



# Health System Watch

## Medizinische Versorgung in Pflegeheimen

Monika Riedel\*

### Zusammenfassung

Fest angestellte Vollzeitärzte/-ärztinnen in allen Pflegeheimen erscheinen als wenig erstrebenswert, und sind international auch keineswegs Standard. Die großen Unterschiede zwischen Pflegeheimen bzw. in der Morbidität ihrer Bewohner/Bewohnerinnen sprechen ebenso dagegen wie die Tatsache, dass auch die Kapazitäten dafür nicht ausreichen. Sehr wohl aber entnehmen wir der Literatur starke Hinweise auf den Mehrwert von Ärzten/Ärztinnen, die sich mit solider geriatrischer bzw. altersmedizinischer Ausbildung auf regelmäßiger und strukturierter Basis der gesundheitlichen Probleme in Pflegeheimen annehmen. Dies kann jedoch in verschiedenen Formen geschehen, über deren relative Meriten in diesem Rahmen keine Einschätzung getroffen werden kann: Sowohl das äKo- als auch das GEKO-Modell erscheinen vielversprechend, aber angesichts sinkender Ärztezahlen und im Sinne einer optimalen Auslastung sollten gerade im ländlichen Raum auch die Möglichkeiten der Telemedizin nicht außer Acht gelassen werden.

### Einleitung

Ein steigender Anteil älterer Menschen führt nicht nur zu erhöhten Anforderungen an das Gesundheitswesen im engeren Sinn, sondern insbesondere auch an die Organisation und Bereitstellung von Betreuungs- und Pflegeleistungen für ältere Menschen. Oft ist der Bedarf an Pflegeleistungen eng verknüpft mit einem Bedarf an medizinischer Versorgung bzw. führt das Auftreten akuter Erkrankungen bei bereits pflegebedürftigen Menschen zu anderen oder höheren Anforderungen für die gesundheitliche Versorgung, da beispielsweise Komorbiditäten und Interdependenzen bei Polypharmazie zu berücksichtigen und gegebenenfalls Bedarfe zu priorisieren sind. In Österreich bezogen im Jahr 2016 456.828 Personen Pflegegeld, hiervon 49,6 % Pflegegeld der Stufen 3–7. In den fünf letzten Jahren stieg nicht nur die gesamte Zahl an Pflegegeldbezügen kontinuierlich, sondern auch der Anteil der Stufen 3–7, ausgehend von 47,6 % im Jahr 2012, als Bundes- und Landespflegegeld zusammengeführt wurden (Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger 2017). Im Jahr 2010 lebten rund 84 % der Personen mit Pflegegeldbezug in der häuslichen Umgebung und wurden meist von ihren Angehörigen versorgt. 29 % nahmen professionelle Hilfe in Form mobiler Dienste in Anspruch, 2 % eine 24-Stunden-Betreuung und 16 % der Personen mit Pflegegeldbezug lebten im Jahr 2010 in Pflegeheimen (BMASK 2011).

Während somit nur ein Bruchteil der Personen mit langfristigem Bedarf an Pflege- und Betreuungsleistungen im Pflegeheim versorgt werden, verwendet die öffentliche Hand jedoch für diese Personen einen überproportionalen Anteil der Pflegeausgaben. So weist Statistik Austria für das Jahr 2015 145.723 Personen aus, die mobile Dienste in Anspruch genommen haben, und 75.632 Personen mit Inanspruchnahme stationärer Dienste im Sinne von Pflegeheimaufenthalten ohne teilstationäre Dienste, alternative Wohnformen oder Kurzzeitpflege. Die Nettoausgaben für diese beiden größten Segmente der Pflegedienstleistungsstatistik beliefen sich auf 386 Mio. Euro für mobile und 1.432 Mio. Euro für stationäre Pflege im obigen Sinn.<sup>1</sup> Damit wird rund dreieinhalbmal so viel öffentliches Geld für stationäre Pflege ausgegeben wie für mobile Dienste, von denen aber rund doppelt so viele Personen betreut werden.

Optimierungen im stationären Bereich sind daher von besonderem Interesse für die öffentlichen

\* Institut für Höhere Studien, Josefstädter Straße 39, A-1080 Wien, Telefon: +43/1/599 91-229, E-Mail: riedel@ihs.ac.at  
Ich danke Thomas Czipionka, Markus Kraus und Walter Schippinger für hilfreiche Kommentare.

Frühere Ausgaben von Health System Watch sind im Internet unter [www.ihs.ac.at](http://www.ihs.ac.at) abrufbar.

<sup>1</sup> [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflagedienste/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialeleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflagedienste/index.html)

Zusammenfassung

Einleitung





Financiers der Langzeitpflege, sind aber gleichzeitig von der in Österreich oft beklagten Fragmentierung (Czypionka et al. 2009, 2014) in der Finanzierung des öffentlichen Gesundheits- und Pflegewesens betroffen: Während die medizinische, also ärztliche Versorgung auch im Pflegeheim in den Zuständigkeitsbereich der sozialen Krankenversicherung fällt, sind die Länder und Gemeinden die öffentlichen Hauptfinanciers der Langzeitpflege und -betreuung. In den meisten österreichischen Bundesländern ist es nicht üblich, die medizinische Versorgung im Pflegeheim durch fest angestellte Ärztinnen und Ärzte bereitzustellen, sondern die Bewohner/Bewohnerinnen werden auch weiterhin von ihren Hausärzten/Hausärztinnen betreut, also in den meisten Fällen durch Ärzte/Ärztinnen für Allgemeinmedizin oder auch innere Medizin. Eine formelle Spezialisierung auf Geriatrie liegt in den meisten Fällen nicht vor.

Im Zusammenhang mit unterschiedlichen Krankheitsbildern liegen Befunde vor, die belegen, dass die Bewohner/Bewohnerinnen von Pflegeheimen zum Teil schlechter medizinisch versorgt sind als die noch zu Hause wohnende ältere Bevölkerung (Shah et al. 2011, 2012). Im vorliegenden Health System Watch sehen wir uns an, was die speziellen Herausforderungen in der medizinischen Versorgung im Pflegeheim sind und wie ausgewählte andere Länder diese Versorgung handhaben. Daran anschließend fassen wir einige Erkenntnisse aus der Fachliteratur über Pflegeheimmedizin zusammen und diskutieren vor diesem Hintergrund Erkenntnisse aus der und für die Versorgung in Österreich.

## **Problemaufriss: Was sind die speziellen Anforderungen an die medizinische Versorgung in Pflegeheimen?**

Nach Katz et al. (2009) zeichnet sich das Fach Pflegeheimmedizin in dreierlei Hinsicht aus: im Ausmaß des ärztlichen Commitments, in den ärztlichen Praxiskompetenzen und in der Organisation des Gesundheitspersonals in der Arbeitsumgebung. Dennoch besteht – oder eigentlich: bestand – unseres Wissens in lediglich einem Land, den Niederlanden, ein eigenständiges Fach Pflegeheimmedizin. Bereits vor einer knappen Dekade benannten Katz et al. einige Herausforderungen, die in einigen Ländern auch heute noch die breite Etablierung des Fachs Pflegeheimmedizin behindern dürften:

- Das Pflegeheim wird nicht unbedingt als eigenständige Verortung medizinischer Praxis gesehen.
  - Politik und Pflegeheimverwaltung anerkennen nicht immer den Konnex zwischen Betreuungsqualität und medizinischer Praxis.
  - Ärztliche Versorgung im Pflegeheim wird nicht immer als adäquat finanziert angesehen; schließlich handelt es sich nicht um Visiten bei „durchschnittlichen“ Patienten/Patientinnen, sondern um meist multimorbide und oft auch um nur teilweise geistig klare und gut ansprechbare Personen.
- Vor diesen Dimensionen des Berufs und den beobachteten Hemmnissen bei der Etablierung eines eigenständigen Berufsfeldes werden im Folgenden einige internationale Lösungsansätze besprochen. Auch in Österreich wird mit der Thematik nicht einheitlich umgegangen; wir präsentieren einige regionale Erfahrungen, um im letzten Teil einige für Österreich relevante Erkenntnisse zusammenzufassen.

## **Sichtweise der europäischen Fachgesellschaft**

Die EUGMS (European Union Geriatric Medicine Society), der Zusammenschluss der nationalen geriatrischen Gesellschaften auf europäischer Ebene, hat sieben Schlüsselemente identifiziert, die für sie die Standards medizinischer Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte in Pflegeheimen ausmachen. Die Besonderheit der Bevölkerung in Pflegeheimen liegt verglichen mit ihren Altersgenossen und -genossen im privaten Umfeld in der weit höheren Komplexität der Erkrankung, die sich auch in funktionalen Einschränkungen niederschlägt, wie insbesondere verringerter Mobilität. Auch ist der Anteil von an Demenz Erkrankten in Pflegeheimen signifikant höher (Briggs et al. 2015). Andererseits unterscheidet sich auch die Versorgungssituation Älterer in Krankenhäusern von jener in Pflegeheimen, sodass sich auch in diesem Vergleich die anzusetzenden Versorgungsstandards unterscheiden. Dennoch stellte eine im Jahr 2011/12 durchgeführte Studie fest, dass in nur drei der 25 einbezogenen europäischen Länder die jeweiligen medizinischen Gesellschaften auf Pflegeheim abstellende Standards medizinischer Versorgung schriftlich formuliert hatten. Die EUGMS sieht aber gerade Versorgungsstandards, auf die sich Politik, Wissenschaft und Versorgende selbst geeinigt haben, als wesentlichen ersten Schritt zur Verbesserung der Versorgung der Pflegeheimbevölkerung an und propagiert folgende Schlüsselemente (Briggs et al. 2015):

- (1) Vor Aufnahme in ein Pflegeheim sollten alle prospektiven Bewohner/Bewohnerinnen einem Assessment unterzogen werden, das von einer auf geriatrische Medizin oder Alterspsychiatrie spezialisierten Fachperson durchgeführt wird. Dieses Assessment stellt darauf ab, Krankheiten und funktionale Beeinträchtigungen zu erkennen und zu beheben, um den Transfer ins Pflegeheim zu vermeiden oder hinauszuzögern. Es wurde bereits gezeigt, dass derartige Assessments den späteren Kontakt mit Notfalldiensten und Pflegeheimen verringern konnten (Challis et al. 2004, Díaz-Gegúndez et al. 2012).

**Problemaufriss:  
Was sind die speziellen Anforderungen an die medizinische Versorgung in Pflegeheimen?**





- (2) Wer die medizinische Versorgung in Pflegeheimen übernimmt, sollte angesichts der spezifischen Komplexität über eine formale Qualifikation in Geriatrie oder Alterspsychiatrie verfügen, die die Bandbreite von Prävention, Gesundheitsverbesserung, Gesundheitserhaltung bis zur Palliativmedizin umfasst. In europäischen Ländern trifft dies allerdings erst auf rund ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte zu, die in Pflegeheimen arbeiten, wobei hier sowohl das niederländische Modell der Pflegeheimmedizin (siehe Abschnitt weiter unten) als auch Modelle mitgezählt wurden, in denen Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin spezifische Ausbildungen für Geriatrie durchlaufen haben.
- (3) Auch das Pflegepersonal muss über eine spezifische Geriatrie-Ausbildung verfügen; diese speziellen Kenntnisse und Rücksichten können nicht von ärztlicher Seite allein in die Betreuung eingebracht werden. Die Retention des Pflegepersonals ist ein Problembereich; je besser das Personal auf die spezifischen Aufgaben vorbereitet ist, desto mehr kann hohe Arbeitszufriedenheit und damit längerer Verbleib an einer Arbeitsstelle und generell im Beruf erwartet werden. Weniger Personalwechsel dürfte zudem positive Begleiteffekte auf die Gepflegten haben, die in der Regel positiv auf Kontinuität und Gewohnheiten reagieren.
- (4) Die medizinische Versorgung im Pflegeheim muss durch andere Therapieformen (bzw. darin ausgebildete Fachkräfte) unterstützt werden, um den Folgen der funktionellen Beeinträchtigungen entgegenzuwirken und unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Zu einem vollständigen multidisziplinären Team zählt die EUGMS zumindest Physio- und Ergotherapie, Logopädie und Diätologie, verlangt aber darüber hinaus auch Zugang zu Sozialarbeit, Psychologie und Pharmazie.
- (5) Neben den genannten Disziplinen sind die Koordinierung von Rehabilitation, das Management von Multimorbidität und von Verhaltensstörungen sowie der Zugang zu Spezialisten/Spezialistinnen weiterer medizinischer Fächer notwendig. Diese Angebote sollten idealerweise vor Ort vorhanden sein. Fallweise könnte Telemedizin möglicherweise die Anwesenheit von Spezialisten/Spezialistinnen ersetzen.
- (6) Multimorbidität stellt auch spezielle Herausforderungen für die Dokumentation dar. Insbesondere die systematische und umfassende Dokumentation des individuellen Pflegebedarfs hat sich als schwierig erwiesen, und statt des üblichen Fokus auf Abrechnungszwecke wäre aus Versorgungssicht mehr Patientenorientierung wünschenswert. Die Anforderungen an solche Dokumentationssysteme sind vielfältig, sie sollen u. a.
  - sinnvoll und aussagekräftig in klinischer Hinsicht und für die Entwicklung individueller Pflegepläne sowie nutzbar für relevante Behörden, Ämter und Statistiken,
  - so kurz und übersichtlich wie möglich und
  - kompatibel mit ICD-10, der Internationalen Klassifikation der Funktionen (ICF), und SNOMED (Systematisierte Nomenklatur der Medizin, die auch den Standard für elektronische Patientenakten bildet) sein.
- (7) Der Großteil des Versorgungsbedarfs steht in Zusammenhang mit chronischen Krankheiten, auch im Zuge von Notfallaufnahmen aus dem Pflegeheim. Ein regelmäßiges Monitoring der chronischen Krankheiten wäre daher sinnvoll, ist aber zum Teil weniger gegeben als in der Versorgung im häuslichen Umfeld (Fahey et al. 2003). Eine strukturierte Form für das regelmäßige Monitoring häufiger Krankheiten (Osteoporose, Herzkrankheiten, Bluthochdruck ...) sowie der Medikation erscheint daher vielversprechend, wird aber zusätzliche Unterstützung für die ärztliche Versorgung im Pflegeheim verlangen.

## Internationale Aspekte

### Charakteristika der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim

Überblicksarbeiten über die altersmedizinische Versorgung im Länderquerschnitt zeigen, dass nur in geringem Ausmaß spezielle Erfordernisse für die medizinische Versorgung von Pflegeheimbewohnern/-bewohnerinnen vorgesehen sind. Eine Befragung der geriatrischen Gesellschaften in Europa lieferte hierzu ernüchternde Zahlen. In nur fünf von 25 Ländern ist vorgeschrieben, dass in Pflegeheimen tätige Mediziner/Medizinerinnen eine spezielle geriatrische Ausbildung absolviert haben müssen, und in nicht mehr als drei der 25 Länder haben die Berufsorganisationen medizinische Standards verfasst, die auf Pflegeheime anwendbar sind. Eine Fachgesellschaft für Pflegeheimmediziner/-medizinerinnen besteht in vier Ländern einschließlich der Niederlande, wo die Gesellschaft der Pflegeheimmedizin Berufsstandards verfasst hat, die auch von der Gesellschaft für Allgemeinmedizin aufgenommen wurden (Briggs et al. 2012).

Ein weiterer Survey berichtet über Pflegeheime in weltweit 30 Ländern, darunter Australien, zwei Länder in Nordamerika und 13 in Europa. In mehr als einem Drittel der Länder besuchen Ärzte/Ärztinnen regelmäßig die Pflegeheimbewohner/-bewohnerinnen, in ähnlich vielen Ländern nicht. In den verbleibenden Ländern werden manche Pflegeheime besucht, die Mehrheit aber nicht. Zudem gibt

Internationale  
Aspekte





es meist keine Regelung über die Häufigkeit von Pflegeheimbesuchen durch Ärzte/Ärztinnen. Noch seltener sind meist die Besuche durch Fachärzte/-ärztinnen für Geriatrie; hier stellen zwar die Niederlande einerseits eine Ausnahme dar, es ist aber zu beachten, dass die speziellen Pflegeheimärzte/-ärztinnen dort keine vollwertigen klinischen Geriater sind. In 20 Ländern ist ärztliche Beteiligung an der medizinischen Leitung selten, in fünf Ländern gibt es sie überhaupt nicht (Tolson et al. 2013; eine Aufschlüsselung nach Ländern ist dort leider nicht vorhanden).

Die Untersuchung von Tolson et al. unterscheidet auch drei Arten der Leitung in den Pflegeheimen mit Bezug zur Einbindung ärztlicher Tätigkeiten, siehe Tabelle 1. Gefragt nach der in ihrem Land verbreitetsten Form, gaben 14 Respondenten/Respondentinnen das Sozialmodell an, 14 das Modell der pflegerischen Leitung und acht das ärztliche Leitungsmodell; in sechs Ländern sind zwei Formen häufig.

**Tabelle 1: Ärztliche Einbindung in unterschiedliche Leitungsmodelle in Pflegeheimen**

Sozialmodell	Ärztliche Leitung	Pflege-Leitung
Sozial- oder Gesundheitsberufe koordinieren und erbringen die Versorgung	Belegschaft erbringt Pflegeleistung unter Verantwortung von medizinischer Leitungsperson	Belegschaft erbringt Pflegeleistung unter Verantwortung von pflegerischer Leitungsperson
Bei Bedarf Besuche durch ärztliches oder Pflegepersonal		Bei Bedarf Besuche durch Arzt/Ärztin ohne administrative Verantwortung für das Heim
Keine Leitungsfunktion dieser Ärzte/Ärztinnen oder Pflegepersonen	Medizinische Leitung durch Arzt bzw. Ärztin mit administrativer Verantwortung	Leitung durch Pflegeperson (z. B. DGKP) mit administrativer Verantwortung

Quelle: Tolson et al. (2013)

Welche konkreten Aufgaben und Zielsetzungen einem Pflegeheim bzw. *nursing home* zukommen, wird international nicht einheitlich gehandhabt. In den meisten Ländern wird zwischen Langzeitpflege und post akuter Kurzzeitpflege unterschieden. In der Kurzzeitpflege wird dabei ein weit breiteres Ausmaß an Physio- und Ergotherapie sowie Logopädie betrieben, um den funktionellen Status zu verbessern. Diese Leistungen erfolgen in vielen Ländern in geriatrischen oder ländlichen Krankenhäusern, oft auch in geriatrischen Abteilungen großer Krankenhäuser. In den USA und den Niederlanden dagegen wird dieses eher rehabilitative Leistungsspektrum meist in spezielle Abteilungen von dementsprechend spezialisierten Pflegeheimen ausgelagert. Heime für Langzeitpflege sind dagegen vorwiegend für Personen gedacht, die Hilfe bei *activities of daily living* (ADLs) oder *instrumental activities of daily living* (IADLs) benötigen sowie für Demenzkranke. Dementsprechend kommt neben der Unterstützung bei ADLs und IADLs und dem Erhalt von Selbständigkeit und Mobilität auch der Aufgabe, eine wohnliche Umgebung und Alltagsstruktur zu bieten, höhere Bedeutung zu (Sanford et al. 2015).

## Empirische Ergebnisse

Es bestehen einige Untersuchungen zur Frage der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen und Notfällen bei Bewohnern/Bewohnerinnen von Pflegeheimen, da man sich davon einen doppelten Nutzen erhofft: höhere Qualität der Versorgung in den Pflegeheimen und niedrigere Ausgaben in der Akutversorgung. Untersuchungen aus Ländern mit vergleichsweise entwickelten Pflegesektoren fanden Einweisungsraten zwischen 9 % und 60 %, wobei nicht nur international, sondern auch im kleinräumigen Vergleich beträchtliche Unterschiede festgestellt wurden (vgl. Literaturangaben in Graverholt et al. 2014). Der Wunsch, vermeidbare Einsätze des Rettungsdienstes sowie Krankenhauseinweisungen aus dem Pflegeheim zu reduzieren, trug auch zur Verabschiedung des Pflege-stärkungsgesetzes 2014 in Deutschland bei (Hibbeler 2014).

Graverholt et al. (2014) widmen sich dem Zusammenhang zwischen einzelnen Maßnahmen im Pflegeheim und Krankenhauseinweisungen in einer systematischen Übersichtsarbeit. Die insgesamt elf berücksichtigten Maßnahmen umfassten u. a. den Einsatz geriatrischer Fachärzte/-ärztinnen, und zwar in zwei Studien. Beide stellten fest, dass die ergriffenen Maßnahmen zu einer Reduktion der Zahl der Einweisungen führten. Eine der beiden berücksichtigten Studien beschreibt ein Modell, in dem ein geriatrisches Team, bestehend aus einer ärztlichen und einer Pflegekraft, umfassende geriatrische Assessments bei den Heimbewohnern/-bewohnerinnen durchführt sowie ihre Medikation überprüft und das Personal bei Bedarf unterstützt. In der Interventionsgruppe wurden hier deutlich weniger Krankenhaufälle als in der Kontrollgruppe verzeichnet (56 versus 32 Fälle je 100 Personen) (Diaz-Gegúndez et al. 2011, zitiert nach Graverholt et al. 2014).

Die zweite Studie beschreibt den mobilen geriatrischen Konsiliardienst für Pflegeheime (GEKO), der in den vier Pflegeheimen der Stadt Graz<sup>2</sup> sowie einigen steirischen Gemeinden eingesetzt (Schippinger et al. 2012) und in abgewandelter Form auch in einer Reihe Kärntner Pflege-

<sup>2</sup> <https://ggz.graz.at/de/Leistungen/Geriatrischer-Konsiliardienst-GEKO>





heime (Kada et al. 2017) erprobt wird. Dieses Modell wird im Abschnitt über Österreich erläutert.

Im Folgenden wird die ärztliche Versorgung im Pflegeheim in drei Ländern beschrieben. Die Niederlande wurden ausgewählt, da diese das einzige Land sind, wo Pflegeheimmedizin – zumindest über einen längeren Zeitraum – als eigenständiges Fach etabliert war und wo die Präsenz eines Spezialisten/einer Spezialistin auf diesem Fachgebiet in Heimen vorgeschrieben ist. Die USA beschreiben wir, da sie ein Beispiel dafür sind, wie wenig einheitlich die Rolle der Pflegeheime in den nationalen Systemen sein kann: In den USA erfüllen die meisten Heime eine Doppelfunktion als post akute Pflegestation einerseits sowie als Langzeitwohnort pflegebedürftiger Personen andererseits. Aus dieser Doppelfunktion ergeben sich finanzielle und fachliche Konsequenzen, die zu bedenken sein werden, falls der Trend zu kürzeren Aufenthalten bei Akutbehandlungen, gepaart mit der Tendenz, Pflegeheime als ständigen Wohnort so lange wie möglich zu vermeiden, auch in Europa zu vermehrten post akuten Aufenthalten führen wird. Und schließlich stellen wir Deutschland als Beispiel dafür dar, wie die Versorgung von Heimbewohnern/-bewohnerinnen auch bei weiterhin bestehender freier Arztwahl stärker in Leistungskatalogen verankert werden kann.

Zum Teil spiegelt die Länderauswahl auch den Stand der Literatur zu Pflegeheimen wieder: Die genannten drei Länder gehören international zu den vier Ländern mit den meisten Publikationen über Pflegeheime, wobei fast ein Drittel aller in dieser Statistik gezählten Publikationen sich mit den USA befassen (Sanford et al. 2015).

## Länderbeispiel Deutschland

### Pflegeheime in Deutschland

In Deutschland kümmern sich Pflegeheime um die vollstationäre Versorgung von 29 % der Pflegebedürftigen, 23 % der Pflegebedürftigen nehmen zu Hause Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch und 48 % werden ausschließlich durch Angehörige versorgt (Bundesgesundheitsministerium lfd.). 42 % der Pflegeheime waren im Jahr 2015 in privat-gewinnorientierter Trägerschaft und verfügten im Schnitt über 63 Plätze, freigemeinnützige Häuser stellen mit durchschnittlich 71 Plätzen und 53 % aller Häuser einen größeren Anteil. Trägerinnen der 5 % öffentlichen, aber mit durchschnittlich 86 Bewohnern/Bewohnerinnen größten Pflegeheime waren meist die Kommunen. Die gesamte Bettenkapazität steigt im privaten und gemeinnützigen Bereich, während der kleine öffentliche Anteil etwas rückläufig ist (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017).

Für die Leitung eines Pflegeheims sind mehrere Grundausbildungen möglich; die Heimpersonalverordnung anerkennt als fachliche Eignung sowohl aus dem pflegerischen als auch aus dem kaufmännischen Bereich oder der öffentlichen Verwaltung kommende Ausbildungsabschlüsse und verlangt zusätzlich eine mindestens zweijährige hauptberufliche Erfahrung im Heimbetrieb.

### Ärztliche Versorgung

Grundsätzlich unterscheidet sich die medizinische Versorgung im Pflegeheim nicht von jener im häuslichen Umfeld: Die Versicherten haben freie Arztwahl, und es obliegt auch im Pflegeheim den Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die medizinische Versorgung sicherzustellen. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind aber verpflichtet, den Pflegekassen (die ja organisatorisch mit den Krankenkassen verbunden sind) mitzuteilen, wie sie die ärztliche Versorgung sowie die Arzneimittelversorgung organisieren. Insbesondere der Abschluss und der Inhalt von Kooperationsverträgen mit einzelnen Ärzten/Ärztinnen oder die Einbindung der Pflegeeinrichtung in Ärztenetze zur medizinischen Versorgung im Pflegeheim sollen dabei ausgeführt werden. Nur wenn kein Kooperationsvertrag zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung erzielt wird, können auch Ärzte/Ärztinnen direkt im Pflegeheim angestellt werden.<sup>3</sup>

Um die ärztliche und pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen hinsichtlich Kooperation und Koordinierung zu verbessern, wurden im Jahr 2014 Anforderungen an die teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen in einem Anhang zum Bundesmantelvertrag formuliert (nach § 119b Abs. 2 SGB V). Die kooperierenden Vertragsärzte/-ärztinnen oder Ärztenetze sollen eine sogenannte bedarfsgerechte ärztliche Präsenz sowie telefonische Erreichbarkeit gewährleisten, können aber nachts und an Wochenenden den ärztlichen Bereitschaftsdienst einbeziehen. In Abstimmung mit der Pflegeeinrichtung haben sie regelmäßig Visiten durchzuführen. Als Anreiz, Kooperationsverträge abzuschließen, erhalten diese Ärzte/Ärztinnen für die Tätigkeit im Rahmen des Kooperationsvertrags Zuschläge auf die übliche Honorierung. Mit Geltung ab 1.7.2016 wurden hierfür neue, extrabudgetäre Positionen im Abrechnungssystem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab, konkret Kapitel 37 für Ärzte/Ärztinnen und Kapitel 38 für nichtärztliche Praxisassistenten/-assistentinnen) beschlossen. Diese Zuschläge können nunmehr für die Abrechnung von Heimbisuchen er-

<sup>3</sup> <http://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-wissen-von-a-bis-z/pflege-details/erklarung/medizinische-versorgung-im-pflegeheim/>



gänzend verrechnet werden, beispielsweise um den erhöhten Koordinierungsaufwand abzugelten (Winnat, Gerlof 2016).

Welche Ärzte/Ärztinnen dürfen nun derartige Zuschläge verrechnen, sind also die von den Krankenkassen bevorzugten Versorger für die Versicherten in Pflegeheimen? Nach § 119b SGB V sind Kooperationsverträge mit „geeigneten“ vertragsärztlichen Leistungserbringern/-erbringerinnen zu schließen. Pflegeeinrichtungen können die Vermittlung solcher Ärzte/Ärztinnen bei der Kassenärztlichen Vereinigung beantragen. Kommt dennoch innerhalb eines halben Jahres kein Kooperationsvertrag zustande, kann die Pflegeeinrichtung Ärzte/Ärztinnen für die Versorgung ihrer Bewohner/Bewohnerinnen anstellen. Diese Ärzte/Ärztinnen können auch zur Versorgung in anderen Pflegeeinrichtungen ermächtigt werden, sie sind in ihrer ärztlichen Tätigkeit nicht an Weisungen nichtärztlicher Personen wie der Pflegeheimleitung gebunden. Laut Gesetz sollen sie eine geriatrische Fortbildung haben, müssen aber nicht.

Die nach § 119b Abs. 2 SGB V geforderte Vereinbarung konkretisiert die Rolle von Haus- und Fachärzten/-ärztinnen in der medizinischen Versorgung in Pflegeeinrichtungen. Die hausärztliche Versorgung kann gemäß § 95a SGB V von Ärzten/Ärztinnen für Allgemeinmedizin, innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung und Kinderärzten/-ärztinnen wahrgenommen werden; gemäß Vereinbarung sind die Hausärzte/-ärztinnen für die Steuerung der multiprofessionellen Versorgung, die Koordination mit Fachärzten/-ärztinnen und anderen Gesundheitsdienstleistern, gegebenenfalls die Einweisung ins Krankenhaus und andere Funktionen zuständig, haben also generell Sorge zu tragen für die Kontinuität in der Versorgung. Bei mehreren beteiligten Ärzten/Ärztinnen ist jeweils eine Person zu bestimmen, die die Koordinierung übernimmt, was mit mehr Verantwortung verbunden ist und deshalb auch etwas höhere Zuschläge mit sich bringt. Die Bestimmungen zur Rolle der Fachärzte/-ärztinnen betonen generell die Kooperation mit Hausärzten/-ärztinnen und dem Pflegeheimpersonal und im Bedarfsfall die Einbindung von zusätzlicher schmerztherapeutischer und palliativmedizinischer Kompetenz.

## Ausbildung

Geriatrie ist in Deutschland nicht als selbständiges medizinisches Fach anerkannt, in drei Bundesländern (Berlin, Brandenburg und Sachsen-Anhalt) besteht aber „innere Medizin und Geriatrie“ als Facharztkompetenz im Gebiet innere Medizin. Außerdem kann bei Vorliegen einer fachärztlichen Qualifikation Geriatrie als 18 Monate dauernde Zusatz-Weiterbildung absolviert werden. Die meisten Bundesländer (Ausnahmen: Bayern, Hessen, Niedersachsen) schreiben kein bestimmtes Fach als Grundqualifikation vor.<sup>4</sup>

## Länderbeispiel Niederlande<sup>5</sup>

### Pflegeheime in den Niederlanden

Das durchschnittliche Pflegeheim verfügt über 150–200 Betten und 20 Plätze für Tagespatienten/-patientinnen. Für Psychogeriatrie, physische Krankheiten und geriatrische Rehabilitation sind eigene Stationen eingerichtet. In Summe verfügen die Niederlande über ca. 65.000 Betten plus 6.400 Plätze für Tagespflege, was exklusive Tagespflege etwa vier Betten je 1.000 EW entspricht.<sup>6</sup> Im Personal niederländischer Pflegeheime ist nicht nur die Pflegeheimmedizin sowie die Langzeitpflege vertreten, sondern auch eine Reihe anderer Gesundheitsberufe wie Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Diätologie, Psychologie und Sozialarbeit. Rund zwei Drittel der jährlichen Neuaufnahmen erfolgen aus somatischen Ursachen, rund ein Drittel aus psychogeriatrischen Ursachen. Pflegeheime sind aber nicht ausschließlich Orte der Langzeitpflege, sondern auch der Rehabilitation. Fast zwei Drittel der aufgrund von somatischen Ursachen erfolgten Aufnahmen schließen an einen Krankenhausaufenthalt an, während bei psychogeriatrischen Ursachen rund die Hälfte der Betroffenen aus der häuslichen Umgebung überwiesen wird und nur ein Fünftel aus dem Krankenhaus. Fast die Hälfte der aufgrund von somatischen Ursachen erfolgten Aufnahmen führt schließlich zur Entlassung der Patienten/Patientinnen zurück in das häusliche Umfeld oder ein Seniorenheim.

Qualitätssicherung in niederländischen Pflegeheimen erfolgt eigenverantwortlich in dem Sinne, dass keine konkreten Maßnahmen oder Ergebnisse durch das Qualitätsgesetz von 1996 (das mehrmals revidiert und ergänzt wurde) vorgegeben werden. Vielmehr sind zwölf Bereiche mit 70 Einzelthemen definiert, auf die sich Verantwortlichkeiten beziehen. Zu diesen Bereichen zählen u. a. Personal (Fähigkeiten, Performance, Motivation), aber auch der multidisziplinäre Ansatz und die Harmonisierung mit anderen Angeboten. Dieses System wird in 90 % der Pflegeheime angewandt (Schols et al. 2004).

<sup>4</sup> <http://www.dggeriatrie.de/>

<sup>5</sup> Soweit nicht anders angegeben, stammen die Informationen zur Entwicklung der Pflegeheimmedizin aus Schols et al. (2014) bzw. den dort angegebenen Quellen.

<sup>6</sup> <https://www.soon.nl/english/training-programme-for-elderly-care-physicians>





## Ärztliche Versorgung

Die Niederlande waren das erste Land, das „Pflegerheimmedizin“ als ein eigenständiges medizinisches Fach anerkannt und eingerichtet hat. Bereits Anfang der 1970er Jahre bemühte man sich um ein entsprechendes Ausbildungsprogramm, 1980 wurde die erste Professur vergeben, 1989 das erste postgraduale Programm für Pflegerheimmedizin eingerichtet und seit 1990 kann das Fach Pflegerheimmedizin durch die Königliche Niederländische Ärztevereinigung registriert werden.<sup>7</sup>

Seither bestand eine ärztliche Versorgungskette, in der Familienmedizin für die Versorgung Älterer im häuslichen Umfeld zuständig war, Pflegerheimmedizin eben für die Versorgung im Pflegeheim (mit einem Verhältnis von einer Vollzeitstelle je 100 Heimbewohner/-bewohnerinnen<sup>8</sup>) und klinische Geriatrie in Kombination mit den jeweils passenden medizinischen Fächern für jene Personen, die in Krankenhäuser aufgenommen wurden.

Das zweijährige Ausbildungsprogramm für Pflegerheimmedizin war ähnlich dem dreijährigen Programm für Familienmedizin strukturiert und konnte direkt im Anschluss an das Medizinstudium begonnen werden; das Programm wurde an drei Universitäten angeboten.

Allerdings wurde dieses System von den Behörden als zu fragmentiert angesehen, und Mängel in Koordination, Kommunikation und Kontinuität der Versorgung, insbesondere bei Multimorbiditäten, wurden geortet. Infolgedessen wurde die Ausbildung für Pflegerheimmedizin und jene für die niedergelassene geriatrische Versorgung unter der Bezeichnung Altersversorgungsmedizin (*specialist ouderengeneeskunde*) zusammengefasst und als medizinisches Fach anerkannt. Die Einbeziehung der Versorgung im häuslichen Umfeld verlängerte die Ausbildungsdauer auf drei Jahre. Diese Entwicklung trägt dem gestiegenen Wunsch der älteren Bevölkerung Rechnung, so lange wie möglich im privaten Umfeld zu verbleiben, ebenso wie der Trend zu kleineren und regional verstreuteren Pflegeheimen und insbesondere auch kleinen, auf Demenz spezialisierten Einheiten (Koopmans et al. 2010).

## Kompetenzprofil<sup>9</sup>

Die niederländische Berufsgesellschaft umschreibt die Aufgabe der Altersversorgungsmedizin so: *„The elderly care physician’s domain of work is caring for elderly patients and young adults who require continuous systematic, long-term multidisciplinary care (CSLM care) that involves complex issues. As the primary treating physician, elderly care physicians are responsible for treating patients with these complex issues. To ensure that medical care is properly tailored to the complex medical care needs of the patient, elderly care physicians make use of shared decision-making. In this form of decision-making, the basis of all decision-making is the patient; i.e. the patient’s experiences, needs, norms, values and preferences“* (Verenso 2015: 11). Ergänzend beraten sie behandelnde Ärzte/Ärztinnen, sei es persönlich oder telefonisch, bei Akutfällen „ihrer eigenen“ Patienten/Patientinnen oder als geriatrische Spezialisten/Spezialistinnen, die gegebenenfalls Hausärzte und Hausärztinnen beraten. Seit Einführung des neuen Fachs Altersversorgungsmedizin ist die Tätigkeit explizit unabhängig vom Ort, an dem sie erbracht wird, sei es stationär oder ambulant im Pflegeheim oder eben in der häuslichen Umgebung.

Wie im niederländischen Gesundheitssystem generell vorgesehen, agieren die Altersversorgungsmediziner/-medizinerinnen in ihrer Rolle als Hausärzte/-ärztinnen auch als Gatekeeper, die den Zugang zu anderen Gesundheitsdiensten autorisieren und die eingebundenen Therapeuten/Therapeutinnen und anderen Dienste koordinieren und gegebenenfalls anleiten und überwachen. Sie gestalten gemeinsam mit dem Management der Institution, in der sie arbeiten, die versorgungsrelevanten Rahmenbedingungen einschließlich Personalressourcen mit, somit obliegt ihnen gewissermaßen die Qualitätskontrolle über die Versorgung ihrer Patienten/Patientinnen auf individueller Ebene wie auch auf der Ebene der Institution.<sup>10</sup>

## Ausbildung

Generell unterliegen die Ausbildungsordnungen den Grundsätzen, die vom niederländischen zentralen Rat für die Anerkennung und Registrierung medizinischer Fachärztinnen und -ärzte (CGS) verfasst wurden. Basierend auf dem Kompetenzprofil (Verenso 2015) überarbeitete eine Arbeitsgruppe zur Modernisierung der Ausbildung das nationale Curriculum für Altersversorgungsmedizin, das nunmehr seit 2016 gilt. Den Hintergrund bildet ein nationaler Rahmen, der die Bereiche Allgemeinmedizin, Altersversorgungsmedizin und Medizin bei intellektueller Beeinträchtigung umspannt und inner-

7 Im Vergleich dazu: Geriatrische Medizin oder klinische geriatrische Medizin wurde in den Niederlanden 1982 als selbständiges Fach anerkannt, die Ausbildung beträgt fünf Jahre (zwei Jahre innere Medizin, zwei Jahre Geriatrie, ein Jahr Alterspsychiatrie). Seit 1999 werden klinische Geriatrie und Pflegerheimmedizin durch unterschiedliche Fachgesellschaften vertreten. Siehe <http://uemsgeriatricmedicine.org/www/land/netherlands.asp>.

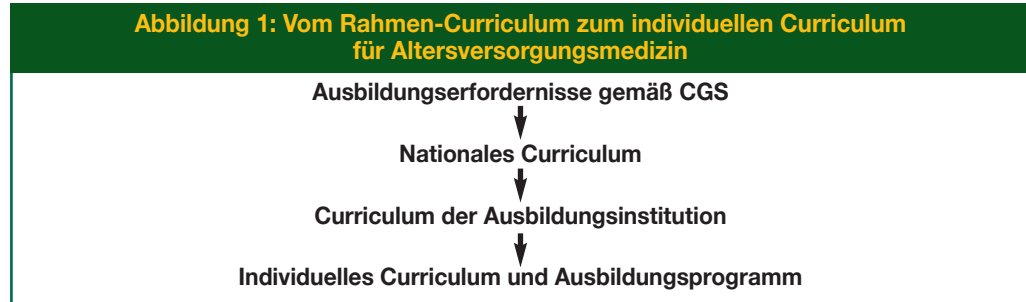
8 <https://www.soon.nl/english/training-programme-for-elderly-care-physicians>

9 Vergleiche Verenso (2015).

10 Die Institution kann hierbei ein Pflegeheim oder Krankenhaus sein, ein Primärversorgungsnetzwerk, ein Netzwerk von kooperierenden Altersversorgungsmedizinern/-medizinerinnen – je nachdem, in welches Versorgungssetting der Altersversorgungsmediziner/die Altersversorgungsmedizinerin eingebunden ist.



halb dessen die Ausbildungsinstitutionen gemeinsam ein Curriculum für Altersversorgungsmedizin erstellt haben. Innerhalb dessen wiederum erstellt jede der drei Ausbildungsinstitutionen ihr Curriculum, das die Basis für den individuellen Studienverlauf bildet. Damit ist die Ausbildung durch eine Hierarchie von Regelungen bestimmt (Abbildung 1).



Quelle: SOON (2016)

Das Ausbildungsprogramm legt Beginn und Ende der individuellen Ausbildung fest sowie die Reihenfolge und Örtlichkeit der einzelnen Elemente, ist also eng mit dem individuellen Curriculum verzahnt. Das Programm konkretisiert, wie der/die auszubildende Altersversorgungsmediziner/-medizinerin die vorgeschriebenen Kompetenzen erwerben kann. Damit sind bei der Ausarbeitung dieses Plans nicht nur die Vorschriften von ausbildender Institution und dem generellen Rahmenwerk zu berücksichtigen, sondern naturgemäß auch die Bedingungen und Einschränkungen der konkreten Einrichtung, in der die praktische Ausbildung stattfindet. Innerhalb dieser Grenzen kann der bzw. die Auszubildende aber das Programm so gestalten, wie es den eigenen Interessen und Ausbildungszielen am besten entspricht. Generell sind Curriculum und Rahmenwerk kompetenzorientiert gehalten, um vorhandene Kompetenzen und Interessen der Auszubildenden möglichst gut berücksichtigen und die speziellen Gegebenheiten der Ausbildungs- und Praxiseinrichtungen möglichst gut nutzen zu können.

Die Ausbildung in Altersversorgungsmedizin ist an fünf Prinzipien ausgerichtet (SOON 2016:9):

1. Professionelle Praxis: Rund 80 % der Ausbildungszeit müssen in der professionellen Praxis verbracht werden; Unterricht abseits vom Krankenbett soll eng an die professionellen Erfahrungen anknüpfen.
2. Kompetenzbasiertes Lernen und Erfahrungssammeln: Durch die kritische Reflexion der praktischen Arbeit sollen Kompetenzen erworben und Defizite aufgedeckt werden, die dann wiederum durch weitere praktische Arbeit und deren Reflexion beseitigt/abgebaut werden sollen. Dieser Prozess ist sehr individuell angelegt und benötigt Engagement von beiden Seiten, Trainee und Trainer. Alle sieben<sup>11</sup> Kompetenz-Elemente sind verknüpft mit dem Element medizinisches Handeln.
3. Kritische professionelle Situationen (KPS): Mit KPS werden diejenigen Handlungssituationen umschrieben, die wesentliche und häufig wiederkehrende Elemente der Tätigkeit sind, wie die Durchführung eines geriatrischen Assessments, das Erstellen eines Behandlungsplans, die Versorgung geriatrischer Notfälle, das Ausüben verpflichtender Tätigkeiten, die Durchführung freiheitsbeschränkender Maßnahmen, die Zusammenarbeit mit und die Leitung von multiprofessionellen Teams, Patienten-/Patientinnen- und Angehörigengespräche ... Die Herausforderung liegt hier auch in der richtigen Kombination und Reihenfolge der einzelnen Schritte, was durch hohe Kompetenz in den einzelnen Elementen wesentlich erleichtert wird.
4. Starkes Lernumfeld: Die Schaffung eines starken Lernumfelds liegt in der Verantwortung von Ausbildungsinstitution und -einrichtung und resultiert aus einer Kombination von praktischem Lernen, formeller Unterweisung, Erfahrungsaustausch zwischen Peers, klinischer Supervision, Gesprächen und Bewertungen der Weiterentwicklung.
5. Persönliche Verantwortung der Auszubildenden für den Lernprozess: Da alle Trainees individuelle Vorerfahrungen mitbringen und auf diesen bestmöglich aufgebaut werden soll, müssen Trainees aktiv ihren individuellen Fortschritt und Kompetenzerwerb gestalten.

Die drei Ausbildungsjahre gliedern sich in eine Basisausbildung (Jahr 1) und eine fortgeschrittene Phase (Jahr 2 und 3) und beinhalten mehrere Blöcke, vgl. Tabelle 2.

Die formelle Ausbildung beträgt 100 bis 130 Tage und begleitet die praktische Ausbildung. Sie dient der Reflexion des eigenen professionellen Handelns sowie der Vertiefung und Verbreiterung des Wissens und der Kompetenzen für die praktische Arbeit.

Das nationale niederländische Trainingsprogramm für Auszubildende (im Sinne von „Train the Trainer“) in Altersversorgungsmedizin besteht aus fünf Modulen, die innerhalb von drei bis fünf Jahren zu absolvieren sind und die sich auf Themen wie Feedback als Steuerungselement, Monitoring von Lernprozessen oder Arbeitsplatz als Lernumgebung beziehen (Koopmans et al. 2017).

<sup>11</sup> Medizinisches Handeln, Zusammenarbeit, Kommunikation, Health Advocacy, Organisation und Management, Professionalität, Wissenschaft.







**Tabelle 2: Ausbildung in Altersversorgungsmedizin**

Ausbildung im LTC-Setting	Wann?	Dauer
Somatische Medizin	Jahr 1+3 für stationäre, Jahr 3 für ambulante Patienten	6 bis 12 Monate
Psychogeriatrische Medizin	Jahr 1+3 für stationäre, Jahr 3 für ambulante Patienten	6 bis 12 Monate
Geriatrische Rehabilitation		3 bis 6 Monate
Ausbildung in anderen Einrichtungen		
Ambulante Gesundheitsversorgung		6 bis 12 Monate
Interne, geriatrische oder psychogeriatrische Station eines Krankenhauses		3 bis 6 Monate
Optionale Vertiefung	gegen Ausbildungsende	3 bis 6 Monate

Quelle: Tolson et al. (2013)

## Länderbeispiel USA

### Pflegeheime in den USA

Pflegeheime in den USA unterscheiden sich in einem wesentlichen Aspekt von Pflegeheimen hierzulande. Durch die extrem hohen Krankenhauskosten ist das Bestreben groß, die Patienten/Patientinnen nach akuten Behandlungen schnell wieder aus dem Krankenhaus zu entlassen. Häufig werden Patienten/Patientinnen daher nicht in die häusliche Betreuung, sondern in ein Pflegeheim entlassen. Somit wird in Pflegeheimen typischerweise nicht nur die Langzeitversorgung von meist älteren Menschen mit Pflegebedarf geleistet, sondern auch die kurzzeitige Nachversorgung im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Dieser Unterschied hat auch finanzielle Implikationen, da Medicare höhere Kostensätze für die Kurzzeitpflege vergütet als Medicaid für die Langzeitbetreuung. Mehr als 90 % der Pflegeheime in den USA haben eine sogenannte duale Zertifizierung, können also beide Varianten der Pflege bei Medicare bzw. Medicaid abrechnen (CMS 2015). Diese zweifache Aufgabenstellung der Pflegeheime drückt sich auch darin aus, dass als durchschnittliche Verweildauer im Pflegeheim 835 Tage, als mediane Verweildauer aber 463 Tage festgestellt wurden. Der Anteil der Kurzzeitpflege in den sogenannten *skilled nursing facilities* (im Gegensatz zu den *nursing homes* für Langzeitpflege) steigt; bei rund einem Fünftel der Kurzzeitpatienten/-patientinnen wird innerhalb von 30 Tagen eine Wiederaufnahme ins Krankenhaus verzeichnet.<sup>12</sup> Die Auslastung der Pflegeheime ging in den letzten Jahren von 85 % auf 82 % zurück, während gleichzeitig auch die Versorgungsdichte rückläufig war (2005: 46 Betten/1.000 EW 65+ bzw. 330 Betten/1.000 EW 85+, 2014: 36 Betten/1.000 EW 65+ bzw. 270 Betten/1.000 EW 85+) (CMS 2015).

### Ärztliche Versorgung

In den USA bestehen verschiedene Modelle der medizinischen Versorgung im Pflegeheim. Über 80 % der Pflegeheime kooperieren mit lokal ansässigen Ärzten und Ärztinnen, aber Heime können auch einzelne Ärzte/Ärztinnen anstellen oder Verträge mit Ärzteguppen abschließen. Diese Ärzte/Ärztinnen sind zumeist Spezialisten in Familienmedizin, nicht in Geriatrie. Nach einer Erhebung der American Academy of Family Physicians kümmert sich der Familienmediziner/die Familienmedizinerin durchschnittlich um 9,6 Heimbewohner und absolviert pro Woche 2,3 Pflegeheimbesuche (Unwin et al. 2010 und dort angegebene Quellen).

In den USA besteht schon seit 1942 die American Geriatrics Society, die sich an mehrere mit Geriatrie befasste Gesundheitsberufe richtet, wie speziell geschulte Krankenpflegepersonen, *physician assistants*, aber auch Beschäftigte in Apotheken und Sozialarbeiter/-arbeiterinnen. Eine weitere berufliche Fachgesellschaft, AMDA, vertritt alle mit post akuter Versorgung und Langzeitpflege befassten Berufe; sie hat sich im Jahr 2014 von American Medical Directors Association auf Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine umbenannt, um diesem Anspruch auch namentlich besser gerecht zu werden.<sup>14</sup>

Die Bedarfsrechnung der Fachgesellschaft für Geriatrie in den USA geht, gestützt auf Studien für Amerika, von einem Vollzeitäquivalent (VZÄ) in ärztlicher Geriatrie je 700 Patienten/Patientinnen und 30 % der Bevölkerung ab 65 Jahren mit geriatrischem Bedarf aus und befindet für das Jahr 2014, dass rund 7.000 VZÄ vorhanden waren, aber rund 20.000 benötigt würden.<sup>15</sup>

Um den niedrigen Zahlen an geriatrisch geschulten Ärzten/Ärztinnen entgegenzuwirken, regen Grabowski und O'Malley (2014) den Einsatz von Telemedizin an. Bei US-amerikanischen Pflegeheimen, die in den Randzeiten Telemedizin stärker nutzten, fanden sie Kostenersparnisse, die die Investi-

12 <https://paltc.org/amda-white-papers-and-resolution-position-statements/a17-practitioner%E2%80%99s-guide-advance-care-planning>

13 <http://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/careers-geriatrics>

14 <http://paltc.org/about-amda>

15 <http://www.americangeriatrics.org/sites/default/files/inline-files/Current-Geriatrician-Shortfall.pdf>



tionskosten überwogen. Die untersuchte Variante von Telemedizin bestand in einer fahrbaren Ausrüstung für eine Videokonferenz und einer hochauflösenden Videokamera, um auch Wundversorgung abdecken zu können. Diese Ausrüstung konnte bei Bedarf am jeweiligen Bett eingesetzt werden. Im Call-Center des Telemedizin-Dienstes wurden die Anrufe per Triage an eine von drei Personen weitergeleitet: eine ausgebildete Krankenpflegeperson, eine Person mit *nurse practitioner*-Ausbildung oder ein Arzt/eine Ärztin. Vor Studienbeginn bestand das Vorgehen bei Akuterkrankungen in den Randzeiten in einer telefonischen Konsultation der Gruppenpraxis, bei der der jeweilige Patient/die jeweilige Patientin eingeschrieben war. Die Intervention verbesserte somit lediglich die Kontaktaufnahme, indem auch das Bild zur Verfügung stand, und veränderte die Versorgung insofern, als eine „fremde“ Person kontaktiert wurde, die nicht der gewohnten Gruppenpraxis angehörte (wo zu den Randzeiten meist aber ohnehin auch nicht die gewohnte Person zur Verfügung steht). Bemerkenswert ist, dass dennoch eine Reduktion der Hospitalisierungshäufigkeit eintrat. Da aber die an der Studie teilnehmenden Heime den telemedizinischen Dienst sehr unterschiedlich stark nutzten, waren die Ergebnisse im Aggregat nicht signifikant. Werden hingegen nur die „Vielnutzer“ betrachtet, erhöht sich der Effekt beträchtlich und wird signifikant, die Kosteneffekte der vermiedenen Hospitalisierungen überwogen in dieser Untergruppe die Kosten der Intervention.

Eine weitere Untersuchung konzentrierte sich auf die Sinnhaftigkeit von Telemedizin in Pflegeheimen im ländlichen Raum, da gerade dort die Verfügbarkeit von geriatrisch geschultem Personal problematisch ist (Hofmeyer et al. 2016). Die Untersuchung berichtet über eine Pilotstudie, die im Zeitraum 2012–2015 in 20 US-amerikanischen Pflegeheimen durchgeführt wurde. Telemedizin wird hier ebenfalls als Einsatz von Zwei-Wege-Videokonferenzen mit einem speziellen Call-Center verstanden, in dem allerdings primär geriatrisches Krankenpflegepersonal tätig war. Die Implementierung umfasste auch begleitendes Training des Personals vor Ort. Rund ein Viertel der Konsultationen fand zwischen 22 Uhr und 9 Uhr statt. Die vergleichsweise lange Studiendauer ermöglicht zu beobachten, wie sich der Effekt entwickelt: Wurden 2013 noch 54 % der Fälle in Krankenhäuser transferiert – sei es für ambulante oder stationäre Behandlung –, so konnte dieser Anteil bis 2015 auf 17 % gesenkt werden. Grabowski und O'Malley ziehen aus ihrer Studie zwei verallgemeinerbare Lehren: (1) Das alleinige Anbieten eines Service wie der telemedizinischen Erreichbarkeit von Spezialisten und Spezialistinnen zu den Randzeiten reicht noch nicht aus, um auch die möglichen Effekte auszuschöpfen, da das Personal erst dazu bewegt werden muss, die Dienste gegebenenfalls auch zu nutzen: Nur bei den „Vielnutzern“ traten die gewünschten Effekte auch ein. Daher werden oft spezielle Maßnahmen vonnöten sein, um Vertrautheit mit der und Vertrauen in die Fernbetreuung zu entwickeln. (2) Auch das Pflegeheim muss von den vermiedenen Hospitalisierungen profitieren. Dies geschieht zwar zum einen dadurch, dass Berichten zufolge Patienten/Patientinnen immer wieder in insgesamt schlechterem Zustand aus dem Krankenhaus zurückkehren und dann erst wieder aufwendig remobilisiert werden. Diese Überlegung alleine – Vermeiden des späteren eigenen Aufwands – ist der Pflegeheimleitung aber vermutlich zu wenig greifbar, um als Anreiz auszureichen, konkrete Kosten für die Installation eines entsprechenden Service aufzuwenden. (3) Als dritte Lehre lässt sich aus den Erfahrungen von Hofmeyer et al. (2016) ziehen, dass die Effekte Zeit brauchen, um ihre Wirksamkeit entfalten zu können; das begleitende Training des Personals vor Ort in den Pflegeheimen spielt hier sicher eine Rolle.

## Ausbildung

Die ärztliche Ausbildung in Geriatrie ist in den USA nicht einheitlich geregelt. An Geriatrie Interessierte schließen in der Regel ihre praktische Ausbildung im Krankenhaus für *general practice* in innerer oder Familienmedizin ab und können dann ein *fellowship program* in Geriatrie absolvieren, das typischerweise aus einem Jahr klinischer Praxis besteht, an das ein Forschungsjahr anschließen kann.<sup>16</sup> Eine spezielle Ausbildung für das Praktizieren im Pflegeheim besteht nicht. Katz et al. (2009) regten schon vor einigen Jahren mit dem Hinweis auf die niederländische Situation an, eine spezielle Ausbildung für dieses Fachgebiet zu etablieren, die flexibel genug sein sollte, um sowohl bereits praktizierenden Ärzten/Ärztinnen den Umstieg als auch Ärzten/Ärztinnen am Karrierebeginn den Einstieg zu ermöglichen. Die Breite des Tätigkeitsspektrums sowie die überschaubare Arbeitsorganisation im Setting Pflegeheim sehen sie als Kriterien an, die gerade die gestiegenen Anforderungen der jungen Generation an die Work-Life-Balance erfüllen können. Zudem halten sie die Etablierung des Fachs Pflegeheimmedizin für einen wesentlichen Baustein bei der Bewältigung der Arbeitskraftengpässe in der Langzeitpflege.

## Österreich

In Österreich leben derzeit rund 15 % der Bevölkerung im Alter von 85 oder mehr Jahren in Pflegeheimen. Wie in der gesamten EU werden mit steigendem Alter zunehmende Anteile der in Alten- und Pflegeheimen lebenden Bevölkerung berichtet (European Commission 2015, Graph II.3.3).

<sup>16</sup> <http://www.americangeriatrics.org/geriatrics-profession/training-requirements/training-geriatricians>





Österreich gehört zu jenen 17 (von insgesamt 25) europäischen Ländern, die in einer 2012 durchgeführten Umfrage weder auf definierte nationale Standards der medizinischen Versorgung in Pflegeheimen verweisen konnten noch eine spezifische Ausbildung für in Pflegeheimen tätige Ärzte und Ärztinnen verlangte, und auch über keine einschlägige Vereinigung dieser Mediziner<sup>17</sup> verfügten (Briggs et al. 2012).

Die von Briggs et al. (2015) konstatierte, höhere Komplexität der medizinischen Bedürfnisse von Pflegeheimbewohnern/-bewohnerinnen im Vergleich zu ihren Altersgenossen im häuslichen Umfeld gilt auch in Österreich. Diese höhere Komplexität ist im österreichischen Kontext strukturell vorgegeben, da viele Pflegeheime nur Neuzugänge akzeptieren, die mindestens Pflegestufe 3 oder 4 aufweisen, Tendenz steigend: Vor wenigen Jahren galt Stufe 3 noch als Zugangsschranke, die zudem bei älteren Paaren nicht immer bei beiden Partnern angewandt wurde. Beispielweise kritisierte das Kontrollamt der Stadt Wien den Fonds Soziales Wien, dass Aufnahmen in Pflegeheime der Stadt erst ab Pflegestufe 4 erfolgen sollten und nicht mehr bereits ab Stufe 3 (Kontrollamt der Stadt Wien 2010). Durch die Zuständigkeit der Bundesländer für Sozialagenden einschließlich Langzeitpflege bestehen regional unterschiedliche Modelle der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Generell ist das Setting der medizinischen Versorgung von Personen mit Langzeitpflegebedarf für die beteiligten Stakeholder von hohem gesundheitspolitischen Interesse: Werden die Pflegebedürftigen von im Pflegeheim angestellten Ärzten und Ärztinnen versorgt, so liegt deren Finanzierung in der Zuständigkeit der Heimträger und damit letztendlich der Bundesländer. Erfolgt die Versorgung hingegen – wie im Großteil Österreichs üblich – durch Ärzte und Ärztinnen im Rahmen ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit, kommen die zuständigen Krankenversicherungsträger für die Bezahlung auf. Übersteigt der Behandlungsbedarf, insbesondere bei akuten Erkrankungen, die Behandlungsmöglichkeiten des Pflegeheims samt kooperierender niedergelassener Ärzteschaft, sodass es zum Transfer in ein Krankenhaus kommt, werden die Kosten im Rahmen der üblichen Krankenhausfinanzierung getragen. Die freie Arztwahl für Bewohner und Bewohnerinnen der Pflegeheime kann vom Pflegepersonal erfordern, sich bei den einzelnen betreuten Personen auf unterschiedliche Behandlungsregimes einzustellen. Die Zahl der betreuenden Ärzte und Ärztinnen je Heim wird dabei durchaus recht hoch: In einer Studie mit zehn Kärntner Pflegeheimen lag die Anzahl der Hausärzte/-ärztinnen pro Heim zwischen eins und 32, ein Zusammenhang mit der Heimgröße wurde nicht festgestellt. Stattdessen zeigte sich eine deutlich größere Anzahl von Hausärzten/-ärztinnen in Heimen in städtischer Lage im Vergleich zu Heimen in ländlicher Lage (Kada et al. 2015).

Wird die Qualität der Versorgung in Pflegeheimen untersucht, so misst man sie u. a. an der Häufigkeit der Spitalseinweisungen der Heimbewohner/-bewohnerinnen, im Idealfall an der Zahl der potenziell vermeidbaren Spitalseinweisungen. Für die Häufigkeit von Einweisungen liegen ebenfalls Zahlen aus Kärnten vor. Eine Studie, die rund ein Viertel aller Kärntner Pflegeheime abdeckt, stellte in der zweiten Jahreshälfte 2015 im Durchschnitt 1,19 Einweisungen pro Heimbewohner/-bewohnerin fest, wobei aber 55 % der Bewohner und Bewohnerinnen in diesem Zeitraum nicht ins Krankenhaus eingewiesen wurden; damit erhöht sich die durchschnittliche Zahl der Einweisungen innerhalb eines Halbjahres pro betroffene Person auf mehr als das Doppelte (Kada et al. 2017). Eine etwas ältere Sekundärdatenanalyse (Kada et al. 2011), ebenfalls aus Kärnten, zeigte eine Rate von 3,4 Transfers pro Pflegeheimbett innerhalb von zwölf Monaten, ist aber aufgrund methodischer Unterschiede schwer mit den zuvor genannten 1,19 Einweisungen pro Heimbewohner/-bewohnerin vergleichbar. Viele Einweisungen werden von Pflegekräften initiiert, ohne vorherige Einbindung einer Ärztin oder eines Arztes; zum Teil wohl auch, weil manche Häuser in bestimmten Fällen die Befolgung festgelegter Regeln einfordern (beispielsweise grundsätzliche Abklärung im Krankenhaus nach Sturz). Gleichzeitig stellten Kada et al. (2017) bei 13 % der Heimbewohner/-bewohnerinnen eine moderate bis schlechte Erreichbarkeit ihrer Hausärzte/Hausärztinnen und bei den Pflegekräften in den Heimen nur geringe geriatrische Kenntnisse bei gleichzeitig hohem Selbstvertrauen bezüglich eigener Kompetenzen fest. Kada et al. (2017) schließen daraus, dass eine bessere ärztliche Erreichbarkeit und/oder Präsenz in Pflegeheimen die Transferrate Pflegeheim–Krankenhaus erheblich senken könnte.

Die Studie von Kada et al. (2017) wertet auch Todesfälle während der Studiendauer aus. Von insgesamt 143 Todesfällen innerhalb eines halben Jahres traten 70 % im Pflegeheim und 30 % im Krankenhaus ein, letztere in den allermeisten Fällen nach einer akuten Einweisung.

Auch im Setting Pflegeheim hat nur ein sehr geringer Anteil der Patienten/Patientinnen eine Patientenverfügung abgeschlossen; in der Studie von Kada et al. (2017) waren es unter 2 % der Bewohner/Bewohnerinnen.<sup>18</sup> Auch dies könnte die Hospitalisierungsrate betreffen: Eine amerikanische

17 Es gibt aber die Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG), die sich explizit an sämtliche Berufsgruppen und Wissenschaftsfelder, die im Kontext von älteren und hochbetagten Menschen tätig sind, wendet (<https://www.geriatrie-online.at/>).

18 Nur 20 von 1.238 Bewohnern/Bewohnerinnen in 17 Kärntner Pflegeheimen von zehn verschiedenen Trägerorganisationen hatten 2015 eine Patientenverfügung. Die Studie wertet in einem weiteren, noch nicht publizierten Teil die Wirkung einer Schulung zum Thema Patientenverfügung aus.





Überblicksarbeit zeigte u. a., dass bei Bestehen von Patientenverfügungen signifikant weniger Patienten/Patientinnen kurz vor dem Tod noch ins Krankenhaus transferiert wurden (Martin et al. 2016). Wie bereits angesprochen, erfolgt die ärztliche Versorgung in österreichischen Pflegeheimen zu meist durch Besuche der jeweiligen Hausärzte/Hausärztinnen in ihrer Eigenschaft als Vertragsärzte/-ärztinnen der Krankenversicherungsträger. Da die Zuständigkeit für die Langzeitpflege bei den Ländern und Gemeinden liegt, können diese hier regional unterschiedliche Versorgungsmodelle verwirklichen. Im Folgenden stellen wir einzelne Varianten vor: das steirische und in ähnlicher Form auch von Kärntner Heimen übernommene Modellprojekt GEKO, das Krankenhausärzte/-ärztinnen auf regelmäßiger Basis in die Versorgung einbindet, sowie den völlig anderen Weg der ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen in Form fest angestellter Ärzte und Ärztinnen, den man in Wien geht.

### Geriatrischer Konsiliardienst – GEKO

Das Modell GEKO ersetzt die hausärztliche Versorgung im Pflegeheim nicht, sondern ergänzt und differenziert die ärztliche Versorgung im Pflegeheim und will damit die Vor-Ort-Versorgung optimieren. Die Grundidee ist, dass bei fachärztlichem Versorgungsbedarf nicht Patienten/Patientinnen zum Arzt/zur Ärztin bzw. ins Krankenhaus gebracht werden, sondern dass umgekehrt die internistisch-fachärztliche Versorgung ins Pflegeheim integriert wird.<sup>19</sup> Hauptanliegen des Modells ist es, Einweisungen in Krankenhäuser seltener notwendig werden zu lassen, indem Spitalsärzte/-ärztinnen zu akut Erkrankten ins Pflegeheim kommen und dort – anstatt in der Spitalsambulanz – ihre Leistungen erbringen. Damit können diverse Komplikationen vermieden werden, die beim Transport von oft wenig mobilen und teils verwirrten Patienten/Patientinnen häufig entstehen. Dadurch, so die Hoffnung, verbessern sich in vielen Fällen Behandlungsqualität und Krankheitsverlauf.

Vor der breiteren Implementierung des GEKO-Modells wurde eine Studie zur Bewertung der Effektivität des Modells durchgeführt, indem in einem Pflegeheim der Stadt Graz GEKO eingeführt wurde und zwei Erfolgsparameter mit einem vergleichbaren Pflegeheim derselben Betreiberin über einen Zeitraum von zehn Monaten verglichen wurden, vgl. Tabelle 3. Im Kontroll-Pflegeheim erfolgte die ärztliche Versorgung weiterhin auf die gewohnte Art durch Hausärzte/-ärztinnen und Pflegepersonal. Die Ergebnisse zeigten, dass im GEKO-Heim nur rund halb so viele akute Spitalsweisungen stattfanden wie in der Kontrollgruppe und auch weniger geplante Spitals- und Facharztzuweisungen (diese allerdings nicht statistisch signifikant).

Die Studie beinhaltete einen qualitativen Teil, in dem Gepflegte, deren Angehörige, Hausärzte/-ärztinnen und Pflegepersonen des GEKO-Heims über ihre Einschätzung des GEKO-Modells befragt wurden. Es konnten zwar nur wenige Befragungen bei den Betroffenen durchgeführt werden, diese deuten aber auf hohe Zufriedenheit mit dem Modell hin. Auch die Befürchtung einer hohen administrativen Belastung der Pflegepersonen durch GEKO hat sich nicht bestätigt.

Interessant ist, mit welchem Ressourceneinsatz die Reduktion der Spitalsaufenthalte einherging. GEKO suchte innerhalb des zehnmonatigen Beobachtungszeitraums 52-mal das Pflegeheim auf. Der gesamte Zeitaufwand (Fahrzeiten und Anwesenheitszeiten im Pflegeheim) für den GEKO-Facharzt betrug 106,6 Stunden, was 2,66 Arbeitswochen zu je 40 Stunden entspricht. Die GEKO-Studie wurde zwar nicht durch eine Kostenevaluation begleitet, aber retrospektiv wurde eine Kosteneinschätzung durchgeführt. Demnach beliefen sich die kalkulatorischen Kosten für die vermiedenen Krankenseinweisungen auf rund 117.000 Euro p. a. für ein 100-Betten-Pflegeheim (Kostenbasis 2012; Einsparungen im Pflegeheim selbst oder bei der hausärztlichen Versorgung wurden in der Berechnung vernachlässigt). Die Studienautoren und -autorinnen räumen ein, dass kaum die gesamten Kosten auch tatsächlich einsparbar wären, rechnen aber damit, dass bei guter Umsetzung eines GEKO-Modells die Hälfte dieser Einsparung erzielbar sein sollte. Da die Kosten für den GEKO-Dienst in einem 100-Betten-Pflegeheim mit rund 20.000 Euro p. a. veranschlagt wurden, ergab sich ein Kostenvorteil im GEKO-Modell von rund 400 Euro pro Heimbewohner/-bewohnerin und Jahr.

Bemerkenswert ist, dass dieser Kostenvorteil mit einer aus Sicht der befragten Betroffenen gestiegenen Versorgungsqualität einhergeht. Dieses Ergebnis der GEKO-Studie ergänzt sich gut mit anderen österreichischen Befunden. So liegen Befragungsergebnisse von Leitungspersonen Kärntner Pflegeheime vor, die besagen, dass Heimbewohner nach Spitalsaufenthalten oft in schlechterem geistigen, oft aber auch körperlichen Zustand zurückkommen und somit post akut erhöhten

**Tabelle 3: Häufigkeit von Spitalsweisungen aus Pflegeheimen je 100 Bewohner/ Bewohnerinnen und Monat, GEKO-Modell versus traditionelles Modell (Kontrolle)**

	GEKO	Kontrolle	GEKO in %
Akute Spitalsweisungen	6,1	11,7	52 %
Geplante Spitalsweisungen und Facharztzuweisungen	14,4	18,0	80 %

Quelle: Schippinger et al. (2012).

<sup>19</sup> Es ist angedacht, dieses Modell in weiterer Folge auf ausgewählte weitere Fächer auszudehnen.





Betreuungsaufwand benötigen (Kada et al. 2011). Somit erscheinen vermiedene Krankenhauseinweisungen auch für die Beschäftigten in Pflegeheimen wünschenswert. Außerdem ist überlegenwert, ob derartige Konsilmodelle sich günstig auf die gesamte Verfügbarkeit von geriatrisch geschulten bzw. erfahrenen Medizinerinnen/Mediziner auswirken. Trägt man dem Wunsch der Bevölkerung nach wohnortnaher Versorgung auch durch viele, damit kleine und über die Regionen verstreute Heime Rechnung, so ist eine regelmäßige Versorgung durch Spezialisten/Spezialistinnen vor Ort in allen Heimen nur sehr aufwendig zu bewerkstelligen. Zudem gilt das Pflegeheim nicht als sehr beliebter Arbeitsort unter den Studierenden; eine Tätigkeit im Krankenhaus gilt für viele als erstrebenswerter.<sup>20</sup> Kombiniert der konsiliarische Dienst beide Elemente, regelmäßige Krankenhaus-tätigkeit plus gelegentliche Besuche im Heim, so könnte dies die Attraktivität der Tätigkeit erhöhen.

## Ärztliche Versorgung in Wiener Pflegeheimen

Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz hält in § 12 Abs. 1 fest, dass Heimträger in Abhängigkeit vom Betreuungsbedarf der Bewohner und Bewohnerinnen die medizinische Betreuung durch Mediziner/Medizinerinnen sicherzustellen haben. Es ist jedoch explizit freigestellt, ob diese Betreuung durch im Heim tätige Mediziner/Medizinerinnen oder durch rasche Erreichbarkeit von Mediziner/Medizinerinnen erfolgen soll. Konkretere Anforderungen an die Ausbildung oder Erfahrung dieser Mediziner werden nicht gestellt, außer dem generellen Kriterium der Eignung.

Die öffentliche Versorgung mit Wohn- und Pflegeheimplätzen wird in Wien durch den Fonds Soziales Wien organisiert, der unterschiedliche Formen entsprechend dem unterschiedlich hohen Pflege- und Betreuungsbedarf anbietet: Hausgemeinschaften, Betreutes Wohnen, Pflegeplätze in Wohn- und Pflegehäusern und Pflegehäuser mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung. Alle Formen werden von mehreren Trägern angeboten, wenn auch einige Formen von einzelnen Trägern dominiert werden. So bieten das Haus der Barmherzigkeit (17 %) und der Wiener Krankenanstaltenverbund (83 %) Pflegehäuser mit ärztlicher Rund-um-die-Uhr-Betreuung an. Das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser stellt über 90 % der betreuten Wohnplätze und fast ein Drittel der Pflegeplätze in Wohn- und Pflegeheimen.

In den 30 „Häusern zum Leben“ des Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser wird die ärztliche Betreuung durch angestellte Ärzte und Ärztinnen gewährleistet, was in Österreich wie erwähnt eher die Ausnahme darstellt und durchaus auch von einigen Stakeholdern kritisch gesehen wird. 2010 beanstandete das Kontrollamt der Stadt Wien, dass viele der in den Heimen des Kuratoriums betreuten Personen eine ärztliche Betreuung in diesem Ausmaß nicht benötigten. Der Kontrollbericht regte daher an, dass die Unternehmung das Ausmaß der vorgehaltenen ärztlichen Personalleistungen mit Bedacht auf spezielle Leistungsangebote überdenken sollte. Dieser Befund geht einher mit der Beobachtung, dass diese Häuser bezüglich der Ausstattung mit Pflegepersonal teilweise noch Nachholbedarf hatten. Dem Fonds Soziales Wien empfahl der Kontrollbericht von 2010, vor der Aufnahme in Pflegeeinrichtungen im Rahmen eines geriatrischen Assessments flächendeckend Beurteilungen des medizinischen Bedarfs von Pflegebedürftigen vorzunehmen. Im Zuge des Ausbaus und der Professionalisierung des Case-Managements räumt der Fonds Soziales Wien Assessments eine zentrale Stellung ein, um den Pflege- und Betreuungsbedarf einschätzen zu können. Dadurch sollen eine zielgerichtete Beratung sowie die Organisation der Unterstützung ermöglicht werden. Ein geriatrisches Assessment ist noch nicht vollständig implementiert (Stadt Wien 2016). Die Ausstattung mit Pflegepersonal lag zum Zeitpunkt der Überprüfung durch das Kontrollamt in den geprüften Einrichtungen des Wiener Krankenanstaltenverbunds teilweise deutlich über den Mindeststandards gemäß Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz. Dem Wiener Krankenanstaltenverbund wurden u. a. eine Veränderung seiner Personalstruktur sowie eine Evaluierung der Zahl der Nachtdienste empfohlen (Kontrollamt der Stadt Wien 2010).

Das Wiener Beispiel macht deutlich, dass es wenig zielführend ist, eine allgemeine Richtschnur für die Verfügbarkeit von Ärzten und Ärztinnen im Pflegeheim mit einheitlichen Strukturen oder Personalquoten zu konkretisieren. Die ständige Verfügbarkeit von Ärzten und Ärztinnen in einem auf Geriatrie und Rehabilitation spezialisierten Haus wie dem Haus der Barmherzigkeit, das eine Mittelstellung zwischen Pflegeheim, geriatrischem Krankenhaus und Rehabilitationseinrichtung aufweist (Tolson et al. 2013), ist unter anderen Gesichtspunkten zu beurteilen als in einem weniger spezialisierten Pflegeheim.

Zu einer ähnlichen Schlussfolgerung kommt auch ein Bericht über eine Pilotstudie in Vorarlberg, die die Auswirkung von ärztlicher Koordination (äKo) bei Palliativpatienten/-patientinnen auf die Häufigkeit von Einsätzen mit Rettungsfahrzeugen auswertete. Während die teilnehmenden Häuser eine Verringerung der Fahrtenhäufigkeit je Pflegeheimbewohner/-bewohnerin verzeichneten, kam es im gleichen Zeitraum in den nicht teilnehmenden Vergleichshäusern zu einem Anstieg. Analog sanken bzw. stiegen auch die Gesamtkosten für Rettungseinsätze je nach Teilnahme am Pilotprojekt. Im

<sup>20</sup> Diese Aussage stützt sich auf keine Erhebung, sondern ist Resultat von Gesprächen mit in der Geriatrie tätigen Personen.



Zuge der Untersuchung zeigte sich jedoch, dass die Palliativversorgung in den einzelnen Häusern bereits unterschiedlich gut ausgebaut ist und das Verbesserungspotenzial durch die Einführung von äKo demnach auch unterschiedlich hoch ausfällt. Der Studienautor schloss daraus, dass eine breitflächige verpflichtende Einführung daher über das Ziel hinausschießen würde und sogar bestehende Strukturen behindern könnte (Fredersdorf 2015).

## ***Und was können wir daraus für die Versorgung in Österreich lernen?***

### **Fest angestellte Heimärzte/-ärztinnen sind kein generelles Vorbildmodell für alle Pflegeheime**

Die Tätigkeit von in einem Pflegeheim fest angestellten Ärzten und Ärztinnen im Sinne einer Vollzeittätigkeit sehen wir nicht als ideal für die Gesamtheit der Pflegeheime an. Es widerspricht den Entwicklungen hin zu möglichst langem Verbleib in der häuslichen Umgebung und ansonsten eher kleinräumig angelegten stationären Versorgungseinheiten, die die Ärzte und Ärztinnen wohl oft nicht auslasten. Aus Gesprächen mit im Pflegeheimbereich Tätigen ergibt sich der Eindruck, dass sich im derzeitigen Modell in Österreich manche im Pflegeheim angestellte Ärzte/Ärztinnen als „auf einem Abstellgleis“ empfinden, wo sie im Gegensatz zur Tätigkeit im Krankenhaus von medizinischer Forschung und Weiterentwicklungen abgeschnitten sind. Eine bessere Verzahnung zwischen der Tätigkeit im Pflegeheim und im Krankenhaus könnte die Arbeitszufriedenheit erhöhen und gleichzeitig positive Anreize für die Qualität der Versorgung schaffen.

### **Altersversorgungsmedizin etablieren, ohne Einschränkung auf Pflegeheimmedizin**

In den Niederlanden wurde als erstem und unseres Wissens nach einzigem Land Pflegeheimmedizin als eigenständiges medizinisches Fach eingeführt, aber nach wenigen Jahren in dieser Form wieder verworfen. Stattdessen wurde in den Niederlanden das Ausbildungsprofil erweitert und explizit die Versorgung im häuslichen Umfeld mit eingeschlossen. Es ist zu betonen, dass sich das Fach Altersversorgungsmedizin dort vom Fach Geriatrie unterscheidet, da Geriatrie als klinische Geriatrie verstanden wird und eine längere Ausbildung benötigt. Wird Altersversorgungsmedizin als eigenes Fach verstanden, könnte auch das Ansehen dieser Hausärzte/-ärztinnen für Ältere steigen. Eine Spezialisierungsschiene für multimorbide, aber nicht akut Erkrankte wäre auch für Österreich anzudenken und könnte ein Baustein dafür sein, die immer wieder auftretenden Kommunikationsprobleme (Kada et al. 2011) zwischen Pflegeheim und Krankenhaus (und wieder retour) zu überbrücken oder besser noch: abzubauen. Ausgehend von den niederländischen Erfahrungen sollte der Schwerpunkt dieser Spezialisierung aber nicht auf dem Setting Pflegeheim liegen, sondern auf der (settingunabhängigen) Versorgung multimorbider älterer Personen.

### **Stärkere Strukturierung der ärztlichen Versorgung im Pflegeheim hat Vorteile**

Die Qualität der medizinischen Versorgung betrifft insbesondere auch die Notwendigkeit, Klienten und Klientinnen bei akuten Erkrankungen in ein Krankenhaus einweisen zu müssen. Wir gehen davon aus, dass die Fallzahlen solcher Einweisungen – ohne gegensteuernde Eingriffe – in Österreich zunehmen werden: Dies erwarten wir weniger aufgrund der steigenden Zahl älterer Personen; der Wunsch und die Möglichkeiten, lange zu Hause versorgt zu werden, dürften hier wachsenden Zahlen der Heimbewohner/-bewohnerinnen entgegenwirken. Da aber die Kriterien für die Aufnahme ins Pflegeheim tendenziell angehoben werden, verschlechtert sich der durchschnittliche Gesundheitszustand im Heim in Österreich, jedenfalls gemessen anhand der Pflegestufe, aber vermutlich auch gemessen anhand von anderen Gesundheitsparametern wie der Anzahl von Komorbiditäten. Somit sind häufigere Transfers in Krankenhäuser zu erwarten.

Unterschiedliche Untersuchungen zeigen, dass unmittelbarer Zugang zu ärztlicher Expertise einer jener Faktoren ist, die sich günstig auf die Qualität der Versorgung einschließlich der Krankenhaus-häufigkeit auswirken. Zwar bedeutet das nicht, dass diese Versorgung durch ständig anwesende Personen erfolgen muss, Katz et al. (2009) gehen aber davon aus, dass die Tätigkeit im Setting Pflegeheim mindestens einen Arbeitstag pro Woche beanspruchen sollte, damit die nötige Expertise aufgebaut und bewahrt werden kann.<sup>21</sup>

In Österreich werden bereits seit einigen Jahren Modelle erprobt, die auf eine stärkere Strukturierung der ärztlichen Versorgung abzielen, ohne deshalb Ärzte/Ärztinnen auf Dauer vor Ort haben zu müssen. Die Ergebnisse aus dem Projekt GEKO zeigten, dass bei Einbindung des geriatrischen Konsiliardienstes nur rund halb so viele akute Spitalseinweisungen stattfanden wie in der Kontroll-

<sup>21</sup> Katz et al. (2009) beziehen sich in ihrem Aufsatz auf die US-amerikanische Situation und damit auf Familienmediziner/-medizinerinnen als Hausärzte von Pflegeheimbewohnern/-bewohnerinnen und nicht auf Konsiliardienste wie GEKO.

Und was können wir daraus für die Versorgung in Österreich lernen?





gruppe und auch weniger geplante Spitals- und Facharztzuweisungen durchgeführt wurden. Die Erfolge sind so vielversprechend, dass auch in Kärnten unter wissenschaftlicher Begleitung eine adaptierte Version eingeführt wurde. Eine andere Form regelmäßiger ärztlicher Konsilien wird vielversprechend in Vorarlberg erprobt; es zeigt sich aber auch, dass für einen sinnvollen Einsatz die Gegebenheiten der einzelnen Heime zu berücksichtigen sind.

Auf internationaler Ebene wird untersucht, ob Telemedizin eingesetzt werden kann, um – auch in ländlichen Gegenden – die faktische Verfügbarkeit von geriatrischer Expertise zu vergrößern und somit Krankenhauseinweisungen von Pflegeheimbewohnern/-bewohnerinnen bei akuten Erkrankungen zu vermeiden. Auch hierzu liegen positive Ergebnisse vor, die aber nicht durch das bloße Zurverfügungstellen der technischen Ausstattung erzielt wurden. Um Erfolge zu verzeichnen, waren im amerikanischen Kontext zusätzlich auch begleitende Schulungen des Personals und vor allem ein ausreichend langer Einführungszeitraum notwendig.

Bereits öfter als Qualitätshindernis herausgestellt hat sich die „Kommunikationsbaustelle“ zwischen den Pflegekräften und den betreuenden Hausärzten/-ärztinnen. Dieses Hindernis zu überwinden dürfte bei der Zusammenarbeit mit vielen verschiedenen Ärzten/Ärztinnen für das Pflegepersonal noch schwieriger sein als bei wenigen Ärzten/Ärztinnen und einer dementsprechend kleineren Anzahl unterschiedlicher Behandlungsstile. Die Spezialisierung Einzelner auf die Rolle als Hausarzt/-ärztin von Pflegeheimbewohnern/-bewohnerinnen könnte hier nicht nur die Behandlungsqualität heben, sondern gleichzeitig auch die Zusammenarbeit mit dem Heimpersonal erleichtern.

## Wer soll für die ärztliche Versorgung im Pflegeheim aufkommen? Cui bono

Einiges spricht dafür, die Finanzierung von Verbesserungs- und Strukturierungsmaßnahmen für die ärztliche Versorgung im Pflegeheim im Verantwortungsbereich der Länder zu sehen. In Österreich liegt verfassungsmäßig die Ausgabenverantwortung sowohl für Krankenhäuser als auch für stationäre Pflege bei den Ländern.<sup>22</sup> Kann die ärztliche Versorgung im Pflegeheim stärker strukturiert werden und damit eine Verringerung der Hospitalisierungsrate erzielt werden, ist diese Anordnung der Kompetenzen eine günstige Voraussetzung: Unabhängig davon, ob erzielte Einsparungen beim Pflegeheim oder im Krankenhaussektor anfallen, kommen sie dem Land (als Financier der Investitionskosten und zu einem großen Teil als Träger der Betriebsabgänge der öffentlichen Akutkrankenhäuser) zugute.<sup>23</sup> Ein Auseinanderfallen von Einsparungen (verringerte Hospitalisierung) und zusätzlichen Kosten (höhere Ausgaben für spezialisierte niedergelassene Ärzte und Ärztinnen) auf verschiedene Stakeholder wäre hingegen kontraproduktiv. Daher ist es auch wichtig, bei der Kostenbeurteilung den richtigen Vergleich zu ziehen, beispielsweise Telemedizin als Ergänzung zu betrachten für die Versorgung in Randzeiten oder ländlichen Gebieten, um Hospitalisierungen zu vermeiden, und nicht ausschließlich als Ersatz für die Versorgung durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen (die derzeit vollständig von den Krankenversicherungsträgern bezahlt werden).

## Fazit

Zwar erscheint angesichts der großen Unterschiede zwischen Pflegeheimen die Positionierung von fest angestellten Vollzeitärzten/-ärztinnen in allen Pflegeheimen nicht als erstrebenswert, sie dürfte auch rein von den involvierten Kapazitäten her sehr bald an ihre Grenzen stoßen. Sehr wohl aber entnehmen wir der Literatur starke Hinweise auf den Mehrwert von Ärzten und Ärztinnen, die sich mit solider geriatrischer bzw. altersmedizinischer Ausbildung auf regelmäßiger und strukturierter Basis der gesundheitlichen Probleme in Pflegeheimen annehmen. Dies kann jedoch in verschiedenen Formen geschehen, über deren relative Meriten in diesem Rahmen keine Einschätzung getroffen werden kann: Sowohl das äKo- als auch das GEKO-Modell erscheinen vielversprechend, aber angesichts sinkender Ärztezahlen und im Sinne einer entsprechenden Auslastung sollten gerade im ländlichen Raum auch die Möglichkeiten der Telemedizin nicht außer Acht gelassen werden. Dem internationalen Trend folgend kann die ärztliche Pflegeheimversorgung in regionalen, populationsbezogenen Versorgungsmodellen integriert und mitgeplant werden, wofür die jeweils regional passenden Modelle gewählt werden können. Alle Modelle bauen jedoch auf verstärkter Koordination, Kooperation und Kommunikation der involvierten Berufsgruppen auf der Basis einer soliden altersmedizinischen bzw. -pflegerischen Ausbildung auf, die in Curricula und postgraduell gefördert werden sollte.

## Fazit

22 Auf die Darstellung der konkreten Finanzierungsanteile und eingebundenen Gremien wird hier verzichtet und auf die einschlägige Literatur verwiesen. Zu berücksichtigen ist, dass bei einer Finanzierung über die Landesfonds „automatisch“ sowohl Krankenversicherungsträger als auch Länder beteiligt wären.

23 Damit ist freilich noch nicht geklärt, wie die Finanzierung zwischen den teilnehmenden Pflegeheimen und dem jeweiligen Bundesland geregelt wird.



## LITERATUR

- Bundesgesundheitsministerium (laufend): Praxisseiten Pflege [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5\_Publikationen/Pflege/Praxisseiten\_Pflege/BMG\_Ordner\_gesamt\_Screen.pdf].
- BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2011.
- Briggs, R., Holmerová, I., Martin, F. C., O'Neill, D. (2015): Towards standards of medical care for physicians in nursing homes, *European Geriatric Medicine* 1, 6 (4): 401–403.
- Briggs, R., Robinson, S., Martin, F. C., O'Neill, D. (2012): Standards of medical care for nursing home residents in Europe, *European Geriatric Medicine* 3: 365–367.
- Challis, D., Clarkson, P., Williamson, J., Hughes, J., Venables, D., Burns, A., Weinberg, A. (2004): The value of specialist clinical assessment of older people prior to entry to care homes, *Age Ageing* 33 (1): 25–34 [DOI: https://doi.org/10.1093/ageing/afh007].
- CMS – Center for Medicare and Medicaid Services (2015): Nursing home data compendium 2015 edition, Department of health and human services – USA [https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/CertificationandCompliance/Downloads/nursinghomedatacompendium\_508-2015.pdf].
- Czypionka, T., Eichwalder, S., Röhrling, G., Riedel, M. (2009): Finanzierung aus einer Hand, Institut für Höhere Studien, Projektbericht im Auftrag des Hauptverbandes der Sozialversicherung, Wien.
- Czypionka, T., Kraus, M., Röhrling, G., Reiss, M. (2014): Gesundheitsfinanzierung. Status Quo und Potenziale zur Veränderung, Institut für Höhere Studien, Projektbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Finanzen, Wien.
- Díaz-Gegúndez, M., Paluzie, G., Sanz-Ballester, C., Boada-Mejorana, M., Terré-Ohme, S., Ruiz-Poza, D. (2011): Evaluación de un programa de intervención en residencias geriátricas para reducir la frecuentación hospitalaria, *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 46 (5): 261–264 [DOI: 10.1016/j.regg.2011.03.001].
- European Commission (2015): The Ageing Report 2015. Economic and budgetary projections for the 28 member states (2013–2060), *European Economy* 3/2015.
- Fahey, T., Montgomery, A. A., Barnes, J., Protheroe, J. (2003): Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study, *British Medical Journal* 326 (7389): 580–583.
- Fonds Soziales Wien (2015): Wohn- und Pflegehäuser in Wien. KundInnen- und Angehörigenbefragung Herbst 2015.
- Fredersdorf, F. (2015): Ärztliche Koordination in stationären Einrichtungen der Altenpflege – Evaluation eines regionalen Modellprojekts [http://ffhoarep.fh-ooe.at/handle/123456789/825].
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2017: www.gbe-bund.de
- Grabowski, D. C., O'Malley, A. J. (2014): Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare, *Health Affairs* 33 (2): 244–250 [DOI: 10.1377/hlthaff.2013.0922].
- Graverholt, B., Forsetlund, L., Jamtvedt, G. (2014): Reducing hospital admissions from nursing homes: a systematic review, *BMC Health Services Research* 14/36.
- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017): Pflegegeldstatistik.
- Hibbeler, B. (2014): Vereinbarung zu Kooperationsverträgen: Mehr Geld für Arztbesuche im Heim, *Deutsches Ärzteblatt* 2014, 111 (10): A-386 / B-336 / C-320.
- Hofmeyer, J., Leider, J. P., Satorius, J., Tanenbaum, E., Basel, D., Knudson, A. (2016): Implementation of Telemedicine Consultation to Assess Unplanned Transfers in Rural Long-Term Care Facilities, 2012–2015: A Pilot Study, *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (11): 1006–1010 [https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.06.014].
- Kada, O., Brunner, E., Likar, R., Pinter, G., Leutgeb, I., Francisci, N., Pfeiffer, B., Janig, H. (2011): Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankenhaustransporten aus Alten- und Pflegeheimen, *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (ZEFQ)* 105 (2011): 714–722.
- Kada, O., Janig, H., Likar, R., Cernic, K., Pinter, G. (2015): Innovationen der Versorgungsoptimierung in Pflegeheimen – Eine Projektübersicht. FFH2015-GW2-3, 6 S. [http://ffhoarep.fh-ooe.at/handle/123456789/407].
- Kada, O., Janig, H., Likar, R., Cernic, K., Pinter, G. (2017): Reducing avoidable hospital transfers from nursing homes in Austria: Project outline and baseline results, *Gerontology and Geriatric Medicine* 3: 1–9 [DOI: 10.1177/2333721417696671].
- Katz P. R., Karuza, J., Intrator, O., Mor, V. (2009): Nursing Home Physician Specialists: A Response to the Workforce Crisis in Long-Term Care, *Annals of Internal Medicine* 150 (6): 411–413.
- Kontrollamt der Stadt Wien (2010): Unternehmung „Wiener Krankenanstaltenverbund“, Prüfung betreffend „effizienter Mitteleinsatz bei der Versorgung der Wienerinnen und Wiener mit Pflegeplätzen durch die Gemeinde Wien, Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV), das Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) und den Fonds Soziales Wien (FSW) Kontingentplätze bei privaten gemeinnützigen Trägern“. KA - K-2/10
- Koopmans, R. T. C. M., Lavrijsen, J. C. M., Hoek, J. F., Went, P. B. M., Schols, J. M. G. A. (2010): Dutch elderly care physician: A new generation of nursing home physician specialists, *Journal of the American Gerontological Society* 58 (9): 1807–1809.
- Koopmans, R. T. C. M., Pellegrini, M., van der Geer, E. (2017): The Dutch move beyond the concept of nursing home physician specialists, *Journal of the American Medical Directors Association* [https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.05.013].
- Martin, R. S., Hayes, B., Gregovic, K., Lim, W. K. (2016): The Effects of Advance Care Planning Interventions on Nursing Home Residents: A Systematic Review, *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (4): 284–293.
- Sanford, A. M., Orrell, M., Tolson, D., Abbatecola, A. M., Arai, H., Bauer, J. M., Cruz-Jentoft, A. J., Dong, B., Ga, H., Goel, A., Hajjar, R., Holmerova, I., Katz, P., Koopmans, R. T. C. M., Rolland, Y., Visvanathan, R., Woo, J., Morley, J. E., Vellas, B. (2015): An international definition for “Nursing Home”, *Journal of the medical directors association – JAMDA* 16: 181–184.
- Schippinger, W., Hartinger, G., Hierzer, A., Osprian, I., Bohnstingl, M., Pilgram, E. H. (2012): Mobiler geriatrischer Konsiliardienst für Pflegeheime. Untersuchung der Effektivität eines internistisch-fachärztlichen Konsiliardienstes zur medizinischen Versorgung von Pflegeheimbewohnern, *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 8/2012: 735–741.
- Schols, J. M. G. A., Crebolder, H. F. J. M., van Weel, C. (2004): Nursing home and nursing home physician: The Dutch experience, *Journal of the American Medical Directors Association*: 207–211.
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Cook, D. G. (2011): Quality of chronic disease care for older people in care homes and the community in a primary care pay for performance system: retrospective study, *BMJ*; 342: d912 [DOI: 10.1136/bmj.d912]. PMID: PMC3050988.
- Shah, S. M., Carey, I. M., Harris, T., DeWilde, S., Cook, D. G. (2012): Quality of prescribing in care homes and the community in England and Wales, *The British Journal of General Practice* 62 (598): e329–336 [DOI: 10.3399/bjgp12X641447].
- SOON (2016): National training curriculum for the specialist training of elderly care physicians in the Netherlands.
- Stadt Wien (2016): Pflege und Betreuung in Wien 2030, Vorausschauend und vorbereitet, Strategiekonzept.
- Tolson, D., Rolland, Y., Katz, P. R., Woo, J., Morley, J. E., Vellas, B. (2013): An international survey of nursing homes, *Journal of the medical directors association – JAMDA* 14: 459–462.
- Unwin, B. K., Porvaznik, M., Spoelhof, G. D. (2010): Nursing Home Care: Part I. Principles and Pitfalls of Practice, *Am Fam Physician* 2010, 81 (10): 1219–1227.
- Verenso – Dutch Association of Elderly Care Physicians and Social Geriatricians (2015): Elderly care physicians in the Netherlands. Professional profile and competencies. 48 S.
- Winnat, C., Gerlof, H. (2016): Zwei neue EBM-Kapitel honorieren die Versorgung von Heimpatienten, *Gynäkologie und Geburtshilfe* 2016, 21 (S1).

