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: - (1997-1998)

Heft: 58

Artikel: Die rehabilitative Versorgung im hohen Alter

Autor: Müller, Klaus / Vettiger, Konrad / Wettstein, A.

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-790096

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

Die rehabilitative Versorgung im hohen Alter

von Klaus Müller unter Mitarbeit von Konrad Vettiger
Fussnoten von A. Wettstein

Vorbemerkung

Zwar vollziehen sich alle Rehabilitationsmassnahmen beim betagten Menschen grundsätzlich mit dem gleichen Ziel und den gleichen Methoden wie beim jüngeren Patienten. Doch beim älteren Menschen verlaufen Heilungsprozesse nach Unfällen oder Krankheiten (wie z.B. nach einem Oberschenkelhalsbruch oder nach einem Schlaganfall) sehr viel langsamer als bei jüngeren Patienten. Ferner werden diese Prozesse bei älteren Menschen (auch in der Nachsorge) in besonderem Ausmass durch das Mass und die Qualität der Aktivierung mitbeeinflusst. Dazu kommen die physiologischen und pathophysiologischen Eigenheiten des alternden Organismus. Vor diesem Hintergrund begründet sich die besondere Behandlung des Themas "Rehabilitation" in seiner Anwendung am (hoch-)betagten Menschen.

Rehabilitationsbedürftige Krankheitsbilder/ -folgen und ihre Prävention

Die spezifischen Krankheitsbilder

Es fehlen heute genaue Angaben über die Zahl behinderter Menschen in der Schweiz. In den USA rechnet man mit einem Anteil von etwa 20% behinderter älterer Menschen (64 - 74jährige 15%, 75-85 jährige 20%, über 85jährige 30%). Die Zunahme älterer Menschen führt unweigerlich auch zur Zunahme von Personen mit bleibenden Gesundheitsschäden und Pflegebedürftigkeit.

Ein körperlicher Schaden beim älteren Menschen entsteht vor allem durch fünf Ursachen:

1. akute Ereignisse im Zusammenhang mit einer chronischen Krankheit
2. degenerativ-reaktive Prozesse
3. entzündlich-infektiöse Prozesse
4. karzinomatöse Prozesse
5. Unfälle.

Diese Prozesse treten zum Teil gemischt auf und können sich gegenseitig fördern (Multimorbidität). Akute Ereignisse sind typisch für

den Schlaganfall und den Herzinfarkt. Die degenerativ-reaktiven Prozesse spielen sich vor allem im Bewegungsapparat und im Kreislaufsystem ab. Rein degenerative Prozesse finden sich im Nervensystem (Parkinson) und eventuell auch mit entzündlichen Komponenten im Stoffwechselsystem (Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung). Infektiöse Prozesse spielen die Hauptrolle bei Erkrankungen im Bronchialsystem und auch im Urogenitalsystem. Karzinome entstehen im Alter häufig im Magen-Darmtrakt. Die Unfälle zeigen im Alter viel grössere Folgen. Banale Stürze führen infolge von Osteoporose zu Frakturen. Sie sind mitverursacht durch degenerative Prozesse der Sinnesorgane (Auge, Ohr) und des Nervensystems (Polyneuropathie, Parkinson).*

...und Krankheitsfolgen bei älteren Menschen

Degenerative Veränderungen des Bewegungsapparates, Abnahme der Muskelkraft und schlechte Koordination vermindern Geschicklichkeit und Mobilität. Veränderungen der Sinnesorgane beeinträchtigen die Orientierungsfähigkeit. Veränderungen der Hirnleistung schränken schleichend aber fortschreitend das Konzentrations-, Orientierungs- und Reaktionsvermögen ein. Während sich akute Erkrankungen und Schäden als Ursachen von Behinderung und als Schrittmacher von Hilflosigkeit auch im höheren Alter meist gut identifizieren lassen, ist das bei solchen Funktionsverlusten schwieriger, die sich langsam und undramatisch einschleichen.

Multimorbidität und weitere Problemfaktoren

Im übrigen liegt beim betagten Menschen häufig eine auf der Multimorbidität beruhende Mehrfachbeeinträchtigung - mit oft altersabhängigen Konstellationen - vor. Zu den häufig nebeneinander stehenden chronischen Infektionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und/oder Karzinomen treten auch nicht selten noch emotionelle Schwierigkeiten oder ein intellektuelles Defizit als zusätzliche Probleme. In der Folge nimmt die Mobilität ab. Dadurch wird mit zunehmendem Alter aber auch der Lebenskreis häufig enger. Alle Behinderungen bedrohen zusätzlich das Verhalten sowie die soziale Stellung in der gewohnten Umgebung. Häufigste Ursache der beeinträchtigten

---

* Es fehlt die Gewichtung: Hauptgrund der Pflegebedürftigkeit Betagter ist zu 2/3 mehrheitlich degenerative Demenz, zu 1/6 Depression und zu 1/6 Mobilitätsstörungen (Bewegungsapparat)

Selbständigkeit von älteren Menschen sind aber im übrigen auch eine ungenügende Gesundheitsvorsorge sowie ungünstige Konstellationen zwischen körperlichen und psychischen Behinderungen einerseits und ungeeigneten physischen (z.B. baulichen) und sozialen Gegebenheiten andererseits.*

Die spezifischen Versorgungsziele

Oberstes Ziel der Geriatrie und der geriatrischen Rehabilitation ist es, die Spanne der Lebensjahre, die behindert, pflegebedürftig und pflegeabhängig verbracht werden, auf ein Minimum zu reduzieren. Dies bedeutet, dass möglichst lange eine grösstmögliche Selbständigkeit der Betagten erhalten und gesichert werden sollte. Die entsprechenden Handlungsziele sind:

1. Gesundheitsvorsorge (durch die präventive Erhaltung körperlicher und geistiger Funktionen)
2. Weitmögliche Verminderung von Behinderungen (durch prophylaktische Früherkennung von Krankheiten und sich abzeichnenden Behinderungen)
3. Vermeidung von "Hospitalismusschäden" durch die altersgerechte Akutbehandlung (im Falle therapiebedürftiger Erkrankungen und/ oder Verletzungen)
4. Weitmögliche Verbesserung der Unabhängigkeit und Geschicklichkeit (durch die rehabilitative Erhaltung bezw. weitestmögliche Verbesserung der Unabhängigkeit und Geschicklichkeit bei den Verrichtungen des täglichen Leben und der Selbstfürsorge).

Präventiv wirksame diagnostische Massnahmen

Praktische Ziele der Gesundheitsvorsorge im Alter sind die Erhaltung körperlicher und geistiger Funktionen, die Früherkennung von Krankheiten und Behinderungen sowie die Erhaltung des sozialen Umfeldes. Im Alter ist es meist viel aufwendiger und schwieriger, bereits eingetretene Schäden, bzw. Funktionseinbussen (z.B. Kreislaufregulationsstörungen, Gefässerkrankungen, Teilversteifungen, Dekubitus u.ä.) zu bessern statt zu vermeiden. Denn wenn es erst einmal zu Funktionsverlusten gekommen ist, kann in der Regel nicht

---

* Diese Aussage ist unbegründet und falsch. Zutreffend ist, dass die negativen Folgen der demenzbedingt verminderten Selbständigkeit (= 2/3) durch ungenügende Gesundheitsvorsorge und ungünstige bauliche sowie soziale Gegebenheiten verstärkt - aber nicht verursacht! - werden.

mehr mit spontaner Besserung oder Wiederherstellung gerechnet werden.
Werden sich abzeichnende Funktionsverluste und Behinderungen betagter Menschen und deren individuelle Folgen dagegen bereits in einer Frühphase der Degeneration erkannt, dann lassen sich erfahrungsgemäss gewisse Schäden (besonders auch der Mobilität) durch sorgfältige und aktivierende Pflege vermeiden und der Prozess zunehmender Funktionsverluste durch gezielte Hilfen hinauszögern. Eine massgebende Voraussetzung für die möglichst frühzeitige Diagnose der als Folge typischer Alterskrankheiten drohenden Funktionsverluste und ihrer jeweils spezifischen Auswirkungen sind aber entsprechende Einblicke in die spezifischen Lebensverhältnisse und Wohnbedingungen betagter Menschen. Wie die einschlägigen Ergebnisse des Projektes EIGER in Bern zeigen, können solche - präventiv nutzbaren - Einblicke in erster Linie durch regelmässige Besuche von Seiten der Hausärzte, aber auch von Mitarbeitern der Spitex-Dienste, bzw. der Sozialdienste, gewonnen werden.

Präventiv wirksame Vermeidung von "Hospitalismusschäden"
Häufig sind ältere Menschen nach gravierenden gesundheitlichen Krisen und/oder im Anschluss an eine stationäre Akutbehandlung in weiten Bereichen des täglichen Lebens auf fremde Hilfe angewiesen und werden deshalb in entsprechende Pflegeeinrichtungen verlegt. Dabei zeigen ausländische Erfahrungen, dass bei einer angemessenen altersgerechten rehabilitativen Behandlung die Chancen für eine Rückkehr in den eigenen Haushalt für ältere Menschen häufig noch recht hoch sind. Bei Krisen im häuslichen Bereich (gesundheitlicher, sozialer, seelischer Art) bemühen sich zwar die ambulant versorgenden Helfer (Angehörige, niedergelassene Ärzte, Spitex-Dienste, Freunde und Nachbarn) oft mit sehr grossem Einsatz um die älteren Menschen. Im Falle einer zunehmenden Überlastung der Helfer können sich die Betreuungsprobleme jedoch bis zu einem Punkt verschärfen, an dem eine Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr aufrechtzuerhalten ist. Häufig kommt es dann - zumeist über die Notfallstation - zur Unterbringung der betreffenden älteren Menschen in einem Akutspital. Wenn hier die Behandlung und Pflege zu wenig altersgerecht - d.h. zu wenig aktivierend - durchgeführt wird, dann erfolgt aus dem Akutspital (zu)häufig keine Rückkehr mehr in die eigene Wohnung.

Spezifische Massnahmen zur Gesundheitsvorsorge bei älteren Menschen

Präventiv wirksame medizinische Massnahmen sind insbesondere Gesundheitsberatung, Ernährungsberatung, Gedächtnistraining, psychosoziale Hilfen, Sozialdienste und aktivierende Pflege (im Rahmen der Haus-, Krankenhaus- und Heimpflege). Von ganz entscheidender Bedeutung für die Vermeidung von Invalidisierung im Alter ist aber auch die Erhaltung der Unabhängigkeit und Geschicklichkeit bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und der Selbstfürsorge. Häufigste Ursache der beeinträchtigten Selbständigkeit sind dabei ungünstige Konstellationen zwischen körperlichen und psychischen Behinderungen einerseits und ungeeigneten physischen /z.B. baulichen) und sozialen Gegebenheiten andererseits.* Über die entsprechenden pflegerisch-therapeutischen Leistungen (Spitex-Dienste) hinaus setzt die Prävention bei älteren Menschen daher nicht selten auch die altersgerechte Gestaltung von Wohnungen, öffentlichen Bauten, Verkehrswegen und Verkehrsmitteln usw. voraus.

Die rehabilitationsorientierten Therapieziele und Massnahmen

Die wichtige Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung

Auch und gerade beim betagten Menschen muss das verstehende Gespräch mit Einbezug der ganzen sozialen Situation im Zentrum der Arzt-Patient-Beziehung stehen. Im übrigen muss der Hausarzt durch regelmässige Hausbesuche in der Lage und - von seiner Aus- und Weiterbildung her - befähigt sein, beginnende Funktionseinbussen bei älteren Menschen zu erkennen, notwendige und wirksame Massnahmen der Physio- und Ergotherapie sowie der Sozialdienste rechtzeitig einzuleiten und deren Weiterführung sicherzustellen. Dazu gehört auch die medizinisch- therapeutische Koordination der verschiedenen, ambulant durchgeführten Rehabilitationsmassnahmen.

...sowie der therapeutisch-pflegerischen Dienste

Wenn ältere Menschen nicht mehr genügend mobil sind, um ihrerseits die ambulanten Angebote der Physio- und Ergotherapie aufzu-

---

* Diese Aussage ist unbegründet und falsch. Zutreffend ist, dass die negativen Folgen der demenzbedingt verminderten Selbständigkeit (= 2/3) durch ungenügende Gesundheitsvorsorge und ungünstige bauliche sowie soziale Gegebenheiten verstärkt - aber nicht verursacht! - werden.

suchen, sollten die entsprechenden Behandlungen auf ärztliche Verordnung hin möglichst in ihrer Wohnung durchgeführt werden können. Das z.B. bei Schlaganfall-Patienten nötige Wohnungstraining setzt in jedem Falle eine mobile Physio- und Ergotherapie voraus. Wie einschlägige ausländische Erfahrungen (z.B. in Israel) zeigen, kann dank der Verfügbarkeit einer mobilen Physio- und Ergotherapie sowie allenfalls auch Logopädie in vielen Fällen eine Hospitalisierung vermieden werden.
Auch im Falle einer Pflegebedürftigkeit sollte aus den oben genannten Gründen die Möglichkeit gegeben sein, so lange wie möglich in der eigenen Wohnung zu leben. Dies setzt aber die Verfügbarkeit der dazu erforderlichen Spitex-Hilfen, die Bereitstellung von Pflegehilfsmitteln sowie die Errichtung von Tages-Pflegeeinrichtun-gen und allenfalls auch Angebote zur Weiterbildung der pflegenden Angehörigen voraus. Die weitestmögliche Erhaltung von Lebensqualität bei (stationärem) Langzeitpflegebedarf bedingt eine aktivierende Pflege aber auch in Pflege- und Altersheimen. Diese Massnahmen dienen dem möglichst langen Erhalten der Fähigkeit zur eigenständigen Lebensführung und damit zum Verbleiben in der eigenen Wohnung bzw. der weitestmöglichen Gewährleistung von Lebensqualität auch bei Heimpflege.

... und der Sozialdienste*

Zusätzlich zu körperlichen und allenfalls auch seelischen Problemen haben ältere Menschen nicht selten auch soziale Probleme. Bisweilen können die sozialen Probleme auch Ursache einer Erkrankung sein. Häufiger führt auch eine lang andauernde Erkrankung bzw. Funktionseinbusse zu sozialen Folgeproblemen. In all diesen Fällen muss die ärztlich-therapeutisch-pflegerische Versorgung durch die im Einzelfall erforderlichen Leistungen des Sozialdienstes unterstützt werden. Dazu gehört z.B. die Beratung in Renten- oder in Sozialversicherungsfragen und die Klärung von Versorgungsleistungen, die Wohnungssicherung, die Beschaffung einer altersgerechten Wohnung oder die Organisation einer behinderungsgerechten Wohnungsanpassung, die Beschaffung von Hilfsmitteln, die Vermittlung psychosozialer Betreuung und geeigneter sozialer Kontaktmöglich-

* In Zürich stehen dazu neben den Sozialdiensten der Kirchen der Beratungsdienst der Pro Senectute und der Sozialdienst des Stadtärztlichen Dienstes zur Verfügung

keiten im Quartier, aber insbesondere auch die Beratung und Unterstützung von Angehörigen. Bei betagten Behinderten sind darüber hinaus - gleich wie bei jüngeren Behinderten - auch die Leistungen des Hilfsmitteldienstes von Bedeutung, die Versorgung mit Pflegegeräten und technischen Hilfen.

Die altersgerechte Akutbehandlung

Praktische Ziele einer altersgerechten Akutbehandlung sind die Gewährleistung einer vorrangig ambulanten Behandlung bzw. einer - soweit dennoch erforderlichen - altersgerechten und wohnortnahen stationären Behandlung mit möglichst kurzer Verweildauer und Rückkehr-Möglichkeit in die eigene Wohnung. Die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit entsprechender Massnahmen ist darin begründet, dass es Grundsatz der Geriatrie sein muss, die stationäre Behandlung Betagter auf das absolute Minimum zu begrenzen. Denn Betagte können - bei ungenügend aktivierender Pflege - bereits nach kurzer Zeit "Hospitalismusschäden" aufweisen, die zu Pflegebedürftigkeit führen. Zur Zielerreichung notwendige Massnahmen sind insbesondere die Gewährleistung ausreichender ambulanter Dienste durch untereinander kooperierende niedergelassene Ärzte und Therapeuten, ein dazu notwendiger Hol- und Bringdienst, eine ausreichende geriatrische Qualifizierung des ärztlich-therapeutischen und pflegenden Personals in den Akutspitälern (Stichwort: aktivierende Pflege) und allenfalls zusätzlich die Schaffung eigentlicher geriatrischer Kliniken (mit ihrer altersspezifischen Verknüpfung von Fachdisziplinen und umfassender geriatrischer Rehabilitation).

Anforderungen an die Leistungserbringer der geriatrischen Rehabilitation

Geriatrische Rehabilitation erfordert eine spezielle Geisteshaltung, die nicht primär von Leistung geprägt ist, insbesondere vom Willen zum Erhalt der Selbständigkeit. Grundsätzlich muss bei jeder Untersuchung eines alten Menschen sein funktioneller Status mit Rehabilitationspotential erhoben werden. Bei den daran anknüpfenden medizinischen Massnahmen zur Rehabilitation ist grundsätzlich ambulantes Handeln vorzuziehen. Die Verantwortung für die ambulante Rehabilitation liegt eindeutig beim Hausarzt. Dieser muss *rechtzeitig* medikamentös, mit Hilfe von Spitex-Diensten, Physio- und Ergotherapeuten, Psychologen und Sozialarbeitern eingreifen. Dabei muss eine genügende Dichte der Behandlung gewährleistet sein. Diesbe-

züglich hat eine teilstationäre Rehabilitation im Rahmen einer geriatrischen Tagesklinik grosse Vorteile, indem sie Gewähr dafür bietet, dass eine umfassende rehabilitative Beurteilung und Behandlung durchgeführt wird. Ist eine stationäre Rehabilitation erforderlich, so erfolgt diese vorteilhafterweise in einer geriatrischen Klinik, die aber künftig Bestandteil eines jeden grösseren Akutspitals sein dürfte bzw. sollte.

Die vielfältigen Ausdrucksformen "geriatrische" Rehabilitation

Wichtige Beiträge sind somit der Auf- und Ausbau von Tagskliniken (zur teilstationären Behandlung und Rehabilitation), die Gewährleistung ausreichender Behandlungs- und Rehabilitationsmöglichkeiten auch in den Pflege- und Altenheimen sowie die Begleitung der hochbetagten Patienten auf dem Weg in die bzw. zwischen den verschiedenen Versorgungsformen. Der bei betagten Menschen häufigen Multimorbidität wird durch eine fachärztliche, aber interdisziplinär und kooperativ durchgeführte Behandlung der medizinischen Indikationen in enger Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal und den verschiedenen Therapien unter Berücksichtigung auch sozialer Indikationen am besten entsprochen. Kontrovers beurteilt wird aber, ob geriatrische Patienten, die stationäre Behandlung benötigen, eher in Akutspitälern behandelt werden sollen oder aber in spezifischen geriatrischen Institutionen.

Gründe und Indikationen für eine "geriatrische Rehabilitation"

Auch bei alten Menschen ist die Rehabilitation gleichzeitig sowohl aus ethischen als auch aus ökonomischen Gründen geboten. Zum einen müssen alle Chancen zur Wiedererlangung der unter den jeweiligen Gegebenheiten möglichen Selbständigkeit des Betagten genutzt werden. Zum andern ist zu erwarten, dass für viele der Alters- und Langzeitkranken durch gezielte Rehabilitation die Krankheitsdauer verkürzt und in einem gewissen Ausmass Pflegebedürftigkeit vermieden oder verringert werden kann - und damit ebenfalls kostenträchtiger Pflegeaufwand eingespart wird. Die Rehabilitation im Alter ist besonders bei folgenden Situationen dringend:

1. nach durchgemachter mehr oder weniger akuter Erkrankung, um das gewohnte Leben wieder zu meistern;
2. bei Zunahme einer Behinderung, die die Selbsthilfetätigkeit einschränkt und die Weiterführung des Lebens in häuslicher Umgebung bedroht;

3. bei andauernder Behinderung, um die Selbstfürsorge wiederherzustellen oder zu verbessern.

Andererseits ist die Möglichkeit zur Rehabilitation aber selbstverständlich nicht in jedem Fall (mehr) gegeben. Deshalb bedarf es praktikabler Kriterien zur Bestimmung der individuellen Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und auch Rehabilitationsbereitschaft. Ferner ist wichtig, dass in den Fällen, in denen alle drei Voraussetzungen erfüllt sind, die Rehabilitation bereits während der akutmedizinischen Behandlung beginnt und nach deren Abschluss konsequent ambulant oder stationär in dafür qualifizierten Rehabilitationseinrichtungen fortgesetzt wird.