

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

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

Band: - (1993-1994)

Heft: 41

Artikel: Organisation von Rehabilitationsdiensten

Autor: Gompertz, P. / Ebrahim, S. / Wettstein, A.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-790108>

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: 02.04.2025

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

Organisation von Rehabilitationsdiensten

P. Gompertz, S. Ebrahim, London
in Review of Clinical Gerontology 1992, 329-342
gekürzt von A. Wettstein, übersetzt von V. Schneider

Einführung

Die steigenden Kosten im Gesundheitswesen stellen Organisation und Prioritäten der öffentlichen Dienste, welche sich mit Gesundheitspflege und Behindertenbetreuung befassen, zur Diskussion. Die Rehabilitation alter, akut oder chronisch erkrankter Patienten bildet keine Ausnahme. Es ist sogar zu einem der wichtigsten Diskussionsthemen geworden, und dies aus zwei Gründen: Zunächst, weil die Anzahl Betagter ständig wachsen wird und zweitens, weil relativ geringe eigene Kräfte mobilisiert werden können und diese sogar abnehmen.

Es ist deshalb von grösster Bedeutung, dass diese Debatte auf rationaler Basis sachkundig geführt wird. - Dieser Artikel gibt zunächst eine Zusammenfassung des Basiskonzepts der Rehabilitation, erklärt, was Rehabilitation ist und wo sie angewendet wird. Er diskutiert die neueste Forschung auf dem Gebiet der Gemeindekrankenpflege, Spitalpflege, Pflege im Tagesheim und Langzeitpflege.

Der Beginn

In Grossbritannien hat sich die geriatrische Medizin grösstenteils aus ärztlichen Einsätzen in der traditionellen Armeninstitution, dem Arbeitshaus, entwickelt. Die Vielzahl von unbehandelten Leiden war eine beständige Ueberraschung und ärztliche Interventionen derart erfolgreich, dass Rehabilitation ein Eckstein geriatrischer Praxis wurde.

In Nordamerika ist die Rehabilitation in den Bereichen Radiologie und Physikalische Medizin verwurzelt. Sie wuchs nach dem Zweiten Weltkrieg, als sich positive Resultate eines verständnisvollen Zugangs zu Behinderungen abzeichneten.

Ziele der Rehabilitation

Was ist Rehabilitation?

Rehabilitation will Individuen nicht "normalisieren", da dies bedeuten würde, dass ein Versagen vorliegt, wo Rehabilitation unmöglich ist. Menschen, die in irgendeiner Form als "abweichend" vom Normalen betrachtet werden, könnten damit einfach als rehabilitationsbedürftig bezeichnet werden. - Viel eher könnte man Rehabilitation als realisierbare Möglichkeit betrachten. Sie beinhaltet eine Wiederertüchtigung, den Wiedererwerb von Fähigkeiten, die benötigt werden, um ein unabhängiges Leben zu führen, ferner das Plazieren des Patienten an einen andern Ort oder wieder

nach Hause. Dies ist wichtig, da viele Patienten nicht zu Hause, sondern im Spital rehabilitiert werden. Um einen breiten Rehabilitationserfolg zu erzielen, ist der erfolgreichen Rückkehr des Patienten vom Spital nach Hause besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Nicht nur Einüben der Verrichtungen des täglichen Lebens ist wichtig

"Erfolgreiche" Rehabilitation alter Menschen bedeutet zu oft nur Unabhängigkeit, vor allem unabhängig sein in den einfachsten Aktivitäten des täglichen Lebens wie Umhergehen, sich Ankleiden, Baden. - Diese Haltung zeigt jedoch eine ungenügende Schulung und Vorurteile durch stereotype Vorstellungen vom Alter. Höher bewertete Fähigkeiten, wie Autofahren, Benützung öffentlicher Verkehrsmittel, ein genussreiches Sexualleben oder das Verbringen von Ferien, sollten ebenfalls zu Rehabilitationszielen für Betagte werden.

Ziele des Individuums

Autonomie, das Selbstbestimmungsrecht, trägt die Idee des Primats der eigenen Persönlichkeit in sich, stärker als das Bestimmungsrecht der anderen. Es ist auch wichtiger als die allgemeingültigen gesellschaftlichen Ansichten über einen wünschenswerten Lebensstil. Rehabilitation muss von der Perspektive des Individuums ausgehen, fragt: "was möchte diese Person erreichen?" um Autonomie zu erlangen. Das Zerbrechliche mancher alten Menschen unterminiert deren Autonomie und oft wird einfach angenommen, dass die Ziele von Patient und Therapeut identisch seien. Erfolgreiche Rehabilitation deckt die Ziele des Individuums auf und arbeitet daran, sie zu erreichen.

Auswirkung der Krankheit

Hilfreich ist es, sich die Krankheitsauswirkungen auf vier Ebenen vorzustellen:

1. Krankheit = grundlegende Krankheit oder Diagnose
2. Beeinträchtigung = die unmittelbaren körperlichen Folgen, Symptome und Zeichen
3. Behinderung = Funktionsstörungen: verlorene Fähigkeiten
4. Invalidität = bleibender Nachteil für das Individuum

Diese Vorstellung verhilft zu grösserer Genauigkeit beim Definieren des Rehabilitationsziels.

Unterschiede in der Rehabilitation von Betagten

Geringere körperliche Fähigkeiten

Altern ist mit dem Schwinden von körperlichen Fähigkeiten verbunden, mit Einbussen an Muskelstärke, Beweglichkeit der Gelenke, Reaktionsgeschwindigkeit und Durchhaltevermögen. Ab einem gewissen Punkt sind auch die täglichen Abläufe davon be-

troffen. Rehabilitation von Betagten bedeutet deshalb oft, dass die körperliche Stärke über diesen Punkt anzuheben ist.

Kurze Lebenserwartung

Die Lebenserwartung von sehr alten Menschen ist relativ kurz und solche Patienten mit zu Spitalaufenthalt führenden Leiden haben oft eine stark verkürzte Lebenszeit. Bessere Prognosen über die Lebenserwartung von Patienten wären hilfreich bei Entscheidungen betreffend die Verlegung. Veränderungen beim Patienten zuhause nehmen oft viel Zeit in Anspruch und es ist etwas Alltägliches, dass solche Arbeiten oft erst lange nach dem Tod des Patienten beendet werden. Die begrenzte Zeit verlangt rasches und pragmatisches Handeln.

Mehrfache Krankheiten

Alte Menschen sind auch länger vielen Umwelt-, genetischen- und verhaltensmässigen Einflüssen ausgesetzt, welche zu einer Anhäufung verschiedenster Krankheiten führen können. Mehrfacherkrankungen können Barrieren für eine erfolgreiche Rehabilitation sein. Ein Grossteil des ärztlichen Handelns zu Rehabilitationszwecken ist das Diagnostizieren und Behandeln solcher Leiden, welche immer wieder Fortschritte in der Rehabilitation illusorisch machen können.

Praktiken

Es wäre besser, wenn alte Menschen in ihren eigenen vier Wänden leben könnten, anstatt in Heimen. Spitalaufenthalte sollten so kurz wie möglich gehalten werden. Die Rehabilitation Betagter besteht darin, ihnen die Möglichkeit zu geben, zu Hause weiterzuleben trotz chronischer degenerativer Leiden. Es ist lebenswichtig, die Frührehabilitation rechtzeitig in die Wege zu leiten, um eine sichere und raschmögliche Entlassung nach Hause zu bewirken.

Die Gemeindegemeinschaftspflege und kurze Spitalaufenthalte entsprechen den Wünschen der meisten Leute, wenn sie pflegebedürftig werden. Die Kosten für Unterbringung in Pflegeheimen und für lange Spitalaufenthalte sind hoch. Bemühung, die Kosten in den Griff zu bekommen - wegen der steigenden Anzahl potentiell Pflegebedürftiger - führen zu weiteren Argumenten, alle Arten von Behandlung und Pflege zu rationieren.

Erwartungen

Obschon im Gesundheitsbereich Tätige häufig mit älteren Patienten arbeiten, wissen sie wenig über deren reiches und vielfältiges Leben. Ein Krankheitseffekt im Alter ist das Kindlichmachen. Kindererziehung ist eine klar verstandene Rolle. Da einige Schwierigkeiten im vorgerückten Alter die Kindheit grausam widerspiegeln,

ist es verständlich, dass Pflegende dazu neigen, alte Menschen wie Kleinkinder zu behandeln.

Für viele behinderte Menschen ist die Rolle des Pflegenden bei der Behebung von krankheitsbedingten Nachteilen sehr wichtig, was Anlass gibt, nicht nur über den Patienten im Rehabilitationsprozess, sondern auch über die Rolle des Pflegenden nachzudenken. Oftmals wird die bereits angeschlagene Gesundheit der pflegenden Person noch weiter geschädigt durch eine übermässige Belastung mit der Betreuung. Es gehört auch zum Rehabilitationsprozess, diese Belastung zu vermindern.

Körperliche oder seelische Misshandlung von Betagten, sei es durch professionelle oder informelle Pfleger, ist wohl leider mehr verbreitet, als man realisieren möchte. Der Umgang mit Behinderungen wie Inkontinenz oder unangepasstes Verhalten bedeutet Stress, führt aber eigentlich trotzdem kaum zu Misshandlung. Das Interesse in diesem Bereich richtet sich heute auf die Missetäter: dieser ist typischerweise oft ein Sohn, vom Opfer finanziell abhängig, mit körperlichen und psychischen Problemen behaftet, oft Alkoholiker. Die Täter haben eine unrealistische Haltung gegenüber dem Opfer, von dem sie finden, es müsste einsehen, dass es zuviel Aufmerksamkeit erforderte. Es wurde empfohlen, den Bereich der Betagtenmisshandlung so weit zu fassen, dass auch die "unzulängliche Hilfe" darin Platz fände, damit das Aufspüren dieser speziellen Art von Misshandlung erleichtert würde. Die Möglichkeit, nur minimalste Hilfe zu leisten, sollte verringert werden, was ein weiteres Rehabilitationsziel darstellt.

Akute Krankheit

Akute Krankheit kann eine massive Verschlechterung im Zustand einer betagten Person bewirken, was sehr rasch zur "sozialen Katastrophe" und damit auch zu sozialen Veränderungen, wie Platzierung bei Verwandten oder in einer Institution führt - selbst ohne ärztliches Dazutun. Solche Patienten haben oftmals eine schlechte Chance frühzeitig rehabilitiert zu werden, besonders in Ländern, wo die Rehabilitation in einer nicht-spitalbezogenen Umgebung praktiziert wird und wohin der Patient erst überwiesen werden muss. Einer der wichtigsten Beiträge der Geriatriischen Medizin war der Einbezug von akutmedizinischer Pflegepraxis in die Betagtenpflege, welche es schon im frühen Stadium eines akuten Leidens erlaubt, verlorene Fähigkeiten mittels Rehabilitation wieder einzuüben. Dies ermöglicht dem Patienten eine Wiederbefähigung und gestattet die Rückkehr in die alten Verhältnisse nach der Heilung. Spitalpflege für Betagte ohne Rehabilitationsmöglichkeit ist gefährlich, führt sie doch zu einer angelernten Hilflosigkeit in Fähigkeiten wie Baden, Kochen, Bewegung und Ankleiden.

Der weitere Zusammenhang der Rehabilitation

Ethik und Rechtsprechung

Es gibt zwei verwandte Fragen in der Ethik der Rehabilitation. Zunächst einmal das Gleichgewicht zwischen der Autonomie der Betagten und der Bevormundungstendenz der Gesellschaft und zweitens die Zustimmung zur Behandlung. Es gibt zwar keinen Rechtsanspruch auf Rehabilitation, aber es existieren schon lange Bestimmungen über Hilfe zur Abdeckung der Grundbedürfnisse Schwacher, Chronischkranker, Armer und Geisteskranker. Leider führte dies in der Vergangenheit oft dazu, dass viele Betagte nicht rehabilitiert wurden, weil es zum Ziel wurde, die Grundbedürfnisse abzudecken und nicht, den Patienten persönlich zu fördern.

Obschon die meisten professionell Pflegenden darin einig sind, dass der Wille des Patienten vorgeht, ist es ganz normal, dass Patienten auf Ziele hin rehabilitiert werden, welche von andern für sie festgelegt werden. Bei dementen Patienten oder psychisch Kranken, wo eine Zustimmung zur Behandlung schwierig zu erreichen ist, wird oft angenommen, dass das Pflegepersonal schon weiss, was gut ist und dass der Einsatz von Rehabilitationsmitteln sowohl für den Patienten wie für die Gesellschaft gut herauskommen wird. In solchen Fällen empfiehlt es sich stets zu fragen, in wessen Interesse dies getan wird.

Soziale und finanzielle Unterstützung

Mittels Rehabilitation wird mit einer Vielzahl von Strategien angestrebt, die benachteiligenden Konsequenzen von Krankheit zu reduzieren. Der relative Nutzen individueller Rehabilitation, verglichen mit finanzieller und sozialer Unterstützung zur Minimierung der Auswirkungen der Behinderung, ist nie untersucht worden. Es bestehen wenig Zweifel darüber, dass eine Unterstützung in sozialen und finanziellen Belangen sehr hilfreich sein kann für Leute mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. Es ist jedoch im Zusammenhang mit den unterschiedlich zu gewichtenden Prioritäten wichtig zu wissen, wie weit neue Mittel in Therapien oder in soziale und finanzielle Hilfskanäle geleitet werden sollen. Heute wissen wir nichts darüber.

Gesellschaft und Haltung gegenüber Behinderungen

Die wachsende Anzahl alter, behinderter Menschen überall auf der Welt hat unsere Haltung gegenüber ihnen verändert. Die Ansicht, dass Krankheiten mit rationalen, wissenschaftlichen Mitteln zu heilen sind, verbunden mit der staatlichen Verpflichtung, jenen zu helfen, die es nicht selber können, hat zu einer zunehmenden Nachfrage nach spezifischer Hilfe geführt. Die Herausforderung in den Industriestaaten wird sein, eine kostenbewusste Möglichkeit zu finden, um die Last chronisch-degenerativer Krankheiten zu

kontrollieren. Dies wird dazu führen, dass Fortschritte gemacht werden bei der primären Prävention (gesund essen, vernünftig leben usw.) bei älteren Menschen, dem Heranziehen von freiwilligen Therapeuten und der Verbreitung von Rehabilitationsideen in der Gemeindekrankenpflege.

Primär- und Gemeindekrankenpflege - Die Behinderten zuhause

Viele Vorteile

In Grossbritannien sind die meisten Therapeuten im Rehabilitationsbereich in der Lage, ihre Patienten zuhause zu besuchen, und dies scheint dafür auch der geeignetste Platz zu sein. Die meisten Leute ziehen eine Pflege im eigenen Heim vor. Ein solches Angebot der Pflege zuhause erhöht die Lebensqualität und vermindert die Nachfrage nach Spitalpflege. Tatsächlich ist in medizinisch einfachen Fällen, wie z.B. einer Schenkelhalsfraktur, das "Spital zuhause" die kostengünstigste Pflegevariante.

Aber kein Ersatz für das Spital

Das Konzept des "Spitals zuhause" hat Grenzen für Patienten mit komplexeren Leiden und ist auch nicht angebracht für alleinstehende und schwerkranke Patienten. - Es gibt noch andere Probleme: innovative Ideen, wie die Zugehörigkeit eines Rehabilitationstherapeuten zu einem Gemeinde-Zentrum, begünstigen eigentlich nicht die älteren, sondern wohl eher die jüngeren Patienten, und auch das Team ist zu wenig strukturiert

Das Erfassen der Patienten durch Nicht-Spezialisten kann es mit sich bringen, dass eine behandelbare akute Krankheit übersehen wird. Auch die Organisation mag mangelhaft sein. Beispielsweise werden Patienten durch Hausärzte ins Spital eingewiesen und es wird nicht erkannt, dass eine frühzeitige Rehabilitation nötig ist. Ferner ist die Intensität der Behandlung vielleicht zu gering um Resultate zu zeigen, und wenige Probleme von alten Patienten sind wirklich unkompliziert. Ein kontrollierter Versuch mit einem Hauspflegeteam für Schlaganfallpatienten zeigte, dass die von der Hauspflegegruppe gepflegten Patienten mehr Spitaltage aufwiesen und nicht besser heilten. Generell kann man sagen, dass Gemeindepflegeteams kein Ersatz für Spitalpflege in der akuten Rehabilitations- und Erfassungsphase sind. Unter der Voraussetzung, dass der Patient zu Beginn der Therapie von einem Spezialisten erfasst wird und klinisch stabil bleibt, kann eine Beschäftigungstherapie zuhause besser sein als gar nichts.

Hauspflege in Europa

In allen Ländern gibt es ähnliche Probleme. Die Teilung der Verantwortung führt zu Ineffizienz und schlechter Pflegeversorgung durch die verschiedenen Leistungsträger. Es werden wenig Anstrengungen unternommen um herauszufinden, wer Hilfe benö-

tigt. Die meisten Vereinbarungen werden nach der Spitaleinweisung getroffen, oder wenn Verwandte oder Nachbarn endlich Hilfe suchen. Die Pflege wird deshalb eigentlich meist nach Hilfesuch und nicht nach objektiven Kriterien ausgerichtet, und wegen Verspätung beim Erstkontakt wird oft mangelhafte Hilfe geleistet, weil sie dann notfallmässig benötigt wird. Hilfesuchende und ihre Bezugspersonen haben kaum die Gelegenheit, jene Funktionäre zu sprechen, welche die Entscheidung über die Art der Hilfe fällen. Hausbesuche durch Vermittler sind selten und nicht immer durch die selbe Person. Es ist ungewöhnlich, dass Patienten noch einmal erfasst werden um zu sehen, ob die individuelle Hilfe verändert werden müsste.

Informelle Helfer

Rehabilitationsarbeit in der Gemeinde stützt sich immer mehr auf die Arbeit von informellen Helfern. Soziale Netze werden immer wichtiger für behinderte Betagte. Tatsächlich ist freiwillige Arbeit nicht einfach ein Beiwerk, sondern eine Bedingung für erfolgreiches Arbeiten der beruflichen Therapeuten. - Wer pflegt? Wie kann geholfen werden? Verheiratete werden zunächst vom Ehepartner versorgt. Von Alleinstehenden werden Kinder an erster Stelle genannt - und dies ist meist eine Tochter. An zweiter Stelle kommen bei Alleinstehenden bereits Freunde, und Patienten, welche bei Personen leben, mit denen sie nicht verheiratet sind, nennen Geschwister.

Rehabilitation sollte auch Interventionen zugunsten der körperlichen Gesundheit und die sozialen Funktionen, sowie die Unabhängigkeit des Pflegenden beinhalten. Verbesserungen bei der finanziellen Unterstützung und das Gemeinschaftserlebnis in Helfergruppen mindern den Stress der Pflege, helfen pflegebedürftigen Betagten in der gewohnten Umgebung zu bleiben und senken die Wiederaufnahme-Rate in Spitäler.

Freiwilligen-Gruppen

Freiwilligen-Gruppen werden von den Behörden schlecht genützt, Verbindungsarbeit kann hier hilfreich sein.

Spitalpflege

Bedarf an Spezialisten

Längerdauernde Belegung von Akutbetten ist - obschon nicht sehr ausgeprägt - mit dem Alter verbunden. Von viel grösserem Gewicht ist das zur Hospitalisation führende medizinische Problem und dessen Begleiterscheinungen, speziell Verwirrtheit und Demenzsymptome. 1946 stipulierte Margery Warren, dass die Diagnostik und Pflege bei älteren Patienten in speziell dafür erstellten und eingerichteten Spitalabteilungen stattzufinden hätte. Die Integration von geriatrischen Abteilungen samt modernsten Ein-

richtungen und dem entsprechenden Personal in Allgemeinspitäler würde den Arbeitsstandard erhöhen, die Spitalaufenthaltsdauer verkürzen und das Blockieren von Akutbetten durch chronisch-krankte Patienten vermeiden, da diese entweder nach Hause entlassen und dort weitergepflegt werden würden, oder dann in ein Pflegeheim übertreten könnten. Seitdem sind Geriater als Spezialisten anerkannt und es ist klar, dass die Behandlung von Betagten durch Geriater bessere Resultate zeigt. Analysen beweisen, dass von Geriatern behandelte Alterspatienten eine geringere Verweildauer im Spital mit niedrigerer Wiederaufnahmerate und weniger Todesfällen aufweisen, als von internmedizinisch ausgebildeten Aerzten gepflegte Patienten. Pflgeteams mit Beschäftigungs- und Physiotherapeuten, welche den Patienten und seine Umgebung direkt beeinflussen, zeigen positive Resultate. - In den USA bestehen geriatriische Teams trendmässig eher nur aus Aerzten, Pflegepersonal und Sozialarbeitern und das medizinische Team, das den Patienten umsorgt, wird nur schriftlich angeleitet. Auch auf diese Weise kann die Verweildauer der chronisch-kranken Patienten im Spital verkürzt werden, selten gelingt es hingegen, eine Behinderung zu bessern.

Studien über den Erfolg von Spitalpflege aus Konsumentensicht zeigen, dass bei Austritt ungefähr ein Drittel aller Patienten stärker behindert ist, als vor dem Spitaleintritt und fast die Hälfte gibt an, dass sie sich als noch nicht wiederhergestellt betrachtet. Die frühe und voreilige Spitalentlassung scheint der Normalfall zu sein, ein wichtiger Faktor für Drehtüren-Wiedereintritte. Dies bedeutet, dass der Erfassung von Patienten in Akutspitälern, in Notfall- und Unfallaufnahme-stationen mehr Beachtung geschenkt werden muss, um unangebrachte und schmerzliche vorzeitige Spitalentlassungen zu vermeiden.

Geriatrisches Pflegemodell in Grossbritannien

1981 trugen Geriater für 42% der belegten Akutbetten die Verantwortung, ihr Anteil an der gesamten Spezialärzteschaft betrug jedoch lediglich 14%. Wen betreuen sie? Es gibt drei Geriatrie-Modelle:

Pflege entsprechend den Patientenbedürfnissen

Bei dieser Pflegeart werden Patienten von vornherein von den Einweisern oder bei Spitaleintritt als "Patienten mit geriatrischer Indikation" bezeichnet (was normalerweise heisst: mehrfach Kranke, mit sozialen Problemen, Geistesstörungen, Bewegungsproblemen, Inkontinenz). Dieses Pflegemodell wird bei Geriatern in Spitälern nicht gern gesehen und nur wenige Studenten würden dies als attraktive Studienrichtung sehen. Diese Art der Pflege nützt jedoch dünngesäte Fähigkeiten und Ressourcen optimal aus, vermeidet die Zersplitterung von Zeit und Interesse zugunsten der

Gemeindekrankenpflege, bietet die Verbindung mit anderen Diensten und ist grundsätzlich patienten- und nicht arztbezogen.

Altersentsprechende Pflege

Hier wird die Patienten-Zielgruppe durch einen Altersschnitt zwischen 65 und 80 Jahren definiert, obschon auch Vorkehrungen für Patienten mit mehrfachen Leiden und für "zu junge" Patienten mit geriatrischen Krankheiten getroffen werden. Ein Ueberweisungssystem ermöglicht es den Allgemeinpraktikern, das Fachwissen der Geriater zu nutzen. Das System ist unlogisch, da Altern ein fortschreitender Prozess ist, aber es ist weitverbreitet. Es gibt stets dann Probleme, wenn das System zu eng wird und deshalb ältere Patienten nicht mehr in den Genuss von teuren Untersuchungen und technisch hochstehenden Eingriffen kommen. Es ist sehr wichtig, dass geriatrische Patienten vom Wissen anderer Fachärzte profitieren können, da sonst eine schlechte medizinische Betreuung resultiert. Wenn in der selben Institution zwei Aufnahmeabteilungen geführt werden, kann dies ebenfalls zu Misständen führen.

Die integrierte Pflege

Integrierte Pflege besteht in einer engen Zusammenarbeit von Aerzten verschiedener Abteilungen, bis hin zur gemeinsamen Nutzung von Stationen und Assistenzärzten. Dies ist das effektivste Pflegemodell, vorausgesetzt die Allgemeinmediziner akzeptieren die Kompetenz des Geriater und dieser kann sein Fachwissen ins Aerzteteam einbringen und die gute medizinische und pflegerische Betreuung von geriatrischen Patienten sichern. Dieses Modell wurde in Grossbritannien vom sehr angesehenen Royal College of Physicians getragen, es wird jedoch nicht oft praktiziert.

Die Spitalentlassung

Auf jeden Fall braucht die Entlassung des Patienten nach Hause eine sorgfältige Vorbereitung unter Einbezug des Patienten, seiner Verwandten und Helfer. Oft sind Kurzaufenthalte zuhause vor dem Spitalaustritt hilfreich. Eine zweckmässige Ergänzung des Pflegeteams können auch freiwillige Helfer sein, die den Patienten am Tag der Heimkehr und noch 14 Tage darnach besuchen, mit ihm plaudern, Krimskrams erledigen und den Kontakt zum Spitalteam aufrechterhalten. Uebungswohnungen auf der Rehabilitationsabteilung des Spitals ermöglichen das Erfassen des Patienten und - sofern die Pflegeperson von zuhause eingeladen wird - deren Einführung in die Pflege. Hilfsmittel und Anpassungen in der Wohnung sollten prompt angebracht werden. Behinderte über 65-Jährige benötigten oft Hilfsmittel zum Baden und für die WC-Benützung.

Tageskliniken

Tageskliniken sind in Grossbritannien weitverbreitet und eines ihrer Ziele ist die Rehabilitation. Weitere Ziele sind die Vermittlung von Pflege, medizinische Untersuchung und Beratung, im weiteren organisieren sie Erleichterungen für die Pflegenden und deren Einbindung in das soziale Netz. Das Rehabilitationsangebot der Tageskliniken wird zu Recht als viel zu gering kritisiert, es beträgt im Durchschnitt 20 Minuten täglich. Eine randomisierte kontrollierte Studie fand eine Verbesserung in den Aktivitäten des täglichen Lebens nach sechsmonatiger Rehabilitation, der Unterschied zu Patienten ohne Rehabilitation verschwand jedoch bereits fünf Monate nach Beginn wieder. Mit einer anderen Untersuchung wurde herausgefunden, dass "die Pflege in Tageskliniken die funktionellen Fähigkeiten oder die Lebensqualität der Patienten nicht verbesserte, verglichen mit der sonst sehr guten ambulanten Patientenbetreuung." Man muss die Rehabilitation in den Tageskliniken mit der Rehabilitation durch die Gemeindekrankenpflege vergleichen. Die Auswahl der Patienten ist hier schwierig, da bis zur Hälfte von ihnen gar keine geplante Behandlung wünscht und nur ein Drittel das Behandlungsziel auch erreicht. Ihr Wert wird angezweifelt und die Kosten entsprechen etwa denen der Rehabilitation im Spital. Familienärzte schätzen den direkten Zugang zu ihr, da es die Beschäftigungsrate und damit auch die Leistungsfähigkeit steigern kann. Von Hausärzten dominierte Tagesspitäler scheinen zur Zeit den Pflegeaufwand doppelt zu erbringen, was einfacher und kostengünstiger in Tageszentren getan werden könnte. Gegenwärtig wäre es gut, wenn Tagesspitäler für die kurzfristige Rehabilitation verantwortlich wären und die Langzeit-Rehabilitation Sache der Tageszentren würde, die auch Pflegehilfe leisten.

Langzeitpflege

Ein internationaler Vergleich von Langzeitpflege ist schwierig, weil die Bevölkerungsstruktur sehr verschieden ist. Viele Patienten in Langzeitinstitutionen haben gar keinen Zugang zu irgendeiner Rehabilitationsform, obschon wenigstens das Beibehalten des Behinderungsgrades durchaus machbar wäre, was auch eine Erleichterung für das Pflegepersonal bringen würde. Der Einsatz von Therapeuten auf Langzeitpflege-Abteilungen ist nicht immer gleich gut, wird aber vom Personal begrüsst. Das Beurteilen des Einsatzes von Hilfsmitteln, wie Krankenheber, Hörgeräten und von Lager- und Hebetekniken ist eigentliches Einsatzgebiet von Therapeuten. Gemeindekrankenpflege kann in einzelnen Fällen unter Umständen eine gute Alternative sein. In Grossbritannien scheinen Krankenhäuser die grössere Lebensqualität zu bieten als Langzeitabteilungen in Spitälern.

Der private Teil

In Grossbritannien steigt die Rolle des Privatsektors im Gesundheitswesen an und mit einer neuen Gesetzgebung wird er 1993 noch stark zunehmen. Von da ab sind die lokalen Sozialbehörden zuständig für das Pflegeangebot. Diese Entwicklung wurde mehrfach kritisiert. Privater und unabhängiger Sektor kann auch weniger Rehabilitation bedeuten. Ein Krankenhausbett des Oeffentlichen Gesundheitswesens kostet den Patienten (in Grossbritannien) nichts, es ist nur nach achtwöchiger Belegung mit einer Kürzung der staatlichen Pension verbunden. Ein Bett in einem privaten Pflegeheim kostet 400 £, wovon ein variabler Anteil von der Sozialversicherung übernommen wird, weshalb die Verwandtschaft oft wenig Interesse an einer Unterbringung auf privater Basis hat. Es ist auch belegt, dass private Institutionen oft nur die weniger stark behinderten Patienten aufnehmen und dass schwerbehinderte Betagte in Langzeitpflegeabteilungen von Spitälern konzentriert sind. In Nordamerika scheint die kürzere Verweildauer von Patienten auf Akutstationen oft das Ergebnis des Abschiebens einer wachsenden Anzahl von Patienten in die Pflegeheime zu sein. Die Patientenselektion ist bestimmt schwierig zu standardisieren und eine gute Ueberwachung wird ausschlaggebend sein.
