

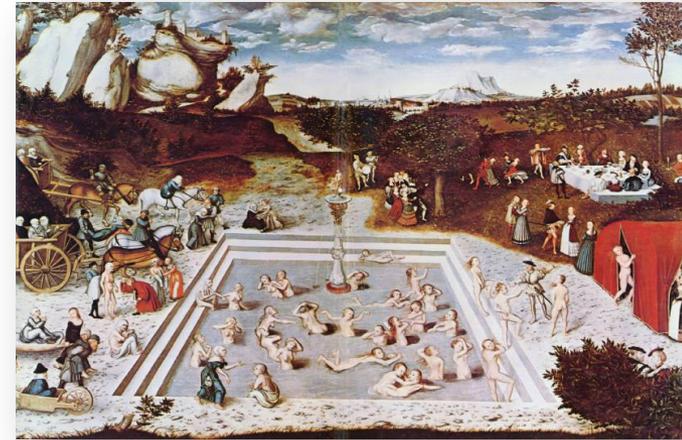
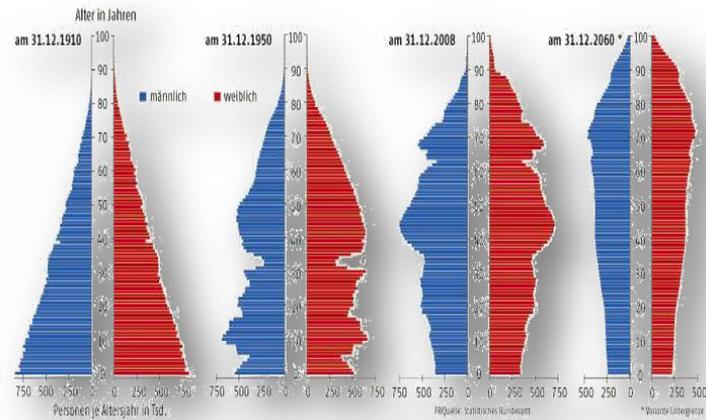


# Zukunftswerkstatt Alter

Medizin weiterentwickeln

05. Juni 2014 Berlin

- **Forschungsunterstützung:** ThermoScience, Forschungskolleg Geriatrie der Robert-Bosch-Stiftung, Wissenschaftsforum Geriatrie
- **Vortragshonorare:** Pfizer Pharma, Bayer Health Care, Mundipharma, Astellas Pharma, MSD, BLÄK, AO Trauma Europe
- **Beratertätigkeit:** Astellas Pharma
- **Publikationsunterstützung:** Pfizer Pharma



## Charakteristika älterer Menschen

- Multimorbidität
- Chronifizierung
- Frailty
- gerontopsychiatrische Krankheitsbilder

## Erfordernisse an die Versorgung: Effektiv und Effizient

**richtig**, im Sinne einer geriatrischen Expertise  
**angemessen**, im Sinne der Kosten/Nutzen/Risikoaspekte

# ... und es bleibt aktuell

## Berliner Zeitung

20:24 - Flughafenchef Mehdorn schließt weitere Korruptionsfälle nicht aus



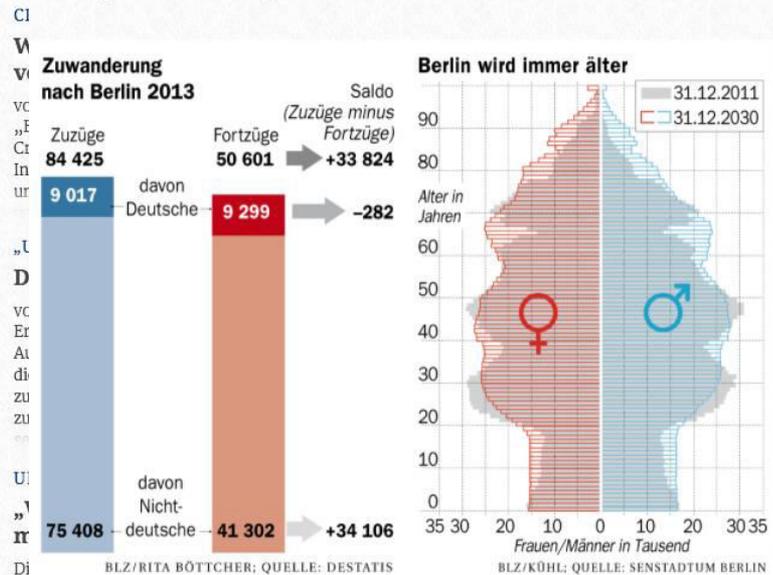
### Berlin setzt auf Zuwanderer und Ältere

Unternehmer suchen angesichts der Internationalisierung und längerer Lebenszeit der Arbeitnehmer neue Wege: Integration, Ausbildung und einen Betriebsalltag ohne Vorurteile

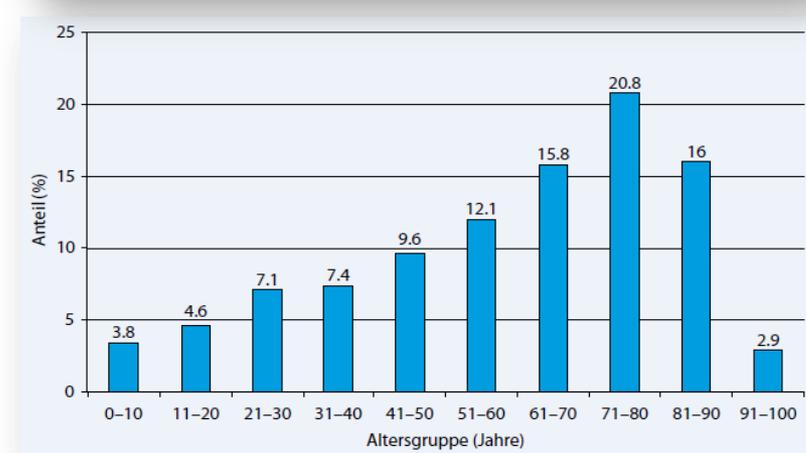
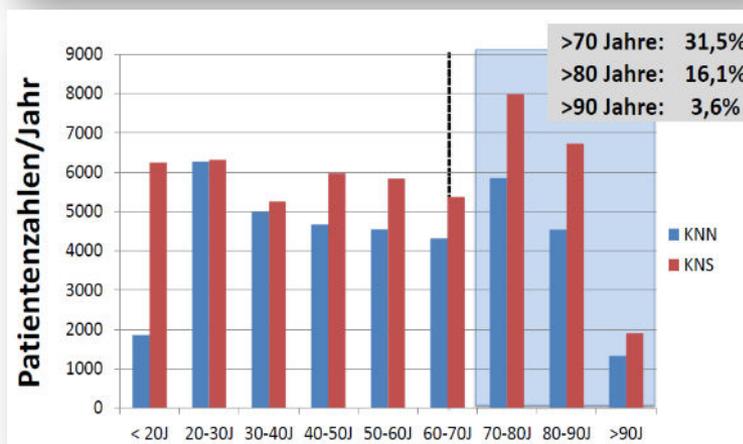
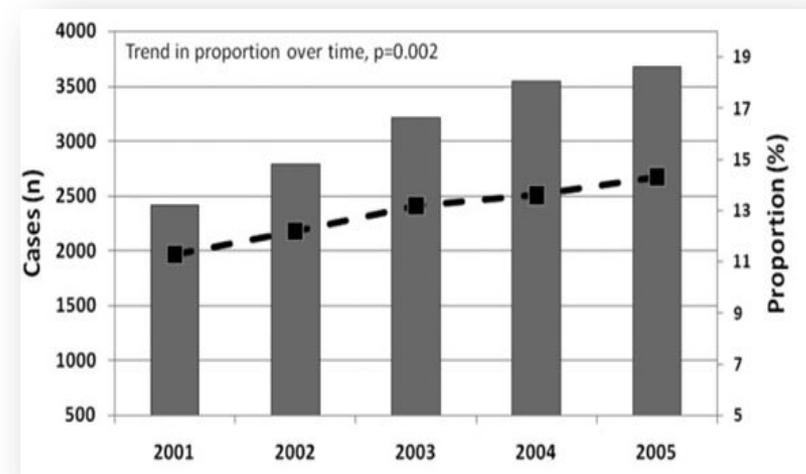
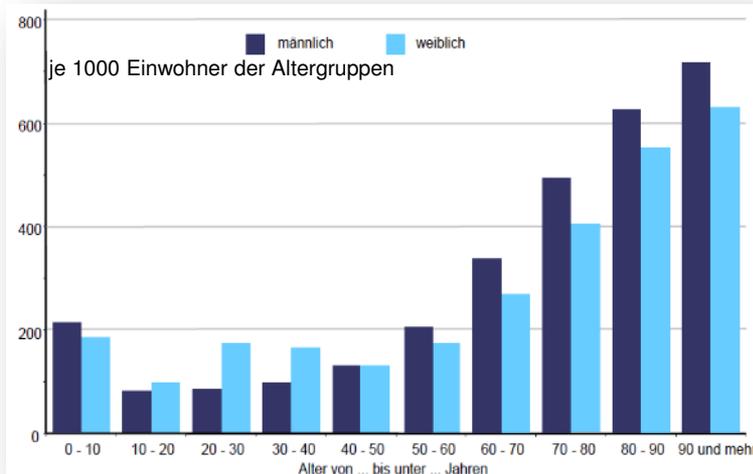
VON A. BEYERLEIN UND M. LOKE

### Titel

angebotenen Dienstleistungen... können verdoppelt sich Vergleich zu 2008. Das geht aus einer Umfrage der Industrie- und Handelskammer (IHK) unter mehr als 500 Firmen hervor, die der Berliner Zeitung exklusiv vorliegt.



Hauptgrund für die Nichtbesetzung von Ausbildungsplätzen ist nach



## Geriatrytypische Multimorbidität und

höheres Lebensalter\* (überwiegend 70 Jahre und älter)

- *\*die geriatrytypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen-*

**oder**

**80 Jahre und älter**

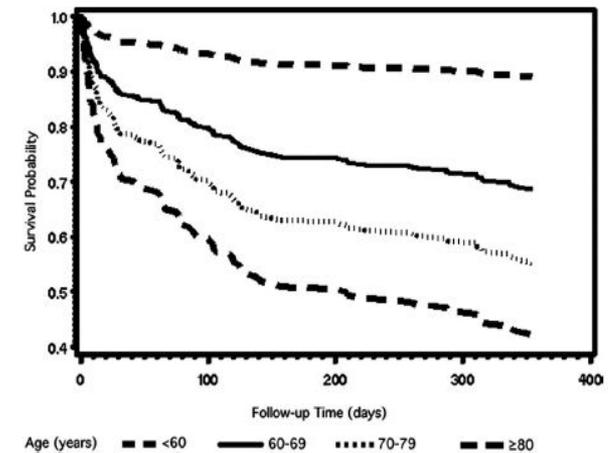
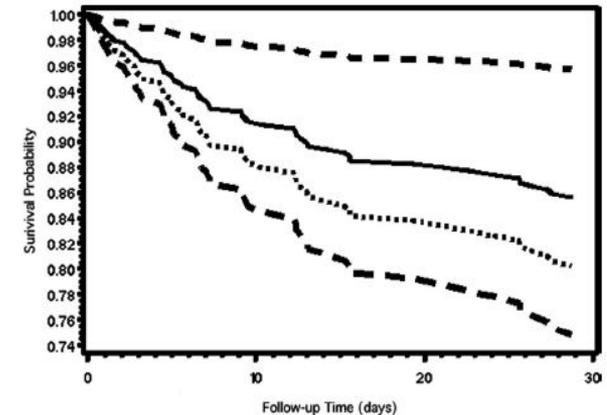
**Aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität\***

*\* Auftreten von Komplikationen, Folgeerkrankungen, Gefahr der Chronifizierung, Verlust der Autonomie, Verschlechterung des Selbsthilfestatus*

# Altersabhängige Sterblichkeit ?

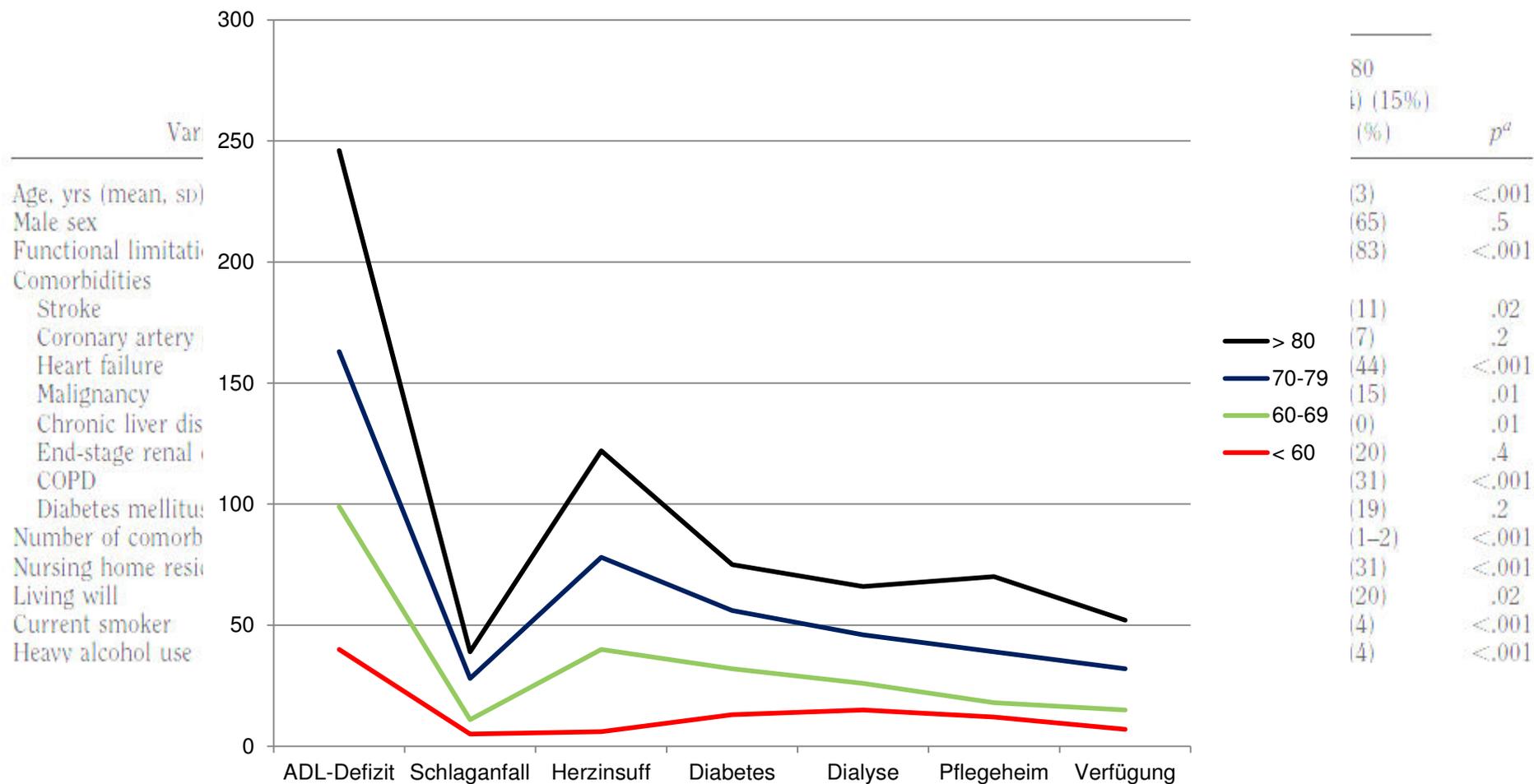
- 351 Patienten
- Pneumonie/Beatmung

Alter	Mortalität
< 60 J	19 %
60-69 J	22 %
70-79 J	48 %
> 80 J	57 %



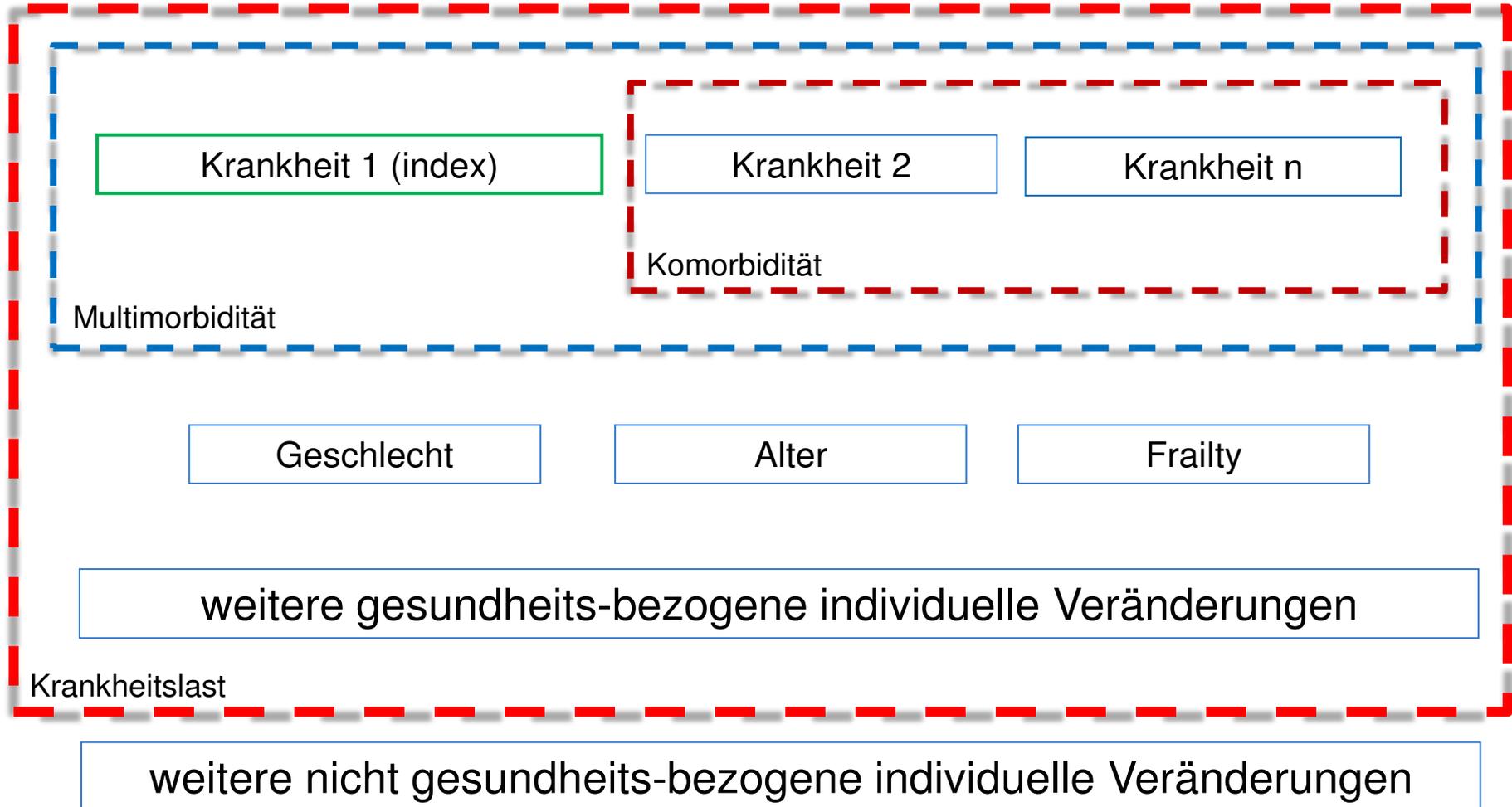
Sligl WI et al. Age still matters: Prognosticating short- and long-term mortality for critically ill patients with pneumonia Crit Care Med 2010; 38:2126 –32

# Altersabhängige Sterblichkeit ?



Sligl WI et al. Age still matters: Prognosticating short- and long-term mortality for critically ill patients with pneumonia Crit Care Med 2010; 38:2126 –32

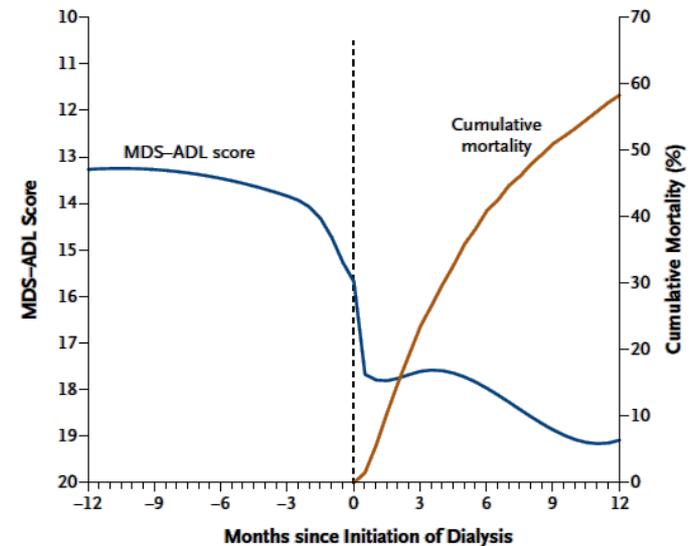
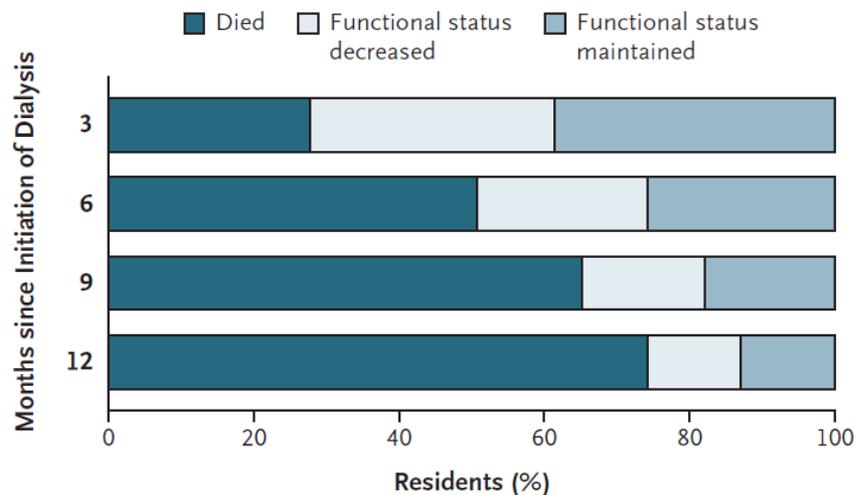
# Model der Multimorbidität



**Komplexität des Patienten**

Valderas JM et al. Defining comorbidity: implications for understanding health and health services. *Ann Fam Med* 2009;7:357-363

- Pflegeheimbewohner mit Nierenversagen
- Altersdurchschnitt  $73.4 \pm 10.9$  Jahre



- **Identifikation der gefährdeten Patienten im Notfall**
- **Geriatrisches Assessment**
- **zuverlässige Erfassung von Risikofaktoren und Funktionalitätseinschränkungen**
- **frühzeitige Disposition und zielgerichtete Einweisung**

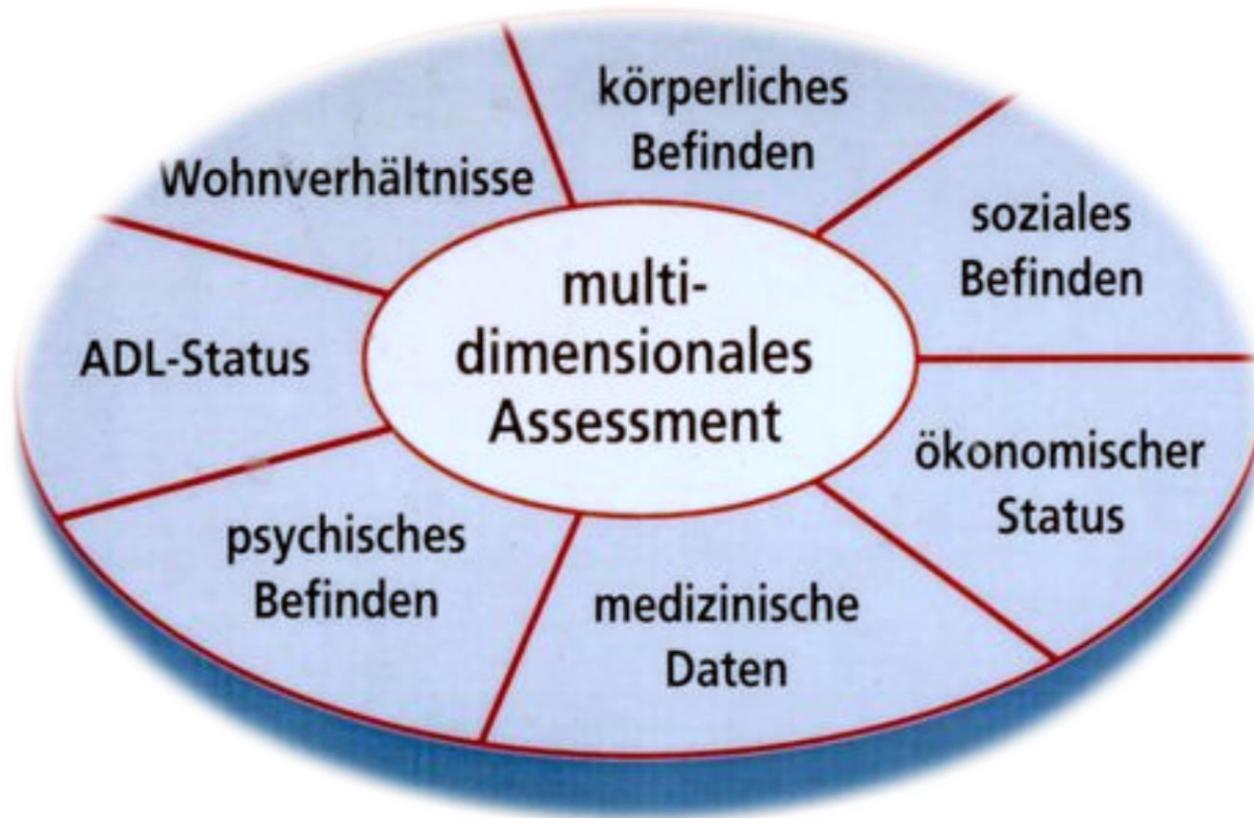
Singler K, et al. Elderly patients in emergency and intensive care medicine. Internist 2011;52:934-8

Thiem U et al. Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland. Z Gerontol Geriat 2012 ; 45:310–4

- ... Geriatrie-freundlichen Notaufnahme
- Alternative: geriatrische Notaufnahme
- **Nachteil:**
  - getrennte Strukturen
  - keine fachspezifische Vorhaltung
  - Ausgliederung der Geriatrie
- → **nicht sinnvoll !**

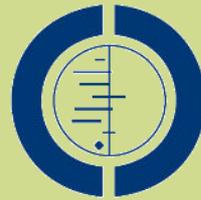
<b>Veränderung</b>	<b>Zielsetzung</b>
<b>strukturelle Veränderungen</b>	
<b>schallschluckende Vorhänge</b> <b>Hörhilfen</b> <b>(ablenkende) Lärmquellen vermeiden</b>	Verminderung des Delirrisikos Verbesserung der Kommunikation
<b>gepolsterte Stühle mit Lehnen (ggf. als Liege umbaubar)</b>	Patientenkomfort Verminderung von Druckulzera
<b>Uhr, Kalender, Namenschild (große Buchstaben)</b>	Patientenorientierung Verminderung des Delirrisikos
<b>Antirutschmatten auf dem Fußboden</b> <b>Handläufe an der Wand</b> <b>helle und kontrastreiche Beleuchtung</b>	Verminderung des Sturzrisikos
<b>Lesehilfen (Lupe, Telefone/Rufanlagen mit großer Tastatur, ...)</b>	bessere Orientierung bei verminderter Sehleistung
<b>ausreichend Tageslicht</b>	Verminderung des Delirrisikos
<b>Risikoerfassung</b>	
<b>Delir Screening</b>	frühzeitiges Erkennen eines Delirs
<b>Geriatrisches Assessment</b>	Erfassung von Funktionalitätseinschränkungen Erkennen von kognitiven Defiziten
<b>Geriatrisches Konsil</b>	Planung der weiteren spezifischen Therapie

# Geriatrisches Assessment

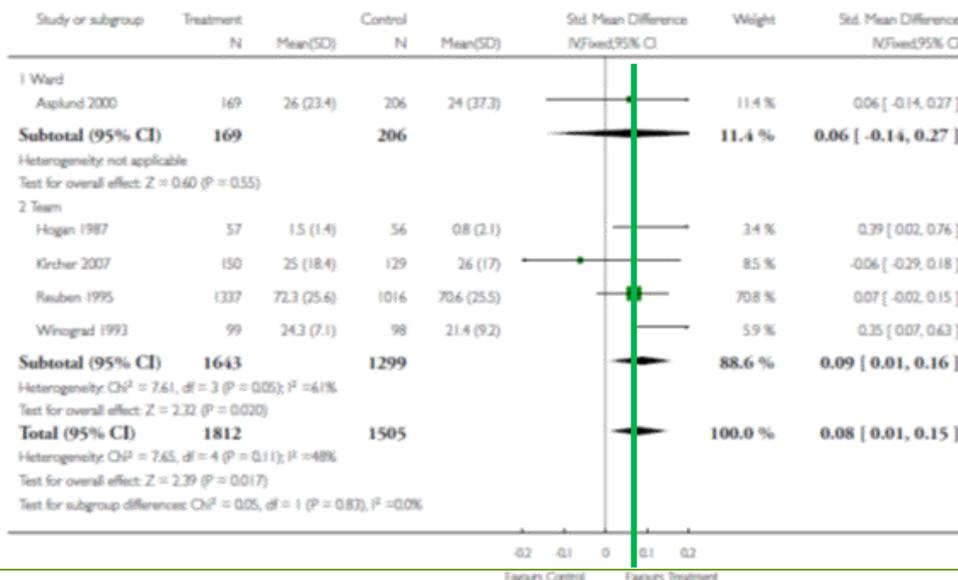


# Bedeutung des Assessment

- **für den Einzelnen:** verbesserter Therapieerfolg
- **für Behandler:** individualisierte Behandlung, fokussierte Therapiezielfestlegung
- **für Pflegeunterstützung:** Unterstützung und Hilfsmittelversorgung ist zielgerichteter
- **für alle:** Behandlungsoptimierung, adäquate Ressourcenverteilung



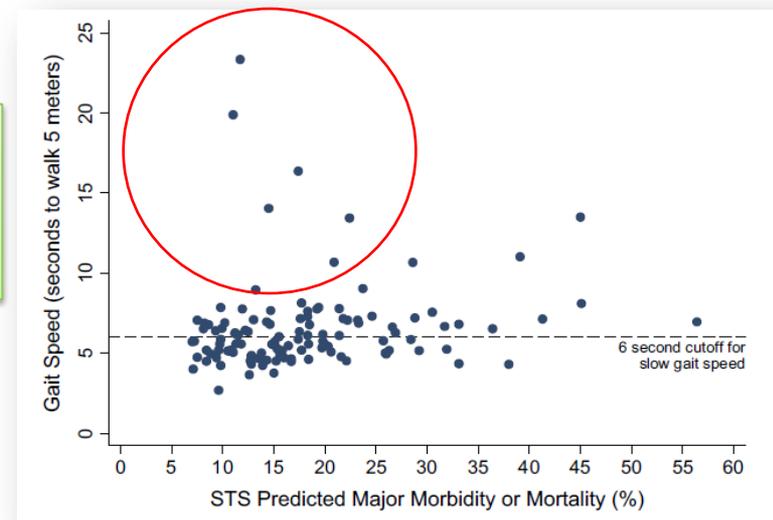
- Review aus 22 RCT mit 10.315 Patienten
- 6 und 12 Monate nach Notfalleinweisung
- Sterblichkeit, Pflegeabhängigkeit Alltagskompetenz
- OR mit Assessment 1,25, entspricht NNT von 17



Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. Cochrane Database Syst Rev. 2011(7): CD006211

- **5 Meter Gehstrecke**

- < 6 sec: normal
- > 6 sec: langsam

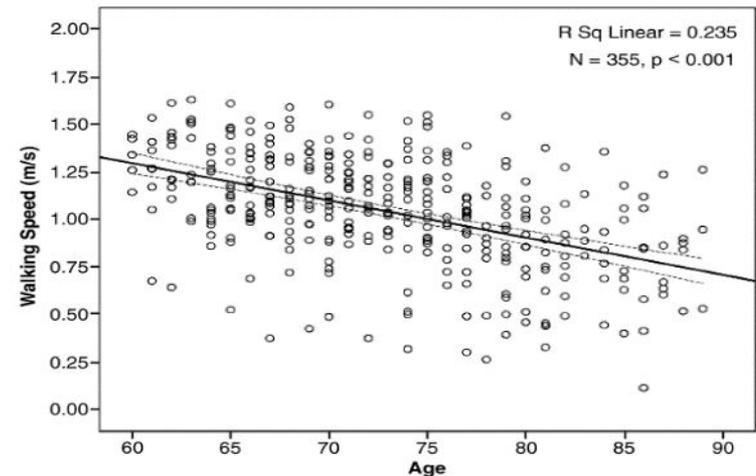
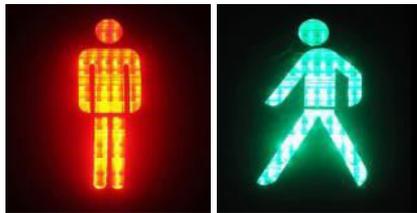


- **Ergebnis:**

- Gehgeschwindigkeit ist einfach und effektiv
- zur Risikostratifizierung älterer Patienten

# Schaffen sie es über die Straße ?

- **Beobachtungsstudie**
- **0,9 m/s für < 65 Jahre**
- **0,8 m/s für < 80 Jahre**



- **Zeit für Hochbetagte ungenügend, um Straße zu überqueren (<1.2 m/s)**
- **viele Menschen haben eine Gehbehinderung**

# Wie schnell ist am besten ?

- 1705 Männer 70 und älter CHAMP-Studie
- Gevatter Tod bevorzugt als Tempo 0.82 m/s unter Arbeitsbedingungen
- 1.36 m/s ist das beste Tempo dem Schicksal davonzulaufen
- → ergo: Gehgeschwindigkeit unter 6.0 sec



# Noch ein Screening - Die Anfänge

## Screening for Geriatric Problems in the Emergency Department: Reliability and Validity

JANE MCCUSKER, MD, DRPH, FRANÇOIS BELLAVANCE, PHD,  
SYLVIE CARDIN, PHD, SYLVAIN TRÉPANIER, MSC, AND THE  
IDENTIFICATION OF SENIORS AT RISK (ISAR) STEERING COMMITTEE\*

ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 1998; 5~883-893

## Was ist aktuell... ?

Z Gerontol Geriat 2012 · 45:310–314  
DOI 10.1007/s00391-012-0342-2  
Online publiziert: 24. Mai 2012  
© Springer-Verlag 2012

U. Thiem<sup>1</sup> · H.W. Greuel<sup>2</sup> · A. Reingraber<sup>2</sup> · P. Koch-Gwinner<sup>3</sup> · R. Püllen<sup>1</sup> ·  
H.J. Heppner<sup>1</sup> · M. Pfisterer<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V., Geschäftsstelle, Köln

<sup>2</sup> Bundesverband Geriatrie (BVG)

<sup>3</sup> Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

## Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland

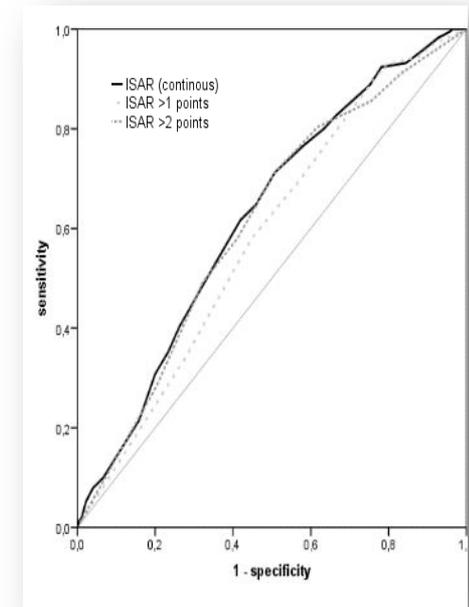
# Identification of Seniors at Risk (ISAR)

Bitte jede Frage mit Ja oder Nein beantworten

<i>Hilfebedarf</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Akute Veränderung des Hilfebedarfs</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Hospitalisation</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Sensorische Einschränkung</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Kognitive Einschränkung</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> Nein	0
<i>Multimorbidität</i>	<input type="checkbox"/> Ja	1
6. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein	0
	Summe:	___

# Methode und Ergebnisse

- **Patienten  $\geq 75$  Jahren in**
- **$\geq 2$  Punkten  $\rightarrow$  positiv**
- **follow up:**
  - Telefon nach 28 Tagen
  - Telefon nach sechs Monaten
  - Wohn- / Aufenthaltsort / Pflegbedarf
  - ambul. oder stat. Wiederaufnahme
- **Odds-Ratio (OR) 2.62 (95% CI= 1.62- 4.23) für ISAR  $\geq 2$  Punkte**
- **Odds-Ratio (OR) 2.40 (95% CI= 1.67- 3.45) für ISAR  $\geq 3$  Punkte**



# Ein Blick in die Zukunft ...



**begleitendes Versorgungsmanagement**  
inkl. Arzneimittelmanagement

- **03360 hausärztliches geriatrisches Basisassessment**
- obligater Leistungsinhalt
- Erhebung der Funktionseinschränkungen
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeit mittels standardisierter Testverfahren
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr mittels standardisierter Testverfahren
  
- **03362 hausärztlicher geriatrischer Betreuungskomplex**
- obligater Leistungsinhalt
- persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Einleitung und/oder Koordination der Behandlung von geriatrischen Syndromen
- Überprüfung der verordneten Arzneimittel sowie ggf. der Arzneimittelhandhabung
- Erstellung und/oder Aktualisierung eines Medikationsplans

## **vor** dem vollendeten 70. Lebensjahr



- bei Vorliegen einer der in 3.2.4 Nr. 1 genannten Erkrankungen (Demenz, Alzheimer, Parkinson-Syndrom)

## **nach** dem vollendeten 70. Lebensjahr

- bei Vorliegen einer geriatrietypischen Morbidität
- und/oder Vorliegen einer Pflegestufe
- Mobilitätsstörung (Fallneigung und Schwindel)
- komplexe kognitive, emotionale Beeinträchtigung
- Frailty-Syndrom
- Dysphagie
- Inkontinenz
- therapierefraktäres chronisches Schmerzsyndrom

- ... grundsätzlich Behandlungshilfe
- ... grundsätzlich Qualitätsverbesserung

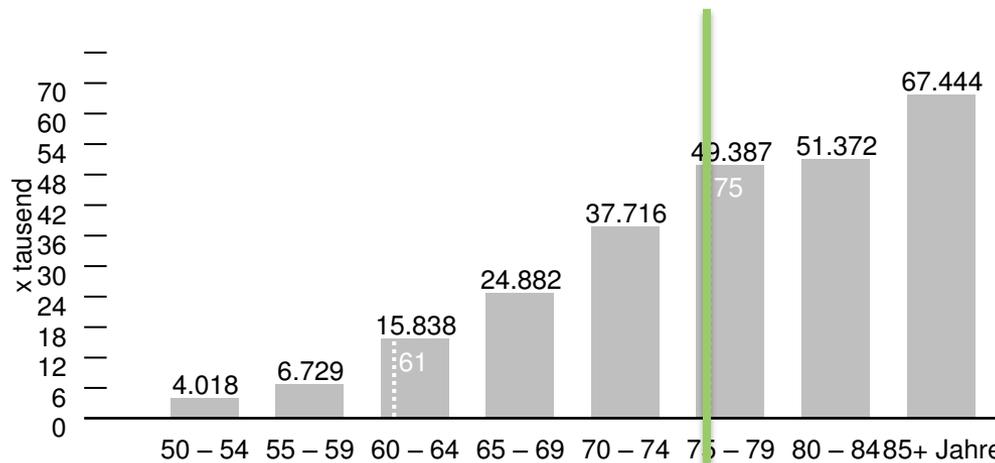
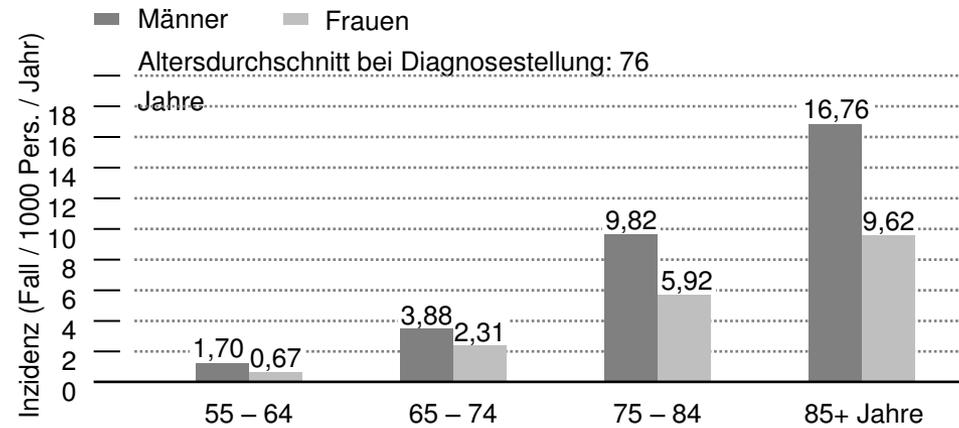
**ABER**

**Summe der Leitlinien einzelner Erkrankungen**

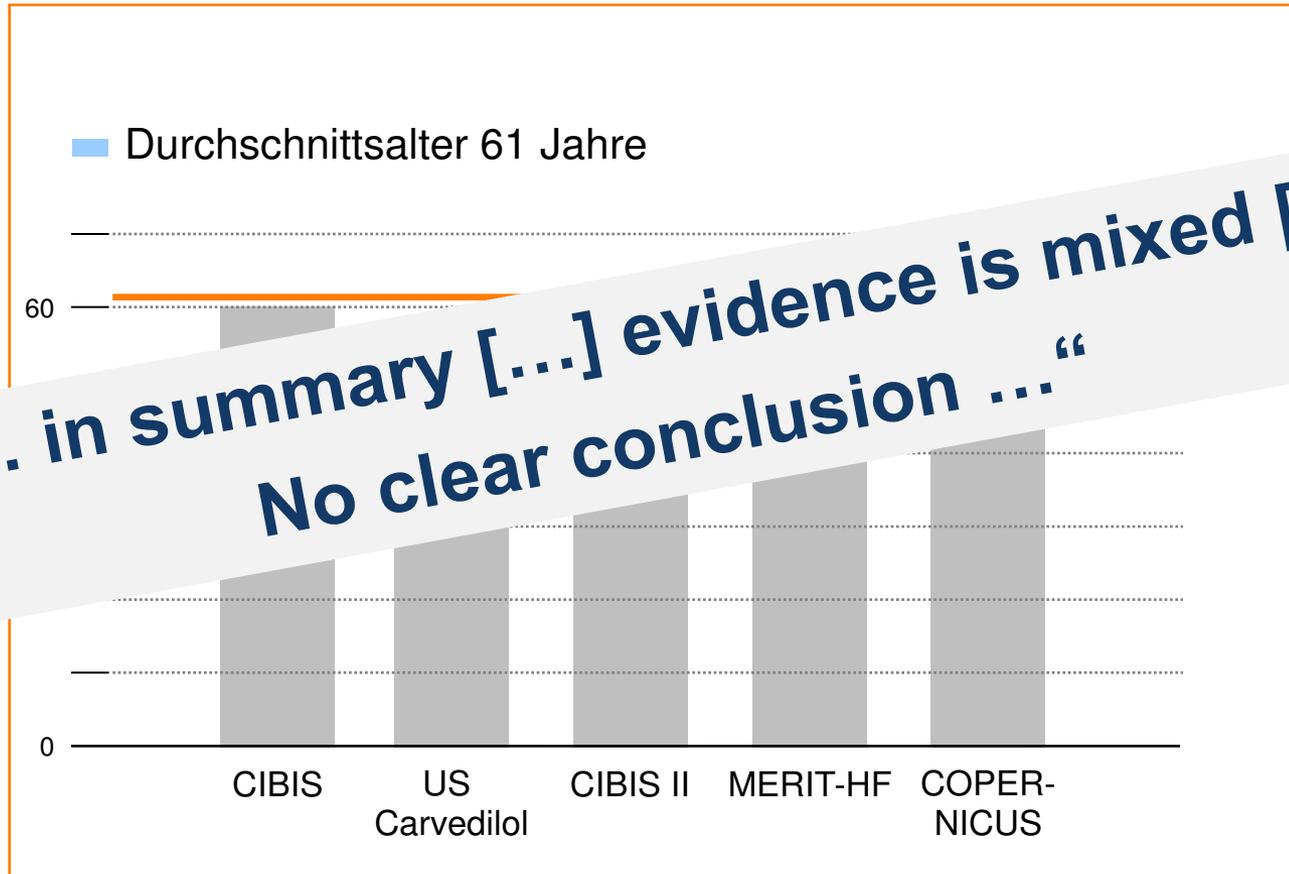
**≠**

**Leitlinie zur Behandlung der Multimorbidität**

# Epidemiologie Herzinsuffizienz



# Patientenalter in bisherigen Studien



Spinewine A et al: Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised? Lancet. 2007;14:173-84

# Sepsis beim älteren Patienten

- **steigende Tendenz**

- **hohe Mortalität**

Martin GS et al: The effect of age on the development and outcome of adult sepsis. Crit Care Med 2006;34:17

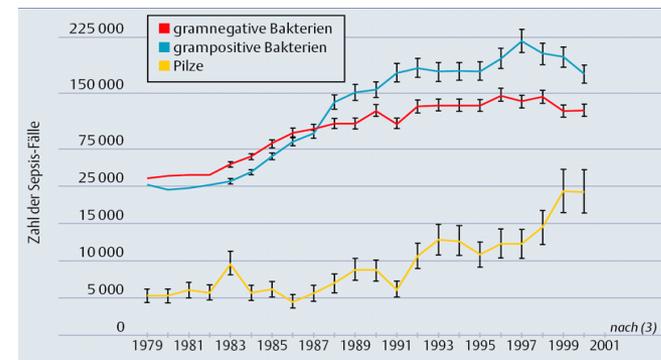
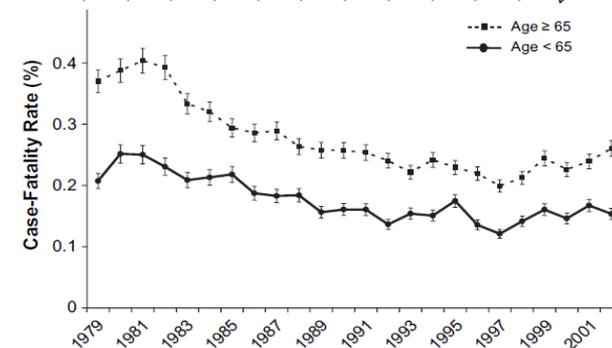
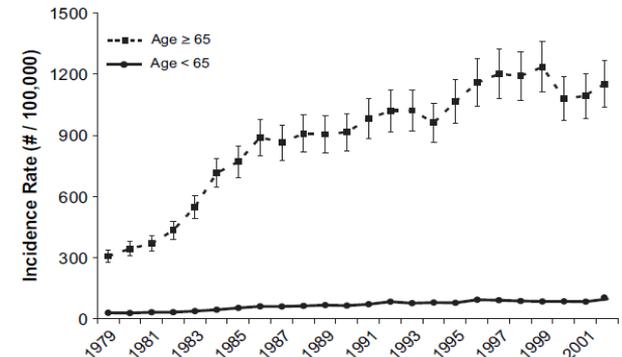
- **Erregerwechsel**

- **Funktionalität**

- **invasive Mykosen**

Martin, NEJM, 2003; 348: 1546

Heppner HJ, Euro J Ger 2010;10:80-4



nach (3)

- **Heterogenität der Studienpopulation**
- **differente Endpunkte**
- **Multimorbidität**
- **Multimedikation**
- **Frailty**
- **„lost of follow ups“**

- **Auftrag Forschung**

- Forschungsprojekte mit alten Patienten initiieren
- Entwicklung und Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

- **Auftrag Lehre**

- Lernen und Lehren in der Organisation

- **Auftrag Ausbildung**

- Ausbildung von medizinischem Fachpersonal

- **Auftrag Weiterbildung**

- Weiterbildung Geriatrie

# Nachwuchsgeriater ...

- ... frühzeitig gewinnen!
- Studium mit klaren, einheitlichen Lernzielen
- bereits beim Einschreiben an der Universität die Studenten für das Fach interessieren
- Geriatrie vom ersten Tag an fest ins Studium integrieren
- praxisorientiertes Lernen muss die Geriatrie auszeichnen

- Nachwuchs begeistern „change attitude“
- Schärfung wissenschaftliches Profil
- Internationale Studien
- Forschungsnetzwerk und Forschungszentrum
- Positionierung und Leuchtkraft
- Akademisierung der Geriatrie (Lehrstühle)

***Wer etwas verändern will, der sucht Wege.  
Wer nichts ändern will sucht Gründe.***

**Prof. Dr. Hans Jürgen Heppner, MHBA**

**Klinik für Geriatrie Klinikum Schwelm  
Lehrstuhl für Geriatrie  
Universität Witten/Herdecke**

Helios Klinikum Schwelm  
Dr.-Moeller-Str. 15  
58332 Schwelm

Telefon: 0049-(0) 2336-48-1560

E-Mail: [hans.heppner@uni-wh.de](mailto:hans.heppner@uni-wh.de)

