Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1993-1994)

Heft: 43

Artikel: Cerebrale Leistungsfähigkeit

Autor: Kurt, H.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790129

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Siehe Rechtliche Hinweise.

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. Voir Informations légales.

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. See Legal notice.

Download PDF: 22.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Cerebrale Leistungsfähigkeit

H. Kurt*

Zusammenfassung:
An der Solothurnischen Höhenklinik Allerheiligenberg (Chefarzt Dr. H.W. Iff) wurden die über 65-jährigen Patienten in Bezug auf Hirnleistungsschwäche und Pflegebedürftigkeit untersucht. Dabei hat sich herausgestellt, dass eine beeinträchtigte Hirnleistungsfähigkeit einen erheblichen Einfluss auf Pflegebedürftigkeit und Hospitalisationsdauer hat. Ebenfalls konnte festgehalten werden, dass mit einer "einfachen" medizinischen Behandlung und einer entsprechenden Pflege Verbesserungen sowohl der Hirnleistungsfähigkeit als auch der Pflegebedürftigkeit erzielt werden können, ohne dass dazu spezielle Massnahmen notwendig sind.

Cerebrale Leistungsfähigkeit und Krankheitsverlauf

Im Rahmen einer Dissertation wurden an der Solothurnischen Höhenklinik Allerheiligenberg alle eintretenden über 65-jährigen Patienten in Bezug auf ihre Hirnleistungsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit sowohl beim Austritt wie auch beim Eintritt (oder spätestens nach vier Wochen der Hospitalisation) untersucht. Nachdem die Solothurnische Höhenklinik in früheren Jahren wie üblich vorwiegend Erkrankungen der Atemwege und der Lungen behandelte, hat sie sich in den letzten Jahren zunehmend zu einer Klinik mit einem geriatrischen Krankengut entwickelt. Dabei geht es bis heute darum, Patienten aus Akutspitälern zur abschliessenden Behandlung und Rehabilitation aufzunehmen, auch werden zeitlich befristete Hospitalisationen von Pflegepatienten vorgenommen (Entlastung von Angehörigen, Pflegenotfälle, die keiner akuten medizinischen Abklärung bedürfen.

Bei der Untersuchung ging es darum, einerseits herauszufinden, inwiefern geronto-psychiatrische Fragestellungen für die Betreuung und schlussendlich auch die Pflegebedürftigkeit der untersuchten Patienten von Bedeutung sind, andererseits auch, ob sich Hirnleistungsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit im Verlaufe der Hospitalisation verändern lassen.

---

*Dr.med. Hans Kurt, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Gruppenpraxis Weststadt, 4500 Solothurn

Der Autor arbeitet einerseits als systemischer Therapeut und Supervisor, und andererseits in sozialpsychiatrischen Aufgabenfeldern Literaturhinweise beim Verfasser

Das männliche Geschlecht gilt für beide Geschlechter.

Zur Untersuchung

Während drei Monaten traten insgesamt 171 über 65-jährige Patienten in die Klinik ein. 142 Patienten konnten im Rahmen der Untersuchung erfasst werden (83%). Während die Assistenzärzte die Patienten mittels der Zürcher Variante des Mini-Mental-Status in ihrer Hirnleistungsfähigkeit untersuchten, beurteilte das Pflegepersonal die Patienten hinsichtlich der Pflegebedürftigkeit an Hand eines Fragebogens, der bereits früher im Kanton Solothurn im Rahmen der Spitalplanung angewendet wurde. Diese Pflegebedürftigkeitsskala beschreibt vor allem Mobilität, Körperpflege, Ausscheidung, Essensgewohnheiten, An- und Ausziehen, sowie Orientierung der beurteilten Patienten. Eine sich daraus ergebende Pflegebedürftigkeit bedeutet in der Interpretation eine Langzeitpflegebedürftigkeit. Ebenfalls erfasst wurden die Diagnosen (Austrittsdiagnosen) nach der ICD-Klassifikation.

Zur Hirnleistungsfähigkeit

Bei den von uns erfassten 142 Patienten wiesen knapp 40% eine deutliche Einbusse der Hirnleistungsfähigkeit auf, d.h. sie litten beim Eintritt an einem hirnorganischen Psychosyndrom. Aehnliche Werte lassen sich z.B. im Vergleich auch an Nicht-Unikliniken mit gerontologischen Abteilungen oder in Psychiatrischen Kliniken feststellen. Wenn wir nun die cerebrale Leistungsfähigkeit im Verlaufe der Hospitalisation betrachten, so fällt auf, dass über die Hälfte aller beim Eintritt hirnorganisch auffälligen Patienten ihre cerebrale Leistungsfähigkeit verbessern konnte. Es lässt sich nachweisen, dass trotz einer beim Spitaleintritt als kläglich erscheinenden Hirnleistungsfähigkeit sich diese im Verlaufe des Klinikaufenthaltes verbesserte, ja in Einzelfällen die Beeinträchtigung sogar behoben werden konnte. Dies bestätigt andere Studien, die darlegen, dass bei der Behandlung von Begleiterscheinungen sowie behandelbarer Ursachen von dementiellen Erkrankungen diese entweder bleibend oder zumindest vorübergehend verbessert werden können.

Von spezieller Bedeutung erscheint, dass die Solothurnische Höhenklinik keine eigentliche gerontologische Klinik ist. Es werden also keinerlei diesbezüglich zugeschnittenen Therapien angeboten. Weder werden Patienten einer eingehenden Ergo- oder Physiotherapie unterzogen, noch finden spezielle andere Trainingsprogramme Anwendung. Bei der medizinischen Behandlung handelt es sich um eine einfache, bewusst ohne grossen Aufwand durchgeführte klassische Betreuung, auch die Pflege ist nicht speziell auf eine gerontologische Rehabilitation ausgerichtet.

Die messbaren Verbesserungen der Hirnleistungsfähigkeit erklären sich einerseits durch psychische Verarbeitungsmechanismen der Patienten selbst (Krankheitsbewältigung im Sinne von Coping-Mechanismen, Anpassung, Lernen und Vertrauensfindung) und an-

dererseits durch eigentliche medizinische Behandlungsmassnahmen. Wenn z.B. bei Patienten mit pulmonalen Erkrankungen beim Austritt ein Drittel eine Verbesserung in der Hirnleistungsfähigkeit aufweisen konnte, kann dies durch eine Normalisierung der Oxygenation des Blutes in Verbindung gebracht werden (Behandlung von pulmonalen Infekten, medikamentöse Verminderung der obstruktiven Komponente chronischer Lungenerkrankungen, Sauerstofftherapie). Aehnlich mag eine ausreichende analgetische Behandlung von Patienten mit Krebserkrankung deren psychisches Befinden so verbessern, dass auch die cerebrale Funktion beeinflusst wird. Oder Parkinson-Patienten können durch eine genügende individuell eingestellte medikamentöse Behandlung, verbunden mit konsequentem krankengymnastistischem Training, nicht nur in ihrer motorischen Funktion positiv beeinflusst werden, sondern auch in ihrem hirnorganischen Leistungsvermögen. - Natürlich führen nicht nur psychische und medizinische Faktoren zu Verbesserungen, sondern in erheblichem Masse eine verständnisvolle angemessene Betreuung durch das Pflegepersonal. Allerdings war es im Rahmen dieser Studie angesichts der Multimorbidität betagter Menschen und der Komplexität geriatrischer Fragestellungen schwierig, einzelne Faktoren klar herauszuarbeiten und darzustellen.

Einflüsse durch das Alter

Bekanntlich nehmen hirnorganische Psychosyndrome mit dem Alter zu. Auch in dieser Studie wird dargelegt, dass mit zunehmendem Alter die Hirnleistungsfähigkeit beeinträchtigt wird. Dabei wurde festgestellt, dass über die Hälfte der mehr als 80-jährigen Patienten und etwa ein Viertel der Patienten in der Altersgruppe zwischen 65 - 80 Jahren eine beeinträchtigte cerebrale Leistungsfähigkeit aufwiesen. Gleichzeitig zeigte es sich auch, dass in allen Altersstufen eine Verbesserung im Verlauf der Hospitalisation erwartet werden kann. Für die Untersuchung wurden die Patienten in zwei Gruppen aufgeteilt, nämlich in eine Gruppe sogenannter "jungen" Betagter (65 - 80jährig) und in eine Gruppe Hochbetagter (ab 80jährig). Nun fiel auf, dass bei Patienten mit hohem Alter eher eine Verbesserung der Hirnleistungsfähigkeit zu erwarten ist als bei jüngeren Betagten. Zur Erläuterung dieses doch eher erstaunlichen Ergebnisses lassen sich verschiedene Erklärungen finden. Hochbetagte Patienten werden durch den eigentlichen Klinikaufenthalt wohl vorübergehend erheblich verwirrt (akuter reaktiver Verwirrtheitszustand), können sich jedoch im Verlauf der Hospitalisation wiederum anpassen. Jüngere Patienten hingegen scheinen, wenn sie bereits kognitive Defizite aufweisen, eher an schweren und/oder chronischen hirnorganischen Psychosyndromen zu leiden, die sich weder durch Behandlung noch durch Coping-Mechanismen beeinflussen lassen. Dieser Umstand wird

durch Studien unterstrichen, die besagen, dass Demenzen vom Alzheimertyp bei Hochbetagten eher einen gutartigen Verlauf nehmen als bei Menschen im jüngeren Alter.

Cerebrale Leistungsfähigkeit und Hospitalisationsdauer

Wenn die Dauer des Klinikaufenthaltes in die Ueberlegungen einbezogen wird, zeigte es sich, dass Patienten mit beeinträchtigter Hirnleistungsfähigkeit eine um zwei Wochen höhere mittlere Hospitalisationsdauer aufweisen als Patienten mit einer ungestörten cerebralen Leistungsfähigkeit. Daneben zeigte sich auch, dass mit zunehmendem Alter die mittlere Hospitalisationsdauer ebenfalls zunimmt, und zwar unabhängig von der jeweiligen Hirnleistungsfähigkeit. Zusammenfassend folgt also, dass die Dauer des Klinikaufenthaltes einerseits durch das Alter bestimmt wird, andererseits aber, und dies in einem stärkeren Ausmass, durch die Hirnleistungsfähigkeit.

Ueber die Pflegebedürftigkeit

Es ist bekannt, dass Mobilitätsstörungen, Ausscheidungsprobleme und Orientierungsstörungen zu den hauptsächlichsten Problemkreisen in der Geriatrie, und besonders der Psychogeriatrie, gehören. Gerade Desorientiertheit und Inkontinenz stehen in direktem Zusammenhang mit der Hirnleistungsfähigkeit. In der Studie an der Solothurnischen Höhenklinik erwiesen sich 15,5% der Patienten als ganz pflegebedürftig. Andere Untersuchungen, z.B. bei zürcherischen Krankenheiminsassen (von denen 53% in den meisten Belangen hilfsbedürftig sind), zeigen eindeutig höhere Werte. Nicht-Universitätskliniken stufen 40%- und Psychiatrische Kliniken 37% ihres Patientengutes als schwer pflegebedürftig ein. Die durch die Solothurner Studie erstellten Zahlen liegen wohl deshalb so tief, weil verschiedenen Messinstrumente der Pflegebedürftigkeit verwendet wurden.

Interessant ist auch, dass ein Drittel der sogenannt "vollpflege-bedürftigen Patienten" lediglich aufgrund ihrer schwersten Orientierungsstörung so eingestuft werden müssen. Aber auch die Inkontinenzproblematik tritt deutlich zutage, allerdings kann dort bei 61% der Patienten während des Spitalaufenthaltes eine Besserung, wenn nicht Aufhebung, der Inkontinenz erzielt werden, was am ehesten mit einem konsequent durchgeführten Blasentraining zu erklären ist. Meistens jedoch führen verschiedene untereinander kombinierte Faktoren zur Pflegebedürftigkeit.

Wie zu erwarten, bedeutet eine Beeinträchtigung der Hirnleistungsfähigkeit ein erhöhtes Risiko (über 3,4 mal höher) pflegebedürftig zu sein oder zu werden. Wiederum spielt auch hier das Alter eine erhebliche Rolle. So waren z.B. hochbetagte Patienten über viermal häufiger pflegebedürftig als jüngere Betagte. Waren in der Studie beim Eintritt 22 Patienten voll pflegebedürftig, blieben dies

beim Austritt lediglich 11 Patienten. Somit kann gesagt werden, dass auch bei der Pflegebedürftigkeit Verbesserungen durchwegs möglich sind.

Schwierigkeiten in der diagnostischen Beurteilung

Angesichts der gut bekannten Multimorbidität bei Patienten höheren Alters, war es schwierig, im Rahmen der durchgeführten Studie die Beziehungen zwischen einzelnen Diagnosegruppen und der Hirnleistungsfähigkeit herzustellen. Die Patienten, die erfasst wurden, wiesen beim Austritt mindestens drei bis maximal sieben Diagnosen auf. Ausser bei psychiatrischen Erkrankungen lassen sich für keine Diagnosegruppe ein häufiges Vorkommen hirnorganischer Störungen feststellen.

Bei den psychiatrischen Krankheitsbildern ist zuerst zu betonen, dass eine differenzierte Betrachtungsweise wegen der heterogenen und eher diffusen Diagnosestellung erheblich erschwert ist. So werden durch gewisse Fachstellen eher die Diagnosekriterien nach ICD gewählt (z.B. VESKA), während psychiatrische Kreise wiederum eher die Richtlinien des DSM-III-R übernehmen. Das verwendete Messinstrument (Zürcher Variante des Mini-Mental-Status) erlaubt lediglich eine Objektivierung und Quantifizierung hirnorganischer Störungen (wie sie vor allem dementielle Prozesse darstellen), aber keine eigentliche Differentialdiagnose. In der Diagnosegruppe der psychiatrischen Erkrankungen wiesen in der Studie über 60% der Patienten eine beeinträchtigte Hirnleistungsstörung auf, gleichzeitig verbunden mit der höchsten durchschnittlichen Spitalaufenthaltsdauer (im Vergleich mit anderen Diagnosegruppen). Werden die psychiatrischen Krankheitsbilder aufgeteilt in eine Gruppe von psychischen Erkrankungen und eine andere von hirnorganischen Erkrankungen, so zeigt sich, dass auch in der Gruppe der psychischen Erkrankungen die Patienten beim Eintritt oft kognitive Leistungseinbussen aufwiesen. Die Patienten aus der Gruppe psychisch Erkrankter jedoch können im Rahmen der Hospitalisation diese Defizite aufholen. Patienten mit einer hirnorganischen Diagnose sind vorwiegend älter und bleiben auch deutlich länger in der Klinik hospitalisiert als Patienten mit einer psychischen Erkrankung. Insgesamt wurde bei einem Viertel der Patienten beim Austritt noch eine erhebliche Beeinträchtigung der cerebralen Leistungsfähigkeit festgestellt. Andere Untersuchungen geben die Häufigkeiten hirnorganischer Psychosyndrome bei hospitalisierten Patienten mit 6 - 28% an. Wenn die einzelnen Diagnosegruppen mit der Pflegebedürftigkeit verglichen werden, zeigt es sich, dass pflegebedürftige Patienten vor allem in der Gruppe mit psychiatrischen Krankheitsbildern zu finden sind.

Eine Randbemerkung

Bei der Untersuchung an der Solothurnischen Höhenklinik bestand auch die Hoffnung, dass die an der Untersuchung teilnehmenden Mitarbeiter, vor allem Assistenzärzte, vermehrt mit gerontopsychiatrischen Fragestellungen vertraut werden würden. Obwohl mit dem Mini-Mental-Status ein genügend abgesichertes Messinstrument zur Verfügung steht um die cerebrale Leistungsfähigkeit der Patienten zu beurteilen, flossen die damit verbundenen Folgerungen zu wenig in die tägliche Arbeit ein. Obschon bei der Austrittsuntersuchung eindeutig ein hirnorganisches Psychosyndrom festgestellt wurde, erschien z.B. die entsprechende Diagnose nicht im Austrittsbericht. In der somatischen Medizin wäre dies etwa gleichbedeutend damit, wenn bei hohen Blutzuckerwerten keine Diabetesdiagnose erscheinen würde, oder bei hohen Kreatininwerten nicht eine mögliche Niereninsuffizienz besprochen würde. - Nun ist es aber so, dass auch sonst von Assistenzärzten die psychiatrische Symptomatik von Spitalpatienten unterschätzt wird. In einer Studie wird erwähnt, dass kognitive Einbussen von Patienten in etwa 77% der Fälle übersehen werden. Auch Allgemeinmediziner bedienen sich kaum standardisierter Fragen oder psychometrischer Untersuchungen, um die Hirnleistungsfähigkeit ihrer Patienten feststellen zu können.

Zusammenfassung

Aufgrund der besprochenen Untersuchung wird ersichtlich, dass gut 40% von über 65-jährigen Patienten an einem hirnorganischen Psychosyndrom leiden. Dies bedeutet, dass Kliniken wie die Solothurnische Höhenklinik Allerheiligenberg, aber natürlich auch andere Spitäler, zunehmend einen erheblichen gerontopsychiatrischen Auftrag zu erfüllen haben. Allerdings kann nachgewiesen werden, dass eine grosse Anzahl von in ihren geistigen Funktionen beeinträchtigten Patienten therapeutisch nicht unbeeinflussbar bleiben, sondern doch in beinahe einem Drittel teilweise erhebliche Verbesserungen in ihrer Hirnleistungsfähigkeit im Verlaufe des Klinikaufenthaltes aufweisen können. Dabei ist zu betonen, dass am Beispiel der Solothurnischen Höhenklinik Allerheiligenberg gezeigt werden kann, dass es für derartige Verbesserungen keiner speziellen intensiven Therapieprogramme bedarf, sondern dass gerade eine "einfache" medizinische Betreuung ebenso zu Resultaten führen kann.

Nochmals sei darauf hingewiesen, dass gerade bei hochbetagten Patienten dementielle Erkrankungen eher einen gutartigen Verlauf zu nehmen scheinen, als bei jüngeren Betagten. Hingegen spielt das Vorliegen eines hirnorganischen Psychosyndroms, d.h. einer beeinträchtigten cerebralen Leistungsfähigkeit, eine erhebliche Rolle für die Länge des Klinikaufenthaltes sowie für die Pflegebe-

dürftigkeit der jeweiligen Patienten. Ueberspitzt ausgedrückt könnte die Beeinträchtigung der Hirnleistungsfähigkeit der herausragende Grund für Langzeitpflegebedürftigkeit (und damit verbunden langer Spitalaufenthalte oder Dauerplazierungen in Heimen) bedeuten.
Wenn nun die Pflegebedürftigkeit erheblich von der cerebralen Leistungsfähigkeit und dem Alter abhängt, darf dabei nicht vergessen werden, dass pflegerische Resignation keineswegs angebracht ist, weil sich auch dort Verbesserungen im Verlauf eindeutig feststellen lassen. Wie bei den medizinischen Massnahmen gilt auch hier, dass es für derartige Verbesserungen anscheinend kein ganz speziell ausgebildetes Pflegepersonal oder intensivste Rehabilitationsprogramme braucht.
Es ist zu hoffen, dass durch derartige Untersuchungen die Bedeutung geronto-psychiatrischer Probleme ganz allgemein ernster genommen wird und damit den betroffenen Institutionen und Kliniken auch die nötigen Mittel und Strukturen zur Verfügung gestellt werden, die diesem komplexen Aufgabenbereich gerecht werden können. In diesem Sinne wäre z.B. die Aus- und Weiterbildung von Aerzten, aber auch des Pflegepersonals in gerontopsychiatrischen Fragestellungen besonders angezeigt. Aber auch die Unterstützung (sei es nun durch Beratung und Begleitung, sei es eher in materiellen Belangen) der Pflegenden muss wahrgenommen werden und sollte nicht im Rahmen der durchwegs notwendigen Sparbemühungen im Gesundheits- und Sozialwesen vermindert werden. Wir sind unseren alten Mitmenschen eine genügende Betreuung, Pflege und Behandlung schuldig, was, wie die Untersuchung zeigt, durchaus mit einfachen (kostengünstigen) Mitteln möglich ist und mit Erfolg und Befriedigung erreicht werden kann.