

Die Qualität der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern: Ist und Soll im Vergleich

Katrin Balzer¹, Stefanie Butz¹, Jenny Bentzel¹, Dalila Boukhemair¹, Dagmar Lühmann²

¹Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie, Universität zu Lübeck; ²Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Hintergrund und Fragestellung

Die ärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern steht seit einigen Jahren in der Diskussion. Ausgangspunkt waren Untersuchungen, die auf eine vermeintlich defizitäre fachärztliche Versorgung hinwiesen (1, 2).

Im Rahmen eines vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) beauftragten Health Technology Assessment (HTA) sollte überprüft werden, inwieweit es Belege für eine inadäquate fachärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland gibt (3).

Dies erfolgte zum einen durch eine Analyse bestehender Modellprojekte zu diesem Thema (s. Poster 104), zum anderem durch die Untersuchung folgender Fragestellung: **Entspricht die in versorgungsepidemiologischen Studien dokumentierte fachärztliche Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland den Empfehlungen evidenzbasierter Konsensusleitlinien?**

Methodisches Vorgehen

Für die Untersuchung der Fragestellung wurde eine mehrteilige systematische Übersichtsarbeit zu folgenden Themen erstellt:

- (1) Morbidität und Versorgungs-Ist in Pflegeheimpopulationen allgemein
- (2) Morbidität und Versorgungs-Ist in Pflegeheimpopulationen mit Demenz oder Diabetes mellitus (DM) Typ 2
- (3) Empfehlungen konsentierter, evidenzbasierter Leitlinien zur medizinischen Versorgung von Menschen mit Demenz oder DM Typ 2 (Versorgungs-Soll)
- (4) Vergleich von Versorgungs-Ist und Versorgungs-Soll (Demenz, DM Typ 2)

Die methodischen Eckpunkte sowie die Kriterien für die Auswahl der beiden Subpopulationen sind in Abbildung 1 dargestellt. Die Themen 1 bis 3 dienten als Grundlage für den Soll-Ist-Vergleich, der Gegenstand dieses Beitrags ist.

Zentrale Ergebnisse

Datengrundlage (Epidemiologie): Insgesamt wurden Arbeiten zu 40 Kohorten eingeschlossen. Daten zum Versorgungs-Ist in den betrachteten Subpopulationen stammen aus 5 (Demenz) bzw. 4 (DM Typ 2) Studien. Die Validität dieser Studien (Median n=200 Bewohner, Spannweite 34–3.051) ist durch stichprobenbedingte Unsicherheiten und Confounding-Risiken limitiert (Abb. 2).

Datengrundlage (Leitlinien): Es wurden 6 Leitlinien berücksichtigt, 2 zum Thema Demenz und 4 zum DM Typ 2.

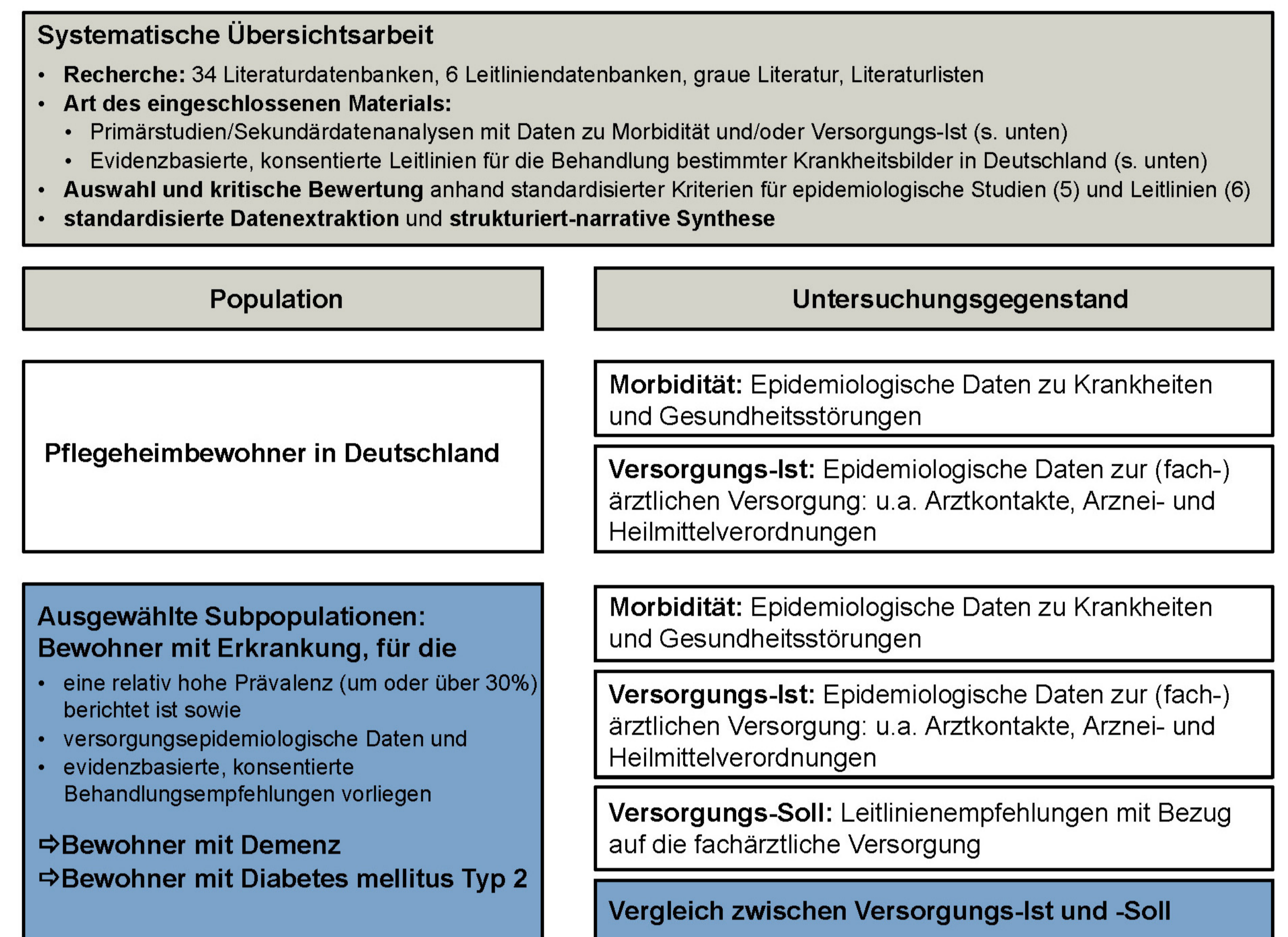
Soll-Ist-Vergleich Demenz: Neben Hinweisen auf eine teils leitliniengerechte Versorgung fanden sich auch Hinweise auf eine Unter- und/oder Fehlversorgung in der Diagnostik und medikamentösen Therapie (Tab.).

Soll-Ist-Vergleich DM Typ 2: Die vorhandenen Daten erlaubten nur einen Vergleich mit den Empfehlungen zur Häufigkeit augenärztlicher Kontrollen für die Vermeidung von Netzhautkomplikationen (4). Sie weisen auf eine Unterversorgung hin (Untersuchungen seltener als 1mal jährlich).

Schlussfolgerung

Durch das gewählte Vorgehen konnten Bereiche der (fach-)ärztlichen Unter- und/oder Fehlversorgung identifiziert werden. Die Befunde unterliegen jedoch mehreren Limitationen aufgrund von Unsicherheiten in den Daten und den Leitlinienempfehlungen. Eine Quantifizierung identifizierter Defizite oder die Bestimmung gesundheitlicher Folgen waren nicht möglich, ebenso eine genaue Differenzierung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung. Die auf ein Krankheitsbild ausgerichteten Empfehlungen erwiesen sich nur begrenzt als Referenzgröße geeignet. Dennoch geben die vorliegenden Ergebnisse wichtige Hinweise für die künftige Gestaltung der ärztlichen Versorgung und die Versorgungsforschung (s. unten).

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen



Blau hinterlegte Flächen = In diesem Beitrag berücksichtigte Population bzw. Synthesebefunde.

Abbildung 2: Qualität der Studien zum Versorgungs-Soll

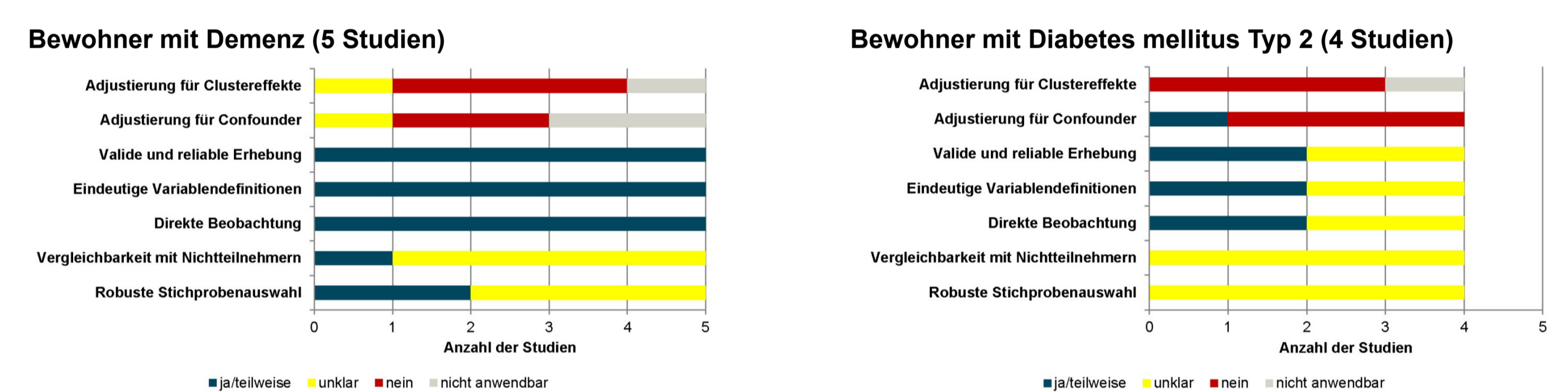


Tabelle: Ergebnisse aus dem Soll-Ist-Vergleich für Bewohner mit Demenz

Versorgungsaspekt	Empfehlungen (Leitlinie, s. Referenzen)	Empirische Befunde (n Anzahl Studien)	Unsicherheiten
Hinweise auf leitliniengerechte Versorgung			
Hausärztliche Kontakte	Versorgung primär durch Hausarzt (7)	Hohe Versorgungsdichte dokumentiert (n=4)	† ?
Nicht empfohlene Substanzen zur Demenzbehandlung	Unter anderem nicht zur Behandlung von Demenz empfohlen: Ginkgo biloba, Statine (7, 8)	Geringe Verordnungshäufigkeit für Ginkgo biloba dokumentiert (n=1) Keine Daten zu anderen Substanzen	‡
Verordnung von Benzodiazepinen	Vermeidung der Verordnung (7) bzw. enge Indikationen (8)	Geringe Verordnungshäufigkeit (n=2)	† ‡ ?
Hinweise auf Unter- und/oder Fehlversorgung			
Demenzdiagnostik: Unter-/Fehlversorgung	Frühzeitige Abklärung von Ursache und Form der Demenz (8)	Relativ häufig falsch-negative/positive oder nicht ICD-konforme Diagnosen (n=3)	† ‡ ?
Verordnung von Antidementiva: Unterversorgung	Je nach Schweregrad bei Alzheimer-Demenz (7, 8)	Geringe Verordnungshäufigkeit relativ zur Prävalenz von Alzheimer-Demenz (n=4)	† ‡ ?
Medikamentöse Therapie nichtkognitiver Symptome allgemein: Fehlversorgung	Nach Ausschöpfung nichtpharmakologischer Maßnahmen und diagnostischer Abklärung (7, 8)	Hohe Verordnungshäufigkeit von Psychopharmaka (n=3) Inkonsistenter Zusammenhang mit Prävalenz neuropsychiatrischer Symptome (n=2)	‡ ?
Verordnung von Neuroleptika: Fehlversorgung	Eng begrenzte Indikationen und teils Kontraindikationen für bestimmte Neuroleptika-Typen (7, 8)	Hohe Verordnungshäufigkeit von Neuroleptika allgemein (n=3) und speziell von nicht empfohlenen Neuroleptika-Typen (niedrigpotente) (n=1) Unklarer Zusammenhang mit Prävalenz neuropsychiatrischer Symptome (n=1)	‡ † ?
Keine Bewertung möglich			
Kontakte Neurologen/ Psychiater Bedarfsmedikation Psychopharmaka Antidepressiva Hypnotika/Sedativa	Kein Vergleich mit Leitlinienempfehlungen möglich wegen Limitationen der empirischen Daten • fehlender Bezug zu Versorgungsanlässen bzw. klinischen Merkmalen der Untersuchungspopulation (Facharztversorgung, Antidepressiva, Hypnotika/Sedativa, Bedarfsmedikation Psychopharmaka) • fehlende Angaben zu Häufigkeit und Dauer der Verordnungen (Antidepressiva) • inkonsistente Angaben zur Verordnungshäufigkeit (Hypnotika/Sedativa)		

† Limitierte Informationen zu den klinischen Indikationen beobachteter Verordnungen. ‡ Limitierte Aussagekraft der versorgungsepidemiologischen Daten. § Geringe Anzahl verfügbarer versorgungsepidemiologischer Studien. ¶ Divergierende Empfehlungen der verschiedenen Leitlinien. ? Geringe Empfehlungsstärke/schwache Evidenzgrundlage der Empfehlungen.

Referenzen: (1) Hallauer et al. (2005) SAVIP – Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network Marketing Service. (2) Rothgang et al. (2008) GEK-Pflegereport 2008. Schwerpunktthema: Medizinische Versorgung in Pflegeheimen. Asgard-Verlag. (3) Balzer et al. (2013) Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. Schriftreihe Health Technology Assessment, Bd. 125. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). (4) Bundesärztekammer et al. (2010) Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. (5) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2004) Methodology Checklist 3. Cohort studies. Edinburgh. (6) The AGREE Collaboration (2013) Quality and Safety in Health Care 12: 18-23. (7) Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2008) Demenz. DEGAM-Leitlinie Nr. 12. (8) Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie et al. (2009) S3-Leitlinie "Demenzen".

Auf einen Blick



- Der für Bewohner mit Demenz und DM Typ 2 vorgenommene Soll-Ist-Vergleich weist auf mehrere Bereiche der (fach-)ärztlichen Fehl- und/oder Unterversorgung hin.
- Bei Bewohnern mit Demenz scheint Optimierungsbedarf in der Demenzdiagnostik sowie in der Verordnung von Antidementiva (Unterversorgung) und psychotropen Medikamenten zur Behandlung nichtkognitiver Symptome (Fehlversorgung) zu bestehen.
- Für Bewohner mit DM Typ 2 gibt es Hinweise auf eine Unterversorgung mit augenärztlichen Untersuchungen.
- Die gewonnenen Hinweise unterliegen diversen Unsicherheiten und lassen keine direkten Empfehlungen für die Versorgungsgestaltung zu. Entsprechende Aktivitäten, z. B. auf der Basis des Pflege-Neuausrichtungsgesetzes, sollten die identifizierten Problemfelder adressieren.
- Für eine valide Bezifferung von Versorgungsdefiziten sind evidenzbasierte Qualitätsindikatoren, die die Besonderheiten gebrechlicher, mehrfach erkrankter Populationen berücksichtigen, sowie aussagekräftige versorgungsepidemiologische Daten erforderlich.