

# Digital unterstützte Betreuung von Pflegeeinrichtungen – Vorstellung des DUAB-Projektes

## Digitally supported care for nursing homes – Presentation of the DUAB project

Dr. med. Kay-Patrick Braun, Regina Märker, Amadeus-Valentin Klement, MVZ Dr. Braun GmbH, Cottbus, Deutschland  
kay-p.braun@web.de

### Kurzfassung

Der Wandel der Altersstruktur hin zu einer zunehmenden Alterung hat eine vermehrte Versorgung von Patient:innen in Pflegeeinrichtungen zur Folge. Dies zieht einen erhöhten hausärztlichen Versorgungsbedarf in diesen Wohnstätten nach sich. Dem gegenüber steht ein zunehmender Mangel an hausärztlichen Kolleg:innen. Statt des bisher üblichen, zeitaufwendigen Hausbesuches sind neue Versorgungsformen von Nöten. Das DUAB-Projekt sieht eine effektive Betreuung von Patient:innen in Pflegeeinrichtungen in Akutsituationen unter Zuhilfenahme digitaler Möglichkeiten zur raschen Entscheidungsfindung vor, ohne dass ein zeitaufwendiger persönlicher Besuch durch die Hausärztin oder den Hausarzt notwendig ist. Die Datenerhebung und Auswertung erfolgt unter wissenschaftlichen Gesichtspunkten und Fragestellungen.

### Abstract

The shift in the age structure towards an increasingly ageing population is leading to more patients being cared for in nursing homes. This results in an increased need for GP care in these residential facilities. This is offset by a growing shortage of GPs. Instead of the time-consuming home visits that have been the norm up to now, new forms of care are needed. The DUAB project aims to provide effective care for patients in nursing homes in acute situations with the help of digital tools for rapid decision-making, without the need for time-consuming personal visits by GPs. Data collection and evaluation are carried out according to scientific criteria and questions.

## 1 Hintergründe

Die Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland unterliegt einem Wandel hin zu einer zunehmenden Alterung. Im Jahre 2020 betrug der Anteil von Menschen über 65 Jahre ca. 22%. Für 2040 ist ein Anstieg auf 28% prognostiziert. Die Ursache liegt in einer zunehmenden Lebenserwartung. Hier ist ein kontinuierlicher Anstieg zu verzeichnen. Sie liegt aktuell für Frauen bei 81 Jahren und für Männer bei 76 Jahren. Dadurch bedingt steigt auch der Bedarf an Pflegeeinrichtungen. Es werden Zahlen berichtet, dass 2019 rund 818.000 Menschen in Pflegeeinrichtungen lebten. Dies stellt einen Anstieg um 33% im Vergleich zu 1999 dar. Ein weiterer Anstieg ist zu erwarten.

Die steigende Lebenserwartung verbunden mit vermehrtem Auftreten von Krankheiten des Alters sowie die Zunahme der Zahl von in Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen hat einen erhöhten Bedarf an hausärztlicher Versorgung zur Folge. Jedoch ist statt der dringend Benötigten steigenden Zahl an Hausärzt:innen ein Rückgang zu verzeichnen. Waren es im Jahre 1995 noch ca. 56.000, so wird für das Jahr 2024 eine Zahl von ca. 45.000 hausärztlich tätigen Kolleg:innen angegeben. Wichtig ist hierbei zu berücksichtigen, dass im Jahre

1996 der Anteil der über 65-jährigen Kolleg:innen bei 4,9% lag und dieser 2024 auf 20,3% angestiegen ist.

Eine mögliche Ursache für diesen Anstieg liegt darin, dass zum 01.01.2009 die Altersbegrenzung für niedergelassene Ärzt:innen weggefallen ist. Bis dahin galt, dass mit Vollendung des 68. Lebensjahres automatisch die Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung erlischt.

Weitere wichtige Aspekte in der Versorgungsstruktur stellen die Zulassungsmöglichkeiten dar. So wurde im Jahre 2004 die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) ermöglicht. Zunächst waren hierbei mehrere Fachrichtungen notwendig. Seit 2012 sind nun auch fachgleiche MVZ möglich. Einen weiteren wichtigen Meilenstein bildet das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aus dem Jahre 2007. Neben dem bereits erwähnten Wegfall der Altersbegrenzung beinhaltet es eine deutliche Erweiterung der Gestaltung der Versorgung durch Schaffung von deutlichen umfangreicheren Möglichkeiten zur Tätigkeit in Anstellung.

Wie angespannt die Situation aktuell ist, unterstreicht einmal mehr, dass im Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung des Landes Brandenburg aktuell in 21





### 3.1 Notwendige Hilfsmittel

Um eine digital basierte Betreuung von Patient:innen in Pflegeeinrichtungen zu ermöglichen, sind einige Voraussetzungen zu schaffen. Diese sind in der Regel jedoch nicht sonderlich aufwendig und bereits überwiegend verfügbar.

Grundvoraussetzung ist eine ausgebildete Mitarbeiter:in vor Ort. Dies kann zum einen eine nichtärztliche Praxisassistentin der betreuenden Hausärzt:in sein. Zum anderen kann diese Funktion ebenfalls durch eine speziell geschulte Mitarbeiter:in der Pflegeeinrichtung erfolgen.

Darüber hinaus ist eine Videobrille erforderlich. Die nichtärztliche Praxisassistent:in beziehungsweise geschulte Mitarbeiter:in der Pflegeeinrichtung trägt diese vor Ort, um den Kontakt zu der Patientin beziehungsweise dem Patienten herzustellen.

Auf der anderen Seite ist für die betreuende Ärztin beziehungsweise den betreuenden Arzt ein entsprechender PC mit der Möglichkeit zur Videopprechstunde erforderlich.

Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt eine Dokumentation der Pflegeeinrichtung dar, auf die die Ärztin beziehungsweise der Arzt direkt Zugriff hat. Hierin sind Vitalwerte, wie Gewicht, Puls, Blutdruck und ggf. Blutzucker sowie Ausscheidung zur Beurteilung direkt ersichtlich. Darüber hinaus können die aktuelle Medikation, ggf. verabreichte Insulindosen oder Bedarfsmedikationen und eventuelle Einträge anderer Ärzt:innen eingesehen werden.

Des Weiteren erscheint ein digitales Stethoskop mit Möglichkeit zur Übertragung, welches so am Markt

bereits verfügbar ist, sinnvoll. Dieses kann die geschulte Mitarbeiter:in vor Ort an den entsprechenden Untersuchungsstellen unter ständiger videobasierter visueller Kontrolle der Ärztin bzw. des Arztes aufsetzen. Somit ist eine Untersuchung von Herz, Lungen und Bauch möglich.

Zur weiteren klinischen Einschätzung der Situation kann darüber hinaus ein Pulsoxymeter zum Einsatz kommen. Hiermit sind Herzfrequenz und Sauerstoffsättigung zu beurteilen. Auch ein mobiles EKG, was durch die Mitarbeiter:in vor Ort aufgesetzt und digital an die Ärzt:in übertragen wird, kann zur Beurteilung der Situation beitragen.



Neben den genannten personellen und technischen Voraussetzungen sind noch weitere Aspekte zu bedenken. Hierbei ist eine stabile Internetverbindung zu erwähnen, was natürlich die Basis für diese Form der Diagnostik und Behandlung darstellt. Wenn es sich um eine mobilphone basierte Variante handelt, können sich teils durch bauliche Einschränkungen mit Stahlbeton bedingten Abschirmungen Probleme ergeben. Darüber hinaus bestehen insbesondere in ländlichen Regionen sowohl bei mobilem als auch festnetzbasierendem Internet Grenzen in der Netzabdeckung.

Einen weiteren wesentlichen, noch zu klärenden Aspekt stellt die Umsetzung des Datenschutzes dar. Zum einen ist natürlich eine Einwilligung der Patient:in erforderlich. Hierbei sind bei Vorliegen einer beispielsweise demenzbedingten Einschränkung der persönlichen Einwilligungsfähigkeit eventuell bestehende Betreuungsverhältnisse zu beachten. Darüber hinaus stellt der Datenschutz ebenfalls bei den räumlichen Gegebenheiten einer videobasierten Konsultation einen ganz zentralen Aspekt dar. Die Diskretion und Schweigepflicht sind hierbei

selbstverständlich uneingeschränkt, wie bei einer persönlichen Betreuung zu beachten.

### 3.2 Anwendungsbeispiele

Der Einsatz einer digitalen Sprechstunde erscheint neben der routinemäßigen Konsultation insbesondere für Notfallsituation sinnvoll. In diesen Fällen kann sowohl für eigene Patient:innen, aber auch denkbar für andere eine kurzfristige Beurteilung der aktuellen Situation mit Entscheidung über das weitere Procedere erfolgen. Dies kann in abwartendem Offenlassen, der Veranlassung einer stationären Einweisung, bei Fremdpatient:innen der Rücksprache mit der betreuenden Hausärztin bzw. dem betreuenden Hausarzt oder der Verordnung einer Therapie bestehen.

Denkbar wäre auch die Einrichtung einer zentralen digitalen Notfallsprechstunde für mehrere Einrichtungen.

Durch den Einsatz einer videobasierten Konsultation mit den genannten Vorteilen kann zum einen die Zufriedenheit von Bewohner:innen, Angehörigen und auch der Pflegekräfte erreicht werden, zum anderen lassen sich unnötige Notfalleinsätze des Rettungsdienstes und nicht indizierte Einweisungen reduzieren.

Im Rahmen eines Gesamtkonzeptes wäre darüber hinaus der Einsatz einer Praxisassistentin (PA) mit spezialisierter Ausbildung als erste Ansprechpartnerin und für die Triagierung denkbar.

### 3.3 Zeitlicher Ablauf

In der Pilotphase ist zunächst zum Aufbau der strukturellen Gegebenheiten sowie Testung und Optimierung der Abläufe die Zusammenarbeit zwischen der Praxis der MVZ Dr. Braun GmbH und einer regionalen Pflegeeinrichtung geplant.

Im weiteren Verlauf sollen zunächst weitere betreute Pflegeeinrichtungen eingeschlossen werden.

Nach Abschluss dieser Pilotphase und Schaffung stabiler Strukturen ist die Weitergabe des Konzeptes an interessierte Praxen regional als auch überregional vorgesehen.

### 3.4 Wissenschaftliche Fragestellungen

Aufgrund der Relevanz der Thematik ist auch eine wissenschaftliche Begleitung des Projektes mit entsprechender Datenerhebung, Auswertung und Publikation Bestandteil des Projektes.

Durch eine Evaluierung der Ergebnisse mit noch zu entwickelnden und zu testenden Fragebögen ist die Beantwortung nachfolgend genannter Fragestellungen denkbar:

1. Vergleich der Zufriedenheit von Bewohner:innen, Angehörigen und Mitarbeiter:innen der Pflegeeinrichtung von im Rahmen dieses Projektes betreuten Wohnstätten mit herkömmlichen?
2. Zahl der stationären Einweisungen von DUAB im Vergleich zu Vergleichsgruppen?
3. Als langfristige Fragestellung: entsteht ein Lebenszeitgewinn durch DUAB?

Für die wissenschaftliche Betreuung sind neben der Entwicklung der Fragebögen eine detaillierte Projektbeschreibung, ein Antrag bei der Ethikkommission sowie eine Anmeldung bei dem Deutschen Register klinischer Studien (DRKS) erforderlich.

### 3.5 Finanzierung

Ein Antrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) auf Gewährung einer Förderung gemäß der Maßnahme „Förderung telemedizinischer Versorgungsformen sowie telemedizinischer Kooperationen gem. §1 Abs. 1 Punkt IX. und XI. der Richtlinien zur Verwendung von Mitteln des Strukturfonds gem. §105 SGB V der KVBB“ ist bereits gestellt.

## 4 Literatur

- [1] Statistisches Bundesamt.
- [2] Bertelsmann Stiftung.
- [3] Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).
- [4] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV).
- [5] Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB).