

Medical specialist attendance in nursing homes

Abstract

The care in nursing homes was examined based on scientific studies. The analysis focuses on dementia and type II diabetes. There is evidence for deficits in the supply of medical specialist attendance to nursing home residents with these diseases in Germany. Compared with corresponding guidelines the medical care for nursing home residents may be too low or inadequate.

Keywords: aged, delivery of health care, integrated, Germany, nursing homes, primary health care

Katrin Balzer¹

Stefanie Butz²

Jenny Bentzel²

Dalila Boulkhemair²

Dagmar Lühmann³

1 Nursing research group,
Institute for Social Medicine
and Epidemiology, University
of Lübeck, Lübeck, Germany

2 Institute for Social Medicine
and Epidemiology, University
of Lübeck, Lübeck, Germany

3 Institute for General Practice,
University Medical Center
Hamburg-Eppendorf,
Hamburg, Germany

Summary

Policy question

In 2009, about 718,000 care dependent persons were residing in nursing homes in Germany. This population is characterised by a high prevalence of chronic diseases, health impairments and multimorbidity which gives rise to a large need of medical and nursing care. Against this background empirical analyses and discussions within the expert community suggest that the supply of medical specialist attendance to nursing home residents may be too low or inadequate [1], [2].

Scientific background

A number of German investigations demonstrate that nursing home residents, despite higher morbidity, receive less medical specialist attendance than community dwelling individuals of the same age. Furthermore, high prescription rates of psycholeptics and anti-depressives suggest inadequate medical care, while low prescription rates of anti-dementia drugs suggest undersupply [1], [2], [3]. While the quality of the underlying evidence is low, the data may still be interpreted as potential indicators of inadequate specialist care. But the problem of inadequate specialist care has so far been described on the basis of structural and procedural data only. Available studies provide no information on health consequences which could prove actual undersupply or inadequate care. Communicational, infrastructural, economical and legal aspects are debated as potential causes for suboptimal (specialist) medical care in nursing homes. Over the last few years, legislation has been trying to counter these problems by loosening contracting options (Selektivverträge nach § 73b SGB V, § 140a-b SGB V, § 119b SGB V; Verpflichtung der Sicherstellung nach § 12 Abs. 2 SGB XI, § 92b SGB XI). These regulative changes triggered a number of pilot projects aiming to optimize medical care for nursing home residents. So far, there is no systematic and comparative overview available describing these projects and their results. Still, such a scientifically sound comparison is needed to determine the effects of structural and procedural modifications and allow conclusions on advantages and disadvantages of various organisational options.

Research questions

This article presents the summary of a Health Technology Assessment commissioned by DAHTA which aimed to identify areas of potential undersupply or inadequate supply of specialist medical care to nursing home residents in Germany and to point out their potentially adverse health consequences. It was guided by the following research questions:

- Which are the diseases, health disturbances and impairments that determine the morbidity of nursing home residents?
- What is the status quo of medical care (including prescriptions) for nursing home residents with the above mentioned diseases and health impairments?
- Which standards of medical care (including prescriptions) are required – according to recommendations of evidence based consensus guidelines – for nursing home residents suffering from diseases and health impairments mentioned above?
- Which economical, ethical and legal aspects have to be taken into consideration when analysing the supply of specialist medical care to nursing home residents?

In order to identify areas of undersupply or inadequate care, health care utilization data were compared to recommendations from evidence-based consensus guidelines. Furthermore, pilot and research projects were described that target the improvement of specialist medical care to nursing home residents. As special form, the Dutch model of the Elderly Care Physician, was described, which combined a specialized medical training with the sole responsibility to provide care for nursing home residents.

Methods

The report was based on a systematic review of the literature. Literature searches comprised electronic database searches (more than 30 databases), hand searches in pertinent journals, internet searches for grey literature, and searches in guideline databases. Results of the first search from July 2010 were updated in November 2011, while the search for reports on pilot projects was continuously updated.

Cross-sectional studies, prospective studies and secondary data evaluations containing data collected after the year 2000 were chosen to answer the first two research questions (morbidity and health care utilization). The methodological quality of these studies was assessed by standard criteria for observational studies.

For comparison of health care utilization with recommendations from evidence-based guidelines, dementia and type II diabetes were used as examples. These conditions were chosen because of their high prevalence in the target population, their marked health consequences and the availability of utilization data as well as evidence-based consensus guidelines. Guideline recommendations addressing specialist medical care were extracted from the German Disease Management Guidelines (Nationale VersorgungsLeitlinien) or guidelines that satisfied the criteria for S3 guidelines of the Association of the Scientific Medical Societies (AWMF). The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) instrument was applied to assess methodological quality of included guidelines.

In order to analyse ethical and legal aspects of inadequate medical specialist care, content-related investigations were analysed, independently of study design. Legal

documents, commentaries and position papers were considered as well.

For the description of pilot projects, publications were not filtered by methodological criteria. The methodological quality of studies reporting evaluation data was assessed by an instrument derived from checklists of the British National Institute for Clinical Excellence (NICE). In order to gain additional information concerning the pilot projects, standardised telephone interviews with contact persons involved in these projects were conducted. Out of twelve scheduled interviews, only three could be realised.

Data from epidemiological as well as health care utilization studies, guidelines and publications referring to pilot projects were entered in tables (presented in the appendix of the report), with the main results narratively summarised in the main text. Data on actual utilization of medical (specialist) care were compared to respective guideline recommendations by means of structured discussion. Ethical and legal aspects were summarised in text form only.

Results

The comprehensive search strategy yielded 4,322 references, out of which 185 satisfied the inclusion criteria. These were analysed in order to answer the research questions.

Morbidity of nursing home residents

Data to describe health status and utilization of medical care by nursing home residents were derived from publications referring to almost 40 study cohorts. Of those, 32 represented primary research projects and eight were based on secondary data analyses. The validity of 20 studies appeared to be severely compromised, 16 studies displayed single deficits and only four studies were assessed as methodologically sound. Methodological problems mainly referred to limited representativity of study populations and the risk of confounding. Furthermore, risk of bias induced by cluster effects was hardly dealt with at all.

General population of nursing home residents

Data on disease prevalence in non-selected nursing home populations from Germany were reported in 17 studies. They indicated a high prevalence of cardiovascular diseases (above 70%), mental disorders (above 60%), affections of the urogenital system (above 50%) and nervous system (about 40%) as well as musculoskeletal diseases (about 50%). The average nursing home resident was simultaneously affected by four to five different health problems. The spectrum of mental diseases was dominated by dementia (prevalence 50 to 70%), followed by affective disorders that pertain to 33% of residents. A number of studies reported the prevalence of health problems and impairments that represent symptoms

and/or consequences of multimorbidity: continence problems (70 to 80%), problems with nutrition (20 to 30% at risk for malnutrition), or non-cognitive mental disturbances (25 to about 50%). Three studies reporting data on oral health of nursing home residents consistently revealed a poor state of teeth, dentures and parodontium. Eight studies reported incidence of complications or hospitalisation rates. Within three months about 20% of residents contracted an infectious disease, and two studies reported a mean number of 0.07 fall-related fractures per year or 0.04 hip fractures per person-year, respectively. Hospital admission rates, reported in six studies, varied around 30%, with highest rates within the last twelve months of life. Almost a third of nursing home residents died in hospital.

Nursing home residents with dementia

Six studies reported data on the prevalence of comorbidities and other health impairments in nursing home residents suffering from dementia. From a methodological point of view, two of these studies could be characterised as high quality, while the other four had to be considered problematic. Typical problems arose from selection of the study sample, quality of information regarding clinical variables and/or the risk of confounding.

Among somatic disorders, the highest prevalence was reported for cardiovascular diseases and hypertension (each about 44%). Compared to nursing home residents without dementia, the prevalence of somatic conditions was lower in residents with dementia (except for cerebrovascular problems and glaucoma). Among psychiatric disorders, the highest prevalence rates were reported for depression and other affective disorders (12 to <30%). Data on the prevalence of different types of dementia were available from two studies: Alzheimer type of dementia was the most prevalent form (50% to 75%), followed by vascular dementia (15%). Further health impairments referred to vision (20%) and hearing (>30%), recurrent pains (18%) and continence problems (nearly 90%). Except for pain, all conditions were more often detected in residents with dementia compared to residents without dementia. Prevalence of depression, agitation and apathy was reported to be 30 to 50% or even higher. The rate of 30% hospital admissions per year equalled that of residents without dementia.

Nursing home residents with diabetes mellitus

According to data from three studies, prevalence of diabetes mellitus in German nursing home residents was 25% (of these 80% type II). Comorbidities were common: arterial hypertension (41 to 68%), coronary heart disease (27 to 38%), stroke (24 to 29%), dementia (34 to 57%), and continence problems (29 to 71%). Results from one study suggested that, on average, diabetic residents present with ten diagnoses and four geriatric syndromes (e.g. immobility, incontinence, cognitive decline). Diabetic sequelae such as amputations were found in 12% of

diabetics, blindness in 5% and dependency on dialysis in about 2%. Variable prevalence rates were reported for other health problems related to diabetes mellitus: <5 to 10% for foot problems and <5 to 20% for neuro- or nephropathy.

Medical attendance in nursing home residents

General population of nursing home residents

Data on the utilization of generalist and specialist medical care by nursing home residents were taken from five studies, among them one with multiple methodological problems. None of the results were adjusted for confounding. The studies point out that, on average, almost all residents were attended by a primary care physician or internal medicine specialist once every three months. Specialist co-attendance most often involved neurologists and psychiatrists (in 50% or more of residents). The rates of consultations by ophthalmologists (about 22%), otolaryngologists (15%), urologists, gynaecologists or dermatologists (<10%) were markedly lower. Surprisingly low was the involvement of physicians (primary or secondary care) in the management of incontinence (only 36% of cases).

Data on drug prescriptions were taken from twelve studies, among them three comprehensive analyses of sickness fund data. Except for two studies, the methodological quality of the studies did not entail substantial risks of bias. On average, four or more drugs were prescribed per resident, with about the half of residents receiving at least one psychotropic drug. Neuroleptics (low potency), antidepressives, anxiolytics and hypnotics/sedatives were the most frequently prescribed psychotropic drugs. The frequency of psychotropic drug prescriptions varied markedly among institutions, with the variability only in part being explained by institutional characteristics. One analysis of administrative data yielded information on prescription rates of remedies and rehabilitation measures. It was shown that prescription rates in general were very low (five to 25 units of physiotherapy per person-year and five units of occupational therapy or speech therapy per person-year). On average one hospitalisation for rehabilitation was prescribed per 100 residents per year. Four studies demonstrated that 20 to 50% of residents were receiving dental care, consisting of mostly less than one treatment per year. Three studies reported health care data on tube fed residents. One third of them was prescribed an insufficient amount of calories (= 1,000 kcal/day), which were not even fully supplied in 20% of these cases.

Nursing home residents with dementia

Data on health care utilization by nursing home residents with dementia were reported by five studies. Their results had to be interpreted with caution because adjustments for confounding were not made.

The main results concerning utilization of medical specialist care could be summarised as follows: While nearly all residents had received adequate primary care, only 30 to 40% were co-attended by neurologists or psychiatrists. Other medical specialists, including dentists, were visited less often. Findings from several studies indicated an insufficient diagnostic workup of cognitive impairments. This involved false-positive (up to 15%) and false-negative (up to 30%) diagnoses as well as a lack of differentiation between the various forms of dementia.

Results from the available studies indicated that nursing home residents suffering from dementia on average took five drugs for somatic disorders and one psychotropic drug (median). Antipsychotics and neuroleptics (>50% of residents), anti-dementia drugs and anticonvulsants (each about 17%) were the most frequently prescribed psychotropic drugs. Descriptive analyses of prescription rates did not indicate any correlation with prevalence of specific neurological or psychiatric symptoms. A strikingly high frequency of prescriptions of sedatives was noted in residents with few non-cognitive symptoms and with a high prevalence of apathy (>30%).

Non-pharmacological interventions were prescribed less frequently than pharmaceuticals. About 20% of residents were receiving physiotherapy and about 10% occupational therapy. In general, the frequency of physiotherapy and logopaedics prescriptions seemed to be lower in residents with dementia than in residents without dementia, even after adjusting for confounders related to population characteristics.

Nursing home residents with diabetes mellitus

Four studies with multiple methodological problems presented health care utilization data for nursing home residents with diabetes mellitus. Primary care was mostly supplied by medical generalists with co-attendance by diabetes specialists in about 25% of the population. On average, insulin-dependent diabetics were attended by primary care physicians twice a month, non-insulin-dependent diabetics once every three months. It is stated in one study that every third nursing home resident with diabetes mellitus had been examined by an ophthalmologist once a year, about 10% were registered within a disease management programme.

According to two studies, insulin therapy was the most frequently used treatment, followed by oral anti-diabetic medication and purely dietetic intervention. In patients on insulin therapy, blood glucose levels were measured once every day, mostly without definition of specific target values.

Analysis of guidelines

Recommendations concerning care for people with dementia were taken from the guideline of the German College for General Practitioners and Family Physicians (DEGAM) and from the conjoint guideline (S3) of the German Association for Psychiatry and Psychotherapy

(DGPPN) and the German Alzheimer Society and Support Group (Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. und Selbsthilfe Demenz). They referred to specialist consultation during the (initial) diagnostic work-up and for pharmacological treatment.

Recommendations referring to the care of patients with diabetes mellitus were extracted from the German Disease Management Guidelines Modules for foot complications, retinal complications, neuropathy, and kidney disease. Most recommendations related to screening examinations and consecutive referrals to medical specialists in case of determined diagnostic findings. Regular consultations of an ophthalmologist were recommended for the early detection of retinal complications.

Congruence of current health care utilization with guideline recommendations was analysed in the discussion part of this report.

Economic, ethical and legal aspects of medical specialist attendance of nursing home residents

Economic aspects

References found did not encompass any publications that explicitly addressed economic aspects of specialist medical care for nursing home residents.

Legal aspects

Four publications addressed topics that relate to recent reforms of the German health care system (GKV-WSG, PflWG). The introduction of more flexibility to contracting by modification of § 119b SGB V was welcomed by the authors, especially the fact that integrated care models are not limited to specific sickness funds any more. Furthermore, it was noted positively that qualification requirements are fixed by law now. At the same time the physician community cautioned that patients' right to freely choose a doctor, the physician's right to freely practice their profession might be at stake (Directors of nursing homes must not be given discretionary power.). Also, a medicalisation of nursing home residency was feared.

Relevant changes of the GKV-WSG included the opportunity to supply nursing home residents with specialised palliative care as well as the opportunity to integrate nursing homes as contracting partners into integrated care models. While search results of this HTA-report did not contain any references pertaining to the former aspect, the latter opportunity is currently being tested in a number of pilot projects (see below).

In a number of papers authors argued that insufficient fees for doctors attending nursing home residents constitute a still unsolved problem.

Two publications described legal causes for inadequate care using the prescription of psychotropic drugs as an example. The authors claimed that most of the problems arose from the sectoral structure of health care with its communication problems. In this respect, some authors

favoured the introduction of nursing home physicians who should mainly have coordinating, educating and quality control tasks. This model of on-site physicians could be implemented on the grounds of § 140 SGB V and § 92b SGB XI.

Ethical aspects

One of the two publications relating to ethical aspects was discarded, because it deals with aspects of no relevance for this report.

Ethical aspects of medical care for nursing home residents were discussed in an empirical investigation again using psychotropic drug prescription as an example. The authors stated problems with regard to autonomous decision making of residents when their behaviour interferes with co-habitants' and staffs' rights and when any kind of force was applied. The fact, that sometimes it is nearly impossible to obtain the necessary informed consent from the patient was considered problematic from a legal point of view as well. Often it may be difficult to get an impression of the values and beliefs individual nursing home residents adhere to. Concerning the ethical requirement of beneficence, the authors emphasised the imperative of technical and vocational skills but also of the need for cooperation between the different professions in order to achieve positive treatment effects. As a prominent example, difficulties in managing challenging behaviour in nursing home residents were pointed out. The discussion of the ethical rule of non-maleficence again referred to the requirement of professional competence. The ethical principle of justice had first been discussed from an economical point of view, but eventually was referred to societal values which form the normative framework and the availability of resources for the elderly care.

Pilot projects

128 publications, among them three scientific papers, were analysed in order to describe pilot projects aiming to improve the availability of medical specialist care for nursing home residents. After screening the documents, two types of pilot projects were distinguished: projects initiated by the scientific community and projects initiated by health care institutions and corporations.

Scientific pilot projects

Eleven out of 128 included publications reported on pilot projects initiated by scientific institutions. Three of these papers qualified as scientific publications.

The Teamwerk-Projekt (later called Duales Konzept, consisting of a prophylaxis and a therapy module) addressed dental care for nursing home residents. The prophylaxis module comprised individually tailored prophylaxis interventions along with education of the nursing staff. In the therapy module, those residents in need of determined treatment were treated by foster dentists

either in specific competence centres or in the nursing home. The authors reported positive clinical results for the first phase. For the second phase a reduction of 22% of the cost for dental care compared to the reference period was reported.

The other two scientifically initiated pilot projects belonged to topic 3 (assuring evidence based care) of the Leuchtturmprojekt Demenz financed by the Federal Ministry of Health during 2008/2009. The project InDemA (Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen) targeted the improvement of dealing with challenging behaviours displayed by nursing homes residents. The intervention comprised implementation of basic recommendations for nursing staff and the guideline Demenz of the DEGAM with primary care physicians. Effectiveness of the intervention, e. g. referring to the endpoints prescription rates of psychotropic drugs (especially neuroleptics) and prevalence of provocative behaviour, was evaluated in a prospective investigation using a pre-post design. For both endpoints after nine months statistically significant and clinically relevant improvements were reported. From a methodological point of view the pre-post design, high drop-out rates and the unclear influence of contextual factors hampered interpretability of results.

The second project investigated the effects of implementing a guideline (Guideline of the American Geriatrics Society and American Association for Geriatric Psychiatry) to guide the care of nursing home residents with dementia (VIDEANT project). In a cluster-randomised trial in 16 Berlin nursing homes the endpoints apathy, agitation, depression and daily doses of psychotropic medication were investigated. So far there were only a few positive key results available from a poster presentation.

Pilot projects initiated by health care institutions and corporations

Information on 16 pilot projects targeting the improvement of medical specialist care for nursing home residents was available. The project descriptions were based on press releases, contracts, presentation slides, journal and newspaper articles. There was no comprehensive and coherent description available for any of these projects. Nine out of 16 projects explicitly defined improvement of medical specialist care as primary project goal. Two pilot projects targeted care for nursing home residents with specific diagnoses: Solinger Konzept for patients requiring artificial ventilation (an integrated care model according to § 140 SGB V) and the Hessian Care contract according to § 73c SGB V by AOK, KV (Association of Statutory Health Insurance Physicians) and Bundesverband der Deutschen Nervenärzte (BVDN) for Hessian nursing home residents with psychiatric diagnoses. Three pilot projects by the Kuratorium Wohnen im Alter (KWA) (Luise-Kieselbach-Haus; Parkstift Rosenau, KWA Bad Dürheim) addressed, beside assuring general and specialist medical care, improvement of the inter-

professional communication. The nursing home physician project by the Arbeiterwohlfahrt (AWO) München also specifically addressed improvement of specialist care by coordination through a nursing home physician employed by the institution (authorised by the Bavarian Association of Statutory Health Insurance Physicians and at the same time participating in an integrated care programme after § 140 SGB V run by the Bavarian AOK).

The project Pfl egenetze Bayern also specifically addressed specialist care by requiring participating physicians' networks to integrate medical specialists, in particular psychiatrists and neurologists. Cooperation was regulated via contracts for integrated care programmes in connection with primary care contracts according to § 73b SGB V. The cooperation contract between the Hessian Association of Statutory Health Insurance Physicians and the Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) represented an implementation of the framework KV-Initiative Pflegeheim which by now has been signed by all 17 associations of statutory health insurance physicians. Another form of organising specialist care for nursing homes was demonstrated by the Bayerischen Geriatrischen Praxisverbände, which may also be subsumed under the KV-Initiative Pflegeheim.

The remaining seven pilot projects aimed to improve medical care for nursing home residents in general. The project Pflege mit dem Plus had been running in Berlin since 1998. As an integrated care model in combination with a primary care contact, it was based on § 140a, § 73c SGB V and § 92b SGB XI. Primary care was supplied either by specifically employed nursing home physicians or by cooperating primary care physicians. This project (and the three projects described below) comprised regular ward rounds, comprehensive documentation, on-call duties, quality circles and multi-professional team meetings. The project Careplus is conducted in Berlin as well. It combined contracts for integrated care and contracts for special outpatient care (§ 140a and § 73c SGB V). Partners were nursing homes, health care funds, and physicians. The above mentioned concepts were also brought into practice by the project Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) of the AOK Baden-Württemberg. Cooperating partners include the AOK Baden-Württemberg, the Confederation of Primary Care Physicians, a primary care contract community, the MEDIVERBUND AG, and a number of nursing homes. More integrated care models were run by the AOK Hessen, AOK Westfalen-Lippe and the AOK North-East in cooperation with the Association of Statutory Health Insurance Physicians of Mecklenburg-West Pomerania. Their aims corresponded to those of the Careplus project from Berlin. Another form of cooperation was piloted by the Modellregion Emsland. Here, an existing network of primary care physicians was going to employ a nursing home-based physician who was to take care of nursing home residents and hereby relieve some pressure from the network offices.

For some of the pilot projects positive effects on procedural and economic indicators reflecting quality of care of nursing home residents were reported. However, there

was no comprehensible evaluation plan available for any of these projects, thus the validity of the results cannot be judged.

The Dutch model Elderly Care Physician

The Netherlands are the only country in the world that introduced a medical specialty training specifically designed for physicians caring for nursing home residents. It was established in 1990 and complements the specialty of clinical geriatrics which targets the care for patients with acute geriatric conditions in hospital. The specialty training Elderly Care Medicine is tailored to the needs of nursing home residents suffering from somatic and mental multi-morbidity. It targets improvement and preservation of physical and cognitive functioning, the embedding of medical care into a multidisciplinary team and the explicit consideration of multi-morbidity. The 36-month training programme is completed in nursing homes and in outpatient care and has a strong psychogeriatric focus. Theoretical training is completed once a week at an academic training centre (university). Although Elderly Care Physicians are mostly employed by nursing homes, they are increasingly consulted by primary care physicians to attend geriatric patients living in their own home environment. Since 2010, about 100 Elderly Care Physicians have graduated each year.

Discussion and conclusions

Areas of undersupply and inadequate care

Based on a literature review which includes more than 40 studies presenting individual patient data, a high prevalence of age-related, often co-existing somatic and mental diseases and health problems in nursing home residents was demonstrated.

Against the background of this morbidity and in comparison to evidence-based recommendations the systematically compiled data on utilization of medical care suggested the following areas of undersupply or inadequate care for residents with dementia or diabetes mellitus type:

- Imprecise and nonspecific diagnostic work-up of dementia diagnoses,
- Undersupply of anti-dementia drugs in residents suffering from Alzheimer type dementia,
- Inadequate prescribing of psychotropic drugs in general and neuroleptics in particular for the treatment of neuropsychiatric symptoms in residents with dementia,
- Undersupply of remedies for the non-pharmacological treatment of residents with dementia,
- Undersupply of specialist care for residents with diabetes mellitus concerning regular ophthalmologic examinations.

Studies including nursing home residents in general also indicated some amount of clinically inadequate, non-targeted and protracted prescriptions of psychotropic drugs.

Furthermore, utilization data suggested deficits in dental care for nursing home residents in general, in ophthalmologic care for residents with dementia and deficits in medical care for patients with continence problems or alimentation via feeding tube.

Taken together, the results of the literature review suggest that the identified problems with (specialist) medical care for nursing home residents have multiple causes. Contributing factors are inadequate diagnoses and documentation of diseases and health problems, an insufficient documentation of prescriptions and their fulfillment as well as insufficient communication between different professions. These problems apply to all involved medical professions, including primary care, but also to the nursing profession. Furthermore, an insufficient implementation of evidence-based recommendations for medical care regarding certain diseases is demonstrated.

Unfortunately, available data do not allow identification of factors that contribute to the above mentioned weaknesses in the care process or hinder the implementation of evidence-based recommendations. Furthermore, it cannot be clarified whether insufficient integration of medical specialists is causal for suboptimal care processes and whether areas of undersupply actually impair the residents' health status.

Economic implications

The references identified allow no empirically based conclusions on economic consequences of optimal versus suboptimal medical specialist care for nursing home residents. According to the criteria of this HTA-report, there is no solid data base to back statements (also encountered in mass media) of potential cost savings in the range of millions of euro.

Ethical and legal implications

Legal and ethical considerations concerning the availability of medical specialist care for nursing home residents refer to three problematic areas: i) the structural framework (including financial resources), ii) inter- and intra-professional communication and cooperation, and iii) the obligation to provide professional competence.

Pilot projects

The information obtained concerning pilot projects for the improvement of medical specialist care in German nursing homes is not as informative as expected in the planning phase of this HTA-report. There are a number of activities addressing the problem by utilizing different approaches that are backed by the legal frameworks of SGB V and SGB XI. From these initiatives promising as well as indifferent results are reported. However, based on available data it is not possible

- To present a reliable and comprehensive overview of ongoing, completed and planned projects,

- To give a sufficiently detailed description of projects, and
- To derive evidence-based statements concerning the effectiveness of interventions to improve medical specialist care for nursing home residents.

It remains unclear, whether project descriptions along with evaluation protocols and results are non-existent or simply have not been published.

Excursus Elderly Care Physician

The Dutch concept of Elderly Care Physician must be appreciated within the specific context of the Dutch health care system. In the Netherlands, Elderly Care Physicians are employed by nursing homes where they supply primary medical care for the residents. In the German context, this arrangement is a subsidiary model which is only sporadically implemented in German nursing homes. Compared to the German curricula for the further education in geriatrics (specialists of internal medicine and geriatrics, or additional education in geriatrics), the Dutch training programme is very practice-oriented and at the same time anchored in academia (like all medical specialist trainings in the Netherlands). Beside clinical skills, it targets the development of communication and integration competence and puts a strong focus on psychogeriatric conditions. While it is not possible to transfer the entire concept to the German health care and medical training system, it should be discussed whether and how some of the main elements could be integrated into the German curricula, because they specifically address a number of the deficits identified by this report.

Recommendations

The available data base does not allow the deduction of unambiguous evidence-based recommendations for permanent modifications of the system of medical (specialist) care for nursing home residents in Germany. Instead it is recommended to develop strategies for optimizing nursing and medical care taking into account the weaknesses identified by this report. All strategies need to be evaluated in pilot projects which are thoroughly planned, conducted and documented. Only this type of project allows generalisable conclusions on the causal relationship between processes of care and nursing home residents' state of health and quality of life. In order to improve the degree of insight achieved by pilot projects it is suggested that

- Reporting projects' planning, conduct and results should be made mandatory for publicly funded projects,
- Published project descriptions should be coherent, comprehensive and sufficiently detailed,
- Every project must be evaluated,
- A comprehensive cross-sponsor and cross-project documentation platform should be initiated (e. g. web-based database).

Research needs

This report points out a lack of methodologically sound empirical evidence that could form a base for recommendations how to re-organise and shape medical specialist care for nursing home residents in Germany. To fill this gap, well planned and conducted studies that follow international standards (e. g. <http://www.consort-statement.org/> (accessed 01.10.2012), <http://squire-statement.org/> (accessed 01.10.2012)) are required to accompany pilot projects aiming to optimize medical (specialist) care for nursing home residents.

The development and planning of structural and procedural changes of medical specialist care furthermore requires meaningful health care utilization studies that apply adequate measures to minimise selection and information biases and adjust for confounding factors. Especially the influence of factors relating to institutional characteristics or details of medical care on process and outcome indicators need to be investigated more thoroughly. Recommendations for the publication of epidemiologic studies should be followed.

The development and planning of strategies to optimize structures and processes of medical (specialist) care also requires systematic analyses of promoting and hindering factors for implementation of existing evidence-based recommendations for the treatment of age-related diseases and for the uptake of legal opportunities offered by SGB V and SGB XI.

Notes

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

INAHTA Checklist

Checklist for HTA related documents (Attachment 1).

Attachments

Available from

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000108.shtml>

1. [hta000108_INAHTA-Checklist.pdf](#) (86 KB)
Checklist for HTA related documents

References

1. Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service; 2005 [cited 23.10.2010]. Available from: http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf.

2. Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R. GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard-Verlag; 2008 [cited 23.10.2010]. Available from: <http://www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200901/GEK-Pflegereport-2008.pdf>
3. Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl HW, eds. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2007. p. 169-228. Available from: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=109690.html>

Please cite as

Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boulkhemair D, Lühmann D. Medical specialist attendance in nursing homes. *GMS Health Technol Assess.* 2013;9:Doc02.

DOI: 10.3205/hta000108, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001086

This article is freely available from

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000108.shtml>

Published: 2013-04-23

The complete HTA Report in German language can be found online at: http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf

Copyright

©2013 Balzer et al. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.en>). You are free: to Share – to copy, distribute and transmit the work, provided the original author and source are credited.

Corresponding author:

Katrin Balzer

Nursing research group, Institute for Social Medicine and Epidemiology, University of Lübeck, Ratzeburger Allee

160, 23538 Lübeck, Germany, Phone:

+49(0)451/5005098

katrin.balzer@uk-sh.de

Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland

Zusammenfassung

Es wird die Versorgung in Pflegeheimen auf Basis wissenschaftlicher Studien untersucht. Schwerpunkte der Analyse sind Demenz und Diabetes. Es gibt Hinweise auf fachärztliche Versorgungsmängel bei Pflegeheimbewohnern mit diesen Krankheiten in Deutschland. Verglichen mit entsprechenden Leitlinien bestehen mögliche Unter- bzw. Fehlversorgungen.

Schlüsselwörter: alte Menschen, Deutschland, medizinische Grundversorgung, Pflegeheime

Katrin Balzer¹
Stefanie Butz²
Jenny Bentzel²
Dalila Boulkhemair²
Dagmar Lühmann³

1 Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

2 Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, Lübeck, Deutschland

3 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

Kurzfassung

Gesundheitspolitischer Hintergrund

2009 wurden rund 718.000 Pflegebedürftige in Pflegeheimen betreut. Diese Personengruppe ist durch eine hohe Prävalenz von chronischen Erkrankungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Multimorbidität charakterisiert, woraus ein hoher medizinischer und pflegerischer Versorgungsbedarf resultiert. Im Gegenzug gibt es aus empirischen Analysen und Diskussionen in der Fachöffentlichkeit Hinweise auf eine (fach-)ärztliche Unter- und Fehlversorgung von Heimbewohnern in Deutschland [1], [2].

Wissenschaftlicher Hintergrund

In mehreren deutschen Untersuchungen wird dargestellt, dass Pflegeheimbewohner trotz höherer Morbidität weniger fachärztliche Leistungen in Anspruch nehmen als gleichaltrige, nicht in stationärer Versorgung lebende Personen. Weiter werden vergleichsweise hohe Verordnungsraten von Psycholeptika und Antidepressiva berichtet, während Antidementiva eher relativ selten eingesetzt werden [1], [2], [3]. Diese Hinweise auf eine potenzielle medizinische Fehl- und Unterversorgung können als Folge einer inadäquaten Facharztversorgung gedeutet werden. Die Beweiskraft der zugrunde liegenden Analysen ist jedoch limitiert. Zudem beschränken sich die genannten Befunde auf Struktur- und Prozessdaten. Daten zu gesundheitlichen Auswirkungen, die eine tatsächliche Unter- oder Fehlversorgung belegen, sind den Studien nicht zu entnehmen.

Als potenzielle Ursachen für eine möglicherweise suboptimale (fach-)ärztliche Versorgung von Heimbewohnern werden kommunikationsbedingte, infrastrukturelle, wirtschaftliche und rechtliche Aspekte diskutiert. Aus gesetzgeberischer Sicht wurde in den letzten Jahren versucht, diesen Schwierigkeiten durch erweiterte Vertragsmöglichkeiten und -verpflichtungen (Selektivverträge nach § 73b Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 140a-b SGB V, § 119b SGB V, Verpflichtung der Sicherstellung nach § 12 Abs. 2 SGB XI, § 92b SGB XI) zu begegnen. Diese ordnungspolitischen Änderungen haben bereits zahlreiche Modellprojekte zur Optimierung der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern nach sich gezogen. Bisher liegt jedoch keine systematische, vergleichende Übersicht über die Art der initiierten Projekte und insbesondere deren Ergebnisse vor. Ein systematischer, nach wissenschaftlichen Kriterien erstellter Vergleich ist jedoch Voraussetzung für die Bewertung der Effekte der in den Projekten erfolgten Struktur- und Prozessanpassungen. Erst ein solcher Vergleich erlaubt eine fundierte Aussage über Vor- und Nachteile der verschiedenen Gestaltungsoptionen.

Forschungsfragen

Der hier zusammengefasste HTA-Bericht der DAHTA verfolgte zum einen das Ziel, Bereiche einer möglicherweise bestehenden fachärztlichen Unter- oder Fehlversorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland aufzuzeigen und potenzielle gesundheitliche Konsequenzen sichtbar zu machen. Folgende Fragen sollten dazu beantwortet werden:

- Welche Krankheitsbilder, Gesundheitsstörungen und Beeinträchtigungen bestimmen die Morbidität bei Pflegeheimbewohnern?
- Was ist der Status quo der ärztlichen Versorgung, inklusive ärztlich angeordneter Leistungen, von Pflegeheimbewohnern mit den genannten Krankheitsbildern und Beeinträchtigungen?
- Wie sollte – nach den Ausführungen evidenzbasierter Konsensusleitlinien – eine ärztliche Versorgung, inklusive ärztlich angeordneter Leistungen, von Patienten mit den genannten Krankheitsbildern und Beeinträchtigungen erfolgen?
- Welche ökonomischen, ethischen und juristischen Aspekte spielen bei der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern eine Rolle?

Um mögliche Bereiche der fachärztlichen Unter- oder Fehlversorgung zu identifizieren, wurden die berichteten Versorgungsdaten mit den Empfehlungen relevanter evidenzbasierter Konsensusleitlinien verglichen.

Zum anderen werden Modell- und Forschungsprojekte beschrieben und analysiert, die das Ziel verfolgen, die Facharztversorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland zu verbessern. Als Sonderform wurde das niederländische Modell eines Facharzts für Altersheilkunde (Elderly Care Physician) dargestellt, das eine spezifische ärztliche Weiterbildung mit einer Zuständigkeit ausschließlich für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern kombiniert.

Methodik

Die Beantwortung der Fragestellung erfolgte auf der Grundlage einer systematischen Literaturübersicht. Die Literaturrecherche umfasste elektronische Datenbankenrecherchen (über 30 Datenbanken), Handsuchen in Zeitschriften, Internetrecherchen nach grauer Literatur und Recherchen in Leitliniendatenbanken. Nach der Erstrecherche im Juli 2010 war eine Nachrecherche im November 2011 erfolgt, die Recherche nach Modellprojekten war während der Berichterstellung laufend aktualisiert worden.

Zur Beantwortung der epidemiologischen und versorgungsrelevanten Fragen wurden Querschnittstudien, prospektive Studien und Sekundärdatenauswertungen eingeschlossen, deren Daten 2000 oder später erhoben wurden. Ihre methodische Qualität wurde anhand standardisierter Kriterien für epidemiologische Beobachtungsstudien bewertet.

Für den Vergleich der derzeit stattfindenden Versorgung mit den Empfehlungen evidenzbasierter Leitlinien wurden die Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ II und Demenz herangezogen. Maßgeblich für diese Auswahl waren die Häufigkeit dieser Erkrankungen bei Pflegeheimbewohnern, ihre Folgen für den Gesundheitszustand sowie die Verfügbarkeit krankheitsbezogener Versorgungsdaten und qualitativ hochwertiger Leitlinienpublikationen. Leitlinienempfehlungen zur fachärztlichen Versorgung der Betroffenen wurden den Nationalen Versorgungsleitlinien bzw. Leitlinien, die dem S3-Standard der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlich Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entsprechen, entnommen. Die methodische Qualität der Leitlinien wurde mit dem Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) Instrument geprüft.

Zur Beantwortung der sozialen, ethischen und juristischen Fragen wurden inhaltlich relevante Studien unabhängig vom Design, juristische Dokumente und Kommentare sowie Positionspapiere herangezogen.

Im Hinblick auf die Darstellung der Modell- und Forschungsprojekte wurde keine Einschränkung an die Art der Publikationen angelegt. Die methodische Qualität von Evaluationsstudien wurde, soweit verfügbar, mit einem Instrument bewertet, das auf Bewertungschecklisten des britischen National Institute for Clinical Excellence (NICE) beruht. Zur Gewinnung von Zusatzinformationen zu den Modellprojekten sollten standardisierte Interviews mit Ansprechpartnern der Projekte durchgeführt werden. Von zwölf angefragten Interviews konnten drei realisiert werden.

Die Datenextraktion aus den epidemiologischen und versorgungsrelevanten Studien, aus den Leitlinien und den Publikationen zu Modellprojekten erfolgte tabellarisch, die Ergebnisse wurden in Textform zusammengefasst. Aus den Leitlinien wurden Empfehlungen extrahiert, die Auskunft über ein mutmaßlich fachärztlich veranlassenes Behandlungssoll geben oder die fachärztliche (Mit-)Behandlung thematisieren. Der Vergleich zwischen dem Ist und dem Soll erfolgte diskursiv mittels Gegenüberstellung relevanter Leitlinienempfehlungen und verfügbarer Versorgungsdaten. Ethische und juristische Aspekte wurden ausschließlich in Textform aufgearbeitet.

Ergebnisse

Insgesamt waren durch die Recherche 4.322 Referenzen identifiziert worden. Von diesen entsprachen 185 den Einschlusskriterien und wurden zur Bearbeitung der Forschungsfragen herangezogen.

Epidemiologische Daten zur Morbidität von Pflegeheimbewohnern

Für die Darstellung der gesundheitlichen Situation und der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland standen die Daten von knapp 40 Studienkohorten zur Verfügung. Hierbei handelte es sich um 32 Primärstudien und acht Sekundärdatenanalysen. Die

Bewertung der methodischen Studienqualität ließ bei 20 Studien grobe Mängel erkennen – mit der Konsequenz einer stark beeinträchtigten Aussagekraft. Bei 16 Studien wurden einzelne Probleme festgestellt und nur vier Studien hatten eine gute Qualität. Methodische Schwächen betrafen hauptsächlich die Repräsentativität der untersuchten Stichproben sowie das Risiko von Confounding. Auch das Risiko von Verzerrungen durch Clustereffekte in multizentrischen Studien wurde so gut wie nie berücksichtigt.

Pflegeheimbewohner allgemein

Aus 17 Studien lagen Daten zur Prävalenz von Erkrankungen bei Pflegeheimbewohnern, die nicht nach bestimmten Krankheitsbildern ausgewählt wurden, vor. Sie zeigten hohe Raten von Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems (über 70%), psychischen Erkrankungen (über 60%), Erkrankungen des Urogenital- (über 50%) und des Nervensystems (um 40%) sowie muskuloskeletalen Erkrankungen (bis zu 50%). Im Mittel litten Pflegeheimbewohner an vier bis fünf Erkrankungen gleichzeitig. Das Spektrum psychischer Erkrankungen wurde dominiert von der Demenz (Prävalenz 50 bis 70%), gefolgt von affektiven Störungen (bis 33%). Weitere häufige Gesundheitsprobleme waren: Kontinenzprobleme (bei 70 bis 80% der Bewohner), ernährungsbezogene Probleme (20 bis 30% der Bewohner waren bedroht von Unterernährung) und nichtkognitive neuropsychiatrische Auffälligkeiten (25 bis 50%). Drei Studien mit Daten zur Mundgesundheit wiesen konsistent auf einen schlechten Zustand von Zähnen, Prothesen und Zahnhalteapparat hin.

Acht Arbeiten berichteten Ergebnisse zur Rate von gesundheitlichen Komplikationen (Infektions-, Frakturrate) oder Krankenhausaufenthalten. Etwa ein Fünftel der Bewohner hatte pro Quartal eine Infektion entwickelt, zwei Studien berichteten eine mittlere Rate von 0,07 sturzbedingten Frakturen pro Jahr bzw. 0,04 hüftgelenksnahen Frakturen pro Person/Jahr. Für Krankenseinweisungen wurden in sechs Studien variierende Raten um 30% pro Jahr berichtet. Etwa ein Drittel aller Pflegeheimbewohner verstarben im Krankenhaus.

Pflegeheimbewohner mit Demenz

Sechs Studien berichteten Daten zur Häufigkeit von Komorbiditäten und anderen Gesundheitsstörungen bei Pflegeheimbewohnern mit Demenz. Aus methodischer Sicht wiesen zwei Studien eine hohe Qualität auf, vier waren als eher problematisch zu bewerten. Typische Probleme betrafen die Auswahl der Stichprobe, die Güte der Informationen zu den klinischen Variablen und/oder das Risiko von Confounding.

Unter den körperlichen (somatischen) Erkrankungen wurde die höchste Prävalenz für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems insgesamt und für Hypertonie (jeweils 44%) beschrieben. Mit Ausnahme der zerebrovaskulären Problematik und des Glaukoms wurden somatische Erkrankungen bei Bewohnern mit Demenz seltener beschrie-

ben als bei nicht an Demenz leidenden Bewohnern. Unter den psychiatrischen Erkrankungen wurde die höchste Prävalenz für Depressionen und andere affektive Störungen berichtet (12 bis <30%). Nur aus zwei Studien lagen Daten zur Häufigkeit verschiedener Formen der Demenz vor: Danach kam die Demenz vom Alzheimer-Typ am häufigsten (50 bis 75%) vor, gefolgt von der vaskulären Demenz mit 15%. Weiterhin waren Beeinträchtigungen des Seh- (20%) und Hörvermögens (>30%), wiederkehrende Schmerzen (18%) und Kontinenzprobleme (fast 90%) häufig. Bis auf Schmerzen wurden alle genannten Störungen häufiger bei Bewohnern mit Demenz als bei Bewohnern ohne Demenz beobachtet. Die Prävalenz von Depressivität, Agitiertheit oder Apathie bei Bewohnern mit Demenz wurde mit 30 bis über 50% berichtet, vereinzelt noch höher. Die Inzidenz von Krankenhausaufnahmen entsprach mit 30% pro Jahr in etwa der bei Bewohnern ohne Demenz.

Pflegeheimbewohner mit Diabetes mellitus

Die in drei Studien berichtete Prävalenz des Diabetes mellitus betrug etwa 25% (80% davon auf Typ II entfallend). Begleiterkrankungen waren häufig: arterielle Hypertonie (41 bis 68%), koronare Herzerkrankung (27 bis 38%), Zustand nach Apoplex (24 bis 29%), Demenz (34 bis 57%) sowie Kontinenzprobleme (29 bis 71%). Nach den Ergebnissen einer Studie wiesen Heimbewohner mit Diabetes mellitus im Mittel knapp zehn Diagnosen sowie vier geriatrische Syndrome (z. B. Immobilität, Inkontinenz, kognitive Beeinträchtigungen) auf. Zur Prävalenz diabetischer Folgeerkrankungen lagen unter anderem Angaben zu Amputationen (ca. 12%), Erblindung (ca. 5%) und Dialysepflicht (2%) vor. Für andere diabetische Gesundheitsprobleme (Neuro-, Nephropathie und Fußprobleme) variierten die Prävalenzangaben je nach Untersuchungspopulation zwischen <5% und bis über 10% (Fußprobleme) bzw. 20% (Neuro- bzw. Nephropathie).

Status quo der ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern

Pflegeheimbewohner allgemein

Daten zur ärztlichen und fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern waren aus fünf Studien verfügbar, von denen eine multiple methodische Unsicherheiten aufwies. Für alle Studien galt, dass die Ergebnisse nicht für Störvariablen adjustiert waren. Die Arbeiten zeigten, dass nahezu alle Bewohner hausärztlich mit im Mittel einem Arztkontakt/Quartal versorgt wurden. Die fachärztliche Mitbetreuung erfolgte am häufigsten durch Neurologen oder Psychiater (ca. 50% oder mehr der Bewohner). Deutlich niedriger (<25%) war die Prävalenz augenärztlicher, Hals-Nasen-Ohren (HNO)-ärztlicher, urologischer, gynäkologischer oder dermatologischer Mitbetreuung. Auffällig war die limitierte fachärztliche oder überhaupt ärztliche Einbindung in die Abklärung von Kontinenzproblemen (bei ca. 36% der Betroffenen).

Daten zur Arzneimittelversorgung konnten zwölf Studien entnommen werden, darunter drei umfangreichen Auswertungen von Krankenkassendaten. Mit Ausnahme von zwei Studien wiesen die Arbeiten eher geringe Verzerrungsrisiken auf. Im Mittel nahmen Pflegeheimbewohner vier oder mehr Medikamente ein. Für mehr als die Hälfte der Bewohner war die Verordnung von mindestens einem Psychopharmakon dokumentiert. Am häufigsten eingesetzt wurden Neuroleptika (insbesondere niedrigpotente), Antidepressiva, Anxiolytika sowie Hypnotika bzw. Sedativa. Die Verordnung von Psychopharmaka unterlag einer ausgeprägten institutionellen Varianz, die sich nur begrenzt durch Einrichtungsmerkmale erklären ließ. Eine Sekundärdatenanalyse zeigte, dass die Verordnungsraten von Heilmitteln mit im Mittel fünf bis 25 Einheiten pro Versichertenjahr für Physiotherapie und ca. fünf Einheiten pro Versichertenjahr für Ergotherapie und Logopädie sehr niedrig waren. Im Mittel wurde ein Rehabilitationsaufenthalt pro 100 Bewohner pro Jahr verordnet.

Vier Studien belegten, dass 20 bis 50% der Pflegeheimbewohner zahnärztlich versorgt wurden, meist seltener als mit einer Behandlung pro Jahr. Drei Studien berichteten Versorgungsdaten für Bewohner mit einer liegenden Perkutanen Endoskopischen Gastrostomie- (PEG)-Sonde. Zentraler Befund war, dass bei ca. einem Drittel der betroffenen Bewohner eine zu niedrige Kalorienzahl verordnet wurde, die bei 20% nicht einmal adäquat umgesetzt wurde.

Pflegeheimbewohner mit Demenz

Daten zur Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Demenz ließen sich fünf Studien entnehmen, deren Ergebnisse mit Zurückhaltung interpretiert werden mussten, da kaum Adjustierungen für Störgrößen vorgenommen worden waren.

Ihre Befunde lassen sich schwerpunktartig wie folgt zusammenfassen: Bei einer nahezu für alle Bewohner gegebenen hausärztlichen Versorgung war für 30% bis 40% eine mehr oder weniger regelmäßige neurologische oder psychiatrische Mitbetreuung belegt. Fachärzte anderer Disziplinen, inklusive Zahnärzte, wurden deutlich seltener in Anspruch genommen. Häufig war die diagnostische Abklärung kognitiver Störungen unzureichend. Die Defizite betrafen sowohl das Risiko falsch-negativer (bis zu 30%) oder falsch-positiver (ca. 15%) Diagnosen als auch die Differentialdiagnostik.

Bewohner mit Demenz nahmen im Mittel (Median) etwa fünf internistische Medikamente und ein psychotropes Medikament ein. Unter den Psychopharmaka war der Einsatz von Neuroleptika (bei bis zu über 50% der Bewohner mit Demenz) am häufigsten zu beobachten, gefolgt von Antidepressiva (bei bis zu 30%), Antidementiva und Antikonvulsiva (jeweils bei 17%). Vergleiche der Verordnungsquoten ließen keine eindeutigen Zusammenhänge mit der Prävalenz bestimmter neuropsychiatrischer Symptome erkennen. Auffallend war eine relativ häufige Verordnung sedierend wirkender Medikamente bei Bewohnern mit geringer Belastung durch nichtkognitive

Probleme oder mit hoher Prävalenz von Apathie (bei 30% oder mehr der Betroffenen).

Nichtmedikamentöse Maßnahmen wurden deutlich seltener verordnet als Medikamente. Am häufigsten zu registrieren waren Verordnungen von Physio- (bei ca. 20% der Bewohner) und Ergotherapie (bei ca. 10% der Bewohner). Das Verordnungsniveau hinsichtlich Physiotherapie und Logopädie schien bei Bewohnern mit Demenz geringer zu sein als bei Bewohnern ohne Demenz, auch bei Berücksichtigung einiger bewohnerbezogener Einflussgrößen.

Pflegeheimbewohner mit Diabetes mellitus

Für die Darstellung des Status quo der Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit Diabetes mellitus wurden die Ergebnisse von vier Studien herangezogen, die durch diverse methodische Unsicherheiten gekennzeichnet waren. Nach den Studien wurde die hausärztliche Versorgung der Heimbewohner mit Diabetes mellitus überwiegend von Allgemeinmedizinern geleistet, eine diabetologische Mitbetreuung hatten ca. 25% erhalten. Insulinpflichtige Diabetiker wurden im Mittel zweimal pro Monat hausärztlich betreut, nicht insulinpflichtige einmal im Quartal. Eine Studie konstatierte, dass jeder dritte Heimbewohner mit Diabetes mellitus einmal jährlich von einem Augenarzt untersucht worden war, jeder zehnte war in ein Disease Management Programm (DMP) eingeschrieben.

Nach den Angaben aus zwei Studien war die Insulintherapie die am häufigsten eingesetzte Behandlungsform bei Diabetikern, gefolgt von oraler antidiabetischer Medikation und rein diätetischer Behandlung. Bei Bewohnern mit Insulintherapie wurde im Mittel häufiger als einmal pro Tag der Blutzucker kontrolliert, meistens ohne dass Zielwerte definiert waren.

Leitlinienanalyse

Zum Thema Demenz wurden Empfehlungen aus den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (DEGAM) und der gemeinsamen Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. – Selbsthilfe Demenz (DAIzG) (S3-Leitlinie Demenzen) extrahiert. Sie bezogen sich auf die Einbindung von fachärztlicher Expertise bei der (Erst-)Diagnosestellung sowie der Gestaltung der (Pharmako-)Therapie. Zum Thema Diabetes mellitus konnte auf die Module Fußkomplikationen, Netzhautkomplikationen, Neuropathie und Nierenerkrankungen der Nationalen Versorgungsleitlinien Diabetes mellitus Typ II zurückgegriffen werden. Ihnen wurden in erster Linie Empfehlungen zu Screeninguntersuchungen und Überweisungen zur fachärztlichen Versorgung bei spezifischen Befundkonstellationen entnommen. Eine regelmäßige Facharztkonsultation wurde zur Früherkennung von Netzhautkomplikationen empfohlen.

Die Übereinstimmung der aktuellen Versorgungslage mit den extrahierten Leitlinienempfehlungen wurde im Diskussionsteil des Berichts geprüft. Punktuell wurde Fehl- bzw. Unterversorgung konstatiert.

Ökonomische, ethische und juristische Aspekte

Ökonomische Aspekte

In den Recherchen wurden keine Publikationen, die sich explizit mit den gesundheitsökonomischen Implikationen der Facharztversorgung in Pflegeheimen befassen, gefunden.

Juristische Aspekte

Vier juristische Publikationen äußerten sich zu Fragestellungen, die sich auf die Reformen des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz, GKV-WSG) bzw. des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes (PfWG) beziehen. Bei der Flexibilisierung des Vertragswesens durch § 119b SGB V wurde begrüßt, dass kassenübergreifende Verträge ermöglicht, Schnittstellenprobleme entschärft und Qualifizierungsmaßnahmen eingeführt werden sollten. Unter anderem von Seiten ärztlicher Interessenvertretungen wurden langjährige Arzt-Patientenbeziehungen, die freie Arztwahl und das Recht auf freie Berufsausübung als gefährdet gesehen. Weiterhin wurde eine Tendenz zur Medikalisierung der gesamten Lebenssituation von Heimbewohnern befürchtet. Als relevante Neuerungen des GKV-WSG wurden die Möglichkeiten, Pflegeeinrichtungen in Modelle der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung oder als Vertragspartner in integrierte Versorgungsverträge einzubinden, hervorgehoben. Während zum Zeitpunkt der Publikation für den erstgenannten Aspekt noch keine umsetzungsrelevanten Informationen zur Verfügung standen, wird die letztgenannte Möglichkeit bereits in mehreren Modellprojekten erprobt. Als ebenfalls noch nicht gelöstes Problem gilt die wenig attraktive Vergütung für die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern.

Zwei Publikationen beschrieben am Beispiel der Psychopharmakaverordnungen rechtlich begründete Ursachen für die Fehlversorgung von Pflegeheimbewohnern. Einen großen Teil der Probleme sahen die Autoren bedingt durch die sektorale Gliederung der Versorgung und den sich hieraus ergebenden Kommunikationsnotwendigkeiten. Hier hielten einige Autoren ein Heimarztmodell für die geeignete Lösung. Zu den Aufgaben dieses Arztes sollten danach in erster Linie Koordination, Edukation und Qualitätssicherung gehören und erst in zweiter Linie die direkte Patientenversorgung. Umgesetzt werden könnte ein solches Modell am ehesten nach § 140 SGB V und § 92b SGB XI.

Ethische Aspekte

Ethische Aspekte der medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern wurden in einer empirischen Untersuchung ebenfalls am Beispiel der Versorgung mit Psychopharmaka diskutiert. Die Autoren konstatierten Probleme bei der Umsetzung des ethisch gebotenen Respekts vor der Autonomie der Bewohner, z. B. in Abgrenzung zu den Rechten des Umfelds (Mitbewohner, Personal), und bei der Anwendung jeglicher Art von Zwang. Die manchmal schwer zu erhaltende informierte Zustimmung zur Behandlung erweise sich auch aus rechtlicher Sicht als Herausforderung. Häufig bestünden Schwierigkeiten, sich ein Bild von Werten und Überzeugungen der Bewohner zu machen. Im Zusammenhang mit der Verpflichtung zum Wohltun wiesen die Autoren auf die gebotene fachliche Kompetenz und die Notwendigkeit der Kooperation zwischen den Berufsgruppen hin. Als prominentes Beispiel wurden die Schwierigkeiten im Umgang mit herausforderndem Verhalten angeführt. Auch bei der Diskussion des Nichtschaden-Gebots wurde auf die Verpflichtung zu professioneller Kompetenz verwiesen. Das ethische Gebot der Gerechtigkeit wurde zunächst aus ökonomischer Sicht angerissen, letztlich wurde aber auf das Wertegerüst der Gesellschaft verwiesen, das den normativen Rahmen und damit auch die Verfügbarkeit von Ressourcen für die Versorgung älterer Menschen bestimme.

Modellprojekte

Zur Beschreibung von Modellprojekten zur Verbesserung der (fach-)ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern standen 128 Publikationen zur Verfügung, von denen lediglich drei als wissenschaftliche Veröffentlichungen charakterisiert werden konnten. Zwei Gruppen von Modellprojekten ließen sich unterscheiden: Projekte, die auf die Initiative wissenschaftlicher Institutionen zurückgehen, und Projekte, die von Institutionen bzw. Körperschaften der Gesundheitsversorgung initiiert worden sind.

Modellprojekte aus wissenschaftlichen Institutionen

Elf der 128 eingeschlossenen Publikationen befassten sich mit Modellprojekten initiiert durch wissenschaftliche Institutionen. Drei hiervon wiesen annähernd den Charakter von wissenschaftlichen Publikationen auf. Das Teamwerk-Projekt (später Duales Konzept) befasste sich mit der zahnärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern. Ein Prophylaxemodul umfasste eine individuelle, risikoangepasste Prophylaxebehandlung sowie Schulungen des Pflegepersonals. In einem Therapiemodul wurden therapiebedürftige Patienten durch Patenzahnärzte behandelt. Die Effektivität der Intervention wurde in zwei Evaluationsstudien im Prä-Post-Design untersucht, wobei detaillierte methodische Angaben fehlten. Für die erste Phase wurden positive klinische Ergebnisse berichtet, in der zweiten Phase standen Kosteneinsparungen für die zahnmedizinische Versorgung in Höhe von 22% im Vordergrund.

Die beiden weiteren wissenschaftlich initiierten Modellprojekte gehörten zum Themenfeld 3 (Sicherung einer evidenzbasierten Versorgung) des in den Jahren 2008/2009 vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Leuchtturmprojekts Demenz. Das Projekt InDemA (Interdisziplinäre Implementierung von Qualitätsinstrumenten zur Versorgung von Menschen mit Demenz in Altenheimen) zielte auf die Verbesserung des Umgangs mit herausforderndem Verhalten von Pflegeheimbewohnern. Dies sollte über die Implementierung von Rahmenempfehlungen für Pflegekräfte und der Leitlinie Demenz der DEGAM für Hausärzte erreicht werden. Die Wirksamkeit der Intervention u. a. auf die Endpunkte Verordnungsrate von Psychopharmaka (insbesondere Neuroleptika) und Prävalenz von herausforderndem Verhalten wurde in einer prospektiven Studie mit Prä-Post-Design geprüft. Für die beiden genannten Endpunkte wurden nach neun Monaten statistisch signifikante und klinisch relevante Verbesserungen berichtet. Aus methodischer Sicht machten vor allem das Prä-Post-Design, hohe Drop-out-Raten und der unklare Einfluss äußerer Faktoren die Ergebnisinterpretation schwierig.

Das zweite dem Leuchtturmprojekt Demenz zuzuordnende Modellprojekt untersuchte die Wirksamkeit einer Leitlinienimplementierung (Leitlinie der amerikanischen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und Geriatrie) auf die Endpunkte Apathie, Agitation, Depression bei an Demenz leidenden Pflegeheimbewohnern sowie die verordneten Tagesdosen von psychoaktiven Medikamenten (VIDEANT-Projekt). Die Wirksamkeitsprüfung erfolgte in einer cluster-randomisierten Studie mit 16 Berliner Pflegeeinrichtungen, zu der bisher nur eine Posterpräsentation mit einigen positiven Resultaten vorliegt.

Modellprojekte aus Institutionen und/oder Körperschaften

Für diese Kategorie waren 16 Modellprojekte identifiziert worden, die das Ziel verfolgten, die (fach-)ärztliche Betreuung von Pflegeheimbewohnern zu verbessern. Die Informationsgrundlage für den HTA-Bericht bildeten Pressemitteilungen, Vertragswerke, Vortragsfolien, Zeitschriften- und Zeitungsbeiträge. Für keines der Vorhaben lag eine umfassende und kohärente Projektdarstellung vor, noch weniger Informationen waren zu Evaluationskonzepten verfügbar. Neun von 16 Projekten thematisierten explizit die verbesserte fachärztliche Versorgung als Projektziel.

Zwei Modellprojekte zielten auf die Versorgung von Pflegeheimbewohnern mit spezifischen Diagnosen: das Solinger Konzept für beatmungspflichtige Pflegeheimbewohner, basierend auf einem Vertrag für integrierte Versorgung nach § 140 SGB V und der hessische Versorgungsvertrag nach § 73c SGB V für Pflegeheimbewohner mit psychiatrische Diagnosen. Drei Projekte des Kuratoriums Wohnen im Alter (KWA) in München, Rosenau und Bad Dürkheim adressierten neben der Sicherstellung der haus- und fachärztlichen Versorgung vor allem die Verbesserung der intra- und interprofessionellen Kommunikation. Das

Heimarztprojekt der Arbeiterwohlfahrt (AWO) München thematisierte ebenfalls explizit die Verbesserung der fachärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner. Hier wurde die Koordination über einen fest angestellten Heimarzt umgesetzt, der als Institutsarzt, ermächtigt durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Bayern, und außerdem nach § 140 SGB V in einem integrierten Versorgungsmodell der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Bayern tätig war. Das Projekt Pflegenetze Bayern bezog sich ebenfalls explizit auf die Facharztversorgung in Pflegeheimen, indem es teilnehmende Praxisverbände verpflichtete, Fachärzte, insbesondere Psychiater, Neurologen bzw. Nervenärzte, in die Verbände zu integrieren. Die Zusammenarbeit war über Verträge der integrierten Versorgung in Verbindung mit einem Hausarztvertrag nach § 73b SGB V geregelt. Der Kooperationsvertrag der KV Hessen und des Bundesverbands privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) stellte eine Umsetzung des Rahmenkonzepts KV-Initiative Pflegeheim dar, das inzwischen von allen 17 KV unterzeichnet wurde. Unter dieses Rahmenkonzept ließen sich auch die bayerischen geriatrischen Praxisverbände subsumieren, die eine weitere Form der Ausgestaltung der Facharztversorgung in Pflegeheimen anboten.

Bei den übrigen sieben Modellprojekten wurde die ärztliche Versorgung allgemein thematisiert. Das seit 1998 laufende Berliner Projekt Pflege mit dem Plus basierte als integriertes Versorgungsmodell in Verbindung mit einem Hausarztmodell auf § 140a und § 73c SGB V sowie § 92b SGB XI. Die hausärztliche Versorgung der Heimbewohner wurde durch einen angestellten Heimarzt oder durch kooperierende Ärzte sichergestellt. Inhaltlich umfasste das Projekt, wie auch die nächsten drei Projekte, regelmäßige Visiten, umfangreiche Dokumentationen, Rufbereitschaften, Qualitätszirkel und multiprofessionelle Teambesprechungen. Ebenfalls in Berlin wurde das Projekt Careplus umgesetzt. Hier handelte es sich um integrierte Versorgungsverträge in Verbindung mit Verträgen zur besonderen ambulanten Versorgung (§ 140a und § 73c SGB V), Vertragspartner waren Pflegeheime, Krankenkassen und Ärzte. Ähnliche Inhalte waren im Projekt Integrierte Versorgung Pflegeheim (IVP) der AOK Baden-Württemberg Gegenstand des integrierten Versorgungsvertrags. Vertragspartner waren die AOK Baden-Württemberg, der Hausärzterverband und eine hausärztliche Vertragsgemeinschaft, die MEDIVERBUND AG und mehrere Heimträger. Weitere Verträge zur integrierten Versorgung wurden von der AOK Hessen, der AOK Westfalen-Lippe und der AOK Nordost zusammen mit der KV Mecklenburg-Vorpommern angeboten. Die Zielsetzungen glichen im Wesentlichen denen des Berliner Careplus-Projekts. Eine weitere modellhafte Organisationsform präsentierte das Projekt Modellregion Emsland. Hier wurde auf der Grundlage von § 73a SGBV von einem bereits in der Versorgung von Pflegeheimbewohnern tätigen Ärztenetz zum 01. Januar 2012 ein Heimarzt angestellt, der die Versorgung der Pflegeheimbewohner übernahm und die Hausarztpraxen damit entlastete.

Für einige Projekte wurden positive Effekte der Modellvorhaben auf prozedurale bzw. wirtschaftliche Indikatoren der Versorgung von Pflegeheimbewohnern berichtet. Allerdings lag zu keinem Projekt ein nachvollziehbarer Evaluationsplan vor, sodass die Validität der Ergebnisse nicht überprüfbar war.

Facharzt für Altersheilkunde (Elderly Care Physician)

Die Niederlande sind das einzige Land weltweit, in dem eine spezifische Facharztausbildung für die Versorgung von Pflegeheimbewohnern existierte und existiert. Diese Spezialisierung wurde neben der klinischen Geriatrie, die auf die Krankenhausbehandlung von Patienten mit akuten geriatrischen Krankheitsbildern ausgerichtet ist, in den 1990er Jahren konzipiert, angepasst auf die besonderen Bedarfe der Pflegeheimbewohner mit körperlichen und/oder psychiatrischen Mehrfacherkrankungen. Kennzeichnend für die Facharztausbildung sind die Ausrichtung der Versorgung auf Funktionserhalt und -verbesserung, die Einbettung der ärztlichen Versorgung in ein multiprofessionelles Team sowie die explizite Berücksichtigung von körperlicher und psychischer Multimorbidität. Die dreijährige Weiterbildung wird an Pflegeeinrichtungen und in der ambulanten Pflege absolviert, mit einem starken gerontopsychiatrischen Schwerpunkt. Die theoretische Ausbildung erfolgt an einem Tag pro Woche an einer akademischen Ausbildungseinheit. Fachärzte für Altersheilkunde arbeiten als angestellte Ärzte an Pflegeeinrichtungen, werden zunehmend aber auch von Hausärzten konsiliarisch in die Versorgung von in der eigenen häuslichen Umgebung lebenden geriatrischen Patienten eingebunden. Seit 2010 werden etwa 100 Elderly Care Physicians pro Jahr ausgebildet.

Diskussion und Schlussfolgerungen

Bereiche der Unter- oder Fehlversorgung

Auf der Basis einer systematischen Übersicht über 40 Studien mit personenbezogenen Daten belegt der HTA-Bericht der DAHTA eine hohe Prävalenz alterstypischer, zu einem beträchtlichen Teil nebeneinander bestehender körperlicher und psychischer Erkrankungen und Gesundheitsstörungen bei Pflegeheimbewohnern. Vor dem Hintergrund dieser ausgeprägten Morbidität und im Vergleich zu evidenzbasierten Versorgungsempfehlungen geben die systematisch zusammengefassten Daten zur Versorgung von Bewohnern mit Demenz bzw. Diabetes mellitus Hinweise auf folgende Bereiche der Unter- und/oder Fehlversorgung:

- Ungenaue und zu unspezifische Diagnostik demenzieller Erkrankungen,
- Unterversorgung von an Demenz vom Alzheimer-Typ leidenden Bewohnern mit Antidementiva,
- Fehlversorgung in der Verordnung von Psychopharmaka allgemein und insbesondere von Neuroleptika zur

Behandlung neuropsychiatrischer Symptome bei demenziell erkrankten Bewohnern,

- Unterversorgung in der Verordnung von Heilmitteln für die nichtmedikamentöse Behandlung von Bewohnern mit Demenz,
- Unterversorgung von Heimbewohnern mit Diabetes mellitus hinsichtlich regelmäßiger augenärztlicher Untersuchungen.

Befunde aus Studien mit Pflegeheimbewohnern allgemein wiesen ebenfalls auf einen klinisch teilweise inadäquaten, unzureichend zielgerichteten und zu langen Einsatz von Psychopharmaka hin. Weitere Defizite betrafen die zahnärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern generell, die augenärztliche Versorgung von Heimbewohnern mit Demenz sowie die ärztliche Versorgung von Bewohnern mit Kontinenzproblemen bzw. mit liegender PEG-Sonde.

Insgesamt legen die Ergebnisse dieser systematischen Literaturübersicht nahe, dass die beschriebenen Probleme in der (fach-)ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern multifaktoriell bedingt sind. Zu den Faktoren, die wahrscheinlich zu den unzureichenden Versorgungsprozessen beitragen, gehören eine nicht fachgerechte Diagnostik und Dokumentation von Erkrankungen bzw. Gesundheitsproblemen, eine unzureichende Dokumentation von Verordnungen bzw. der Umsetzung dieser Verordnungen sowie eine unzureichende fachliche Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen. Diese Schwachstellen betreffen sowohl die verschiedenen ärztlichen Disziplinen, inklusive hausärztlicher Berufsgruppen, als auch die professionelle Pflege. Weiterhin ist eine unzureichende Umsetzung evidenzbasierter Empfehlungen für die ärztliche Versorgung von Bewohnern mit bestimmten Erkrankungen zu erkennen.

Zu Faktoren, die die genannten Schwachstellen in den Versorgungsprozessen bedingen bzw. die Umsetzung evidenzbasierter Versorgungsempfehlungen behindern, geben die für diesen Bericht ausgewerteten versorgungsepidemiologischen Daten keine Auskunft. Ebenso wenig lassen sie erkennen, inwieweit eine unzureichende Einbindung von Fachärzten ursächlich für die beschriebenen defizitären Prozesse ist und ob die beschriebenen Defizite sich ungünstig auf den Gesundheitszustand der Bewohner auswirken.

Ökonomische Konsequenzen

Bei den systematischen Recherchen für diesen Bericht hat sich keine Publikation gefunden, aus der sich empirisch begründete Aussagen zu ökonomischen Konsequenzen einer optimalen oder suboptimalen Facharztversorgung von Pflegeheimbewohnern ableiten lassen.

Ethische und soziale Implikationen

In der Gesamtbetrachtung verweisen sowohl die rechtlichen als auch die ethischen Betrachtungen im Zusammenhang mit der (fach-)ärztlichen Versorgung auf drei zu adressierende Problembereiche: i) die strukturellen

Rahmenbedingungen (inklusive finanzieller Ressourcen), ii) inter- und intraprofessionelle Kommunikation und Kooperation sowie iii) die Verpflichtung zur professionellen Kompetenz.

Modellprojekte

In Deutschland existiert eine Vielzahl von Aktivitäten, die unter Ausnutzung der gesetzgeberisch vorgesehenen Möglichkeiten unterschiedlich und mit verschiedenen Schwerpunkten die oben skizzierten Problembereiche angehen. Aus diesen Initiativen werden viel versprechende Erfolge, aber auch indifferente Ergebnisse berichtet. Auf der Grundlage der verfügbaren Informationen ist es allerdings nicht möglich,

- einen zuverlässig umfassenden Überblick über laufende, abgeschlossene und geplante Projekte zu geben,
- die Projekte ausreichend detailliert zu beschreiben und
- evidenzbasierte Aussagen über die Wirksamkeit der Interventionen zur Verbesserung der (fach-)ärztlichen Versorgung der Pflegeheimbewohner zu machen.

Es bleibt unklar, ob Projektbeschreibungen und Evaluationsprotokolle/-ergebnisse nicht vorhanden oder lediglich nicht veröffentlicht sind.

Exkurs: Facharzt für Altersheilkunde

Das Konzept des speziellen Facharzts für Altersheilkunde (Elderly Care Physician) muss im spezifischen niederländischen Versorgungskontext bewertet werden. Es beinhaltet die Einstellung der Fachärzte direkt durch die Pflegeeinrichtungen, in denen sie die Primärarztfunktion für die Bewohner übernehmen. Dieses Modell ist als nachgeordnetes Prinzip in deutschen Pflegeeinrichtungen bisher nur vereinzelt umgesetzt. Im Vergleich zu den deutschen Curricula für geriatrische Weiterbildungen (Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie bzw. Zusatzweiterbildung Geriatrie) ist die Ausbildung des Elderly Care Physician praxisnah und zugleich akademisch angebunden. Sie ist nicht nur auf den Erwerb klinischer Expertise, sondern auch auf kommunikative und integrative Fähigkeiten ausgerichtet. Der Schwerpunkt liegt deutlich auf der Behandlung von gerontopsychiatrischen Störungsbildern. Auch wenn sich das Gesamtkonzept nicht direkt in den deutschen Versorgungskontext und die deutsche Weiterbildungslandschaft überführen lässt, wäre dennoch zu erwägen, ob sich ausgewählte Aspekte in die deutschen Weiterbildungsmodelle integrieren lassen – sprechen sie doch gerade die in diesem Bericht an mehreren Stellen identifizierten Defizite an.

Empfehlungen

Die in verschiedener Hinsicht limitierte Evidenzlage erlaubt es nicht, direkte Empfehlungen für regelhafte Modifizierungen des Systems der ärztlichen bzw. fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland

zu formulieren. Vielmehr wird geraten, in methodisch sorgfältig geplanten, durchgeführten und dokumentierten Modellprojekten Strategien für eine Optimierung der pflegerisch-medizinischen Versorgung auf der Basis identifizierter Problembereiche und Schwachstellen zu entwickeln und zu evaluieren. Nur Ergebnisse solcher Projekte ermöglichen verallgemeinerbare Erkenntnisse über kausale Zusammenhänge zwischen bestimmten Versorgungsstrukturen und/oder -prozessen und dem gesundheitlichen Befinden und der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern.

Zur Verbesserung der Erkenntnislage im Rahmen von Modellprojekten wird daher vorgeschlagen:

- Für Projekte, die mit öffentlichen Mitteln gefördert werden, eine Berichtspflicht einzuführen,
- Kohärente und detaillierte Projektbeschreibungen zu veröffentlichen,
- Für jedes Projekt eine methodisch valide Evaluation einzuplanen und umzusetzen und
- Eine träger- und projektübergreifende umfassende Dokumentationsplattform (z. B. Internetseite mit Datenbank) zu schaffen.

Forschungsbedarf

Dieser Bericht zeigt einen Mangel an methodisch aussagekräftiger empirischer Evidenz für die Ableitung von Empfehlungen für die Organisation und Gestaltung der (fach-)ärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Zur Behebung dieses Mankos sind in erster Linie gut geplante, robust durchgeführte und entsprechend internationalen Standards (z. B. <http://www.consort-statement.org/>, <http://squire-statement.org/>) berichtete Evaluationen erforderlich.

Als Voraussetzung für die Entwicklung und Planung von Strategien für die Anpassung der Strukturen und Prozesse in der (fach-)ärztlichen Versorgung bedarf es weiterhin aussagekräftiger versorgungsepidemiologischer Studien, in denen geeignete Methoden zur Minimierung der Risiken von Selektions- und Informationsbias sowie von Confounding angewandt werden. Vor allem institutionell gebundene Einflüsse sowie Einflüsse auf der Ebene der ärztlichen Versorgung gilt es bei der Analyse von Indikatoren auf der Prozess- und Ergebnisebene genauer zu untersuchen.

Die Entwicklung und Planung von Strategien für die Anpassung der Strukturen und Prozesse in der (fach-)ärztlichen Versorgung erfordert eine systematische Analyse förderlicher und hinderlicher Faktoren in der Umsetzung bestehender evidenzbasierter Empfehlungen für die Behandlung alterstypischer Erkrankungen und gesetzlicher Regelungen im Bereich des SGB V und SGB XI.

Anmerkungen

Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte in Zusammenhang mit diesem Artikel haben.

INAHTA-Checkliste

Checkliste für HTA-bezogene Dokumente (Anhang 1).

Anhänge

Verfügbar unter

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000108.shtml>

1. hta000108_INAHTA-Checklist.pdf (86 KB)
Checkliste für HTA-bezogene Dokumente

Literatur

1. Hallauer J, Bienstein C, Lehr U, Rönsch H. SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service; 2005 [cited 23.10.2010]. Available from: http://www.zukunftsforum-demenz.de/pdf/SAEVIP_studie.pdf.
2. Rothgang H, Borchert L, Müller R, Unger R. GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. St. Augustin: Asgard-Verlag; 2008 [cited 23.10.2010]. Available from: <http://www.zes.uni-bremen.de/GAZESse/200901/GEK-Pflegereport-2008.pdf>
3. Schäufele M, Köhler L, Lode S, Weyerer S. Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth U, Wahl HW, eds. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Integrierter Abschlussbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; 2007. p. 169-228. Available from: <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=109690.html>

Korrespondenzadresse:

Katrin Balzer

Sektion Forschung und Lehre in der Pflege, Institut für Sozialmedizin, Universität zu Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck, Deutschland, Tel.: 0451/5005098
katrin.balzer@uk-sh.de

Bitte zitieren als

Balzer K, Butz S, Bentzel J, Boukhemair D, Lüthmann D. Medical specialist attendance in nursing homes. *GMS Health Technol Assess*. 2013;9:Doc02.
DOI: 10.3205/hta000108, URN: urn:nbn:de:0183-hta0001086

Artikel online frei zugänglich unter

<http://www.egms.de/en/journals/hta/2013-9/hta000108.shtml>

Veröffentlicht: 23.04.2013

*Der vollständige HTA-Bericht in deutscher Sprache steht zum kostenlosen Download zur Verfügung unter:
http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta298_bericht_de.pdf*

Copyright

©2013 Balzer et al. Dieser Artikel ist ein Open Access-Artikel und steht unter den Creative Commons Lizenzbedingungen (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/deed.de>). Er darf vervielfältigt, verbreitet und öffentlich zugänglich gemacht werden, vorausgesetzt dass Autor und Quelle genannt werden.