



Medizinische Universität Graz

*ZUKUNFT EINER INTEGRIERTEN
VERSORGUNG VON GERIATRISCHEN
PATIENT*INNEN - VOM BEDARF ZUR
INNOVATION*


Univ. Prof. Dr. Gerhard Wirnsberger
Medizinische Universität Graz

Forschungsgruppe für Altersmedizin und Lebenslange Gesundheit



medizin des
alten menschen

Offenlegung potentieller Interessenskonflikte ...

- *PI der EU Studie “Screening for Chronic Kidney Disease (CKD) among Older People across Europe (SCOPE)”*
- *Leiter des SCOPE Workpage (WP) 7 “Dissemination Strategy”*
- *Mitglied der EU Studie “Sarcopenia and Physical Frailty in Older People: Multi-Component Treatment Strategies (SPRINT-T)”*
- *Mitglied der EU Arbeitsgruppe*  **VIG)OUR**



Hintergrund ...

- *Der demografische Wandel bringt eine **erhöhte Inzidenz** von nichtübertragbaren chronischen Erkrankungen (NCCD) mit sich, auch der Demenz.*
- ***Demenz** ist ein **Syndrom**, keine Diagnose im klassischen Sinn (chronisch progressiver Charakter, multifaktoriell bedingt).*
- ***Kennzeichnend** eine Beeinträchtigung der Merkfähigkeit, des Denkens, des Verhaltens und der Selbstversorgungsfähigkeit.*

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>



Demenz: “Burden of Disease“

- **Steigende Mortalitätsraten und Kosten** im Gesundheits- und Sozialsystem (bis **2050** geschätzte Prognose **115,4 Millionen** Menschen weltweit betroffen).
- **Präventionsmaßnahmen** betreffend endokrine Störungen und Hypertonie aber auch Rauchen und Lebensstil.
- **Stabilisierung neurologischer Symptome** bzw. **Erhaltung der individuellen Resilienz** sind zentrale Elemente bei einer manifesten Erkrankung.
- **Im fortgeschrittenen Stadium** der Erkrankung steht eine **soziale/ pflegerische Versorgung** im Vordergrund.



Kernziele des Managements ...

- *Möglichst **frühe** Diagnose*
- ***Optimierung** der physischen Gesundheit, Kognition, des individuellen Wohlbefindens bzw. der Aktivität und **Selbstversorgungsfähigkeit** Betroffener*
- ***Management** von Verhaltensauffälligkeiten und psychosozialen Bedürfnissen*
- ***Information** und **Aufklärung** sowie langfristige und nachhaltige Unterstützung Angehöriger*

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>



Der Alltag ...



Der geriatrische "Klassiker" ...

Lebt zu Hause

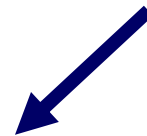


Akute Erkrankung

+ Demenz + Delir



Akutkrankenhaus
(Interne, Chirurgie, Intensiv)



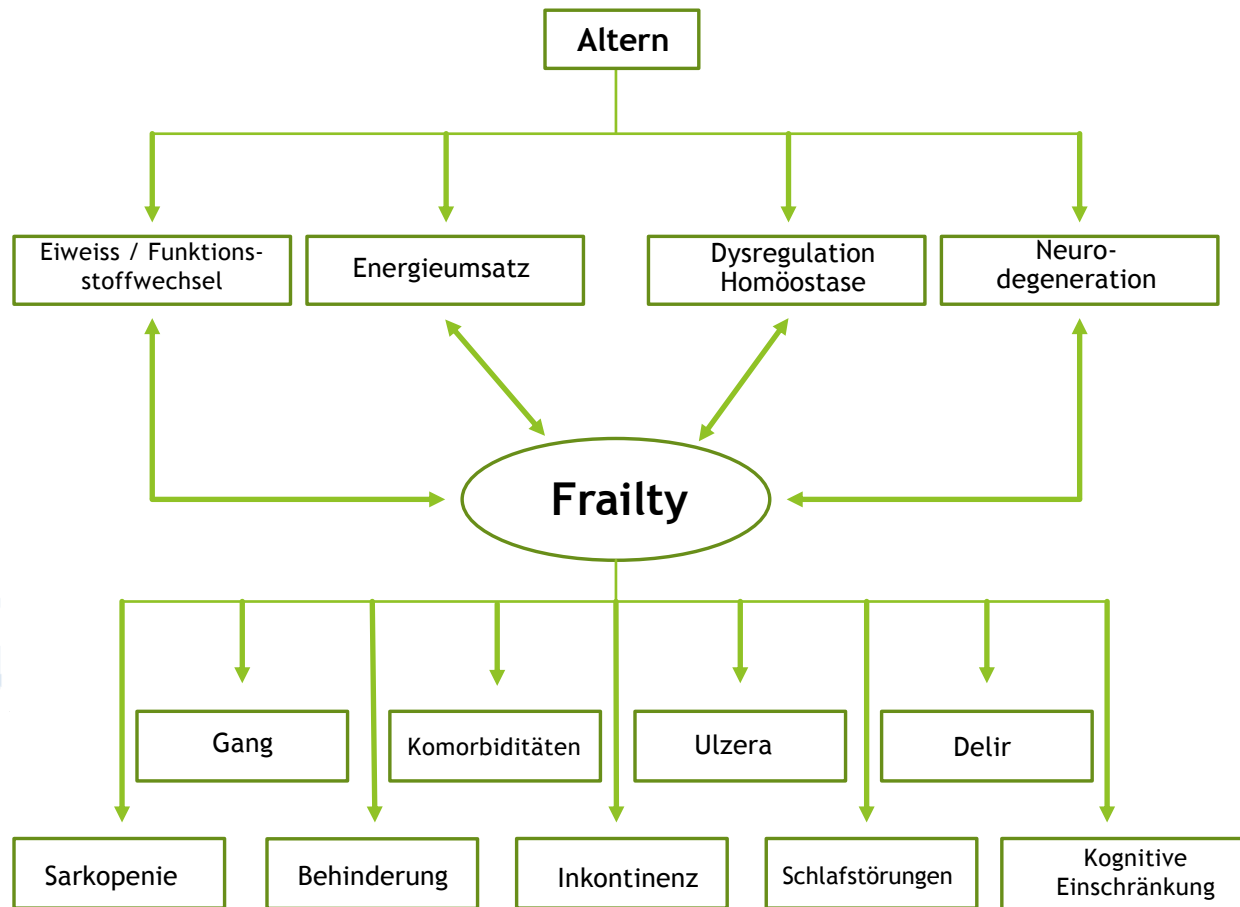
Pflegeheim





Was macht den “alten“ Patienten so anders ?

Alt - Krank - Sarkopen - Frail

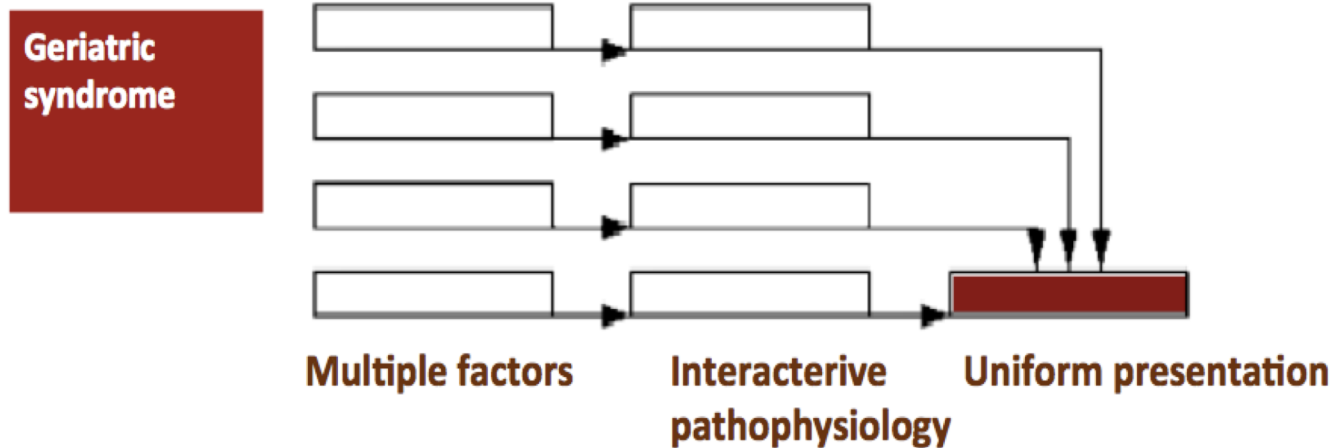
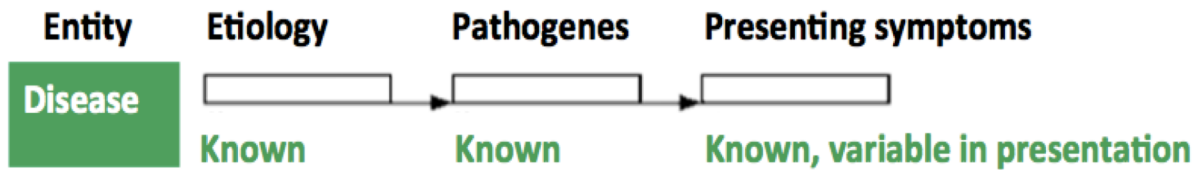


Reduzierte Resilienz / funktionelle Reserve



Geriatrische Syndrome

Erkrankung versus Geriatriische Syndrome



Olde Rikkert MG et al. Neth J Med 2003, 61,83-87



Warum geht es schief ? (I)

Alterung



Nutzen / Risiko

- *Therapiezielanpassung / “Advanced Care Planning“*
- *ADRs maskieren oft altersassoziierte Symptome*
- *Atypische Symptomenpräsentation*



Warum geht es schief ? (II)

Guideline-basierte Verschreibungen

- *Multimorbidität oder Frailty werden nicht in die Therapieentscheidung einbezogen.*
- *Fokus lag auf den Verschreibungen, nicht auf der gezielten Reduktion von Medikamenten ...*



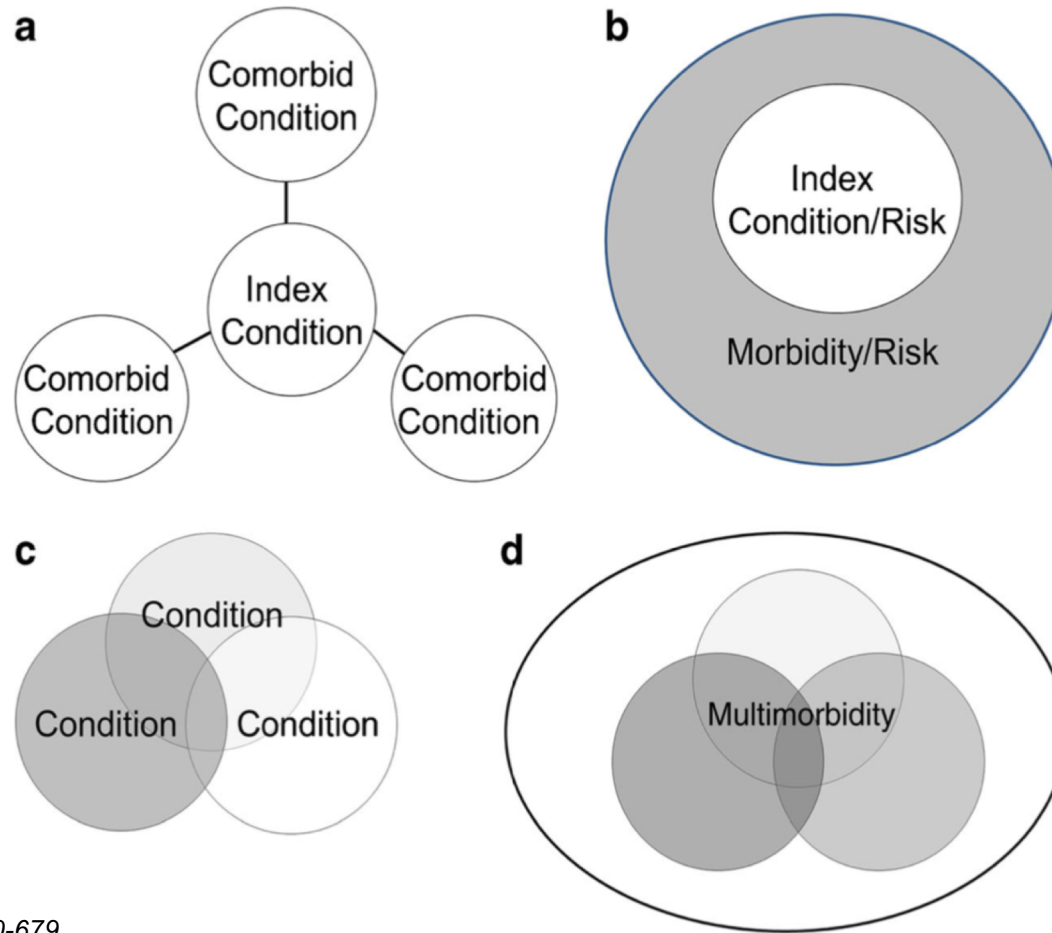
Demenz und Ko-Morbiditäten



- **Koinzidenz** ohne ursächlichen Zusammenhang
(z.B. gleichzeitig Karzinome etc.)
- **Assoziation** mit statistischem Zusammenhang
(z.B. statistische Assoziation mit gehäufterem Auftreten von Delir und Depression)
- Unmittelbare **Kausalität**
(z.B. ischämischer Insult oder intrazerebrale Hämorrhagie im Rahmen einer vaskulären Demenz)



Co-Morbidities and how to rank ...



Demenz: Herausforderungen für das klinische Management

- *Nicht immer eindeutige **Ein- und Ausschlusskriterien** in Studien zur Komorbidität mit Demenz (unterscheiden nicht zwischen Alzheimer- und vaskulären Demenzen).*
- *Nicht **exakte Zuordnung zu Risikofaktoren** bzw. auch **psychopathologischen Störungsmustern** (kortikaler bzw. subkortikaler Fokus?).*
- ***Polypharmazie** bei Multimorbidität (aktuelle Registrierungen erlauben keine Unterscheidung zwischen diskordanten Komorbiditäten (z.B. Diuretika -> Hyponatriämie -> Delir -> Demenz ± Depression als additiver Faktor der Entgleisung).*
- ***Multimorbiditäts - Guidelines** nehmen selten Demenz als Grundlagefaktor mit ins Konzept auf.*

Herausforderungen im Alltag

- *Demenzkranke klagen nicht ! -> **Symptome bleiben oftmals unerkannt !***
- *Krankheitszeichen häufig **atypisch***
- *Psychische Auffälligkeiten bleiben **unabgeklärt** -> häufig nur psychopharmakologische Therapie adjuvant*
- *Kranke **kooperieren nicht** bei körperlicher Untersuchung -> Anamnese?*
- ***Fluktuationen** bei Kontakten -> Zeit für medizinische Kontakte ?!*

Hofmann W. Z Gerontol Geriatr 2013,46:198-202



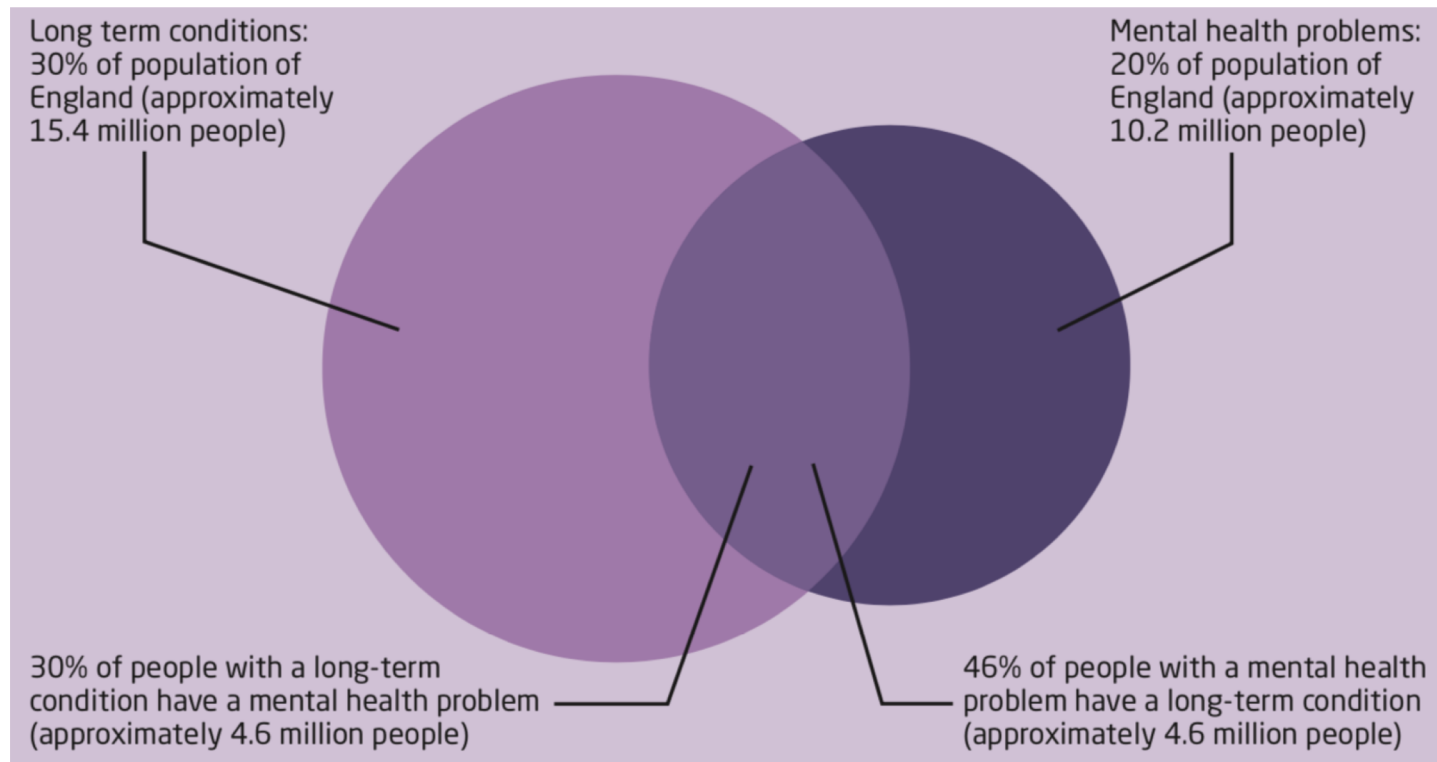
S3 Leitlinie Multimorbidität

*“Given the complexity of health problems in patients with multimorbidity, there is wide consensus that the concept of **‘Patient-Centered Care’** should guide any approach to care.”*

Muche-Borowski C et al. Case-based development of an overarching algorithm to structure and guide primary care encounters for patients with multimorbidity. BMJ Open 2017



Beziehung zwischen chronischen Erkrankungen und mentaler Gesundheit



The King's Fund and Centre for Mental Health 2012



Co-Morbiditätsmuster ...

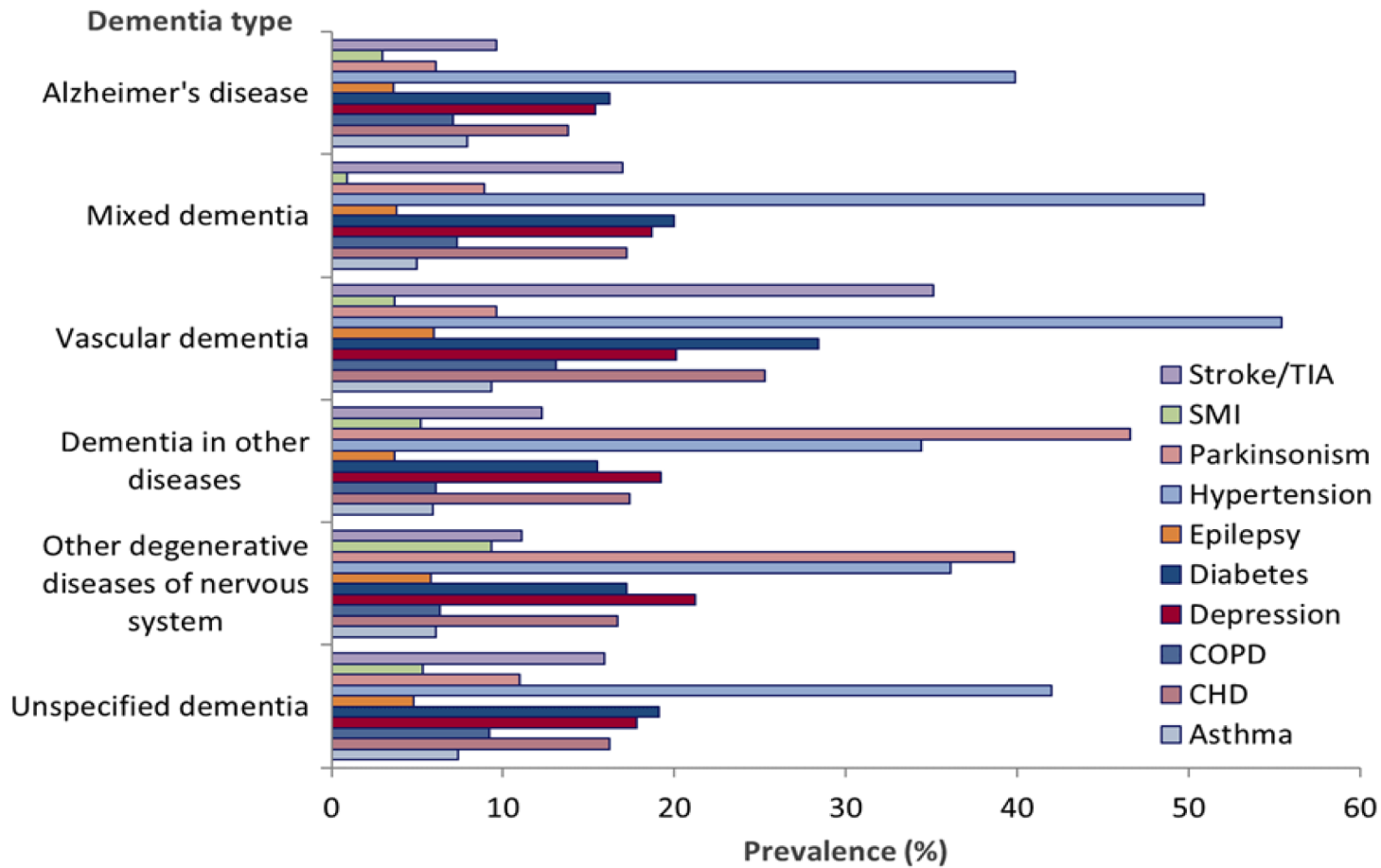
- *In longitudinalen Kohortenstudien Anteil der **multimorbiden Demenzerkrankten** ~ 3,5 - 3,7 % (Diagnosestellung über Fachärzt*innen)*
- *Frage: “Bilden wir im Diagnoseschlüssel **tatsächlich** die Realitäten ab?”*
- *Im akutstationären Bereich “**Überlappungen**“ zwischen Demenz / Delir / Depression*

Sanders JL et al. J Am Geriatr Soc 2016,64:1242-1249

Whitson HE et al. J Am Geriatr Soc 2016,64:1668-1673



Demenzformen und Ko-Morbiditäten



<https://www.gov.uk/government/publications/dementia-comorbidities-in-patients/dementia-comorbidities-in-patients-data-briefing>

Qualität des Chronic Care Managements im Vergleich



Quality indicator	Adults with dementia (n = 1335)		Adults without dementia (n = 1171) ^a		Adjusted absolute difference ^b	
	Eligible participants, No.	Adjusted mean % ^b	Eligible participants, No.	Adjusted mean % ^b	Coefficient, percentage points (95% CI) ^c	P value
Preventive care						
Influenza vaccine	1243	74.5 (71.3 to 77.7)	1040	79.0 (76.0 to 81.9)	-4.5 (-8.9 to 0.0)	.049
Smoking cessation counseling	90	70.7 (59.0 to 82.3)	252	75.1 (68.8 to 81.5)	-4.4 (-17.4 to 8.5)	.50
Dental care	1270	40.9 (37.0 to 44.8)	1058	45.0 (41.3 to 48.8)	-4.1 (-9.4 to 1.2)	.13
Diabetes care						
HbA _{1c} measurement	200	86.8 (80.4 to 93.2)	249	84.1 (79.0 to 89.1)	2.7 (-6.1 to 11.6)	.54
Foot examination	301	79.5 (73.1 to 85.8)	397	77.5 (72.4 to 82.5)	2.0 (-6.6 to 10.6)	.65
Eye examination	303	67.8 (61.1 to 74.5)	403	68.1 (62.5 to 73.6)	-0.3 (-8.1 to 7.6)	.94
Medication treatment						
Anticoagulation for atrial fibrillation	125	45.5 (34.8 to 56.2)	171	47.9 (39.2 to 56.6)	-2.4 (-16.1 to 11.2)	.73
ACE-I or ARB for heart failure	95	59.2 (46.9 to 71.6)	146	52.2 (43.8 to 60.6)	7.1 (-6.7 to 20.8)	.31
β-Blocker for heart failure	95	58.0 (45.7 to 70.4)	146	57.6 (47.6 to 67.7)	0.4 (-15.4 to 16.2)	.96
Antiplatelet for CAD or MI	293	35.3 (26.9 to 43.7)	398	36.3 (30.9 to 41.6)	-0.9 (-10.6 to 8.8)	.85
β-Blocker for CAD or MI	293	65.0 (57.1 to 72.9)	398	63.8 (57.9 to 69.6)	1.2 (-9.0 to 11.5)	.81
Statin for CAD or MI	293	64.2 (56.0 to 72.4)	398	58.8 (53.1 to 64.6)	5.3 (-5.2 to 15.9)	.32
Antiplatelet for CVA	188	45.7 (36.1 to 55.3)	173	46.0 (37.1 to 54.8)	-0.3 (-14.2 to 13.7)	.97
Controller for poorly controlled COPD	20	56.7 (33.4 to 80.1)	90	33.3 (21.8 to 44.8)	23.4 (-2.9 to 49.8)	.08



Demenz: Prävalenz von geriatricspezifischen Kodierungen in Deutschland



Merkmalskomplex	Demenzkranke (n=1848)		Kontrollen (n=7385)		OR	95%-KI	p-Wert
	n	%	n	%			
starke Seh- oder Hörbehinderung	882	47,7	3679	49,8	0,92	[0,83 – 1,02]	0,1080
Schmerz	852	46,1	3387	45,9	1,01	[0,91 – 1,12]	0,8527
hohes Komplikationsrisiko	664	35,9	2009	27,2	1,50	[1,35 – 1,67]	<0,0001
Depression, Angststörung	608	32,9	1260	17,1	2,38	[2,13 – 2,67]	<0,0001
Inkontinenz	443	24,0	738	10,0	2,84	[2,49 – 3,24]	<0,0001
Sturzneigung und Schwindel	404	21,9	950	12,9	1,90	[1,66 – 2,16]	<0,0001
Sensibilitätsstörungen/Neuropathien	321	17,4	992	13,4	1,35	[1,18 – 1,55]	<0,0001
Störungen Flüssigkeits- u. Elektrolythaushalt	285	15,4	553	7,5	2,25	[1,93 – 2,63]	<0,0001
Dekubitalulzera	176	9,5	293	4,0	2,55	[2,10 – 3,09]	<0,0001
Gebrechlichkeit (Frailty-Syndrom)	72	3,9	0	0,0	*		<0,0001
Fehl- und Mangelernährung	26	1,4	28	0,4	3,75	[2,19 – 6,41]	<0,0001
Immobilität	22	1,2	36	0,5	2,46	[1,44 – 4,19]	0,0006
Medikationsprobleme	1	0,1	4	0,1	1,00	[0,11 – 8,94]	1,00**
verzögerte Rekonvaleszenz	0	0,0	1	0,0	*		1,00**



Prognose bei Komorbiditäten ...

- **Höhere Prävalenz** für geriatrische Syndrome (u.a. Immobilität, Inkontinenz, Depression, Frailty, etc.)
- **Frailty Indizes** beinhalten eher selten demenz-assoziierte Versorgungskapazitäten
- **Multimodale Prognose-Scores** anzustreben

Beekmann M et al. *Psychiatr Prax* 2012,39:222-227

Yourman LC. *JAMA* 2012,307:182-191



Selbstmanagement bei chronischen Krankheiten und Demenz

- ▶ *Problemidentifikation und Lösungsansätze*
- ▶ *Entscheidungsfähigkeit bei Änderungen*
- ▶ *Zugang und Nutzung von Ressourcen*
- ▶ *Kommunikation mit Expert*innen im Gesundheitssystem und geteilte Entscheidungsfindung*
- ▶ *Selbstständig aktiv werden bei Änderungen u/o neuen Symptomen*

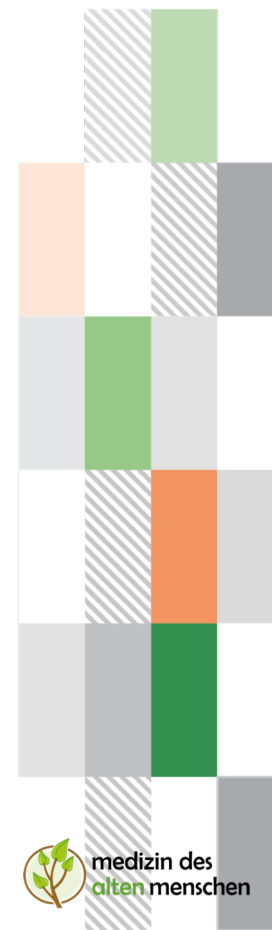
Ibrahim et al. J Multidisciplin Healthcare 2017,10:49-58



Gründe für mangelnde Erkennung und Integration von Demenz und chronischer Multimorbidität

- ▶ *Gesundheitssystem aktuell **nicht** vorbereitet*
- ▶ ***Schleichender** Krankheitsbeginn und **späte** Diagnose (lange Latenzzeit)*
- ▶ ***Fehlende Kompetenzen** und **Bewusstsein** beim Gesundheits- und Pflegepersonal*
- ▶ ***Stigma und Furcht** vor der Erkrankung*
- ▶ ***Soziale Isolation** und Auswirkung auf physische Erkrankungen*

Ibrahim et al. *J Multidisciplin Healthcare* 2017,10:49-58



Co-Morbiditäten als Eckpfeiler eines holistischen Therapieansatzes

- *Mangelernährung*
- *Sturz*
- *Polypharmazie*
- *Diabetes*
- *Hypertoniebehandlung*
- *Herzinsuffizienz*
- *Anämie*
- *Schlafapnoe*



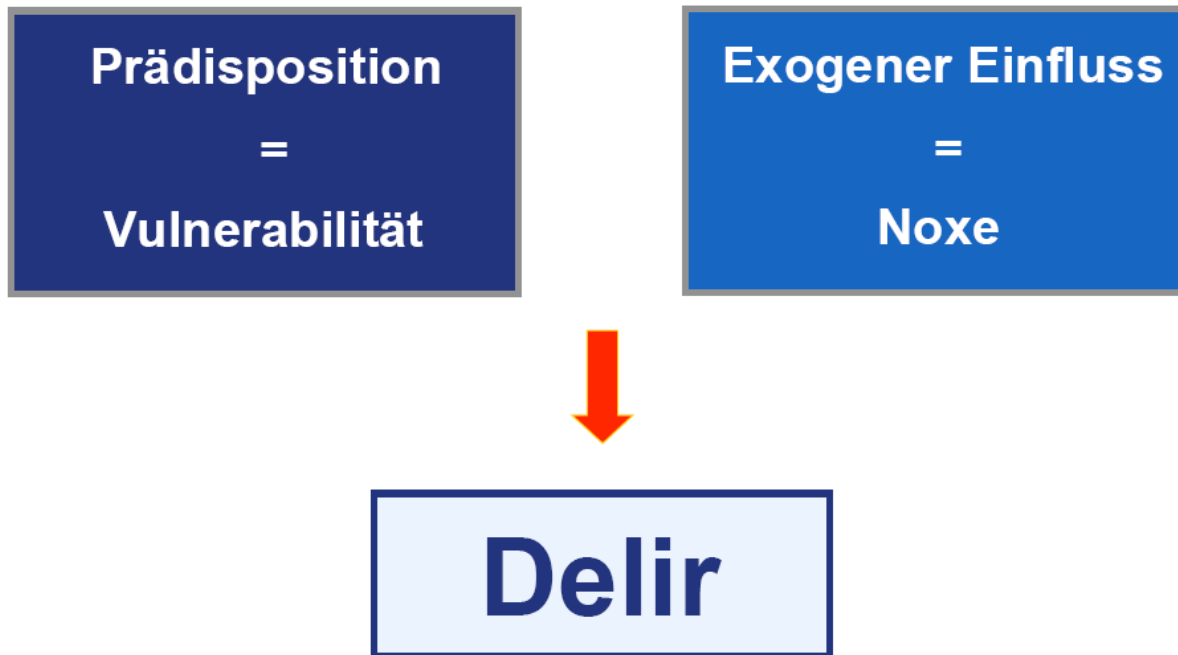
Wesentliche Gründe für die Einweisung von Demenzpatient*innen in das Akutkrankenhaus

- *Synkope, Sturz und Fraktur*
- *Herz / Kreislauf Erkrankungen*
- *G.I. Erkrankungen*
- *Pneumonie*
- *Delir*
- *Andere ...*



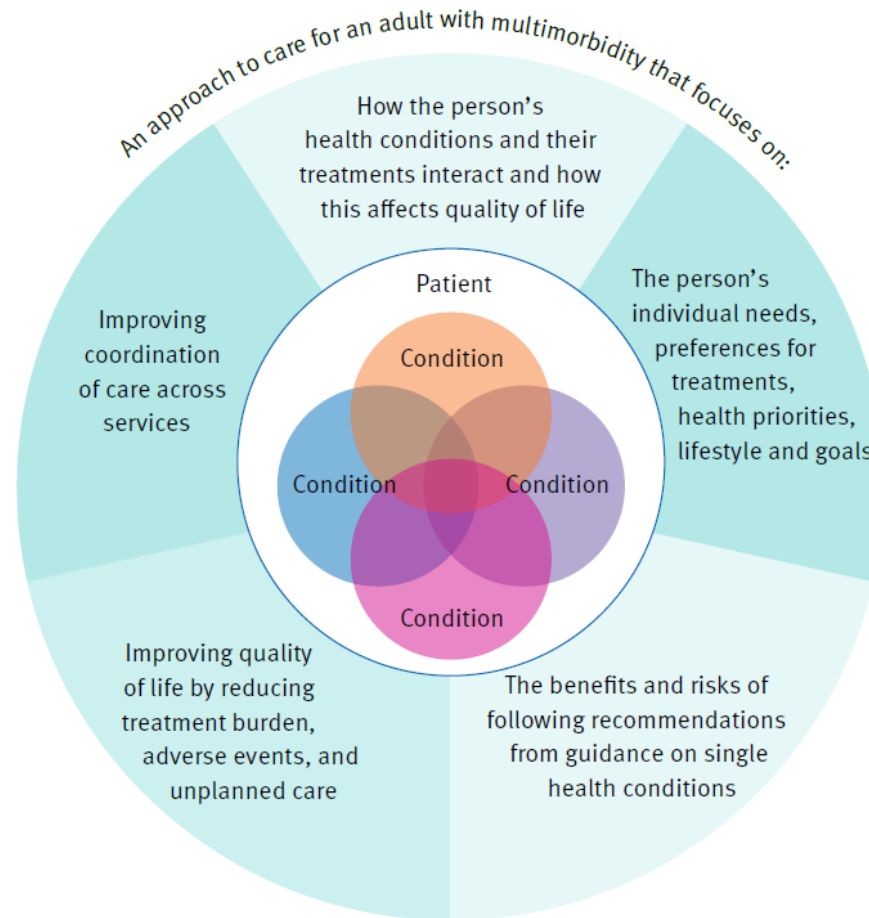
Hofmann W. Z Gerontol Geriatr 2013,46:198-202

Multifaktorielles Modell



Klinisches Assessment und Management der Multimorbidität: NICE Guidance

MULTIMORBIDITY APPROACH TO CARE



Farmer C et al. BMJ 2016



Wie entwickle ich einen Versorgungsplan ?

1. *Primäre Anliegen des/der Patient*in (Angehörigen)*
2. *Individuelle Ziele des/der Patient*in unter Abwägung von Risiken und Nutzen*
3. *Chronic Care Management: Erkrankungen reihen, Präventionsmaßnahmen gegen Frailty planen, Support organisieren*
4. *Frühzeitig Änderung des Care Plans in Richtung palliatives Management erkennen !*
5. *Medikationsreview*
6. *Dis über den “Advanced Care Plan“*
7. *Kommunikation mit den betroffenen Patient*innen*
8. *Re-Assessment in regelmäßigen Abständen*

BC Guidelines.ca: Frailty in Older Adults - Early Identification and Management (2017)



Die TOPs ... (I)

- *Aufbau einer funktionellen Reserve (“**Resilienz**“)*
(u.a. bedarfsgerechte Ernährung + Bewegung, Impfungen)
- ***Polypharmazie** individuell managen*
- *“Kontinuierliche **Mobilisierung**“*
- ***Rehabilitative** Maßnahmen*
- ***Altersgerechte** Ernährung*
(u.a. ”Food Pairing“, selektives “Taste Steering“, ...)



Die TOPs ... (II)

- *Regelmässige **geriatriische Assessments***
- *Frühzeitige Diagnose / Therapie von **geriatriischen Syndromen** (u.a. Delir, Demenz, Malnutrition, Sturz, ...)*
- ***Optimale Symptomenkontrolle** (u.a. adäquate Behandlung von Schmerzen, Schlafstörungen und Depression)*
- *Rechtzeitige **palliative** Betreuung (“Best Supportive Care”)*

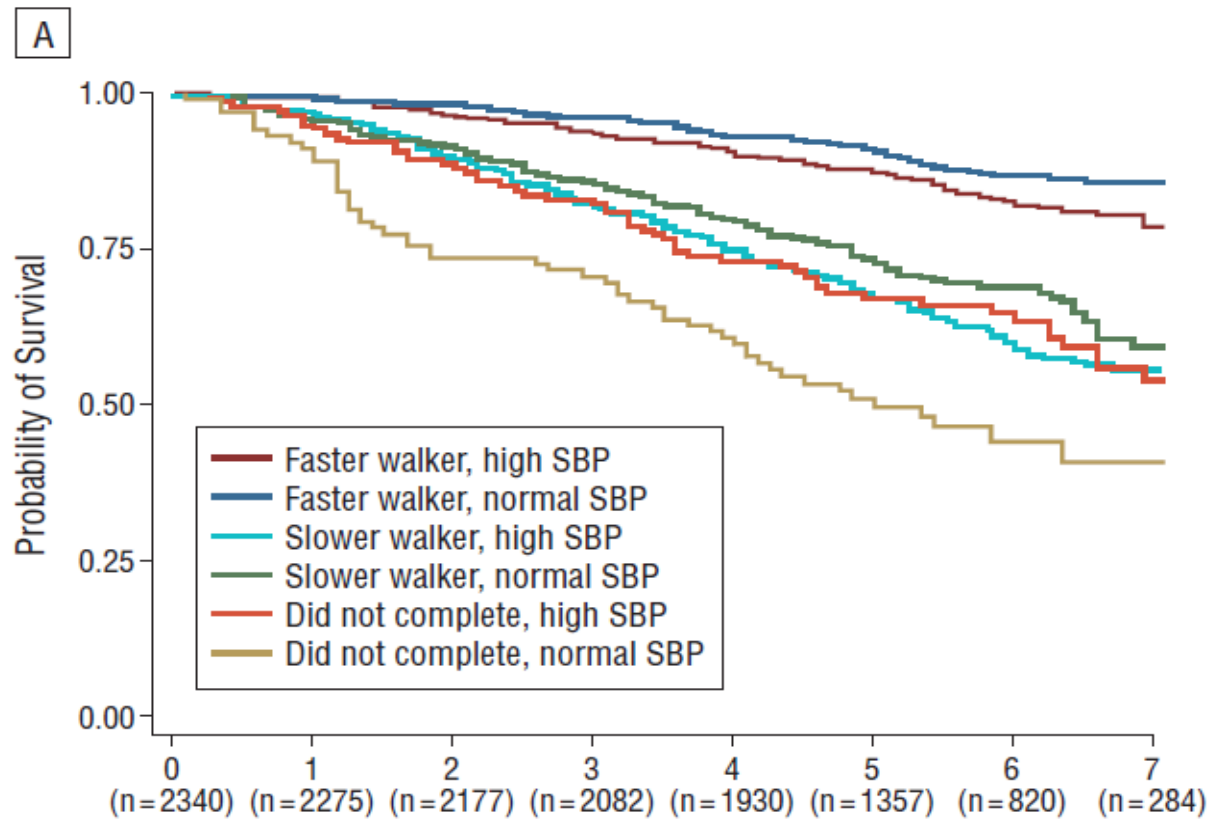
Take Home Message

- *Die **Arzt - Patientenbeziehung** mit einem Demenzkranken ist eine besondere Herausforderung.*
- ***Nutzbarmachung von Informationen** aus der Umgebung des/der Patient*in.*
- *Lässt sich eine Demenz nicht ursächlich behandeln, bieten sich umso mehr die **Komorbiditäten als Behandlungsindikation** an.*
- ***Evidenzgestützte, generalisierbare Handlungsempfehlungen** im Umgang mit multimorbiden Demenzkranken gibt es derzeit noch nicht in Österreich.*
- *Die **Verbesserung körperlicher Symptome** beeinflusst erkennbar **Mobilität, Kognition und subjektives Befinden**.*



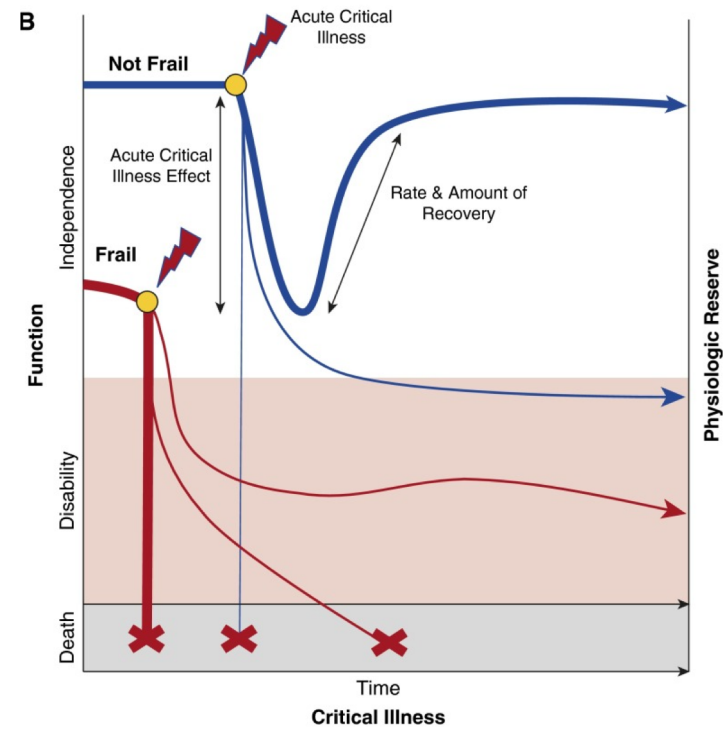
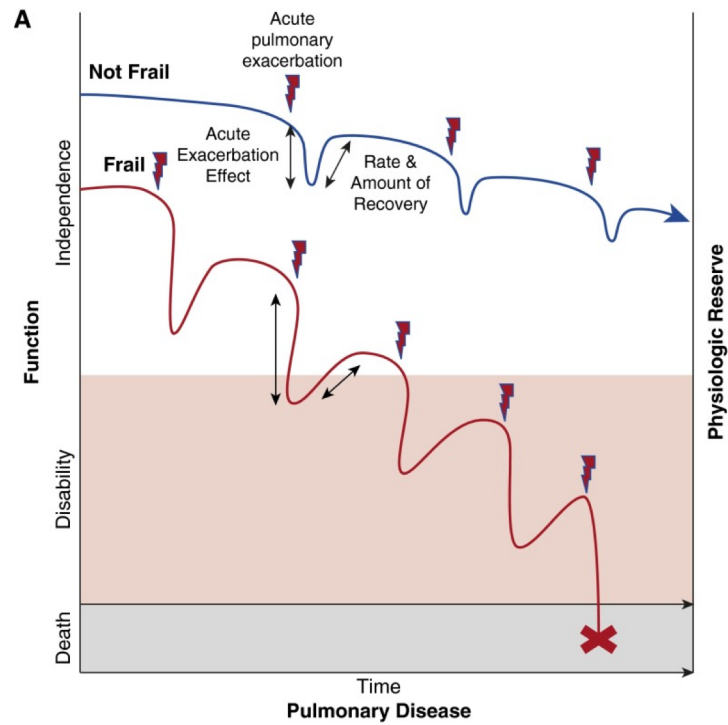
Fragen ?

Risikostratifizierung bei Älteren Ganggeschwindigkeit / Funktionalität / Frailty



Odden MC, Peralta CA, Arch Int Med 2012

Frailty in Pulmonary and Critical Care Medicine



Warnzeichen für Frailty ?

Medizinisch

- Ungewollter **Gewichtsverlust**
- *Appetitverlust*
- *Schwächegefühl*
- **Osteoporose**
- *Seh- und Höreinschränkungen*
- **Chronischer Schmerz**
- *Gehäufte Zuweisungen ins Spital*

Psychologisch

- **Delir** in der Anamnese
- **Kognitive**
Einschränkungen
- *Übermäßige Angst und Sorgen*
- **Auffallendes** und herausforderndes **Verhalten**
- **Schlafstörungen**



Warnzeichen für Frailty ?

Funktionell

- **Funktionelle Verluste**
- *Immobilität*
- **Stürze** und Sturzangst
- *Gleichgewichtsstörungen*
- *Müdigkeit / Antriebslosigkeit*
- *Reduzierte Ausdauer*
- **Mangelnde Bewegung**

Medikation

- *Medikamente mit einem hohen NW Profil*
- **Polypharmazie**
- *Alkoholabusus*

Umfeldfaktoren

- **Isolation** / *Einsamkeit*
- *Ortswechsel des Wohnorts*
- *Belastung der Pflegenden*
- *Änderungen in den Familienverhältnissen*



Definition der Frailty 3 - 5 von 5 Kriterien

Gewichtsverlust

Antriebslosigkeit

Geringe Aktivität

Schwäche

**Langsame
Gehgeschwindigkeit**

