32. Berliner DialyseSeminar
06.12.2019

Moderne Geriatrie – Herausforderungen und Perspektiven

CHARITÉ
UNIVERSITÄTSMEDIZIN BERLIN

Ursula Müller-Werdan,
Klinik für Geriatrie und Altersmedizin,
Charité – Universitätsmedizin Berlin,
und
Evangelisches Geriatriezentrum Berlin

Offenlegung potenzieller Interessenkonflikte

1. Anstellungsverhältnis oder Führungsposition

Jedes vollzeitige oder teilzeitige Anstellungsverhältnis, Führungsposition, u.ä. bei einer Körperschaft, die eine Investition im Gegenstand der Untersuchung, eine Lizenz oder ein sonstiges kommerzielles Interesse am Gegenstand der Untersuchung hat.

2. Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit

Jede Beratungs- bzw. Gutachtertätigkeit bei einer Körperschaft, die eine Investition im Gegenstand der Untersuchung, eine Lizenz oder ein sonstiges kommerzielles Interesse am Gegenstand der Untersuchung hat oder jede Bezahlung für eine solche Tätigkeit innerhalb eines Zeitrahmens von 2 Jahren während der Untersuchung.

3. Besitz von Geschäftsanteilen, Aktien oder Fonds

Jeder Besitz von Geschäftsanteilen, Fonds oder Aktien, börslich oder nicht-börslich gehandelt, von einer Körperschaft, die eine Investition im Gegenstand der Untersuchung, eine Lizenz oder ein sonstiges kommerzielles Interesse am Gegenstand der Untersuchung hat.

4. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz

Eigentümerinteressen an Arzneimitteln oder Medizinprodukten (z. B. Patent, Urheberrecht, Verkaufslizenz), die einen Bezug zum Gegenstand der Untersuchung haben

5. Honorare

Vortragshonorare von Bayer, BMS, Novartis

Honorare sind Bezahlungen für Ansprachen, Seminare oder sonstige Auftritte. Honorare müssen offengelegt werden, wenn sie von einer Körperschaft gezahlt wurden, die eine Investition im Gegenstand der Untersuchung, eine Lizenz oder ein sonstiges kommerzielles Interesse am Gegenstand der Untersuchung hat.

6. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen

Finanzielle Zuwendungen (Drittmittel) für Forschungsvorhaben oder direkte Finanzierung von Mitarbeitern der Einrichtung von Seiten eines Unternehmens der Gesundheitswirtschaft, eines kommerziell orientierten Auftragsinstituts oder einer Versicherung

7. Andere finanzielle Beziehungen

Geschenke, Reisekostenerstattungen, oder andere Zahlungen über 100 Euro außerhalb von Forschungsprojekten müssen offengelegt werden, wenn sie von einer Körperschaft gezahlt wurden, die eine Investition im Gegenstand der Untersuchung, eine Lizenz oder ein sonstiges kommerzielles Interesse am Gegenstand der Untersuchung hat.

Altersklassifizierungen

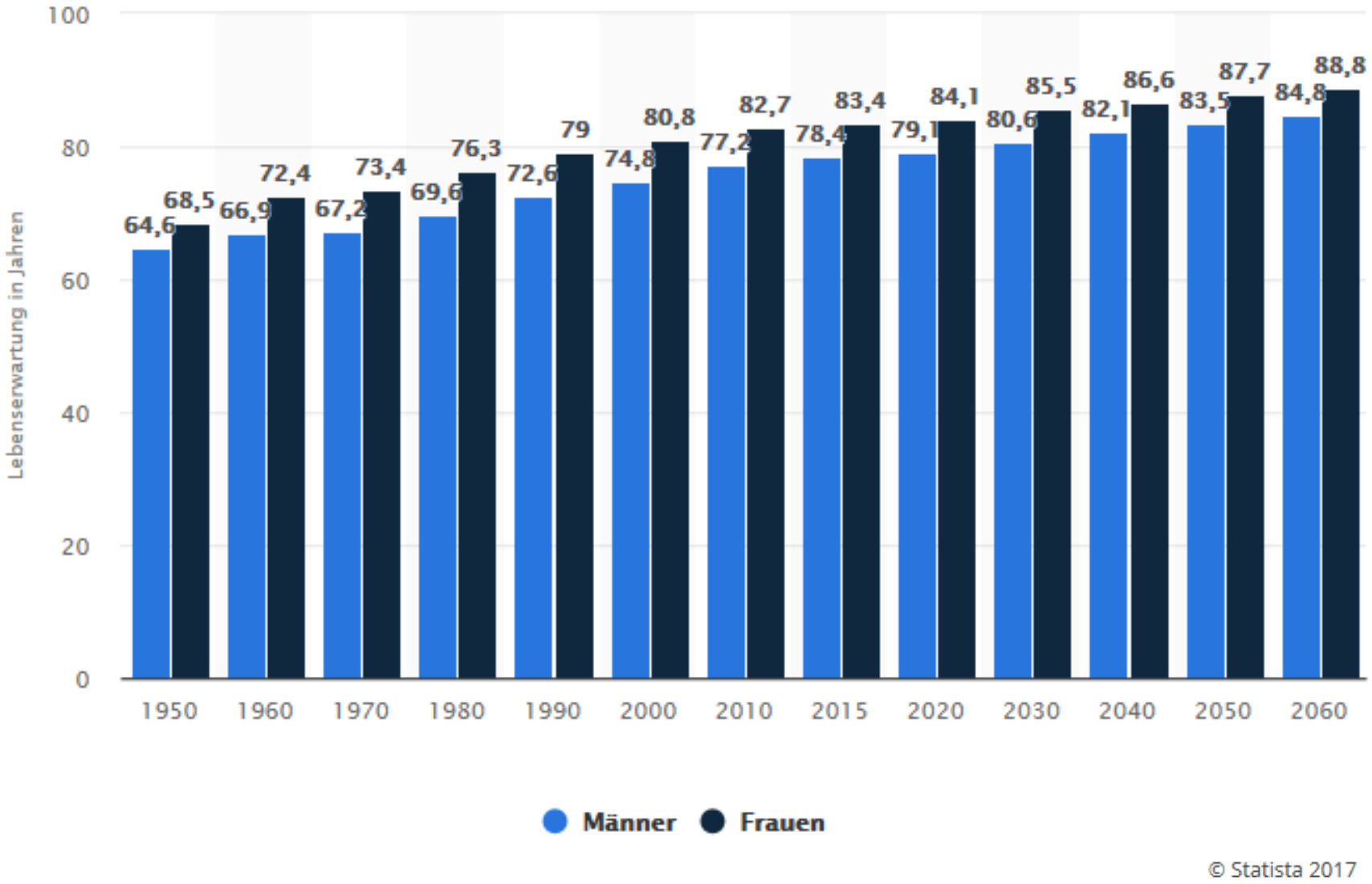
⇒ „Älter“	> 60/65 Jahre	“young old“
⇒ „Alt“	> 75 Jahre	“old old“
⇒„Sehr alt“	> 85/90 Jahre	“oldest old“

In den letzten 100 Jahren

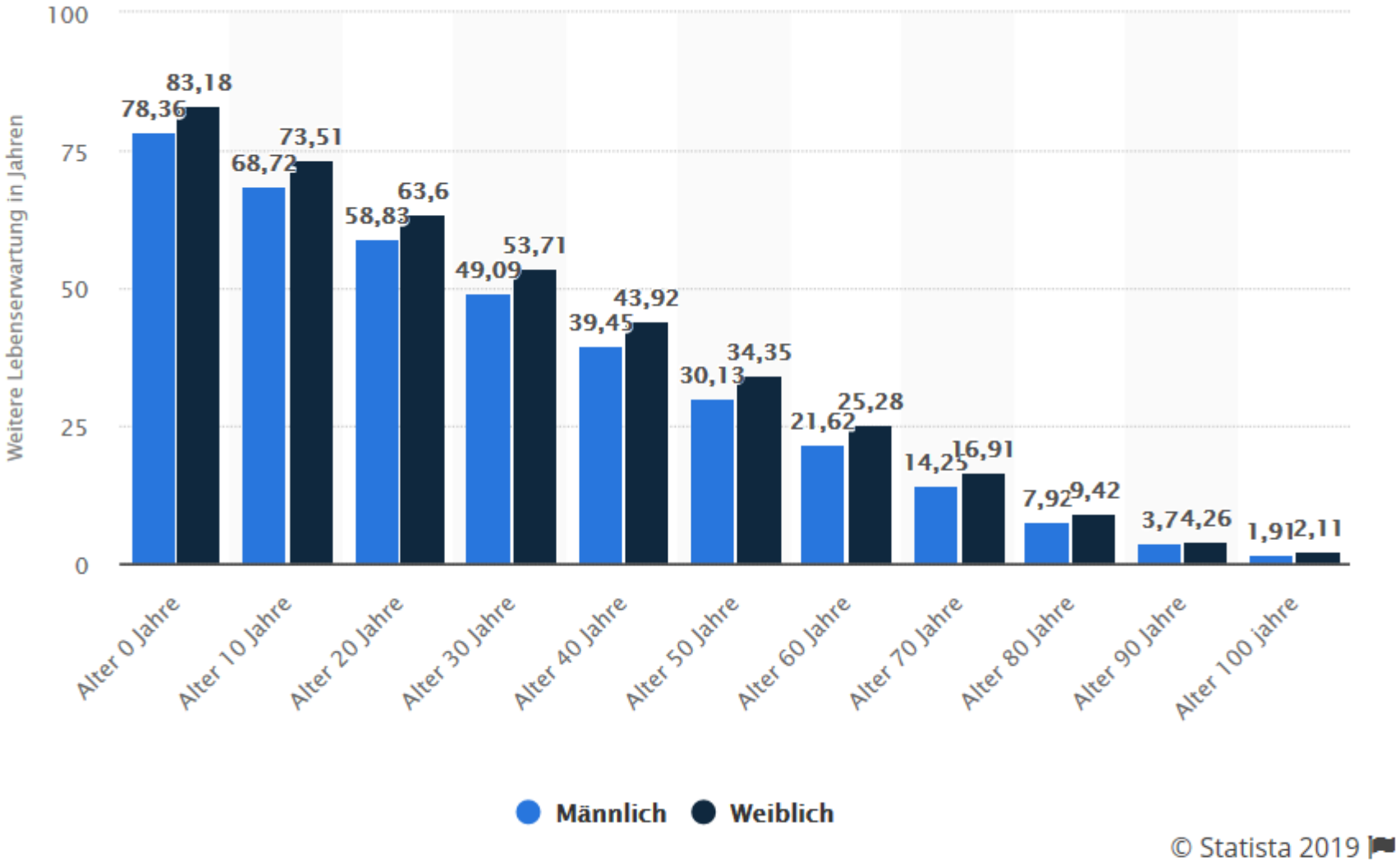
⇒ Deutliche Zunahme des Anteils der „älteren“, „alten“ und „sehr alten“ Menschen

⇒ In den Industrienationen ist die Bevölkerungsgruppe über 65 die am schnellsten wachsende Population

Entwicklung der Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland nach Geschlecht in den Jahren von 1950 bis 2060 (in Jahren)



Erreichbares Durchschnittsalter in Deutschland laut der Sterbetafel 2015/2017 nach Geschlecht und Altersgruppen (in Jahren)



Das höchste Lebensalter

das aktenkundig von einem Menschen erreicht wurde:

122 Jahre und 164 Tage

Jeanne Louise Calment
* 21.02.1875
† 04.08.1997

http://www.supercentenarian.com/records.html

2. Heidelberger Hundertjährigen-Studie

112 Personen im Alter von 100 Jahren

Eingeschränktes Sehen und/oder Hören:	94 %
Mobilitätseinschränkungen:	72 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen:	57 %
Probleme mit dem Harnsystem:	55 %
Häufige Schmerzen:	30 %

Jopp DS et al. (2016) Dtsch Arztebl Int 113:203-210

Geriatric giants

Albrecht Dürers Mutter,
63 Jahre (1514),
zwei Monate später verstorben

Aus Wikipedia

- Intellectual decline
- Incontinence
- Immobility
- Instability

Isaacs Bernard 1992
The Challenge of Geriatric Medicine (Oxford Medical Publications)

Moderne Geriatrie – Herausforderungen und Perspektiven

- Frailty
- Multimorbidität
- Prävention

Moderne Geriatrie – Herausforderungen und Perspektiven

- **Frailty**
- Multimorbidität
- Prävention

Gebrechlichkeit / „frailty“

- Ungewollter Gewichtsverlust[1]
- Verlangsamte Gangart[2]
- Verminderte körperliche Aktivität
- Physische und psychische Erschöpfung
- Körperliche Schwäche

Nach: Linda Fried 2001, in: Sieber C; Internist 2007; 48: 1190-1194

Abbildung aus: Primitiva Latinae Lingvae - Nürnberg, 1761

Frailty Consensus 2013, Morley et al:

1 >5 kg im vergangenen Jahr oder 10% des früheren Gewichts

2 7 Sekunden für 4 m bei Größe < 159cm oder 6 Sekunden für 4m bei Größe > 159 cm

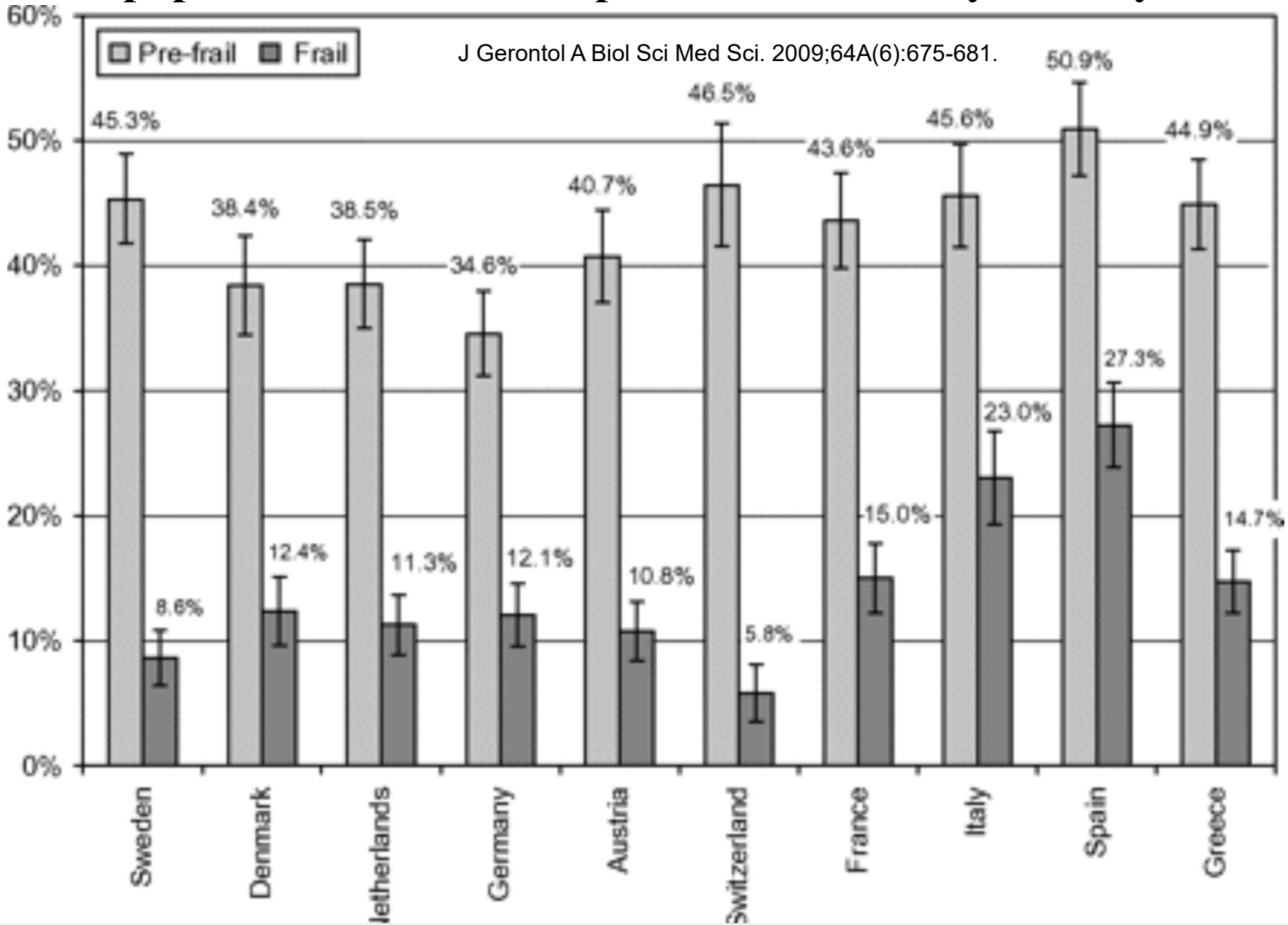
Prävalenz von körperlicher Gebrechlichkeit (Frailty)

Fuchs J, Scheidt-Nave C (2016)

- 2,8 % der 65- bis 79-jährigen Frauen und 2,3 % der gleichaltrigen Männer sind körperlich gebrechlich ("frail"); insgesamt sind dies 2,6 % der älteren Erwachsenen.
- Die Prävalenz der "Pre-Frailty", der Vorstufe der Gebrechlichkeit, liegt insgesamt bei 38,8 % (40,4 % der Frauen; 36,9 % der Männer).
- Bei beiden Indikatoren zeigen sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

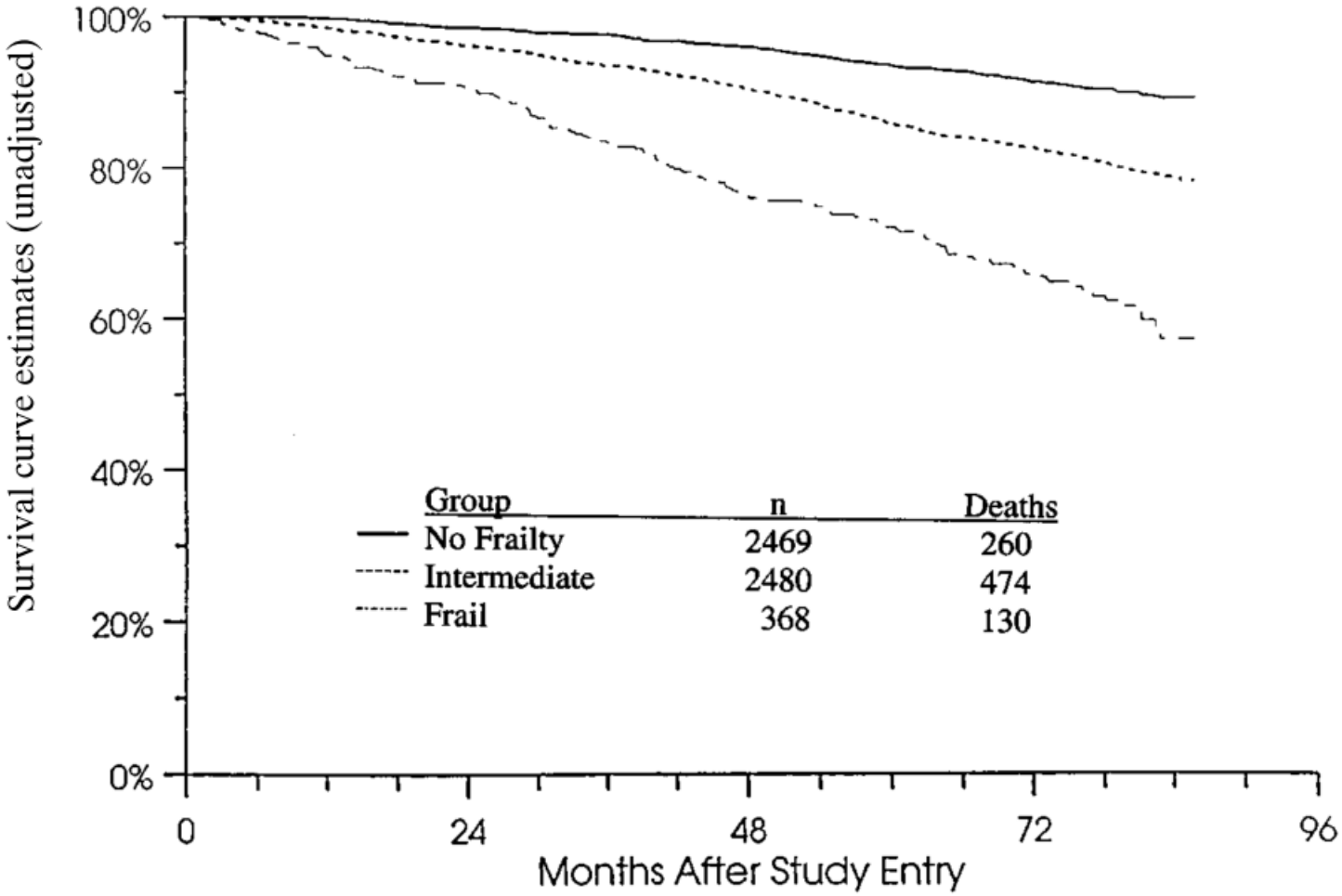
DOI: 10.17886/RKI-GBE-2016-009

Percentage of the 65 years and older community-dwelling population classified as prefrail and frail by country



Frailty – prognostischer Impakt

Daten aus der Cardiovascular Health Study



Fried LP et al (2001) J Gerontol A Biol Sci Med Sci 56A:M146-157

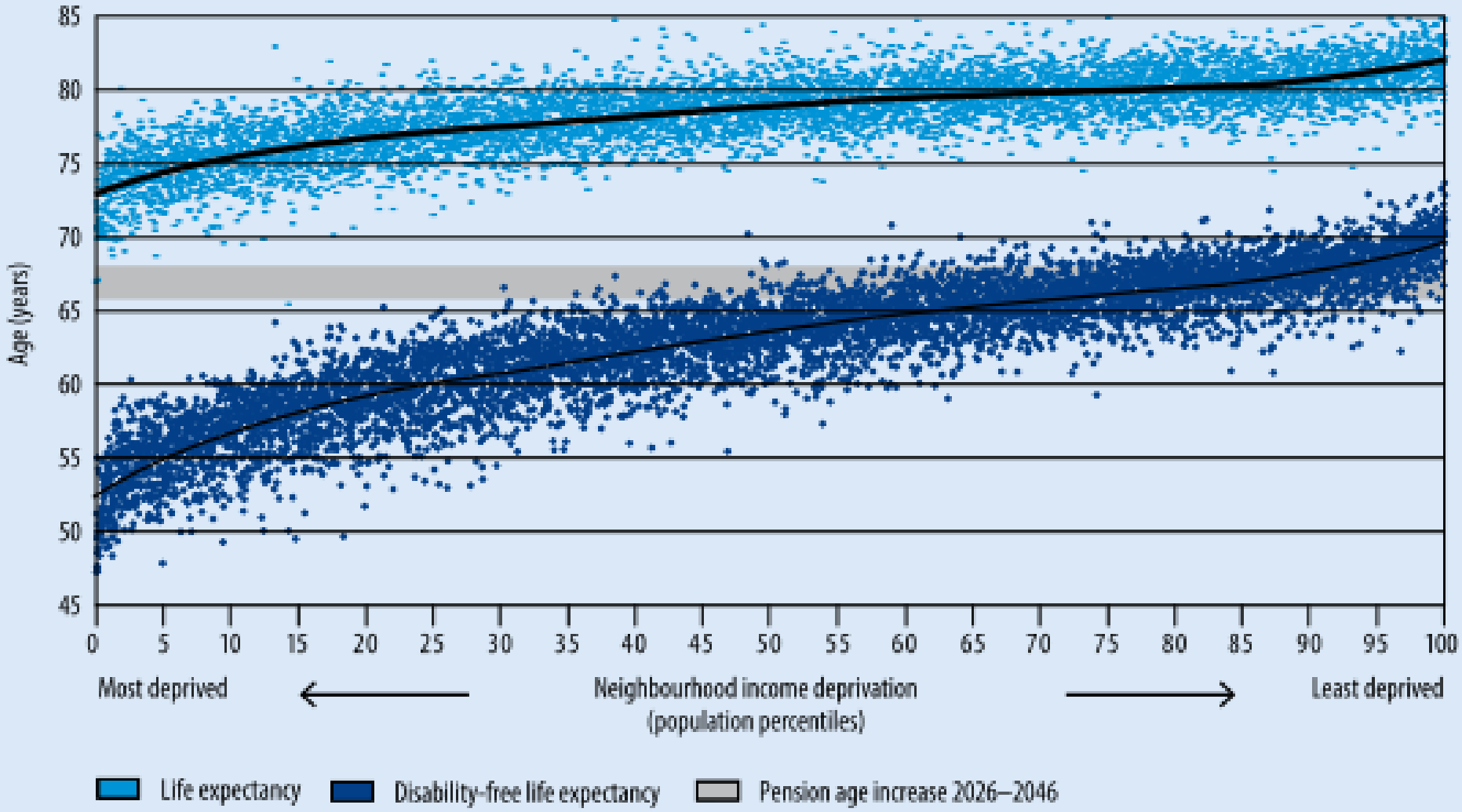
Evidenz-basierte Behandlung Prävention von physischer Frailty

- Trainingsprogramme (aerob und Krafttraining)
- Reduktion der Polypharmakotherapie
- Kalorische Substitution und Proteinzufuhr
- Gabe von Vitamin D

Morley JE et al (2013) J Am Med Dir Assoc 14: 392-397
Lorenzo-López L et al (2017) BMC Geriatr 17(1):108
Frost R et al (2017) BMC Geriatr 17(1):157
Dedeyne L et al (2017) Clin Interv Aging 12:873-896

World Report on Ageing and Healthy (WHO 2015)

Fig. 1.2. Life expectancy and disability-free life expectancy at birth, by neighbourhood income level, England, 1999–2003



Moderne Geriatrie – Herausforderungen und Perspektiven

- Frailty
- **Multimorbidität**
- Prävention

Multimorbidität

- Im Alter ist Multimorbidität die Regel
- Krankheitscluster und typische therapeutische Konflikte zwischen verschiedenen Erkrankungen

Battegay E et al. Internist 2017; 58: 344-353

Definition geriatrischer Patienten

Geriatrische Patienten sind definiert durch:

- Geriatrietypische Multimorbidität und
- höheres Lebensalter (überwiegend 70 Jahre oder älter);

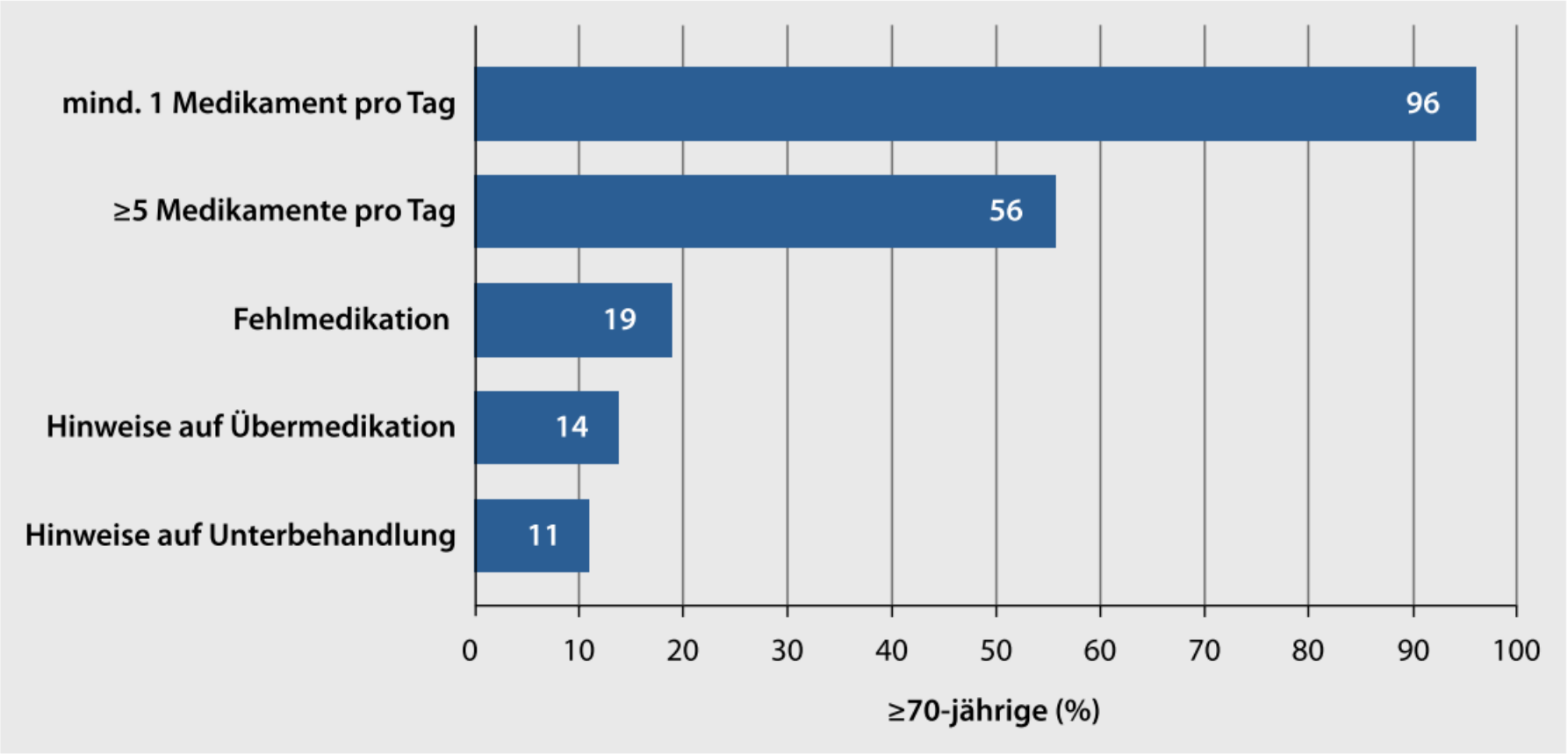
die geriatrietypische Multimorbidität ist hierbei vorrangig vor dem kalendarischen Alter zu sehen;

oder durch

- Alter 80+
  auf Grund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität, z.B. wegen
  - des Auftretens von Komplikationen und Folgeerkrankungen,
  - der Gefahr der Chronifizierung sowie
  - des erhöhten Risikos eines Verlustes der Autonomie mit Verschlechterung des Selbsthilfestatus

Konsequenzen von Multimorbidität in der Pharmakotherapie.

Etwa ein Drittel der ≥70-Jährigen leidet unter 5 oder mehr chronischen Erkrankungen



e Cur Geriat 2014 · 1–30 // Kwetkat A, Denkinger M, Bahrmann A, Thiem U // Springer Verlag

TABELLE 3

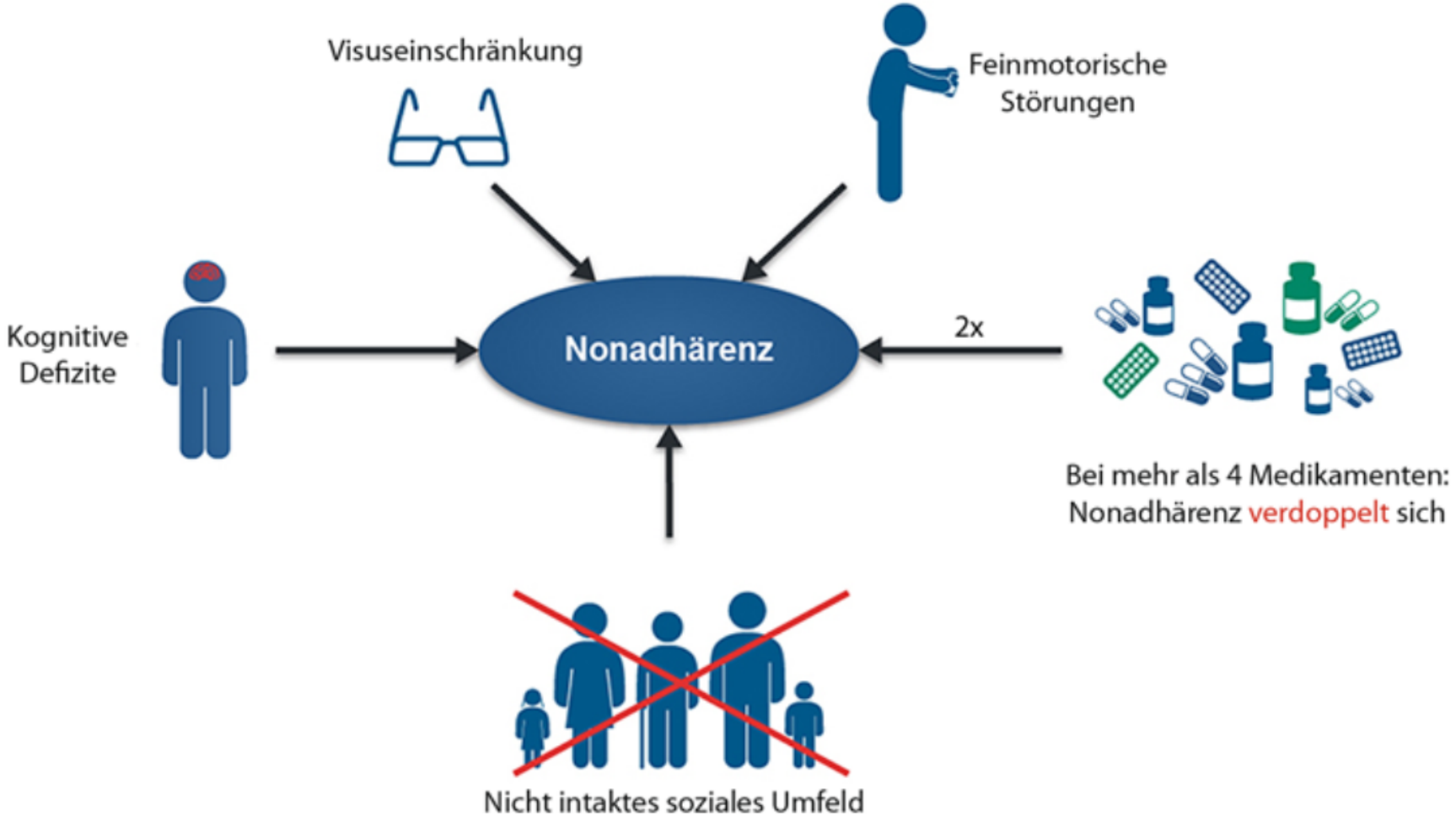
Beispiele für maximale, positive und statistisch signifikante Assoziationsausmaße klinischer Zielgrößen*[1] mit Polypharmazie in Kohortenstudien (≥ 4 Medikamente) (8)

klinische Zielgröße	Odds Ratio [95-%-KI]
Stürze	1,06 [1,02; 1,09] 1,22 [1,04; 1,43] 1,6 [1,1; 2,1]
sturzassoziierte Variablen – Schwindel – Angst zu fallen – Frakturen	 1,80 [1,02; 3,19] 1,6 [1,1; 2,3] keine Angabe*[2] keine Angabe*[2]
unerwünschte Arzneimittelwirkungen	1,34 [1,1; 1,63] 3,61 [1,92; 6,78]
Hospitalisierungsrate	1,04 [1,03; 1,06]
Mortalitätsrate	1,04 [1,00; 1,07] 1,09 [1,04; 1,15]
allgemeiner Gesundheitszustand	Gewichtsverlust: 2,78 [1,38; 5,60] ADL: 1,95 [1,54; 2,46]
kognitive Leistung	Demenz: 1,34 [1,23; 1,46]

*[1] aufgeführt sind Kohortenstudien mit guter Qualität der Adjustierung auf chronische Erkrankungen
*[2] keine Angabe für Assoziation aus Kohortenstudien mit guter Qualität der Adjustierung auf chronische Erkrankungen
ADL, Aktivität des täglichen Lebens; 95-%-KI, 95-%-Konfidenzintervall

Moßhammer, Dirk; Haumann, Hannah; Mörike, Klaus; Joos, Stefanie
Polypharmazie – Tendenz steigend, Folgen schwer kalkulierbar
Dtsch Arztebl Int 2016; 113(38): 627-33; DOI: 10.3238/arztebl.2016.0627

Risikofaktoren für Non-Adhärenz im Alter



e Cur Geriat 2014 · 1–30 // Kwetkat A, Denkinger M, Bahrmann A, Thiem U // Springer Verlag

PIM (potenziell inadäquate Medikation) Listen

USA: Beers-Liste (1997, regelmäßig aktualisiert)

Kanada: National Consensus Panel (McLeod et al 1997)

Frankreich: French Consensus Panel (Laroche el al 2007)

Irland: STOPP and START (Gallagher et al 2008/2015)

Norwegen: NORGEP (Rognstad et al 2009)

Deutschl.: PRISCUS (Holt, Schmiedl, Thürmann 2010)

Positivliste FORTA (fit for the aged)

Vorschlag M. Wehling (DMW 2008, aktualisiert 2015/2018)

Irland: STOPP and START (Gallagher et al 2008/2015)

AWMF online
Das Portal der wissenschaftlichen Medizin

Angemeldetes Leitlinienvorhaben

Registernummer 053 - 043

Klassifikation S3

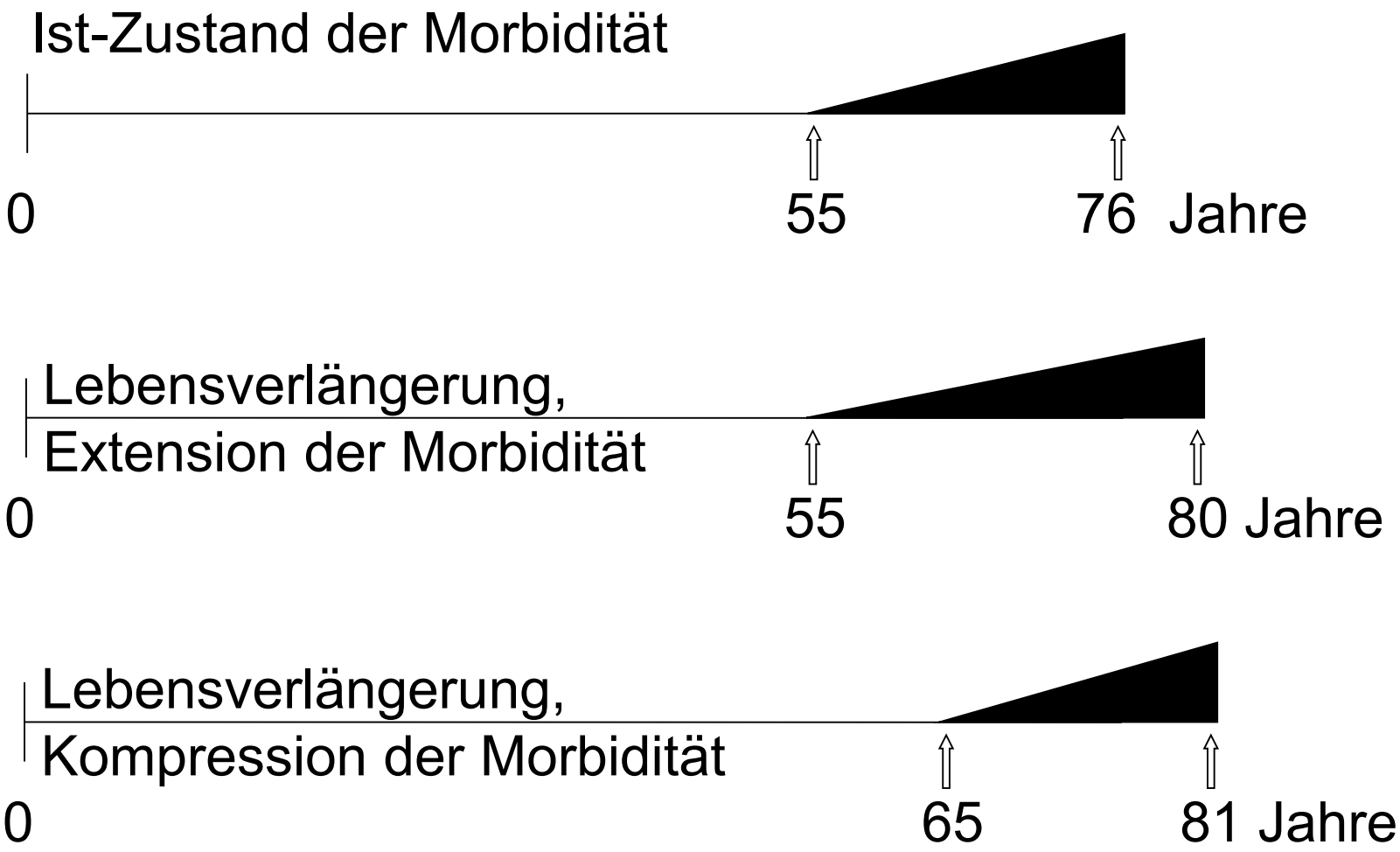
Multimedikation

Anmeldedatum:	16.10.2019
Geplante Fertigstellung:	31.07.2020
Gründe für die Themenwahl:	Ziel: Optimierung einer erforderlichen Multimedikation unter Vermeidung von unangemessener Medikation und Untertherapie sowie unter Einbeziehung von Patientenpräferenzen. Dazu soll die vorbestehende S2e-Leitlinie nach der Aktualisierung auf der Basis eines systematischen Leitlinienreviews formal interdisziplinär und unter Beteiligung eines Patientenvertreters konsentiert werden, da auch setting- und sektorenübergreifende Verbesserungen im Medikationsmanagement adressiert werden sollen.
Zielorientierung der Leitlinie:	Hausärztlicher Versorgungsbereich (Verbesserung der Versorgungsqualität)
Verbindung zu vorhandenen Leitlinien anderer Fachgesellschaften:	→ Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten, Diagnostik und Therapie → Medikamentenmonitoring → Multimorbidität → Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis
Anmelder bei der AWMF (Person):	Prof. Dr. med. Anne Barzel
Anmeldende Fachgesellschaft(en):	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) → Visitenkarte

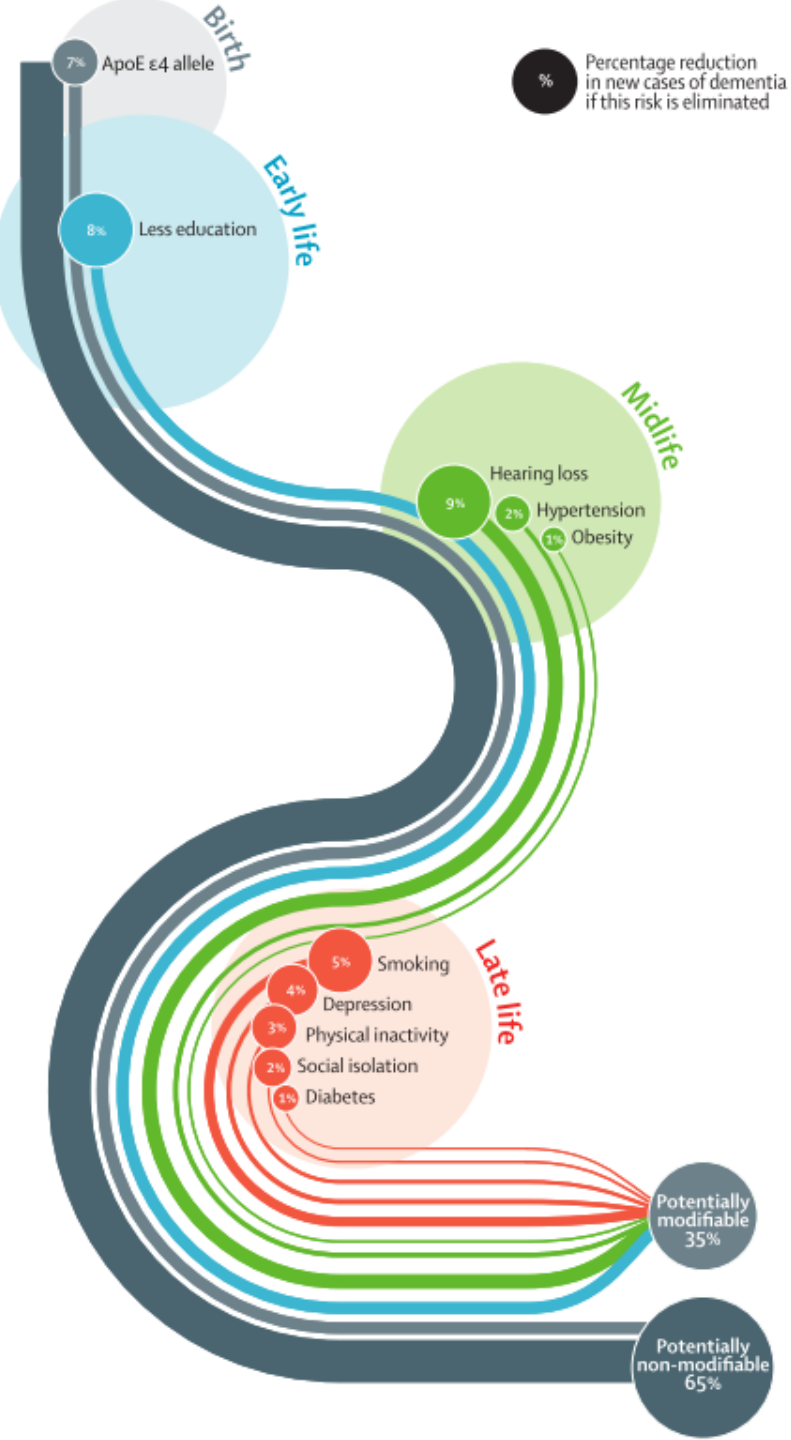
Moderne Geriatrie – Herausforderungen und Perspektiven

- Frailty
- Multimorbidität
- **Prävention**

Kompression oder Extension der Morbidität?



Fries J (2003) Ann Intern Med 139: 455 - 459
Fries J (1980) N Engl J Med 303: 130 - 139



Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017; 390: 2673–734.

35% der Fälle von Demenz könnten verhindert werden!

9 Faktoren zur Beförderung/Vermeidung der Demenz:

- Bildung
- Bluthochdruck
- Fettsucht
- Schwerhörigkeit
- Rauchen
- Depression
- Körperliche Inaktivität
- Diabetes
- Soziale Isolation

Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Lancet 2017; 390: 2673–734.