage zum ersten Mal auf einer guten Datenbasis untersucht haben, nicht bestätigt wurde. In dieser Studie war die Zahl der Krankenhausaufenthalte pro Jahr bei den häuslich Gepflegten, auch unter Kontrolle der Pflegestufe und des Krankheitspektrums, deutlich höher als bei stationär gepflegten Personen. Die Autoren folgerten: „Wenn eine hohe Zahl an Krankenhausaufenthalten als Maß einer schlechten Versorgung durch niedergelassene Ärzte angesehen wird, dann weist dieser Befund nicht auf eine schlechte Versorgung der Heimbewohner hin“.

Schwierig ist die Beurteilung des Ausmaßes, des Bedarfs und noch mehr der Qualität der gebietsärztlichen Versorgung. Die meisten Autoren schließen von der geringen Präsenz der Gebietsärzte (mit partieller Ausnahme der Nervenärzte) in den Heimen auf quantitative und qualitative Defizite in der Versorgung. So wird in der SÄVIP-Studie ein Kontakt pro Quartal beim spezialisierten Internisten für alle Heimbewohner als Norm postuliert und eine Unterversorgung unterstellt, weil die reale Frequenz weit darunter liegt (mit Ausnahme der nervenärztlichen Versorgung). Die GEK-Studie übernimmt diese Norm und bestätigt die vermeintliche Unterversorgung. Am Ende bestätigen sich diese Studien gegenseitig, und es entsteht der Eindruck die Unterversorgung sei mehrfach nachgewiesen worden. Auf der anderen Seite ist der Befund aus der GEK-Studie, dass pflegebedürftige Heimbewohner weniger Gebietsarztkontakte, mit Ausnahme der Kontakte mit Nervenärzten, haben als gleichaltrige zuhause gepflegte Menschen, als Hinweis auf eine mögliche gebietsärztliche Unterversorgung nicht von der Hand zu weisen.

Die gängige These einer gebietsärztlichen Unterversorgung ist aus allgemeinmedizinischer Sicht noch aus einem anderen Grund zu hinterfragen. Sie impliziert, dass ein großer Teil der medizinischen Probleme vom Hausarzt nicht ausreichend behandelt werden können. Hinweise darauf, welche Bewohnerprobleme zwingend einer gebietsärztlichen Behandlung anstatt einer qualifizierten hausärztlichen Behandlung bedürften, fehlen aber in den bisherigen Studien völlig. Um diese Fragen beantworten zu können, sind detaillierte epidemiologische Studien als Basis für sinnvolle Mitbehandlungskonzepte erforderlich. Erst wenn untersucht wurde, in welchen Fällen eine gebietsärztliche Diagnostik oder Behandlung geboten ist, kann die Ressource Gebietsarzt effektiv eingesetzt werden. Pauschale Forderungen nach mehr Gebietsarztmedizin sind diesbezüglich wenig zielführend. Im Übrigen würde die gleichzeitige Behandlung vieler Krankheiten durch mehrere Spezialisten bei den zumeist multimorbiden Pflegeheimbewohnern keineswegs zu einer Verbesserung der Versorgung führen. Insbesondere bei unkoordinierter Behandlung kann dies auch zu erheblichen Kostensteigerungen ohne Nutzen für die Bewohner, teilweise sogar zu negativen Gesamtbehandlungsfolgen führen, wie dies in der Arbeit von Boyd et al. [9] eindrucksvoll dargelegt wurde.

Selbstverständlich muss betont werden, dass die Versorgung von multimorbiden und pflegebedürftigen Heimbewohnern eine komplexe Aufgabe darstellt, für die definierbare Qualifikationen eine Voraussetzung sind. Es ist zu hoffen, dass die Zunahme an Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung über die dort vorgesehenen Fortbildungsmaßnahmen eine bedeutende Verbesserung der geriatrischen Qualifikation der Hausärzte zur Folge haben werden. In diesem Zusammenhang sei auch festgehalten, dass die Versorgung von

Heimbewohnern (und anderen alten Menschen) sicherlich von einer ausgebauten geriatrischen Angebotsstruktur im Rücken der Hausärzte profitieren würde.

Rund 700.000 Menschen leben zurzeit in Pflegeheimen, ihre Zahl wird weiter ansteigen. Rechtlich gesehen sind Heimbewohner Teil der vertragsärztlichen Versorgung, für die die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Auftrag zur Sicherstellung haben. In Anbetracht einer knapp ausreichenden hausärztlichen Versorgung und partiellen gebietsärztlichen Versorgungsdefiziten in den Pflegeheimen muss gefordert werden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen regelmäßig prüfen, ob eine ausreichende Heimversorgung lokal noch gewährleistet ist. Hierbei könnten und sollten die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen des MDK in Pflegeheimen nach §114 SGB XI als Hinweise auf potenzielle Defizite der ärztlichen Versorgung genutzt werden.

In einem nachfolgenden Aufsatz in dieser Zeitschrift soll versucht werden, unter Einbeziehung von ausländischen Modellen und Erfahrungen Organisationsmodelle zur Optimierung der hausärztlichen Versorgung in Pflegeheimen zu skizzieren.

Interessenkonflikte: Sandie-Christine Schröfel und Stefan Dietsche sind Mitarbeiter des eqs-Instituts. Das eqs-Institut ist eine 100%ige Tochter der Marseille-Kliniken AG.

Hendrik van den Bussche erhielt vom eqs-Institut ein Honorar für seine Mitwirkung bei der schriftlichen Befragung der Pflegedienstleitungen in den Pflegeheimen.

Weitere Autoren: keine angegeben.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: bussche@uke.uni-hamburg.de

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse. Wiesbaden 2008
2. Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network Marketing Services, Hannover 2005
3. Schneekloth U, von Törne I. Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.). Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007: 53–168. Stuttgart: Kohlhammer 2009, im Druck
4. Schneekloth U, Müller U. Hilfe und Pflegebedürftige in Heimen, Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen“. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 1998
5. Weyerer S, Schäufele M, Hendlmeier I, Kofahl C, Sattel H. Demenzkranke Menschen in Pflegeeinrichtungen: Besondere und traditionelle Versorgung im Vergleich. Stuttgart: Kohlhammer, 2005
6. Schäufele M, Lode S, Hendlmeier I, Köhler L, Weyerer S. Demenzkranke in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Inanspruchnahme, Versorgungskonzepte und Trends am Beispiel Baden-Württembergs. Stuttgart: Kohlhammer, 2008
7. Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl HW (Hrsg.) Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV): Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispiele für „Good Practice“. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007: 169–232. Stuttgart: Kohlhammer 2009, im Druck
8. Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R. GEK-Pflegereport 2008 – Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. GEK-Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 66. Schwäbisch Gmünd, 2008
9. Privatinstitut für Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheits- und Sozialwesen GmbH (eqs-Institut). Bericht zur schriftlichen Befragung der Pflegedienstleitungen zur ärztlichen Versorgung in den Einrichtungen. Manuskript. Hamburg 3.6.2008
10. Boyd CM, Darer J, Boulton C, Fried LP, Boulton L, Wu A. Clinical Practice Guidelines and Quality of Care for Older Patients with Multiple Comorbid Diseases. JAMA 2005; 294: 716–724