

Heilen Funktionieren Sterben

Wo sind die Cut Offs?

Michael Denkinger
Palliative Geriatrie
Okt 2025 Berlin

Die Herausforderung

81-jähriger Patient aus der Unfallchirurgie

Dg. SH-Fx und Endokarditits

Soziales

Davor selbstversorgend, kognitiv zuletzt leicht
abgebaut, Stolpersturz, 1 Treppe zum Bad

Diagnosen

Koronare 2-Gefäßerkrankung mit Z.n. Stent vor 3 M

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II

Rheumatoide Arthritis

Arterielle Hypertonie

Osteoporose

nvVHF

schwacher Magen

Hypothyreose

RR	170/85	mmHg
HF	112	/min
Temp	36,1	°C
SpO ₂	94	%



Die Herausforderung

81-jähriger Patient aus der Unfallchirurgie

Dg. SH-Fx und Endokarditits

Soziales

Davor selbstversorgend, kognitiv zuletzt leicht
abgebaut, Stolpersturz, 1 Treppe zum Bad

Diagnosen

Koronare 2-Gefäßerkrankung mit Z.n. Stent vor 3 M

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II

Rheumatoide Arthritis

Arterielle Hypertonie

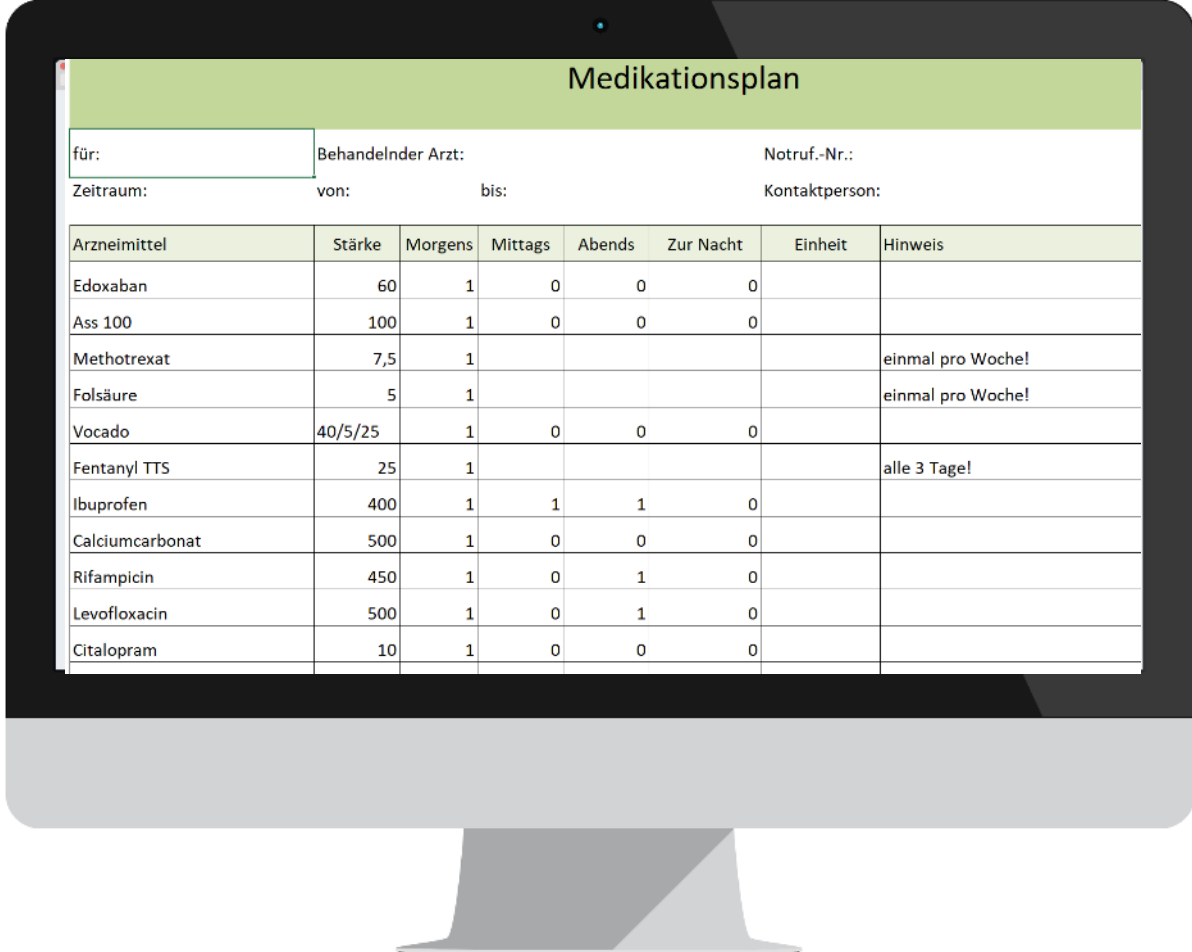
Osteoporose

nvVHF

schwacher Magen

Hypothyreose

RR	170/85	mmHg
HF	112	/min
Temp	36,1	°C
SpO ₂	94	%



Medikationsplan							
für:	Behandelnder Arzt:		Notruf.-Nr.:				
Zeitraum:	von:	bis:	Kontaktperson:				
Arzneimittel	Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Einheit	Hinweis
Edoxaban	60	1	0	0	0		
Ass 100	100	1	0	0	0		
Methotrexat	7,5	1					einmal pro Woche!
Folsäure	5	1					einmal pro Woche!
Vocado	40/5/25	1	0	0	0		
Fentanyl TTS	25	1					alle 3 Tage!
Ibuprofen	400	1	1	1	0		
Calciumcarbonat	500	1	0	0	0		
Rifampicin	450	1	0	1	0		
Levofloxacin	500	1	0	1	0		
Citalopram	10	1	0	0	0		

Die Herausforderung

81-jähriger Patient aus der Unfallchirurgie

Dg. SH-Fx und Endokarditits

Soziales

Davor selbstversorgend, kognitiv zuletzt leicht abgebaut, Stolpersturz, 1 Treppe zum Bad

Diagnosen

Koronare 2-Gefäßerkrankung mit Z.n. Stent vor 3 M

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II

Rheumatoide Arthritis

Arterielle Hypertonie

Osteoporose

nvVHF

schwacher Magen

Hypothyreose

RR	170/85	mmHg
HF	112	/min
Temp	36,1	°C
SpO ₂	94	%

Was fehlt?

für:	Behandelnder Arzt:	Notruf.-Nr.:					
Zeitraum:	von: bis:	Kontaktperson:					
Arzneimittel	Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Einheit	Hinweis
Edoxaban	60	1	0	0	0		
Ass 100	100	1	0	0	0		
Methotrexat	7,5	1					einmal pro Woche!
Folsäure	5	1					einmal pro Woche!
Vocado	40/5/25	1	0	0	0		
Fentanyl TTS	25	1					alle 3 Tage!
Ibuprofen	400	1	1	1	0		
Calciumcarbonat	500	1	0	0	0		
Rifampicin	450	1	0	1	0		
Levofloxacin	500	1	0	1	0		
Citalopram	10	1	0	0	0		

Die Herausforderung

81-jähriger Patient aus der Unfallchirurgie

Dg. SH-Fx und Endokarditits

Soziales

Davor selbstversorgend, kognitiv zuletzt leicht abgebaut, Stolpersturz, 1 Treppe zum Bad

Diagnosen

Koronare 2-Gefäßerkrankung mit Z.n. Stent vor 3 M

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus Typ II

Rheumatoide Arthritis

Arterielle Hypertonie

Osteoporose

nvVHF

schwacher Magen

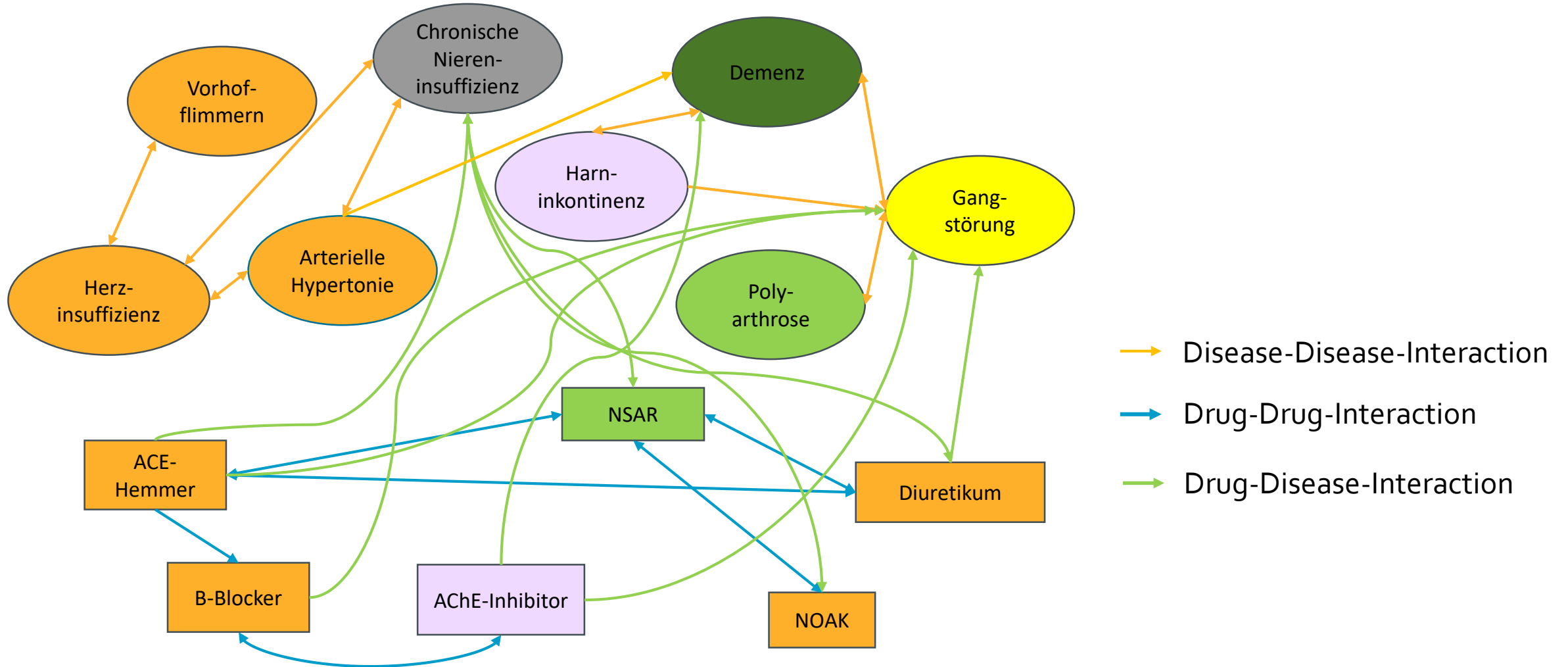
Hypothyreose

RR	170/85	mmHg
HF	112	/min
Temp	36,1	°C
SpO ₂	94	%

Was fehlt?

für:	Behandelnder Arzt:	Notruf.-Nr.:					
Zeitraum:	von:	bis:	Kontaktperson:				
Arzneimittel	Stärke	Morgens	Mittags	Abends	Zur Nacht	Einheit	Hinweis
Edoxaban	60	1	0	0	0		
Ass 100	100	1	0	0	0		
Methotrexat	7,5	1					einmal pro Woche!
Folsäure	5	1					einmal pro Woche!
Vocado	40/5/25	1	0	0	0		
Fentanyl TTS	25	1					alle 3 Tage!
Ibuprofen	400	1	1	1	0		
Calciumcarbonat	500	1	0	0	0		
Rifampicin	450	1	0	1	0		
Levofloxacin	500	1	0	1	0		
Citalopram	10	1	0	0	0		

Komplexitätsmedizin bei Multimorbidität



Was fehlt Ihnen (ihm) noch?

- Selbsthilfefähigkeit
- Gehfähigkeit / Mobilität
- Soziale Situation
- (I)Kontinenz
- Kognition
- Delir
- Emotion/Affekt/Depressivität
- Schmerzstatus/ -Empfinden
- Hören/Sehen
- Therapiewunsch
- Ernährungsstatus/ Hautzustand

Was fehlt Ihnen (ihm) noch?

- Selbsthilfefähigkeit
- Gehfähigkeit / Mobilität
- Soziale Situation
- (I)Kontinenz
- Kognition
- Delir
- Emotion/Affekt/Depressivität
- Schmerzstatus/ -Empfinden
- Hören/Sehen
- Therapiewunsch
- Ernährungsstatus/ Hautzustand

4. Gibt es Treppen zum Haus oder wichtige Treppen (Bad, Bett...) im Haus?

Ja



Treppen zw Klo
und Bett?



Isst der Pat.?
Deku?

ARZTBRIEF

HAUPTDIAGNOSE(N):

- Fraktur BWK 7 nach häuslichem Sturz
- minimalinvasive dorsale Stabilisierung
- Multifaktorielle Gangstörung mit rezidivierenden
Alte BWK 5-, 9-, 11-Fraktur 07/2023
- Frakturen der 4.-10. Rippe rechts
- Dilatative Kardiomyopathie ED 05/2023
- Hochgradig reduzierter linksventrikulärer Auswurf
- KHK ohne höhergradige Stenosen
- persistierendes Vorhofflimmern ED 05/2023
- CHADS₂-VASc-Score 3 Punkte
- OAK mit Apixaban

WEITERE DIAGNOSEN/ Nebendiagnosen:

- Kardiovaskuläre Risikofaktoren:
Arterielle Hypertonie
Hvnercholesterinämie

Konnte der Patient
aufstehen?

DD Granulom

: Konstante **Noduli**, der größte mit 5 mm **subpleural** median im rechten Oberlappen.

lung

la externa links, ältere **zerebelläre** Ischämien

isch, DD arterio-arteriell

LWK 2 Fraktur

Blasenhyperplasie mit Pollakisurie und gelegentlichen Harninkontinenz

Trauma nach Sturzereignis 12/2023

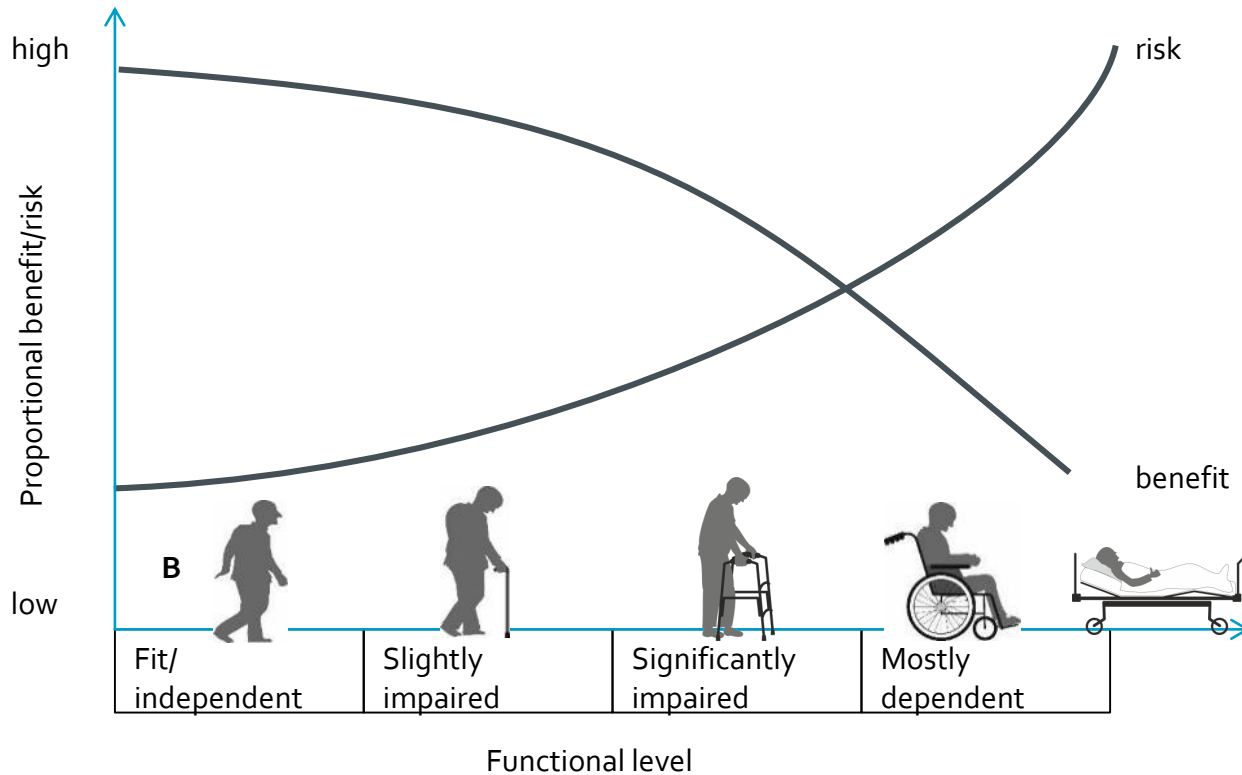
Reizhustenpneumonie 12/2023

Komplexitätsmedizin bei Multimorbidität...

...geht nur mit Funktionalität

Komplexitätsmedizin bei Multimorbidität...

...geht nur mit Funktionalität



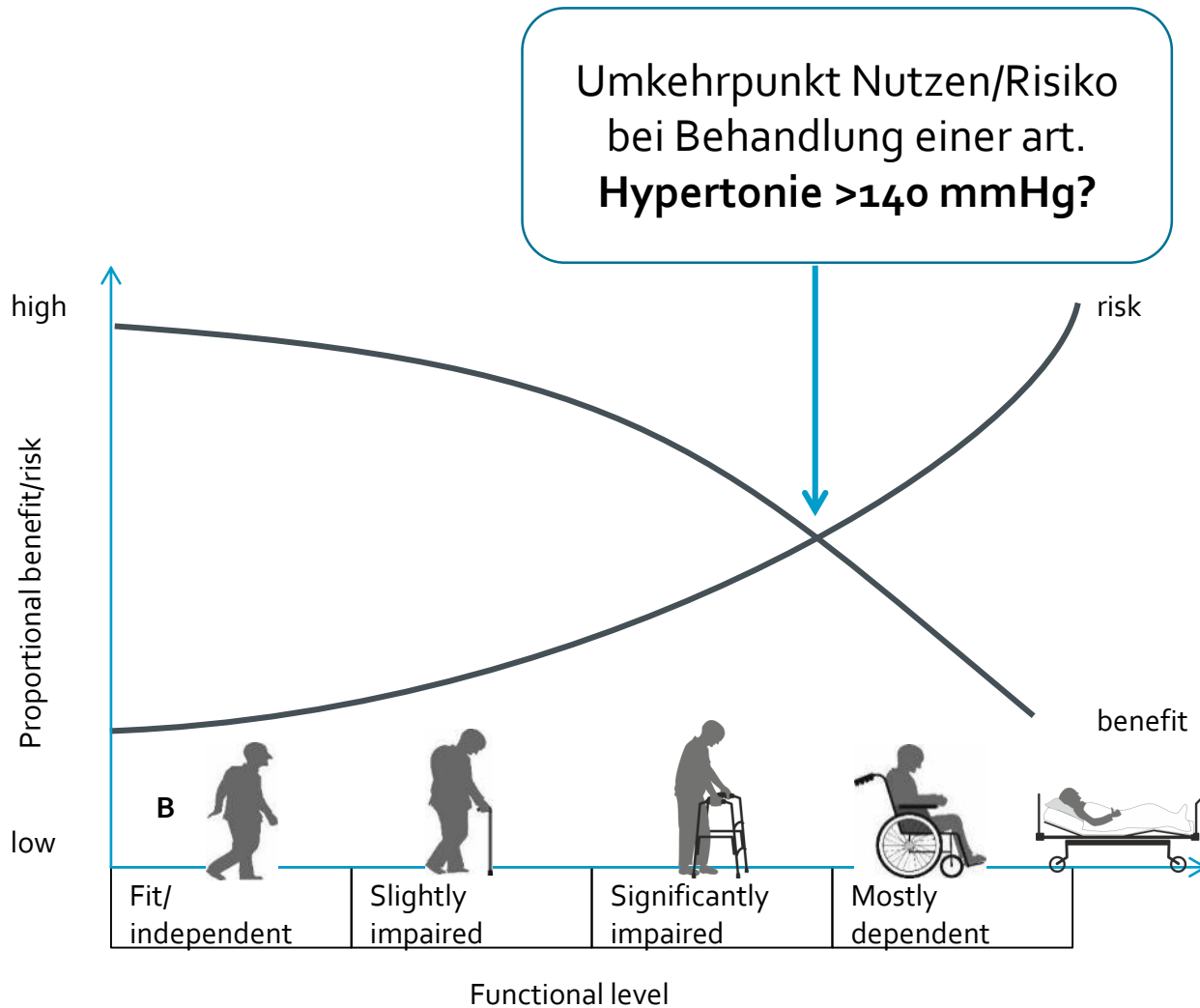
Special Article

A Proposal for the Retrospective Identification and Categorization of Older People With Functional Impairments in Scientific Studies—Recommendations of the Medication and Quality of Life in Frail Older Persons (MedQoL) Research Group



Simone Brefka MD^{a,b}, Dhayana Dallmeier MD, PhD^{a,b}, Viktoria Mühlbauer^{a,b}, Christine A.F. von Arnim MD^{b,c}, Claudia Bollig MSc^{d,e}, Graziano Onder MD, PhD^f, Mirko Petrovic MD, PhD^g, Carlos Schönfeldt-Lecuona MD^{b,h}, Moritz Seibert^{b,c}, Gabriel Torbahn MPH^{e,i}, Sebastian Voigt-Radloff MSc, PhD^{d,e}, Walter E. Haefeli MD^j, Jürgen M. Bauer MD^k, Michael D. Denkinger MD^{a,b,*}, for the Medication and Quality of Life Research Group

Heilen? Funktion erhalten? Palliativ behandeln?



Special Article

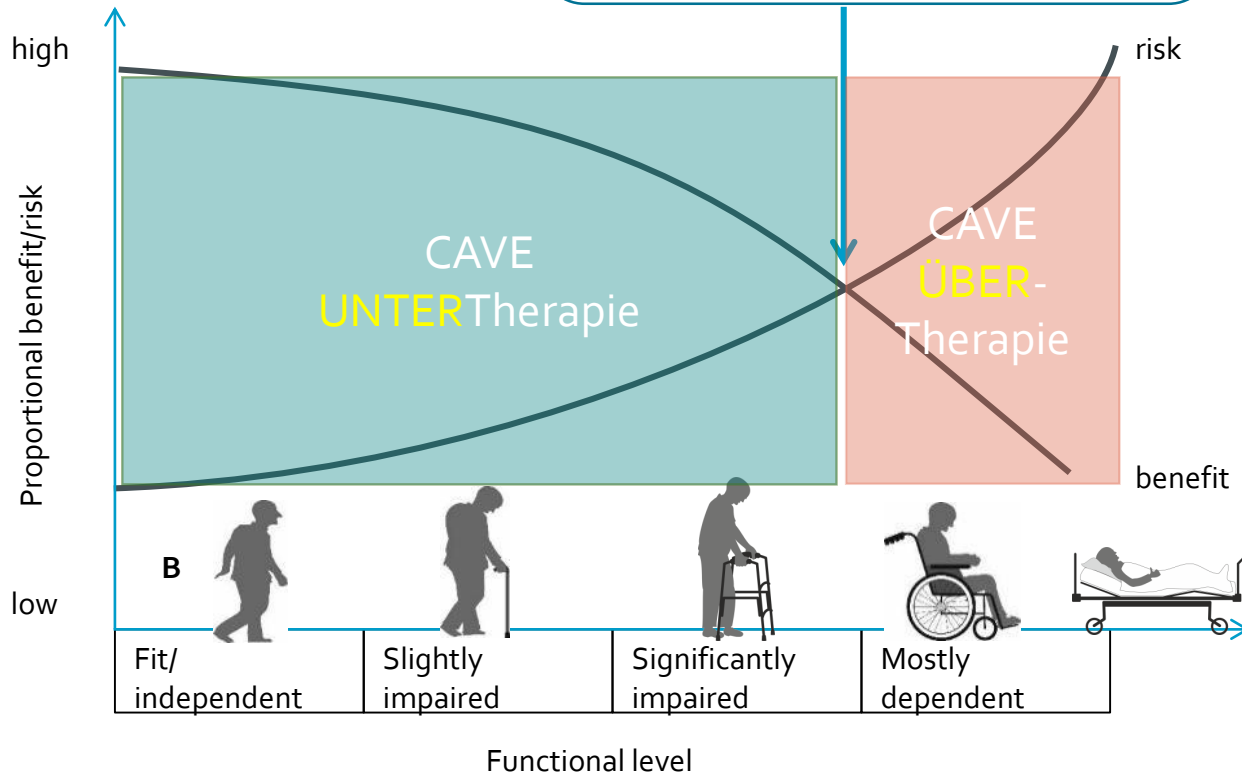
A Proposal for the Retrospective Identification and Categorization of Older People With Functional Impairments in Scientific Studies—Recommendations of the Medication and Quality of Life in Frail Older Persons (MedQoL) Research Group



Simone Brefka MD^{a,b}, Dhayana Dallmeier MD, PhD^{a,b}, Viktoria Mühlbauer^{a,b}, Christine A.F. von Arnim MD^{b,c}, Claudia Bollig MSc^{d,e}, Graziano Onder MD, PhD^f, Mirko Petrovic MD, PhD^g, Carlos Schönfeldt-Lecuona MD^{b,h}, Moritz Seibert^{b,c}, Gabriel Torbahn MPH^{e,i}, Sebastian Voigt-Radloff MSc, PhD^{d,e}, Walter E. Haefeli MD^j, Jürgen M. Bauer MD^k, Michael D. Denkinger MD^{a,b,*}, for the Medication and Quality of Life Research Group

Heilen? Funktion erhalten? Palliativ behandeln?

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung einer art. Hypertonie >140 mmHg?



JAMDA
journal homepage: www.jamda.com



Special Article

A Proposal for the Retrospective Identification and Categorization of Older People With Functional Impairments in Scientific Studies—Recommendations of the Medication and Quality of Life in Frail Older Persons (MedQoL) Research Group

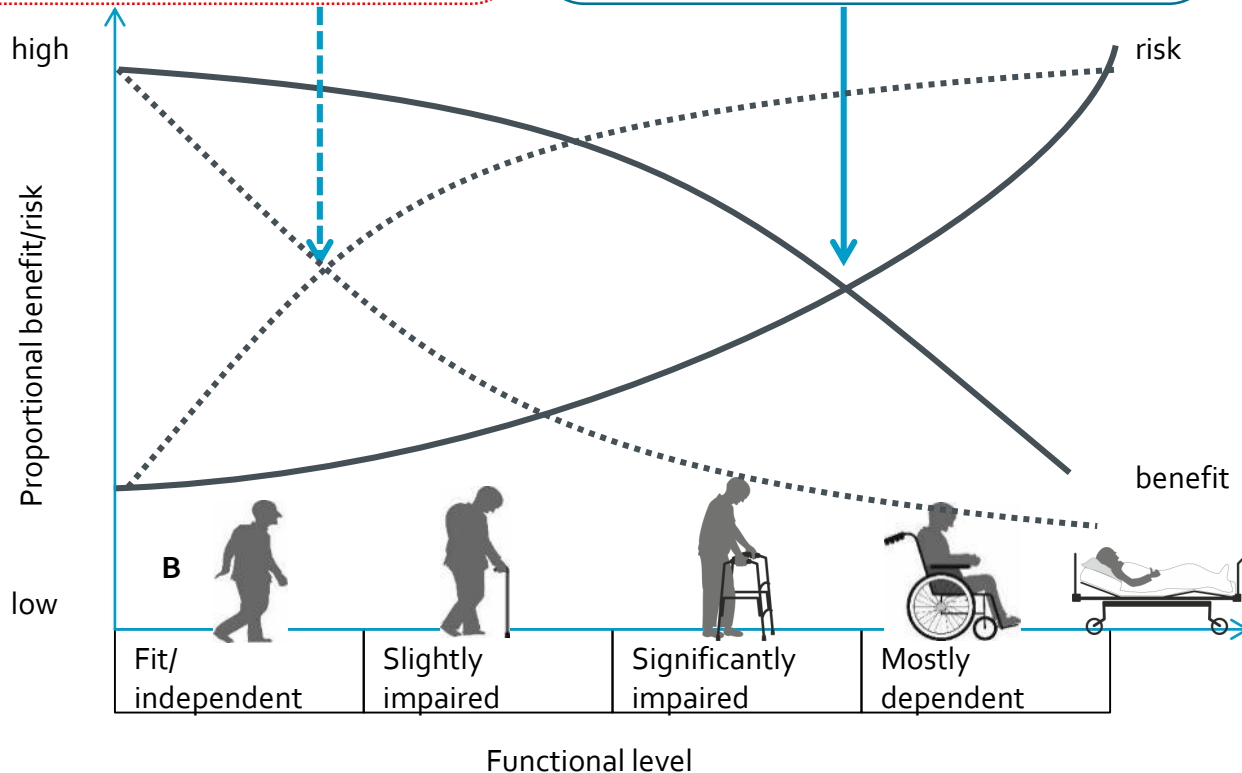


Simone Brefka MD^{a,b}, Dhayana Dallmeier MD, PhD^{a,b}, Viktoria Mühlbauer^{a,b}, Christine A.F. von Arnim MD^{b,c}, Claudia Bollig MSc^{d,e}, Graziano Onder MD, PhD^f, Mirko Petrovic MD, PhD^g, Carlos Schönfeldt-Lecuona MD^{b,h}, Moritz Seibert^{b,c}, Gabriel Torbahn MPH^{e,i}, Sebastian Voigt-Radloff MSc, PhD^{d,e}, Walter E. Haefeli MD^j, Jürgen M. Bauer MD^k, Michael D. Denkinger MD^{a,b,*}, for the Medication and Quality of Life Research Group

Heilen? Funktion erhalten? Palliativ behandeln?

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung eines Tumors mit Chemotherapie +/- OP

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung einer art. Hypertonie >140 mmHg?



Special Article

A Proposal for the Retrospective Identification and Categorization of Older People With Functional Impairments in Scientific Studies—Recommendations of the Medication and Quality of Life in Frail Older Persons (MedQoL) Research Group

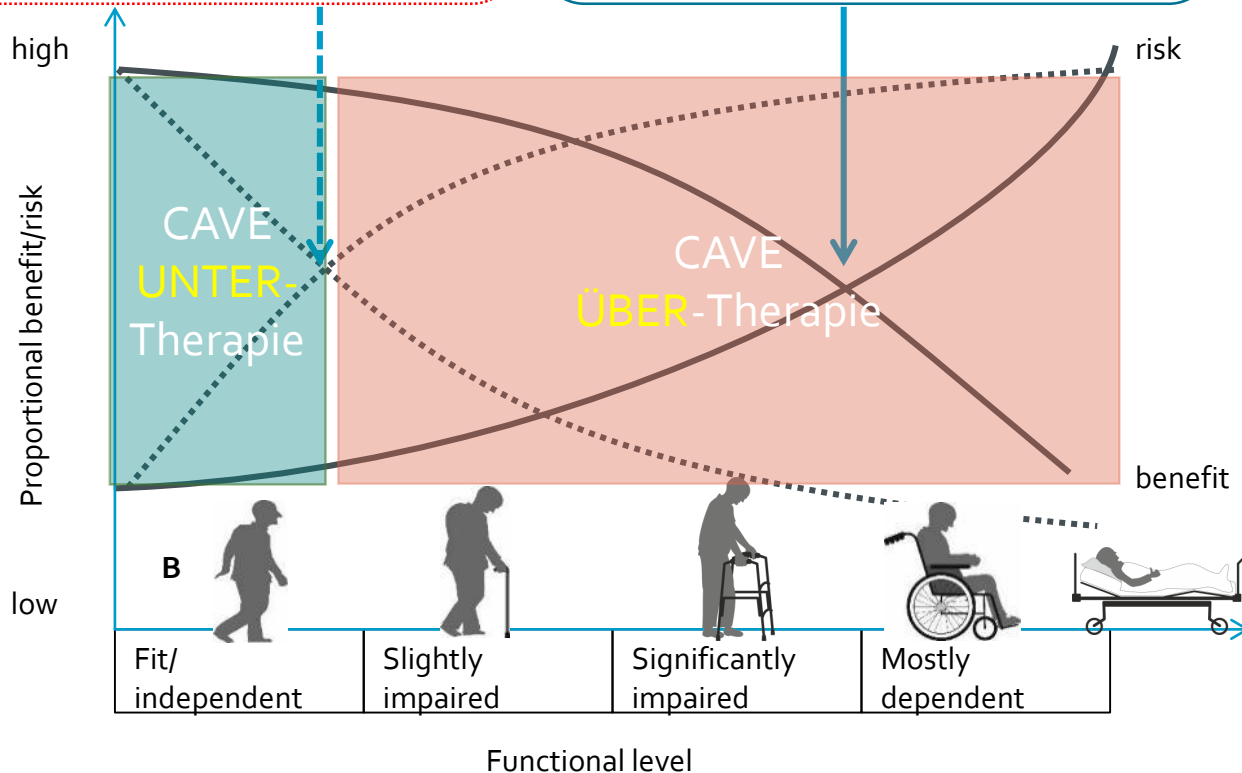


Simone Brefka MD^{a,b}, Dhayana Dallmeier MD, PhD^{a,b}, Viktoria Mühlbauer^{a,b}, Christine A.F. von Arnim MD^{b,c}, Claudia Bollig MSc^{d,e}, Graziano Onder MD, PhD^f, Mirko Petrovic MD, PhD^g, Carlos Schönfeldt-Lecuona MD^{b,h}, Moritz Seibert^{b,c}, Gabriel Torbahn MPH^{e,i}, Sebastian Voigt-Radloff MSc, PhD^{d,e}, Walter E. Haefeli MD^j, Jürgen M. Bauer MD^k, Michael D. Denkinger MD^{a,b,*}, for the Medication and Quality of Life Research Group

Heilen? Funktion erhalten? Palliativ behandeln?

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung eines Tumors mit Chemotherapie +/- OP

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung einer art. Hypertonie >140 mmHg?



Special Article

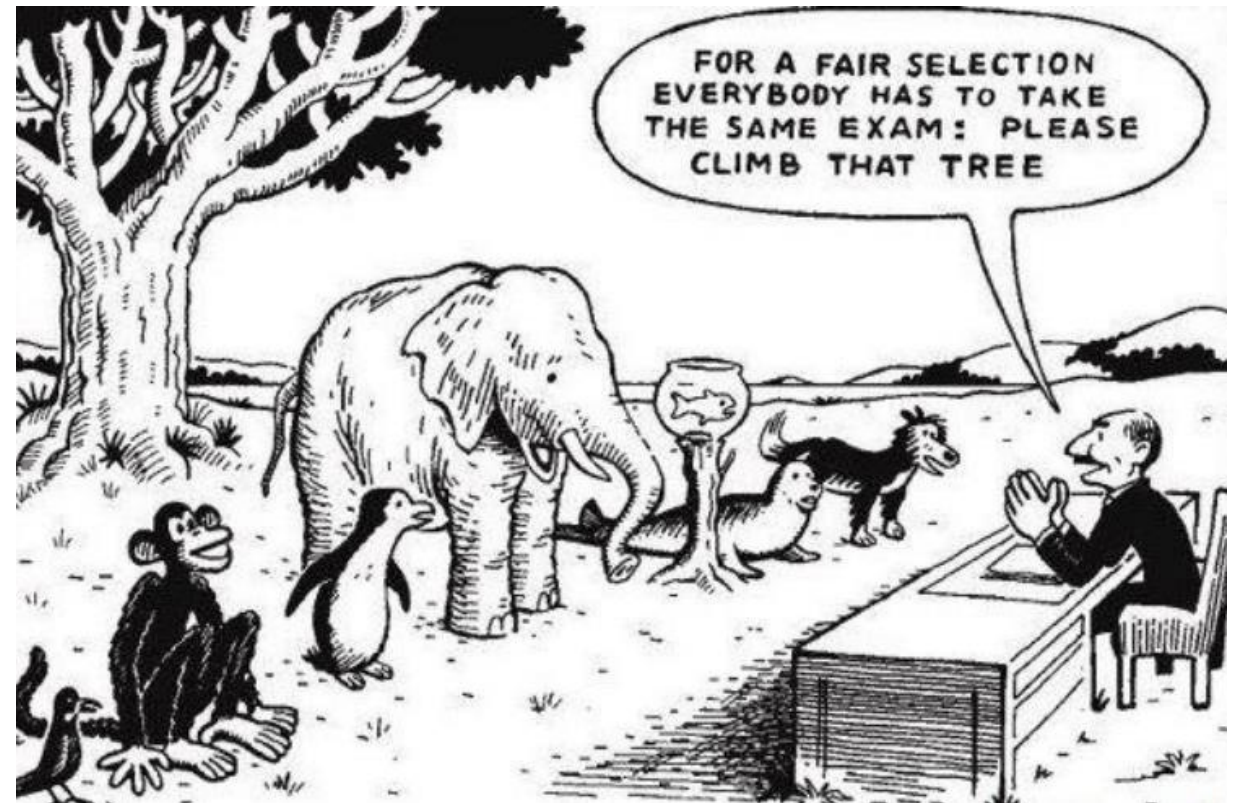
A Proposal for the Retrospective Identification and Categorization of Older People With Functional Impairments in Scientific Studies—Recommendations of the Medication and Quality of Life in Frail Older Persons (MedQoL) Research Group

Simone Brefka MD^{a,b}, Dhayana Dallmeier MD, PhD^{a,b}, Viktoria Mühlbauer^{a,b}, Christine A.F. von Arnim MD^{b,c}, Claudia Bollig MSc^{d,e}, Graziano Onder MD, PhD^f, Mirko Petrovic MD, PhD^g, Carlos Schönfeldt-Lecuona MD^{b,h}, Moritz Seibert^{b,c}, Gabriel Torbahn MPH^{e,i}, Sebastian Voigt-Radloff MSc, PhD^{d,e}, Walter E. Haefeli MD^j, Jürgen M. Bauer MD^k, Michael D. Denkinger MD^{a,b,*}, for the Medication and Quality of Life Research Group

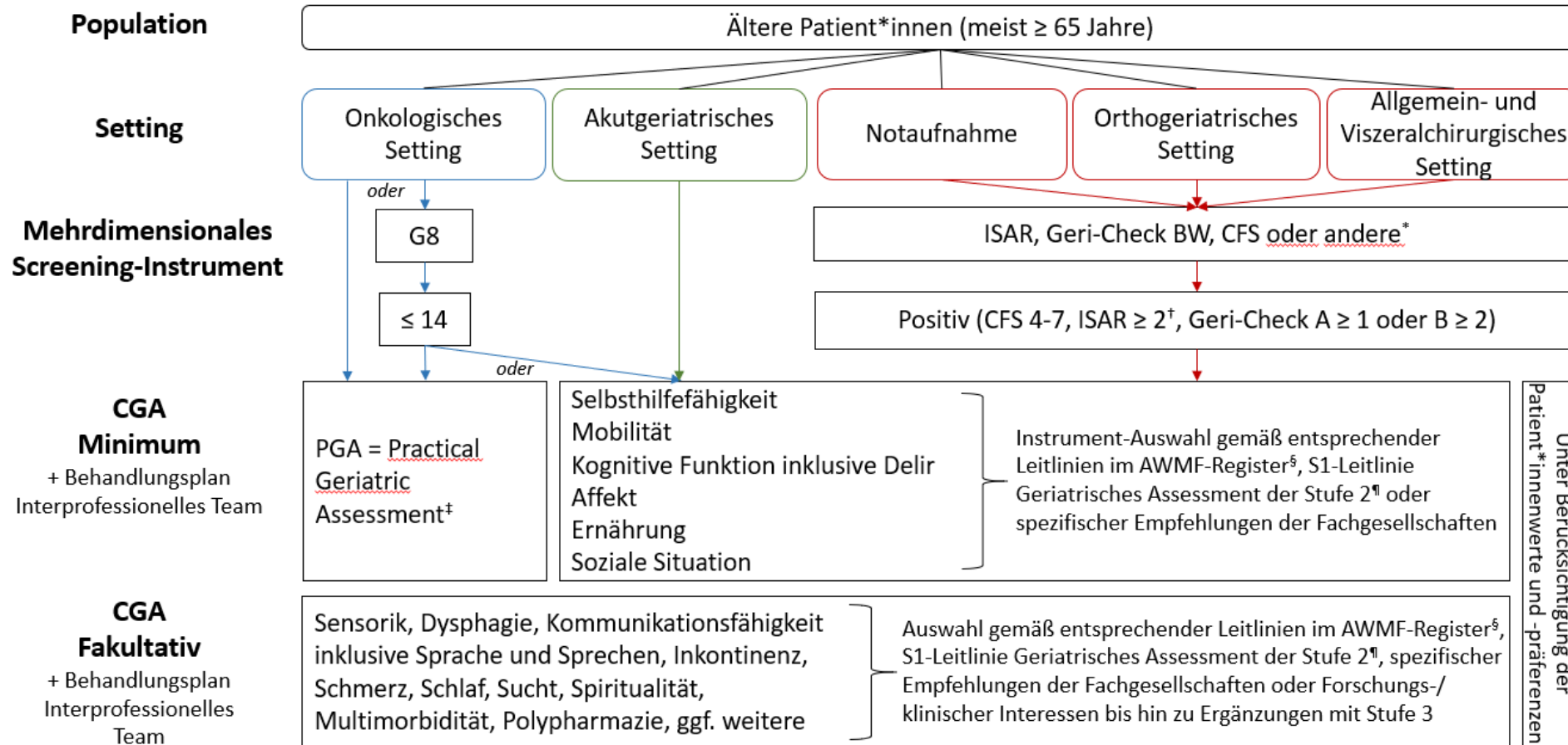
Dient der geregelten Erfassung körperlicher, psychosozialer und funktioneller Probleme und Ressourcen älterer Menschen

+

Ermöglicht eine gezielte **Behandlungsplanung** und **Verlaufskontrolle** außerhalb der reinen Nosologie

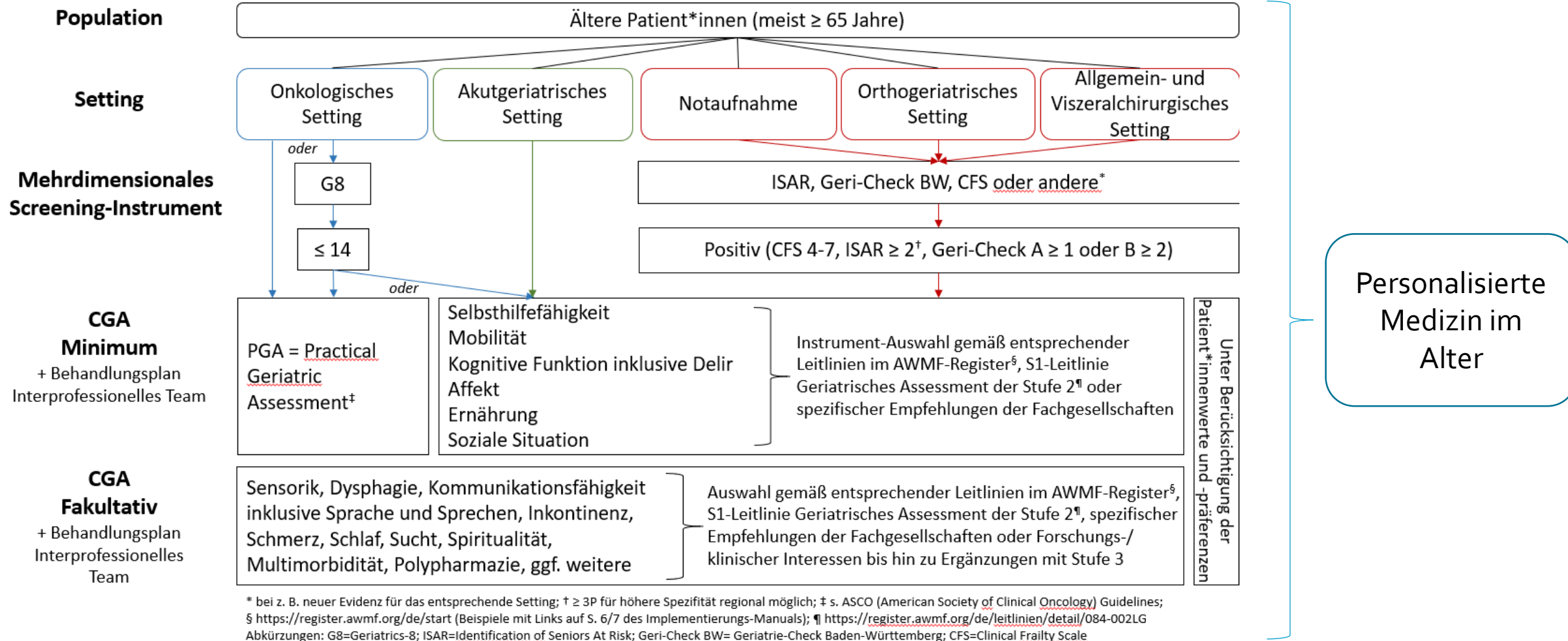


Komplexitätsmedizin bei Multimorbidität – S3 Leitlinie



* bei z. B. neuer Evidenz für das entsprechende Setting; † ≥ 3P für höhere Spezifität regional möglich; ‡ s. ASCO (American Society of Clinical Oncology) Guidelines;
 § <https://register.awmf.org/de/start> (Beispiele mit Links auf S. 6/7 des Implementierungs-Manuals); ¶ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/084-002LG>
 Abkürzungen: G8=Geriatrics-8; ISAR=Identification of Seniors At Risk; Geri-Check BW= Geriatrie-Check Baden-Württemberg; CFS=Clinical Frailty Scale

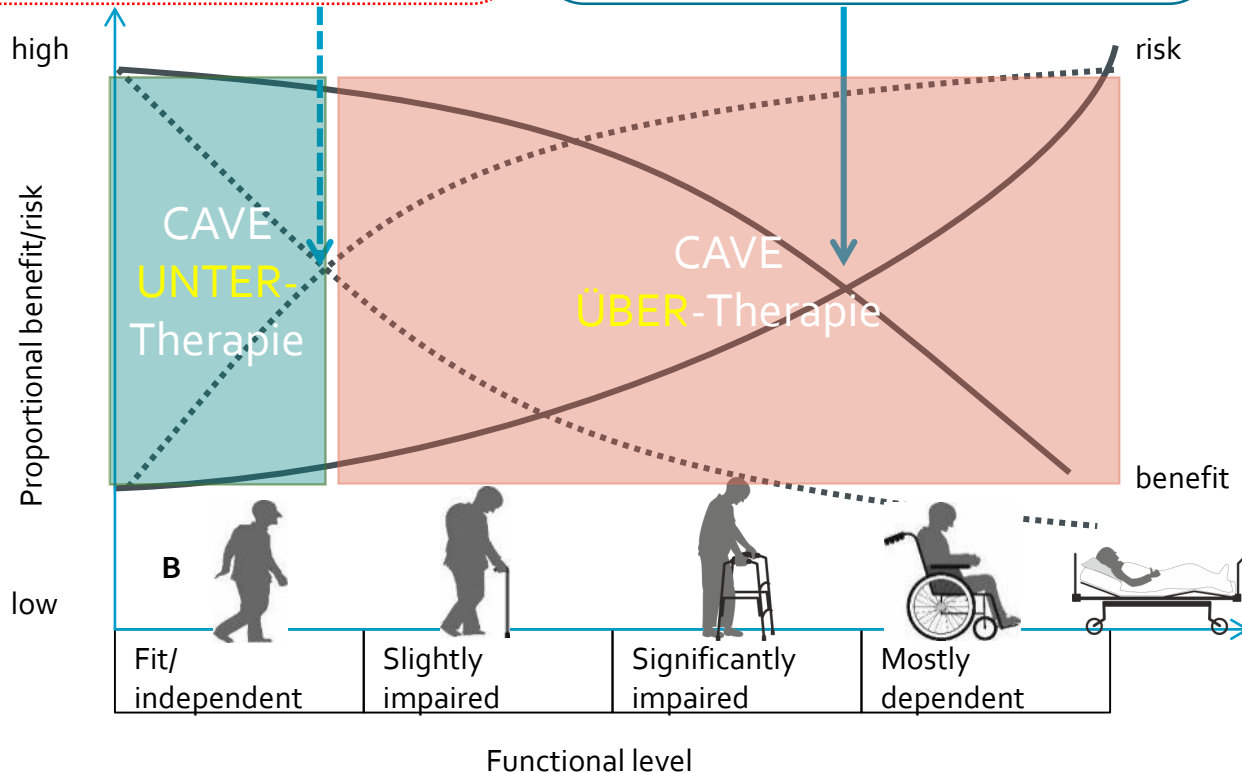
Komplexitätsmedizin bei Multimorbidität – S3 Leitlinie



Heilen? Funktion erhalten? Palliativ behandeln?

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung eines Tumors mit Chemotherapie +/- OP

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung einer art. Hypertonie >140 mmHg?



Special Article

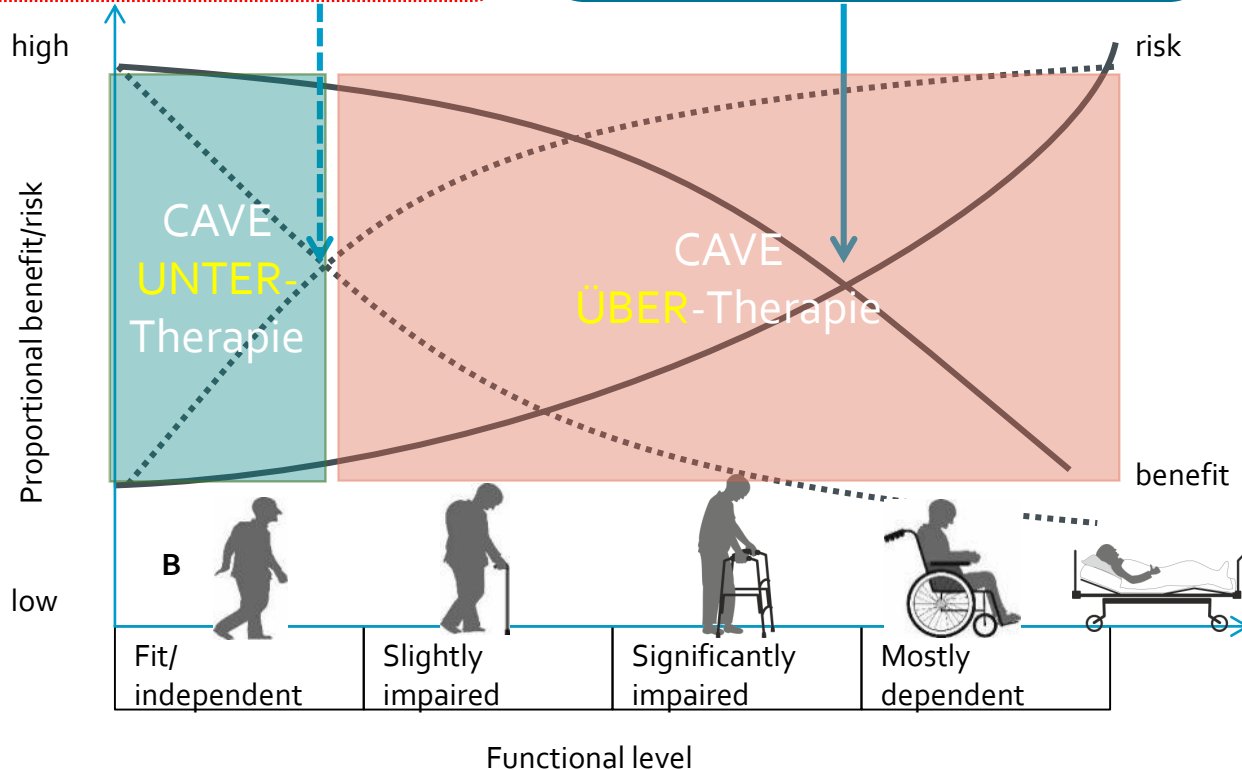
A Proposal for the Retrospective Identification and Categorization of Older People With Functional Impairments in Scientific Studies—Recommendations of the Medication and Quality of Life in Frail Older Persons (MedQoL) Research Group

Simone Brefka MD^{a,b}, Dhayana Dallmeier MD, PhD^{a,b}, Viktoria Mühlbauer^{a,b}, Christine A.F. von Arnim MD^{b,c}, Claudia Bollig MSc^{d,e}, Graziano Onder MD, PhD^f, Mirko Petrovic MD, PhD^g, Carlos Schönfeldt-Lecuona MD^{b,h}, Moritz Seibert^{b,c}, Gabriel Torbahn MPH^{e,i}, Sebastian Voigt-Radloff MSc, PhD^{d,e}, Walter E. Haefeli MD^j, Jürgen M. Bauer MD^k, Michael D. Denkinger MD^{a,b,*}, for the Medication and Quality of Life Research Group

Heilen? Funktion erhalten? Palliativ behandeln?

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung eines Tumors mit Chemotherapie +/- OP

Umkehrpunkt Nutzen/Risiko bei Behandlung einer art. Hypertonie >140 mmHg?



JAMDA

journal homepage: www.jamda.com



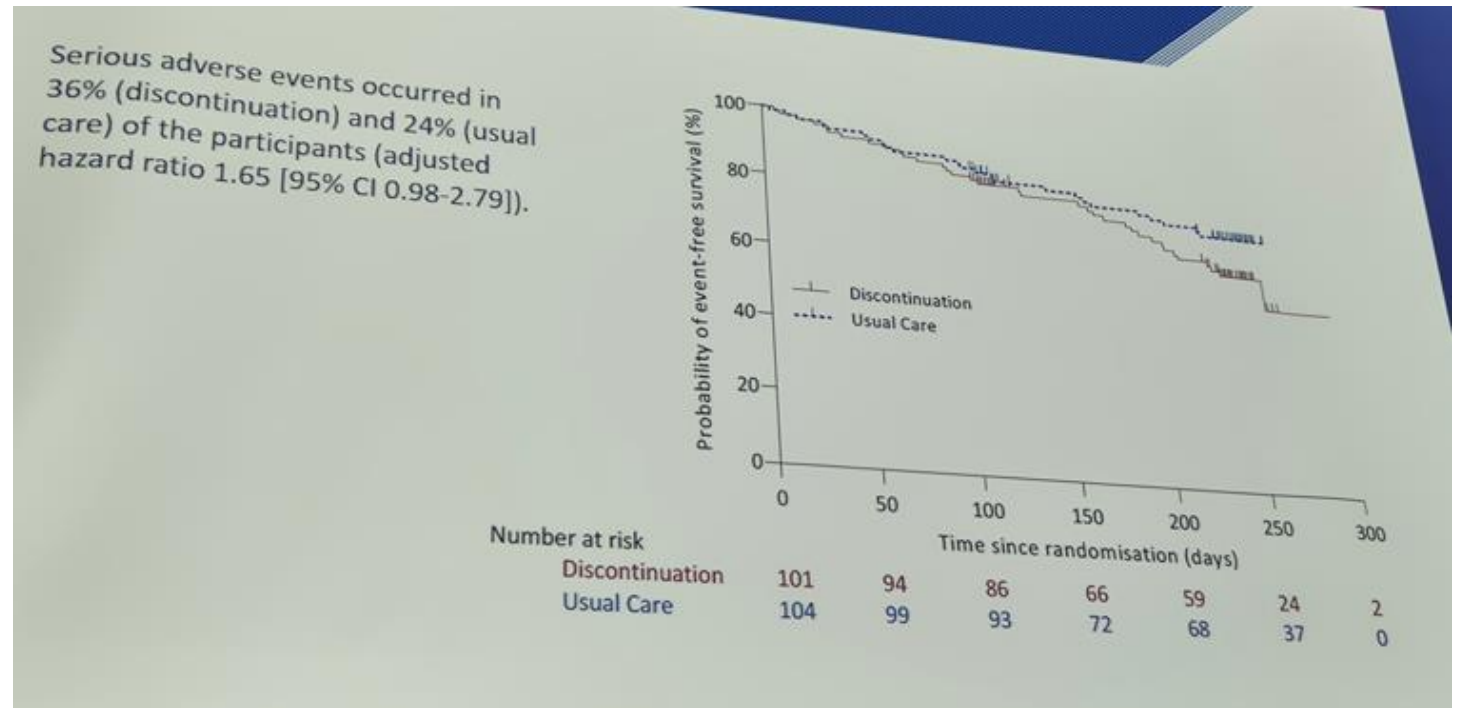
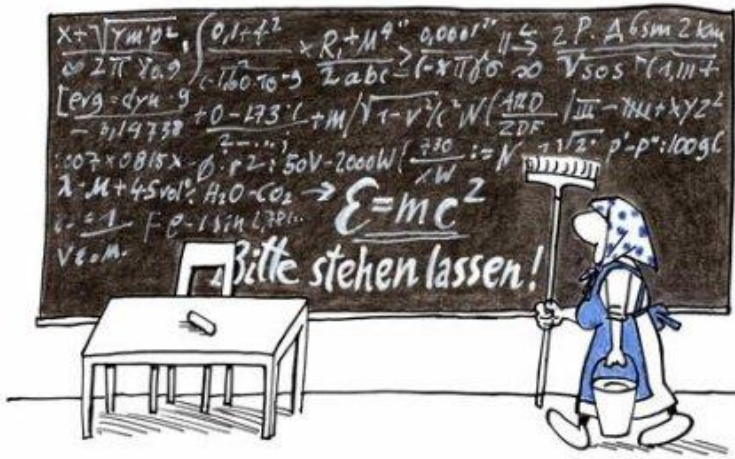
Special Article

A Proposal for the Retrospective Identification and Categorization of Older People With Functional Impairments in Scientific Studies—Recommendations of the Medication and Quality of Life in Frail Older Persons (MedQoL) Research Group



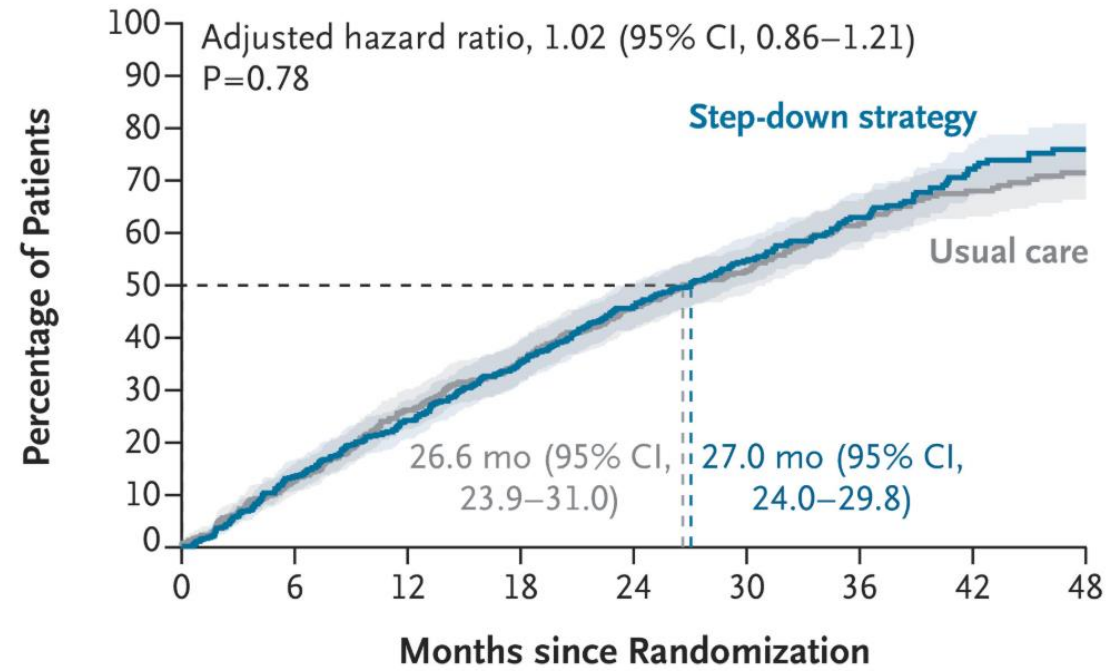
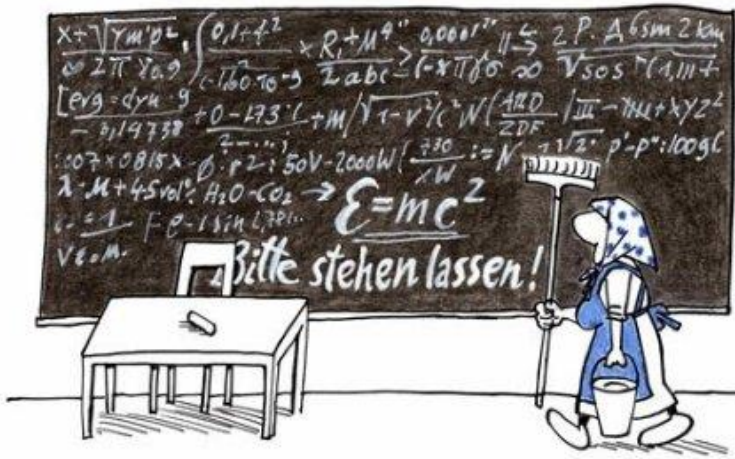
Simone Brefka MD^{a,b}, Dhayana Dallmeier MD, PhD^{a,b}, Viktoria Mühlbauer^{a,b}, Christine A.F. von Arnim MD^{b,c}, Claudia Bollig MSc^{d,e}, Graziano Onder MD, PhD^f, Mirko Petrovic MD, PhD^g, Carlos Schönfeldt-Lecuona MD^{b,h}, Moritz Seibert^{b,c}, Gabriel Torbahn MPH^{e,i}, Sebastian Voigt-Radloff MSc, PhD^{d,e}, Walter E. Haefeli MD^j, Jürgen M. Bauer MD^k, Michael D. Denkinger MD^{a,b,*}, for the Medication and Quality of Life Research Group

Choosing wisely – DANTON Study



Bogaerts JMK, Gussekloo J, de Jong-Schmit BEM, Le Cessie S, Mooijaart SP, van der Mast RC, Achterberg WP, Poortvliet RKE. Effects of the discontinuation of antihypertensive treatment on neuropsychiatric symptoms and quality of life in nursing home residents with dementia (DANTON): a multicentre, open-label, blinded-outcome, randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2024 Jul 2;53(7):afae133. doi: 10.1093/ageing/afae133.

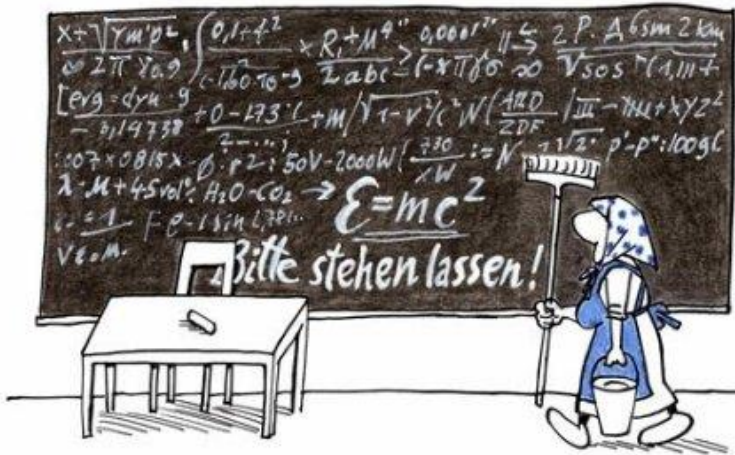
Choosing wisely – Retreat Frail



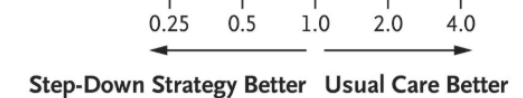
No. at Risk	0	6	12	18	24	30	36	42	48
Step-down strategy	528	446	387	330	267	172	101	51	8
Usual care	520	446	374	325	266	175	107	62	8

Benetos A, Gautier S, Freminet A, Metz A, Labat C, Georgiopoulos I, Bertin-Hugault F, Beuscart JB, Hanon O, Karcher P, Manckoundia P, Novella JL, Diallo A, Vicaut E, Rossignol P; RETREAT-FRAIL Study Group. Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents. N Engl J Med. 2025 Aug 29. doi: 10.1056/NEJMoa2508157. Epub ahead of print. PMID: 40879421.

Choosing wisely – Retreat Frail

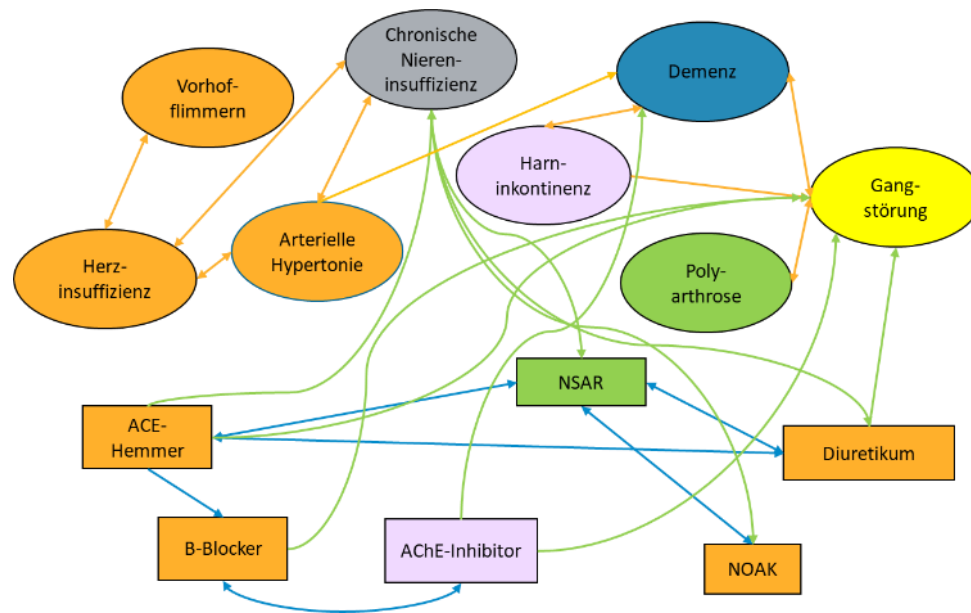


Subgroup	Step-Down Strategy	Usual Care	Hazard Ratio for Death from Any Cause (95% CI)	
	no. of patients with event/total no. of patients (%)			
All patients	326/528 (61.7)	313/520 (60.2)	◆	1.02 (0.86–1.21)
Age				
>90 yr	185/267 (69.3)	176/253 (69.6)	■	0.97 (0.79–1.20)
≤90 yr	141/261 (54.0)	137/267 (51.3)	■	1.09 (0.86–1.38)
Systolic blood pressure				
<105 mm Hg	76/104 (73.1)	71/104 (68.3)	■	1.18 (0.85–1.63)
105–115 mm Hg	97/168 (57.7)	88/154 (57.1)	■	0.95 (0.71–1.27)
>115 mm Hg	153/256 (59.8)	154/262 (58.8)	■	1.06 (0.84–1.32)
Chronic heart failure				
Yes	87/128 (68.0)	74/118 (62.7)	■	1.15 (0.84–1.57)
No	239/400 (59.8)	239/402 (59.5)	■	1.00 (0.84–1.20)
Clinical Frailty Scale score				
1, 2, or 3	21/47 (44.7)	19/52 (36.5)	■	1.42 (0.76–2.64)
4 or 5	78/147 (53.1)	80/164 (48.8)	■	1.16 (0.84–1.58)
6	79/118 (66.9)	76/111 (68.5)	■	0.95 (0.69–1.31)
7 or 8	146/213 (68.5)	134/187 (71.7)	■	0.89 (0.70–1.12)



Benetos A, Gautier S, Freminet A, Metz A, Labat C, Georgiopoulos I, Bertin-Hugault F, Beuscart JB, Hanon O, Karcher P, Manckoundia P, Novella JL, Diallo A, Vicaut E, Rossignol P; RETREAT-FRAIL Study Group. Reduction of Antihypertensive Treatment in Nursing Home Residents. *N Engl J Med.* 2025 Aug 29. doi: 10.1056/NEJMoa2508157. Epub ahead of print. PMID: 40879421.

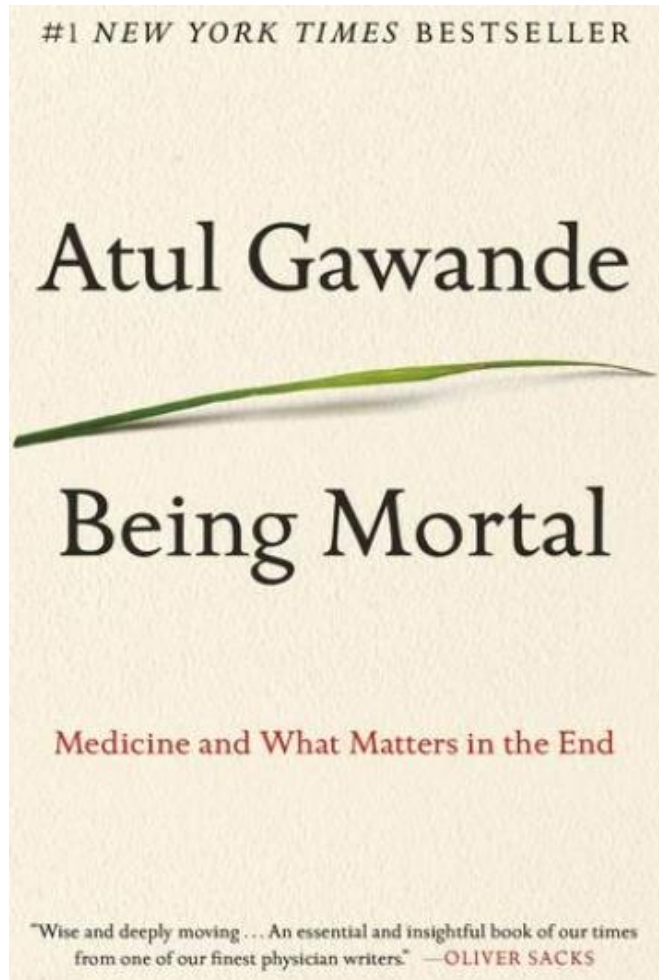
Multimorbidität ≠ Funktion



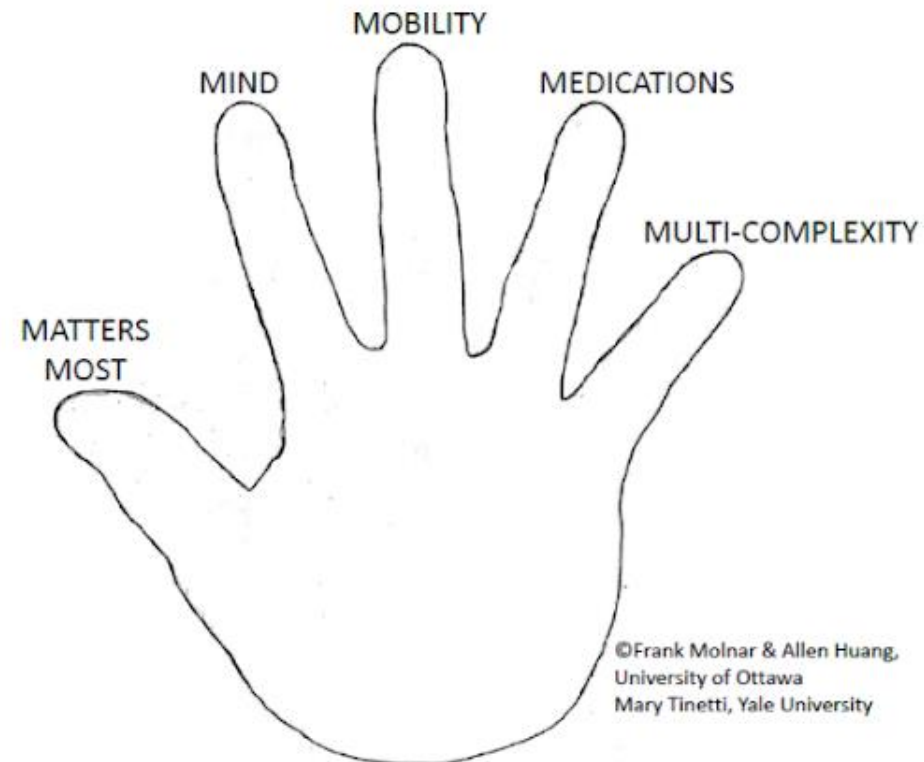
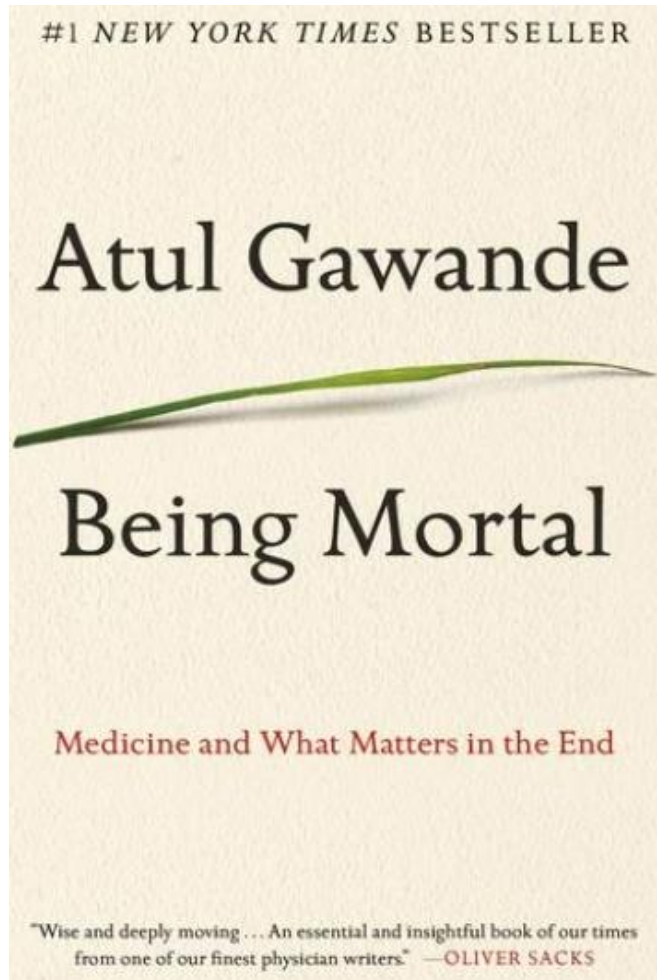
+



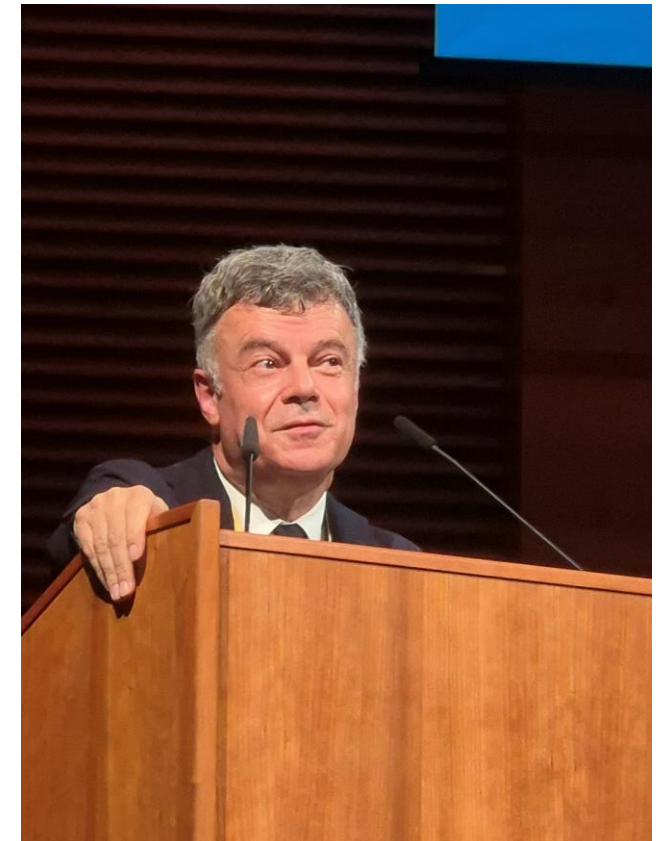
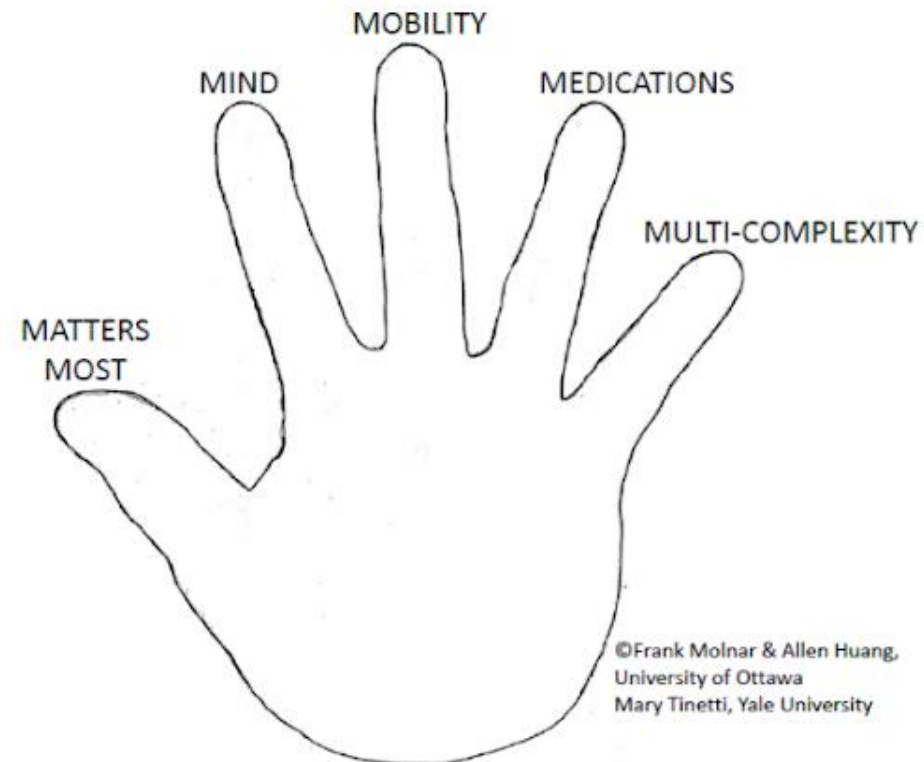
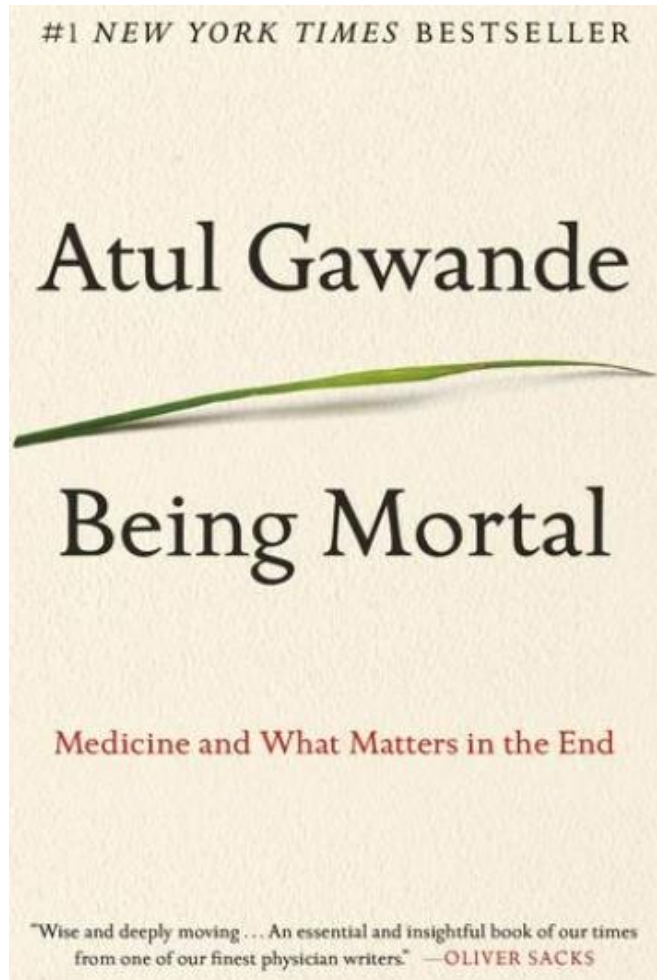
Es fehlt noch mehr



Es fehlt noch mehr

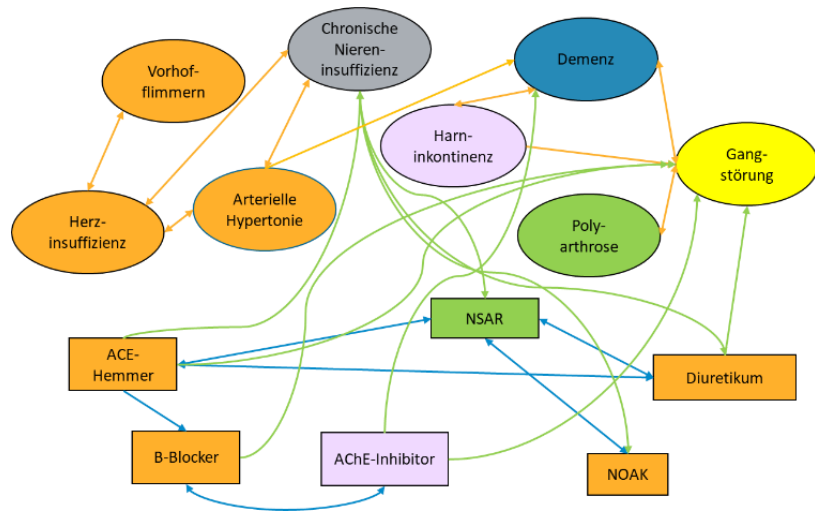


Es fehlt noch mehr



Multimorbidität ≠ Funktion ≠ Patient

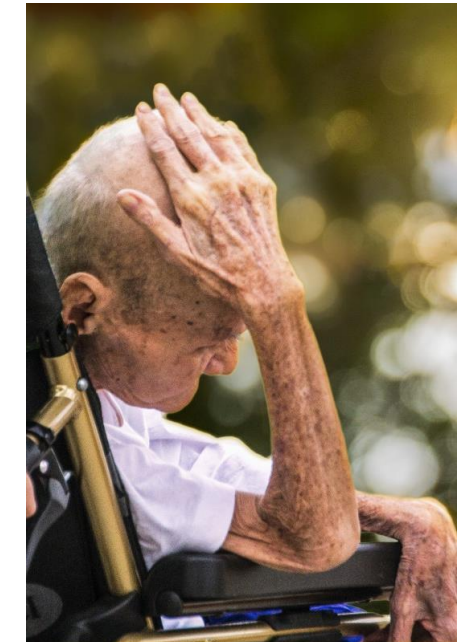
...geht nur mit Funktionalität und Patienten-zentriert

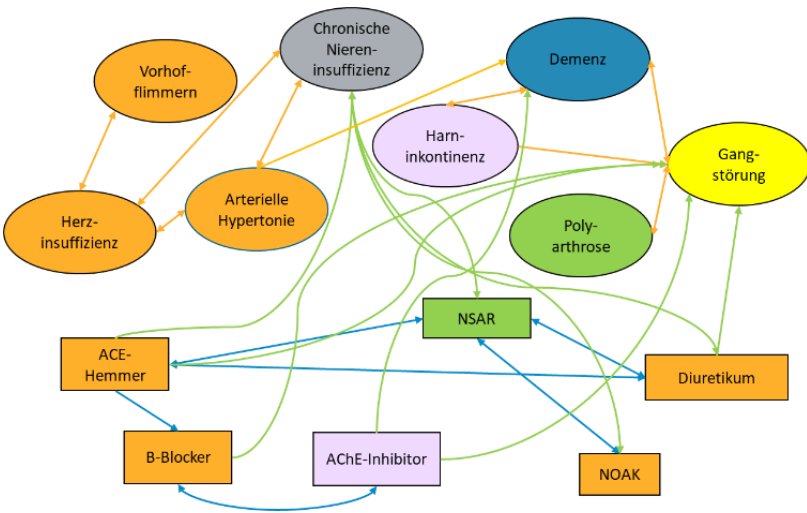


≠

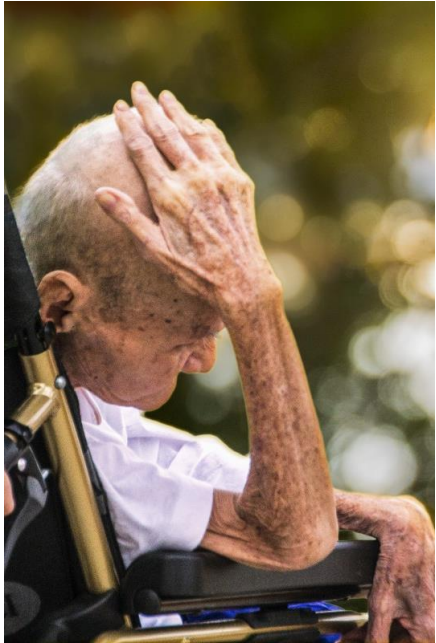


≠

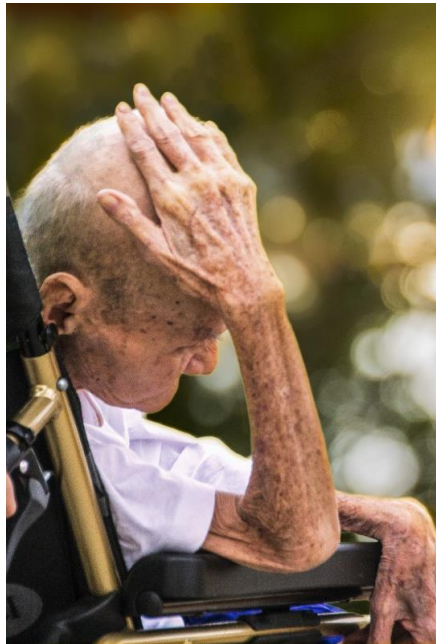




Umgebung



Ressourcen





Cut-offs in messbaren Bereichen des CGA
+
Hermeneutische Fallentscheidung/ Lebenserfahrung
+
Ressourcen
=
Gute, personalisierte Medizin im Alter



Geriatrische Zentren
ALTERSMEDIZINISCHE KOMPETENZ
IN BADEN-WÜRTTEMBERG



AGAPLESION
BETHESDA ULM

UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
ulm

Institute for
Geriatric Research
Ulm University Medical Center
@AGAPLESION BETHESDA ULM



Kontakt

Michael Denkinger
michael.denkinger@agaplesion.de

www.bethesda-ulm.de
www.uniklinik-ulm.de/ifgf



@IfGF_UUlm

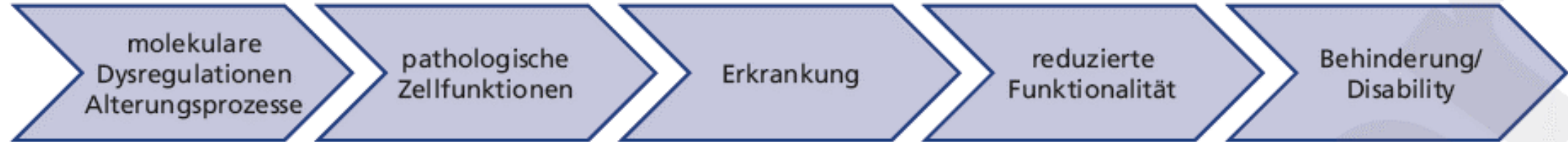
R⁶

<https://t.co/HQEUUpBoL7l>

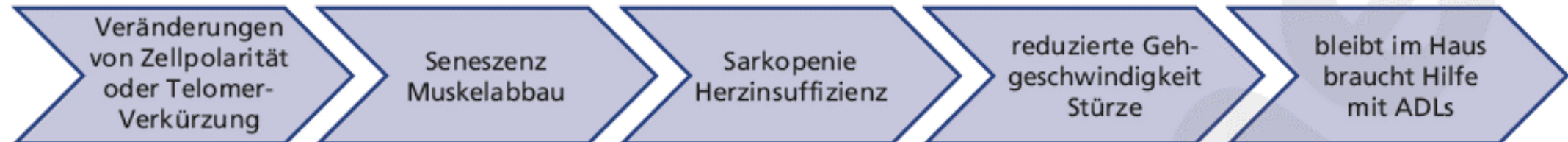


Patientenzentriert

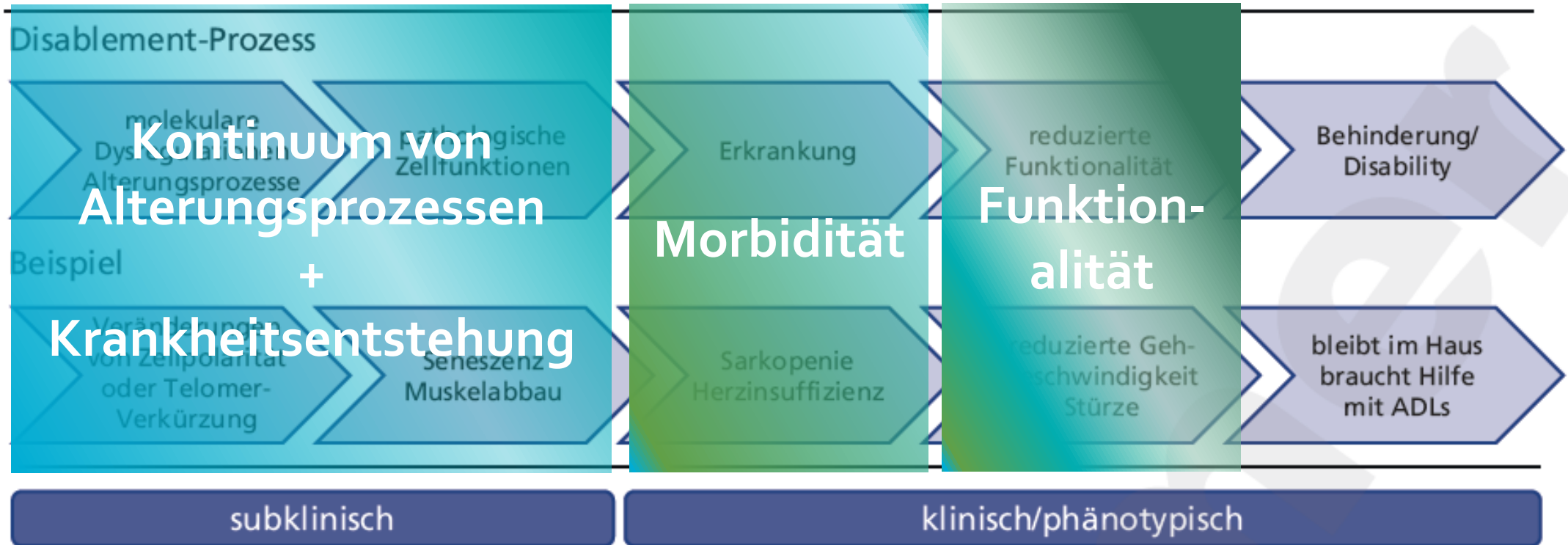
Disablement-Prozess



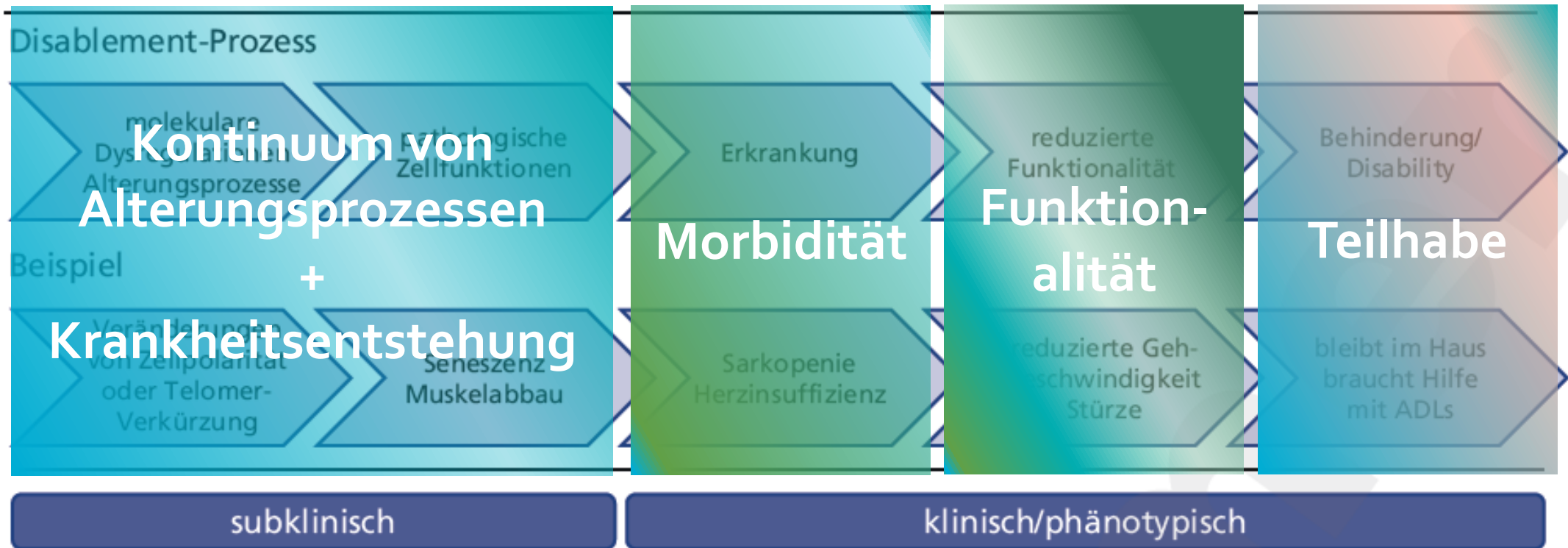
Beispiel



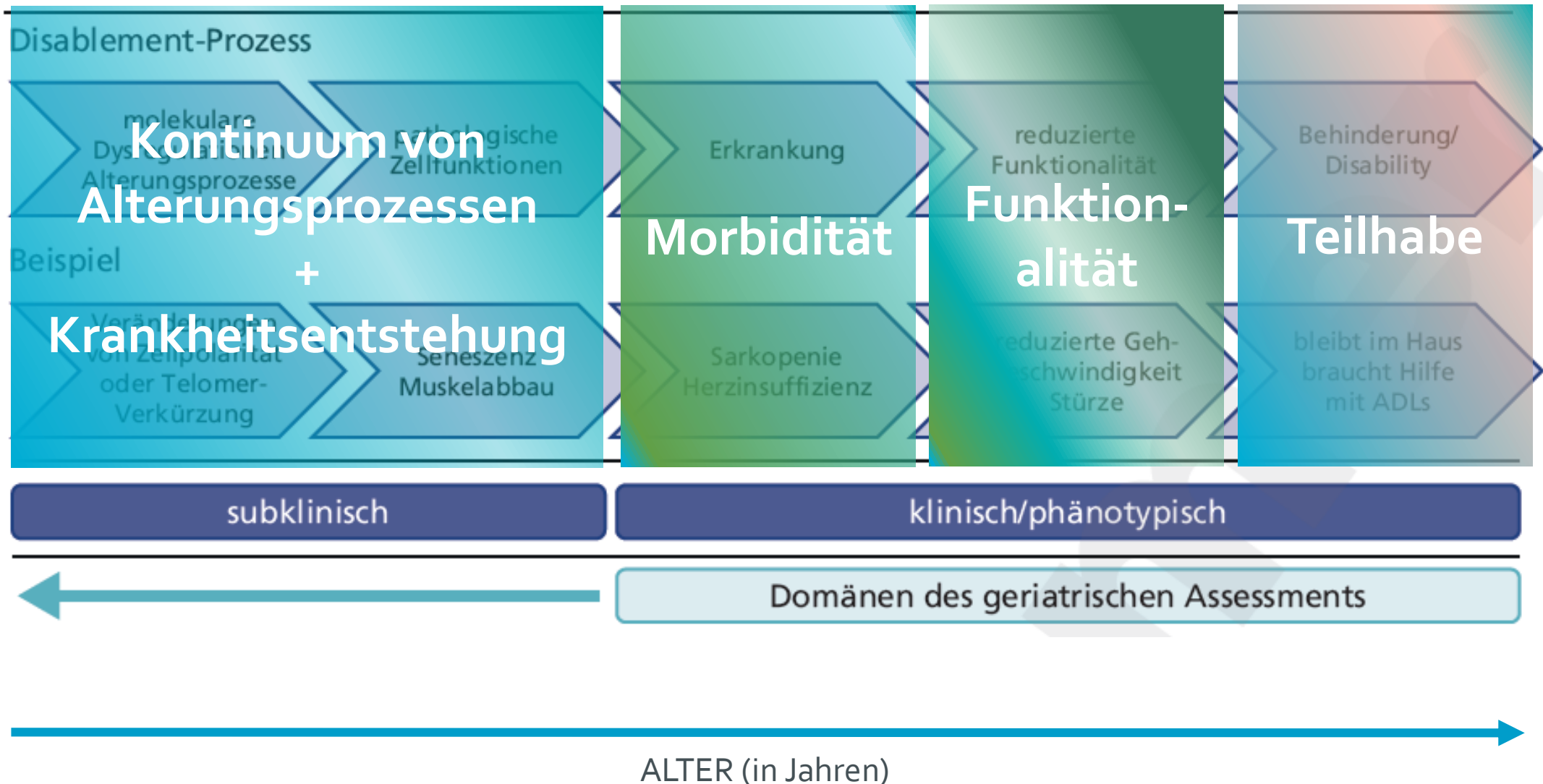
ALTER (in Jahren)



ALTER (in Jahren)



ALTER (in Jahren)



Geriatrisches Assessment

Dient der geregelten Erfassung körperlicher, psychosozialer und funktioneller Probleme und Ressourcen älterer Menschen

+

Ermöglicht eine gezielte **Behandlungsplanung** und **Verlaufskontrolle**

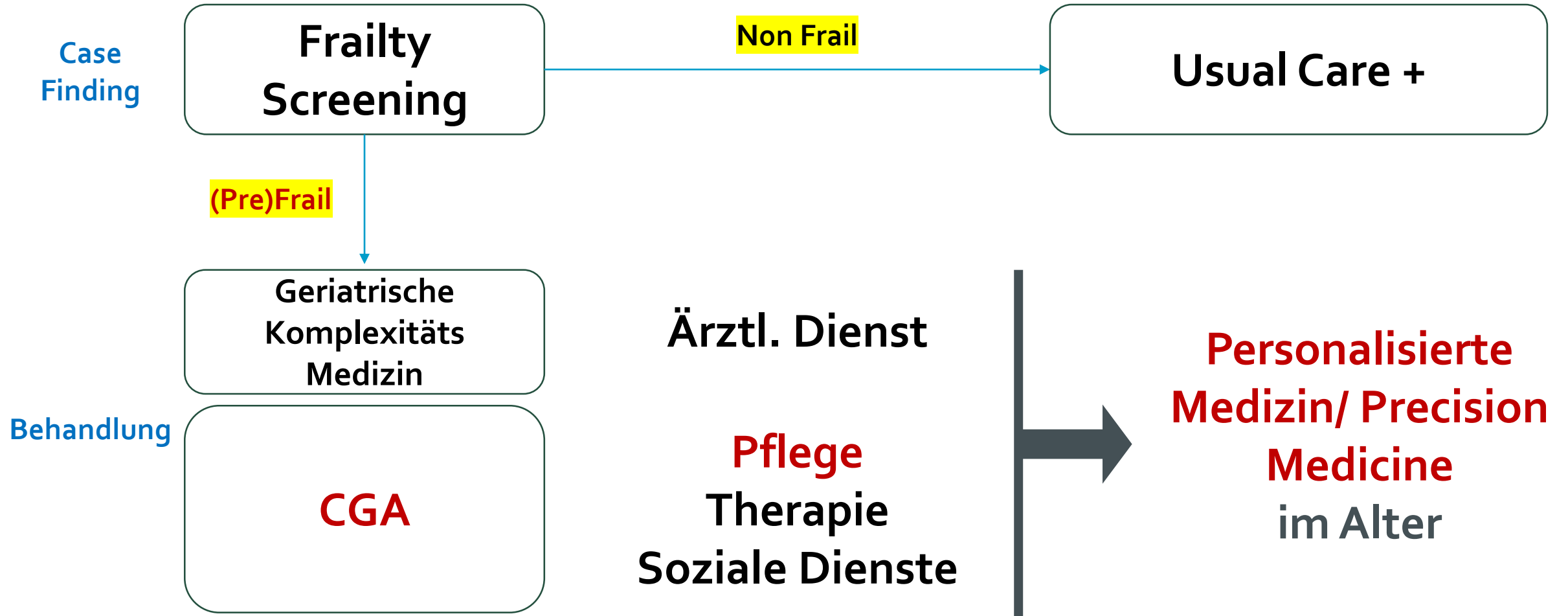
Morbidität

Funktion

Teilhabe

Wie kann das überhaupt noch gehen?

→ Case Finding + Interprofessionalität



Kitteltaschenversion



Umfassendes Geriatrisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten S3-Leitlinie

der
Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG)
und

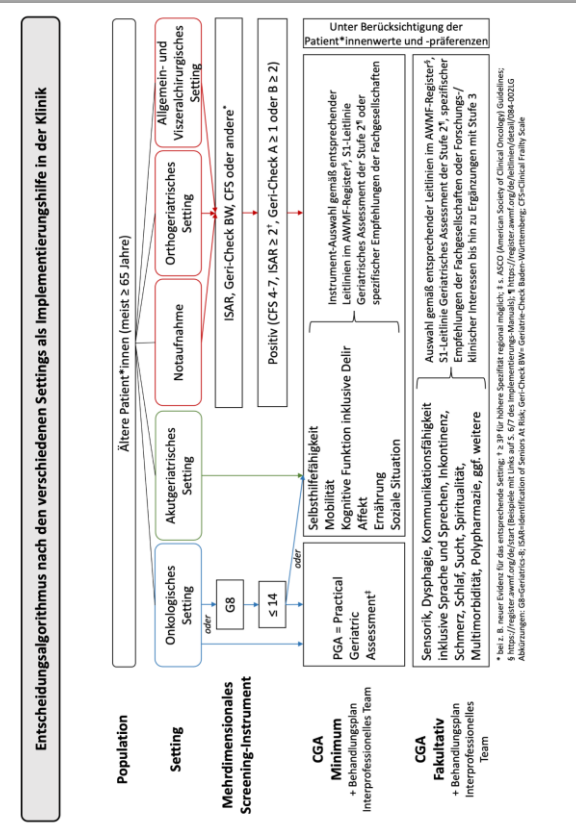
- Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V. (BAGSO)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für Ergotherapie (DGEW) in Kooperation mit dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE)
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaften (DGPTW)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaften (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)
- Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)
- Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)
- Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF)



Warum?	CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) reduziert u. a. die Mortalität und Institutionaliserungsrate. Hauptziel ist die Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patient*innen in allen Sektoren.	
Was ist ein CGA?	Ein CGA ist multidimensional und interprofessionell. Ziel ist die Erfassung medizinischer, psychosozialer und funktionaler Defizite & Ressourcen. Das CGA ergänzt die ärztliche Anamnese und Untersuchung und dient der Therapie- und Versorgungsplanung, Verlaufsbeobachtung und Prognoseabschätzung.	EK
Immer ab ≥ 65 Jahren CGA?	Ein CGA <u> soll </u> bei als geriatrisch definierten oder positiv gescreenten Patient*innen durchgeführt werden.	EK
Wie durchführen?	Das CGA <u> sollte </u> einem interprofessionellen Teamansatz folgen, von Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, sozialen Diensten und Ärzt*innen mit geriatrischer Qualifikation im regelmäßigen Dialog umgesetzt werden und einen Behandlungsplan beinhalten.	B
Bezugspersonen?	Die Einbeziehung von Bezugspersonen in das CGA kann die Lebensqualität der Patient*innen und Bezugspersonen erhöhen.	EK
Dimensionen?	Mindestens: Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognitive Funktion inkl. Delir, Affekt, Ernährung, Soziale Situation. Weitere u.a.: Sensorik, Dysphagie, Kommunikationsfähigkeit, Inkontinenz, Schmerz, Schlaf, Sucht, Spiritualität, Multimorbidität, Polypharmazie.	EK
Dauer?	Mindestens 15 min, um therapierelevante Aussagen treffen zu können.	B
Welche Instrumente?	Diese sollten an das Setting und die individuellen Erfordernisse angepasst werden. Hierfür können Dimensions-spezifische S3-Leitlinien oder die S1 Living Guideline Geriatrisches Assessment der Stufe 2 zu Rate gezogen werden. Für bestimmte Settings, z. B. die Onkologie, etablieren sich zunehmend Varianten (G-8, PGA, Hurria-CGA). Im Algorithmus werden häufig verwendete Screening-Tools vorgeschlagen.	

Notaufnahme	In der Notaufnahme <u> sollte </u> ein multidimensionales Screening durchgeführt werden, um ältere Patient*innen mit besonderem Untersuchungs- und Behandlungsbedarf zu identifizieren und daraus die Durchführung eines CGA im weiteren Verlauf (ambulant/stationär) abzuleiten.	EK
Onkologie	Patient*innen ≥ 65 Jahre mit einem G8-Score ≤ 14 Punkte, geriatrische Patient*innen sowie ältere Patient*innen ≥ 70 Jahre <u> sollten </u> ein CGA vor Einleitung einer systemischen Krebstherapie erhalten, um das Risiko von Therapie-assoziiertem Toxizität CTCAE Grad 3 oder höher zu reduzieren.	B
Orthogeriatric	Bei im Screening als geriatrisch identifizierten Patient*innen mit hüftgelenknahen Frakturen <u> sollte </u> ein CGA durchgeführt werden, da eine CGA-adaptierte Behandlung die Institutionaliserungsrate reduzieren, die Funktionsfähigkeit erhalten und die Komplikationsrate inklusive des Auftretens von Delir reduzieren kann.	B
Allgemein- und Viszeralchirurgie	Die Indikationsstellung für einen chirurgischen Eingriff bei und die Operabilität von geriatrischen Patient*innen <u> sollten </u> nicht anhand des chronologischen Alters, sondern anhand des individuellen Risikos für perioperative Komplikationen festgelegt werden, dessen Einschätzung durch einen Screening-CGA-Algorithmus erfolgt.	EK
Akutgeriatrie	Im akutgeriatrischen Setting <u> soll </u> die Durchführung eines Umfassenden Geriatrischen Assessments (CGA) erfolgen, das alle therapierelevanten Dimensionen beinhaltet, um relevante gesundheitsbezogene Endpunkte (Leben zuhause, Risiko für Institutionalisierung, Aktivitäten des täglichen Lebens) zu verbessern.	A










A Empfehlungsgrad A B Empfehlungsgrad B EK Expert*innenkonsens



~ Allgemein

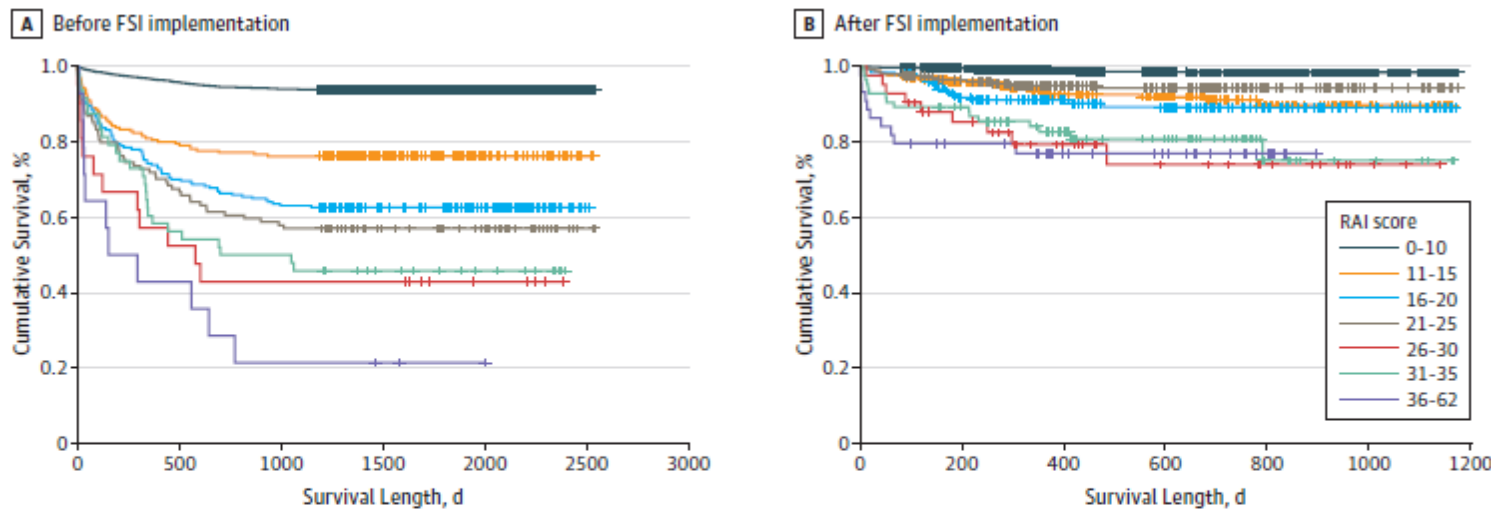
patient1	Diagnosen	Medikation	eGFR-Wert	Patientenzentrierte Ziele
Alter: 76	Schenkelhalsfraktur Typ-1-Diabetes mellitus ohne Komplikation	Paracetamol, 500 mg 2 mal täglich (1-1-0) -> Medikation ohne Diagnose Ascorbinsäure (Vitamin C), 4000 mg 1 mal täglich (0-1-0) Fehlende Pflichtmedikation - Grundergaenzung mit Calcium und Vitamin-D-Suppl.	25.77 ml/min Grad 4 - hochgradig	Frau patient1 wünscht sich für die aktuelle Behandlung : Verlängerung der Lebenszeit und Wiedererlangen von bisheriger Selbständigkeit/Mobilität. Ziele nach der aktuellen Behandlung sind : in der eigenen Wohnung mit Unterstützung leben zu können und in der eigenen Wohnung ohne Unterstützung leben zu können.
Aufenthaltsdauer: 10 Tage	Prozeduren		Alkohol & Rauchen regelm. Alkoholkonsum Alkoholabusus (<3 M) Raucher	
Körpergröße: 172 cm	Implantation einer zementierten Duokopfprothese am Hüftgelenk			
Gewicht: 54 kg				
BMI: 18.3				

~ Geriatrisches Co-Management

Sozialanamnese Frau patient1 hat einen Pflegegrad beantragt und lebt mit ihrem Lebenspartner in einer Wohnung. Der Zugang ist bodeneben und es gibt eine Treppe im Innenbereich . Es besteht regelmäßiger Kontakt mit 2 Personen, der 1x/Woche stattfindet. Es werden folgende Hilfsmittel verwendet: ein Gehstock und ein Duschhocker. Frau patient1 erhält Hilfe durch Angehörige beim Kochen und Einkaufen. Frau patient1 kennt niemanden , der nach der Entlassung unterstützen könnte.	Vorzustand: Sensorik & Risiko Brillenträger Keine Sehprobleme keine Hörprobleme kein Hörgerät War auf regelm. Hilfe angewiesen Keine Hospitalisierung vor <6 Monaten Keine Multimorbidität	Frailty und Vulnerabilität  ISAR Score: 3  Klinische Frailty Skala: 4 Vulnerabel  Hospital Frailty Risk: 1.40	Mobilität CHARMi Transfer Bett in Stuhl Stürze: 2 Syncope: ohne Syncope	Delir: 4 AT 
Vorzustand: Mobilität Life Space: 7 In der Wohnung gehen: Ohne Schwierigkeiten Nach draußen gehen: Mit Hilfsmitteln Einkaufen gehen: Mit Hilfsmitteln Barthel Index: 75	Malnutrition & Dysphagie Diätassistenz und Hauptscreening NRS empfohlen Schluckbeschwerden	Demenz, Delir, Depression  Kognition: Mini-Cog: 4  Delir: 4AT: 1  Depression: PHQ 2: ggf. psych. Konsil  Gedächtnisverlust: Ja  Delir zuvor: Nein	ADL: Barthel Index 55 Schmerz: NRS 7	

Assessment und Team-Ansatz nützt Patienten

Figure. The Effect of Frailty on Survival Before and After Frailty Screening Initiative (FSI) Implementation

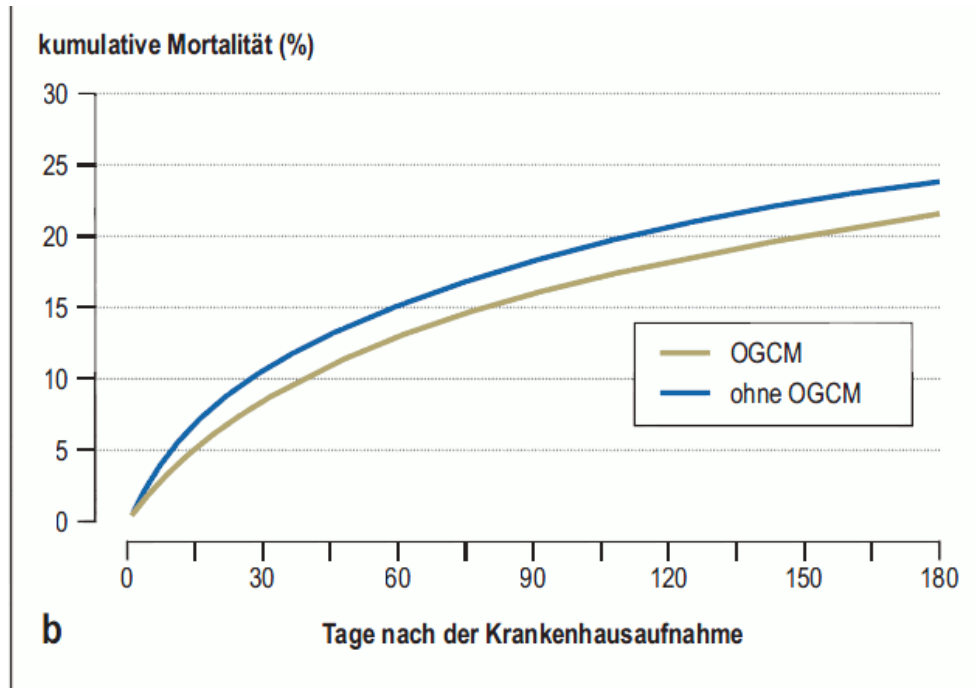


Meaning Frailty screening of preoperative patients is feasible and may be an effective tool for improving surgical outcomes for an aging and increasingly frail US population.

No. at risk	Before FSI implementation							After FSI implementation						
RAI score	0	500	1000	1500	2000	2500	3000	0	200	400	600	800	1000	1200
0-10	4654	4459	4377	3313	1537	142	0	2922	2560	2027	1707	1178	506	0
11-15	210	166	160	107	40	3	0	340	261	176	139	64	27	0
16-20	214	150	135	105	75	1	0	192	153	110	83	53	26	0
21-25	114	76	66	45	33	3	0	254	224	155	125	49	17	0
26-30	21	11	9	9	4	0	0	42	32	20	13	9	3	0
31-35	48	27	24	15	9	0	0	84	71	49	35	11	5	0
36-62	14	6	3	2	1	0	0	44	31	22	18	8	0	0

Hall et al. JAMA Surg. 2017 Mar 1;152(3):233-240

Alterstraumatologie



Assoziation des orthogeriatrischen Co-Managements (OGCM) mit der Mortalität (a) und der kumulativen Mortalität (b) innerhalb von 180 Tagen nach der Krankenhausaufnahme bei Patienten nach Hüftfraktur; adjustiert für das Alter, das Geschlecht, die Pflegestufe im Quartal vor der Fraktur (Q-1), den Pflegeheimstatus in Q-1, die Anzahl der Patienten mit Hüftfraktur pro Krankenhaus pro Jahr, die Tage zwischen der Krankenhausaufnahme und der Operation sowie für einen medikamentenbasierten Komorbiditätsscore

Kernaussagen

- Ein multidisziplinärer orthogeriatrischer Ansatz ist bei Patienten mit Hüftfraktur mit einer geringeren Mortalität assoziiert.
- Die adjustierte 30-Tages-Mortalität war um 22 % geringer bei Patienten aus Krankenhäusern mit orthogeriatrischem Co-Management.
- Die durchschnittliche Gesamtzahl der Krankenhaustage belief sich bei orthogeriatrischem Co-Management auf 41,4 Tage und im Vergleichsarm auf 39,3 Tage.
- Der attributable Anteil betrug etwa 30 vermiedene Todesfälle pro 1 000 Hüftfrakturen.
- Der beobachtete Unterschied in der Mortalität war unmittelbar nach der Krankenhausaufnahme am höchsten und nivellierte sich innerhalb der ersten sechs Wochen.