



ALT UND KRANK

Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf unser Gesundheitssystem

4. Münsterische Gespräche zum Gesundheitsrecht

28. Juni 2017

Zwei-Löwenclub zu Münster

Dr. med. Peter Kalvari

DAS ALTER ALS 3. LEBENSABSCHNITT

- **Junge Alte** **60 -69 Jahre**
- **Alte** **70- 79 Jahre**
- **Hochbetagte** **80 +**



Demographische Entwicklung



Alter und Krankheit

- Krankheiten nehmen zu
> 80 j. ca. 3-4 Diagnosen
- Arzneiverbrauch steigt
- Auch die Behandlung
mit vielen Medikamenten
gleichzeitig
> 65 J. 50% > 5 Med.

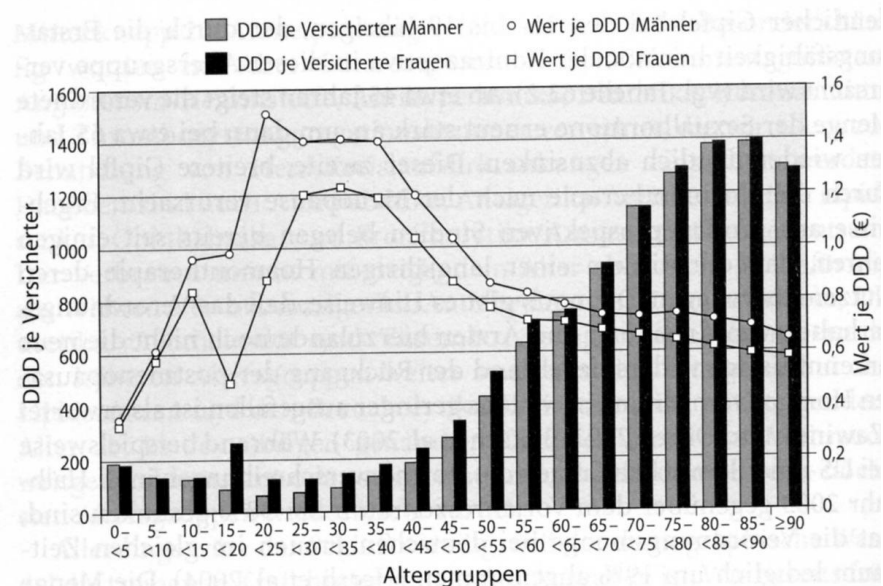


Abbildung 63.3: Arzneiverbrauch und Kosten je Tagesdosis nach Alter und Geschlecht 2003

ALTER UND EINSCHRÄNKUNGEN

Mit dem Alter nehmen die schweren funktionellen Beeinträchtigungen zu!



Aber > 55% sind auch im Alter > 84 ohne schwere Beeinträchtigungen!!

GERIATRISCHE SYNDROME

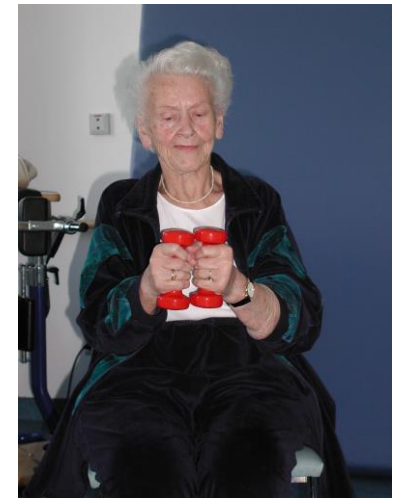
- **Immobilität** **69%**
- **Stürze** **45%**
- **Kognitive Defizite** **80%**
- **Depression** **53%**
- **Harninkontinenz** **66%**
- **Mangelernährung** **42%**
- **Polypharmakotherapie** **45%**

Renteln-Kruse W v.; Ebert D (2003),

250 Pat. (mittl. Alter 81 Jahre) bei Krankenhausaufnahme



1. **Medizinischer Diagnostik und Therapie (altersadaptiert)**
2. **Geriatrisches Assessment**
(Kognition, Emotion, Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Soziale Situation)
3. **Früh/ rehabilitative Behandlung** durch das interdisziplinäre therapeutische Team

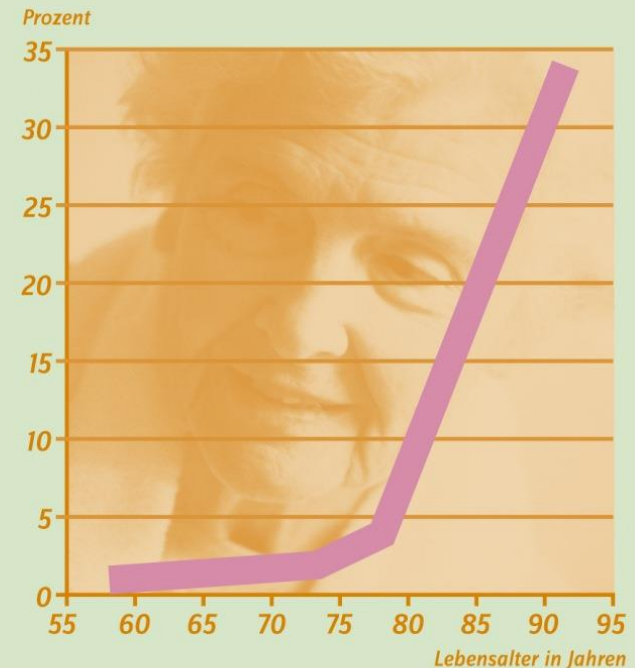


- 1. Mehrere Krankheiten gleichzeitig**
Anzahl der Begleiterkrankungen/ Patient 9,3
- 2. Viele Medikamente gleichzeitig!**
Unverträglichkeit, Wechselwirkungen
- 3. Eingeschränkte Organreserven**
Herz-, Nieren-, Leberschwäche etc.
- 4. Krankheitssymptome oft nicht typisch oder werden auf das Alter geschoben**
„Im Alter ist man vergesslich,....hat man Schmerzen, ..ist inkontinent.“
- 5. Verminderte Selbsthilfefähigkeit** *auch Pharmakotherapie*
- 6. Reduzierte Hirnleistung/Entscheidungsfähigkeit**
Risiko der akuten Verwirrtheit (Delir) erhöht

DEMENZSYNDROME UND ALTER

- Die Wahrscheinlichkeit an einer Demenz zu erkranken nimmt mit dem Alter zu
- Ab dem 80. Lebensjahr besteht ein zunehmend hohes Risiko

Wie häufig ist die Alzheimer-Demenz?

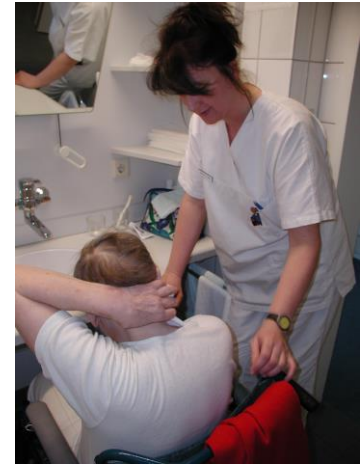


Quelle: J. F. Hallauer, Charité 2002

Assessment

erweiterte Patientenbeurteilung als Grundlage der Behandlung!

- **Sozialanamnese** - **Soziale Situation**
- **Mini Mental State** - **Hirnleistung**
- **Depressions-Skala** - **Stimmung**
- **Timed Up & GO** - **Mobilität**
- **Barthel-Index** - **Selbsthilfefähigkeit**

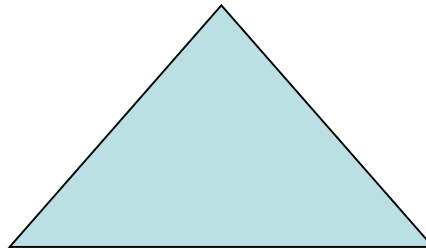


ETHISCHE PRINZIPIEN MEDIZINISCHER BEHANDLUNG

Demenz, Delir (Verwirrtheit) beeinträchtigen die Entscheidungsfähigkeit!

Selbstbestimmung - Wille

Nicht schaden



Heilen, Leiden lindern

- **Hausärzte**
 - ohne geriatrische Zusatzqualifikation
 - **Zusatz „Geriatric“** (18 Monate Geriatric, Prüfung)
 - **Zusatz „Geriatric Grundversorgung“** (60 h Seminar)
- **Neurologen/ Psychiater**
 - ohne Zusatzqualifikation
 - **Zusatz „Geriatric“** (18 Monate Geriatric, Prüfung)

-STATIONÄR/ TEILSTATIONÄR-

- **Akutgeriatrien – Krankenhausabteilungen - Tagesklinik**
Innere Medizin mit Schwerpunkt Geriatrische Medizin/
Notfallaufnahme – Einweisung – Verlegung aus anderen Kliniken zur
Frührehabilitation
Krankenhausplan NRW 2015 - Steigerung der geriatrischen Betten um 13%
- **Gerontopsychiatrische Fachabteilungen – Tagesklinik**
häufig mit Institutsambulanz u. Gedächtnisprechstunde
„Memory Clinic“
- **Geriatrische Rehabilitationskliniken – Tagesklinik**
Reha nach § 111 SGB d.h. Aufnahme nur nach Bewilligung durch
Kostenträger – Wartezeit)

Aktuelle geriatrische Konzepte

**Spezialstation für
körperlich**

Kranke mit Demenz/

Verwirrtheit



**Interdisziplinäre
chirurgisch/**

geriatrische Behandlung:

- Unfallchirurgie



SPEZIALSTATION

FÜR KÖRPERLICH KRANKE MIT DEMENZ/VERWIRRTHEIT

(22 KLINIKEN IN DEUTSCHLAND - IM EVK MS SEIT APRIL 2010)

- **Abgeschirmter eigener Bereich (7 Betten)**
- **Ruhiges gemütliches Ambiente**
- **Orientierungshilfen**
- **Eigener Tagesraum**
- **Gemeinsames Essen (kein Tablettssystem)**
- **Aktivitäten/ Tagesstruktur**
- **Multiprofessionelle Therapie: spezielle Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie, Musiktherapie etc.**

ALTERSCHIRURGISCHES/ - TRAUMATOLOGISCHES ZENTRUM

(IM EVK SEIT 2004 – 2014 ZERTIFIZIERT)

- **Interdisziplinäres perioperatives Management (Anästhesiologie – Unfallchirurgie – Geriatrie)**
- **Eine Zentrums-Station von Aufnahme bis zur Entlassung**
- **Chirurgische und geriatriische Behandlung parallel**
- **Interdisziplinäre Visiten/ Besprechungen**
- **Assessment, Dokumentation, Teambesprechung und Entlassungsplanung analog zur Geriatrie.**

Was ist mit den Patienten in den nicht geriatrischen Kliniken?

- **Innere Medizin**
 - Kardiologie
 - Nephrologie
 - Pneumologie etc.
- **Neurologie**
- **Unfallchirurgie**
- **Herz-,Thoraxchirurgie**



ALTERSMEDIZINISCHEN KONZEPT IN EINEM KRANKENHAUS OHNE GERIATRISCHE FACHABTEILUNG

Geriatric Team (St. Franziskus-Hospital, MS)

Ziel: Reduzierung der akuten Verwirrtheit (perioperativ)

- **Altenpflegerinnen, Sozialpädagogin, Ärzte (Narkoseärzte)**
- **Betreuung und Begleitung in allen Bereichen (Station, OP, Aufwachraum etc.)**

Ergebnisse:

- **Sensibilisierung für das Problem**
- **Deutlich Senkung der Rate an Verwirrtheit (Delir)!**
- **Kürzere Krankenhausverweildauer**

(www.sfh-muenster.de)

GERIATRISCHER BEHANDLUNG WIRKT!

Wissenschaftlicher Nachweis durch kontrollierte Studien:

- **Sterblichkeit in den ersten 6 Monaten** ↓
- **Vermeidung von Altenheimaufnahmen** ↓
- **Wieder in Krankenhaus** ↓
- **Selbstständigkeit** ↑



Lit.: Nikolaus, Klinische Geriatrie 2000,
Cochrane Database SystRev.2011Jul6;(7):CD006211

AKTUELLEN HERAUSFORDERUNGEN DER ALTERSMEDIZIN

- **Frühzeitige Identifikation von Patienten mit geriatrischen Risiken** ambulant u. im Krankenhaus
- **Verbesserung der ambulanten geriatrischen Versorgung** Fortbildungsangebote, Versorgungsverbund u.a. mit den Hausärzten, Geriatrischen Institutsambulanz, mobile Teams
- **Unterstützung nicht geriatrischen Krankenhausabteilungen** Geri Team, Spezialstationen, Alterschirurgie
- **Verbesserung der ärztlich geriatrischen Expertise** u.a. Schaffung des Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie
- **Universitärer Forschung:** z.B. bzgl. der Effektivität von Identifikation und Therapien geriatrischer Risiken

VERSUCH EINES ÄRZTLICHEN FAZIT

- 1. Alle Gebiete der Medizin werden mit einer zunehmende Zahl alter und sehr alten Patienten konfrontiert und müssen die Patienten mit „geriatrischen“ Risiken identifizieren.**
- 2. Speziell die Patienten mit Demenz/ Delir werden stark zunehmen**
- 3. Alle Kliniken brauchen daher altersmedizinische Konzepte**
- 4. Patienten mit alterstypischer Multimorbidität, Empfindlichkeit, sowie funktionellen Defiziten brauchen häufig zusätzlich geriatrische Expertise durch einen entsprechend gut ausgebildeten Arzt.**
- 5. Geriatrische Diagnostik und Behandlung führt nachgewiesen, bei diesen Patienten, zu verbesserten Ergebnissen mit mehr Lebensqualität und ist kosteneffizient.**
- 6. Altersmedizinische Forschung muss intensiviert werden, daher benötigen wir Exzellenzzentren an den Universitäten.**