

Thesen zum erfolgreichen Aufbau von Geriatrischen Versorgungsverbänden



Prof. Dr. med. Ralf-Joachim Schulz

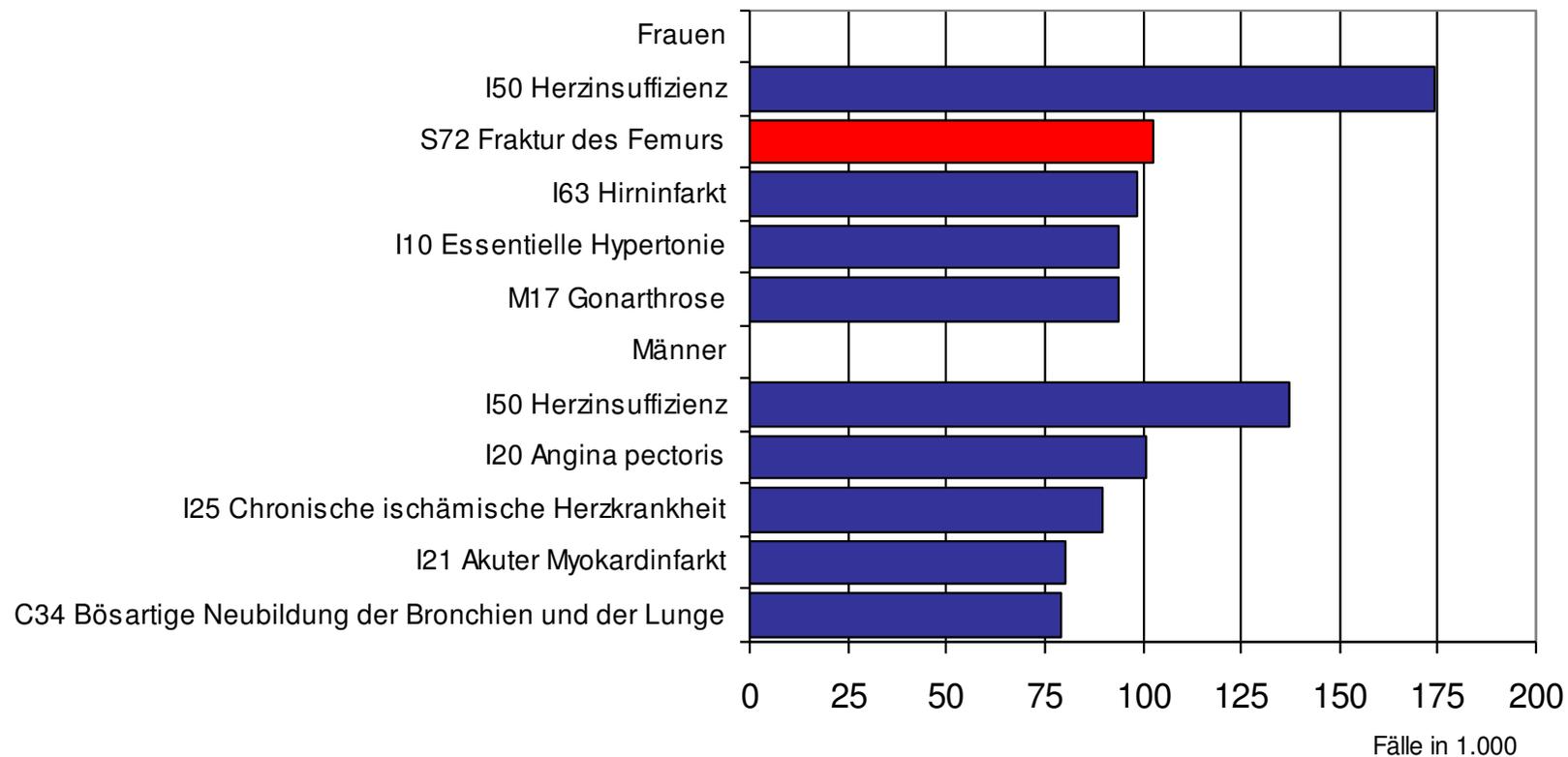
Klinik für Geriatrie am St. Marien-Hospital

Kuniberts kloster 11-13

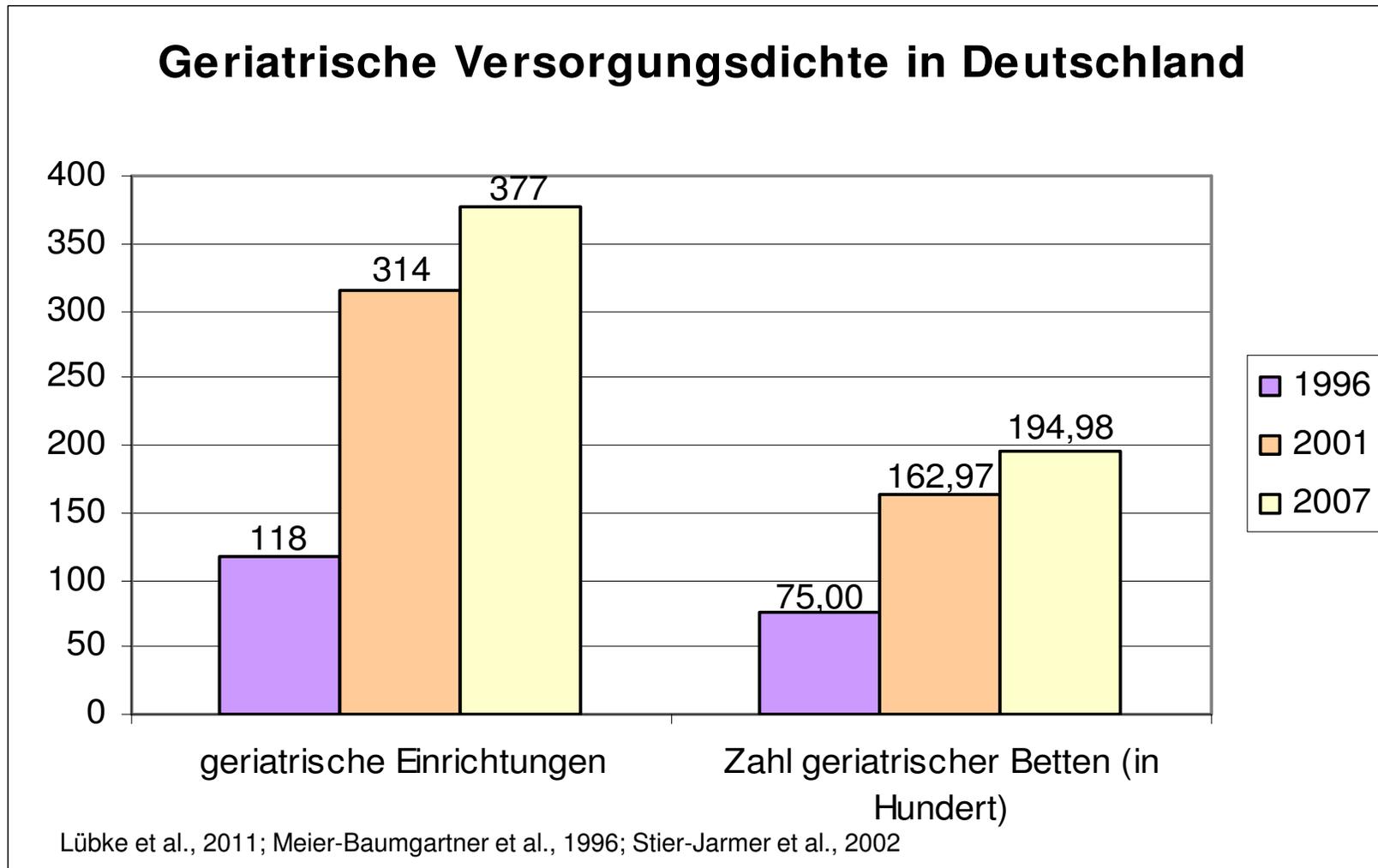
50668 Köln

- Stationäre Betten werden in akutmedizinischen Fächern in nahezu allen Bereichen reduziert
 - Zunehmend teilstationäre oder ambulante Versorgung
 - Liegezeiten in klassischen Gebieten deutlich zunehmend
 - Stationäre Betten werden im geriatrischen Gebiet zunehmend umgewidmet

Häufigste Diagnosen der vollstationären Patienten Deutschland 2008 nach Geschlecht im Alter von 65 Jahren und älter



Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Diagnosedaten der Krankenhäuser 2008 für die häufigsten Diagnosen. <http://www.gbe-bund.de>



- DRG-System „belohnt“ den Arzt für
 - optimales Behandlungsergebnis
 - ...in kürzester stationärer Zeit
 - ...ohne Komplikationen innerhalb von ca. 30 Tagen

Die Patienten sind in den letzten Jahren gesünder gealtert

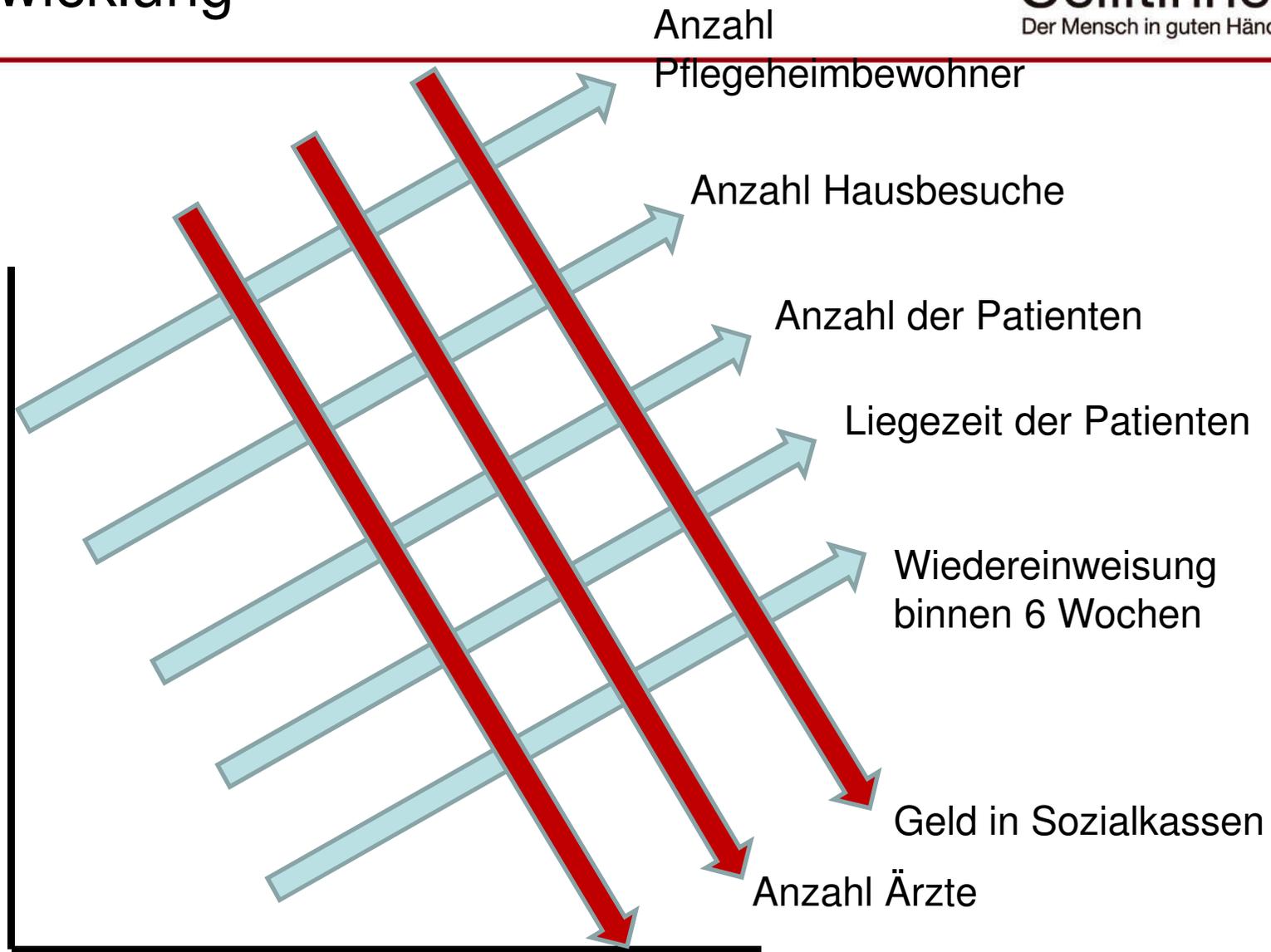
- 2004:

Durchschnittsalter 74 Jahre/ 13 Diagnosen und 9 Medikamenten

- 2014:

Durchschnittsalter 85,6 Jahre/ 13 Diagnosen und 7 Medikamenten

Entwicklung



- Pflege / medizinische Versorgung von hochbetagten Patienten
 - Personal-intensiv
 - Kosten-intensiv
 - AAL bedingt hilfreich

Der geriatrische Patient

- ✓ mehr als 2 therapiebedürftige Erkrankungen (Multimorbidität)
- ✓ altersbedingte Einschränkungen der Alltagsbewältigung
- ✓ drohende Immobilität mit Langzeitpflege
- ✓ kognitive / affektive Instabilität
- ✓ kritisch verminderte funktionelle Organreserven
- ✓ üblicherweise über 80 Jahre alt



- Normalität des Alterns von Krankheit abgrenzen
- Atypische Krankheitsverläufe im Alter erkennen
- Altersangepasste Normwerte fehlen häufig
- Krankheiten gewichten
- Leitlinientherapie bei Multimorbidität?
- Therapie – Begrenzung auf das Wesentliche
- Die Grenzen des „Machbaren“ erkennen & vermitteln
- Erschwerte Organmedizin bei Demenz
- Rehabilitation wohnortnah
- Umfeldbezogenheit – Familie und Wohnform

Lebensqualität im Alter und Aufgaben der Geriatrie

- Autonomie
 - Kognition, Mobilität, Kommunikation
- Kognition
 - Psyche (Demenz, Depression)
 - Kommunikation (Neurologie, Augen, HNO)
- Motorik
 - Neurologie & Orthopädie
 - Schmerz
 - Kardiopulmonale Belastbarkeit
- Soziales
 - Psyche, Kommunikation, Mobilität, Kontinenz

Comprehensive geriatric assessment (CGA) for older adults admitted to hospital

- Timing of admission is less critical than place of admission (benefit recruiting in the acute stage through to post acute stage)
- CGA does not appear to result in increased costs to hospitals and from a social standpoint appears to result in potential cost reduction
- Research needed:
 - ‘Who’ should optimally be treated with CGA
 - ‘When’ should patients be optimally treated



Wann den Geriater holen?

Ab 2015 Bettenplan NRW:
Bei Pat \geq 70 Jahre
Routine-Screening auf geriatrischen Handlungsbedarf während der Triage (Notaufnahme, NA) mit einem etablierten „fast screening tool“ (Greuel, Elkeles, Wolters, Schulz)

	ISAR Identification of seniors at risk	TRST triage risk stratification tool
	<ul style="list-style-type: none"> -in NA einsetzbar -Einschätzung Risiko für „poor outcome“ -verbreitetes tool, an grossem Kollektiv erprobt 	<ul style="list-style-type: none"> -in NA einsetzbar -persönliche Einschätzung des Anwenders möglich
	<ul style="list-style-type: none"> -Nicht anwendbar bei Demenz (Selbstauskunft) -geringer Prädiktionswert (AUC 0,61) (Edmans et al 2013) 	<ul style="list-style-type: none"> -Einschätzung abhängig von klin. Erfahrung des Anwenders -geringer Prädiktionswert (AUC 0,6) -Sensitivität 62% -Spezifität 57% (Lee et al 2008)

- *Hilfebedarf*

1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?

- *Akute Veränderung des Hilfebedarfs*

2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor

- *Hospitalisation*

3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?

- *Sensorische Einschränkung*

4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?

- *Kognitive Einschränkung*

5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?

- *Multimorbidität*

6. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?

•Dendukuri N, McCusker J, Belzile E (2004) The identification of seniors at risk screening tool : further evidence of concurrent and predictive validity. J Am Geriatr Soc 52:290-296

•McCusker J, Verdon J, Tousignant P et al (2001) Rapid Emergency Department Intervention for Older People. Reduces Risk of Functional Decline: Results of a Multicenter Randomized Trial. J Am Geriatr Soc 49:1272.1281

Cologne Screening Score (CSS)

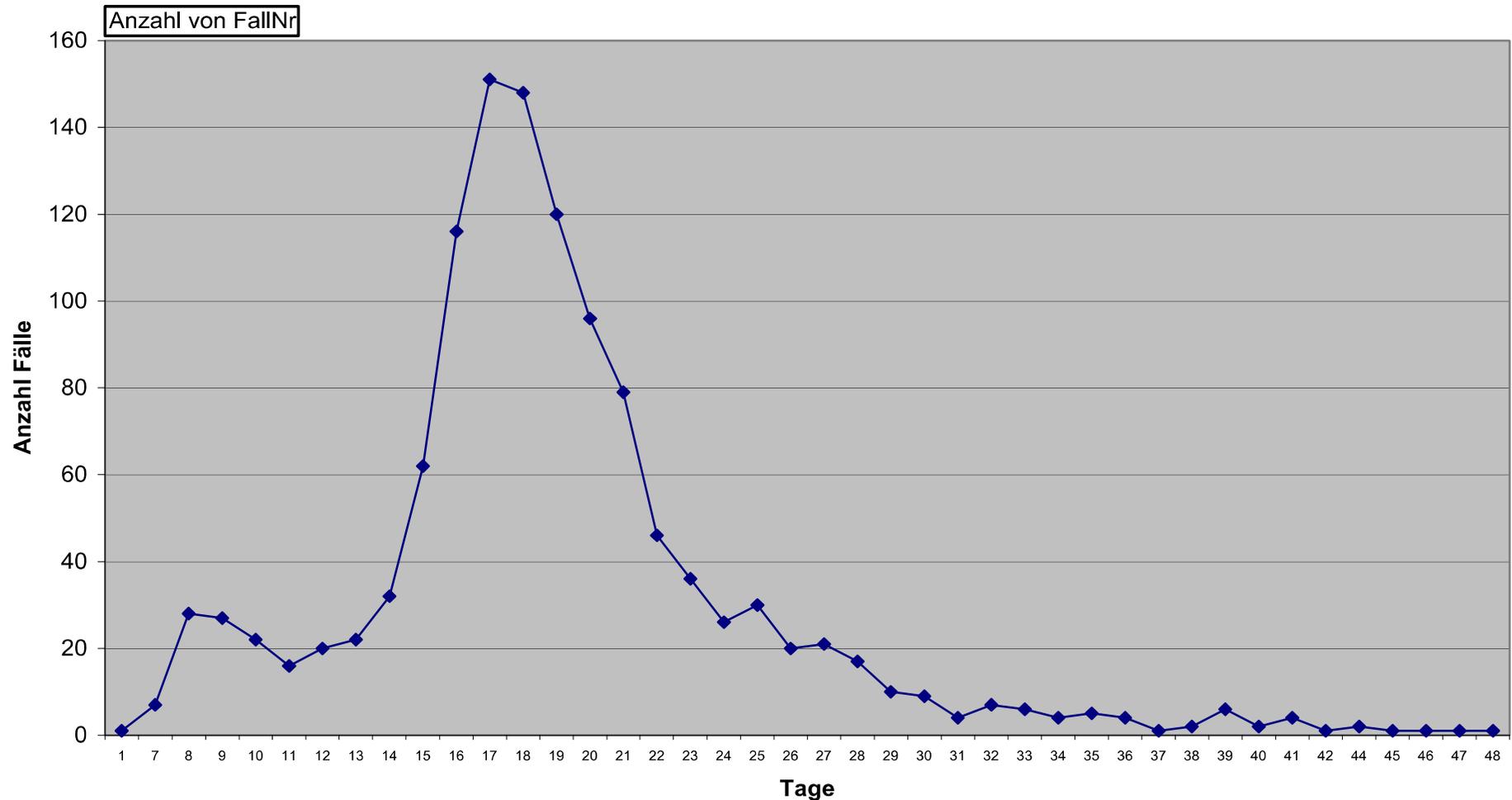
(Zillmann et al. Z Gerontol Geriat 2012, 45).

- Einschätzung des geriatrischen Handlungsbedarfs durch 4 Fragen zu den Items:
 - Ankleiden
 - Essen
 - Einkaufen
 - Komorbidität
- konzipiert für Notaufnahme und nicht-geriatrische Stationen
- Entwickelt an Pat. ≥ 70 Jahre
- Sensitivität 95,1%, Spezifität 93,2%, ROC-AUC 0,97

Stichprobe einer Klinik für Geriatrie

ISAR > 2

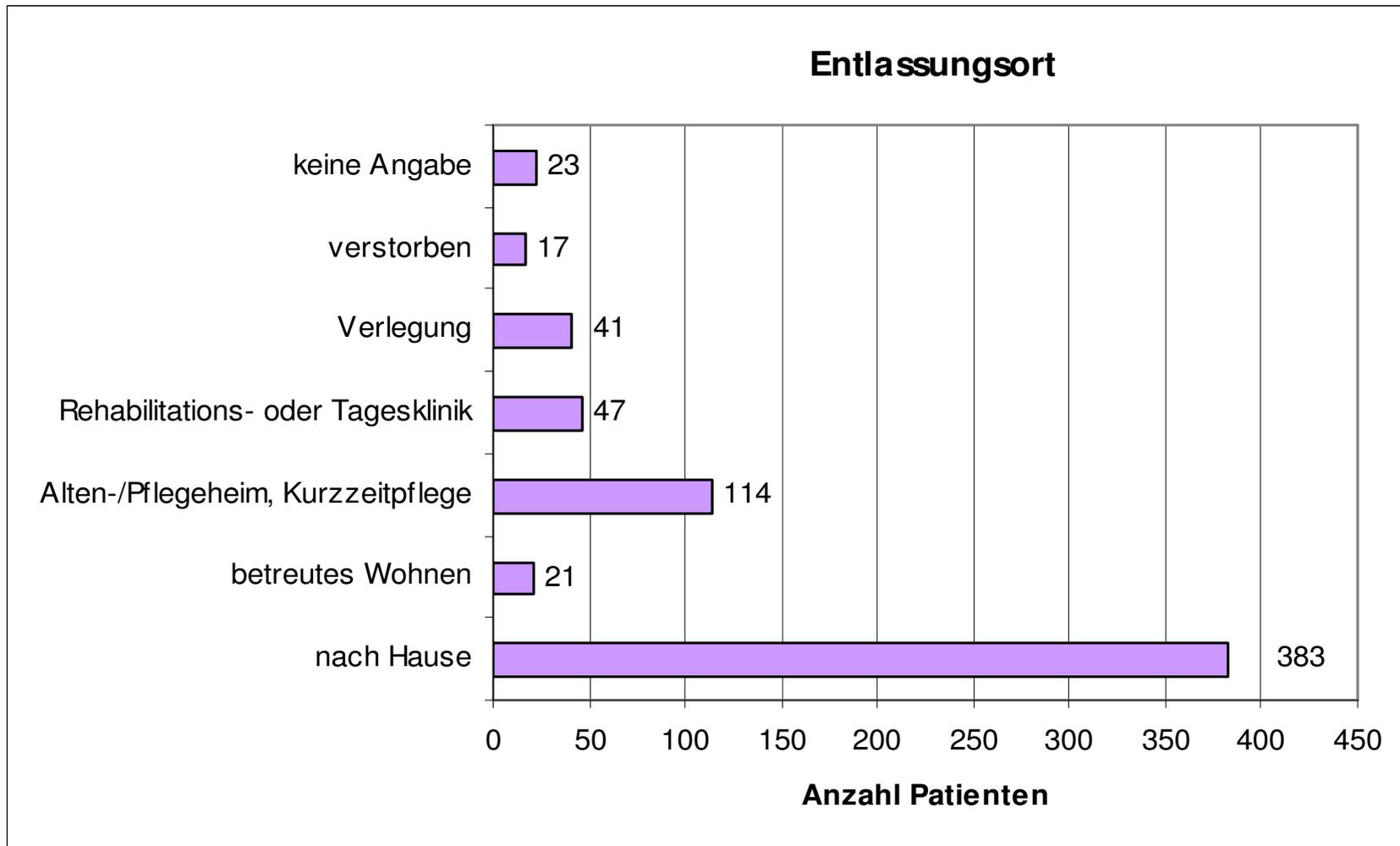
8/2013



Comprehensive geriatric assessment (CGA) for older adults admitted to hospital

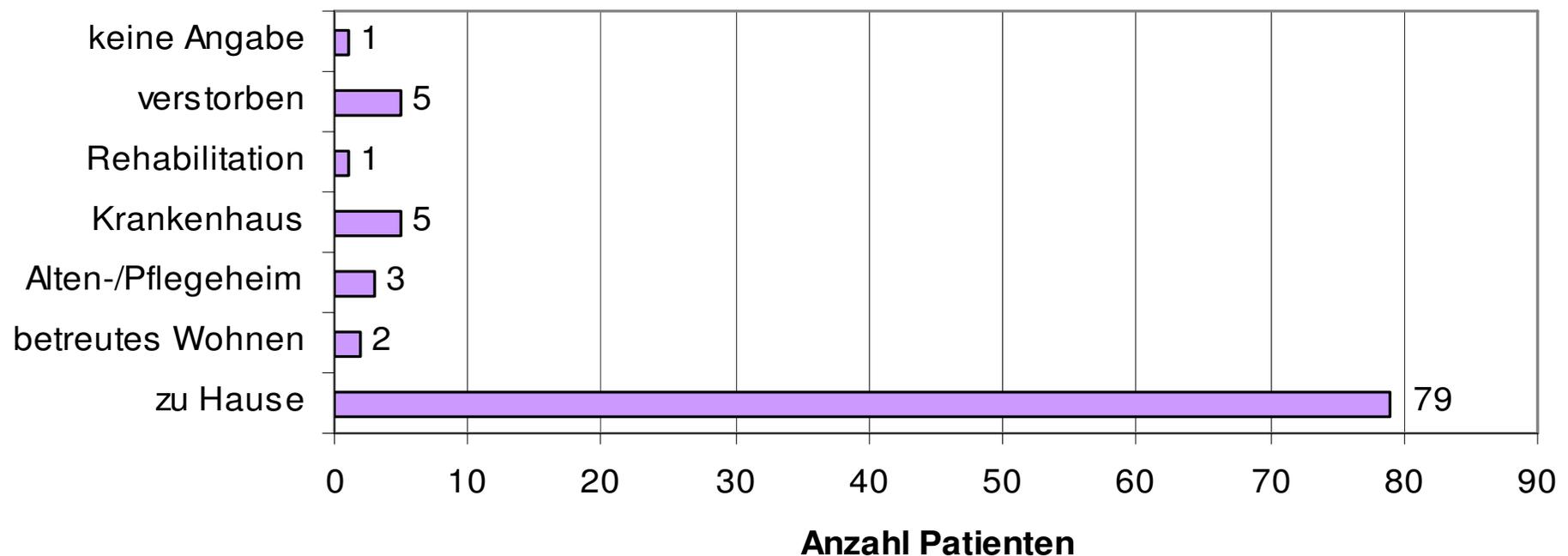


- 22 trials, 10 314 participants, 6 countries
- Patients in receipt of CGA were
 - more likely to be alive in their own homes at up to six months
 - less likely to be institutionalized
 - less likely to suffer death or deterioration
 - more likely to experience improved cognition



Follow-Up-Erhebung nach ca. 6 Monaten der nach Hause entlassenen Patienten

Aktueller Wohnort nach Hause entlassener Patienten



BI-post vs. BI-follow-up

- t-Test für gepaarte Stichprobe:
BI-Wert nimmt im Mittel leicht ab, dieser Unterschied
ist aber statistisch nicht signifikant

$$M_{\text{BI-Entlassung}} = 69,1 \quad SD = 23,13;$$

$$M_{\text{BI-Follow-up}} = 65,0 \quad SD = 24,28; \text{ n.s.}$$

- Fordyce-Happiness Scale:
 - am häufigsten (20 %) neutrale Antwortmöglichkeit gewählt
 - weder besonders glücklich noch besonders unglücklich

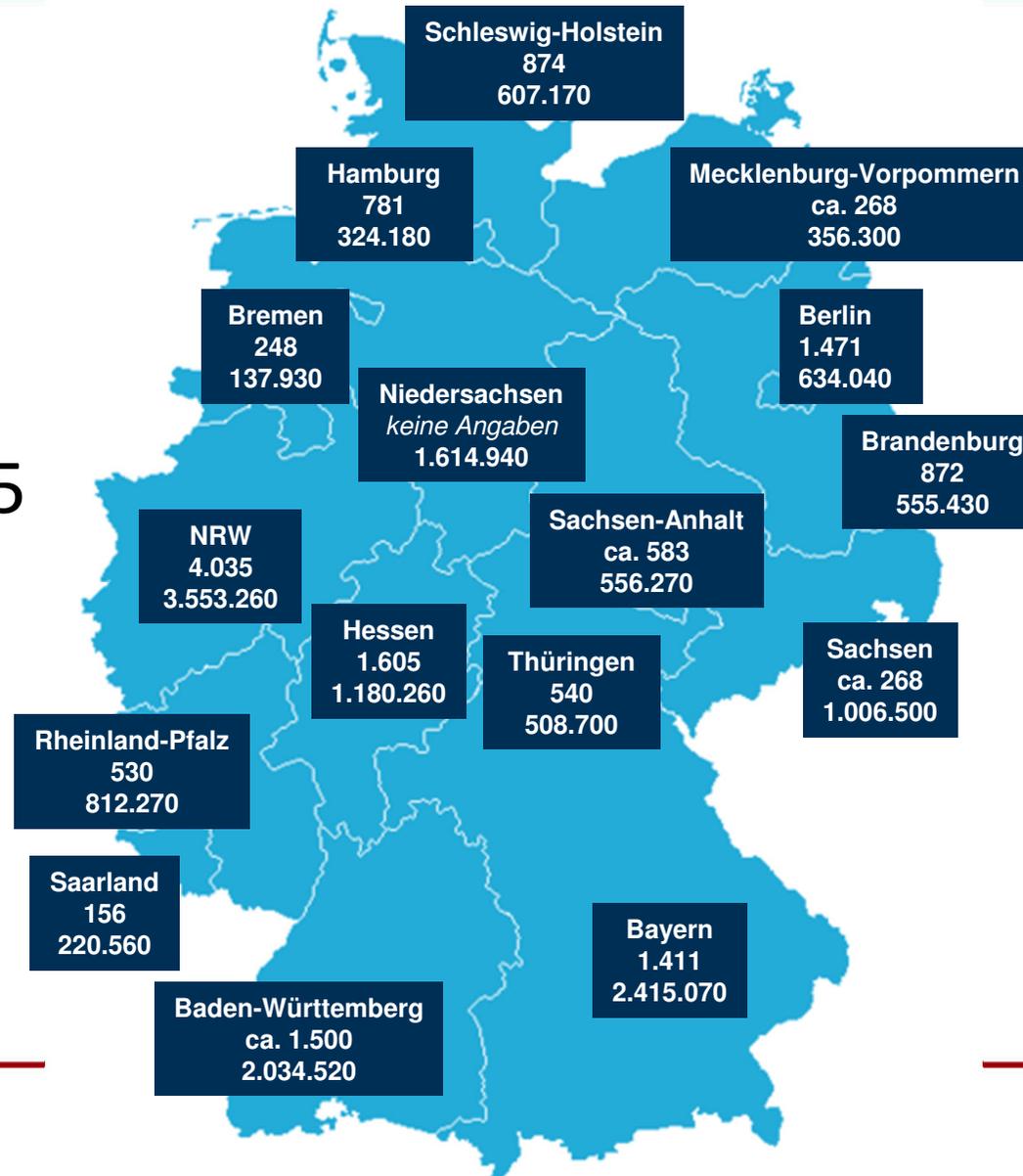
$$Median_{\text{Fordyce}} = 5; M_{\text{Fordyce}} = 4,95, SD = 2,55$$

- Krankenhausplan NRW 2015 tritt in Kraft!
 1. Patienten über 75 Jahren werden zukünftig in Notaufnahmen besonders gescreent und untersucht.
 2. Die Bettenanzahl in der Geriatrie steigt um 13,3 Prozent auf 4.653 Betten!
 3. Verpflichtender Versorgungsverbund von KH, um Kooperationen mit Geriatrien einzurichten.
 4. Aufbau großer geriatrischer Zentren, um die Weiterbildung behandelnder Mediziner zu gewährleisten.



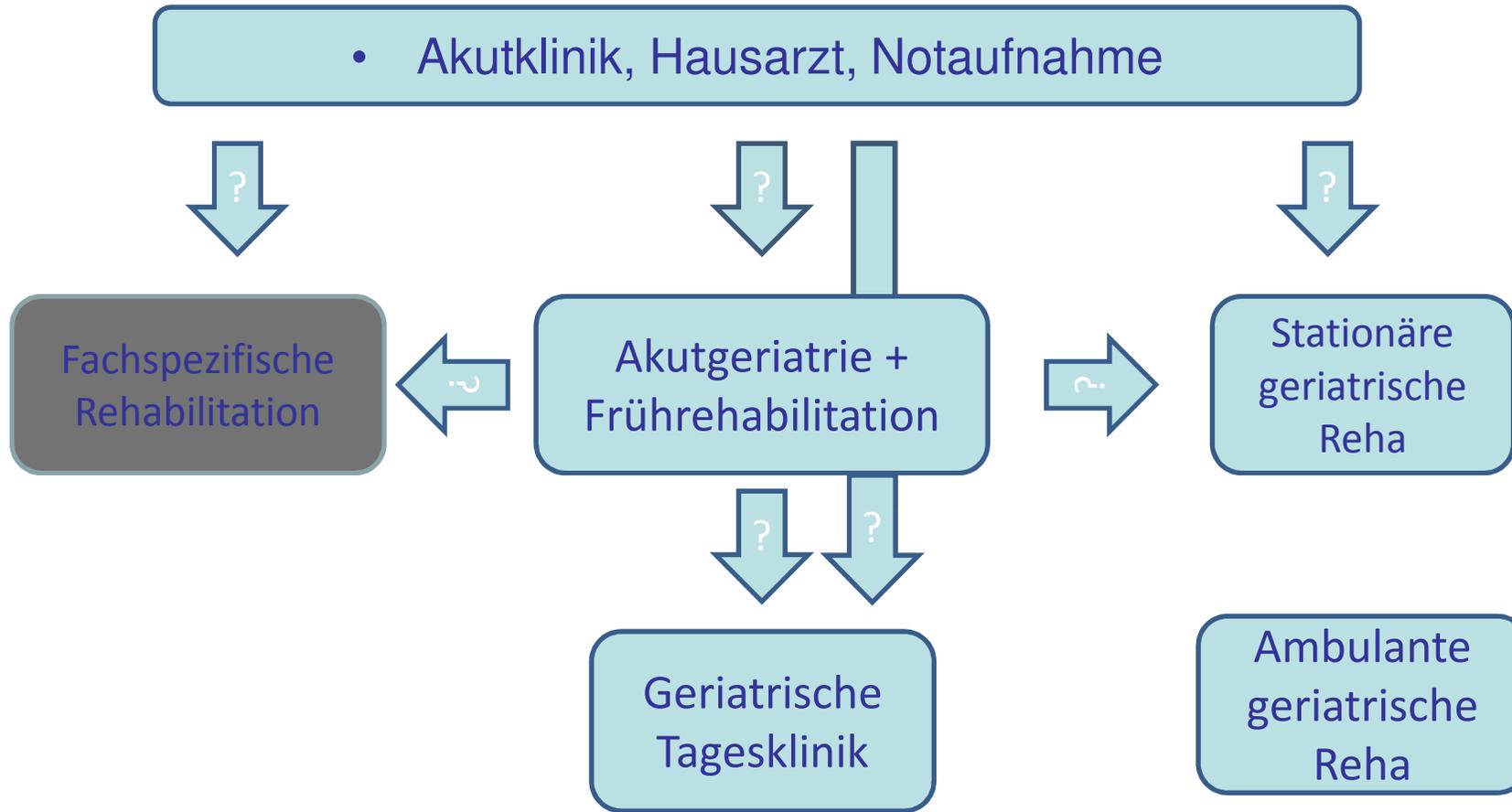
Mehr Betten für die Geriatrie

Akut-
geriatriische
Betten in
Bezug auf
Einwohner >65



Quelle:
Statistisches Bundesamt
Gesundheitsministerien
der Bundesländer

Wahl der Versorgungsform



Ziele der stationären geriatrischen Rehabilitation

- Wiederherstellung und Erhalt größtmöglicher Selbstständigkeit
- Vermeidung von Pflegebedürftigkeit
- Förderung verbliebener Fähigkeiten
- Vermeidung sekundärer Schäden und Komplikationen
- Wiedereingliederung in das soziale Umfeld
- Anpassung der Umgebung an die individuelle Leistungsfähigkeit
- Organisation der häuslichen Versorgung
- Versorgung mit Hilfsmitteln



- Die Öffentlichkeit fordert Antworten!
 - Wer sollte in der Geriatric versorgt werden?
 - Welches Screening, Assessment, Therapiepfad?
 - Ressourcen effektiv nutzen!
 - Qualitätsparameter mit definieren!
 - Gerüstet sein auf die individuellen Verhandlungen von Kliniken und Kassen
-

Netzwerke knüpfen

