

Johannes Hallauer • Christel Bienstein
Ursula Lehr • Hannelore Rönsch

SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen

Unter Mitarbeit von: Nicola Hallauer
Herbert Mayer
Nils Lahmann
Susanne Teupen
Heinz Benner

September 2005

VINCENZ NETWORK Marketing Service

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Sämtliche Angaben und Darstellungen in diesem Buch entsprechen dem aktuellen Stand des Wissens und sind bestmöglichst aufbereitet. Der Verlag und die Autoren können jedoch trotzdem keine Haftung für Schäden übernehmen, die im Zusammenhang mit Inhalten dieses Buches entstehen.

© VINCENTZ NETWORK Marketing Service, Hannover 2005

VINCENTZ.NET Besuchen Sie uns im Internet: www.vincentz.net
Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für die Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Druck: BWH Buchdruckwerkstätten Hannover GmbH
ISBN 3-87870-138-1

Autoren

Dr. med. Johannes F. Hallauer
Leiter AG Gesundheitssystemanalyse
Campus Charité Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Prof. Christel Bienstein
Leiterin des Instituts für Pflegewissenschaft
Private Universität Witten-Herdecke
gGmbH
Witten-Herdecke

Prof. Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr
Bundesministerin a. D.
Deutsches Zentrum für Alternsforschung
Universität Heidelberg

Hannelore Rönsch
Bundesministerin a. D.
Kuratoriumsvorsitzende der Stiftung
Daheim im Heim
Wiesbaden

Unter Mitarbeit von:

Dr. med. Nicola C. Hallauer
Geschäftsführerin
Dres. Hallauer Health & Hospital Consult
GmbH
Hamburg

Dr. rer.nat. Herbert Mayer
Leiter Abteilung Biometrie/Statistik
Institut für Pflegewissenschaft
Private Universität Witten-Herdecke
gGmbH

Nils Lahmann
Dipl. Pflegewirt
Campus Charité Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Susanne Teupen
Dipl. Pflegewirtin
Campus Charité Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Heinz Benner
Ass. jur., Staatssekretär a. D.
Mitglied des Vorstandes der Stiftung
Daheim im Heim
Wiesbaden

Korrespondenzanschrift für die Autoren:

Dres. Hallauer Health & Hospital Consult GmbH
Bredenbekstraße 29
22397 Hamburg

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----------|
| 1. Vorwort | Seite 5 |
| 2. Zusammenfassung | Seite 7 |
| 3. Initiativkreis SÄVIP | Seite 9 |
| 4. Ausgangslage | Seite 11 |
| 5. Methodik und Ablauf | Seite 12 |
| 6. Charakteristika der Stichprobe und Repräsentativität | Seite 14 |
| 7. Ergebnisdarstellung, Analyse, Bewertung und Diskussion | Seite 17 |
| 7.1. Prävalenz von Erkrankungen der Heimbewohner | Seite 17 |
| 7.2. Mobilität als Voraussetzung zum Zugang zu ambulanten medizinischen Leistungen | Seite 19 |
| 7.3. Arztbesuche außerhalb des Heimes | Seite 20 |
| 7.4. Veranlassung von Arztbesuchen im Heim | Seite 21 |
| 7.5. Träger der ärztlichen Versorgung im Heim | Seite 22 |
| 7.6. Zahl und Häufigkeit der Arztbesuche in den Heimen | Seite 23 |
| 7.7. Übersicht zu den Besuchshäufigkeiten der verschiedenen Arztgruppen | Seite 24 |
| 7.8. Zahl der Arztbesuche nach Arztgruppen | Seite 34 |
| 7.9. Regelmäßige Versorgung durch Fachärzte | Seite 35 |
| 7.10. Zusammenhang zwischen Facharzt-Frequenz und betreuten Bewohnern | Seite 38 |
| 7.11. Versorgungsgrad der Heimbewohner mit spezifischer Medikation | Seite 39 |
| 7.12. Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals | Seite 43 |
| 8. Fazit und Empfehlungen | Seite 45 |
| 9. Literatur | Seite 48 |
| 10. Anhang: Anschreiben an die Heime, Fragebogen, Tabellen | Seite 50 |

1. Vorwort

Die hier vorgelegte umfassende Studie zur ärztlichen Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner in Alten- und Pflegeheimen in Deutschland ist in ihrer Art einmalig. Sie basiert auf Stellungnahmen von 782 Heimen mit insgesamt knapp 65.000 Plätzen, verteilt auf alle 16 Bundesländer. In diesen Heimen – in frei-gemeinnütziger Trägerschaft (49,2%), in privater Trägerschaft (37,4%) und in öffentlicher Trägerschaft (12,3%) – leben Menschen im 9. und 10. Lebensjahrzehnt. Der Bevölkerungsstatistik entsprechend sind Frauen mit 78% vertreten. Auch nach anderen Merkmalen kann die Studie, die rund 9% aller Heime und über 10% aller Heimbewohner in Deutschland erfasst, als repräsentativ gelten.

Verständlicherweise liegt bei den Heimbewohnern der Anteil der Pflegebedürftigen weit höher als bei der hochaltrigen Gesamtbevölkerung, ist doch Hilfs- und Pflegebedürftigkeit häufig der Grund für einen Einzug in ein Alten- und Pflegeheim. So erhalten 93,5% der hier erfassten Heimbewohner Leistungen aus der Pflegeversicherung, während z.B. in der Gruppe der 80-85jährigen Gesamtbevölkerung 81,1% nicht pflegebedürftig sind, in der Gruppe der 85-90jährigen immerhin noch 63,2% und selbst bei den über 90jährigen noch über 40% selbständig den Alltag meistern können.

Wie steht es nun mit der ärztlichen Versorgung der mehr als 600.000 älteren Menschen in Deutschland, die in Heimen leben, die durch Multimorbidität gekennzeichnet sind, bei denen Mobilitätseinschränkungen, Inkontinenzprobleme, Einschränkungen der kognitiven Leistungsfähigkeit (Demenz) und Depressionen besonders auffallen, bei denen aber auch zum Teil erhebliche Einschränkungen der Sensorik (Sehprobleme, Hörprobleme) vorliegen und die Zahn- und Mundgesundheit nicht als zufriedenstellend bezeichnet werden kann? Auf diese Fragen versucht die vorliegende Studie Antwort zu geben.

Wir müssen feststellen: Während der frühere Hausarzt oder der niedergelassene Allgemeinmediziner oder Internist noch häufig gerufen wird – vorwiegend auf Veranlassung des Pflegepersonals – finden Besuche von Fach-

ärzten – Neurologen, Psychiatern, Urologen, Gynäkologen, Orthopäden, aber auch von Zahnärzten, Augenärzten und Hals-Nasen-Ohren-Ärzten – in Heimen äußerst selten statt. Über 80% der Bewohner suchen, häufig aufgrund mangelnder Mobilität, aber auch keine Ärzte in Praxen oder Kliniken außerhalb des Heimes auf.

Nicht schlüssig ist es, dass mit dem Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim jede Facharztbetreuung unnötig wird, die gleichaltrige Nicht-Heimbewohner durchaus verstärkt in Anspruch nehmen. Daher kann es nicht sein, dass die bei den verschiedenen im Heim sogar verstärkt auftretenden Krankheitsbildern notwendige Facharztbehandlung ausbleibt! Herrscht hier ein so negatives Altersbild vor, dass von vorneherein jede Besserung der Situation ausgeschlossen wird? Wie oft könnte doch eine Facharztbehandlung nicht nur zur Lebensqualität und größeren Selbständigkeit der Bewohner, sondern auch zur Reduzierung des notwendigen Pflegeaufwandes beitragen!

Es liegt eine Studie vor, die zum Handeln aufruft! Das im Pflegegesetz verankerte Recht auf Rehabilitation gilt auch für Heimbewohner! Ein zentraler Beitrag ist hierzu die fachärztliche Diagnose und Therapie, unterstützt durch notwendige Hilfsmaßnahmen und die entsprechende Medikation. Auch Menschen, die in Heimen leben, haben ein Recht darauf, dass ihnen ein lebenswertes Leben so lange wie möglich ermöglicht wird. Ein Vorenthalten fachärztlicher Versorgung darf nicht hingenommen werden.

Ohne die Bereitschaft, Informationen zur Situation zur Verfügung zu stellen, wäre die Analyse der Versorgungslage nicht möglich geworden. Deshalb gilt unser herzlicher Dank den Heimen, insbesondere den Pflegedienstleitungen, die unser Anliegen durch Mitarbeit an der Studie wirkungsvoll unterstützt haben.

Johannes Hallauer,
Christel Bienstein,
Ursula Lehr,
Hannelore Rönsch

September 2005

2. Zusammenfassung

- > Ziel der Studie ist, einen Überblick über die tatsächliche medizinische Versorgungsstruktur in Pflegeheimen in Deutschland zu gewinnen.
- > Die Ergebnisse sollen Ausgangspunkt für eine Verbesserung der ärztlichen Betreuung von Heimbewohnern werden.
- > Um einen umfassenden Überblick zu erhalten, haben sich Pflegewissenschaft, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Gerontologie und die Stiftung „Daheim im Heim“ zusammengefunden, um bundesweit und anonym entsprechende Informationen zu erheben.
- > Die Studie hat mit einer Beteiligung von 782 Heimen und einem Anteil von über 10% der deutschen Pflegeheimkapazität repräsentative Aussagekraft. Die Stichprobe entspricht in ihrer Zusammensetzung der deutschen Heimlandschaft.
- > Bei Heimbewohnern werden hohe Prävalenzen von Mobilitätseinschränkungen (75%), Harninkontinenz (72%), Demenz (53%) und Stuhlinkontinenz (45%) angegeben. Die Einschätzung der Demenz liegt unter der tatsächlichen Häufigkeit (60-65%).
- > Besuche von Arztpraxen außerhalb des Heimes werden nur von 20% der Bewohner durchgeführt.
- > Die ärztliche Versorgung der Heime wird fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte wahrgenommen. Andere medizinische Infrastrukturen (z.B. Krankenhaus) werden nicht zur Versorgung herangezogen.
- > Die Arztbesuche werden in aller Regel durch das Pflegepersonal der Heime veranlasst. Die freie Arztwahl wird vom Bewohner nicht (mehr) wahrgenommen.
- > Die Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin erfolgt in hoher Dichte.

- > Die fachärztliche Versorgung weist erhebliche Lücken auf. So fehlt die Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten und HNO-Ärzten fast völlig. Die Betreuung durch Urologen und Orthopäden ist unzureichend. Von Neurologen und Psychiatern werden nur 1/3 der Bewohner erreicht. Die Zahnärztliche Betreuung ist vielfach nicht sichergestellt.
- > Die Versorgungsrate mit spezifischer Medikation weist je nach Indikation erhebliche Unterschiede auf. Während Herz-Kreislaufkrankheiten oder Diabetes entsprechend der Häufigkeit dieser Krankheiten behandelt werden, unterbleibt z.B. bei Demenz und Harninkontinenz die Medikation überwiegend.
- > Diese Unterversorgung korreliert mit der mangelnden Besuchshäufigkeit der entsprechenden Facharzt disziplinen.
- > Eine Lösung kann in einer angemessenen, intensiveren Betreuung der Heimbewohner durch Fachärzte liegen. In einigen Bereichen kann auch die Übernahme spezifischer Behandlungen durch die im Heim bereits tätigen Ärzte für Allgemeinmedizin diskutiert werden.
- > Ein besonderes Augenmerk ist auf die Qualifizierung der Pflegenden zu richten, die eine zentrale Position in der Einbeziehung von Allgemein- und Fachärzten wahrnehmen können.
- > Die Organisation der Facharztversorgung in den Heimen muss verbessert werden. Mit den Verbänden der Leistungsträger und den Kostenträgern sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung diskutiert werden. In die Diskussion können Heimarztmodelle, die Entwicklung spezifischer Pflegeexpertise und gemeinsame Budgets von Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden. Eine Erweiterung der Aufgabe des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), aber auch seine größere Unabhängigkeit von der Kranken- und Pflegeversicherung, sind zu prüfen.
- > Der Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals ist insbesondere auf den Gebieten Demenz, Depression, Schmerz und Sturzprophylaxe überdurchschnittlich groß.

3. Initiativkreis SÄVIP

Im Frühjahr 2004 haben sich Vertreter von Pflegewissenschaft, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Gerontologie und die Stiftung „Daheim im Heim“ zum Initiativkreis „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen“ – SÄVIP – zusammengefunden, um in einer kompakten Studie Informationen über die tatsächliche medizinische Versorgungsstruktur in Pflegeheimen zu gewinnen.

Die *Stiftung „Daheim im Heim“* mit Sitz in Wiesbaden hat sich in den letzten 12 Jahren die Verbesserung der Wohnsituation in Alten- und Pflegeheimen in den neuen Bundesländern zur Aufgabe gemacht. Nachdem auf diesem Gebiet bereits erhebliche Fortschritte verzeichnet werden können, ist nun bundesweit die Versorgung demenzkranker Bewohner in Pflegeheimen einer der Schwerpunkte der Arbeit der Stiftung.

Das *Institut für Pflegewissenschaft der privaten Universität Witten-Herdecke* verfügt seit seiner Gründung 1995 über die Möglichkeit, angewandte- und Grundlagenforschung zu betreiben. Dabei steht die Verbesserung der pflegerischen Versorgung der Bevölkerung im Mittelpunkt. Die Ergebnisse zielen auf die Erhöhung der Selbstpflegekompetenz der Betroffenen sowie die Unterstützung und Qualifizierung ihrer Angehörigen und der professionell Pflegenden.

Das *Institut für Gerontologie* und das *Deutsche Zentrum für Altersforschung* der Universität Heidelberg erforschen von einem interdisziplinären Ansatz ausgehend seit vielen Jahren Alternsprozesse und Möglichkeiten gerontologischer Intervention. Fragen der Prävention und Rehabilitation, aber auch der Wohnsituation, der Versorgung, Hilfe und Pflege sind zahlreiche Untersuchungen gewidmet.

An der Charité – Universitätsmedizin Berlin beschäftigt sich die *AG Gesundheitssystemanalyse am Campus Charité Mitte* intensiv mit Fragen der Versorgungsforschung und Gesundheitsökonomie. Hier entstand u. a. das „Weißbuch Demenz“ zur Versorgungssituation von Demenzbetroffenen in

Deutschland. Die Beteiligten bringen somit interdisziplinäres Know How ein, um die Lage der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen zu analysieren und zu beurteilen. Der Initiativkreis hat die Studie durch Arbeitssitzungen der Autoren regelmäßig begleitet und supervidiert. Die operative Durchführung oblag der *Dres. Hallauer Health&Hospital Consult GmbH, Hamburg*, die auch das Erhebungsinstrument in Abstimmung mit dem Initiativkreis entwickelte und die Auswertung übernommen hat.

Ziel der Studie ist es, Defizite konkret beschreiben zu können und Lösungsvorschläge zur Verbesserung zu machen. Auch hierzu ist ein gemeinsames Vorgehen von Fachwissenschaftlern gegenüber den Ansprechpartnern in Selbstverwaltung, Heimträgerschaft, Gesundheitspolitik und Öffentlichkeit notwendig. Der Initiativkreis wird daher offensiv für die Interessen der Heimbewohner an einer angemessenen ärztlichen Versorgung eintreten und die Ergebnisse der Studie zur Diskussion stellen.

4. Ausgangslage

Die Diskussion um Versorgungsqualität in Pflegeheimen stellt meist die Pflege in den Mittelpunkt. Die Heime sind flächendeckend durch den MDK besucht und beurteilt worden. Erste Ergebnisberichte mit Angaben der Stärken und Schwächen liegen vor. Diese Evaluierungen klammern jedoch die *medizinische Versorgung* von Heimbewohnern aus. Jeder Heimbewohner hat die freie Arztwahl und kann sich durch seinen Hausarzt oder durch niedergelassene Fachärzte betreuen lassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben den Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung mit ärztlichen Leistungen.

Zur Situation der ärztlichen Versorgungsdichte in Pflegeheimen liegen nur wenige Informationen vor. Der 4. Altenbericht der Bundesregierung kritisiert insbesondere die mangelnde Facharztbetreuung und hat die Frage der Einführung von „Heimärzten“ aufgeworfen. Es muss vermutet werden, dass vielerorts die medizinische Versorgung von Patienten in Heimen nicht ausreichend ist. Auf der einen Seite sind gerade Bewohner von Pflegeheimen in ihrer Fähigkeit eingeschränkt, Ärzte in ihren Praxen aufzusuchen oder den „Hausbesuch“ im Heim anzufordern. Die Angehörigen glauben andererseits vielfach, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung dem Heim obliegt, während das Heim die freie Arztwahl der Bewohner zu beachten hat. Diese komplizierte Versorgungsverantwortung kann in der Praxis zur Unterversorgung von Heimbewohnern mit ärztlichen Leistungen führen.

5. Methodik und Ablauf

Durch Fragebogenerhebung wurden Angaben zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen ermittelt. Dabei wurden im Wesentlichen Fragen zur Strukturqualität und zum Teil zur Prozessqualität gestellt. Grundbedingungen wie die Mobilität der Heimbewohner und die Organisation und Trägerschaft der ärztlichen Versorgung wurden erhoben. Die Präsenz ärztlicher Besuche in den Heimen wurde semiquantitativ und quantitativ nach Fachgebieten aufgeschlüsselt erfasst. Parallel sollte die Zahl der Bewohner, die fachärztlich versorgt werden, als Merkmal der Strukturqualität betrachtet werden. Ebenso wurde die Zahl der Bewohner mit spezifischer Verordnung für relevante Indikationen als Parameter der Prozessqualität erhoben. Die Grunddaten zu Größe des Heimes, Belegung, Pflegestufenverteilung etc. erlauben eine präzise Charakterisierung der Stichprobe im Vergleich zu den Werten des Bundesdurchschnitts. Felduntersuchungen in den Heimen wurden in diesem Ansatz nicht durchgeführt. Aussagen zur Ergebnisqualität der ärztlichen Versorgung können und sollen mit der Studie nicht getroffen werden. Über die Qualität der erfolgenden ärztlichen Behandlungen wurden keine Analysen durchgeführt. Unabdingbare Voraussetzung für eine angemessene Versorgung ist der Zugang zum Arzt, der im Heim überwiegend nur durch Besuch des Arztes beim Bewohner und nicht umgekehrt sichergestellt werden kann. Deshalb hebt die Studie auf die Möglichkeiten dieser Kontakte ab. Die Angaben wurden von den Pflegedienstleitungen erbeten. Dieses Vorgehen hat sich in zahlreichen Studien bewährt. Vielfach wurden auch die Stations-/Bereichsleitungen mit eingebunden. Die Datenerhebung wurde gleichzeitig genutzt, um Fragen zum Bedarf der Weiterbildung des Pflegepersonals in wichtigen Indikationsgebieten zu stellen. Abschließend bestand Gelegenheit anzugeben, was sich in den letzten Jahren in der Pflege verbessert oder verschlechtert hat. Zu diesem speziellen Komplex dauert die Auswertung noch an.

In einer Pilotstudie im Sommer 2004 wurde das Erhebungsinstrument und die Responserate im Raum Frankfurt und Bad Kreuznach bei 50 Heimen ge-

testet. Nach Adaptation und weiterer Entwicklung wurde im November 2004 der dreiseitige Fragebogen (siehe Anhang) mit Freikuvert an alle Pflegeheime in Deutschland, deren Adressen vorlagen, per Post verschickt. Dem Erhebungsbogen lag ein Schreiben des Initiativkreises mit einer Beschreibung des Vorhabens bei (siehe Anhang). Die Antworten wurden bis zum 20. Dezember 2004 erbeten. Die überwiegende Zahl der Rücksendungen ging bis Ende 2004 ein. Der Rücklauf war Mitte Februar 2005 weitgehend abgeschlossen. Von der Möglichkeit, telefonisch oder per e-mail Fragen zu stellen, machten weit über 100 Heime Gebrauch. Weit überwiegend positive Reaktionen unterstützen den Ansatz, Defizite in der Versorgung kenntlich zu machen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Die Fragebogen wurden im Institut für Pflegewissenschaft der privaten Universität Witten-Herdecke in eine Datenbank eingelesen. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem SPSS 11.5 Programm.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass eine Limitierung der Untersuchung darin besteht, dass die teilnehmenden Heime für die Versorgungssituation nicht repräsentativ sein müssen. Es ist nicht auszuschließen, dass die antwortenden Heime besonders gut organisiert sind und somit die Situationsbeschreibung ins Positive verschoben wird.

6. Charakteristika der Stichprobe und Repräsentativität

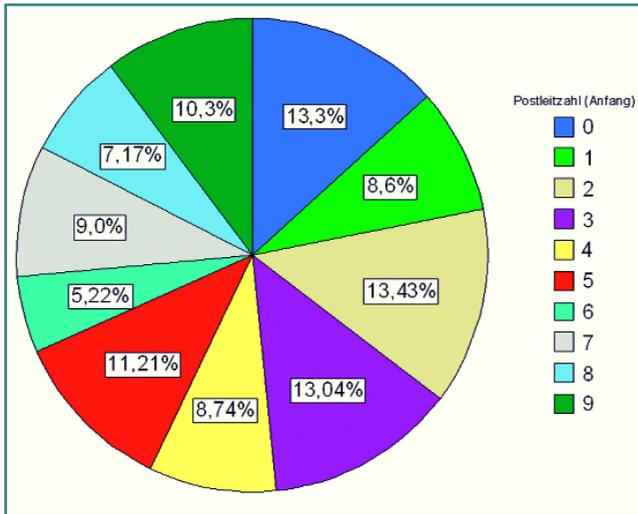


Abbildung 1: Geografische Verteilung der teilnehmenden Heime nach Postleitzahlbereich in Prozent aller eingegangenen Antworten (n = 782)

| Postleitzahlbereich | Zahl der Heime im PLZ-Bereich | Zahl der antwortenden Heime | Responderate in Prozent |
|---------------------|-------------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 0 | 757 | 102 | 13,5 |
| 1 | 921 | 66 | 7,2 |
| 2 | 1.346 | 103 | 7,7 |
| 3 | 1.288 | 100 | 7,8 |
| 4 | 1.020 | 67 | 6,6 |
| 5 | 1.011 | 86 | 8,5 |
| 6 | 701 | 40 | 5,7 |
| 7 | 784 | 69 | 8,8 |
| 8 | 610 | 55 | 9,0 |
| 9 | 667 | 79 | 11,8 |

Tabelle 1: Geografische Verteilung der Responderate bezogen auf die Antwortquote in den entsprechenden Postleitzahlbereichen Deutschlands

Die durchschnittliche Responserate betrug mit 782 antwortenden Heimen von bundesweit 8.775 Heimen, die Dauerpflege anbieten, 8,9%. Die höchste Antwortrate war mit 13,5% im Postleitzahlbereich 0 (neue Bundesländer), die geringste im Postleitzahlbereich 6 mit 5,7% zu verzeichnen. Die Antworten der Pilotstudie, die im Postleitzahlbereich 6 (Frankfurt/M) stattfand, blieben unberücksichtigt.

Die an der Studie teilnehmenden Heime bieten insgesamt 64.588 Pflegeplätze an. Dies entspricht 10,6 % der deutschen Heimkapazität von 612.183 Plätzen für Dauerpflege. Die geografische Verteilung zeigt eine gleichmäßige Beteiligung über alle Postleitzahlbereiche mit höherer Responserate in den neuen Bundesländern.

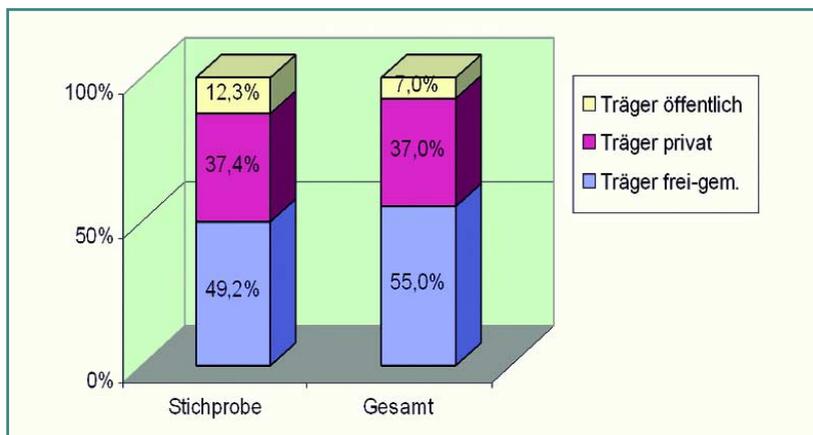


Abbildung 2: Beteiligung der Heime an der Studie nach Trägerschaft

Die Trägerschaft der antwortenden Heime entspricht im Wesentlichen dem Bundesdurchschnitt. In der Studie sind die Heime öffentlicher Trägerschaft mit 12,3% etwas stärker repräsentiert, die frei-gemeinnützigen Träger mit 49,2% geringer als der Durchschnittswert. Die Heime in privater Trägerschaft entsprechen mit 37,4% dem Bundesdurchschnitt.

Die teilnehmenden Heime verfügen über durchschnittlich 82,8 Pflegeplätze. Im Bundesdurchschnitt liegt die Heimgröße bei 77,9 Plätzen. Der Unter-

schied erklärt sich durch die durchschnittlich höhere Platzzahl öffentlicher Heime, die in der Stichprobe stärker repräsentiert sind. Die Auslastung wurde (Ende 2004) mit 93,2% ebenfalls geringgradig über dem Bundesdurchschnitt angegeben, der 2003 bei 89,5% lag. Es liegt also praktisch eine Belegung an der Kapazitätsgrenze, eine Vollausslastung der Heime vor. Der Anteil der Frauenbelegung beträgt bei den Studienteilnehmern 77,9%. Dies entspricht genau dem Durchschnittswert von 78% bundesweit. Der Altersdurchschnitt liegt bei 82,14 Jahren. Der Altersdurchschnitt bei Heimaufnahme wurde mit 79,14 Jahren angegeben.

Die Heimbelegung nach Pflegestufen entspricht ebenfalls weitgehend der bundesdurchschnittlichen Verteilung. In der Stichprobe sind 31,1% der Bewohner in Pflegestufe I, 41,4% in Pflegestufe II und 21,0 % in Pflegestufe III eingestuft. Die entsprechenden Durchschnittswerte sind 33,3 %, 44,3 % und 21,3%. Der Anteil der Bewohner, die Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind, wurde mit 90,4 % angegeben.

Insgesamt decken sich die Versorgungsmerkmale der Heime, die mit der Studie erfasst werden, zum Erhebungszeitpunkt Ende 2004 sehr gut mit den Angaben der Durchschnittswerte (31.12.2003) für das Bundesgebiet. Die Studie weist mit über 10% der Heimkapazität in Deutschland eine relevante Stichprobengröße auf. Die Angaben können daher als repräsentativ für die Situation in Deutschland angesehen werden.

| | SÄVIP-Studie 12/2004 | Bundeswert 31.12.2003 |
|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|
| Pflegeheime | 782 (8,9%) | 8.775 |
| Plätze | 64.588 (10,6%) | 612.183 |
| Belegung | 93,2% | 89,5% |
| GKV-Anteil | 90,4% | |
| Frauenanteil | 77,9% | 78% |
| Träger frei-gem. | 49,2% | 55% |
| Träger privat | 37,4% | 37% |
| Träger öffentlich | 12,3% | 7% |
| Plätze/Heim | 82,8 | 77,9 |
| Pflegestufe I | 31,1% | 33,3% |
| Pflegestufe II | 41,4% | 44,3% |
| Pflegestufe III | 21,0% | 21,3% |

die weist mit über 10% der Heimkapazität in Deutschland eine relevante Stichprobengröße auf. Die Angaben können daher als repräsentativ für die Situation in Deutschland angesehen werden.

Tabelle 2 zeigt die Profile der Studienstichprobe und den Bundeswert zusammenfassend

7. Ergebnisdarstellung, Analyse, Bewertung und Diskussion

7. 1. Prävalenz von Erkrankungen der Heimbewohner

Die Pflegedienstleitungen wurden gebeten, einzuschätzen, wie viele der Bewohner an Harn- oder Stuhlinkontinenz, Demenz oder Mobilitätseinschränkungen leiden.

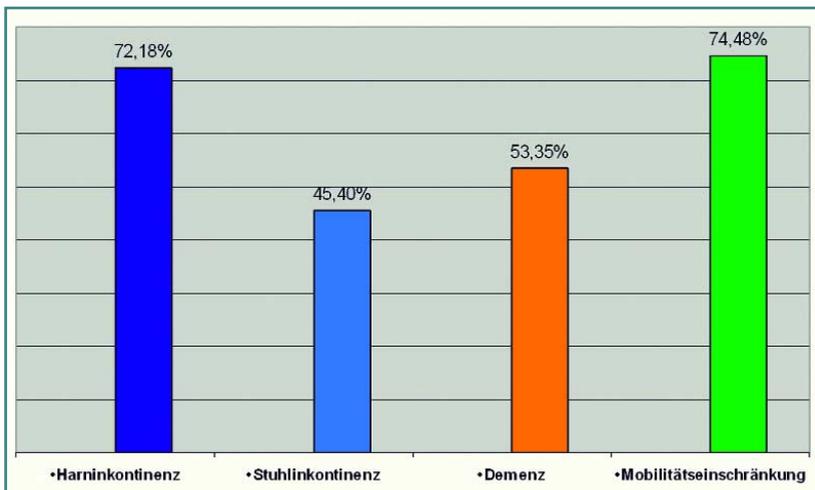


Abbildung 3: Prävalenz von Erkrankungen bei Heimbewohnern

Mit 74,5 % liegen bei $\frac{3}{4}$ der Heimbewohner Mobilitätseinschränkungen vor. Bei 72% wird eine Harninkontinenz angegeben. Unter einer Stuhlinkontinenz leiden 45 %. Die Rate der Demenzzkranken wird mit 53% angegeben. Die statistische Auswertung (univariate Varianzanalyse) ergab bezüglich der Prävalenz der vorgenannten Krankheiten keine signifikanten Unterschiede aufgrund von Trägerschaft oder Größe der Heime. Das Durchschnittsalter der Heim-

bewohner korreliert positiv mit der Prävalenz der Harninkontinenz ($r = 0,14$). Für die Demenz beträgt die Korrelation $0,25$. Am deutlichsten ausgeprägt ist der Zusammenhang mit $r = 0,33$ zwischen Alter und Mobilitätseinschränkung. Die Korrelationen sind auf dem Niveau von $0,01$ signifikant, insgesamt jedoch moderat. Zwischen Stuhlinkontinenz und Alter besteht keine Korrelation. Die Größe der Heime oder die Trägerschaft haben statistisch keinen Einfluss auf die Häufigkeiten der erfassten Krankheiten der Heimbewohner. Signifikante Unterschiede in der geographischen Verteilung der Prävalenzen fanden sich nicht.

Während Mobilität, Harn- und Stuhlinkontinenz zweifelsfrei einer eindeutigen Beurteilung zugänglich sind, ist die Einschätzung des Vorliegens einer Demenz nicht immer leicht möglich. Der angegebene Wert von 53% weist auf eine Untererfassung hin. Empirische Studien zur Häufigkeit der Demenz in Heimen, die Heimpopulationen entsprechend untersucht haben, kommen für Deutschland auf Prävalenzwerte von $60 - 65\%$. Die geringere Einschätzung durch die Pflegedienstleitungen ist ein Hinweis auf die oft fehlende Diagnose der Demenz als Krankheit im Heim.

7.2. Mobilität als Voraussetzung zum Zugang zu ambulanten medizinischen Leistungen

Eine ausreichende Mobilität ist notwendige, wenn auch nicht hinreichende Voraussetzung zum Erreichen von ambulanten medizinischen Leistungen, z. B. für das Aufsuchen von Praxen niedergelassener Ärzte. Deshalb wurden die Mobilitätseinschränkungen differenziert erhoben. Bei 18,5 % ist die Mobilität völlig erhalten, bei weiteren 10,7% nur leicht eingeschränkt. 25,9% der Heimbewohner sind mittelgradig eingeschränkt, benötigen z.B. einen Rollator. Bei 31,4 % liegt eine starke Einschränkung vor und 13,5 % sind völlig immobil. Demnach weist etwa $\frac{1}{4}$ der Bewohner eine ausreichende Mobilität auf, um Versorgungsangebote außerhalb des Heimes wahrnehmen zu können. Durch das gleichzeitige Vorliegen anderer Einschränkungen, wie z.B. Harninkontinenz (Prävalenz 72 %) oder Demenz (Prävalenz 53 %), ist die tatsächliche Möglichkeit, Ärzte außerhalb des Heimes aufzusuchen, jedoch wesentlich geringer.

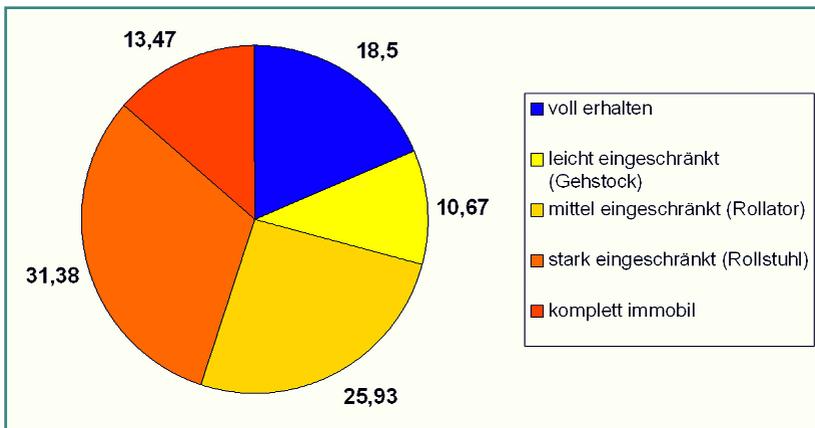


Abbildung 4: Mobilitätsgrade der Heimbewohner in % (n = 59.000)

7.3. Arztbesuche außerhalb des Heimes

Die Heime wurden nach der Zahl der Bewohner gefragt, die im letzten Monat Arztpraxen außerhalb des Heimes aufgesucht hatten. Der Monatszeitraum wurde gewählt, weil er einerseits für die Pflegedienstleitung gut abschätzbar ist und andererseits die übliche Frequenz von Praxisbesuchen im höheren Lebensalter bei 1/Monat liegt. Die Antwort differenziert nach eigenständigen Besuchen von Arztpraxen und solchen mit Begleitung. Selbstständige Arztbesuche außerhalb des Heimes wurden von 3,35% der Bewohner unternommen. Für 15,83 % der Bewohner wurden Arztbesuche in Begleitung angegeben. Bei 80,82% der Bewohner wurden keine Arztbesuche außerhalb des Heimes verzeichnet.

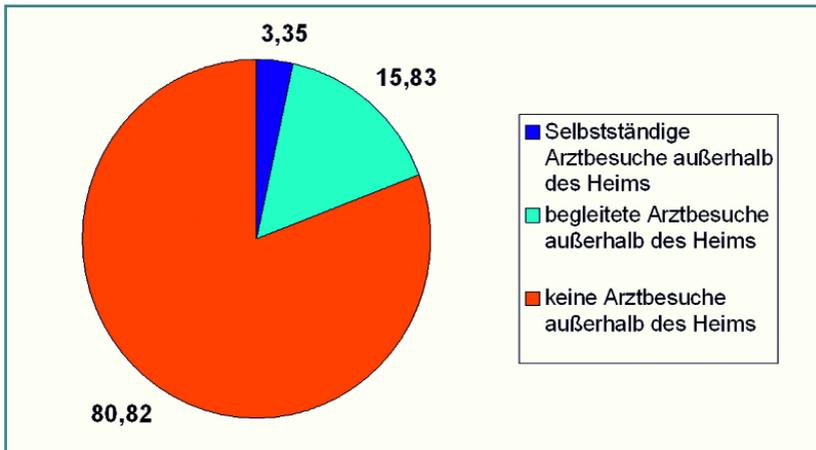


Abbildung 5: Besuche von Heimbewohnern in Arztpraxen außerhalb des Heims in % (n = 57.000)

Tatsächlich sind also nur sehr wenige Heimbewohner in der Lage, die ambulante ärztliche Versorgung eigenständig wahrzunehmen. Bei ausreichender Mobilität muss gleichwohl der Arztbesuch begleitet werden. Die Organisation und Begleitung erfolgt in der Regel durch Personal des Heimes.

7.4. Veranlassung von Arztbesuchen im Heim

Grundsätzlich besteht die freie Arztwahl durch den Heimbewohner. Die Heime sind nach dem Heimgesetz für die pflegerische Versorgung verantwortlich, die aufgrund der qualitätssichernden gesetzlichen Vorgaben sowohl intern als auch extern überprüft wird. Die Verantwortung für die medizinische Versorgung liegt formal jedoch beim Heimbewohner oder seinem Betreuer. Es stellt sich die Frage, ob diese sie auch wahrnehmen oder wahrnehmen können? Deshalb wurden die Heime gefragt, wer in welchem Ausmaß die Arztbesuche im Heim veranlasst.

Grundsätzlich kommen für die Veranlassung der Arztbesuche vornehmlich neben dem Bewohner selbst Angehörige bzw. Betreuer oder das Heimpersonal in Betracht. Für diese drei Gruppen als Initiator von Arztbesuchen wurden jeweils die Antwortkategorien: „nie“, „selten“, „zu gleichen Teilen“, „meistens“ sowie „immer“ vorgegeben. Das Ergebnis zeigt, dass Arztbesuche zu 98,8% meistens oder immer vom Heimpersonal ausgelöst werden. Umgekehrt werden vom Bewohner selbst in 97,3% selten oder nie Arztbesuche veranlasst. Ebenso spielen Angehörige in der Veranlassung von Arztbesuchen praktisch keine Rolle. In 98,2% lautete die Antwort „selten“ oder „nie“.

| Veranlassung von Arztbesuchen in % | Pflegepersonal | Bewohner | Angehörige |
|------------------------------------|----------------|----------|------------|
| nie | 0.1 | 14.6 | 16.5 |
| selten | 0 | 82.7 | 81.7 |
| zu gleichen Teilen | 1.0 | 1.6 | 1.3 |
| meistens | 61.6 | 1.0 | 0.6 |
| immer | 37.2 | 0.1 | 0 |

Tabelle 3: Veranlassung von Arztbesuchen im Heim in %

In der Praxis übernehmen die Heime fast ausschließlich die Aufgabe der Veranlassung und Organisation der Arztbesuche. Die freie Arztwahl wird – aus welchen Gründen auch immer – durch den Bewohner nicht (mehr) wahrgenommen.

7.5. Träger der ärztlichen Versorgung im Heim

Für die ärztliche Versorgung kommen als Träger die niedergelassenen Ärzte, vom Heim angestellte Ärzte (Heimärzte) oder Ärzte aus Krankenhäusern oder Reha-Einrichtungen in Betracht. Die Heime wurden gefragt, wer und in welchem Ausmaß die ärztliche Versorgung wahrnimmt. Dabei wurden für die drei genannten Gruppen jeweils als Antwortmöglichkeit die Kategorien: „Ja, ausschließlich“, „nein“, „zum Teil“ vorgegeben. Die Ergebnisse zeigen eindeutig die fast ausschließliche Versorgung durch niedergelassenen Ärzte. Nur ca. 5 % der Heime gaben an, über eigene Heimärzte zu verfügen. Auch in diesen Fällen nehmen zusätzlich niedergelassene Ärzte häufig an der Versorgung teil. Die ausschließliche Versorgung durch Krankenhausärzte oder Ärzte aus Reha-Einrichtungen stellt eine absolute Ausnahme dar. In ca. 10% der Heime gibt es eine Mit-Versorgung durch Krankenhausärzte. Davon abgesehen wird ärztliche Infrastruktur aus dem stationären Sektor nicht für die Heimversorgung eingesetzt.

| Versorgung durch | Zahl der Heime, die ausschließlich versorgt werden durch | Zahl der Heime die zum Teil versorgt werden durch |
|--------------------------------|--|---|
| Niedergelasse Ärzte | 754 | 29 |
| Angestellte Heimärzte | 8 | 12 |
| Krankenhaus oder Reha-Kliniken | 6 | 77 |

Tabelle 4: Träger der ärztlichen Versorgung in Heimen in der Stichprobe (Mehrfachnennungen möglich)

Es zeigt sich, dass derzeit die ärztliche Versorgung im Regelfall alleine durch die niedergelassenen Ärzte getragen wird, denn der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen zur ambulanten ärztlichen Versorgung umfasst auch den Bereich der Heime. Nach den vorliegenden Ergebnissen wird er grundsätzlich flächendeckend durch die niedergelassene Ärzteschaft wahrgenommen.

7.6. Zahl und Häufigkeit der Arztbesuche in den Heimen

Eine Voraussetzung für eine angemessene ärztliche Versorgung im Heim ist die Arztvisite der Bewohner an ihrem Heimplatz. Es wurde deshalb die Zahl der Ärzte, die ein Heim aufsuchen, erhoben. Dabei wurde nach Ärzten für Allgemeinmedizin und neun für die Heimversorgung wichtigen Facharztgebieten differenziert. Gefragt wurde sowohl nach der jeweiligen Zahl der besuchenden Ärzte als auch nach der Häufigkeit ihrer Besuche. Für die Besuchsfrequenz wurden fünf Kategorien vorgegeben: „wöchentlich (mehr als 50/Jahr); monatlich (10-49/Jahr); quartalsweise (4-9/Jahr); 1-3/Jahr; kein Besuch im letzten Jahr“. Bei der Beantwortung dieser umfangreichen Fragestellung haben 52% der Heime zu den einzelnen Arztdisziplinen und den jeweiligen Häufigkeiten Zahlenangaben gemacht. 48% der Heime haben die Häufigkeiten jeweils mit Kreuzen angegeben. Um eine Aussage über alle 782 Heime treffen zu können, wurden in einem Auswertungsansatz die Zahlenangaben als Kreuz gewertet. Beispiel: ein Heim hat mehrere Internistenbesuche pro Monat angegeben. Dies wird als Kreuz in der Häufigkeitskategorie monatliche Besuche gewertet. Dabei geht die Information über die Anzahl der Besuche verloren. Diese Zahlenangaben werden jedoch im Weiteren separat ausgewertet. Aussagen über alle Heime können durch die Angabe getroffen werden, ob und in welcher Häufigkeit Arztbesuche der entsprechenden Fachgebiete stattfinden. Dies stellt die Minimalvoraussetzung der Versorgung dar. An dieser Stelle wird keine Aussage über die absolute Zahl der Arztbesuche pro Bewohner, der besuchenden Ärzte pro Heim oder die Zahl der betreuten Bewohner getroffen.

7.7. Übersicht zu den Besuchshäufigkeiten der verschiedenen Arztgruppen

Für die Übersichtsdarstellung wurde ein Häufigkeitsindex gebildet, indem die verschiedenen Häufigkeitskategorien einen Zahlenwert erhalten. „Kein Besuch im letzten Jahr“ = 0, „1-3 Besuche“ = 1, bis „über 50 Besuche“ = 4. Der Indexwert 0 bedeutet demnach kein Besuch im letzten Jahr, der höchste erreichbare Wert 4 wird bei einer wöchentlichen Besuchsfrequenz erzielt. Fehlende Angaben der Heime bleiben außer Betracht.

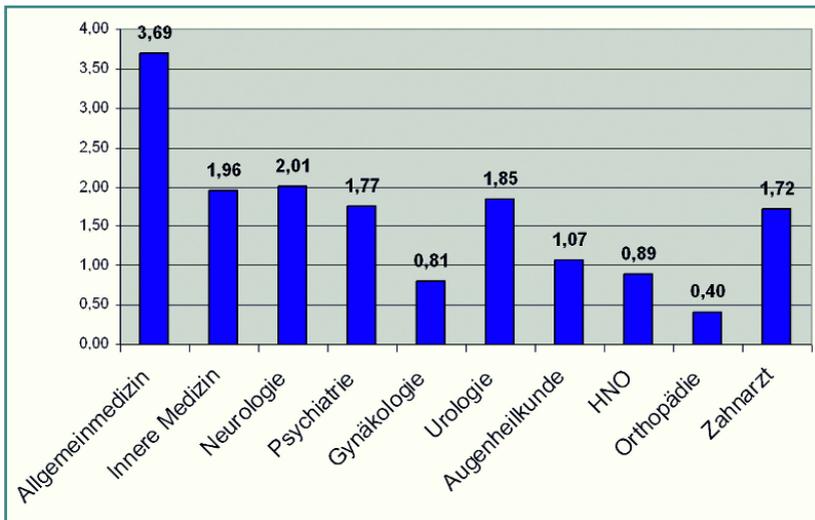


Abbildung 6: Häufigkeitsindex der Arztbesuche im Heim

Diese Angaben sind insofern semiquantitativ, als sie nur den Sachverhalt der Besuche durch mindestens einen Arzt der entsprechenden Fachgruppe in einer bestimmten Frequenz beantworten. Nicht berücksichtigt wird der Parameter wie viele Ärzte der jeweiligen Fachgruppe die Heime besucht haben. Dennoch zeigen sie die Relationen der grundsätzlichen Präsenz der Fachgebiete im Heim.

Die folgenden Detaildarstellungen erlauben bereits eine Aussage zum Versorgungsgrad. Insbesondere die Kategorie „kein Besuch im letzten Jahr“ offenbart erhebliche Versorgungslücken. Gleichzeitig weist die Kategorie „wöchentliche Versorgung“ den Bereich von intensiver Betreuung auf.

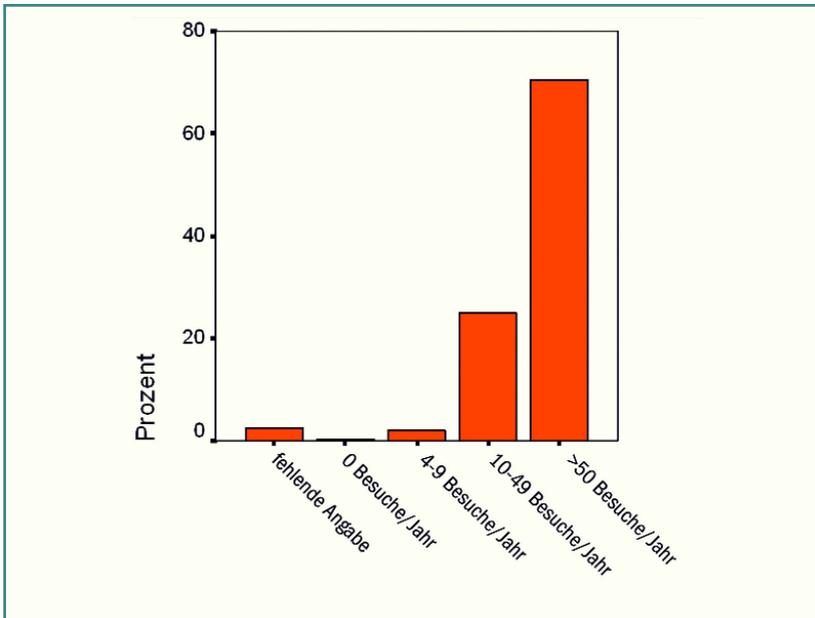


Abbildung 7: Häufigkeit der Besuche durch Ärzte für Allgemeinmedizin in Heimen

Heime werden durch eine große Zahl von Ärzten für Allgemeinmedizin und in hoher Frequenz betreut. 72 % der Heime geben wöchentliche und häufigere Besuche an. Weitere 26% erhalten 10 – 49mal jährlich Versorgung durch Allgemeinärzte. Die Versorgung erscheint grundsätzlich flächendeckend sichergestellt. Nur 2% geben 4 – 9 Besuche/Jahr an. Alle Heime werden durch Allgemeinärzte erreicht.

Die internistische Versorgung in Heimen ist von zwei Gegensätzen geprägt. 26% der Heime wird nicht von Internisten besucht. Weitere 20% machen hierzu keine Angaben. In ca. 40% der Heime sind Internisten jedoch wöchentlich bis monatlich, also in hohem Maße, mit Besuchen präsent.

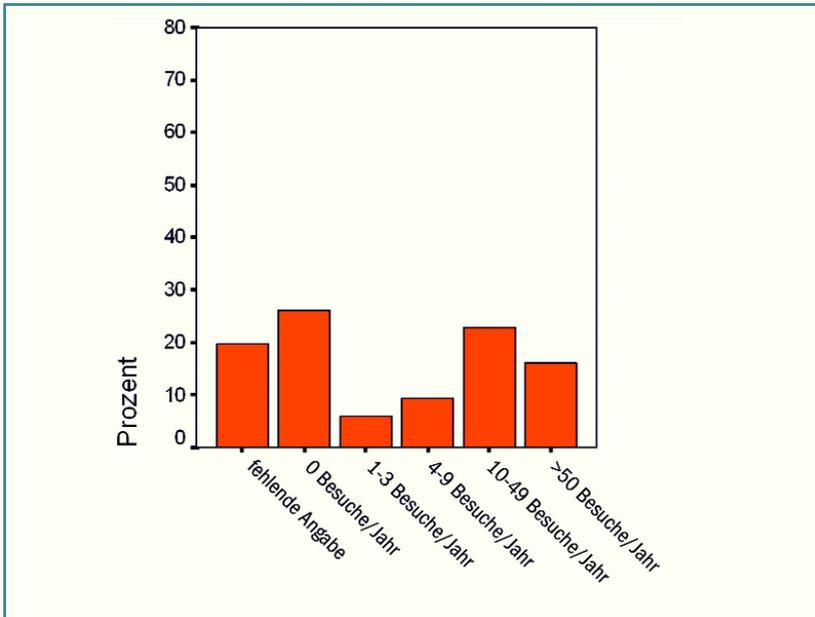


Abbildung 8: Häufigkeit der Besuche durch Ärzte für Innere Medizin im Heim

Die Versorgung durch Neurologen findet bei der Hälfte der Heime mindestens quartalsweise aber seltener als wöchentlich statt. Wöchentliche Besuche bilden mit ca. 5 % die Ausnahme. 15% der Heime haben keine Versorgung durch Neurologen und weitere 10% nur 1 bis 3 Besuche pro Jahr. 12 % der Heime machen hierzu keine Angaben. Der Bedarf an neurologischer Betreuung kann an den Häufigkeiten der Demenz und Depression oder auch Parkinsonschen Krankheit ermessen werden. Zumindest die Diagnosestellung und Therapieeinleitung sind hier fachärztliches Aufgabenfeld. Auch der vielfache Einsatz von Neuroleptika und anderer Psychopharmaka würde eine hohe Präsenz von Fachärzten im Heim nahe legen. Die betroffenen Bewohner können ihren „Wunsch“ nach fachärztlicher Behandlung häufig nicht mehr selbst artikulieren. Deshalb ist die Einbindung des Neurologen durch Hausarzt und Pflege notwendig.

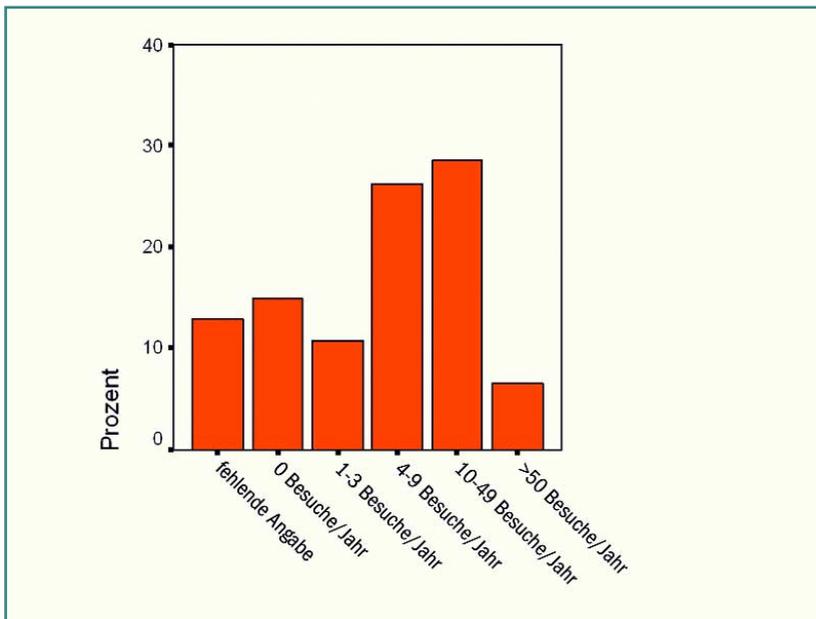


Abbildung 9: Häufigkeit der Besuche durch Neurologen im Heim

Ähnlich gestaltet sich die Versorgung mit Psychiatern. 40% der Heime berichten über Besuche mindestens einmal im Quartal aber seltener als wöchentlich. 6% erhalten wöchentliche Besuche, 10% 1 bis 3 Besuche im Jahr. 24 % werden nicht von Psychiatern betreut und 20 % machen keine Angabe. Die psychiatrische und neurologische Versorgung muss jedoch im Zusammenhang betrachtet werden. Die Aufgaben sind ebenso übergreifend wie die Gebietsbezeichnungen.

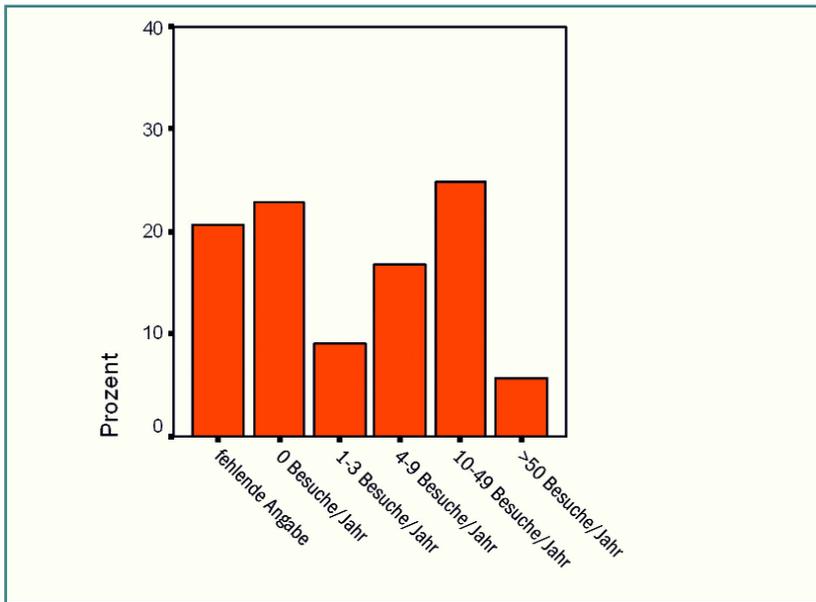


Abbildung 10: Häufigkeit der Besuche durch Psychiater im Heim

Die Versorgung durch Frauenärzte ist mangelhaft. 38,2% der Heime verzeichneten im letzten Jahr keinen Besuch eines Gynäkologen. Weitere 18,2% machten hierzu keine Angabe. 31,3% erhielten 1 – 3 Besuche im Jahr und 17,5% 4 – 9 Besuche im Jahr. Da 80% der Heimbewohner Frauen sind, in der Regel mit Anspruch auf gynäkologische Vorsorgeuntersuchungen, zeigt das Ergebnis, dass eine Versorgung überwiegend nicht gewährleistet ist.

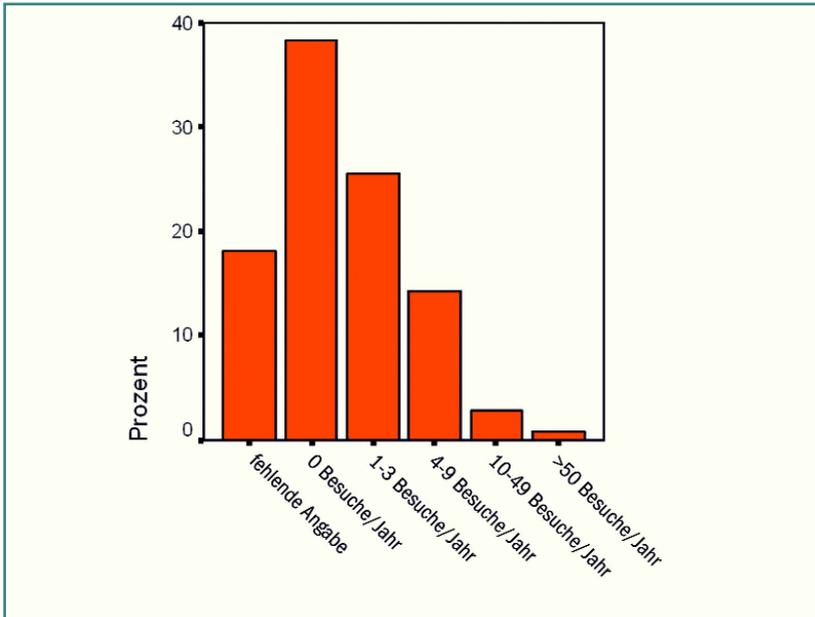


Abbildung 11. Häufigkeit der Besuche durch Frauenärzte im Heim

Ähnlich unzureichend stellt sich die Versorgung mit Urologen dar. 18% der Heime erhielten keinen Besuch im letzten Jahr, weitere 12% machen dazu keine Angaben. Eine geringe Versorgung mit 1 – 3 Besuchen pro Jahr wird von 12,4% der Heime angegeben. Eine regelmäßige Versorgung mit 4 – 9 Besuchen kann bei 24,7% und mit 10 – 49 Besuchen bei 30,3 % konstatiert werden. Angesichts des Umfangs urologisch-gynäkologischer Krankheitsbilder und einer Prävalenz der Harninkontinenz in der Heimpopulation von über 72% ist von einer erheblichen Unterversorgung auszugehen.

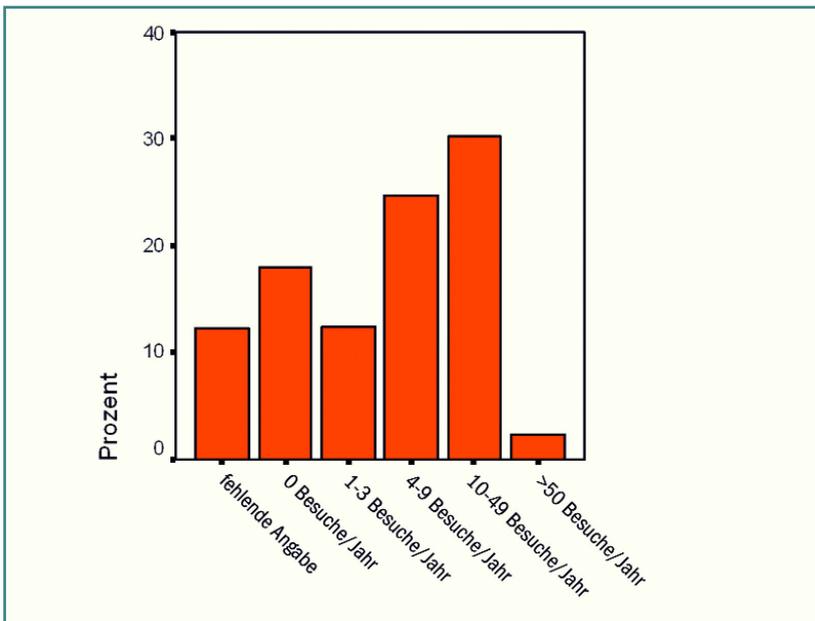


Abbildung 12: Häufigkeit der Besuche durch Urologen im Heim

Die augenärztliche Betreuung der Heimbewohner liegt ebenfalls im Argen. 32% der Heime blieben im letzten Jahr völlig ohne augenärztliche Besuche. 16 % haben keine Angaben gemacht. In 23,4 % wurden 1 – 3 Besuche pro Jahr berichtet. Eine nennenswerte Versorgung von 4 – 9mal/Jahr erhalten 22% der Heime und bei 5% waren es 10 – 49 Besuche/Jahr. Angesichts der Bedeutung des Erhalts des Sehvermögens als notwendige Voraussetzung zur Kommunikationsfähigkeit, Orientiertheit und z. B als Kofaktor der Sturzursachen und auch aufgrund der altersbedingten Häufigkeit von Augenerkrankungen (z.B. 7% Glaukome) besteht in der ophthalmologischen Betreuung ein gravierendes Versorgungsdefizit.

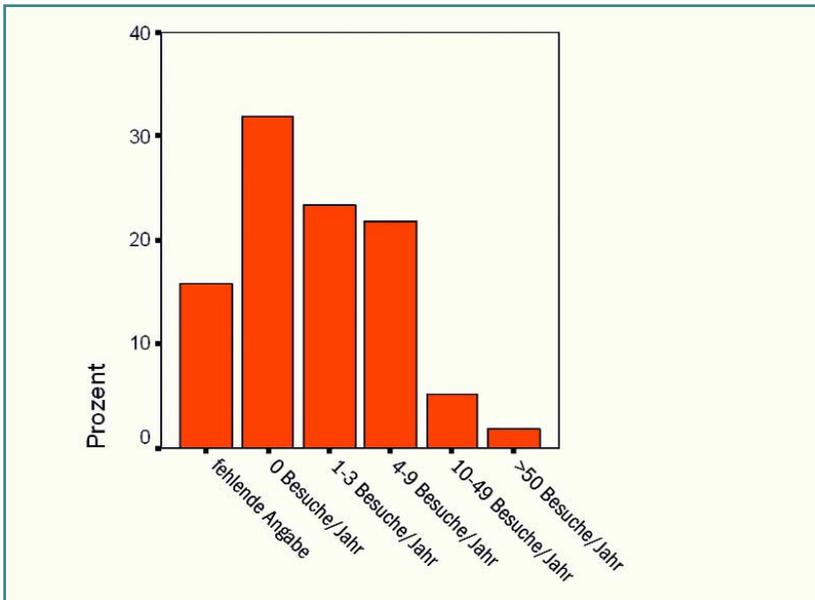


Abbildung 13: Häufigkeit der Besuche durch Augenärzte im Heim

In ähnlicher Weise lückenhaft ist die Versorgung durch HNO-Ärzte. Bei 36% der Heime wurde kein HNO-Arztbesuch im letzten Jahr vermerkt. Bei weiteren 20% fehlt eine Angabe. 24% berichten über 1 – 3, 14% über 4 – 9 Besuche. 6% weisen höhere Frequenzen auf. Analog zur augenärztlichen Betreuung ist die regelmäßige Behandlung durch HNO-Ärzte zum Erhalt der Kommunikationsfähigkeit unabdingbar. Ein großer Teil der Heimbewohner ist mit Hörgeräten versorgt, deren Anpassung, Pflege und Prüfung auf Gebrauchstüchtigkeit kontinuierlich sichergestellt werden muss. Die nicht selten hohen Aufwendungen für die Geräteversorgung können die möglichen positiven Wirkungen nicht entfalten, und die Hörfähigkeit bleibt eingeschränkt oder erlischt. Weiterhin ist die Konsultation eines HNO-Arztes für viele Bewohner aufgrund eines eingeschränkten Schluckvermögens von hoher Bedeutung, um einer Mangelernährung oder einem zu raschen Legen einer PEG vorzubeugen.

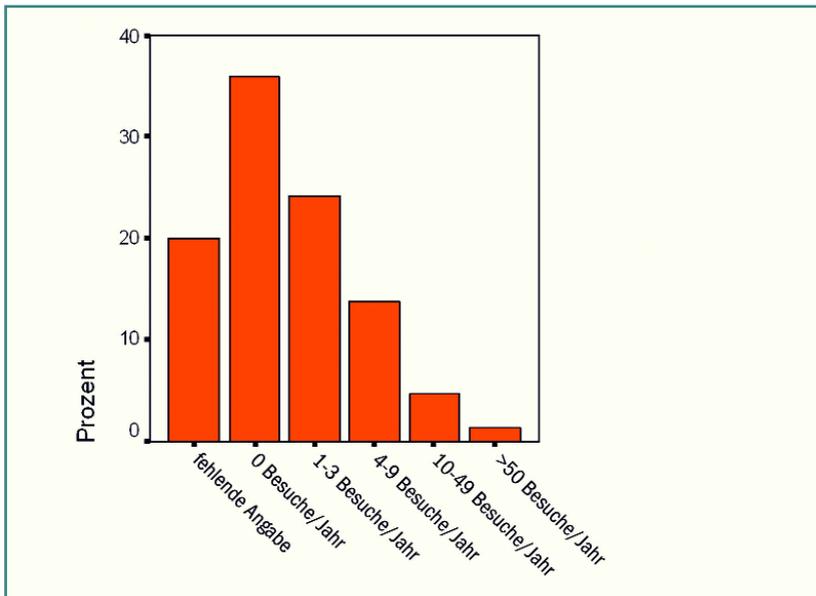


Abbildung 14: Häufigkeit der Besuche durch HNO-Ärzte im Heim

Die Versorgung mit Zahnärzten zeigt eine mittlere Häufigkeit. Ca. 10% der Heime werden nicht durch Zahnärzte besucht. 36 % weisen 1 – 3 Besuche auf, die nicht ausreichen können, alle Bewohner z.B. mindestens einmal jährlich zu untersuchen. 30,6% teilten 4 – 9 und 21,4 % 10 – 49 Besuche pro Jahr mit.

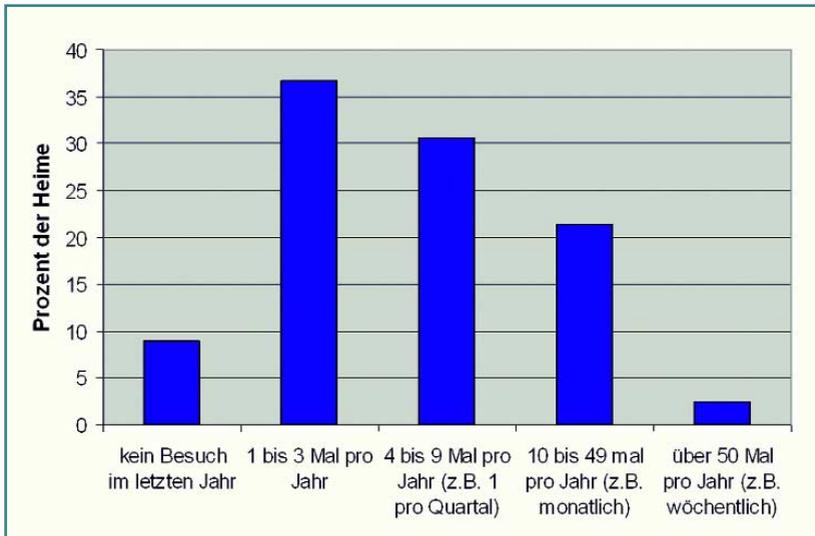


Abbildung 15: Häufigkeit der Besuche von Zahnärzten im Heim

Die wichtige Rolle, die einem funktionsfähigen Gebiss besonders für die Ernährung zukommt, bei gleichzeitigem hohen Anteil an Zahnersatzträgern in der Altersschichtung der Heimbewohner, macht eine regelmäßige, kontinuierliche Behandlung durch Zahnärzte erforderlich. Die erhobenen Besuchsfrequenzen sind bei fast der Hälfte der Heime nicht ausreichend, um dies zu gewährleisten.

Eine marginale Rolle spielt die fachärztliche Tätigkeit von Orthopäden in Heimen. Über 56% der Heime verzeichneten keine entsprechenden Arztbesuche. Ein Viertel machte keine Angabe. In 15% der Heime wurden 1-9 Besuche pro Jahr beobachtet. Die erheblichen Mobilitätseinschränkungen der Heimbewohner werden offensichtlich nicht orthopädisch betreut.

Weitere Facharztgruppen spielen keine nennenswerte Rolle. Unter „andere Fachärzte“ wurden selten Chirurgen und Dermatologen aufgeführt. Unter dem besseren Management der Dekubitusproblematik ist hier der Bedarf offensichtlich rückläufig.

7.8. Zahl der Arztbesuche nach Arztgruppen

Ein zweiter Ansatz zur Beurteilung der Intensität ärztlicher Versorgung ist die zahlenmäßige Erfassung der Heimbesuche für die verschiedenen Arztgruppen. Hierzu haben 407 Heime quantitative Antworten in den oben beschriebenen Häufigkeitskategorien gegeben. Daraus lassen sich die durchschnittliche Zahl von Arztbesuchen pro Jahr und Heim ablesen. Für die Bewertung ist zu beachten, dass die Heime im Durchschnitt mit 77,16 Bewohnern belegt sind. Die Besuche beziehen sich also auf diese potentielle Patientenzahl. Zur Veranschaulichung gibt die Tabelle die Betreuungsdichte an, die unter einem bestimmten Szenario erreicht wird. Unterstellt man, dass im Rahmen eines Arztbesuchs 5 Bewohner visitiert würden, lässt sich errechnen, wie viele Arztbesuche je Heimbewohner im Jahr möglich sind. Aufgrund der angegebenen Zahl der Arztbesuche pro Heim ist dies die theoretisch erreichbare Betreuungsdichte bei einer gleichmäßigen Verteilung der Arztgruppenpräsenz über die Heime.

Bei der Beurteilung dieser Angaben ist jedoch zu berücksichtigen, dass diejenigen Heime, die quantitative Angaben zur Zahl der besuchenden Ärzte gemacht haben, besonders gut geführt und organisiert sein könnten und daher für ihre Bewohner eine bessere Versorgung realisieren. Weiterhin zeigt die Auswertung der Besuchsfrequenzen ein sehr breites Spektrum und ungleiche Verteilung mit erheblichen Lücken der Versorgung in vielen Heimen bei vielen Facharztgruppen. Die fiktiven Besuchszahlen pro Bewohner zeigen nur die grundsätzliche Option, mit dem im System erbrachten Besuchsvolumen einen bestimmten Versorgungsgrad erreichen zu können. Bei dieser Berechnung wird eine effektive Nutzung des Besuchs durch Betreuung von z.B. 5 Bewohnern angenommen. Für die Allgemeinmedizin ergibt die Arztbesuchsfrequenz

unter der Annahme der gleichzeitigen Betreuung von 5 Bewohnern einen wöchentlichen Arztkontakt je Heimbewohner. Für die Neurologie/Psychiatrie wären die Durchschnittswerte mit fast 6 Besuchen pro Jahr ausreichend, wenn auch hier 5 Patienten pro Besuch und alle Heime in die Versorgung einbezogen wären. Für die anderen Fachgebiete reicht die Zahl der Besuchsereignisse nicht aus, um eine regelmäßige Versorgung zu gewährleisten. Diese theoretischen Ableitungen aus den Angaben zur Zahl der Arztbesuche korrespondieren gut mit den Ergebnissen der Fragen zum Versorgungsgrad, die für einige ausgesuchte Facharztgebiete gestellt wurden.

| Arztgruppe | Zahl der Besuche pro Heim pro Jahr | Mögliche Zahl der Besuche pro Bewohner pro Jahr |
|------------------|------------------------------------|---|
| Allgemeinmedizin | 783,6 | 50,77 |
| Internisten | 101,0 | 6,54 |
| Neurologen | 54,6 | 3,53 |
| Psychiater | 35,8 | 2,31 |
| Gynäkologen | 4,7 | 0,3 |
| Urologen | 21,2 | 1,37 |
| Augenärzte | 9,4 | 0,60 |
| HNO-Ärzte | 5,6 | 0,36 |
| Orthopäden | 2,8 | 0,18 |
| Zahnärzte | 19,9 | 1,28 |

Tabelle 5: Durchschnittliche Zahl der Besuche der Arztgruppe pro Heim und Jahr sowie theoretisch mögliche Besuche pro Bewohner und Jahr

7.9. Regelmäßige Versorgung durch Fachärzte

Die Aussagen zu den Arztbesuchen im Heim enthalten keine Angaben zur Zahl der dadurch betreuten Bewohner. Deshalb wurden hierzu in einer eigenen Fragestellung Angaben für die wichtigsten Facharztzdisziplinen erhoben. Erfragt wurde die Zahl der Bewohner, die mindestens einmal pro Quartal durch

Internisten sowie durch Neurologen/Psychiater betreut werden. Für Untersuchungen/Behandlung/Versorgung durch Gynäkologen und Urologen wurde ein einmaliger Besuch pro Jahr als regelmäßige Versorgung vorgegeben. Die Ergebnisse zeigen eine gravierende Unterversorgung durch Fachärzte. Nur 31,15% der Bewohner werden regelmäßig internistisch versorgt. Eine Betreuung durch Neurologen/Psychiater erfolgt nur für 35,25% der Bewohner, obwohl z.B. allein die von der Pflegedienstleitung eingeschätzte Prävalenz der Demenz 53% beträgt. Eine mindestens einmal jährliche Versorgung durch Urologen erhalten 13,84% der Bewohner, bei der geschätzten Prävalenz der Harninkontinenz von 72,18%. Der Anteil der Frauen an den Bewohner beträgt 77,9%. Dennoch liegt der Anteil der Bewohner mit mindestens einmal jährlicher Betreuung durch Gynäkologen bei 7,55%.

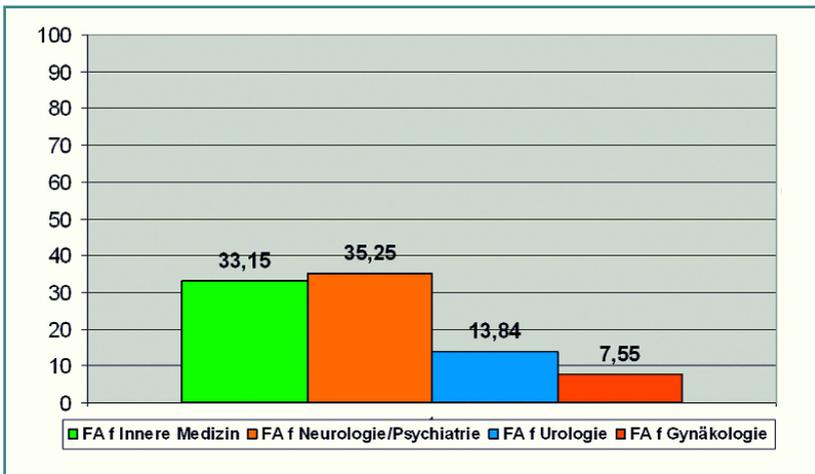


Abbildung 16: Anteil regelmäßig durch Fachärzte versorgter Heimbewohner in %

Während für die Versorgung durch Internisten ein überlappender Versorgungsauftrag mit Ärzten für Allgemeinmedizin besteht und sich somit eine Unterversorgung nicht zwingend aus den Daten ergibt, zeigt sich für die Behandlung mit Neurologen oder Psychiatern eine deutliche Versorgungslücke.

Die Häufigkeit von Krankheitsbildern wie Demenz, Depression oder Parkinsonismus übersteigt die fachärztlich erreichte Bewohnerpopulation bei weitem. Die Erhebungsvorgabe stellt mit regelmäßiger Versorgung bei mindestens einem Arztbesuch pro Quartal keinen überhöhten Anspruch. Für die urologische und gynäkologische Versorgung bleibt festzuhalten, dass sie bis auf Ausnahmen überhaupt nicht stattfindet. Der Grad der fachärztlichen Versorgung liegt bei Heimen in öffentlicher oder frei-gemeinnütziger Trägerschaft gleichermaßen niedrig. Heime in privater Trägerschaft haben einen höheren Versorgungsgrad bei Neurologen/Psychiatern, Urologen und Gynäkologen. Jedoch liegt auch hier der Anteil der Bewohner, die fachärztlich versorgt werden mit 42,5%, 17,1% und 9,4% weit unter einer ausreichenden Versorgung. Die Unterschiede im Versorgungsgrad zwischen den Trägern sind statistisch signifikant. Auch die Größe der Heime hat einen Einfluss auf den Versorgungsgrad. Heime mit weniger als 50 Plätzen und Heime mit mehr als 150 Plätzen weisen für die neurologische und urologische Versorgung signifikant höhere Werte auf.

7.10. Zusammenhang zwischen Facharzt-Frequenz und betreuten Bewohnern

Der Anteil der Bewohner, die neurologisch/psychiatrisch versorgt wird, ist erwartungsgemäß in hohem Maße mit der Frequenz der Facharztbesuche korreliert.

Die Präsenz der Fachärzte in den Heimen ist Voraussetzung für die notwendige medizinische Versorgung der Bewohner. Der enge Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der Besuche beider Disziplinen weist auf die gleichlaufenden Stärken und Schwächen hin – d. h., er gilt gleichermaßen für Neurologen wie für Psychiater.

| Korrelationen | | | |
|--|-------------------------------|---|--------------------------------|
| | Anzahl Arztbesuche Neurologie | Bewohner regelmäßig untersucht durch Ärzte der Neurologie/Psychiatrie | Anzahl Arztbesuche Psychiatrie |
| Spearman-Rh | | | |
| Anzahl Arztbesuche Neurologie [Korrelationskoeffizienz Signifikanz (2-seitig) N] | 1,000 . 681 | ,549** ,000 597 | ,507** ,000 571 |
| Bewohner regelmäßig untersucht durch Ärzte der Neurologie/Psychiatrie [Korrelationskoeffizienz Signifikanz (2-seitig) N] | ,549** ,000 597 | 1.000 . 664 | ,455** ,000 541 |
| Anzahl Arztbesuche Psychiatrie [Korrelationskoeffizienz Signifikanz (2-seitig) N] | 507** ,000 571 | ,455** ,000 541 | 1.000 . 621 |

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Tabelle 6: Korrelation Zahl der Facharztbesuche und Zahl der betreuten Bewohner

7.11. Versorgungsgrad der Heimbewohner mit spezifischer Medikation

Zur Qualität der ärztlichen Versorgung in Heimen gehört neben der Strukturqualität, die über das Vorhandensein und die Quantifizierung von Arzt/Patienten-Kontakten beschrieben werden kann, auch die Prozessqualität, d.h. die Frage, ob die Behandlungen auch angemessen sind. Als ein in der Befragung einsetzbarer Parameter medizinischer Behandlungen wurde die Medikationshäufigkeit relevanter Krankheitsbilder gewählt. Die Heime gaben an, wie viele Bewohner vom Arzt verordnete Medikamente erhalten. Erhoben wurden Angaben zu Herz-Kreislaufkrankungen, Harninkontinenz, Demenz, Depression und Diabetes. Die Frage nach der Medikation von Herz-Kreislaufkrankungen dient als positive Kontrolle. Als Ergebnis zeigte sich, dass 68,8% der Bewohner Herz-Kreislauf Medikamente erhalten. In 10% der Heime erhalten 100% der Bewohner diese Medikation. Nur in einzelnen Heimen erhalten weniger als 20% der Bewohner entsprechende Verordnungen.

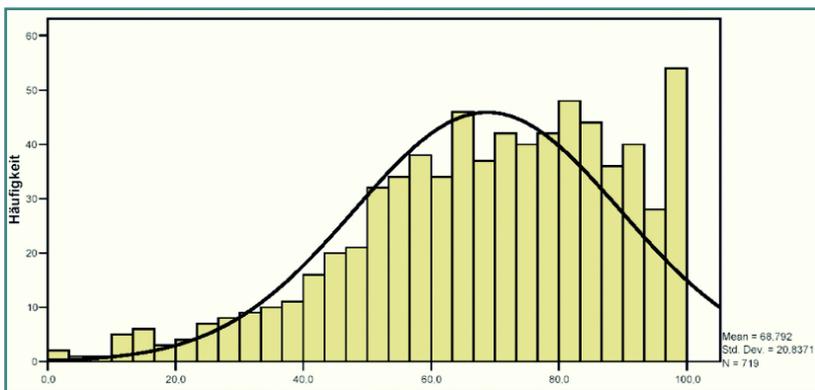


Abbildung 17: Zahl der Heime und Anteil der Herz-Kreislauf Medikation in % der Bewohner

Die Versorgung mit Diabetes-Medikation

Der Anteil der Bewohner mit Verordnung von Diabetes-Medikation liegt bei 25,4%. Dies entspricht der Prävalenz des Diabetes in den Altersgruppen grundsätzlich, allerdings mit einer höheren Rate bei Pflegeheimbewohnern. Die Verteilung zeigt eine Normverteilung um den Mittelwert. Heime, in denen mehr als 60% der Bewohner Diabetesmedikation erhalten, werden nicht beobachtet. Heime ohne entsprechend behandelte Bewohner sind die Ausnahme.

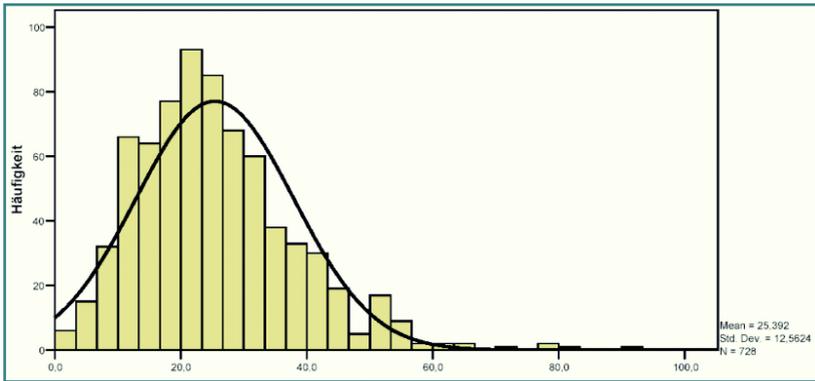


Abbildung 18: Zahl der Heime und Anteil der Diabetes-Medikation in % der Bewohner

Die Versorgung mit Antidementiva

Die Versorgung mit Antidementiva zeigt ein völlig anderes Bild. Entsprechend der von den Heimen angegebenen Demenz-Prävalenz der Bewohner von 53,4% muss eine Medikation in derselben Größenordnung angenommen werden. Das Ergebnis weist jedoch nur einen Bewohner-Anteil mit Medikation von 19,5 % auf. In 36 % der Heime erhalten weniger als 10% der Bewohner Antidementiva, in der Hälfte der Heime werden weniger als 15% der Bewohner spezifisch medikamentös versorgt. 60 % der Heime weisen eine Versorgungsquote von weniger als 20% auf. Nur knapp 2% der Heime gaben einen Verordnungsgrad entsprechend der Prävalenz der Erkrankung an. Zusätzlich machten 16% der Heime keine (positiven) Angaben zur Demenzmedikation.

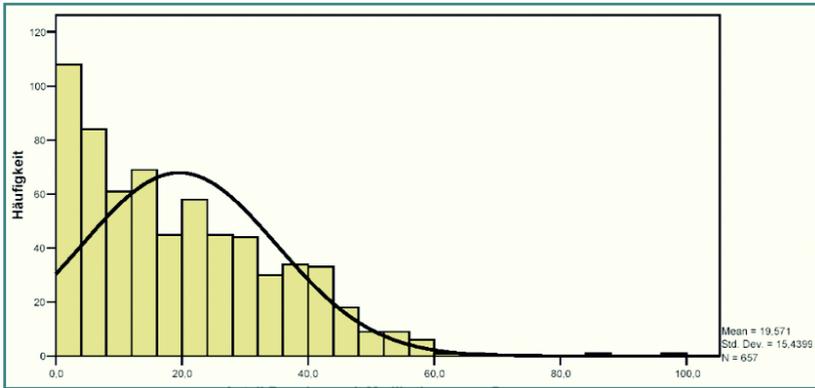


Abb. 19: Zahl der Heime und Anteil der Demenz-Medikation in % der Bewohner

Die Versorgung bei Harninkontinenz

Gravierende Unterversorgung mit spezifischer Medikation weist auch die Harninkontinenz auf. Die erkannte Prävalenz beträgt 72,2%, die durchschnittliche Verordnungsquote entsprechender Medikamente hingegen nur 19,4%. In 54% der Heime werden weniger als 10% der Bewohner behandelt. Zusätzliche 24% der Heime haben keine Angaben zur Verordnung gemacht. Nur in 12% der Heime werden mehr als die Hälfte der Bewohner entsprechend behandelt.

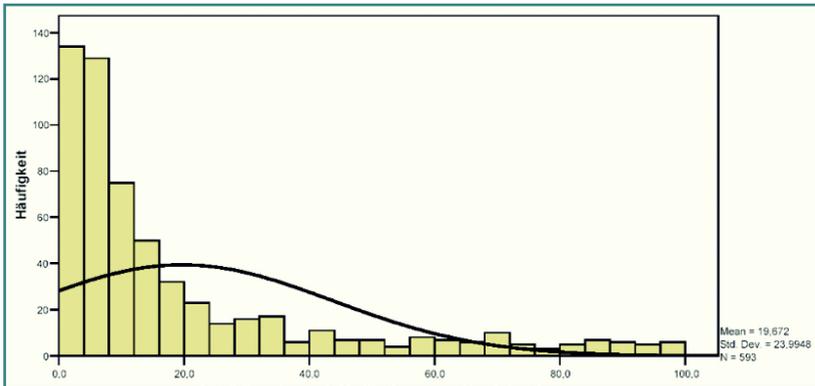


Abbildung 20: Anzahl der Heime und Anteil der Harninkontinenz-Medikation in % der Patienten

Die Versorgung mit Antidepressiva

Eine ähnliche Unterversorgung findet sich für die Depression, die im Mittel bei 18,4 % der Bewohner behandelt wird. Der Anteil der Heime, die völlig ohne Behandlung oder ohne Angabe sind, ist bei der Depression deutlich geringer als bei dem Krankheitsbild Demenz.

Einfluss der Heimträgerschaft

Die Art der Trägerschaft des Heimes hatte auf allen untersuchten Indikationsbereichen keinen signifikanten Einfluss auf die Versorgungsquote mit Medikamenten. Ebenso ergaben sich keine signifikanten Unterschiede der Medikation nach der Größe der Heime. Ein Zusammenhang zwischen der Zahl der Besuche durch Neurologen und der Medikationsquote konnte mit $r = 0,26$ ($p = 0,00$) statistisch signifikant abgesichert werden. Noch stärker ausgeprägt ist die Korrelation zwischen dem Anteil der neurologisch betreuten Bewohnern und der Versorgungsquote mit Antidementiva.

| Korrelationen | | | |
|--|---|---|--|
| | | Bewohner regelmäßig untersucht durch Ärzte der Neurologie/Psychiatrie | Bewohner mit verordneten Medikamenten für Demenz (neuartige Antidementiva) |
| Bewohner regelmäßig untersucht durch Ärzte der Neurologie/Psychiatrie | Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N | 1 . 664 | ,468** ,000 576 |
| Bewohner mit verordneten Medikamenten für Demenz (neuartige Antidementiva) | Korrelation nach Pearson Signifikanz (2-seitig) N | ,468** ,000 576 | 1 . 664 |

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant

Tabelle 7: Korrelation fachärztlich versorgte Bewohner und Bewohner mit Antidementivaverordnung

Daher darf vermutet werden, dass die Unterversorgung mit Antidementiva eine wesentliche Ursache in dem mangelnden Zugang zu entsprechender fachärztlicher Betreuung hat. Ähnliche Verhältnisse zeigen sich bezüglich der Behandlung der Harninkontinenz und der Präsenz urologischer Versorgung. Die Intensität der allgemeinmedizinischen Betreuung steht in keinem statistisch signifikanten Verhältnis zu den Medikationsquoten bei Demenz, Depression und Harninkontinenz. Die ausreichenden Versorgungsraten mit Herz-Kreislauf- und Diabetes-Medikation sind nicht mit besonderen Facharztfrequenzen assoziiert. Die Verordnung wird wohl überwiegend durch die Ärzte für Allgemeinmedizin erfolgen.

7.12. Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals

Die Studie wurde auch genutzt, um Angaben zum Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals zu erheben. So wurde zunächst der grundsätzliche Weiterbildungsbedarf nach den Kategorien: „kein weiterer Bedarf“, „geringer Bedarf“, „mittlerer Bedarf“, „großer Bedarf“ erfragt. Der Weiterbildungsbedarf grundsätzlich wird von zwei Drittel der Heime als mittlerer Bedarf angegeben. Ein Viertel der Heime sieht grundsätzlich großen Bedarf. Nur 8% schätzen den Weiterbildungsbedarf als gering ein und 1% sieht keinen weiteren Bedarf (siehe Abbildung 21).

Mit denselben Kategorien wurde differenziert der Weiterbildungsbedarf für verschiedene in der Versorgung von Heimbewohnern wichtige pflegerische und medizinische Themen erhoben. Dabei wurden Mittelwerte gebildet, indem kein Bedarf mit 0, geringer Bedarf mit 1, mittlerer Bedarf mit 2 und großer Bedarf mit 3 bewertet wurde. Der Gesamtmittelwert des grundsätzlichen (nicht themenbezogenen) Weiterbildungsbedarfs liegt bei 2,15. Die Ergebnisse zeigen deutliche Unterschiede in der Beurteilung des spezifischen Weiterbildungsbedarfs. Der größte Bedarf wird im Bereich *Demenz*, gefolgt von den Themen *Depression* und *Schmerz* gesehen. Der *Sturzprophylaxe* und dem *Ernährungs- und Flüssigkeitshaushalt* werden mittlere Bedarfswerte beigemessen. Unterdurchschnittliche Bedeutung erhalten *Dekubitusprophylaxe*, *Schutzimpfungen (Influenza, Pneumokokken)*, *Harn- sowie Stuhlinkontinenz* (siehe Abbildung 22).

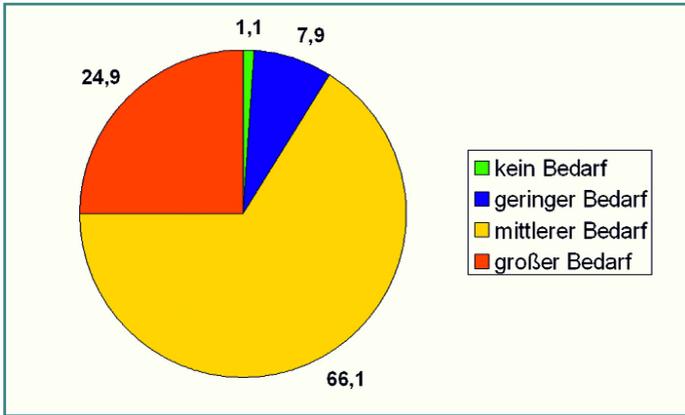


Abbildung 21: Grundsätzlicher Weiterbildungsbedarf des Heim – Pflegepersonals in % (n = 758 Heime)

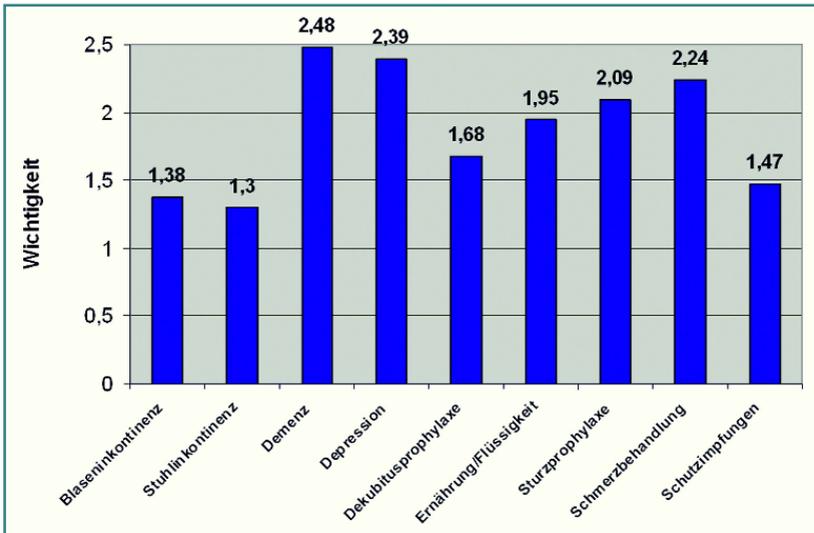


Abbildung 22: Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals nach Themen (0 = kein Bedarf, 1 = geringer Bedarf, 2 = mittlerer Bedarf, 3 = großer Bedarf)

Weitere differenzierte Angaben zum Weiterbildungsbedarf finden sich im Anhang.

8. Fazit und Empfehlungen

- > Bei Heimbewohnern werden hohe Prävalenzen von Mobilitätseinschränkungen (75%), Harninkontinenz (72%), Demenz (53%) und Stuhlinkontinenz (45%) angegeben. Die Einschätzung der Demenz liegt unter der in empirischen Untersuchungen festgestellten tatsächlichen Häufigkeit (60-65%). Die Aufmerksamkeit zur Diagnose und Behandlung der Demenz muss erhöht werden.
- > Besuche von Arztpraxen außerhalb des Heimes werden nur von 20% der Bewohner durchgeführt. Die Begleitung von Bewohnern zum Arzt kann den Zugang zur Versorgung für mobile Bewohner sichern. Dies muss in der Personalbemessung für Heime berücksichtigt werden. Verstärkter Einsatz von Angehörigen und Ehrenamtlichen könnte erheblich zur Versorgungsverbesserung beitragen.
- > Die ärztliche Versorgung der Heime wird fast ausschließlich durch niedergelassene Ärzte wahrgenommen. Andere medizinische Infrastrukturen (z.B. Einrichtungen des stationären Sektors) werden nicht zur Versorgung herangezogen. Die Ressourcen sollten, wo es sich anbietet, zweckmäßig genutzt werden. Entsprechende Regelungen zur Leistungserbringung sind zu entwickeln.
- > Die Arztbesuche werden in aller Regel durch das Pflegepersonal der Heime veranlasst. Die freie Arztwahl kann von vielen Bewohnern nicht (mehr) wahrgenommen werden. Die de facto Übernahme dieser Aufgabe durch das Heim ist rechtlich ungeregelt und unterliegt keiner Qualitätskontrolle. Angehörige und Betreuer sind zu wenig involviert.

- > Die Versorgung durch Ärzte für Allgemeinmedizin erfolgt in hoher Dichte. Die häufig hohe Zahl verschiedener im Heim tätiger Ärzte erschwert die Umsetzung medizinischer Behandlung durch die Pflegekräfte. Eine bessere Koordination der Ärzte untereinander und Einbeziehung in das Fall-Management der Pflegekräfte ist zur Erzielen einer guten Behandlungsqualität notwendig. Weiterhin bedarf es eines gezielten Fortbildungsangebotes, welches die besonderen medizinischen Bedarfe alter Menschen in den Mittelpunkt rückt. Hierzu müssen leicht zugängliche Angebote erschlossen werden.
- > Die fachärztliche Versorgung weist erhebliche Lücken auf. So fehlt die Versorgung mit Frauenärzten, Augenärzten und HNO-Ärzten fast völlig. Die Betreuung durch Urologen und Orthopäden ist unzureichend. Von Neurologen und Psychiatern werden nur 1/3 der Bewohner erreicht. Gespräche mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Berufsverbänden der betroffenen Facharztdisziplinen sind erforderlich, um die Ursachen der Versorgungsdefizite aufzuklären und Lösungen zu entwickeln. Dabei muss auch die Vergütungsregelung für die Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte in Heimen, der EBM 200plus (Einheitlicher Bewertungsmaßstab), kritisch angesprochen werden.
- > Die Organisation der Facharztversorgung in den Heimen muss verbessert werden. Mit den Verbänden der Leistungsträger und den Kostenträgern sollen Maßnahmen zur Qualitätssicherung diskutiert werden. In die Diskussion können Heimarztmodelle und gemeinsame Budgets von Kranken- und Pflegeversicherung einbezogen werden. Eine Erweiterung der Qualitätserfassung durch unabhängige Gremien, z.B. des MDK, aber auch seine größere Unabhängigkeit von der Kranken- und Pflegeversicherung sind zu prüfen. Da dem MDK ohnehin bereits qualitätssichernde Aufgaben in den Heimen obliegen, erscheint eine Ausdehnung auf Aspekte der medizinischen Versorgung nahe liegend.

- > Die Versorgungsrate mit spezifischer Medikation weist je nach Indikation erhebliche Unterschiede auf. Während Herz-Kreislaufkrankheiten oder Diabetes entsprechend der Häufigkeit dieser Krankheiten behandelt werden, unterbleibt z.B. bei Demenz und Harninkontinenz die Medikation überwiegend. Diese Unterversorgung korreliert mit der mangelnden Besuchshäufigkeit der entsprechenden Facharzt-disziplinen. Eine Lösung kann in einer angemessenen, intensiveren Betreuung der Heimbewohner durch Fachärzte liegen. In einigen Bereichen kann auch die Übernahme spezifischer Behandlungen durch die im Heim bereits tätigen Ärzte für Allgemeinmedizin diskutiert werden. Entsprechende Fortbildungsinitiativen zum Behandlungsmanagement der Zielkrankheiten im Heim können hier beitragen.
- > Pflegende verfügen über dichtesten und regelmäßigen Zugang zu den Bewohnern und ihren Angehörigen. Diese wichtige Ressource muss gezielt ausgebaut werden. Es bedarf daher eines Angebotes, welches für jedes Heim *einzelne* Pflegende mit einer den medizinischen Bedarfen der Bewohner entsprechenden Pflegeexpertise ausstattet. Allgemein – und Fachärzte können damit in ihrer Tätigkeit gezielt unterstützt werden.
- > Der Weiterbildungsbedarf des *allgemeinen* Pflegepersonals ist insbesondere auf den Gebieten Demenz, Depression, Schmerz und Sturzprophylaxe überdurchschnittlich groß. Die Ausbildungscurricula und die Fortbildungsprogramme in der Altenpflege sollten diesem festgestellten Bedarf Rechnung tragen.

9. Literatur

BIENSTEIN, CH., HANNICH, J.H.: Qualitätskriterien für Förderungs- und Lebensgestaltungskonzepte für Langzeitpatienten in stationären und ambulanten Bereichen. Verlag Zimmermann, Dorsten, 2001

BMFSFJ: Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin, 2002

BMGS: Dritter Bericht über die Entwicklung der Pflegeversicherung, Berlin, 2005

BMGS: Die soziale Pflegeversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in den Jahren 2001 und 2002, Statistischer und finanzieller Bericht, Bonn, 2004

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Osnabrück, 2002

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Osnabrück, 2004

DEUTSCHES NETZWERK FÜR QUALITÄTSENTWICKLUNG IN DER PFLEGE (HRSG): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Osnabrück, 2005

DOENGES, M.E.; et al: Pflegediagnosen und Maßnahmen. Hans Huber Verlag, 2004

FÜSGEN, I. und J.F. HALLAUER: Demenz – Qualitätsgesicherte Heimbetreuung für Demente, 12. Workshop des Zukunftsforum Demenz, Dokumentationsband 8, Medical Tribune Verlagsgesellschaft, Wiesbaden, 2004

GÖRRES, S.; BÖCKLER, U.: Zukünftige Dienstleistungen in der Pflege. In: Pflege. 2/2004, S. 105 – 113

HALLAUER, J.F.: Harninkontinenz der Frau – epidemiologische, soziale und ökonomische Aspekte. In: W. Künzel und M. Kirschbaum (Hrsg.): Giessener Gynäkologische Fortbildung 1997, Springer-Verlag, 1997, S. 3 – 10.

HALLAUER, J.F., SCHONS, A., SMALA, A., BERGER, K.: Untersuchung von Krankheitskosten bei Patienten mit Alzheimer-Erkrankung in Deutschland; Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement, 5; S. 73 – 79, 2000

HALLAUER, J.F. UND A. KURZ: Weißbuch Demenz, Thieme-Verlag, 2002

HALLAUER, J.F.: Versorgungsdefizite bei der Alzheimer-Krankheit, *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* 52, No 4, 320 – 321, 2002

HALLAUER J.F.: Krankheit Demenz besser managen, in: Füsgen, I., Hallauer, J., Frölich L.; Demenz – auf dem Weg zu einem Disease-Management-Programm? 5. Workshop

- des Zukunftsforum Demenz; Dokumentationsband 1, Medical Tribune Verlagsgesellschaft, Wiesbaden, S. 11-16, 2003
- HIRSCH, R.D. und U. KASTNER: Heimbewohner mit psychischen Störungen – Expertise, Forum Bd. 38, Kuratorium Deutsche Altershilfe, 2004
- KOCH-STRAUBE, U.: Fremde Welt Pflegeheim. Verlag Hans Huber, Bern, 1997
- LEHR, U.: Psychologie des Alterns. Quelle & Meyer, Wiebelsheim, (10. Auflage), 2003
- LEHR, U.: Interventionsgerontologie; Steinkopff, Darmstadt; 1979
- LEHR, U. und THOMAE, H.: Formen seelischen Alterns, Enke, Stuttgart ,1987
- LEHR, U.: Krankheit und Pflege vermeiden, in: Forum für Gesundheitspolitik 8, S. 173-176, 2002
- LEHR, U.: Interventionelle Gerontologie; Herausforderungen einer alternden Gesellschaft; in: Arzt und Krankenhaus; 76; S. 54-58 und 212-214; 2003
- MOERS, M.; SCHIEMANN, D.: Expertenstandards in der Pflege. In: Pflege und Gesellschaft. 3/04, S. 75 – 78
- MÜLLER, E.; SCHMIDT-RICHTER, R.: Pflegeausbildung nachgefragt. In: Pflege, 4/2005, S. 244 – 253
- PRÄSIDENT DES LANDTAGES NORDRHEIN-WESTFALEN. ENQUETE-KOMMISSION „ Situation und Zukunft der Pflege in NRW“. Düsseldorf, 2005
- ROBERT BOSCH STIFTUNG: Pflege neu denken. Schattauer Verlag. Stuttgart, 2000
- SAUERBREY, G.: Pflege und medizinische Versorgung alter Menschen in Pflegeheimen, Gesellschaftspolitische Kommentare, 46. Jg, Juni 2005, S. 13 – 15
- SCHREIER, M.M.; BARTHOLOMEYCZIK, S.: Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover 2004
- SCHWABE, U, D. PAFFRATH: Arzneiverordnungs-Report 2004, Springer-Verlag, 2004.
- STATISTISCHES BUNDESAMT: Bericht Pflegestatistik 2003, Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung, Deutschlandergebnisse, Bonn, 2005
- WEYERER, S. HÖNIG, T., SCHÄUFELE M. ZIMBER, A.: Veränderungen der Bewohnerstruktur in Alten- und Pflegeheimen. Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, 2005

10. Anhang

1. Schreiben des Initiativkreises SÄVIP an die Pflegedienstleitungen aller Pflegeheime in Deutschland vom November 2004



Initiativkreis „Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen – SÄVIP“
Stiftung „Daheim im Heim“, Bundesministerin a. D. Hannelore Rönsch, Wiesbaden
Prof. Christel Bienstein, Institut für Pflegewissenschaft, Universität Witten-Herdecke,
Prof. Dr. Ursula Lehr, Deutsches Zentrum für Altersforschung, Universität Heidelberg
Dr. med. Johannes Hallauer, Gesundheitssystemanalyse, Charité – Universitätsmedizin
Berlin

Im November 2004

Sehr geehrte Damen und Herren,

Die Diskussion um die Versorgungsqualität in Pflegeheimen stellt meist die Pflege in den Mittelpunkt. Zur Situation der ärztlichen Versorgungsdichte in Pflegeheimen liegen nur wenige Informationen vor. Es kann jedoch vermutet werden, dass vielerorts die medizinische Versorgung von Patienten in Heimen nicht ausreichend ist. Auf der einen Seite sind gerade Bewohner von Pflegeheimen in ihrer Fähigkeit eingeschränkt Ärzte in ihren Praxen aufzusuchen oder den „Hausbesuch“ im Heim anzufordern. Die Angehörigen glauben andererseits vielfach, dass die Verantwortung für die ärztliche Versorgung dem Heim obliegt, während das Heim die freie Arztwahl der Bewohner zu beachten hat. Diese komplizierte Versorgungsverantwortung kann in der Praxis zur Unterversorgung von Heimbewohnern mit ärztlichen Leistungen führen.

Das Ziel der Studie ist es einen Überblick über die tatsächliche medizinische Versorgungsstruktur in Pflegeheimen in Deutschland zu gewinnen. Deshalb haben sich Pflegewissenschaft, Gesundheitsökonomie, Versorgungsforschung, Gerontologie und die Stiftung „Daheim im Heim“ zusammengefunden um bundesweit und anonym entsprechende Informationen zu erheben. Die Ergebnisse sollen Ausgangspunkt für eine Verbesserung der ärztlichen Betreuung von Heimbewohnern werden.

Deshalb möchten wir Sie herzlich bitten den beigefügten Fragebogen bis zum 20. Dezember 2004 auszufüllen und im vorbereiteten Freiumschlag an „Dres. Hallauer Health&Hospital Consult GmbH, Albrechtstr. 10 F, 10117 Berlin“ zurückzusenden, die mit der Auswertung betraut ist. Falls Sie Fragen zu der Untersuchung oder dem Fragebogen haben, können Sie diese unter Tel.: 030 45023183 oder 0172 2004786 sowie e-mail: hallauer@t-online.de an uns richten. Zur Beantwortung der Fragen ist keine aufwendige Auswertung Ihrer Dokumentation erforderlich, ggf. reicht die Angabe einer qualifizierten Einschätzung. Auch wenn Sie nicht zu allen Fragen Angaben machen können, sind wir an Ihrer Mitwirkung interessiert.

Die Heime, die an der Untersuchung teilnehmen, erhalten auf Wunsch die Auswertung der bundesweiten Erhebung zugesandt und können somit ihr eigenes Profil am Gesamtergebnis messen. Außerdem bieten wir Ihnen die kostenfreie Teilnahme eines/r MitarbeiterIn an einem Seminar über Case Management für Pflegekräfte an. Bitte teilen Sie auch mit, ob Sie von dieser Option Gebrauch machen wollen. Ihren Antworten sehen wir im Interesse einer Verbesserung der ärztlichen Heimversorgung mit Spannung entgegen. Für Ihre Mühe und Unterstützung danken wir Ihnen von Herzen.

Hannelore Rönsch Prof. Christel Bienstein Dr. Johannes Hallauer Prof. Dr. Ursula Lehr

2. Fragebogen

Bundesweite Versorgungsstudie SÄVIP: Strukturqualität ärztlicher Versorgung in Pflegeheimen 1

Strukturqualität ärztlicher Versorgung in Pflegeheimen

Bundesweite Studie SÄVIP

| | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|-----|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|---|---|
| Heim ID | | PLZ | | | | | Datum | | | | | 0 | 4 |
|---------|--|-----|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|---|---|

| | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1. Art der Trägerschaft | Bitte ankreuzen |
| öffentlich | <input type="checkbox"/> |
| frei gemeinnützig | <input type="checkbox"/> |
| privat | <input type="checkbox"/> |

2. Bitte geben Sie die Zahl der Heimplätze (Dauerpflege) an:

| Vorgehalt. Plätze | Männer | Frauen | Vollstationäre Pflege | | | | Davon Härtefälle |
|-------------------|-----------------------|--------|---|---|----|-----|------------------|
| | | | Davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe | | | | |
| | Tatsächliche Belegung | | 0 | I | II | III | |
| Gesamt | | | | | | | |

3a. Wie hoch ist das Durchschnittsalter der Heimbewohner? _____ Jahre

3b. Wie hoch ist das Durchschnittsalter bei Heimeintritt? _____ Jahre

Wie viele Ihrer Heimbewohner

| Frage | Zahl der Bewohner (Absolute Anzahl) |
|---|-------------------------------------|
| 4. sind in einer gesetzlichen Krankenkasse (GKV) versichert? | |
| 5. sind in einer privaten Krankenversicherung (PKV) versichert? | |
| 6. haben eine Harninkontinenz? | |
| 7. haben eine Stuhlinkontinenz? | |
| 8. haben eine Demenz? | |
| 9. sind in ihrer Mobilität eingeschränkt? | |

10. Geben Sie bitte ungefähr den Grad der Mobilität der Heimbewohner an!

| Mobilität | Gesamtzahl der betroffenen Heimbewohner |
|--|---|
| Mobilität voll erhalten (Ohne Hilfsmittel) | |
| Mobilität leicht eingeschränkt (z.B. Gehstock) | |
| Mobilität mittel eingeschränkt (z.B. Rollator) | |
| Mobilität stark eingeschränkt (z.B. Rollstuhl) | |
| Komplett immobil | |



11. Durch wen werden in der Regel Arztbesuche im Heim veranlasst?

| | | |
|---------------------------|--|--|
| Auslöser von Arztbesuchen | 0 = Pflegepersonal 1 = Heimbewohner selbst 2 = Angehörige, Bekannte, Freunde 3 = Heimbewohner werden regelmäßig dem Arzt vorgestellt 9 = nicht erhoben / nicht bekannt | |
|---------------------------|--|--|

12. Durch welche Ärzte erfolgt die medizinische Betreuung in Ihrem Heim?

1 = zum Teil
2 = nein
3 = ja, ausschließlich

| | |
|--|--|
| Niedergelassene Ärzte | |
| Vom Heim angestellte Ärzte (Heimärzte) | |
| Krankenhaus-/Rehaklinikärzte | |

13. Wie viele Ärzte der folgenden Fachrichtungen haben Ihre Einrichtung zur Behandlung von Heimbewohnern aufgesucht?

| Fachrichtung | Jeweilige Zahl der besuchenden Ärzte, die ihr Heim in der angegebenen Häufigkeit besuchen | | | | | |
|-------------------------------|---|-----------|---------------|------------|--|--|
| | wöchentlich | monatlich | 1 pro Quartal | 1 pro Jahr | | |
| Allgemeinmedizin | | | | | | |
| Innere Medizin | | | | | | |
| Gynäkologie | | | | | | |
| Urologie | | | | | | |
| Augenheilkunde | | | | | | |
| HNO | | | | | | |
| Neurologie | | | | | | |
| Psychiatrie | | | | | | |
| Orthopädie | | | | | | |
| Zahnarzt | | | | | | |
| Andere (bitte angeben welche) | | | | | | |

14. Wie viele der Bewohner werden regelmäßig von Fachärzten untersucht / behandelt / versorgt?

| Fachgebiet | Absolute Zahl | Regelmäßig bedeutet |
|------------------------|---------------|---------------------|
| Innere Medizin | | >= 1 pro Quartal |
| Neurologie/Psychiatrie | | >= 1 pro Quartal |
| Urologie | | >= 1 pro Jahr |
| Gynäkologie | | >= 1 pro Jahr |

15. Wie viele Ihrer Bewohner erhalten vom Arzt verordnete Medikamente zur Behandlung folgender Krankheitsbilder?

| Krankheitsbild | Zahl der Bewohner |
|--------------------------|-------------------|
| Herz-Kreislaufkrankungen | |
| Harninkontinenz | |
| Demenz | |
| Depression | |
| Diabetes | |



16. Wie viele Bewohner haben im letzten Monat Arztpraxen außerhalb des Heims aufgesucht?

| | gesamt |
|---------------------------|--------|
| Selbstständig aufgesucht | |
| Mit Begleitung aufgesucht | |

17. Wie beurteilen Sie den Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals insgesamt?

| | Bewertung |
|------------------------|---|
| Grundsätzlich besteht: | 1 = kein weiterer Bedarf, 2 = geringer Bedarf, 3 = mittlerer Bedarf, 4= großer Bedarf |

18. Weiterbildungsbedarf in folgenden Gebieten:

| Themen: | Bewertung 1 bis 4 |
|---|----------------------|
| Blaseninkontinenz | |
| Stuhlinkontinenz | |
| Demenz | |
| Depression | |
| Dekubitusprophylaxe | |
| Mangelernährung/Flüssigkeitshaushalt | |
| Sturzprophylaxe | |
| Schmerz | |
| Schützimpfungen (Influenza, Pneumokokken) | |

19. Haben Sie oder Ihre PDL Interesse an einer (kostenfreien) Fortbildung zu Case Management in der stationären Pflege teilzunehmen?

(falls ja bitte Name und Anschrift angeben)

20. Was hat sich Ihrer Ansicht nach in den letzten Jahren in der Pflege verbessert bzw. verschlechtert ?

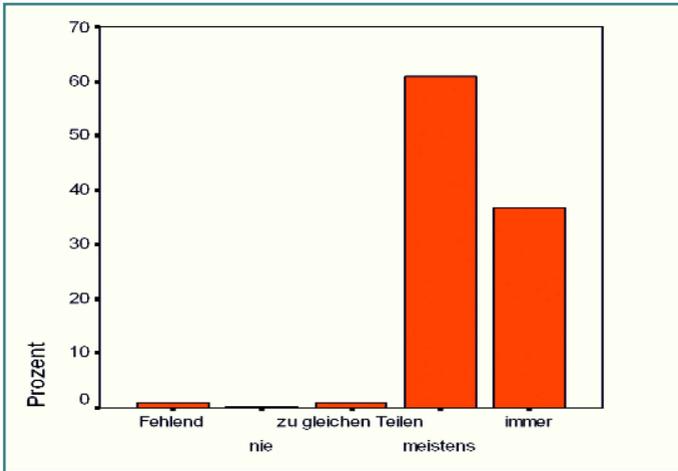
| | |
|---------|---------|
| positiv | negativ |
| | |

Anschrift des Heimes (Stempel) und Name der/des Heimleiterin/Heimleiters:

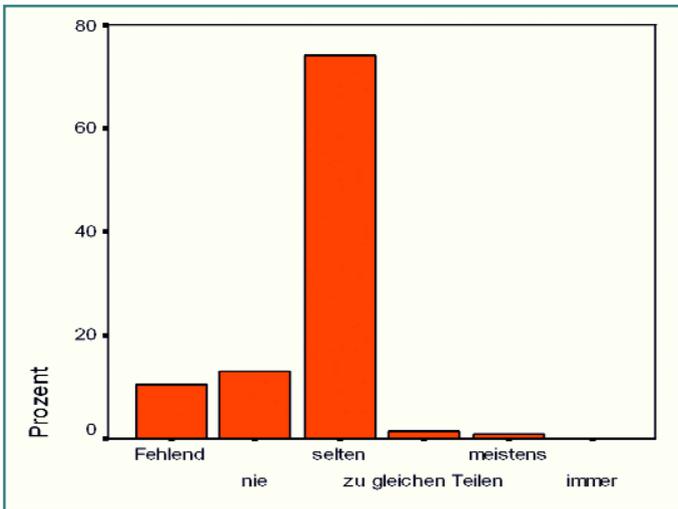
3. Tabellen und Abbildungen

| Art der Trägerschaft | | Anzahl | Mittelwert | sd |
|---|--|--------|------------|------|
| öffentlich | Anteil Demenz | 93 | 53,4 | 20,1 |
| | Anteil eingeschränkter Mobilität je Heim | 93 | 77,7 | 25,3 |
| | Anteil Stuhlinkontinenz | 93 | 49,3 | 20,8 |
| | Anteil Urininkontinenz | 93 | 75,4 | 24,7 |
| frei gemeinnützig | Anteil Demenz | 372 | 54,8 | 18,8 |
| | Anteil eingeschränkter Mobilität je Heim | 372 | 76,3 | 18,3 |
| | Anteil Stuhlinkontinenz | 372 | 45,1 | 20,2 |
| | Anteil Urininkontinenz | 372 | 73,7 | 29,0 |
| privat | Anteil Demenz | 283 | 55,1 | 23,7 |
| | Anteil eingeschränkter Mobilität je Heim | 283 | 72,8 | 24,5 |
| | Anteil Stuhlinkontinenz | 283 | 46,1 | 22,7 |
| | Anteil Urininkontinenz | 283 | 74,0 | 59,1 |
| Prävalenz der Erkrankungen der Heimbewohner nach Trägerschaft der Heime | | | | |

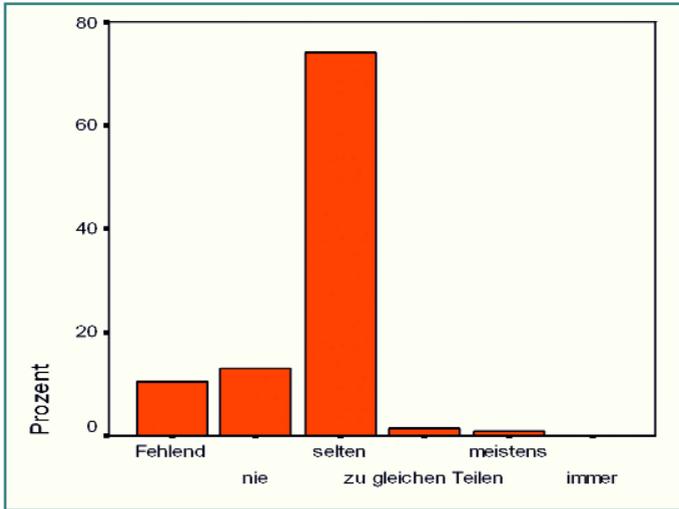
| Heimgröße | | Anzahl | Mittelwert | sd |
|---|---|--------|------------|-------|
| bis 50 Plätze | Anteil Demenz | 262 | 56,04 | 24,45 |
| | Anteil eingeschränkter Mobilität je Heim | 262 | 74,34 | 25,37 |
| | Anteil Stuhlinkontinenz | 262 | 47,14 | 24,83 |
| | Anteil Urininkontinenz | 262 | 76,58 | 67,75 |
| 51 bis 100 Plätze | Anteil Demenz | 323 | 53,51 | 20,11 |
| | Anteil eingeschränkter Mobilität je Heim | 323 | 75,18 | 21,06 |
| | Anteil Stuhlinkontinenz | 323 | 44,16 | 20,41 |
| | Anteil Urininkontinenz | 323 | 72,18 | 20,37 |
| 101 bis 150 Plätze | Anteil Demenz | 134 | 55,42 | 15,16 |
| | Anteil eingeschränkter Mobilität je Heim | 134 | 76,78 | 16,74 |
| | Anteil Stuhlinkontinenz | 134 | 47,39 | 17,73 |
| | Anteil Urininkontinenz | 134 | 73,14 | 14,43 |
| über 150 Plätze | Anteil Demenz | 63 | 51,18 | 19,86 |
| | Anteil eingeschränkter Mobilität je Heim | 63 | 72,07 | 19,32 |
| | Anteil Stuhlinkontinenz | 63 | 45,06 | 15,90 |
| | Anteil Urininkontinenz | 63 | 71,90 | 14,49 |
| Prävalenz der Erkrankungen der Heimbewohner nach Größenklassen der Heime | | | | |



Arztbesuche veranlasst durch das Personal



Arztbesuche veranlasst durch die Bewohner selbst



Arztbesuche veranlasst durch Angehörige, Bekannte, etc.

| Art der Trägerschaft | Anteil regelm. untersucht/ behandelt/versorgt durch ... | Anzahl | Mittelwert | sd |
|---|---|--------|------------|------|
| öffentlich | FA Innere | 93 | 40,1 | 34,3 |
| | FA Neurologie/Psychiatrie | 93 | 30,2 | 26,3 |
| | FA Urologie | 93 | 12,5 | 13,7 |
| | FA Gynäkologie | 93 | 6,4 | 10,8 |
| frei gemeinnützig | FA Innere | 372 | 28,9 | 31,4 |
| | FA Neurologie/Psychiatrie | 372 | 31,0 | 24,1 |
| | FA Urologie | 372 | 11,5 | 12,5 |
| | FA Gynäkologie | 372 | 6,2 | 9,0 |
| privat | FA Innere | 283 | 35,1 | 38,4 |
| | FA Neurologie/Psychiatrie | 283 | 42,5 | 32,8 |
| | FA Urologie | 283 | 17,1 | 20,8 |
| | FA Gynäkologie | 283 | 9,4 | 13,0 |
| | | | | |
| Anteil fachärztlich versorgter Heimbewohner nach Trägerschaft des Heimes | | | | |

| Heimgröße | Anteil regelm. untersucht/ behandelt/versorgt durch ... | Anzahl | Mittelwert | sd |
|--|--|--------|------------|------|
| bis 50 Plätze | FA Innere | 262 | 39,0 | 39,7 |
| | FA Neurologie/Psychiatrie | 262 | 42,0 | 34,4 |
| | FA Urologie | 262 | 16,8 | 20,1 |
| | FA Gynäkologie | 262 | 9,7 | 11,6 |
| 51 bis 100 Plätze | FA Innere | 323 | 29,9 | 32,8 |
| | FA Neurologie/Psychiatrie | 323 | 32,3 | 25,8 |
| | FA Urologie | 323 | 12,7 | 16,1 |
| | FA Gynäkologie | 323 | 7,3 | 12,0 |
| 101 bis 150 Plätze | FA Innere | 134 | 31,9 | 31,7 |
| | FA Neurologie/Psychiatrie | 134 | 30,7 | 23,0 |
| | FA Urologie | 134 | 11,2 | 10,7 |
| | FA Gynäkologie | 134 | 5,3 | 7,1 |
| über 150 Plätze | FA Innere | 63 | 32,4 | 33,1 |
| | FA Neurologie/Psychiatrie | 63 | 36,3 | 26,9 |
| | FA Urologie | 63 | 14,9 | 16,3 |
| | FA Gynäkologie | 63 | 6,6 | 9,3 |
| Anteil fachärztlich versorgter Heimbewohner nach Größe des Heimes | | | | |

| Weiterbildungsbedarf zum Thema: | Anzahl | | Mittelwert | sd |
|--|--------|---------|------------|-----|
| | gütig | fehlend | | |
| des Pflegepersonals insgesamt | 758 | 24 | 2,15 | 591 |
| Blaseninkontinenz | 745 | 37 | 1,38 | 768 |
| Stuhlinkontinenz | 744 | 38 | 1,30 | 757 |
| Demenz | 765 | 17 | 2,48 | 682 |
| Depression | 756 | 26 | 2,39 | 675 |
| Dekubitusprophylaxe | 762 | 20 | 1,68 | 843 |
| Mangelernährung/ Flüssigkeitshaushalt | 763 | 19 | 1,95 | 832 |
| Sturzprophylaxe | 758 | 24 | 2,09 | 815 |
| Schmerz | 763 | 19 | 2,24 | 785 |
| Schutzimpfungen (Influenza, Pneumokokken) | 751 | 31 | 1,47 | 871 |
| Ergebnisse der Daten zum Weiterbildungsbedarf des Pflegepersonals | | | | |

