

Rehabilitation geriatrischer Patienten in einer Tagesklinik

Dieter Platt,
Jörg-Dieter Summa und
Joachim Horn

Aus Hochrechnungen von Bevölkerungsexperten geht hervor, daß bei einer Abnahme der Gesamtzahl der Einwohner der (bisherigen) BRD auf etwa 38 Millionen im Jahre 2030 der Anteil der über 65jährigen bis zum Jahre 2000 von etwa 15 Prozent auf etwa 24 Prozent ansteigen soll. Unter den Älteren nimmt vor allem die Gruppe der über 75jährigen deutlich zu (*Abbildung 1*). Im Freistaat Bayern soll beispielsweise jeder vierte Einwohner im Jahre 2000 älter als 60 Jahre sein. Die Tatsache, daß immer mehr Menschen das höhere Lebensalter erreichen, ist nicht zuletzt durch eine verbesserte Diagnostik und Therapie der multimorbiden, chronisch kranken älteren Menschen bedingt.

Mit der höheren Lebenserwartung und der dadurch steigenden Zahl älterer kranker Menschen muß in der Nachbehandlung multimorbider geriatrischer Patienten umgedacht werden. Dies vor allem auch deshalb, weil sich die Struktur der Familie im Laufe der Jahrzehnte geändert hat. Somit ist die Rückkehr eines genesenden älteren Patienten aus der Klinik in die Familie nicht immer eine Selbstverständlichkeit.

In Bayern gab es im Jahre 1982 1,1 Millionen Privathaushalte, deren Haushaltsvorstände 65 Jahre und älter waren. Von den etwa 1,6 Millionen 65jährigen und älteren Einwohnern Bayerns lebten 36,5 Prozent allein, etwa die gleiche Zahl in Zwei-Personen-Haushalten und knapp 20 Prozent im Haushalt ihrer Kinder. Zwei Prozent wohnten bei familienfremden Personen und fünf Prozent in Heimen. Wie groß die Probleme bei der Entlassung hochbetagter Patienten aus der Klinik sind, weiß jeder, der geriatrische Patienten be-

Neben geriatrischen Kliniken bieten geriatrische Tageskliniken optimale Rehabilitationsbedingungen. Sie verbinden therapeutische Effizienz und Wirtschaftlichkeit mit dem Vorteil, daß alte Menschen während der Behandlung nicht völlig aus der vertrauten häuslichen Umgebung losgelöst werden. Sie werden dadurch meist für die Behandlung besser motiviert. Auch lassen sich komplizierende Begleiterkrankungen, zum Beispiel Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und Hypertonie unter Voraussetzungen behandeln, die dem späteren Alltag vergleichbarer sind.

treut. Ist eine Entlassung nach Hause nicht möglich, so wird in der Mehrzahl der Fälle alles versucht, zum Beispiel über den Sozialdienst, den älteren Patienten in ein Alten- oder Pflegeheim zu verlegen. Oft ist dies die Endstation (1).

Ein solcher Weg sollte allerdings nicht primär angestrebt werden, da neuere Konzepte des letzten Jahrzehnts vor allem gezeigt haben, daß eine „aktive Rehabilitation“ für den Patienten effizient, für die Krankenversorgung darüber hinaus auch wirtschaftlich ist.

Bei der Rehabilitation des Patienten muß vor allem an die verminderte Adaptationsfähigkeit des älteren Organismus gedacht werden. Aufgrund der altersbedingten Organveränderungen, vor allem auch des Bewegungsapparates, können

Rehabilitationsprogramme in höherem Lebensalter nur bedingt mit denen jüngerer Menschen verglichen werden. So ist der ältere Patient grundsätzlich durch ein größeres biologisches Defizit charakterisiert. Das jeweilige aktuelle Ausmaß der Einschränkung der Adaptationsfähigkeit beeinflusst das jeweilig anzuwendende Rehabilitationsverfahren. Vor allem muß die Frage der körperlichen Belastbarkeit als wichtigstes Kriterium der physischen Rehabilitation beantwortet werden. Altersmedizin heißt nicht nur Verhütung und optimale Therapie akuter Krankheitszustände des alten Menschen, sondern Behandlung chronischer Erkrankungen mit anschließender aktivierender Rehabilitation.

Multimorbidität, chronische Erkrankungen und Schwere der einzelnen Erkrankungen führen häufig dazu, daß diese Patienten immer mehr auf fremde Hilfe angewiesen sind und damit ihre „Selbständigkeit“ aufgeben müssen. Derzeit sollen in der (bisherigen) BRD etwa eine Million Schwerstpflegebedürftiger leben, von denen weniger als ein Drittel in Pflegeheimen versorgt werden.

Geriatrische Tagesklinik

Eine wichtige Institution für rehabilitative Maßnahmen im Alter stellt die geriatrische Tagesklinik dar. In dieser Einrichtung werden ältere Patienten nach einem nicht völlig abgeschlossenen stationären Aufenthalt am Tag durch Mediziner, Ergotherapeuten, Logopäden, Soziologen, Psychologen, Sozialarbeiter und Theologen betreut. Am Abend können die betreffenden Patienten wieder nach Hause in ihren Familienkreis zurück oder aber werden von

Lehrstuhl für Innere Medizin – Gerontologie
(Direktor: Professor Dr. med. Dieter Platt)
der Universität Erlangen-Nürnberg

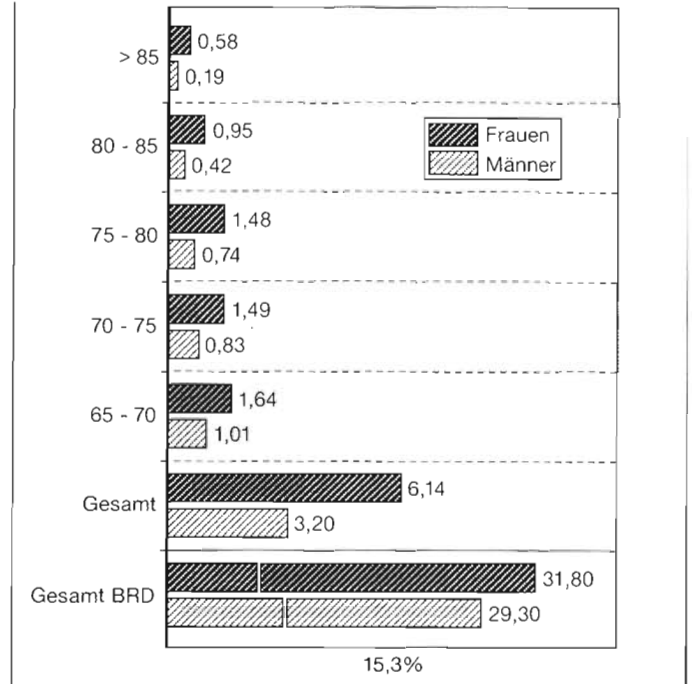
einem Altenheim aufgenommen. Diese aktive Rehabilitation hat zur Folge, daß durch soziale Kontakte und ärztliche Betreuung ein noch nicht abgeschlossener therapeutischer Vorgang zu einem verbesserten Gesundheitszustand der älteren Menschen führt.

Zusammenarbeit und Auswahl

Eine geriatrische Tagesklinik stellt keine Konkurrenz zu niedergelassenen Allgemeinärzten dar, im Gegenteil, es ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Kollegen außerhalb einer klinischen Einrichtung und der Tagesklinik Voraussetzung für eine optimale aktivierende Rehabilitation. Die Patienten, die in der geriatrischen Tagesklinik betreut werden, kommen entweder direkt von einer Station – vor einer Entlassung nach Hause –, oder aber werden nach einer Entlassung in die Betreuung des Hausarztes wieder von dort in die geriatrische Tagesklinik eingewiesen.

Abbildung 2 verdeutlicht eine optimale Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen mit einer geriatrischen Tagesklinik, wobei verständlicherweise Liegedauer und Erfolgsquoten in den einzelnen Abteilungen sehr stark schwanken. So kann im Mittel die Verweildauer auf der aku-

Abbildung 1: Bevölkerung über 65 Jahre am 25. Mai 1987: Ergebnis der Volkszählung; Daten des Gesundheitswesens, 1989 BMiFFG



ten geriatrischen Station zwei bis drei Wochen, auf einer geriatrischen Rehabilitationsstation etwa zwei Monate, auf einer Pflegestation mehrere Jahre dauern. Die aus der Akut- beziehungsweise Rehabilitationsstation nach Hause entlassenen Patienten können dann wieder von dort in einer geriatrischen Tagesklinik weiterbetreut werden.

Vor Therapiebeginn ist neben der Erfassung und Dokumentation der zu behandelnden Ausfallerscheinungen eine eingehende klini-

sche Untersuchung erforderlich. Besonderes Augenmerk muß dabei auf die vorhandene kardiopulmonale Belastbarkeit des Patienten gelegt werden. Es zeigt sich nämlich, daß ein befriedigendes Therapieziel vor allem dann erreicht werden kann, wenn der Patient bis an die Grenzen seiner körperlichen Belastbarkeit trainiert. Entscheidend ist auch die persönliche positive Einstellung des Betroffenen zur Rehabilitation.

Für eine rehabilitative tagesklinische Behandlung kommen in erster Linie Patienten mit körperlichen Behinderungen im Zusammenhang mit Schlaganfällen, traumatischen oder degenerativen Knochen- und Gelenkerkrankungen, aber auch Patienten mit neurologischen Krankheitsbildern (Morbus Parkinson, stoffwechselbedingte Gefäßleiden und ihre Folgen – Amputationen) in Frage.

Aufgaben

Die Rehabilitationsmaßnahmen sollten bereits in der Akutphase einer schweren Erkrankung beginnen, das heißt zum Beispiel bei Patienten mit einem Schlaganfall spätestens nach drei bis fünf Tagen. Bei Patienten mit Oberschenkelnagelungen am zweiten postoperativen Tag oder bei

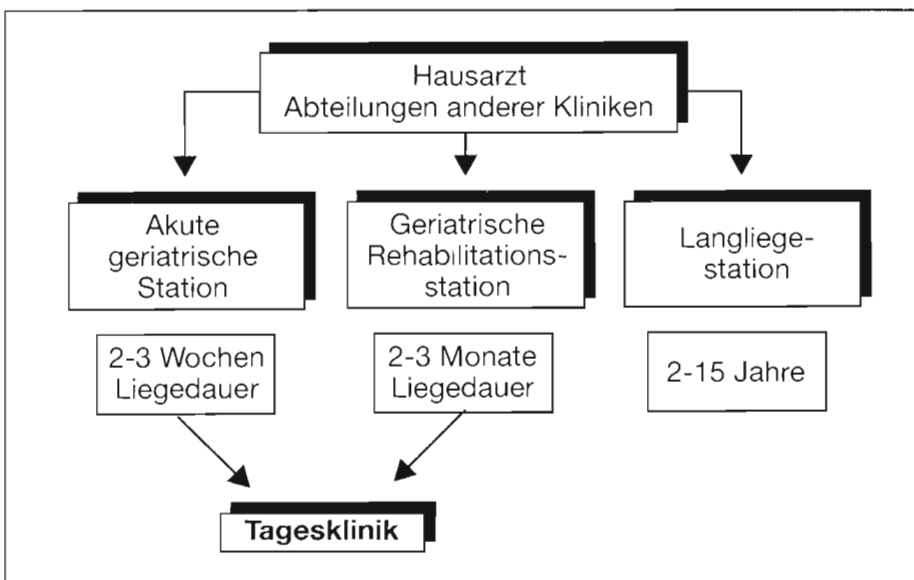


Abbildung 2: Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen mit einer geriatrischen Tagesklinik

Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen auf längere Sicht bettlägerig werden, mit Beginn der Immobilisierung. Je frühzeitiger in solchen Situationen mit einer Behandlung begonnen wird, desto effektiver ist sie.

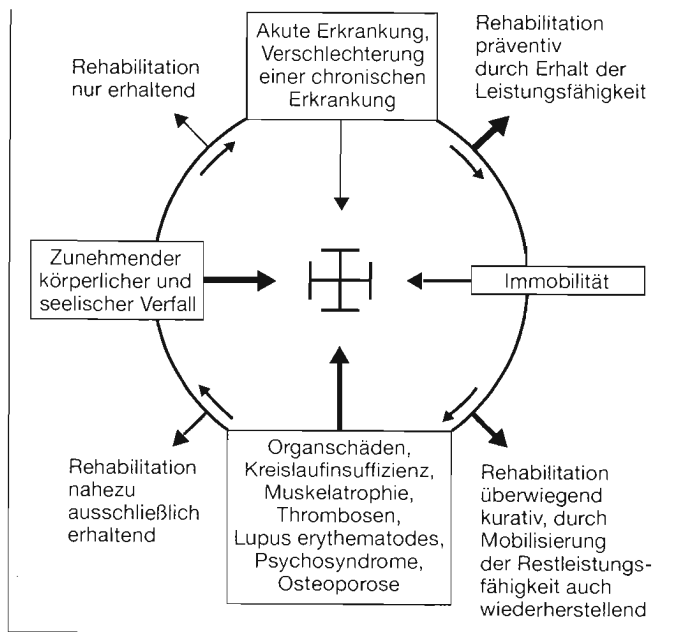
Als präventive Rehabilitation (1) kann sie erfolgreich den drohenden Verlust der Selbsthilfefähigkeit verhindern und so die Aufrechterhaltung einer bis dahin weitgehenden Selbstständigkeit gewährleisten. Bei bereits eingetretener Immobilität hat sie zunächst einen weniger wiederherstellenden Charakter. Eine vollständige Rückgewinnung verlorener Aktivitäten ist nicht mehr uneingeschränkt oder nur unter langwierigen therapeutischen Bemühungen möglich.

Sind erst einmal Wochen oder gar Monate vergangen, treten als Folge von Immobilität und komplizierenden Begleiterkrankungen Organschäden auf, die einen Zustand chronischer Erkrankungen oder Behinderung zur Folge haben. Rehabilitationsmaßnahmen können unter solchen Umständen in erster Linie nur noch mehr erhaltenden Charakter haben.

Eine Verschlechterung der Situation kann vermieden und dadurch vielleicht das Verbleiben des Patienten in pflegerischer Betreuung der Familie ermöglicht werden. Eine erzielbare Verbesserung und dadurch Wiederherstellung einer weitestgehenden Selbstständigkeit ist in der Regel nicht mehr möglich. Im weiteren Verlauf, unter dem Eintritt eines zunehmenden körperlichen und letztlich auch seelischen Abbaus, sind Rehabilitationsmaßnahmen, wenn überhaupt, nur noch eingeschränkt im Sinne einer bewahrenden Therapie möglich (Abbildung 3).

Je nach Art und Ausmaß der akuten Grunderkrankung und eventuell vorhandener Begleiterkrankungen haben am Rehabilitationsziel orientierte, zunächst passive, dann mehr und mehr aktive Bewegungsübungen, die von vornherein viele Muskelgruppen einbeziehen, Priorität. Ausschließlich kurzfristige maximale Belastungen sind ebenso wie leichte Dauerbelastungen über 30 Minuten hinaus für den multimorbiden, chronisch kranken älteren Patienten eher ungeeignet und für

Abbildung 3: Krankheitsverlauf und Möglichkeiten der Rehabilitation geriatrischer Patienten



Herz- und Kreislauf möglicherweise schädlich. Anfangs nur zwei- bis dreimal täglich 15- bis höchstens 30minütige, durch kurze Unterbrechung aufgelockerte Übungen sind geeignet, das gewünschte Rehabilitationsziel zu erreichen (2).

Die therapeutischen Einrichtungen einer geriatrischen Tagesklinik liegen entsprechend den Bedürfnissen schwerpunktmäßig im physio- und ergotherapeutischen Bereich. Im Vordergrund steht eine aktive Schulung eingeschränkter körperlicher und gleichzeitig auch geistiger Beweglichkeit zur Wiederherstellung und bestmöglichem Gebrauch körperlicher Funktionen. Eine zusätzliche krankengymnastische Therapie soll durch passive Behandlungsmaßnahmen die selbständige Aktivität fördern. Insbesondere im Zusammenhang mit neurologischen Erkrankungen auftretende Sprach- oder Schluckstörungen, vor allem Aphasien, können durch intensive und gezielte logopädische Therapie wesentlich gebessert werden.

Im Gegensatz zur betreuenden Pflege eines akut Erkrankten oder eines pflegebedürftigen Heimbewohners, steht in der Tagesklinik die aktivierende Pflege ganz im Vordergrund. Alle pflegerischen Tätigkeiten sind gleichzeitig angewandte Therapie. So sind Aufstehen, Waschen, Ankleiden, Benutzung der Toilette und dergleichen Fortfüh-

rung und Anwendung geübter oder erlernter Fertigkeiten der Physio- und Ergotherapie. Der Zusammenarbeit im Behandlungsteam einer Tagesklinik kommt daher eine ganz wesentliche Bedeutung zu. Sie ist geradezu die Voraussetzung für eine erfolgreiche, rehabilitative Arbeit.

Patienten einer geriatrischen Tagesklinik, die während der Behandlung abends und nachts, aber auch über das Wochenende und an Feiertagen zu Hause oder bei Angehörigen versorgt werden müssen, bedürfen auch einer individuell angepassten sozialen und psychologischen Betreuung. Neben faßbaren Problemen, die vom finanziellen Bereich über Änderungen im Wohnbereich bis zur Versorgung mit medizinischen Hilfsmitteln reichen können, sind zwischenzeitlich selten nur vermeintliche, meist jedoch tatsächliche seelische Konfliktsituationen entstanden. Diese müssen, soll der Patient seine Selbständigkeit erhalten oder wiedergewinnen, ausgeräumt werden. Gerade aber hier besitzen Tageskliniken den Vorteil, daß der alte Patient während der Behandlung nicht völlig aus seiner gewohnten und vertrauten Umgebung losgelöst werden muß.

Die Behandlung kann je nach Bedarf täglich und mit Besserung auch ausschleichend zwei bis dreimal wöchentlich erfolgen. Umgekehrt kann auch eine drohende Ver-

schlechterung des Allgemeinzustandes mit Gefahr der Immobilisierung durch rechtzeitige Aufnahme in die tagesklinische Behandlung eine ansonsten unumgängliche stationäre Behandlung verhindern. Dies bedarf einer guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Tagesklinik, die dort, wo derartige Einrichtungen bereits existieren, praktisch ausnahmslos besteht.

Während zu Beginn vorwiegend Patienten aus stationärer Behandlung in die tagesklinische Rehabilitation aufgenommen werden, kommen im weiteren Verlauf nahezu die Hälfte der Patienten über den Hausarzt direkt in die Tagesklinik. Er nutzt dadurch die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, ohne den Patienten an die Anonymität eines großen Krankenhauses zu verlieren oder ihm zu Hause umständliche und belastende diagnostische Untersuchungen zumuten zu müssen.

Effizienz

Es ist seit langer Zeit unbestritten, daß aktivierende rehabilitative Maßnahmen in der Geriatrie sinnvoll und erfolgreich sind. Die Rehabilitationsmaßnahmen kommen den Wünschen der Mehrzahl der Betroffenen entgegen, möglichst lange in mehr oder weniger großer Unabhängigkeit und Eigenverantwortlichkeit weiterleben zu können, und außerdem – falls dies überhaupt ein Kriterium sein darf – sind rehabilitative Maßnahmen bei älteren Patienten kostensparend. Untersuchungen aus zahlreichen europäischen Ländern (Großbritannien, Niederlande, Schweden, Schweiz), aber auch aus der Bundesrepublik haben gezeigt, daß gezielte therapeutische Maßnahmen im Rahmen der Rehabilitation geriatrischer Patienten den Anteil vollständig Bettlägeriger, selbst noch in Pflegeheimen, um die Hälfte bis zu zwei Dritteln reduzieren können (3).

Im Rahmen eines Modellprojektes (mit finanzieller Unterstützung durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung) wurde an unserem Lehrstuhl zur

Tabelle 1: Funktionen des täglichen Lebens in den vier zur Untersuchung verwendeten Skalen

Funktionen	BA	ADL	PCS	CRBRS
Essen	×	×	×	×
Toilettenbenutzung	×	×	×	
Waschen, Kämmen usw.	×			
Baden	×	×	×	
Laufen	×		×	
Rollstuhlfahren	×		×	
Treppensteigen	×		×	
An- und Ausziehen	×		×	×
Umlagern vom Stuhl ins Bett	×	×	×	
Harninkontinenz	×	×	×	×
Stuhlinkontinenz	×	×	×	×
Beweglichkeit außer Haus			×	×
Kommunikation			×	×
Orientierung			×	×
Verhalten			×	
Kooperation				×
Ruhelosigkeit, Schlaf				×
Stimmung objektiv				×
Stimmung subjektiv				×

BA = Barthel Index; ADL = Activities of Daily Living (nach Katz); PCS = Patient Classification for Long Term Care; CRBRS = Crichton Royal Behavioural Rating Scale

Frage der rehabilitativen Therapie von zerebralen apoplektischen Insulten geriatrischer Patienten und ihrer Effizienzbeurteilung Stellung genommen (4, 5). 75 Prozent der zunächst für die Unterbringung in einem Pflegeheim vorgesehenen Patienten konnten wieder nach Hause entlassen werden. Nur 12,5 Prozent der über 60jährigen Patienten (Durchschnittsalter 73 Jahre) mußten am Ende der Behandlung doch in einem Pflegeheim untergebracht werden. Jeweils sechs Prozent konnten in ein Altenheim verlegt werden oder mußten wegen einer akuten intermittierenden Erkrankung in stationäre Krankenhausbehandlung überwiesen werden.

Das Ziel der rehabilitativen Therapie im höheren Lebensalter muß an der Wiedergewinnung der Fähigkeiten zur selbständigen Lebensführung orientiert sein. Diese ist in erster Linie davon abhängig, inwieweit die Patienten in die Lage versetzt werden können, diese Aktivitäten selbst durchzuführen. Zur Verlaufskontrolle und Effizienzbe-

urteilung von Rehabilitationsbemühungen haben sich ursprünglich im anglo-amerikanischen Sprachraum entwickelte ADL-Skalen (ADL = Activity of Daily Living) als sehr hilfreich gezeigt. Von den im Rahmen unserer Untersuchungen verwendeten ADL-Skalen hat sich der Index nach Barthel als eine relativ einfache Methode erwiesen, um die Rehabilitationsbedürftigkeit, aber auch die Rehabilitationsmöglichkeit von Patienten – insbesondere nach Schlaganfällen – und die dem Patienten zur Kompensation seiner funktionellen Ausfälle verbliebenden Kapazitäten abzuschätzen. Während beim Barthel-Index vor allem die motorischen Fähigkeiten erfaßt werden, gibt es Aktivitäts-Skalen zur Feststellung gemischter, physischer und psychischer Fähigkeiten; darüber hinaus solche mit besonderer Betonung psychischer Leistungsstörungen (Tabelle 1).

Untersucht man die Veränderungen in den einzelnen Fähigkeiten zu Beginn und am Ende der Rehabilitationsbehandlung, so wird man in der Regel schon nach Monaten, je-

denfalls aber nach Jahren gegenüber dem Abschluß der Behandlung, zumindest in bestimmten Bereichen, wieder eine signifikante Verschlechterung der zunächst wiedergewonnenen Selbständigkeiten feststellen. So konnten wir 46 Patienten drei Monate sowie zwei Jahre nach Abschluß der Rehabilitationsmaßnahmen mit dem Barthel-Index nachuntersuchen (5). Verschiedene Fähigkeiten, wie zum Beispiel „Essen zubereiten“, „Badbenutzung“ oder „Laufen“ hatten sich schon nach drei Monaten – im Vergleich zum Entlassungsbefund – signifikant verschlechtert. Dies muß in erster Linie auf eine mangelnde Nachsorge zurückgeführt werden. Insgesamt konnte jedoch selbst noch nach zwei Jahren eine signifikante Verbesserung der gemessenen Aktivitäten gegenüber dem Befund vor Beginn der Therapie festgestellt werden (Tabelle 2).

Für den Verlust zunächst wiedergewonnener Selbständigkeiten kommen, abgesehen von mangelnder Nachsorge, im wesentlichen zwei Ursachen in Frage. Zum einen das Phänomen der Überversorgung durch Angehörige oder Partner, zum anderen die Unterschiedlichkeit der rehabilitativen Möglichkeiten in den entsprechenden Einrichtungen gegenüber zu Hause. Dies bedeutet, daß die Rehabilitationsprogramme zumindest gegen Ende der Therapie mehr an der häuslichen Situation orientiert und auch Angehörige in das Konzept der Nachsorge mitintegriert werden sollten. Dadurch wird die Weiterführung von Rehabilitationsmaßnahmen zur Stabilisierung der gewonnenen Selbständigkeit zu Hause erleichtert und eine anhaltende Besserung der wiedergewonnenen Aktivitäten gewährleistet.

Bedarf an Tagesklinikplätzen

Geriatrische Tageskliniken gibt es in einigen europäischen Ländern schon seit mehreren Jahrzehnten, zum Beispiel in England bereits über 300. In der BRD wurde 1979 in Frankfurt/Main die erste geriatrische Tagesklinik eröffnet, doch erst in den letzten Jahren hat man auch

Tabelle 2: Veränderungen verschiedener Funktionen des täglichen Lebens nach dem Barthel-Index (n = 46)

Barthel-Index (modifiziert)	Behandlungseffekt I/II	Verlauf nach Entlassung (II/III)	Langzeiteffekt I/IV
Essen Toilettenbenutzung	n.s. ↑	↓ n.s.	↓ ↑
Hygiene Badbenutzung	↑ ↑	n.s. ↓	↑ ↑
Laufen Treppensteigen	↑ ↑	↓ n.s.	↑ ↑
Ankleiden Umlagern	↑ ↑	↓ n.s.	↑ ↑
Blaseninkontinenz Stuhlbeherrschung	n.s. n.s.	↓ n.s.	n.s. n.s.
Barthel-Gesamtpunktzahl	↑	↓	↑

I = Aufnahme; II = Entlassung; III = drei Monate nach Entlassung; IV = zwei Jahre nach Entlassung; ↑ = signifikante Verbesserung; ↓ = signifikante Verschlechterung; n.s. = keine signifikante Änderung

bei uns die schon lange bekannten erfolgreichen Behandlungsergebnisse zum Anlaß genommen, zunehmend mehr derartige Einrichtungen zu schaffen. Legt man Bedarfszahlen zugrunde, die aus Ländern mit langer tagesklinischer Erfahrung stammen, so benötigt man für 1000 Einwohner über 65 Jahre etwa zwei Tagesklinikplätze, wobei geronto-psychiatrische Einrichtungen miteinbezogen sind.

Die Entwicklung unserer Bevölkerungsstruktur mit einer immer größeren Zahl alter Menschen, ihren Vorstellungen und Erwartungen, aber auch ihren Ängsten, einmal krank und hilflos in einem Großklinikum oder aber im Rahmen einer bejahenden Pflege in einem Heim untergebracht zu sein, verlangt von den Verantwortlichen ein neues Konzept. Es muß gewährleisten, daß der alte Mensch nicht nur erfolgreich reanimiert, beatmet, operiert oder dialysiert wird, sondern soweit wie möglich auch wieder selbständig in gewünschter Umgebung weiterleben kann. In diesem Sinne sind ger-

iatrische Tageskliniken nicht nur wünschenswerte, sondern dringend notwendige Einrichtungen.

Literatur

1. Rustemeyer, J.: Rehabilitative Maßnahmen. In: Platt, D. (Hrsg.): Handbuch der Gerontologie Band 1, Gustav-Fischer-Verlag, Stgt.-New York (1983).
2. Rustemeyer, J.: Rehabilitation und Alter. Med. Welt, 33 (1982) 561-565
3. Gadomski, M. G.; Wener, T.; Harlass, G.: Rehabilitation des älteren Menschen. Münch. Med. Wschr. 128 (1986) 543-544
4. Schütte, T.; Summa, J. D.; Platt, D.: Zur rehabilitativen Behandlung von zerebralen apoplektischen Insulten im höheren Lebensalter und ihre Effizienzbeurteilung. Zeitschr. Gerontol. 17 (1984) 214
5. Summa, J.-D.; Schütte, T.; Koch-Weser, K.: Geriatrische Rehabilitation im Rahmen eines Modellprojekts. Fortschr. d. Med. 105 (1987) 47

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Dieter Platt
Lehrstuhl Innere Medizin –
Gerontologie der Universität
Erlangen-Nürnberg
Flurstraße 17
W-8500 Nürnberg