



# HALLESCHER BEITRÄGE ZU DEN GESUNDHEITS- UND PFLEGEWISSENSCHAFTEN



»Pflegebedürftig« in der »Gesundheitsgesellschaft«

Tagung vom 26.–28. März 2009 in Halle (Saale)



## Medizinische Versorgung im Pflegeheim. Versorgungsforschung mit Routinedaten

*Rolf Müller, Lars Borchert, Heinz Rothgang und Rainer Unger*

HERAUSGEBER: JOHANN BEHRENS

REDAKTION & GESTALTUNG: GERO LANGER & MARIA GIRBIG

8. JAHRGANG  
ISSN 1610-7268

29

Vor der Veröffentlichung werden Beiträge im üblichen »peer review«-Verfahren auf ihre Publikationswürdigkeit hin begutachtet. Außer der anonymen Beurteilung der Publikationswürdigkeit geben die Gutachtenden in der Regel Anregungen für Verbesserungen an die Autorinnen und Autoren. Die Aufnahme der Anregungen wird nicht in einer zweiten Begutachtungsrunde geprüft. Daher kann nicht notwendigerweise davon ausgegangen werden, daß die publizierten Fassungen allen Anregungen der Gutachtenden entsprechen. Die Verantwortung für die publizierte Fassung liegt bei den Autorinnen und Autoren.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Nutzung der Zeitschrift und der in ihr enthaltenen Beiträge ist insoweit frei, als nichtkommerziell handelnden Personen, Firmen, Einrichtungen etc. ein begrenztes Recht auf nichtkommerzielle Nutzung und Vervielfältigung in analoger und digitaler Form eingeräumt wird. Das betrifft das Laden und Speichern auf binäre Datenträger sowie das Ausdrucken und Kopieren auf Papier. Dabei obliegt dem Nutzer stets die vollständige Angabe der Herkunft, bei elektronischer Nutzung auch die Sicherung dieser Bestimmungen.

Es besteht – außer im Rahmen wissenschaftlicher und schulischer Veranstaltungen öffentlicher Träger – kein Recht auf Verbreitung. Es besteht kein Recht zur öffentlichen Wiedergabe. Das Verbot schließt das Bereithalten zum Abruf im Internet, die Verbreitung über Newsgroups und per Mailinglisten ein, soweit dies durch die Redaktion – oder durch den/die Urheber des betreffenden Beitrags – nicht ausdrücklich genehmigt wurde. Darüber hinausgehende Nutzungen und Verwertungen sind ohne Zustimmung des Urhebers unzulässig und strafbar.

Eine Produktbezeichnung kann markenrechtlich geschützt sein, auch wenn bei ihrer Verwendung das Zeichen ® oder ein anderer Hinweis fehlen sollte. Die angegebenen Dosierungen sollten mit den Angaben der Produkthersteller verglichen werden. Für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen kann keine Gewähr übernommen werden.

Gesetzt mit L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X 2<sub>ε</sub> in der Stempel Garamond

Redaktionsschluß: 2. Juli 2009p

#### IMPRESSUM

Die »Halleschen Beiträge zur Gesundheits- und Pflegewissenschaft« werden herausgegeben von Prof. Dr. phil. habil. Johann Behrens  
Redaktion & Gestaltung: Dr. Gero Langer

Kontakt: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg · Medizinische Fakultät · Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft · German Center for Evidence-based Nursing · Magdeburger Straße 8 · 06112 Halle/Saale · Deutschland

Telefon 0345 – 557 4454 · Fax 0345 – 557 4471 · E-Mail [gero.langer@medizin.uni-halle.de](mailto:gero.langer@medizin.uni-halle.de)

Website <http://www.medizin.uni-halle.de/pflegewissenschaft/index.php?id=341>

ISSN 1610–7268

Alle Rechte vorbehalten.p

© Prof. Dr. Johann Behrens, Halle/Saale, Deutschland

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Daten und Methoden</b>	<b>7</b>
2.1	Daten . . . . .	7
2.2	Grundauszählungen . . . . .	8
2.3	Methodik der Analyse der medizinischen Versorgung . . . . .	10
<b>3</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>11</b>
3.1	Behandlungsfälle . . . . .	11
3.1.1	Zur Beurteilung der Zahl ambulantärztlicher Behandlungen . . . . .	11
3.1.2	Bewertung der Behandlungshäufigkeiten . . . . .	11
3.2	Rehabilitative Maßnahmen . . . . .	15
3.2.1	Zur Beurteilung der rehabilitativen Maßnahmen für Pflegeheimbewohner . . . . .	15
3.2.2	Bewertung der Zahl der rehabilitativen Maßnahmen . . . . .	15
3.3	Arzneimittelversorgung . . . . .	17
3.3.1	Zur Beurteilung der Verordnungsmenge . . . . .	17
3.3.2	Bewertung der Verordnungsmengen . . . . .	18
<b>4</b>	<b>Fazit</b>	<b>19</b>
4.1	Mögliche Erklärungen für die Unterschiede in der Versorgung . . . . .	22
4.1.1	Zuständigkeit . . . . .	22
4.1.2	Finanzierung . . . . .	23
4.1.3	Sonstige Gründe (Organisation, Infrastruktur, ...) . . . . .	23
4.2	Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität . . . . .	24
	<b>Literatur</b>	<b>24</b>

## Zusammenfassung

Auf Basis der Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) wird festgestellt, dass es erhebliche Unterschiede in der medizinischen Versorgung zwischen Pflegeheimbewohnern, ambulant gepflegten Personen und Personen ohne Pflegeleistungen gibt, die nicht durch das festgestellte Erkrankungsspektrum (Krebs, Schlaganfall, Parkinson-Syndrom, psychische Störungen usw.) erklärt werden können. Auffällig sind deutlich geringere Behandlungshäufigkeiten durch Augenärzte und Orthopäden. Die Verordnungsmengen von Heilmittel und Psychopharmaka sind hingegen für Pflegebedürftige allgemein höher. Allerdings werden Pflegeheimbewohnern weniger Antidementiva verordnet.

## Abstract

Analyses of the routine data of the Gmünder Ersatzkasse (GEK) show substantial differences in medical care for nursing home residents, persons in home care and others. These differences are being measured while the effects of typical diseases (such as cancer, stroke, Parkinson's disease, mental disorders, etc.) are being controlled. Nursing home residents and persons in home care receive less treatments by oculists and orthopaedists. Care recipients get more remedies and psychotropic drugs than other persons. However, nursing home residents get less anti-dementia drugs than persons in home care and others.

---

---

## Schlagworte

- Routinedaten
  - Pflegeheim
  - Heilmittel
  - Arztkontakt
  - Arzneimittel
  - Routine data
  - nursing home
  - remedies
  - treatments
  - pharmaceuticals
- 
- 

## Über die Autoren

Dr. rer. pol. Rolf Müller, geb. 1963, 1989-1995 Studium der Soziologie an der Universität Bremen; 1996-2001 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sonderforschungsbereich 186 der Universität Bremen; 2002 Promotion zum Dr.rer.pol. an der Universität Bremen. Seit 2003 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Sozialpolitik. Arbeitsschwerpunkt: Versorgungsforschung mit GKV-Routinedaten im Bereich Krankenhaus und Pflege.

Dr. rer. pol. Lars Borchert, geb. 1975, Studium der Soziologie, Psychologie und Wirtschaftswissenschaft an der Universität Bremen. Oktober 2003 Abschluss als Dipl.-Soz. Von Mai 2004 bis Okt. 2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Sozialpolitik. 2008 Promotion. Seit November 2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschul-Informationssystem GmbH (HIS).

Prof. Dr. rer. pol. Heinz Rothgang, geb. 1963, Studium der Volkswirtschaftslehre und Politikwissenschaft an der Universität zu Köln und der University of Sussex, 1995 Promotion (Köln), 2005 Habilitation (Bremen), 2004 Professor an der Hochschule Fulda. Seit 2005 Professor für Gesundheitsökonomie an der Universität Bremen. Abteilungsleiter am Zentrum für Sozialpolitik, Teilprojektleiter im DFG-Sonderforschungsbereich 597 »Staatlichkeit im Wandel« und im BMBF-geförderten Pflegeforschungsverbund Nord. Field Chair an der Bremen International Graduate School of Social Sciences. Mitglied

im Wissenschaftlichen Beirat des IQWiG und im BMG-Beirat zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.

Dr. phil. Rainer Unger, Studium der Soziologie, Erziehungswissenschaft und Rechtswissenschaft an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg von 1991 bis 1998; 1998 bis 2002 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Soziologie der Universität Heidelberg. Von 2003 bis 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter im Zentrum für Sozialpolitik im Projekt »Zielvorstellungen in der Alterssicherung«; von 2005 bis 2007 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung im Bereich »Mortalität; Morbidität« und seit 2008 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Sozialpolitik im Projekt »Qualität und Humanität in der Pflege«. Arbeitsschwerpunkte: Medizin- und Gesundheitssoziologie, Bevölkerungssoziologie, Sozialstrukturanalyse.

---

## 1 Einleitung

Die Qualität der medizinischen Versorgung im Pflegeheim ist mehrfach infrage gestellt worden (z. B. Loerzer 2005; Report Mainz 2005; Hallauer et al. 2005). Die empirischen Grundlagen der Debatten um die medizinische Versorgung bilden aber nur einige Fallbeispiele und wenige quantitative Studien, die zudem deutliche methodische Schwächen aufweisen. So beruhen die Informationen über die Erkrankungen, die Bedarfe und Versorgung in den größten Studien ausschließlich auf Aussagen der Pflegeleitung oder der Pflegekräfte (so bei Tews 1982; Schneekloth/Müller 1997; der SÄVIP-Studie von Hallauer et al. 2005 und der Basiserhebung der MuG IV-Studie herausgegeben von Schneekloth/Wahl 2007).

Hauptthemen bei der Beurteilung der medizinischen Versorgung im Pflegeheim sind zumeist die Arzneimittelversorgung bei Demenz oder allgemein die Verordnung von Psychopharmaka (z. B. Kasten 1993; Weyerer 1993; Wilhelm-Gößling 1998; Zimmer 1998; Stelzner et al. 2001; Hach et al. 2004; Bockenheimer-Lucius 2007). Lediglich die MuG-Studien (Schneekloth/Müller 1997; Schneekloth/Wahl 2007) informieren in begrenztem Maße über die Leistungsangebote der Heime und die Organisation der Arztkontakte (Schneekloth/von Törne 2007: 65ff.) sowie über die Bedarfslage, die Versorgung mit Hilfsmitteln und mit Heilmitteln, die Zahl der Krankenhausaufenthalte und der zahnärztlichen Kontrollen (Schneekloth/von Törne 2007: 100ff.).

Über die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung im Allgemeinen heißt es in §70 Abs. 1 SGB V: »Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden«. Noch schärfer formuliert dies die Bayerische Landesärztekammer: »Menschen würdig pflegen« – zu diesem Postulat gibt es keine moralische, ethische und kulturelle Alternative oder gar nur Relativierung, auch nicht was das Geld anbelangt (BLÄK 2006: 54). Dem entsprechend müsste auf die vorhandenen Krankheitsbilder und altersbedingten Bedarfe von ärztlicher Seite eingegangen werden. Die Bewohner in Pflegeheimen sind bedingt durch Erkrankungen und Behinderungen ins Pflegeheim gelangt. Ein steter ärztlicher Kontakt ist daher erforderlich, wenn man der Prämisse der Garantie einer notwendigen medizinischen Versorgung folgen will. In vielen Bereichen wird eine ausreichende Versorgung festgestellt. So beschreiben Hallauer et al. (2005: 39ff.) die Medikation bei Herz-/Kreislaufkrankungen, Diabetes und Harninkontinenz als angemessen; Schneekloth und von Törne (2007: 106) stellen fest, dass die Versorgung mit Hilfsmitteln gewährleistet ist. Bezüglich der Zahl der Facharztkontakte wird aber immer wieder von einer Unterversorgung gesprochen (z. B. Schäufele et al. 2007: 199; Hallauer et al. 2005: 46; Tews 1982: 82; Hartwig et al. 2005: 277). Eine nicht adäquate Medikation wird besonders im Bereich der Psychopharmaka festgestellt (z. B. Weyerer 1993: 185; Wilhelm-Gößling 1998: 1005; Hallauer 2005: 35; Hartwig et al. 2005: 278; Schäufele et al. 2007: 200).

Trotz einiger vorhandener Studien ist die derzeitige Datenlage zur Beurteilung der medizinischen Leistungen im Pflegeheim aber nicht ausreichend. Daher soll mit dieser Arbeit auf Grundlage der Routinedaten der Gmünder Ersatzkasse (GEK) die medizinische Versorgung in Pflegeheimen beleuchtet werden. Als Bewertungsmaßstab für die medizinische Versorgung wird ein Vergleich zwischen Pflegeheimbewohnern, ambulant gepflegten Personen und Personen ohne Pflegeleistungen herangezogen. Bei dem Vergleich werden soziodemografische Merkmale und der diagnostizierte Gesundheitszustand kontrolliert.

Die medizinische Versorgung wird gemessen durch die Behandlungshäufigkeit durch Ärzte, die Menge der verordneten Arzneimittel, die Zahl der rehabilitativen Maßnahmen und der Krankenhausaufenthalte.

## 2 Daten und Methoden

### 2.1 Daten

Die Untersuchungseinheiten für diese Analysen sind alle GEK-Versicherten, die am 31.12.2005 60 Jahre oder älter waren. Zudem mussten diese Personen durchgängig in den Jahren 2004 und 2005 und mindestens einen Tag im Jahr 2006 bei der GEK versichert sein. Als demografische Merkmale sind das Geschlecht, das Alter und der Familienstand berücksichtigt. Die Erkrankungen wurden aus den Daten der ambulanten medizinischen Versorgung und den Daten der stationären medizinischen oder rehabilitativen Versorgung der Jahre 2004 und 2005 rekonstruiert, wenn dort jeweils mindestens einmal eine entsprechende Diagnose gestellt wurde. Dabei durfte der Schlüssel für Ausschluss oder Verdacht nicht gesetzt sein. Die Messung der Pflegebedürftigkeit und der Inanspruchnahme erfolgt für das Jahr 2006.

Folgende Variablen werden bei der Messung der medizinischen Versorgung kontrolliert:

- Alter (60-69; 70-79; 80-89; 90+)
- Geschlecht (Mann; Frau)
- Familienstand (Verheiratet; nicht verheiratet)
- Demenz (ICD10: F00 – F03)
- Störungen durch psychotrope Substanzen (ICD10: F10 – F19)
- Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD10: F20-F29)
- Depression, bipolare Störungen, organische affektive Störung (ICD10: F31 – F38 (Affektive Störungen: Depression, bipolare Störungen etc.) oder F06.3 (Organische Affektive Störung))
- Andere psychische Störungen (ICD10: F04 – F06.2, F06.4 – F09, F30, F39-F99)
- Parkinson-Syndrom (ICD10: G20-G22)
- Schlaganfall (ICD10: I61, I63, I64)

- Herzinfarkt (ICD10: I21 – I22)
- Andere HK-Erkrankungen (ICD10: I00 – I99 ohne I21-I22, I61, I63 und I64)
- Bösartige Neubildungen (ICD10: C00-C97)
- Muskuloskeletale Erkrankungen inklusive Krankheiten des Bindegewebes (ICD10: M00-M99)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (ICD10: N00-N99)
- Pflegestufen (Stufe I; Stufe II; Stufe III zusammen mit Härtefällen)
- SPV-Leistungen (keine Leistungen; häusliche Pflege; Pflegeheim)

Als Versorgungsleistungen werden gemessen:

- Die Zahl der Behandlungen durch bestimmte Facharztgruppen,
- die Zahl der definierten Tagesdosen (= daily defined dose = DDD) je Medikamentengruppe,
- die Zahl der Aufenthalte in stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen,
- sowie die Zahl der Heilmittleinheiten.

Die oben definierten Krankheiten wurden ausgewählt, weil sie als Pflege begründende Diagnosen relevant sind, bei Pflegebedürftigen häufig vorkommen oder Haupttodesursachen sind (s. u.).

## 2.2 Grundauszählungen

Die GEK-Routinedaten sind Verlaufsdaten: Merkmale werden nicht nur zu einem Zeitpunkt erhoben, sondern kontinuierlich über die Zeit. Jede Person kann Wechsel in den gemessenen Zuständen erleben. Aus diesem Grund werden die Grundauszählungen hier nicht personenbezogen durchgeführt, sondern je Personentag. Ein und dieselbe Person kann also in der Auszählung mehrfach auftreten, beispielsweise mit einer Zeit in Pflegestufe I und einer Zeit in Pflegestufe II. Alle Zeiten werden für die unterschiedenen Kategorien zusammenaddiert. Durch eine Division durch 365 werden die in Tagen gemessenen Zeiten in Versichertenjahren mit entsprechenden Ausprägungen umgerechnet. Die Messungen (Tabelle 1 auf der nächsten Seite) können dabei aber »konventionell« interpretiert werden: So weist beispielsweise ein Anteilswert von 96,3% der Versichertenjahren ohne Pflegeleistungsbezug darauf hin, dass 3,7% der beobachteten Versichertenjahre mit Bezug von Pflegeversicherungsleistungen verbracht wurden. Das entspricht einer Pflegeprävalenz von 3,7% im Querschnitt.

Insgesamt stehen für die Analysen Daten von 195.873 Personen zur Verfügung, die in den Jahren 2004 und 2005 durchgängig und in 2006 mindestens einen Tag versichert waren und im Jahr 2006 mindestens 60 Jahre alt waren. Von diesen hatten 3.926 Personen



mindestens eine Episode, in der sie stationär gepflegt wurden. In der Summe sind in den Daten 991.324 stationäre Pflage tage enthalten, die sich wie in Tabelle 1 angegeben verteilen. Die Pflegestufenverteilung entspricht dabei weitgehend der Verteilung der amtlichen Statistik und hinsichtlich der SPV-Leistungen dominiert die häusliche über die stationäre Pflege.

Tabelle 1: Grundauszählung der Versichertenjahre in 2006 in bestimmten Zuständen

	Männer		Frauen	
	Versichertenjahre	Anteil	Versichertenjahre	Anteil
<b>Gesamt</b>	114.622	100,0%	78.672	100,0%
<b>Alter 60 - 69</b>	75.149	65,6%	46.737	59,4%
<b>Alter 70 - 79</b>	31.854	27,8%	22.808	29,0%
<b>Alter 80 - 89</b>	7.181	6,3%	8.095	10,3%
<b>Alter 90+</b>	439	0,4%	1.032	1,3%
<b>nicht Verheiratet</b>	19.184	16,7%	22.733	28,9%
<b>Verheiratet</b>	95.438	83,3%	55.939	71,1%
<b>ohne Pflegeleistungen</b>	110.380	96,3%	73.741	93,7%
<b>Pflege häuslich Stufe I</b>	1.766	1,5%	1.920	2,4%
<b>Pflege häuslich Stufe II</b>	1.203	1,0%	980	1,2%
<b>Pflege häuslich Stufe III + Härtefälle</b>	311	0,3%	278	0,4%
<b>Pflege stationär Stufe I</b>	322	0,3%	574	0,7%
<b>Pflege stationär Stufe II</b>	425	0,4%	775	1,0%
<b>Pflege stationär Stufe III + Härtefälle</b>	216	0,2%	405	0,5%
<b>Demenz</b>	3.181	2,8%	3.569	4,5%
<b>Störungen durch psychotrope Substanzen</b>	8.817	7,7%	3.290	4,2%
<b>Schizophrenie u. a.</b>	983	0,9%	1.319	1,7%
<b>Depression und bipolare Störungen</b>	13.267	11,6%	20.591	26,2%
<b>andere psychische Erkrankungen</b>	28.001	24,4%	28.268	35,9%
<b>Parkinson</b>	1.790	1,6%	1.247	1,6%
<b>Schlaganfall</b>	7.300	6,4%	3.750	4,8%
<b>Herzinfarkt</b>	7.215	6,3%	1.889	2,4%
<b>andere HK-Erkrankungen</b>	92.219	80,5%	66.011	83,9%
<b>bösartige Neubildungen</b>	21.222	18,5%	12.654	16,1%
<b>muskuloskeletale Erkrankungen</b>	84.981	74,1%	64.049	81,4%
<b>Krankheiten im Urogenitalsystem</b>	57.811	50,4%	52.205	66,4%

Die Verteilungen über die kontrollierten soziodemografischen und gesundheitlichen Merkmale sind dabei ungleich für Personen ohne Pflegeleistungen, Personen mit ambulanter Pflege und Pflegeheimbewohnern (siehe Tabelle 2 auf der nächsten Seite). So sind Pflegeheimbewohner älter als ambulant gepflegte Personen und diese wiederum älter als Personen ohne Pflegeleistungen. Pflegeheimbewohner sind zudem weniger verheiratet und bei ihnen sind mehr Erkrankungen diagnostiziert. Die größten Unterschiede in der Prävalenz zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und Personen ohne SPV-Leistungen sind bei allen psychischen Erkrankungen, beim Parkinson-Syndrom und beim Schlaganfall zu finden. Dabei sind die psychischen Erkrankungen insbesondere in der stationären Pflege relevant.

Tabelle 2: Jeweilige Anteile innerhalb der Pflegeleistung

	ohne Pflegeleistungen	ambulante Pflege	stationäre Pflege
Alter 60 - 69	65,1%	24,9%	12,4%
Alter 70 - 79	28,0%	36,1%	26,4%
Alter 80 - 89	6,5%	32,0%	44,7%
Alter 90+	0,3%	7,0%	16,4%
nicht Verheiratet	20,5%	36,6%	66,7%
Verheiratet	79,5%	63,4%	33,3%
Demenz	1,7%	28,0%	65,1%
Störungen durch psychotrope Substanzen	6,1%	10,0%	11,9%
Schizophrenie u. a.	0,9%	4,2%	10,7%
Depression und bipolare Störungen	16,6%	34,1%	40,1%
andere psychische Erkrankungen	28,3%	41,2%	56,0%
Parkinson	1,1%	10,9%	14,3%
Schlaganfall	4,5%	30,8%	31,7%
Herzinfarkt	4,5%	8,8%	6,6%
andere HK-Erkrankungen	81,3%	94,1%	92,7%
bösartige Neubildungen	17,3%	24,6%	19,0%
muskuloskeletale Erkrankungen	77,2%	77,7%	72,7%
Krankheiten im Urogenitalsystem	56,5%	64,9%	64,9%

### 2.3 Methodik der Analyse der medizinischen Versorgung

Der Zahl der ärztlichen Behandlungsfälle wird über die abgerechneten Fälle aus den Daten der ambulant-ärztlichen Versorgung ermittelt. Alle Behandlungen eines Patienten bei einem bestimmten Arzt innerhalb eines Quartals bilden in der Regel jeweils genau einen Behandlungsfall (Grobe/Dörning/Schwartz 2007: 34). Die Fachgebiete werden für die nachfolgenden Analysen wie folgt zusammengefasst: 1. Allgemeinärzte, 2. Internisten, 3. Neurologen, Nervenärzte oder Psychiater, 4. Augenärzte, 5. HNO-Ärzte, 6. Hautärzte, 7. Orthopäden, 8. Gynäkologen oder Urologen, 9. Chirurgen und 10. alle anderen Ärzte.

Die Messung der rehabilitativen Maßnahmen erfolgt über die Auszählung der stationären Aufenthalte in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen und über die Zahl der verordneten Therapieeinheiten aus den Heilmitteln. Bei den Heilmitteln wird unterschieden zwischen 1. Physiotherapie (Heilmittelposition X0101 X2002), 2. Ergotherapie (Heilmittelposition X4001 X4502) und 3. Logopädie (Heilmittelposition X3001 X3401).

Die Arzneimittelmengen wird in DDD (engl: Defined Daily Dose) gemessen. Diese Maßzahl gibt eine angenommene mittlere Tagesdosis eines Erwachsenen bei den wichtigsten Indikationen wieder. Die Verordnungen von Medikamenten sind für die vorliegenden Analysen nach der medizinisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation (ATC) kategorisiert. Hierbei wird unterschieden: 1. Antiparkinsonmittel zur Behandlung bei Parkinsonerkrankung (ATC N04), 2. beruhigende Mittel zur Behandlung von Psychosen, Angstzuständen, Schlaflosigkeit usw. (Psycholeptika ATC N05), 3. Antidepressiva zur Behandlung von Depressionen (ATC N06A) und 4. Antidementiva zur Behandlung von Demenzen (ATC N06D).

Die Unterschiede in der Inanspruchnahme der medizinischen Leistungen zwischen den Personengruppen werden mittels linearer Regressionsanalyse gemessen. In den Ergebnistabellen entspricht der Wert der Konstanten den Inanspruchnahmen durch die

Referenzkategorien – 60 69-jährige, nicht verheiratete Männer ohne SPV-Leistungen und ohne eine der gemessenen Erkrankungen. In den nachfolgenden Zeilen sind dann die Häufigkeitsunterschiede angegeben, die sich für die spezifischen Subgruppen ergeben. Diese sind zur Konstante hinzuzuaddieren, um die Inanspruchnahmekennziffer für die spezifische Subgruppe zu erhalten.

### 3 Ergebnisse

#### 3.1 Behandlungsfälle

##### 3.1.1 Zur Beurteilung der Zahl ambulantärztlicher Behandlungen

Um die Zahl der Behandlungsfälle bewerten zu können, bedarf es eines Bewertungsmaßstabs. Ausgehend von der Tatsache, dass die Heimbewohner von Pflegeheimen durchweg unter gesundheitlichen Beeinträchtigungen leiden, ist ein regelmäßiger Arztkontakt angemessen. Dabei ist die Angemessenheit der Zahl der Arztkontakte je Facharztdisziplin unterschiedlich zu bewerten. So sprechen Hallauer et al. (2007: 35f) von regelmäßigen Besuchen von Internisten, wenn sie bei Bedarf »mindestens einmal pro Quartal« die Heimbewohner besuchen. Dieses Maß wurde auch für Neurologen/Psychiater angewendet. Von regelmäßiger Versorgung durch Urologen oder Gynäkologen wird bei jährlichem Besuch gesprochen. Die Autoren sehen eine Überlappung der Versorgungsaufträge für Internisten und Allgemeinmediziner, wodurch die Bewertung der Kontakte mit Internisten schwer fällt (ebenso Beckmann 1992: 36). Da die Allgemeinmediziner in der Regel aber diejenigen Ärzte sind, die den häufigsten Kontakt zu den Patienten haben und außerdem dazu angehalten sind, die weitere Versorgung zu organisieren (z. B. Hausarztmodell), ist die Kontakthäufigkeit der Allgemeinärzte mindestens nach den Kriterien für Internisten zu bewerten. Beckmann (1992: 36f) weist weiterhin auf die Notwendigkeit regelmäßiger Kontakte zu Gynäkologen, Urologen und Psychiatern hin. Zudem werden aber auch Kontakte zu Augenärzten, HNO-Ärzten, Hautärzten, Orthopäden und Chirurgen für sinnvoll erachtet. Da insbesondere die psychischen Erkrankungen gehäuft in Pflegeheimen auftreten, ist ein besonderes Augenmerk auf die psychiatrische Versorgung zu legen. Im Jahr 1989 wurden noch 72% der Psychopharmaka von Hausärzten verschrieben (Weyerer 1993: 181); die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2003) beschreibt allerdings die Differentialdiagnose und die medikamentöse Therapie bei Demenzen als fachärztliche Aufgabe, die Neurologen, Psychiater, Neuropsychologen oder Neuroradiologen zu erfüllen haben.

##### 3.1.2 Bewertung der Behandlungshäufigkeiten

Bei den Allgemeinärzten hat die Analyse gezeigt (Tabelle 3 auf der nächsten Seite), dass pflegebedürftige Heimbewohner – auch bei Kontrolle von Alter, Geschlecht und Erkrankungsspektrum – signifikant mehr Behandlungsfälle aufweisen. Der Vergleich mit den Nicht-Pflegebedürftigen und den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege bietet somit keinen Hinweis auf eine Unterversorgung der Heimbewohner bezüglich allgemeinärztlicher Behandlungen. Die Absolutzahl der Behandlungsfälle liegt unter Berücksichtigung der üblichen Erkrankungen bei knapp einer Behandlung je Quartal.

Tabelle 3: Regressionsmodelle der Behandlungsfälle durch...

	Allgem.		Internist		Neuro/Psy		Augen	
Konstante	1,07	***	0,52	***	0,02		0,21	***
Frau	0,06		-0,14	***	-0,03	**	0,06	**
Alter 70-79	0,12	***	0,13	***	0,00		0,33	***
Alter 80-89	0,19	**	0,02		-0,10	***	0,42	***
Alter 90+	0,20		-0,09		-0,30	***	0,22	*
Verheiratet	0,08	*	0,01		0,02		0,02	
Pflege häuslich Stufe I	0,26	*	0,07		0,11	**	-0,19	**
Pflege häuslich Stufe II	0,50	***	-0,13		0,13	**	-0,48	***
Pflege häuslich Stufe III	0,79	**	-0,41		-0,01		-0,76	***
Pflege stationär Stufe I	0,91	***	-0,44	*	0,37	***	-0,44	***
Pflege stationär Stufe II	1,02	***	-0,51	**	0,55	***	-0,65	***
Pflege stationär Stufe III	1,03	***	-0,36		0,61	***	-0,63	***
Demenz	0,19	*	-0,20	**	0,39	***	-0,10	
Psychotrope Substanzen	0,17	**	0,13	**	0,03		-0,10	**
Schizophrenie u. a.	0,25		-0,11		0,78	***	-0,06	
Depressionen u. a.	0,23	***	0,09	**	0,41	***	0,05	*
Sonstige psychische Störungen	0,19	***	0,16	***	0,19	***	0,11	***
Parkinson	0,08		-0,07		1,39	***	0,11	
Schlaganfall	0,18	**	0,17	**	0,21	***	0,10	**
Herzinfarkt	0,26	***	0,65	***	-0,02		0,02	
Sonstige Herz-/Kreislaufferkr.	0,83	***	0,71	***	0,02		0,24	***
Krebs	0,08	*	0,39	***	-0,01		0,08	***
Muskuloskeletale Erkr.	0,50	***	0,20	***	0,03	**	0,19	***
Krankh. des Urogenitalsystems	0,18	***	0,37	***	0,03	**	0,19	***

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Bei den Internisten ergeben sich für die Heimbewohner dagegen weniger Behandlungsfälle als für die beiden Vergleichsgruppen. Die Unterschiede sind größtenteils (schwach)signifikant. Auch die von Hallauer et al. (2007: 35f.) geforderte Mindestkontakthäufigkeit von einmal im Quartal wird nicht erreicht, die Zahl der jährlichen Behandlungsfälle liegt für Pflegebedürftige in häuslicher Pflege bei 1 bis 1,4 Fällen und damit deutlich unterhalb der Zielgröße von 4.

Heimbewohner haben deutlich mehr Behandlungsfälle durch Neurologen oder Psychiater als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und als Nicht-Pflegebedürftige. Diese Unterschiede sind statistisch hoch signifikant – auch bei Kontrolle der Erkrankungen. Die Berücksichtigung der Erkrankungen ergibt dabei zunächst das bedarfsgerechte Ergebnis: psychische Störungen erhöhen die Behandlungshäufigkeit durch Neurologen und Psychiater signifikant, während die Konstante, also die Zahl der Behandlungsfälle ohne Vorliegen einer psychischen Störung, praktisch bei Null liegt. Auch bei Vorliegen psychischer Störungen ist aber bei weitem nicht mit einer Behandlung je Quartal zu rechnen.

Hinsichtlich der augenärztlichen Versorgung zeigt sich eine in Relation zu den Vergleichsgruppen geringere Fallzahl für Heimbewohner, die sich im Regressionsmodell auch als statistisch signifikant erweist. Dies kann zumindest als Indiz für eine möglicherweise vorhandene Unterversorgung mit augenärztlichen Leistungen gewertet werden.

Behandlungen durch HNO-Ärzte (Tabelle 4 auf der nächsten Seite) stellen sich für die Heimbewohner zwar ebenfalls seltener dar, dieser Unterschied ist aber nicht statistisch signifikant. Ein externer Maßstab für die Mindestzahl an notwendigen Arztkontakten konnte nicht gefunden werden. Allerdings liegt die Zahl der Behandlungsfälle bei ei-

Tabelle 4: Regressionsmodelle der Behandlungsfälle

	HNO	Haut	Orthop	Gyn/Uro
Konstante	0,11 ***	0,09 ***	-0,05 *	-0,11 ***
Frau	-0,07 ***	-0,05 ***	0,13 ***	0,33 ***
Alter 70-79	0,04 **	0,00	0,03	-0,11 ***
Alter 80-89	0,07 ***	-0,01	-0,10 ***	-0,32 ***
Alter 90+	0,12	-0,03	-0,22 **	-0,48 ***
Verheiratet	0,01	0,03 *	0,00	0,11 ***
Pflege häuslich Stufe I	-0,10 *	-0,11 **	-0,14 **	-0,22 ***
Pflege häuslich Stufe II	-0,16 **	-0,14 *	-0,28 ***	-0,12
Pflege häuslich Stufe III	-0,23 *	-0,16	-0,41 ***	0,02
Pflege stationär Stufe I	-0,09	0,05	-0,37 ***	-0,23
Pflege stationär Stufe II	-0,15 *	0,12	-0,43 ***	-0,02
Pflege stationär Stufe III	-0,11	0,15	-0,39 **	0,05
Demenz	-0,03	-0,01	-0,09 *	-0,11 *
Psychotrope Substanzen	0,00	-0,05 *	-0,04	-0,14 ***
Schizophrenie u. a.	-0,02	0,02	-0,04	-0,10
Depressionen u. a.	0,06 ***	0,03	0,12 ***	0,09 ***
Sonstige psychische Störungen	0,10 ***	0,08 ***	0,15 ***	0,26 ***
Parkinson	-0,03	0,02	0,01	0,02
Schlaganfall	0,01	-0,01	-0,02	-0,04
Herzinfarkt	0,00	-0,02	-0,01	-0,09 *
Sonstige Herz-/Kreislaufkr.	0,05 ***	0,08 ***	0,08 ***	0,03
Krebs	0,08 ***	0,30 ***	0,02	0,69 ***
Muskuloskeletale Erkr.	0,12 ***	0,12 ***	0,42 ***	0,09 ***
Krankh. des Urogenitalsystems	0,09 ***	0,13 ***	0,16 ***	0,96 ***

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

ner dementen Pflegebedürftigen in stationärer Pflege in Alter von 80-89 Jahren, die als stellvertretend für die typischen Heimbewohner herangezogen wurde, in der Nähe von Null.

Bei den Hautärzten unterscheidet sich die Zahl der Behandlungsfälle der Pflegeheimbewohner nicht signifikant von der der beiden Vergleichsgruppen. Da für diese Facharztgruppe auch kein externer Maßstab vorliegt, ergeben die Analysen keine Anzeichen für eine Unterversorgung.

Dies ist bei der orthopädischen Versorgung anders. Die Zahl der Behandlungsfälle liegt bei Pflegebedürftigen unter der der Nicht-Pflegebedürftigen. Für die notwendige absolute Zahl an Arztkontakten liegt kein Bewertungsmaßstab vor, die systematisch geringere Behandlungszahl für Pflegeheimbewohner könnte aber eine Unterversorgung indizieren.

Die Zahl der gynäkologischen und urologischen fachärztlichen Behandlungsfälle von Heimbewohnern unterscheidet sich nicht signifikant von der der beiden Vergleichsgruppen. Der Vergleich bietet somit keinen Anlass Unterversorgung von Heimbewohnern zu vermuten. Ein gefordertes Mindestmaß von mindestens einem Arztkontakt pro Versichertenjahr wird zwar bei den Männern, nicht aber bei den Frauen erreicht. Allerdings wird ein entsprechender Wert auch bei den Frauen errechnet, wenn Krankheiten des Urogenitalsystems vorliegen. Eine Unterversorgung älterer Frauen mit gynäkologischen Versorgungsleistungen kann daher zwar nicht ausgeschlossen werden, für eine systematische Unterversorgung von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern gibt es dagegen keine Indizien.

Im Hinblick auf die Behandlung durch Chirurgen und durch sonstige Ärzte (Tabelle 5 auf der nächsten Seite) unterscheiden sich die pflegebedürftigen Heimbewohner

Tabelle 5: Regressionsmodelle der Behandlungsfälle

	Chirurg	Sonstige Ärzte
Konstante	0,05 **	0,32 ***
Frau	0,00	0,10 ***
Alter 70-79	-0,01	-0,09 ***
Alter 80-89	-0,04 *	-0,43 ***
Alter 90+	-0,10	-0,83 ***
Verheiratet	0,01	0,03
Pflege häuslich Stufe I	0,03	0,17
Pflege häuslich Stufe II	-0,02	0,14
Pflege häuslich Stufe III	-0,03	-0,05
Pflege stationär Stufe I	-0,02	-0,13
Pflege stationär Stufe II	-0,04	-0,19
Pflege stationär Stufe III	-0,05	-0,15
Demenz	-0,03	-0,15 *
Psychotrope Substanzen	0,03	0,11 *
Schizophrenie u. a.	-0,02	-0,05
Depressionen u. a.	0,03 *	0,24 ***
Sonstige psychische Störungen	0,04 ***	0,31 ***
Parkinson	-0,03	-0,05
Schlaganfall	0,00	0,00
Herzinfarkt	0,02	0,23 ***
Sonstige Herz-/Kreislaufferkr.	0,06 ***	0,30 ***
Krebs	0,03 *	1,04 ***
Muskuloskeletale Erkr.	0,11 ***	0,39 ***
Krankh. des Urogenitalsystems	0,06 ***	0,61 ***

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1 %; \*\* P < 1 %; \* P < 5 %

nicht signifikant von den Personen ohne SPV-Leistungen. Da bezüglich dieser Arztgruppen auch keine externen Maßstäbe bekannt sind, sind Indizien für eine diesbezügliche Unterversorgung der Heimbewohner nicht erkennbar.

Zusammenfassend kann festgestellt werden: Während das Ausmaß der allgemeinärztlichen Versorgung noch als knapp ausreichend gewertet werden kann, gibt es bei einigen Facharztgruppen Anlass, eine Unterversorgung zu vermuten. Bei Internisten und Neurologen/Psychiater wird ein definiertes absolutes Sollmaß nicht erreicht und bei Internisten, Augenärzten und Orthopäden weisen Heimbewohner eine signifikant geringere Behandlungsfrequenz auf. Alle Vergleiche sind dabei unter Kontrolle von Alter, Geschlecht, Familienstand, Pflegestufe, SPV-Leistungen und dem wesentlichen Erkrankungsspektrum durchgeführt worden. Auch unter Kontrolle des Alters, des Geschlechts, des Familienstands und des Erkrankungsspektrums bestehen die genannten Unterschiede zwischen Pflegeheimbewohnern und Personen ohne SPV-Leistung. Eine im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen signifikant geringere Inanspruchnahme ist insofern problematisch als kein medizinischer Grund erkennbar ist, warum Heimbewohner beispielsweise weniger augenärztlicher Behandlung bedürfen, bei anderen Facharztgruppen aber im Gegenteil sogar vermutet werden könnte, dass wegen der höheren Morbidität der Heimbewohner mehr Arztkontakte sinnvoll wären (z. B. bei Internisten). Dass das Unterschreiten der Mindestkontakthäufigkeiten ein Anzeichen für Unterversorgung sein kann, ist selbstverständlich.

## 3.2 Rehabilitative Maßnahmen

### 3.2.1 Zur Beurteilung der rehabilitativen Maßnahmen für Pflegeheimbewohner

Zu den rehabilitativen Maßnahmen zählen sowohl die medizinische Rehabilitation in Reha-Kliniken als auch Heilmittel (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie u. a.), wobei es hier auch Überschneidungen geben kann.

Unter stationäre Reha-Maßnahmen fallen grundsätzlich sowohl Bäder und Kuren als auch Rehabilitationsleistungen, die durch unterschiedlichste Träger wie z. B. die Rentenversicherung, die Krankenversicherung oder Berufsgenossenschaft finanziert werden. Sie werden sowohl bei psychischen Problemen als auch beispielsweise als Anschlussheilbehandlung nach kurativen Eingriffen bei somatischen Beschwerden (insbesondere Schlaganfall und Herzinfarkt) angeboten.

Physiotherapien sollen eingesetzt werden bei Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane, bei Erkrankungen des Nervensystems, bei Erkrankungen der inneren Organe und sonstigen Erkrankungen. Alle diese Erkrankungen sind somatischer Natur (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 14ff.). Entsprechend sollten bei gemessenen somatischen Erkrankungen größere Therapiehäufigkeiten feststellbar sein und psychische Erkrankungen sollten relativ wenig Einfluss auf die Häufigkeit dieser Therapien haben.

Ergotherapien werden angewandt bei Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, bei Schädigungen des Zentralen Nervensystems, aber auch bei psychischen Störungen wie neurotischen, Persönlichkeit- und Verhaltensstörungen, bei Schizophrenie und affektiven Störungen sowie Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. Entsprechend sollten bei diesen Krankheitsbildern mehr Leistungen verordnet sein (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 10).

»Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie entfalten ihre Wirkung auf phoniatriischen und neurophysiologischen Grundlagen und dienen dazu, die Kommunikationsfähigkeit, die Stimmgebung, das Sprechen, die Sprache und den Schluckakt bei krankheitsbedingten Störungen wiederherzustellen, zu verbessern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden« (Gemeinsamer Bundesausschuss 2004: 8). Zu den Sprachstörungen bedingenden Erkrankungen gehört beispielsweise der Schlaganfall, der Aphasien verursachen kann.

Maßstäbe zur Beurteilung der bedarfnotwendigen absoluten Leistungsmengen konnten nicht gefunden werden. Die Beurteilung kann sich daher nur auf den Vergleich der Heimbewohner mit Nicht-Pflegebedürftigen und Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege stützen.

### 3.2.2 Bewertung der Zahl der rehabilitativen Maßnahmen

Heimbewohner erhalten erkennbar weniger stationäre Rehabilitationsmaßnahmen als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege und Nicht-Pflegebedürftige. Allerdings sind die absoluten Zahlen so gering, dass die Unterschiede nicht signifikant sind (Tabelle 6 auf der nächsten Seite). Für stationäre Rehabilitationsmaßnahmen gilt daher, dass diese generell bei älteren Menschen kaum zum Einsatz kommen. Pflegebedürftigkeit und stationäre Pflege sind dagegen von untergeordneter Bedeutung. Die etwas geringe Zahl der stationären

Reha-Maßnahmen für die Heimbewohner lässt sich zudem damit rechtfertigen, dass für diese Klientel eine Verlegung in eine andere stationäre Einrichtung häufig kontraindiziert ist. Der Vergleich bietet daher keine Anhaltspunkte für gravierende Unterversorgung gerade von Heimbewohnern.

Tabelle 6: Regressionsmodelle der Behandlungsfälle und Verordnungsmenge

	Rehabil.	Physioth	Ergotherapie	Logopädie
Konstante	0,007	-0,64 *	0,02	0,02
Frau	-0,004	1,46 ***	-0,10 **	-0,05 *
Alter 70-79	0,011 *	-0,51 **	-0,08 *	-0,03
Alter 80-89	0,008	-3,66 ***	-0,63 ***	-0,24 ***
Alter 90+	-0,001	-10,24 ***	-1,84 ***	-0,86 ***
Verheiratet	-0,002	0,00	0,05	0,01
Pflege häuslich Stufe I	0,000	12,63 ***	2,43 ***	0,86 ***
Pflege häuslich Stufe II	-0,005	24,98 ***	4,81 ***	2,04 ***
Pflege häuslich Stufe III	-0,054	42,20 ***	6,95 ***	2,95 ***
Pflege stationär Stufe I	-0,049	8,72 ***	2,37 ***	0,67 ***
Pflege stationär Stufe II	-0,046	19,06 ***	4,02 ***	1,70 ***
Pflege stationär Stufe III	-0,056	19,46 ***	3,02 ***	2,29 ***
Demenz	-0,010	-4,81 ***	-0,55 ***	-0,48 ***
Psychotrope Substanzen	0,008	-1,20 ***	-0,07	0,02
Schizophrenie u. a.	-0,007	-1,95 **	-0,31 *	-0,26 **
Depressionen u. a.	0,010	1,97 ***	0,15 ***	0,05
Sonstige psychische Störungen	0,007	1,56 ***	0,07	0,02
Parkinson	0,027	7,00 ***	-0,01	0,19 *
Schlaganfall	0,020 *	4,90 ***	1,74 ***	0,92 ***
Herzinfarkt	0,015	-0,14	-0,06	-0,04
Sonstige Herz-/Kreislaferkr.	0,011	1,01 ***	0,05	0,02
Krebs	0,015 **	1,21 ***	-0,06	0,00
Muskuloskeletale Erkr.	0,028 ***	3,53 ***	-0,02	0,00
Krankh. des Urogenitalsystems	0,008	1,55 ***	0,01	0,00

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5%

Das Krankheitsspektrum hat sich bei den Analysen der Heilmittelversorgung nur als bedingt erklärungskräftig erwiesen. Dagegen ist die Pflegebedürftigkeit an sich ein wichtiges Erklärungsmerkmal (Tabelle 6). Der Unterschied in den verordneten Mengen ist zwischen Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen deutlich größer als der Unterschied zwischen an speziellen Krankheiten erkrankten Personen und nicht erkrankten Personen. Heilmittel stellen sich also mehr als Pflegeeinstellung denn als medizinische Therapie dar. Für die Bewertung der Angemessenheit der Versorgung sind die Vergleiche der Heimbewohner mit den Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege daher von besonderer Bedeutung. Unklar bleibt dabei allerdings, inwieweit eigene Angebote der Pflegeeinrichtungen, die in großem Umfang angeboten werden (Schneekloth und von Törnes 2007: 65), bei der Bewertung der Unterschiede berücksichtigt werden können. Die Darstellung der Unterschiede geschieht daher in Teilen wertfrei.

Pflegebedürftige erhalten signifikant mehr Physiotherapie als Nicht-Pflegebedürftige. Da Pflegebedürftigkeit oft mit Immobilität verbunden ist und Krankengymnastik der Erhaltung oder der Förderung der Mobilität dient, erscheint dies als sinnvoll. Der Unterschied zwischen Pflegebedürftigen in häuslicher und stationärer Pflege ist allerdings beträchtlich. Insbesondere in Pflegestufe III erhalten Heimbewohner weniger als halb so viele Leistungen wie Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Da die Unterschiede abhängig



von der Pflegestufe sind, könnte dies doch als Hinweis für eine Unterversorgung von Heimbewohnern mit Physiotherapie gedeutet werden.

Ähnlich stellt sich die Situation auch bei der Ergotherapie dar. Auf der einen Seite erhalten pflegebedürftige Heimbewohner signifikant mehr Leistungen als Nicht-Pflegebedürftige, auf der anderen Seite aber deutlich weniger als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Auch hier steigt der Unterschied mit der Pflegestufe: In Stufe III erhalten die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege mehr als doppelt so viele Leistungen wie die in stationärer Pflege. Zwar könnte auch hier wieder argumentiert werden, dass eine Minderverordnung durch Eigenleistungen der Pflegeheime ausgeglichen wird, aber für einen gleichmäßigen Ausgleich wäre auch ein gleichmäßiger Unterschied in allen Pflegestufen zu erwarten.

Auch bei den logopädischen Maßnahmen zeigt sich das nun schon bekannte Bild: Heimbewohner erhalten mehr Maßnahmen als Nicht-Pflegebedürftige, aber erkennbar weniger als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege. Konzentriert sich der Unterschied bei der Physio- und Ergotherapie vor allem auf die Pflegestufe III, erhalten Heimbewohner bei der Logopädie in allen drei Pflegestufen nur rund 2/3 der Leistungen die ein Pflegebedürftiger gleicher Stufe in häuslicher Pflege erhalten würde. Auch hier kann eine Unterversorgung daher nicht ausgeschlossen werden.

### **3.3 Arzneimittelversorgung**

#### **3.3.1 Zur Beurteilung der Verordnungsmenge**

Nachstehend werden die Verordnungsmengen von Arzneimitteln zur Behandlung psychischer Störungen und des Parkinson-Syndroms untersucht. Wir unterscheiden dabei zwischen Psycholeptika (ATC: N05; inklusive Antipsychotika (ATC: N05A), Anxiolytika (ATC: N05B), Hypnotika und Sedativa (ATC: N05C)), Antidepressiva (ATC: N06A), Antidementiva (N06D) und Antiparkinsonmittel (N04A). Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika (ATC: N06B) werden nur äußerst selten und Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (ATC: N06C) gar nicht verordnet. Aus dem Berichtsjahr liegen jedenfalls keine solchen Verordnungen in den Daten vor.

Antiparkinsonmittel werden zur Behandlung des Parkinson-Syndroms eingesetzt (AWMF 2005b). Da Parkinsonerkrankte häufiger pflegebedürftig sind, ist auch eine höhere Verordnungsmenge für Pflegebedürftige zu erwarten.

Unter Psycholeptika sind Antipsychotika, Anxiolytika sowie Hypnotika und Sedativa gefasst. Insbesondere Personen mit schizophrenen Störungen und Depressionen sollten solche Verordnungen erhalten (AWMF 2005a). Schizophrene benötigen eine regelmäßige Arzneimitteltherapie mit Psychopharmaka (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände 2005).

Antidepressiva sind zur Behandlung von Depression gedacht. Sie sollten bei mittleren bis schweren Depressionen zum Einsatz kommen, während leichte Depressionen insbesondere mit Psychotherapie zu behandeln sind (AWMF 2002). Da Depressionen unter pflegebedürftigen Personen häufig vorkommen, ist von einer größeren Verordnungsmenge bei ihnen auszugehen.

Antidementiva sind zur Behandlung häufiger Demenzformen gedacht. Acetylcholinesterase-Hemmstoffe bei leichter bis mittelschwerer und Memantine bei mittelschwerer bis schwerer Alzheimer-Demenz sind evidenzbasierte Therapien (Deutsche Gesellschaft für Neurologie 2005). Dabei helfen Acetylcholinesterase-Hemmstoffe auch bei den depressiven und psychotischen Symptomen, die im Zuge einer Demenz auftreten können, und sparen somit die Verordnung von Antidepressiva und Neuroleptika.

### 3.3.2 Bewertung der Verordnungsmengen

Entsprechend der Leitlinien für die Therapie der berücksichtigten psychischen Störungen, wurden bei Vorliegen der Störungen auch deutlich mehr Medikamente verordnet (Tabelle 7). Bei Demenz wurden mehr Antidementiva verordnet, bei Schizophrenie mehr Psycholeptika, bei Depression mehr Antidepressiva und beim Parkinson-Syndrom mehr Antiparkinsonmittel. Die Ergebnisse zeigen zumindest für die Verordnungen von Antiparkinsonmitteln und Antidementiva eine zum größten Teil aus den besonderen Erkrankungen heraus interpretierbare Verordnungsmenge. Antidepressiva und Psycholeptika sind Medikamente, die bei bestimmten psychischen Störungen verordnet werden sollen. Bemerkenswert ist es daher, dass die Verordnungsmengen nicht überwiegend durch psychische Störungen erklärt werden können.

Tabelle 7: Regressionsmodelle der Verordnungsmenge

	Antiparkinson	Psycholeptika	Antidepressiva	Antidementiva
Konstante	1,35 *	1,81 *	-1,82	-0,41
Frau	-1,45 ***	3,29 ***	4,00 ***	-0,38
Alter 70-79	0,42	1,91 ***	0,42	1,54 ***
Alter 80-89	-5,00 ***	2,51 **	-3,70 **	0,53
Alter 90+	-10,28 ***	-5,19 *	-19,59 ***	-10,31 ***
Verheiratet	0,29	-1,54 **	0,84	1,05 ***
Pflege häuslich Stufe I	11,59 ***	23,34 ***	25,43 ***	6,41 ***
Pflege häuslich Stufe II	23,54 ***	26,73 ***	30,80 ***	8,92 ***
Pflege häuslich Stufe III	18,35 ***	61,16 ***	22,48 ***	4,76 *
Pflege stationär Stufe I	1,04	56,93 ***	48,86 ***	-0,14
Pflege stationär Stufe II	7,39 **	56,86 ***	42,20 ***	-12,26 ***
Pflege stationär Stufe III	-7,04 *	58,28 ***	5,35	-24,06 ***
Demenz	-4,56 ***	6,23 ***	13,71 ***	49,70 ***
Psychotrope Substanzen	-1,58 *	15,49 ***	10,33 ***	-1,03
Schizophrenie u. a.	0,64	137,23 ***	48,76 ***	-1,91
Depressionen u. a.	1,84 ***	17,04 ***	57,10 ***	0,83 *
Sonstige psychische Störungen	1,14 **	7,87 ***	10,13 ***	0,71 *
Parkinson	257,77 ***	11,50 ***	16,15 **	2,79 **
Schlaganfall	-3,49 ***	-3,90 ***	6,30 ***	-1,04
Herzinfarkt	-1,54	1,81	0,58	-0,94
Sonstige Herz-/Kreislaferkr.	-0,56	0,31	0,49	0,02
Krebs	-1,13 *	0,69	-1,33	0,12
Muskuloskeletale Erkr.	0,12	-0,75	-0,98	0,00
Krankh. des Urogenitalsystems	0,28	-1,29 **	-0,08	-0,22

Anmerkung: \*\*\* P < 0,1%; \*\* P < 1%; \* P < 5 %

Empfänger von SPV-Leistungen und insbesondere Pflegeheimbewohner leiden in größerem Umfang an psychischen Störungen. Unter Kontrolle der den Verordnungen zugrunde liegenden Störungen und Erkrankungen könnte deshalb erwartet werden, dass sich die Unterschiede von Pflegebedürftigen und Nicht-Pflegebedürftigen deutlich reduzieren

oder diese Unterschiede gar ganz verschwinden. Diese Ergebnisse lassen sich aber nicht finden. Ganz im Gegenteil hat die Pflegebedürftigkeit einen großen Effekt auf die Verordnungsmenge.

Verordnungen von Antiparkinsonmitteln erhalten pflegebedürftige Heimbewohner der Pflegestufe II zwar mehr, die der Stufe III aber weniger. Eine durchgängige Tendenz, die Über- oder Unterversorgung anzeigen könnte, ist somit bei Heimbewohnern nicht erkennbar. Allerdings fallen die deutlich höheren Verordnungsmengen bei den ambulant gepflegten Personen auf.

Tatsächlich zeigt sich aber, dass häuslich und stationär gepflegte Personen auch unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums weitaus mehr Psycholeptika und Antidepressiva verordnet bekommen.

Die deutlich höheren Verordnungsziffern bei Psycholeptika bei häuslich und stationär gepflegten Personen können als Indiz für Überversorgung angesehen werden. Zwar ist die Verabreichung von Anxiolytika (bei sonstigen Störungen), von Hypnotica (bei sonstigen Störungen und Depressionen), bei niederpotenten Neuroleptika (bei Demenz und Störungen durch psychotrope Substanzen) angezeigt – allerdings sind diese Effekte im Regressionsmodell kontrolliert. Die auch bei Kontrolle der Erkrankungen verbleibende hoch signifikant höhere Verordnungsmenge von Psycholeptika spricht eher für die Nutzung von Sedativa zur »Ruhigstellung« von pflegebedürftigen Heimbewohnern. Hierfür spricht auch, dass Pflegebedürftige in Pflegestufe I und II im Heim deutlich mehr Verordnungen erhalten als Pflegebedürftige in häuslicher Pflege.

Sinnvolle Indikationen wie Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie, Depression und sonstige psychische Störungen erhöhen die Verabreichung von Antidepressiva jeweils signifikant. Dies spricht für eine bedarfsgerechte Verordnung. Auch bei Kontrolle dieser Erkrankungen werden Pflegebedürftigen aber deutlich mehr Antidepressiva verordnet – in häuslicher und in stationärer Pflege. Bemerkenswert ist dabei, dass die Zahl der Verordnungen bei Heimbewohnern in Pflegestufe I und II deutlich über der entsprechenden Zahl bei Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege liegt. Auch hier kann eine Überversorgung nicht ausgeschlossen werden.

Die – auch bei Kontrolle des Krankheitsspektrums und hier insbesondere der Demenz – geringere Menge an verordneten Antidementiva im Pflegeheim können dagegen als Unterversorgung interpretiert werden. Die im Vergleich zu Nicht-Pflegebedürftigen geringeren Verordnungen sind umso auffälliger als die Pflegebedürftigen in häuslicher Pflege signifikant mehr Antidementiva erhalten als Nicht-Pflegebedürftige.

#### 4 Fazit

Ausgehend von den eingangs zitierten Klagen, die medizinische Versorgung im Pflegeheim sei zumindest in Teilen suboptimal, wurde untersucht, wie sich die medizinische Versorgung quantitativ darstellt. Dazu wurde auf die Routinedaten der GEK zurückgegriffen. Es wurde ein Überblick gegeben, wie viele Behandlungen durch Ärzte verschiedener Fachrichtungen durchgeführt wurden, wie viele und welche Psychopharmaka und andere Medikamente zur Beeinflussung des Nervensystems verordnet wurden, wie viele stationäre Rehabilitationsmaßnahmen stattfanden und wie viele Heilmittel verordnet wurden.

Durch einen Vergleich mit zum Teil verfügbaren Empfehlungen zu absoluten Mengen an Versorgungsleistungen und durch einen Vergleich der Pflegeheimbewohner mit häuslich gepflegten Personen und mit Personen ohne SPV-Leistungen konnte die medizinische Versorgung im Pflegeheim in Teilen bewertet werden.

Ein wesentliches Kriterium für eine medizinische Versorgung ist natürlich der Gesundheitszustand. Um mit den GEK-Daten Gesundheitszustände zu messen, muss man auf die Diagnosen zurückgreifen, die im Verlauf der medizinischen Leistungen dokumentiert werden. Um dann weiter von einem Gesundheitszustand auf die ärztliche Versorgung schließen zu können, muss zwischen der Messung des Gesundheitszustands und der medizinischen Leistung ein zeitliches Fenster liegen. Ansonsten würde man mit der gleichzeitigen Messung keine Unterschiede in der Versorgungsleistung messen können, da mit einer diagnostizierten Erkrankung faktisch auch immer ein Arztkontakt verbunden ist. Aus diesem Grund wurde das Erkrankungsspektrum in den vorliegenden Analysen in den beiden Jahren vor der Beobachtung der zu untersuchenden medizinischen Leistung gemessen. Diejenigen, die in irgendeiner Weise erkrankt sind, sollten dann in der Regel mehr medizinische Leistungen erhalten. Bei speziellen Erkrankungen sollten die entsprechenden Arztkontakte und Verordnungen häufiger vorkommen.

Es wurden für die Analysen speziell solche Erkrankungen und Störungen ausgewählt, die einerseits für Pflegebedürftigkeit relevant sind und andererseits in der Regel auch einer langfristigen medizinischen Betreuung bedürfen. Personen mit vorhandenen psychischen Störungen, Krebs oder Herz-/Kreislauferkrankungen haben eine deutlich höhere Rate, pflegebedürftig zu werden als Personen, die davon nicht betroffen sind. Besonders häufig ist bei Pflegeheimbewohnern Demenz festgestellt worden. Aber auch Störungen durch psychotrope Substanzen, Schizophrenie u. a., Depressionen u. a., andere psychische Störungen, das Parkinson-Syndrom, Schlaganfall und Krankheiten des Urogenitalsystems sind im Pflegeheim häufiger als bei häuslich gepflegten Personen oder Personen ohne SPV-Leistungen. Personen ohne SPV-Leistungen haben in der Vergangenheit solche Erkrankungen deutlich seltener erlebt. Kaum Unterschiede gibt es insgesamt bei Herzinfarkt, anderen Herz-/Kreislauferkrankungen und Krebs, obwohl Krebs als eine der wesentlichen pflegebegründenden Diagnosen erwähnt wird. Weniger als bei den Vergleichskategorien sind bei den Pflegeheimbewohnern muskuloskeletale Erkrankungen registriert.

Entsprechend der Annahmen werden für das Vorliegen jeder der untersuchten Krankheiten und Störungen mehr Behandlungen durch Allgemeinmediziner festgestellt. Alle signifikanten Unterschiede bezüglich der Behandlungshäufigkeit durch Internisten sind der gleichen Gestalt. Wie zu erwarten, ist die Behandlungshäufigkeit durch Neurologen oder Psychiater bei Vorliegen psychischer Störungen, Parkinson-Syndrom oder Schlaganfall größer. Die Ausnahme bilden Störungen durch psychotrope Substanzen, die nicht durch diese Ärzte therapiert werden. Die meisten Erkrankungen haben sogar eine positive Auswirkung auf die Behandlungshäufigkeit durch Augenärzte, obwohl sie auf den ersten Blick nichts mit Erkrankungen des Auges zu tun haben. Auffällig ist aber an dieser Stelle, dass Personen mit Störungen durch psychotrope Substanzen signifikant weniger Behandlungen durch Augenärzte erfahren. Weniger, wenn auch nicht signifikant weniger Behandlungen werden auch für Personen mit Demenz oder Schizophrenie u. a. gemessen. Ein ähnliches Bild zeigt sich auf niedrigerem Niveau bei der Behandlungshäufigkeit

durch HNO-Ärzte, Hautärzte, Orthopäden, Gynäkologen und Urologen, Chirurgen und sonstigen Ärzten. Immer wieder zeigt sich, dass bei Vorliegen von Herzinfarkt, sonstigen Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebs, muskuloskeletalen Erkrankungen oder Krankheiten des Urogenitalsystems die Behandlungshäufigkeit größer ist und bei Vorliegen von Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen oder Schizophrenie die Behandlungshäufigkeit geringer ist. Hier scheint also die vermutete Therapiefähigkeit oder der erwartete zukünftige Nutzen der Therapie ebenso wie schon bei den Behandlungshäufigkeiten nach Alter eine Rolle zu spielen.

Bei fast allen anderen Erkrankungen kommt es zu mehr Verordnungen. Antiparkinsonmittel werden im Wesentlichen bei Vorliegen eines Parkinson-Syndroms verordnet (+ 258 DDD pro Jahr). Demenz und Schlaganfall verursachen eine geringfügig geringere Verordnungsmenge (ca.-4 DDD). Psycholeptika werden vor allem bei Schizophrenie u. a. verordnet (+ 137 DDD), aber auch bei Vorliegen der anderen psychischen Störungen und beim Parkinson-Syndrom werden deutlich mehr Psycholeptika verordnet. Antidepressiva werden insbesondere bei Depressionen u. a. und bei Schizophrenie u. a. verordnet. Sehr häufig bekommen aber auch Personen mit anderen psychischen Erkrankungen, mit Parkinson-Syndrom oder Schlaganfall Antidepressiva verordnet. Die Verordnung von Antidementiva ist sehr an die Demenz gebunden (+ 50 DDD). Alle anderen Erkrankungen sind in diesem Zusammenhang unbedeutend oder haben nur einen geringen Effekt auf die Verordnungsmenge.

Die stationäre, medizinische Rehabilitation ist insgesamt im Alter ab 60 Jahren sehr selten. Dennoch werden noch signifikant mehr Maßnahmen bei Patienten mit Schlaganfall, Krebs oder muskuloskeletalen Erkrankungen gemessen. Physiotherapien werden insbesondere im Fall von somatischen Erkrankungen verordnet. Demenz, Störungen durch psychotrope Substanzen und Schizophrenie u. a. wirken ebenso wie beim Arztkontakt negativ auf die Leistungsmenge. Die Ergotherapie und Logopädie werden vor allem im Fall eines Schlaganfalls verordnet. Und auch hier werden für Patienten mit Demenz oder Schizophrenie u. a. weniger Leistungen verordnet.

Es lässt sich insgesamt feststellen, dass rehabilitative Maßnahmen für Personen mit Demenz oder Schizophrenie u. a. weniger stattfinden als für andere Personen. Bei dementen oder schizophrenen Personen wird also entweder der therapeutische Nutzen geringer bewertet oder der Aufwand für die Therapie ist zu hoch.

### **Versorgung nach Pflegebedürftigkeit**

Da die Heimbewohner in der Regel gesundheitlich stärker eingeschränkt sind als nicht pflegebedürftige Personen gleichen Alters, sollte ein regelmäßiger Arztkontakt bei ihnen häufiger vorkommen und sichergestellt sein. Kontrolliert man aber das typische Erkrankungsspektrum sollte sich das Ausmaß der medizinischen Leistungen für Heimbewohner, häuslich gepflegte Personen und Personen ohne SPV-Leistungen nivellieren.

Die Behandlungshäufigkeiten stellen sich je nach Facharztgruppe unterschiedlich für Pflegeheimbewohner, häuslich gepflegte Personen und Personen ohne SPV-Leistungen dar. Die Behandlungshäufigkeit durch Allgemeinmediziner sowie durch Neurologen und Psychiater ist auch unter Kontrolle des Erkrankungsspektrums bei Pflegeheimbewohnern größer als bei anderen Personen. Die Zahl der Behandlungsfälle ist bei den häuslich

gepflegten Personen geringer und bei den Personen ohne SPV-Leistungen am geringsten. Anders sieht es bei der Behandlungshäufigkeit durch die übrigen Facharztgruppen aus. Deutlich weniger Behandlungsfälle gibt es im Pflegeheim durch Augenärzte, durch Orthopäden und teilweise durch HNO-Ärzte.

Es sind außerdem einige sehr deutliche Unterschiede in der Verordnungsmenge zu beobachten, die nicht auf das kontrollierte Erkrankungsspektrum zurückgeführt werden können. So bekommen einerseits Pflegeheimbewohner deutlich mehr Psycholeptika und Antidepressiva verordnet als Nicht-Pflegebedürftige. Die Verordnungsmenge von Psycholeptika wird in erster Linie durch schizophrene Störungen und in zweiter Linie durch Pflegebedürftigkeit bestimmt. Erst weit danach folgen die anderen psychischen Störungen als erklärende Faktoren. Andererseits werden Pflegeheimbewohnern – wie in der Literatur mehrfach erwähnt – deutlich weniger Antidementiva verordnet.

Die Zahl der stationären Rehabilitationsmaßnahmen unterscheidet sich nicht signifikant zwischen Beziehern von SPV-Leistungen und Personen ohne SPV-Leistungen. Allerdings bekommen Bezieher von SPV-Leistungen mehr Heilmittel verordnet. Dabei ist die verordnete Menge im Pflegeheim aber geringer als bei häuslich gepflegten Personen. Hier könnten mindestens zwei Faktoren eine Rolle spielen. Erstens kann die Verordnung von Heilmitteln darauf abzielen, den Aufenthalt im Pflegeheim zu vermeiden. Zweitens kann die geringere verordnete Menge im Pflegeheim auch wieder ein Ausdruck dafür sein, dass die Therapiefähigkeit oder der vermutete Nutzen der Therapie bei Heimbewohnern grundsätzlich geringer eingeschätzt werden.

## **4.1 Mögliche Erklärungen für die Unterschiede in der Versorgung**

### **4.1.1 Zuständigkeit**

Verantwortlich für einen Arztbesuch ist nach der aktuellen Rechtslage prinzipiell der Patient. Dieser fragt die ärztliche Leistung nach und hat prinzipiell auch die freie Arztwahl. Pflegeheimbewohner sind aber zu über 3/4 in ihrer Mobilität eingeschränkt (Hallauer et al 2005: 7; Schneekloth/von Törne 2007: 113) oder dement (s. o.), so dass Arztpraxen außerhalb des Heimes von nur 20% der Bewohner aufgesucht werden können (Hallauer et al. 2005: 20). Ebenso ist es für die Heimbewohner auf Grund der eigenen gesundheitlichen Bedingungen oftmals schwer bis unmöglich, den Hausbesuch eines Arztes im Pflegeheim zu veranlassen. Die Angehörigen nehmen nicht selten – fälschlicherweise – an, die medizinische Verantwortung würde durch das Pflegeheim sichergestellt (Sauerbrey 2008: 12) und sehen daher zunächst davon ab, selbst einen Arztbesuch zu initiieren. Die Arztkontakte werden daher in der Regel durch das Pflegepersonal der Heime veranlasst (Hallauer et al. 2005: 21). Diese Übernahme der Aufgaben durch das Heimpersonal ist aber rechtlich ungeregelt (Hallauer et al. 2005: 45). Die Heime sind prinzipiell gar nicht zuständig für die medizinische Versorgung, sondern der Auftrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung liegt bei den kassenärztlichen Vereinigungen. Dennoch gibt es zahlreich Heime, die die freie Arztwahl für den Pflegebereich ausschließen oder zumindest die Bewohner deutlich dazu drängen, die Kooperationsärzte des Heimes zu wählen (Beckmann 1992: 26). Im Pflegeheime fest angestellte Heimärzte gibt es auf Grund der

sozialrechtlichen Bestimmungen sehr selten (0,4% nach Schneekloth/Müller 1997: 60). Für den Fall, dass die Arztkontakte durch das Pflegepersonal hergestellt werden, muss diese organisatorische Aufgabe zeitlich von der sonstigen Arbeitszeit abgezweigt werden. Je aufwändiger sich diese Aufgabe gestaltet, desto geringer dürfte die Bereitschaft sein, diese Aufgabe zu übernehmen.

#### 4.1.2 Finanzierung

Die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern und insbesondere die Hausbesuche im Pflegeheim werden für Ärzte als finanziell nicht sehr attraktiv bewertet (Beckmann 1992: 31; Becker et al. 2005: 26; Hibbeler 2005; Scriba 2005: 19; Sauerbrey 2008: 23; Goesmann (Vizepräsidentin der BÄK) nach Hibbeler 2007)..

In allen Bereichen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass Budgets die Leistungen und Verordnungsmengen beeinflussen. So führen Schneekloth und von Törne (2007: 109) aus, dass die Notwendigkeit von Ergotherapie im Zusammenhang mit aktivierenden Funktionstherapien bei älteren Leuten an sich unumstritten ist, aber dennoch ein Rückgang zu verzeichnen ist, der nach Aussagen der Autoren nur auf das Ordnungsverhalten der Ärzte zurückgeführt werden kann, das anscheinend durch als unzureichend wahrgenommene Budgets beeinträchtigt ist. Entsprechend werden Budgets auch als Grund für eine mögliche Begrenzung von Arzneimittelverordnungen genannt. Die Begrenzung der Arzneiverordnungsmöglichkeiten erfolgt beispielsweise durch Richtgrößen von 113,78 Euro pro Rentner und Quartal in Nordrhein (Scriba 2005: 19). Daher ist die Verschreibung zu vieler Medikamente für die Ärzte ab dem Limit unter Umständen mit finanziellen Nachteilen oder mit erhöhtem Verwaltungsaufwand für die Beantragung von Ausnahmeregelungen wegen Praxisbesonderheiten verbunden. Lürken (2001: I/53f) weist schließlich darauf hin, dass auch für die Einleitung rehabilitativer Maßnahmen auf Seiten der Ärzte von Budgetproblematiken geredet wird. Die Belastungen ihrer Budgets und die Aufwendungen der Kostenträger müssten dabei im Verhältnis zu den Erfolgen der rehabilitativen Maßnahmen stehen.

#### 4.1.3 Sonstige Gründe (Organisation, Infrastruktur, ...)

An einigen Stellen wird unterstellt, bestimmte Maßnahmen werden wegen des geringen therapeutischen Nutzens nicht mehr durchgeführt (z. B. Scriba 2005: 13). Entsprechend finden sich auch bei älteren oder dementen Personen in der vorliegenden Untersuchung weniger Verordnungen von Heilmitteln, weniger Behandlungen durch Orthopäden, Gynäkologen oder Urologen, Chirurgen oder sonstige Ärzte sowie teilweise geringere verordnete Menge an Medikamenten. Pflegeheimbewohner bekommen entsprechend auch weniger Heilmittel als häuslich gepflegte Personen. Ebenfalls geringer fällt die Behandlungshäufigkeit durch einzelne Facharztgruppen aus. Pflegeheimbewohnern werden auch weniger Antidementiva, aber mehr Antidepressiva und Psycholeptika verordnet.

Ein wesentlicher Aspekt für die Möglichkeit, ärztlich im Pflegeheim tätig zu werden, ist auch die Präsenzpflcht in der Praxis (Beckmann 1992: 15). Sie ist ein zusätzlicher Hinderungsgrund, der es nur Ärzten aus Gemeinschaftspraxen in größerem Umfang möglich

macht, Patienten in Pflegeheimen zu versorgen (Beckmann 1992: 15; Füsgen/Hallauer 2005: 59). Viele Ärzte sind somit für die Versorgung im Pflegeheim nicht oder nur deutlich eingeschränkt verfügbar. Hinzu kommt möglicherweise ein Bruch in der gewohnten Versorgung, wenn ein Patient neu in ein Pflegeheim einzieht und sein bisheriger Hausarzt sehr entfernt seine Praxis hat.

Wie schon erwähnt, werden die meisten Arztkontakte durch die Pflegekräfte im Pflegeheim veranlasst. Dies führt auch arbeitsorganisatorisch zu Hindernissen. Wenn im Bedarfsfall für jeden einzelnen Patienten erst herausgefunden werden muss, wer der Hausarzt ist und wer die behandelnden Fachärzte sind, wer im Ersatzfall für diese einspringen könnte und ob der Patient bzw. die Angehörigen damit einverstanden sind, dann erhöht das den Aufwand der Pflegenden, die ärztliche Versorgung zu organisieren.

## 4.2 Konzepte zur Verbesserung der Versorgungsqualität

Insgesamt zeigt sich also, dass die medizinische Versorgungssituation der Pflegeheimbewohner nicht optimal ist. Es wird daher z. B. eine wirksamere Intervention bei Demenzerkrankungen und eine verbesserte (fach-)ärztliche und gerontopsychiatrische Versorgung angemahnt (Schneekloth/Wahl 2007: 14f). Als Lösungsmöglichkeiten werden die Konzepte des Heimarztes und der Kooperationsverträge diskutiert. Ziel dabei ist die Steigerung der medizinischen Versorgungsqualität und die Begrenzung etwaiger Mehrkosten. Wenn es um die Versorgungsqualität geht, dann sind sich die Verfechter der Heimarzt- oder Kooperationsmodelle relativ einig, dass die Versorgung durch einen Heimarzt oder die Kooperation mit einer überschaubaren Zahl externer Ärzte verbessert wird (z. B. Beckmann 1992: 76ff.; Müller/Richter-Reichhelm 2004; Kotek 2005; Fasching 2007: 319). Die geringere Zahl der Ärzte und die regelmäßigen Kontakte, schaffen ein Verhältnis, in dem die Ärzte einen sehr guten Überblick über die Patienten gewinnen und die Kooperation und der Informationsfluss mit dem Pflegepersonal leicht optimiert werden kann. Zu beachten ist bei diesen Konzepten, dass die Zuständigkeiten geregelt sind, es keine Komplikationen durch die Präsenzpflcht gibt und die Finanzierung für alle Beteiligten angemessen ist.

## Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)(2002): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP). Psychotherapie der Depression. URL: <http://www.heinrich-heine-universitaet.de/WWW/AWMF/11-na/051-023.htm>, (aktuell am 01.10.2008)

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)(2005a): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN). Schizophrenie, Kurzfassung. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/11/038-009.htm>, (aktuell am 01.10.2008)



- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)(2005b): Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie. Extrapiramidal-motrische Erkrankungen. Parkinson-Syndrome. URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/11-na/030-010.htm>, (aktuell am 01.10.2008)
- Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) (2006): Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer 2005-06 dem 62. Bayerischen Ärztetag vorgelegt. URL: [http://www.blaek.de/werwaswo/bay\\_aerztetag/berichte/TB\\_01\\_09\\_2006.pdf](http://www.blaek.de/werwaswo/bay_aerztetag/berichte/TB_01_09_2006.pdf). [aktuell am 8.7.2008].
- Becker, Clemens; Koczy, Petra; Rissmann, Ulrich; Lindemann, Beate (2005): Medizin im Altenheim – eine »alte« Domäne der Geriatrie. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38: 24-27.
- Beckmann, Renate (1992): Untersuchungen zur ärztlichen Betreuung Pflegebedürftiger: Modellpraxis in einem Alten- und Pflegeheim. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- Bockenheimer-Lucius, Gisela (2007): Psychopharmakaverordnung im Altenpflegeheim – Eine interdisziplinäre Aufgabe mit medizinischen, pflegerischen, rechtlichen und ethischen Herausforderungen. In: Ethik in der Medizin., 4: 255-257.
- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)(2005): Welche Arzneimittel werden gegen Schizophrenie eingesetzt? [WWW-Dokument] URL: <http://www.aponet.de/arzneimittel/gegen/schizophrenie/Medikamentoes.html> (aktuell am 22.09.2008).
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2003): Degenerative Erkrankungen. Diagnostik degenerativer Demenzen (Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz, Lewy-Körperchen-Demenz). [WWW-Dokument] URL: <http://www.dgn.org/fileadmin/leit105/DiagnostikDemenzen.pdf> (aktuell am 02.06.2008).
- Fasching, Peter (2007): Der Heimarzt – Ein Modell zur Verbesserung der ärztlichen Betreuung in Pflegeheimen. Erfahrungen und Stand der Debatte in Österreich. In: Ethik in der Medizin., 19, 4: 313-319.
- Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (2005): Demenzbehandlung in Pflegeheimen. Versorgungsdefizite bestehen – aber auch Wege zur Optimierung. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 59-61.
- Gemeinsamer Bundesausschuss (2004): Bekanntmachung des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Neufassung der Richtlinien über die Verordnungen von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. In: Bundesanzeiger, 106a. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/39-261-69/2004-03-16-Heilmittel-RL.pdf>. [aktuell am 09.09.2008].
- Grobe, Thomas G.; Dörning, Hans; Schwartz, Friedrich W. (2007): GEK-Report ambulante ärztliche Versorgung 2007. Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. Schwerpunkt: Ambulante Psychotherapie. Vol. 59. St. Augustin: Asgard-Verlag.
- Hach, I.; Rentsch, A.; Krappweis, J.; Kirch, W. (2004): Psychopharmakaverordnungen an älteren Menschen. Ein Vergleich zwischen Patienten aus Alten- und Pflegeheimen, ambulant behandelten Pflegefällen und ambulanten Patienten ohne Pflegebedarf. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie., 37, 3: 214-220.

- Hallauer, Johannes (2005): Medikation von Heimbewohnern mit Demenz. Patienten sind unter- und fehlversorgt. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 31-38.
- Hallauer, Johannes; Bienstein, Christel; Lehr, Ursula; Rönsch, Hannelore (2005): SÄVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Hannover: Vincentz Network Marketing Service.
- Hartwig, Jörg; Heese, K.; Waller, H.; Machleidt, W. (2005): Zur Versorgung von psychisch kranken Altenheimbewohner/innen im Landkreis Uelzen. In: Das Gesundheitswesen., 67: 274-279.
- Hibbeler, Birgit (2005): Pflegeheime: Schlechte Noten für die ärztliche Versorgung. In: Deutsches Ärzteblatt., 102, 41.
- Hibbeler, Birgit (2007): Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen: Von Kooperationen profitieren alle. In: Deutsches Ärzteblatt., 104, 48: 2901-2908.
- Kasten, Erich (1993): Pillen ersetzen die Zuwendung nicht. Der Einsatz von Psychopharmaka in der Altenpflege ist die »allerletzte Wahl«. In: Altenpflege., 10: 650-654.
- Kotek, Henry (2005): Acht Jahre »Berliner Projekt« in der stationären Pflege. Hohe Qualität, weniger Kosten. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 51-57.
- Loerzer, Sven (2005): Pflegeheime. Ärztliche Versorgung miserabel. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) gerät bezüglich der ärztlichen Versorgung von Patienten in Pflegeheimen unter Druck. URL: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/artikel/61/60001/print.html>. [aktuell am 27.06.2008].
- Lürken, Lothar (2001): Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach SGB XI. Weichenstellung für Interventionsprogramme der geriatrischen Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34: I/49-I/56.
- Müller, Rolf D.; Richter-Reichhelm, Manfred (2004): Berliner Modellprojekt: Der Arzt am Pflegebett. In: Deutsches Ärzteblatt., 101, S. A1482-A1484.
- »Report« aus Mainz (2005): Fernsehsendung am 07.11.2005 über »Sinnlose Noteinsätze – Wie Ärzte alte Menschen unnötig ins Krankenhaus schicken«.
- Sauerbrey, Günther (2008): Die medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Herausforderungen aus medizinischer und ökonomischer Sicht. Bayreuther Gesundheitswissenschaften, Vorträge, Band 9. PCO-Verlag: Bayreuth.
- Schäufele, Martina; Köhler, Leonore; Lode, Sandra; Weyerer, Siegfried (2007): Menschen mit Demenz in stationären Pflegeeinrichtungen: aktuelle Lebens- und Versorgungssituation. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige

- und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für »Good Practice«. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 169-232.
- Schneekloth, Ulrich; Müller, Udo (1997): Hilfe- und Pflegebedürftige in Heimen. Endbericht zur Repräsentativerhebung im Forschungsprojekt »Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen«. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schneekloth, Ulrich; von Törne, Ingolf (2007): Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für »Good Practice«. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S. 53-168.
- Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans Werner (Hrsg.) (2007): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen für »Good Practice«. München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Scriba, Jochen Peter (2005): Kassenärztliche Fachärzte versorgen Heimbewohner mit Demenz. Erfahrungen, Strategien, Hemmnisse. In: Füsgen, Ingo; Hallauer, Johannes F. (Hrsg.): Zukunftsforum Demenz. Demenzbehandlung in Pflegeheimen – Wirklichkeit, Chancen und Grenzen. Vol. 16. Berlin. S. 13-21.
- Stelzner, G.; Riedel-Heller, S.G.; Sonntag, A.; Matschinger, H.; Jakob, A.; Angermeyer, M.C. (2001): Determinanten des Psychopharmakaverbrauchs in Alten- und Altenpflegeheimen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie., 34, 4: 306-312.
- Tews, Hans Peter (1982): Zur Problematik der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Ergebnisse und Schlußfolgerungen aus einer Untersuchung in 225 Alteneinrichtungen. In: Sozialer Fortschritt., 4: 81-85.
- Weyerer, Siegfried (1993): Die psychopharmakologische Behandlung älterer Menschen in der Allgemeinbevölkerung und in Heimen: Epidemiologische Befunde. In: Sucht. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis., 39: 180-186.
- Wilhelm-Gößling, C. (1998): Neuroleptikaverordnungen bei dementen Alterspatienten. Zum Verlauf in Altenheimen nach stationär psychiatrischer Behandlung. In: Der Nervenarzt., 69, 11: 999-1006.
- Zimber, Andreas (1998): Ein institutionelles Problem? In: Altenpflege., 2: 32-34.