

Wichtiges Signal aus Hof

Kommunikation und Zusammenarbeit bringen noch mehr Schwung in die Geriatrie

Diskussionsfreude und Dynamik zeichneten die diesjährige Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) in Hof aus. Neben wissenschaftlich-medizinischen Vorträgen und Postern wurde mit viel Schwung diskutiert. Abgesehen von der fachlichen Erörterung ging es dabei auch darum, die Sichtweise der anderen, zum Teil fachfremden Kollegen, zu verstehen. »Wir Geriater müssen mit den Kollegen aus anderen Fachdisziplinen noch stärker zusammenwachsen – durch noch mehr Kommunikation und die direkte Zusammenarbeit am Patienten«, resümierte Kongresspräsident Professor Dr. Hans-Jürgen Heppner.



Abb. Kongresspräsident Prof. Hans Jürgen Heppner und DGG-Präsident Prof. Ralf-Joachim Schulz

Stroke-Unit-Behandlung nutzt auch hochbetagten Schlaganfall-Patienten

Ein Ergebnis des Jahreskongresses lässt Geriater und Neurologen enger zusammenrücken. »Fakt ist, dass auch ältere Schlaganfallpatienten davon profitieren, wenn sie auf einer Stroke-Unit behandelt werden«, stellte *Professor Martin Grond*, amtierender Präsident der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in seinem Vortrag anschaulich dar. Entscheidend für den Erfolg seien hierbei die Qualität der Diagnostik und Therapie, die eine Stroke-Unit bieten kann.

»Ich begrüße diesen ergebnisorientierten Ansatz sehr«, bezieht *Professor Ralf-Joachim Schulz* hierzu Stellung. »So können wir Geriater zusammen mit den neurologischen und internistischen Leitern der Stroke-Units weiter daran arbeiten, die Versorgung der Patienten zu verbessern«. Denn ein extrem wichtiger

Punkt für den Erfolg einer Schlaganfallbehandlung ist das Zeitfenster: Je früher die Patienten in der Stroke-Unit behandelt werden kann, umso besser ist das Outcome.

Frühe Diagnostik der Demenz hilft bei der Entwicklung neuer Therapieansätze

Neue Möglichkeiten in der Diagnostik wurden ebenfalls während des Jahreskongresses unter den Geriatern diskutiert. Immer wieder kamen die Mediziner auf das Thema Demenz zu sprechen. Denn seit einiger Zeit gibt es für die Alzheimer Demenz sehr spezifische Biomarker, wie z. B. die Tau-Proteine und die Aβ-Peptide, die aus dem Liquor des Rückenmarks bestimmt werden können. Diese geben an, wie hoch das Risiko ist, später eine Alzheimer-Demenz zu entwickeln. Doch wie soll ein Mensch mit dem Wissen umgehen, dass er eine Prädisposition für Alzheimer in sich trägt und später möglicherweise daran erkranken könnte? Macht es Sinn, Patienten auf die Biomarker hin zu untersuchen? Denn eine Crux dabei ist auch, dass bislang keine ursächlich und sicher wirkende Therapie verfügbar ist.

»Das Feld der Pro- und Contra-Meinungen zur Frühdiagnostik ist sehr breit, spannend und derzeit noch ohne sichere Antworten«, resümierte *PD Dr. Werner Hofmann*, Vorsitzender des Symposiums »Frühdiagnostik der Demenz«. Seine persönliche Meinung hierzu: »Das Wissen um eine Prädisposition kann sowohl dazu beitragen, den eigenen Lebensstil anzupassen, als auch die dringend nötige Entwick-

lung besserer Diagnostik und wirksamer Therapien zu fördern.«

Geriatrisches Assessment wird überarbeitet

Das geriatrische Assessment ist eines der wichtigsten Arbeitsmittel des Geriaters. Es bildet die Grundlage für viele Therapieentscheidungen und damit auch für den Therapieerfolg. »So müssen hier die neuesten wissenschaftlichen Evidenzen einfließen, damit der gesamte Assessment-Prozess möglichst effektiv ablaufen kann«, forderten die beiden hierzu etablierten Arbeitsgruppen während ihrer gemeinsamen öffentlichen Sitzung in Hof. Die AG Österreichisches Basisassessment und die AG Assessment der DGG beschlossen, die geriatrischen Assessments zügig zu überarbeiten und neu zu priorisieren.

Nach dem Kongress ist vor dem Kongress

Während noch die Rückschau zu Hof formuliert wird, laufen bereits die Vorbereitungen für den »großen« Jahreskongress 2014 der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie in Halle (Saale). Dieser wird vom 24. bis zum 27. September 2014 zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) und den Geriatrischen Fachgesellschaften der Nachbarländer Österreich und Schweiz veranstaltet. Unter der Regie von PD Dr. Rupert Püllen wird Halle ein stärker an der Grundlagenforschung orientierter Kongress werden. »Das Motto lautet: Stress und Altern – Chancen und Risiken.«

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie

Problem Polypharmazie

Zu viele und inadäquate Medikamente für ältere Patienten – und die fatalen Folgen

Multimorbidität verlangt Multimedikation. Heißt: Wer viele Krankheiten in sich vereint, bekommt auch viele Medikamente. Zu viele, mahnen die deutschen Geriater während ihres Jahreskongresses im bayrischen Hof. Denn gerade hochbetagte Patienten sind betroffen. »Fünf oder mehr Medikamente an jedem Tag einzunehmen ist im Alter keine Seltenheit. Die große Schwierigkeit besteht darin, diese Multimedikation jetzt verträglich zu halten oder zu Gunsten der Gesundheit des Patienten zu reduzieren«, sagt Kongresspräsident Professor Dr. Hans Jürgen Heppner. Denn eine schwere Nebenwirkung von Multimedikation oder potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) sind Stürze. Viele hochbetagte Patienten haben genau hiervor große Angst – zieht ein Sturz im Alter doch meist eine signifikante Verschlechterung des Allgemeinzustandes nach sich. »Es gilt Stürze zu vermeiden und so die Sicherheit der Patienten zu erhöhen« fordert Heppner alle ärztlichen Kollegen auf.

Sowohl die Einweisungen aufgrund von Stürzen älterer Patienten haben in den letzten Jahren zugenommen als auch die Sturzraten im Krankenhaus selbst. Eine Möglichkeit, die Sicherheit der älteren Patienten wieder zu erhöhen, ist die konsequente Reduzierung von inadäquaten Medikamenten (PIM). Wie eine aktuelle Studie zeigt, sind Stürze älterer Patienten im Krankenhaus mit den PIM Tetrazepam, Lorazepam und Zopiclon assoziiert. »Diese Assoziation bedeutet, dass man mit dem Einsatz dieser Wirkstoffe bei älteren Menschen vorsichtig sein sollte«, riet *Prof. Dr. Wolfgang von Renteln-Kruse*, Hamburg, beim Symposium Multimedikation.

Um potenziell inadäquate Medikamente (PIM) bei geriatrischen Patienten zu vermeiden, beziehungsweise richtig zu dosieren, existieren bestimmte Screening-Tools, wie zum Beispiel die PRISCUS-Liste [1, 2]. Sie ist die speziell an den deutschen Arzneimittelmarkt angepasst und bewertet 83 Arzneistoffe aus 18 Arzneistoffklassen als potenziell inadäquat für ältere Patienten. Allerdings sollte für die PRISCUS-Liste wie auch für internationale Listen noch die Wirksamkeit (Validität) und der Nutzen (Praktikabilität) belegt werden. »Hier setzt aktuell als eine von wenigen Studien das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte LUCAS (Longitudinale Urbane Kohorten Alters-Studie) Teilprojekt 6 an«, er-

läuterte von Renteln-Kruse. »Wir warten auf Ergebnisse.«

Stürze aufgrund von potenziell inadäquater Medikation (PIM)

Eine in diesem Rahmen durchgeführte retrospektive Fall-Kontrollstudie [3] hat die Medikation von 212 »Stürzern« und 636 »Nicht-Stürzern« untersucht, um den Zusammenhang zwischen PIM der PRISCUS-Liste und Stürzen zu erfassen. Beide Gruppen »Stürzer« und »Nicht-Stürzer« waren hinsichtlich Diagnose, Verweildauer und weiteren Kriterien vergleichbar. »Insgesamt waren die Sturzraten in der Klinik niedrig«, erläuterte von Renteln-Kruse. »Auch der Anteil der PIM an den verordneten Medikamenten war mit 4,1% gering«. Eine Multimedikation (von 5 oder mehr Medikamenten) war nicht mit einem höheren Sturzrisiko assoziiert. Allerdings hatten die »Stürzer« signifikant häufiger ein oder mehrere PIM verglichen mit den »Nicht-Stürzern« (39% vs. 31%) erhalten. Dieser signifikante Unterschied bestand jedoch nicht mehr, wenn man nur die ersten Stürze (Indexstürze) der Patienten betrachtete.

Stürze traten häufiger auf, wenn Benzodiazepine wie Tetrazepam, Lorazepam (in niedriger Dosierung) oder die Z-Substanz Zopiclon eingenommen wurden. »Folglich sollte man diese Wirkstoffe mit Vorsicht einsetzen und prüfen, ob eine weniger riskante Alternative verordnet werden kann«, so von Renteln-Kruse.

Im laufenden Projekt wird geprüft, ob ein PIM-Alert die Zahl von Stürzen senken kann.

Die Partnerschaft mit Hausärzten suchen

»Das Thema viele Medikamente für einen einzelnen Patienten ist auch für Hausärzte extrem wichtig«, betonte Kongresspräsident Heppner. »Multimorbidität ist hausärztlicher Alltag!« Hier helfen krankheitsspezifische Leitlinien in der Regel nicht weiter, denn sie enthalten meist keine Empfehlungen zur Therapieanpassung bei älteren Patienten. »Daher sollten Hausärzte die Verordnungen ihrer Patienten – auch wenn sie frisch aus dem Krankenhaus entlassen sind – kritisch überprüfen«, rät der Geriater. Patienten oder Angehörige sollten ihren Hausarzt zudem konkret zur Überprüfung ihrer Medikamentenliste auffordern. Entsprechend sollten zu Hause einmal alle Medikamente protokolliert und danach dem Arzt vorgelegt werden.

Dabei ist der MAI (Medication Appropriate Index) sehr wichtig: Es gilt die Medikation zu erfassen, die Angemessenheit zu bewerten und gegebenenfalls eine Intervention im Sinne einer Medikamentenanpassung durchzuführen. Heppner erklärt: »Einige Leitfragen dafür sind: Stimmt die Indikation? Braucht der Patient das Medikament wirklich? Denn nach Möglichkeit sollte die Zahl der Arzneimittel begrenzt werden. Wirkt das Medikament so, wie es soll? Stimmt

die Dosis? Bestehen Kontraindikationen oder Interaktionen mit anderen Medikamenten?«.

Das Bewusstsein von Ärzten und Patienten schärfen

Gleichzeitig gilt nach der Bewertung ist vor der Bewertung: In regelmäßigen Abständen sollte ein erneu-

te Bestandsaufnahme erfolgen. »Im Sinne unserer Patienten! Denn zu viele Medikamente schaden eher, als dass sie nutzen. Dieses Bewusstsein gilt es für alle zu schärfen – Patienten wie behandelnde Ärzte«, zog Kongresspräsident Heppner am Ende sein Fazit.

Literatur

1. www.priscus.net
2. www.aerzteblatt.de/archiv/77776/Potenziell-inadaequate-Medikation-fuer-aeltere-Menschen-Die-PRISCUS-Liste
3. Renteln-Kruse von W et al. (2013) Z Gerontol Geriat (Suppl) 7

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Geriatrie

Tagung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

»Demenzsensible Krankenhäuser sind unverzichtbar – und machbar!«

Schulungen der Mitarbeiter, Rooming-in und Unterstützung durch Ehrenamtliche: Eine Fachtagung der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zeigte Wege auf, wie die schwierige Situation von Menschen mit Demenz im Krankenhaus verbessert werden kann.

Krankenhäuser sind für Menschen mit Demenz eine belastende Umgebung. Sie können sich dort schlecht orientieren, haben ihre vertrauten Bezugspersonen nicht um sich und verstehen die Handlungsabläufe nicht. Auch für das Personal sind demenzkranke Patienten oft eine besondere Herausforderung: ein einfühlsamer Umgang mit ihnen erfordert Zeit, die im Stationsalltag meist nicht vorhanden ist, sowie eine Wissensbasis zum Verhalten Demenzkranker. Vor diesem Hintergrund lud die Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DALzG) am 2. Dezember zur Tagung »Menschen mit Demenz im Krankenhaus« nach Kassel ein. Mehr als 230 Mitarbeiter aus Krankenhäusern, ehrenamtlich tätige »Grüne Damen« und Mitglieder der Alzheimer-Gesellschaften kamen zusammen, um sich über Möglichkeiten zur Verbesserung der bestehenden Situation auszutauschen.

Wie dringend es ist, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, zeigte der Bericht von Cornelia Usbeck, deren demenzkranker Vater im Oktober 2011 in einem hessischen Krankenhaus überraschend an den Folgen eines Sturzes verstarb. Während des Aufenthaltes hatten die Angehörigen auf erhebliche Mängel im Umgang mit ihm hingewiesen. Die Klagen, die von der Tochter und der örtlichen Alzheimer-Gesellschaft an das Krankenhaus herangetragen worden sind, führten dazu, dass das Krankenhaus heute mit dem Einsatz ehrenamtlicher Helferinnen ein spezielles Angebot für Demenzkranke geschaffen hat. Eine dauerhafte Finanzierung dafür muss allerdings erst noch gefunden werden.

Wie ein Krankenhaus sich mit einem ganzheitlichen Konzept für demenzkranke Patienten einsetzen kann, machte Oliver Riedel aus dem Klinikum Altmühlfranken deutlich. Dort wurden verschiedene Ansätze realisiert wie Schulungen des Personals, Rooming-in und Beratung für Angehörige sowie die Schaffung eines Demenzbeauftragten. Das Klinikum nahm am Modellprojekt »Menschen mit Demenz im Akutkrankenhaus« teil. Gerhard Wagner vom Landesverband Bayern der Deutschen

Alzheimer Gesellschaft berichtete vom Projekt und über Ergebnisse der Evaluation.

Dr. Jochen Hoffmann vom Krankenhaus St. Hildegardis in Köln stellte das Konzept der »Station Silvia« vor, auf der acht demenzkranke Patienten mit unterschiedlichen Indikationen – getrennt von Patienten ohne kognitive Störungen – versorgt werden. In einem wissenschaftlichen Projekt wird dort evaluiert, ob auch wissenschaftlich messbar ist, was vom Personal und den Betroffenen bereits als Vorteil wahrgenommen wird – nämlich ein Rückgang von freiheitsentziehenden Maßnahmen, kürzere Verweildauern und eine Verbesserung der Alltagsfähigkeiten.

Neben der Schulung von Mitarbeitern im Krankenhaus – nicht nur der Pflege, sondern auch von Ärzten und anderem Personal – hoben verschiedene Referenten und auch Teilnehmer aus dem Publikum die Wichtigkeit von ergänzender ehrenamtlicher Betreuung hervor. Diese müsste allerdings auch vom Haus wertgeschätzt und in den Krankenhausalltag integriert werden. Alise Höhn, Einsatzleiterin der »Grünen Damen« in Bad Dürkheim, berichtete von den Aufgaben des ehrenamtlichen Besuchsdienstes. In einem neuen Projekt sollen Ehrenamtliche die Pflegekräfte speziell auf einer Demenzkranken vorbehaltenen Teilstation entlasten. Sie begleiten die Patienten beim Frühstück und dem Mittagessen und bieten einen Lotsendienst an. Höhn betonte »Ehrenamtliche ticken anders als Hauptamtliche«, sie seien daher eine gute Ergänzung.

Quelle: Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.

Broschüre

Deutsche Alzheimer Gesellschaft (Hrsg.): »Menschen mit Demenz im Krankenhaus. Auf dem Weg zum demenzsensiblen Krankenhaus«. 1. Auflage 2013, Broschüre mit DVD, 10 €.

Bestellung: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Friedrichstraße 236, 10969 Berlin, Tel. 030/25 93 79 50, E-Mail: info@deutsche-alzheimer.de, Internet: www.deutsche-alzheimer.de