

Krankenhausaufnahme – ja oder nein?

Müssen Pflegeheimpatienten bei akuten Infektionen sofort ins Krankenhaus verlegt werden? Diese Frage wurde im Rahmen einer prospektiven Beobachtungsstudie in 59 Pflegeheimen im Bundesstaat Maryland in den USA untersucht.

Jein Drittel der Heime hatte eine Bettenzahl von < 50, 50-150, und > 150 Betten. Nach Genehmigung durch eine Ethikkommission und Einholung der Zustimmung der Angehörigen wurden im Laufe von zwei Jahren insgesamt 2.285 Patienten in die Studie eingeschlossen. Von diesen waren letztlich 2.153 Verläufe auswertbar. Dokumentiert wurde der funktionelle Zustand der Patienten (Fähigkeit zum selbstständigen Waschen, Anziehen, Frisieren, Herumgehen, zur Nahrungsaufnahme, zum Toilettenbesuch bzw. umgekehrt die Notwendigkeit der Unterstützung bei den genannten Aktivitäten des täglichen Lebens). Weiterhin wurden insgesamt 14 chronische Grundkrankheiten einschließlich Demenz in Form eines Punktescores festgehalten. Eine Infektion wurde definiert als Auftreten von Fieber > 38° C und/oder Auftreten eines entzündlichen Lokalbefundes an Lokalisationen wie Magen-Darm-Trakt, Harnwegen, Unterleib, Haut, Extremitäten oder den Atemwegen. Infektionen am Auge, gynäkologische Infektionen und Infektherde an den Zehennägeln wurden für die Studie ausgeschlossen. Zielparameter, an denen der weitere Verlauf beurteilt wurde, waren:

- ▶ die Mortalität innerhalb von einem Monat nach Krankenhausaufnahme (bzw. Vermeidung einer Krankenhausaufnahme) und
- ▶ die Rate an neu aufgetretenen Dekubitalulzera.

Studienergebnisse

Von den 2.153 auswertbaren Patienten erlitten 1.301 (60,4 %) während der Studiendauer mindestens eine Infektion, 1.060 (81,5 %) davon hatten mindestens zwei Infektionen. Insgesamt traten 4.990 Infektionsepisoden auf. 87 dieser Infektionen (1,7 %) führten innerhalb der ersten drei Tage zum Tode und wurden nicht in die Auswertung einbezogen.

7,6 % der Patienten wurden innerhalb der ersten drei Tage ins Krankenhaus eingewiesen. In dieser Gruppe war die Sterberate innerhalb der nächsten 4 bis 34 Tage deutlich höher als bei denjenigen Patienten, die im Pflegeheim verblieben. Bei 375 Infektionsepisoden, die zu einer Krankenhauseinweisung führten, kam es in 56 Fällen (14,9 %) zum tödlichen Ausgang, während nur 308 von 4.528 Episoden (6,8 %), die im Pflegeheim behandelt wurden, zum Tode führten. Da bei diesen Zahlen noch nicht die unterschiedliche Erkrankungsstärke der beiden Patientenkollektive berücksichtigt war, wurden die Mortalitätsraten rechnerisch um das unterschiedliche Mortalitätsrisiko bereinigt. Die Mortalität war in der „Krankenhausgruppe“ um 44 % höher als in der „Pflegeheimgruppe“.

Als weiterer Parameter wurde die Rate der Dekubitalulzera ermittelt. Auch hier ließ sich feststellen, dass sich ein Krankenhausaufenthalt eher ungünstig auswirkte: Bei 14,9 % der Infek-

tionsepisoden, die im Krankenhaus behandelt wurden, kam es zur Entwicklung eines Dekubitalgeschwürs, während dies nur bei 8 % der im Pflegeheim behandelten Episoden der Fall war. Auch bei diesem Parameter änderte die Adjustierung in Bezug auf die Grundkrankheiten nichts an dem Unterschied zu Gunsten des Pflegeheims.

Schlussfolgerung der Autoren

Die in der Studie nachgewiesene erhöhte Mortalität und die erhöhte Rate an Dekubitus der ins Krankenhaus verlegten Patienten ist nach Auffassung der Autoren ein valides Ergebnis, da die Grundkrankheiten und der funktionelle Ausgangsbefund der Patienten vor Eintreten der Infektion als Einflussfaktor rechnerisch eliminiert wurden. Die Autoren vermuten, dass im Krankenhaus aggressivere diagnostische und therapeutische Verfahren zur Anwendung kommen, die den geriatrischen Patienten nicht nur nützen, sondern zum Teil auch schaden. Daneben spielen möglicherweise auch „weiche“ Faktoren eine Rolle wie beispielsweise akute Veränderungen einer laufenden Medikation oder der psychologische Stress durch den plötzlichen Wechsel der Umgebung.

Hardy-Thorsten Panknin

E-Mail :ht.panknin@worldonline.de

(Quelle: Boockvar KS et al. Outcomes of infection in nursing home residents with and without early hospital transfer. *J Amer Geriatr Soc* [2005] 53: 590-596)

Aufnahme von Altenheimbewohnern in eine Geriatrischen Klinik

In Deutschland untersuchten Specht-Leible et al. bei allen Alten- und Pflegeheimbewohnern, die im Laufe eines Jahres (1998-1999) im geriatrischen Zentrum am Klinikum der Universität Heidelberg stationär aufgenommen worden sind, den Aufnahmegrund, die Komorbidität, Kompetenz sowie die Behandlungsdauer. 245 stationäre Aufnahmen von 231 Altenheimbewohnern konnten ausgewertet werden. Die Komorbidität war bei dieser speziellen Patientenklientel hoch (77 % Harninkontinenz, 69 % Demenz, 40 % Stuhlinkontinenz, 22 % Dekubitus). Von insgesamt 7.983 stationären Behandlungstagen waren 3.627 Tage (45 %) durch Stürze und Sturzfolgen, 2.039 Tage (26 %) durch kardiovaskuläre Ereignisse, 835 Tage (11 %) durch Infektionen und 495 Tage (6 %) durch Ernährungsprobleme verursacht. Für die Altenpflege lassen sich daraus folgende Präventionsstrategien ableiten:

- ▶ Sturz- und Frakturprävention,
- ▶ Infektionsschutz (Influenza- und Pneumokokkenimpfungen),
- ▶ Verzicht auf instrumentelle Harnableitung, besonders den transurethralen Langzeitkatheter,
- ▶ frühzeitige Infektionserkennung, Prävention und Behandlung,
- ▶ Optimierung der Pflege von Patienten mit Ernährungssonden,
- ▶ Forcierung subkutaner Flüssigkeitsgabe zur Behandlung einer Exsikkose.

(Quelle: Specht-Leible N et al. Die Ursachen der stationären Aufnahme von Alten- und Pflegeheimbewohnern in einer Geriatrischen Klinik. *Zeitschrift Gerontologie Geriatrie* [2003] 36: 274-279)