Mainz, Congress Centrum (CCM), 6. März 2013

22. Reha-Kolloquium 2013

Teilhabe 2.0 – Reha neu denken ?

BUNDESVERBAND GERIATRIE

DGGG

Symposium des Bundesverbands Geriatrie

Frühzeitige Identifikation des geriatrischen Patienten: ISAR als Beispiel eines Screeninginstrumentes

Ulrich Thiem
Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation
Marienhospital Herne – Ruhr-Universität Bochum

Mainz, Congress Centrum (CCM), 6. März 2013

22. Reha-Kolloquium 2013

Teilhabe 2.0 – Reha neu denken ?

Symposium des Bundesverbands Geriatrie

Frühzeitige Identifikation des geriatrischen Patienten: ISAR als Beispiel eines Screeninginstrumentes

Ulrich Thiem
Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation
Marienhospital Herne – Ruhr-Universität Bochum

Identifikation des geriatrischen Patienten

1. **Hintergrund**:
   Müssen wir geriatrische Patienten frühzeitig identifizieren?
2. **Arbeitsgruppe** der geriatrischen (Fach-)Gesellschaften
3. **Evidenz** für
   a. Prognose-Indices
   b. Geriatrisches Assessment
   c. Screening-Instrumente
4. **Empfehlung** für das ISAR-Instrument: „Identification of Seniors At Risk“

Hintergrund

- multimodale geriatrische Intervention auf Basis des umfassenden geriatrischen Assessments (‚comprehensive geriatric assessment', CGA) effektiv
- zunehmende Zahl von Notfallpatienten mit funktionellen Einbußen
- zunehmende Zahl ungeplanter Kontakte geriatrischer Patienten zu Notaufnahmen
- Problem der **Identifizierung geriatrischer Patienten** in Notaufnahmen

Arbeitsgruppe

- gemeinsame Initiative der wichtigsten geriatrischen Gesellschaften:
  - Bundesverband Geriatrie (BVG)
  - Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
  - Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG)

- Kooperation zum Thema seit Herbst 2011 mit dem Ziel, einen Konsens über ein **Standardinstrument zur Identifikation geriatrischer Patienten** in der Akutmedizin zu verabschieden

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

U. Thiem[1] · H.W. Greuel[2] · A. Reingräber[2] · P. Koch-Gwinner[3] · R. Püllen[1] · H.J. Heppner[1] · M. Pfisterer[3]

[1] Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e. V., Geschäftsstelle, Köln

[2] Bundesverband Geriatrie (BVG)

[3] Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)

Positionspapier zur Identifizierung geriatrischer Patienten in Notaufnahmen in Deutschland

Consensus for the identification of geriatric patients in the emergency care setting in Germany

In Deutschland nimmt, ähnlich wie in anderen Industrieländern, der Anteil älterer Menschen in der Bevölkerung zu. Im Jahr 1950 betrug in Deutschland der Anteil der Erwachsenen im Alter von 60 Jahren und älter 13,6% der Bevölkerung, im

derungen, insbesondere im Hinblick auf die Finanzierung und die Strukturen der medizinischen Versorgung geriatrischer Patienten [2, 4, 5].

Ein zunehmend empfundenes Problem der klinischen Versorgung ist die

zieren. Das hier vorliegende Papier stellt die Position der drei wichtigsten Verbände bzw. Fachgesellschaften aus dem Bereich Geriatrie in Deutschland zu diesem Thema vor, des Bundesverbands Geriatrie (BVG) e. V., der Deutschen Gesellschaft

Evidenz

zu Prognose-Indices:

- etliche unterschiedlich gut evaluierte Indices vorhanden
- meist zur Prädiktion der Sterblichkeit konzipiert
- **nicht geeignet**, den **komplexen Handlungsbedarf** bei geriatrischen Patienten aufzuzeigen

→ darum auch **nicht empfohlen**

Evidenz

zum Geriatrischen Assessment (CGA):

- **Wirksamkeit** einer darauf basierenden multimodalen Therapie **bewiesen**
- Fokus Funktionalität, Selbständigkeit der Lebensführung, Lebensqualität, Mortalität
- Durchführung **aber zeit- und ressourcenintensiv**
- **nicht geeignet** für Notfallsituationen

→ darum auch **nicht empfohlen**

Evidenz und Empfehlung

zu Screening-Instrumenten:

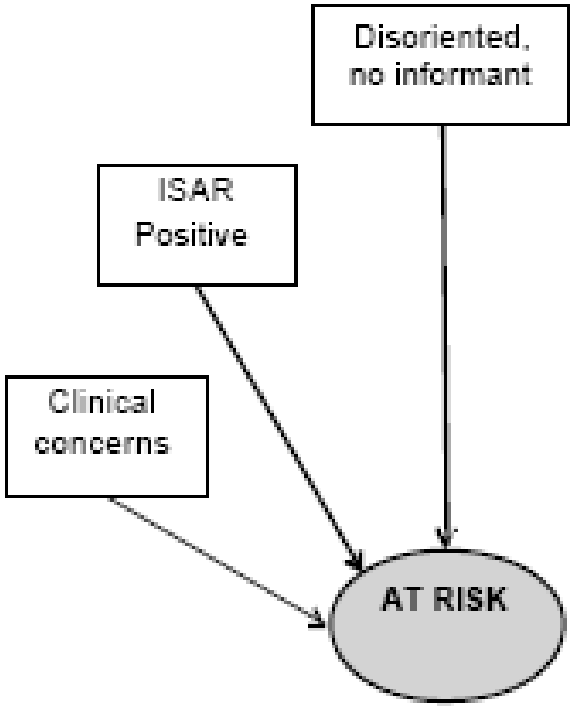
- etliche Instrumente international entwickelt
- Evidenz uneinheitlich
- **keine Evidenz für Deutschland**
- kein Standard-Instrument etabliert
- die **best verfügbare Evidenz** liegt vor für das kanadische Instrument **ISAR** („Identification of Seniors At Risk“)

→ **empfohlen** (mit Vorbehalt) zur Identifizierung geriatrischer Patienten

ISAR: „Identification of Seniors At Risk“

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

ISAR: „Identification of Seniors At Risk“



Nach **ISAR-Konzept** kommt ein Patient für ein geriatrisches Management in Frage, wenn:

- Alter ≥ 70 Jahre **und**

- ISAR-Screening positiv (≥ 2 / 3 Pkt.) **oder**
- Patient desorientiert (und ohne Begeitung) **oder**
- Patient mit primär geriatrischem Problem oder „clinical concern“

erste deutsche Daten

- monozentrische **prospektive Kohortenstudie** zu
- ungeplantem Kontakt zur Notaufnahme (NA)
- 520 Patienten ≥ 75 Jahre (Median 82 J.), 60,2% weiblich
- weitere **Charakteristika**:

- 17,7% Pflegeheim
- 4,8% betreutes Wohnen
- 42,3% ADL-Problem „Ankleiden“
- 21,7% kognitive Einschränkung
- 38,3% ≥ ein Sturz in 3 Monaten

ISAR (Pkt.)	**n = 520**	**Anteil %**
0	23	4,4
1	72	13,8
2	110	21,2
3	143	27,5
4	129	24,8
5	35	6,7
6	8	1,5

erste deutsche Daten

Ergebnisse zu Tag 28 (t_1)		Risiko bei ISAR ≥ 3 Pkt.	
• Hospitalisierung:	18,1%	OR 1,40	[0,88 ; 2,25]
• Pflegeheim (neu):	3,7%	OR 1,43	[0,53 ; 3,82]
• Re-Kontakt NA:	16,0%	OR 1,63	[0,98 ; 2,70]
• Tod:	8,8%	OR 2,90	[1,37 ; 6,14]
• komb. Endpunkt:	48,1%	OR 2,40	[1,67 ; 3,45]

Ergebnisse zu Tag 180 (t_2)		Risiko bei ISAR ≥ 3 Pkt.	
• Hospitalisierung:	34,0%	OR 2,01	[1,37 ; 2,97]
• Pflegeheim (neu):	3,1%	OR 1,09	[0,39 ; 3,04]
• Re-Kontakt NA:	32,7%	OR 2,07	[1,39 ; 3,07]
• Tod:	26,0%	OR 3,86	[2,40 ; 6,23]
• komb. Endpunkt:	50,0%	OR 3,15	[2,18 ; 4,55]

Zusammenfassung

Die geriatrische „Versorgungskette“ vom ersten Kontakt zur Notaufnahme über die Akut- und Postakut-Phase bis hin zur geriatrischen Rehabilitation muss weiter **verbessert** werden.

Das Beispiel „ISAR-Screening“ zeigt, dass Screening-Instrumente eine **Hilfe** in der Bahnung konkreter Versorgungswege sein können.

Die **Forschung** zu und **Implementierung** von geeigneten Versorgungsstrategien muss vorangetrieben werden.

Kontaktdaten

Deutsche Gesellschaft für Geriatrie (DGG) e.V.
Frau A. Kriha – Geschäftsstelle
Kunibertskloster 11-13
50668 Köln
Tel.: 0221 – 1629-2350, Fax: 0221 – 1629-2351
email: geschaeftsstelle@dggeriatrie.de

Schatzmeister der DGG e.V.
Dr. Ulrich Thiem
Klinik für Altersmedizin und Frührehabilitation
Marienhospital Herne – Ruhr-Universität Bochum
Widumer Str. 8, 44627 Herne
Tel.: 02323 – 499-2500, Fax: 02323 – 499-2621
email: ulrich.thiem@rub.de