

5. Zusammenfassung

In der geriatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland besteht eine sozialrechtlich verankerte bundesländerspezifische Inhomogenität zwischen Rehabilitationsgeriatrie und Akutgeriatrie in der Gesetzgebung. Hinsichtlich einer Profilerstellung von geriatrischen vollstationären Behandlungsfällen gibt es aktuell vor allem umfangreiche Publikationen mit dem Einfluss beider Versorgungsstrukturen, so wie rein aus Rehabilitationsgeriatrien. Bisher nicht ausreichend berücksichtigt wurden allerdings die Merkmale und Behandlungsverläufe von Behandlungsfällen aus einer rein akutgeriatrischen Versorgungsstruktur.

Aus dieser Forschungslücke ergibt sich das primäre Ziel dieser Arbeit, eine aussagenkräftige klinikbezogene Darstellung wesentlicher Profilmerekmale der vollstationären Behandlungsfälle einer akutgeriatrischen Einrichtung anhand des EGZB.

Des Weiteren wurde im Rahmen der Profilerstellung die im Zuge der alternden Bevölkerung stetig anwachsende geriatrische Patientenklientel der Hochbetagten (Patientenalter ≥ 85 Jahre) mit den jüngeren Behandlungsfällen verglichen. Besonders im Fokus stand dabei die Frage, ob die Gruppe der Hochbetagten genauso effektiv und effizient behandelt werden kann wie die jüngeren Behandlungsfälle.

In dieser retrospektiven Arbeit wurden alle vollstationären Behandlungsfälle der Jahre 2004 und 2005 aus dem EGZB hinsichtlich deren demographischer Stammdaten, Behandlungsdaten sowie Daten zum funktionellen Status und zur Ergebnisqualität untersucht. Insgesamt handelte es sich dabei um 4400 Behandlungsfälle.

Das erforderliche Datenmaterial wurde aus dem klinikeigenen EDV-System in das Statistikprogramm SPSS (Version 15) importiert, die Variablen entsprechend kategorisiert und unter Verwendung von deskriptiven als auch explorativen Verfahren beim Vergleich zwischen den Altersgruppen ausgewertet.

Wesentliche Merkmale bei der Profilerstellung der vollstationären geriatrischen Behandlungsfälle im EGZB waren folgende (Angaben in Prozent oder Mittelwert) Alter: 77,4 Jahre. Frauenanteil: 65,9%. Behandlungsfälle, aus einer privaten Umgebung kommend: 68,5%. Behandlungsfälle aus einer Pflegeeinrichtung kommend: 7,2%. Pflegestufe 3: 56,3%. Aufnahme per Verlegung: 82,8%. Verweildauer: 19,6 Tage. Größte Hauptdiagnosengruppe: Orthopädische Krankheiten (32,4%). Häufigste Hauptdiagnosen: Hirninfarkt (13,9%), Schenkelhalsfraktur (11,7%). Nebendiagnosenanzahl: 9,4. Multimorbidität: 96,2%. Medikamentenanzahl: 9,0. Polypharmazie: 90,3%. Medikamentenreduktion: 0,7. Inkontinenz: Urin (39,4%), Stuhl (21,0%).

Behandlungsfälle in eine private Umgebung entlassen: 61,8%. Behandlungsfälle in ein Pflegeheim entlassen: 17,1%. Neuinstitutionalisierungsquote: 12,2%. MMSE: 21,8 Punkte. GDS: 4,7 Punkte. Barthel-Index bei Aufnahme: 41,6 Punkte. Barthel-Index bei Entlassung: 55,1 Punkte. Bartheleffektivität: 15,7 Punkte. Bartheleffizienz: 0,8 Punkte. Alltagsrelevante Mobilitätseinschränkung bei Aufnahme: 78,0%. Alltagsrelevante Mobilitätseinschränkung bei Entlassung: 49,8% . TUG-Effektivität: 0,7 Kategorien. TUG-Effizienz: 0,04 Kategorien.

In Bezug auf den Altersgruppenvergleich unterschied sich die Kohorte der Behandlungsfälle ab 85 Jahren in mehreren Parametern signifikant von der jüngeren Patientengruppe (Geschlecht, Herkunftsort vor Krankenhausaufenthalt, Pflegebedürftigkeit, Aufnahmeart, Hauptdiagnosegruppen, Hauptdiagnose, Medikamentenanzahl, Inkontinenz, Entlassungsort, MMSE, Barthel-Index bei Aufnahme und Entlassung sowie TUG-Test bei Aufnahme und Entlassung. Kein signifikanter Unterschied ergab sich bei den folgenden Parametern: Verweildauer, Komplexbehandlung, Nebendiagnosenanzahl, Medikamentenreduktion, GDS sowie Effektivität und Effizienz beim Barthel-Index und beim TUG-Test.

Ein Großteil der Patienten war bei Aufnahme in ihrer Selbsthilfefähigkeit sowie Mobilität stark eingeschränkt und musste mehrheitlich trotz einer nachgewiesenen effektiven und effizienten Behandlung mit bestehenden funktionellen Einschränkungen entlassen werden. In diesem Sinne zeigten sich bei der Diskussion der Parameter mehrere Hinweise auf eine hohe Komplexität des Behandlungsfalls im EGZB und einer damit einhergehenden schlechteren Prognose für das allgemeine Outcome.

Die beiden Altersgruppen unterschieden sich größtenteils signifikant voneinander. Sowohl bei Aufnahme als auch bei Entlassung lag die ältere Gruppe auf einem niedrigeren funktionellen Niveau. Dennoch konnte die Gruppe der Hochbetagten genauso effektiv und effizient behandelt werden wie die jüngeren Behandlungsfälle. Dies konnte unter annähernd gleichen Therapievorgaben erreicht werden, ein Mehraufwand für die ältere Klientel war nicht unmittelbar erkennbar.

Kritisch muss die lückenhafte Dokumentation einzelner Variablen erwähnt werden, da bei fallweiser Erhebung die Gefahr eines Selektionsbias vergrößert wird. Des Weiteren ist aufgrund der Selektivität dieser Stichprobe der in dieser Arbeit erzielte Erkenntnisgewinn nur bedingt auf andere Akutgeriatrien übertragbar.

Ein weiterer Forschungsbedarf ergibt sich aus fortführenden Untersuchungen zur Nachhaltigkeit und Stabilität der erzielten Verbesserungen. Eine mögliche Ergänzung zu den in dieser Arbeit dargestellten Ergebnissen wäre eine Follow-Up-Untersuchung zur Betrachtung des Verlaufs nach Entlassung aus dem EGZB.