



advantAGE
MANAGING FRAILTY

fg MINISTERIUM
FRAUEN
GESUNDHEIT



Medizinische Universität Graz



Tagungsbericht

„Fokus Frailty“

1. Dezember 2017

www.medunigraz.at

Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren!

Der demographische Wandel und die damit einhergehende Hochaltrigkeit der Bevölkerung stellen die Gesellschaft, insbesondere den Bereich der Gesundheitsversorgung, vor große Herausforderungen. Im Zuge der steigenden Langlebigkeit zeigen sich neben dem normalen Alterungsprozess immer häufiger unterschiedliche Ausprägungen und klinische Bilder funktioneller Defizite, welche unter dem Synonym „Frailty“ zusammengefasst werden.

Frailty, als geriatrisches Syndrom, prädisponiert die Betroffenen gegenüber externen Stressoren und macht sie vulnerabel. Unerwünschte Ereignisse, wie z.B. Stürze oder Infektionen, bis hin zur erhöhten Mortalität sind die Folge. Aktuelle Daten zeigen, dass Europaweit circa 10% der über 65-jährigen und 25-50% aller über 85-jährigen bereits eine Frailty aufweisen. Die Wahrscheinlichkeit, „frail“ zu werden erhöht sich mit zunehmendem Lebensalter (British Geriatric Society 2014, Collard et al. 2012).

Frailty als geriatrisches Syndrom bedeutet für alle europäischen Sozial- und Gesundheitssysteme eine Herausforderung. Aufgrund dessen wurde von der Europäischen Union in Zusammenarbeit mit 22 Mitgliedsstaaten eine gemeinsame Initiative (Joint Action) zum Thema Prävention von Frailty mit dem Namen „Advantage“ ins Leben gerufen.

Basierend auf einem europaweit gemeinsamen Verständnis des Syndroms innerhalb der Mitgliedsstaaten sollen vergleichbare und evidenzbasierte Ansätze zur Prävention und Behandlung von Frailty implementiert und evaluiert werden.

ADVANTAGE erfasst in diesem Zusammenhang Daten zur derzeitigen Evidenz und dem Verständnis der klinischen Bilder, sowie Diagnose- und Therapiefaden von Frailty. Es werden zudem Informationen über Best-Practice Beispiele im Bereich Prävention und Management von Frailty gesammelt und darauf aufbauend, Empfehlungen für ein gemeinsames europäisches Versorgungsmodell entwickelt.

Es freut uns, dass wir ein breites Publikum aus dem Gesundheitswesen bei der Tagung Fokus: Frailty begrüßen durften. Die Veranstaltung lieferte einen Einblick in erste Forschungsergebnisse der ADVANTAGE Initiative und verlinkte die Gesundheitsziele Österreich mit dieser Thematik. Auf den folgenden Seiten finden Sie, aufbauend auf dem Programm der Veranstaltung, eine Zusammenfassung aller Vorträge der Tagung Fokus: Frailty vom 1. Dezember 2017 im Bundesministerium für Gesundheit und Frauen in Wien.

Medizinische Universität Graz

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

Programm

Ab 09.30 Uhr: Einlass

10.20-10.45 Uhr: Begrüßung

PDⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Pamela Rendi-Wagner, MSc

Bundesministerin für Gesundheit und Frauen

Univ.-Prof. Dr. Hellmut Samonigg

Rektor der Medizinischen Universität Graz

10.45-11.00 Uhr: Impulsreferat zum Thema Frailty

SC MR Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas

Bundesministerium für Gesundheit & Frauen, Geschäftsführende Sektionsleiterin, Sektion III - Öffentliche Gesundheit & medizinische Angelegenheiten

11.00-11.30 Uhr: Frailty im Rahmen der Gesundheitsziele Österreich

Thomas Windhaber, BScN, DGKP

Medizinische Universität Graz, Studienkoordination ADVANTAGE

11.30-12.00 Uhr: Wie verstehen wir Frailty heute? Systematische Konzeptanalyse & Literaturübersicht

Dr.ⁱⁿ Ulrike Junius-Walker, PDⁱⁿ

Medizinische Hochschule Hannover, Institut für Allgemeinmedizin, Leiterin der Arbeitsgruppe geriatrische Versorgung

12.00-13.00 Uhr: Mittagspause

13.00-13.30 Uhr: Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Was haben wir aus ADVANTAGE gelernt?

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Regina Roller-Wirnsberger, MME

Medizinische Universität Graz, Professorin für Geriatrie und kompetenzbasierte Curriculumsentwicklung, Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG), Work package Lead ADVANTAGE

13.30-14.00 Uhr: Projekt „Gesund fürs Leben“

PD.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Karin Schindler, PhD

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Sektion III - Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten, Abteilung für Mutter-, Kind- und Gendergesundheit, Ernährung, Medizinische Universität Wien

14.00-14.15 Uhr: Kaffeepause

14.15-15.30 Uhr: Marktplatz mit anschließendem Ausblick & Verabschiedung

Univ.-Prof.in Dr.in Regina Roller-Wirnsberger, MME

Constantin Zieger, BSc, MSc

Thomas Windhaber, BScN, DGKP

Mag.a Astrid Böhm

15.30 Uhr: Ende der Veranstaltung

Impulsreferat zum Thema Frailty

Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas

Unter Frailty versteht man keine Krankheit per se, sondern vielmehr ein komplexes Syndrom welches nicht Teil des natürlichen Alterungsprozesses ist. Es handelt sich dabei um ein multifaktorielles geriatrisches Syndrom, dessen Prävention und Management unbedingt multimodal erfolgen sollte.

In ihrem Impulsreferat führte die geschäftsführende Sektionsleiterin der Sektion III, Öffentliche Gesundheit und medizinische Angelegenheiten, des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen, Dr.ⁱⁿ Magdalena Arrouas, durch diverse Aktivitäten und Strategien des Gesundheitsressorts, die sich bereits mit dem komplexen Thema Frailty auseinandersetzen. Der Bogen spannte sich hierbei von vorwiegend altersbedingten Erkrankungen wie der Demenz, über für Frailty hoch relevante Themen wie Bewegung und Ernährung, bis hin zu speziellen Zielgruppen. Nicht zuletzt wurde die Wichtigkeit diverser Präventionsansätze hervorgehoben.

Die Zusammenschau all dieser Bereiche zeigt deutlich, dass die Komplexität des Themas Frailty eine interdisziplinäre, multiprofessionelle und politikfeldübergreifende Betrachtungsweise benötigt, um vollständig erfasst werden zu können. Nicht zuletzt wird hier das Konzept der Primärversorgung als große Chance angeführt, um Frailty erfolgreich bekämpfen zu können und den Betroffenen somit eine zufriedenstellende Lebensqualität bis ins hohe Alter zu ermöglichen.

Frailty im Rahmen der Gesundheitsziele Österreich

Thomas Windhaber, BScN, DGKP

Gesundheitsziele sind ein international etabliertes Zielsteuerungselement für Gesundheitssysteme und werden u.a. von der WHO empfohlen. Dabei werden wesentliche Politik- und Gesellschaftsbereiche aktiv eingebunden, da viele gesundheitsbestimmende Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems liegen. Das übergeordnete Ziel der Gesundheitsziele Österreich ist die Verbesserung der Gesundheit in Österreich. Gesundheit soll gefördert und folglich erhalten werden. Dies ist besonders für die ältere Bevölkerung von Bedeutung.

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Gesundheitsziele_Oesterreich/

Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen

Ein Hauptproblem von Frailty sind die multiplen klinischen und sozialen Folgen für die Betroffenen. Dies zeigt die Notwendigkeit von Gesundheitsförderung auch im Alter. Dabei ist ein Zusammenspiel von unterschiedlichen Bereichen im Sinne von „Frailty prevention in all policies“ von großer Bedeutung.

Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken

Die persönliche Gesundheitskompetenz beeinflusst die Gesundheit der Menschen. Eine niedrige Gesundheitskompetenz im Alter steht in starkem Zusammenhang mit Frailty. Daraus resultierenden z.B. häufige ungeplante Wiederaufnahmen ins Krankenhaus. Außerdem nehmen Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz seltener Gesundheitsleistungen in Anspruch und zeigen ein schlechteres Management der eigenen Gesundheit. Aufgrund dieser Problematiken muss die Gesundheitskompetenz auch im Alter gefördert werden.

Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken

Frailty hat neben der körperlichen und psychischen auch eine soziale Dimension. Vor allem bei der Entstehung von funktionellen Defiziten spielt dies eine große Rolle. Starke soziale Kontakte können einen erheblichen Beitrag zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter leisten. Deshalb sollte die Gesellschaft dafür Sorge tragen, dass der sozialen Isolation alter Menschen vorgebeugt und deren Wohlbefinden verbessert wird.

Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen

Ernährung ist ein wesentlicher Einflussfaktor bei der Entstehung von Frailty. Mangel- bzw. Fehlernährung im Alter stehen in starkem Zusammenhang mit der Entstehung von Frailty. Ein präventiver Ansatz zur Verhütung von Frailty sollte das flächendeckende Angebot von Ernährungsscreenings und -Assessments beinhalten und eine ausgewogene und bedarfsorientierte Ernährung im Alter für alle BürgerInnen sicherstellen. Wesentliche Bereiche werden in Österreich bereits im Rahmen der Nationalen Ernährungskommission des BMGF bearbeitet.

<https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Ernaehrung/NEK/>

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Ernaehrung/Rezepte_Broschueren_Berichte/Ernaehrung_im_Alter

Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern

Bewegung ist ein Schlüsselfaktor für gesundes Altern. Regelmäßiges körperliches Training kann der Entstehung von Frailty vorbeugen und dazu beitragen den Fortschritt des Syndroms aufzuhalten. Besonders empfehlenswert sind Programme, die Geh-, Steh- und Gleichgewichtsübungen kombinieren. Dadurch können der Abbau von Muskeln verhindert und ein neuer Muskelaufbau erreicht werden. Ein weiterer positiver Effekt solcher Einheiten ist die Stärkung der sozialen Interaktion. Die aktive Förderung von Bewegungsprogrammen für ältere Menschen sollte deswegen verstärkt fokussiert und das Angebot ausgebaut werden. Die nationale Bewegungsstrategie entspricht diesem Ansatz bereits.

https://www.bmgf.gv.at/home/Nationaler_Aktionsplan_Bewegung

Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern

Die mentale Gesundheit korreliert stark mit physischer und körperlicher Fitness. Zudem besteht ein starker Zusammenhang zwischen Frailty und kognitiven Defiziten. So wurde auch bewiesen, dass Frailty als Vorstufe von Demenz und die Demenz als Vorstufe von Frailty angesehen werden können. Aufgrund dessen ist auch in Zukunft ein verstärkter Fokus auf das Thema kognitive Gesundheit der alternden Bevölkerung zu legen. Die Österreichische Demenzstrategie hat dafür bereits wesentliche Weichen gestellt.

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Krankheiten/Demenz/Entwicklung_der_Oesterreichischen_Demenzstrategie_Gut_leben_mit_Demenz

Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle nachhaltig sicherstellen

Menschen mit Frailty benötigen besondere Versorgungs- und Pflegestrukturen. Auch für die Prävention der Frailty bedarf es spezieller bedarfsorientierter Ansätze. Dazu gehört unter anderem ein umfassendes geriatrisches Assessment, inklusive Ernährungsscreening und Einschätzung des kognitiven Status. In Österreich stehen diese Entwicklungen noch am Anfang.

Wie verstehen wir Frailty heute? Systematische Konzeptanalyse und Literaturübersicht

U. Junius-Walker, G. Onder, D. Soleymani, B. Wiese, O. Albaina O, E. Marzetti et al. aus der (Arbeitsgruppe zur Definition der ADVANTAGE Initiative)

Frailty ist ein komplexer vulnerabler Gesundheitszustand im Alter und ist weder eine Krankheit noch ein Zustand normaler Alterung. Die persönlichen Auswirkungen sind für Betroffene erheblich, und derzeit etablierte konventionelle Diagnose- und Therapiekonzepte sind dahingehend ineffizient. Aufgrund der demografischen Alterung in den europäischen Gesellschaften wird Frailty zu einem dringenden gesundheitspolitischen Thema. Ziel ist es, die wachsende „Frailty-Population“ frühzeitig zu identifizieren und wirksame Therapien entgegenzusetzen.

Zur gemeinsamen Definition dieses heterogenen Bilds der Frailty wurden in den drei Jahrzehnten der Forschung große Fortschritte erzielt. Während man anfänglich zur Verdeutlichung Begriffe wie Schwäche, Behinderung, Hinfälligkeit und Abhängigkeit wählte, besteht heute aufgrund der gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse die Auffassung, dass Frailty viel breiter und differenzierter ist. Dennoch hat sich bisher kein Konsens zur Definition finden können, der in Forschung, Praxis und Politik breite Anerkennung gefunden hätte. Unsere Arbeitsgruppe aus der ADVANTAGE Initiative hat sich zum Ziel gesetzt, einen solchen Konsensus vorzubereiten, indem die verschiedenen Konzepte und Definitionen von Frailty analysiert werden und Komponenten identifiziert werden, die das Wesen von Frailty im Kern erfassen.

In einer systematischen Literatursuche wurden 79 aktuelle Artikel zu Definitionen und Konzepten von Frailty identifiziert. Mithilfe relevanter Themen aus der Konzeptanalyse wurden all die Textabschnitte identifiziert, die so zur Beschreibung und Erklärung von Frailty beitragen. Insgesamt gelangten 996 Textabschnitte zur weiteren Auswertung. Mit der Methode der „qualitative description“ konnte induktiv ein Kategoriensystem erstellt werden.

Im Ergebnis lassen sich 5 Kernkomponenten ausmachen: Vulnerabilität, Genese, erkennbare Merkmale, Charakteristika und negative Auswirkungen. Jede Kernkomponente enthält ein Set definierender und erklärender Kriterien, die auf aktueller Evidenz beruhen. Hier zeigt sich, dass trotz Unterschiede in den vorherrschenden Definitionen wesentliche Gemeinsamkeiten bestehen. Diese können für ein allgemein anerkanntes Verständnis von Frailty genutzt werden und zu einer konsentierten Definition führen.

Gesellschaftspolitische Herausforderungen – Was haben wir aus ADVANTAGE gelernt?

Univ. Prof.in Dr.in Regina Roller-Wirnsberger, MME

Die Ziele der Joint Action ADVANTAGE waren neben der Erhebung des „aktuellen Stand des Wissens zum Thema Frailty“ die Entwicklung von „Handlungsalgorithmen“ für alle Mitgliedsstaaten sowie das Schließen von Wissen.- und Datenlücken und das Schaffen von Bewusstsein zu diesem Thema. Der Hintergrund dafür sind die hohen Prävalenzen von Frailty bei den über 65 –Jährigen in Europa (17% frail, 42% prefrail), wobei Frauen deutlich häufiger betroffen sind. Ein individuelles Risiko für Frailty, abhängig von der Funktionalität, ist besonders um das 70. Lebensjahr erkennbar.

Frailty verursacht enorme Kosten im Gesundheitssystem. Durchschnittlich fallen pro PatientIn mit Frailty 5.000 € (prefrail 750 €) pro Jahr an. Bei den gegebenen Prävalenzzahlen aus SHARE Europe fallen somit 40.800 Millionen Euro für Frailty und 24.480 Millionen Euro für Prefrailty in der EU an. Trotz dieser Zahlen ist Frailty im Großteil der EU Mitgliedsstaaten noch nicht angekommen. Die Gründe dafür liegen unter anderem in einer fehlenden Diagnose in aktuellen Statistiken sowie fehlenden Daten aus medizinischen Interventionsstudien bzw. epidemiologischen Studien.

Aus ADVANTAGE können nun folgende Empfehlungen abgeleitet werden:

Frailty im System

Alle über 70jährigen mit einem Gewichtsverlust $> 5\%$ in einem Jahr oder chronischen Erkrankungen sollten standardisierten Screenings mit validen und reliablen Instrumenten (z.B. Edmonton Frailty Scale, FRAIL Index, Clinical Frailty Scale, Prisma-7, SPPB) unterzogen werden. Assessmentinstrumente zur Diagnosestellung müssen Teil eines umfassenden geriatrischen Assessments werden. Empfohlen werden im Bericht der Joint Action die Instrumente wie der Frailty Index of Cumulative Deficits, die Frailty Trait Scale und der Frailty Phänotyp.

Management auf Mikrolevel

Zur Verhinderung von Frailty, bedarf es einer populations-bezogenen Bewusstseinsbildung. Dabei liegt der Hauptfokus auf der Prävention. Im Rahmen von Frailty Prävention ist der Hauptfokus auf die Themen Ernährung und Bewegung zu legen. Ein regelmäßiges Ernährungsassessment bei geriatrischen PatientInnen sollte nach Ergebnissen aus der Joint Action flächendeckend durchgeführt werden. Ernährungstechnisch empfehlen sich die mediterrane Diät und eine Gewichtsreduktion in Kombination mit Bewegungsprogrammen mit einem Ziel-BMI unter 30kg/m^2 . Zudem sollte bei frailen Personen mit Sturz- und Frakturrisiko eine Vitamin D Supplementierung (Vitamin Se-Spiegel $<30\text{ ng/mL}$) angestrebt werden. Besonders wichtig erscheinen in diesem Zusammenhang auch ein durchgehendes Sturzpräventionsprogramm und ein integriertes Medikationsmanagement inklusive Polypharmazie.

Das Management von Frailty sollte damit die Domänen Ernährung, Bewegung, Polypharmazie, sowie ein individualisiertes Multimorbiditätsmanagement auf Basis des geriatrischen Assessments umfassen.

Insgesamt spricht sich die ExpertInnengruppe der Joint Action für den frühen Einsatz präventiver Programme in Europa aus. Es wird empfohlen, die allgemeine Gesundheitsprävention so früh wie möglich in der Lebensspanne, zumindest aber bei der mittelaltrigen Bevölkerung vorzusehen.

Versorgungsplanung

Es muss ein definierter „Best Point of Screen“ im ambulanten Bereich (in der allgemeinen Primärversorgung =HausärztIn) geschaffen werden und im gleichen Atemzug der Einsatz eines Screeninginstruments für Frailty auf nationaler Ebene gefördert werden. Die fixe Implementierung des geriatrischen Assessments bei positivem Screening auf Frailty für alle Menschen und in allen Settings wird laut Ergebnissen aus Advantage empfohlen. Weiters bedarf es der Schaffung von Strukturen, die ein interdisziplinäres Management und Case Management von frailen Personen innerhalb einer koordinierten Primärversorgung ermöglichen. Zusammenfassend muss das Ziel ein klares Prozessmanagement für Frailty und Funktionalität auf nationaler Ebene im Sinne einer „Nationalen Frailty Strategie“ sein.

Projekt „Gesund fürs Leben“

Priv.-Doz.in Mag.a Dr.in Karin Schindler, PhD

Vereinsamung, vorzeitige Abhängigkeit, erhöhte Morbidität, erhöhte Mortalität, verringerte Lebensqualität. Diese Probleme treten im Alter häufig auf und führen wiederum zu einem Abbau der Muskulatur und wirken sich negativ auf die Fitness aus. Im Weiteren kann es zu psycho-sozialen Beeinträchtigungen sowie zu einer noch geringeren Motivation für Bewegung und weiterem sozialen Rückzug kommen. Um diesen Problemen entgegenzutreten wurde von der Meduni Wien in Kooperation mit dem Hilfswerk das Projekt „Gesund fürs Leben“ initiiert.

Im Rahmen dieses Projektes wurde eine randomisiert kontrollierte Studie (RCT) bei zu Hause lebenden SeniorInnen in Wien durchgeführt. Ziel dieser Studie war es, den Effekt eines Bewegungs- und Ernährungsprogramms, dass von Freiwilligen (sogenannten „Buddies“) durchgeführt wurde, im Vergleich zu einem Besuchsdienst (soziale Unterstützung allein), auf den Gesundheitsstatus von gebrechlichen alten Menschen zu erheben.

Insgesamt nahmen 80 gebrechliche alte Menschen über 65 Jahren, davon 39 in der Interventionsgruppe und 41 in der Kontrollgruppe, teil. Die Intervention in der Interventionsgruppe umfasste eine Ernährungs- und Bewegungsintervention, auf welche die 84 freiwilligen Buddies im Vorhinein geschult wurden. Bei der Kontrollgruppe wurden Besuche ohne spezielle Intervention durchgeführt. Die Hausbesuche erfolgten über eine Dauer von 12 Monaten.

Die Ergebnisse zeigen eine deutliche Verbesserung beim Frailty-Status und dem Risiko für Mangelernährung. Die Prävalenz der Mangelernährung verringerte sich in der Trainings- und Ernährungsgruppe um 25 Prozent, die der Frailty um 17 Prozent. Zudem zeigte die Interventionsgruppe eine signifikante Verbesserung von Handkraft, körperlicher Aktivität, Mobilität, Ernährung und Lebensqualität. Anzumerken ist, dass die Kontrollgruppe, die nur soziale Unterstützung erhalten hatte, 23 Prozent weniger Mangelernährung bzw. 16 Prozent weniger Frailty aufwies. Außerdem zeigte sich eine Tendenz zur Verbesserung von Handkraft, Mobilität, Ernährung, und Lebensqualität. Interessanterweise hatten auch die Buddies nach 24 Wochen einen signifikanten Zuwachs in der Hand- und Beinkraft.

Ein besonderer Punkt an diesem Projekt ist dessen Nachhaltigkeit. Die Empfehlungen daraus wurden im Buch „Gesund im Alter, Selbstständigkeit erhalten“ publiziert. Außerdem wurde dieses Modell inzwischen mit 20 Ehrenamtlichen Buddies in Potsdam übernommen. In Österreich wird das Projekt vorerst bis 2019 mit Unterstützung des BMGF, der GÖG, dem Fonds Gesundes Österreich und der Stadt Wien unter der Leitung des Hilfswerks weiterlaufen.

Das Projekt wurde unter anderem vom Sozialministerium als Good Practice-Modell ausgezeichnet und mit dem Wiener Gesundheitspreis prämiert.

<https://www.hilfswerk.at/wien/ehrenamt/freiwilliges-engagement/gesund-fuers-leben/>

Ergebnisse aus den Diskussionen am Marktplatz

Thema 1: Aus- und Weiterbildung in Österreich (Thomas Windhaber, BScN, DGKP)

Wo sehen Sie Potentiale das Thema Frailty in der Aus- und Weiterbildung zu integrieren?

Primär muss in Österreich dem Thema Geriatrie in den Aus- und Weiterbildungen aller Berufsgruppen im Gesundheitswesen (ÄrztInnen, Pflege, MTD etc.) verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden. In Anbetracht der hohen Prävalenz von Frailty und der damit verbunden Herausforderungen für das Gesundheitswesen muss dieses Thema in der Grundausbildung sowie der in der Fort- und Weiterbildung verankert werden. Folgende Vorschläge und Lösungsansätze wurden in den Gruppen erarbeitet:

- » Ziele in der Grundausbildung sollten neben der Bewusstseinsbildung für das Thema die Aneignung von Grundkenntnissen (z.B. Definition, klinisches Erscheinungsbild, Prävalenzzahlen) im Bereich Frailty sein. Weiters ist das Kennenlernen von validen Assessmentinstrumenten, wie in der Joint Action ausgearbeitet, anzustreben.
- » In der Fort- und Weiterbildung muss das Ziel sein die in der Grundausbildung angeeigneten Kenntnisse im Rahmen von spezifischen Kursen zum Thema Frailty zu intensivieren und das Wissen zur Thematik zu erweitern. Dabei sollte auf die spezifischen Tätigkeitsfelder jeder Berufsgruppe bei Prävention und Management von Frailty eingegangen genommen werden. Als mögliche neue Fortbildung könnte z.B. die/der Frailty Beauftrage angeboten werden.
- » Sowohl in der Grundausbildung, als auch im Rahmen der Fort- und Weiterbildung sollten interprofessionale oder multiprofessionelle Lehrmodelle, sowie die Verwendung neuer Medien, z.B. in Form von „Blended Learning“, angedacht werden.
- » Damit das Thema Frailty mehr Aufmerksamkeit in Österreich bekommt und folglich die Notwendigkeit der Verankerung in der Aus- Fort- und Weiterbildung sichtbar wird, sollten unterschiedliche Strategien angewandt werden.
- » Durch die Abhaltung von Tagungen, Kongressen, Workshops etc. zu diesem Thema in unterschiedlichen Settings kann Bewusstsein bei den Stakeholdern geschaffen werden. Des Weiteren sollten die unterschiedlichen Berufsverbände für die Bedeutung von Frailty sensibilisiert und Berichte in verschiedenen Medien angestrebt werden.
- » Als Vorbild für den Prozess der Integration des Themas Frailty in die Aus- und Weiterbildung in Österreich könnten Erfahrungen aus der Entwicklung der Palliativ- und Hospizversorgung genutzt werden.

Thema 2: Frailty in Österreich (Univ. Prof.in Dr.in Regina Roller-Wirnsberger, MME)

Wie sehen Sie die Lage in Österreich und haben Sie Ideen zu integrierten Versorgungsmodellen?

Im Laufe der Diskussion wurden einige Probleme in der geriatrischen Versorgung in Österreich sichtbar. In der Praxis werden diese Probleme in erster Linie durch den für die Geriatrie typischen Drehtüreffekt (häufige Wiederaufnahmen ins Krankenhaus) sichtbar. Dabei ist anzumerken, dass bei der Versorgungsqualität in Österreich von Bundesland zu Bundesland stark variiert. Insbesondere die fehlende Chancengleichheit älterer BürgerInnen auch innerhalb der Bundesländer betreffend die geriatrische Komplexversorgung war Kernthema der Diskussionen. Der Fokus auf Primärversorgung betrifft Prävention im Sekundärbereich, das Wissen und die Angebotslage für Tertiärprävention sind zum gegebenen Zeitpunkt aus Sicht aller beteiligten Berufsgruppen mangelhaft. So fehlen in der derzeitigen Gesetzesgrundlage zur Primärversorgung einige Berufsgruppen, deren Platz v.a. im chronischen Multimorbiditätsmanagement ist (z.B. Radiologietechnologie, Ergotherapie ua.).

Weitere Gründe für aktuelle Versorgungslücken werden von den anwesenden FachexpertInnen in der fehlenden oder mangelhaften Vernetzung der unterschiedlichen Anbieter und ProfessionistInnen im Gesundheitswesen gesehen. Ein teilweise ineffektives Case und Care Management sowie einem schlechten Ausbau von gesundheitsfördernden Programmen für die alte Bevölkerung sind weitere Themen der Diskussionen.

Die Strukturierung und die aktuellen Prozesse in der Langzeitpflegeversorgung werden ebenfalls thematisiert. Durch die freie Arztwahl bedingte medizinische Versorgungslücken der BewohnerInnen mit vielfach komplexen medizinischen Bedürfnissen, aber auch die mangelnde Rehabilitationskomponente in den Einrichtungen werden angesprochen. So ist es in Österreich nicht Usus, dass SeniorInnen aus dem Pflegeheim wieder nach Hause gehen (anders als z.B. in den USA).

Lösungsansätze aus den Diskussionen der Gruppe:

- » Konzepte, die im Rahmen der geriatrischen Versorgung eingesetzt werden sollen, müssen immer bevölkerungsbezogen und auf die Zielgruppe passend formuliert werden.
- » Als erster wichtiger Punkt können hier eine stärkere und effektivere Vernetzung aller AkteurInnen im Gesundheitswesen, sowie die Bildung von Partnerschaften (HausärztInnen, Krankenhäuser, mobile Dienste, Apotheken, etc.) angeführt werden, um eine durchgängige Versorgung gewährleisten zu können.
- » Dabei werden und müssen die geplanten Primärversorgungszentren eine zentrale Rolle spielen, vor allem wenn es um ein effektives Case und Care Management auf allen Versorgungsebenen geht. Dabei ist anzumerken, dass die gesetzliche Grundlage der Primärversorgungszentren dahingehend zu adaptieren ist, dass eine qualitativ hochwertige geriatrische Versorgung, inklusive umfassendem geriatrischen Assessment und kontinuierlichen Screenings, möglich ist. Auch hier ist die Vernetzung multipler Berufsgruppen von großer Bedeutung.
- » In der Primärversorgung sollten in Zukunft auch die Apotheken eine größere Rolle spielen, da diese oft der erste Ansprechpartner für die ältere Bevölkerung sind.

- » Anzustreben ist außerdem der flächendeckende Einsatz von Community Nurses, die präventive Hausbesuche bei älteren Menschen in den Gemeinden durchführen. Dabei geht es in erster Linie darum, potentielle Gesundheitsrisiken zu erkennen und zu verhüten. Dadurch könnten folgenschwere Krankenhausbesuche (Frailty entsteht in erster Linie im Krankenhaus) und Wiederaufnahmen verhindert werden. Dies wäre ein Ansatz, um bessere Vorsorgeuntersuchungen zu schaffen.
- » In den Bereichen Screening und Assessment von Frailty bedarf es standardisierter Instrumente und Checklisten für den mobilen, ambulanten und stationären Bereich.
- » Förderung von Pilotprojekten z.B. mobiles geriatrisches Team, ähnlich den mobilen Palliativteams.
- » Flächendeckende und koordinierte Anpassung prägradualer Curricula der beteiligten Berufsgruppen im Gesundheitssystem (Kernkompetenzen), Angebot von Weiterbildungs- und Qualifizierungsangeboten im Rahmen von Karieremodellen.
- » Umstellung der Finanzierungsströme im Gesundheitssystem auf erfolgsbezogene Indikatoren und nicht Einzelleistungsverrechnung.

Thema 3: Gesellschaftspolitische Herausforderungen (Mag.a Astrid Böhm)

Sind die europäischen Herausforderungen auf Österreich umlegbar? Bei welchen der Folgenden Felder sehen Sie Handlungsbedarf, was sind Ihre Ideen dazu?

Die europäischen Herausforderungen treffen zur Gänze auch auf Österreich zu. Mögliche Lösungsvorschläge für die drei Handlungsfelder wurden ausgearbeitet.

Integrierte Versorgung

- » Im Bereich der integrierten Versorgung bedarf es einer verstärkten Vernetzung und Kommunikation aller AkteurInnen im Gesundheitswesen. Zum einen um die Gesundheitsförderung im Alter zu stärken, andererseits um die durchgängige Versorgung auf allen Ebenen (Primärversorgung, Krankenhaus, etc.) gewährleisten zu können.
- » Konkret sollten spezifische Ziele in den Bereichen Frailty Prävention und Frailty Management formuliert und im Rahmen dessen ein starker Fokus auf die Interdisziplinarität in der Versorgung gelegt werden. Zudem bedarf es mehr finanzieller Unterstützung von Seiten der Politik sowie den EntscheidungsträgerInnen.
- » Ein konkreter Vorschlag, um das Entstehen einer Frailty früh genug erkennen und gegebenenfalls verhindern zu können sind gezielte Screenings ab einem bestimmten Alter, z.B. im Rahmen von Hausbesuchen von mobilen Diensten.
- » Des Weiteren werden einheitliche Dokumentationstools für alle Trägerorganisationen für frailty gefordert.

Ausbildung

- » Das Thema Frailty muss in der Ausbildung fix verankert werden, um Bewusstsein für dieses Thema zu schaffen. Dabei wäre von Beginn der Fokus auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu legen.
- » Zur Förderung der Integration des Themas Frailty in die Ausbildung bedarf es konkret formulierter nationaler Empfehlungen und Richtlinien.

Forschung

- » Das Thema Frailty ist in der österreichischen Forschungslandschaft eher unterrepräsentiert und ist derzeit auch keine Forschungspriorität. Dennoch gibt es bereits erste Daten, die auf die Wichtigkeit des Themas Frailty hinweisen (z.B. aus den Daten der Österreichischen interdisziplinären Hochaltrigenstudie).
- » Nachdem die Folgen von Frailty für die Betroffenen selbst sowie das Gesundheitssystem enorm sind, sollten in diesem Bereich gezielt Forschungsgelder eingesetzt und Forschungsprojekte gefördert werden.

Thema 4: Best Practice Modelle (Constantin Zieger, BSc, MSc)

Welche Best Practice Modelle für den Frailty Prevention Approach kennen Sie in Österreich?

Explizit auf das Thema Frailty zugeschnitten gibt es derzeit in Österreich als Best Practice Modell nur das Projekt „Gesund fürs Leben“, welches im Rahmen dieser Tagung vorgestellt wurde.

Dennoch wurden einige Projekte gesammelt, die darauf abzielen die Funktionalität im Alter zu erhalten oder zu verbessern. Diese lassen sich in insgesamt sechs Kategorien einteilen.

1. Ernährung

- » Routinemäßige, multidisziplinäre Ernährungsscreenings in Krankenhäusern (z.B. LKH-Univ. Klinikum Graz, Barmherzige Brüder, Klinikum Wels-Grieskirchen)
- » Ernährungsscreening für alle BewohnerInnen und Erhebung des Gewichtsverlaufs in Pflegewohnhäusern der Caritas Wien; Festanstellungen von DiätologInnen in den Pflegewohnhäusern
- » Die Schulung „DAMIA — Der alte Mensch is(s)t anders“ (FH Joanneum, Land Steiermark Stadt Graz, Meduni Graz); Ermittlung der Ernährungssituation von BewohnerInnen in Pflegeheimen in der Steiermark; 60% der Pflegeheime in der Steiermark nahmen teil; Ziel des weiterführenden Projektes ist die Ernährungsversorgung älterer Menschen in Pflegeeinrichtungen durch eine zielgerichtete professionelle Schulung von MitarbeiterInnen von Pflegeheimen zu optimieren
- » Nutrition Day

2. Medikation

- » PIM-Listen
- » E-Medikation
- » Schwerpunkt Polypharmazie

3. Sturzprävention

- » EBN Sturzleitlinie am LKH-Univ. Klinikum Graz
- » Sturzpräventionsseminare
- » Sturzprävention für SeniorInnen ab 70 Jahren. <https://www.oegkk.at/portal27/oegkkportal/content?contentid=10007.765602&viewmode=content>

4. Bewegung

- » Trainingsmappe für PatientInnen im Krankenhaus (Geriatrische Gesundheitszentren Graz):
- » individualisierter Trainingsplan für verschiedene Gelenksgruppen mit Anleitung; Training soll nach dem Aufenthalt im Gesundheitszentrum selbstständig anhand des Trainingsplans zu Hause oder im SeniorInnenheim weitergeführt werden; Projekt wurde nach einem und nach sechs Monaten evaluiert: rund 75% der entlassenen PatientInnen führten nach sechs Monaten ihr individualisiertes Training noch durch;
- » Bewegt im Park: kostenlose, niederschwellige Bewegungsangebote auf Freiflächen in ganz Österreich über die Sommermonate <https://www.bewegt-im-park.at/>
- » Angebote in Fitnessstudios für die Zielgruppe 40+ in Salzburg: „Fit über 40/50/60“

5. Gesundheitsförderung

- » Pilotprojekt Präventive Seniorenberatung in Tirol im Rahmen von präventiven Hausbesuchen https://www.tirol.gv.at/fileadmin/themen/gesellschaft-soziales/soziales/Publikationen/Enbericht_PH_2013_aktuellJuni.pdf
- » Initiative Gesunde Gemeinde <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitsfoerderung/gesunde-gemeinden>
- » Gesundheit hat kein Alter - Pilotprojekt in Wiener SeniorInnenwohnhäusern; Das Projekt soll die Lebens- und Arbeitswelt „SeniorInnenwohnhaus“ gesundheitsförderlich gestalten.
- » <http://www.gesundheithatkeinalter.at/Das-Projekt/Ueberblick>
- » Gesundheitsbotschafter als Multiplikatoren (Pilotprojekt in der Steiermark)

6. Demenz

- » Fit für Demenz (LKH Univ, Klinikum Graz, Akutgeriatrie); Ernährungsscreening, Bewegungs- und Aktivierungsangebote, Sturzrisikobestimmung und Sturzleitlinien mit Präventivmaßnahmen
- » https://www.fh-ooe.at/fileadmin/user_upload/fhooe/ueber-uns/kongresswesen/2017/anp/docs/fhooe-anp2017-ppt-sumerauer-kurta-online.pdf
- » Demenzfreundliche Bezirke, Gemeinden, Grätzl, etc.
- » Demenzfreundliche Bezirke Wien
- » http://www.demenzstrategie.at/de/Umsetzung/ilmplld__44.htm
- » 1 Meter Bücher Demenz Tirol (Demenzfreundliches Zillertal)
- » <https://www.caritas-tirol.at/hilfe-angebote/seniorinnen/1-meter-buecher-demenz/>
- » <https://www.awhzell.at/joomla/index.php/angebot/weitere-angebote/demenzfreundliches-zillertal>
- » Demenzstationen (z.B. Geriatrische Gesundheitszentren Graz, Klinikum Wels-Grieskirchen)



Medizinische Universität Graz

