

Alexandra Göpel
Dr.med

Rehabilitationsergebnisse geriatrischer Patienten nach unfallchirurgischer Versorgung am Diakonissenkrankenhaus Mannheim im Zeitraum 1991-1993

Geboren am 2.12.1964

Reifeprüfung am 28.6.1985 in München

Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1986/87 bis WS 1993/94

Physikum am 29.8.1988 an der Semmelweis-Universität Budapest

Klinisches Studium an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg/Medizinische Fakultät Mannheim

Praktisches Jahr am Diakonissenkrankenhaus Mannheim

Staatsexamen am 29.4.1998 an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg/Medizinische Fakultät Mannheim

Promotionsfach: Innere Medizin/Geriatrie

Doktorvater: Prof. Dr. H. Mörl

Bei der Behandlung von Frakturen ist oft mit alterstypischen Schwierigkeiten und Besonderheiten zu rechnen. Insbesondere ist das höhere Alter bzw. die damit verbundene Zunahme medizinischer Komplikationen oft Ursache einer sehr langen Heilungsdauer und damit Krankhausaufenthaltes. Der zumindest teilweisen Wiederherstellung von prämorbidem Funktionsfähigkeit der betroffenen Extremität bzw. der Erlangung eines akzeptablen Niveaus der Selbstständigkeit und Selbstversorgungsfähigkeit gilt zunehmend das medizinische-rehabilitative Interesse. Die Gründung spezieller geriatrischer Abteilungen in Allgemeinkrankenhäuser ist Ausdruck solcher Bemühungen, die in der Spezifizierung und Optimierung von Rehabilitationsbehandlungen älterer Menschen münden soll und nicht zuletzt unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem zu einer Kosteneinsparung führen könnte. Die Evaluation der Arbeit solcher Abteilungen ist notwendig zur Leistungsmaximierung und -spezifizierung. Dementsprechend sollten die in einem Zeitraum von 2,5 Jahren erhobenen Daten von 170 Patienten, die auf einer geriatrischen Rehabilitationsstation des Diakonissenkrankenhaus Mannheim (Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg) stationär aufgenommen worden waren, gesammelt und retrospektiv bezüglich ihrer Rehabilitationsergebnisse nach Fraktur anhand ihrer Krankenanakten untersucht werden.

Die Einweisungen erfolgte überwiegend aus externen unfallchirurgischen bzw. orthopädischen Kliniken (122 Patienten; 72%), ein kleinerer Anteil wurde von der Chirurgie

bzw. Inneren Medizin des eigenen Hauses übernommen (43 Patienten; 25%), der Rest von niedergelassenen Ärzten eingewiesen (5 Patienten; 3%).

Erwartungsgemäß zeigte die Geschlechtsverteilung einen Überhang weiblicher Patienten (87%) mit einem Durchschnittsalter von 81 Jahren. Nahezu 2/3 der behandelten Patienten wurden zur Rehabilitation nach Schenkelhals- bzw. Femurfrakturen behandelt, ein für das höhere Lebensalter häufige Frakturform, mit zum Teil ungünstigen Verlauf bei nicht ausreichender Mobilisierung und Rehabilitation. Mehrfachfrakturen in unserem Patientenkontext stellen eine besondere Herausforderung für die Rehabilitation dar. Der Sturzort der Mehrheit, der von uns erfaßten Patienten, war das häusliche Milieu (67%). Die durchschnittliche Liegezeit in der chirurgischen bzw. orthopädischen Akutabteilung lag bei 23 Tagen, die in der geriatrischen Rehabilitationsabteilung des Hauses bei 39 Tagen. Mit zunehmenden Alter verlängerte sich der stationäre Aufenthalt in der akut versorgenden Klinik (von 21 Tagen auf 26 Tagen). In der geriatrischen Rehabilitationsabteilung verkürzte sich hingegen der stationäre Aufenthalt mit zunehmenden Alter (von 45 Tagen auf 32,5 Tagen). Besondere Bedeutung ist den internistischen Begleiterkrankungen bei unserem Klientel zuzumessen, wobei die kardiologischen Probleme (32%), sowie degenerative Erkrankungen (14%) am häufigsten zu finden waren. Routinemäßige qualifizierte internistische Diagnostik und Mitbehandlung ist demnach von zentraler Bedeutung, da komorbide Beschwerden den Rehaerfolg unter Umständen erheblich negativ beeinflussen können. Bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten (86%) konnte eine komplette bzw. durch Gehhilfe unterstützte Gehfähigkeit erreicht werden. Nur 16 Patienten (9,4%) verließen weitgehend immobil die stationäre geriatrische Behandlung. Bei Entlassung gelang bei 59% eine Überleitung zurück ins häusliche Milieu, währenddessen nur 14% der Patienten nach Aufnahme aus dem häuslichen Milieu in eine stationäre Pflegeeinrichtung verlegt werden mußte. Bei 35 Patienten (20%), die zuvor zuhause lebten, war eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus bzw. Abteilung aufgrund schwerer internistischer oder chirurgischer Komplikationen sowie eine direkte Verlegung im Rahmen einer Anschlußheilbehandlung, notwendig.

Bei der Auswertung der Patientenakten wurden Schwächen offensichtlich, die sich in der Dokumentation der Behandlungsabläufe und rehabilitativen Interventionen deutlich zeigten. Eine Optimierung etwa durch den Einsatz einfacher Instrumente zur Beurteilung des Rehabilitationsstatus zu definierten Zeitpunkten wäre wünschenswert. Eine Schulung des Pflegepersonals zur Intensivierung der rehabilitativen Bemühungen im Sinne verschiedener Trainingseinheiten (z.B. Gehtraining oder Haushaltstraining) könnte zu einer fachlichen und ökonomischen Optimierung des Aufenthaltes beitragen.