

Geriatrische Syndrome aus PatientInnen-Perspektive

Wie viele, welche, und wenn ja: Alter, Krankheit, Lebensqualität?

Aline Schönenberg^{1,*}, Konstantin G. Heimrich², Rebecca Wientzek¹, Tino Prell¹

¹Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin, Universitätsklinikum Halle (Saale), *aline.schoenenberg@uk-halle.de

²Klinik für Geriatrie, Universitätsklinikum Jena, Jena

Methodik

Für das vom BMBF geförderte *SelfManGer*³-Projekt wurden Daten von N=512 hospitalisierten, geriatrischen PatientInnen erhoben (337 weiblich; Alter $M=82.1$, $SD=6.2$).

Teilnehmende wurden u.a. gefragt, welche geriatrische Syndrome bei Ihnen vorhanden sind und welches der Syndrome sie am meisten einschränkt. Mit visuellen Analogskalen wurde erfasst, wie stark die Einschränkungen durch dieses Syndrom sind und ob sie das Syndrom eher dem Alter oder einer Krankheit zuschreiben. Das geriatrische Assessment wurde als Kovariaten genutzt.

1. Prävalenz und Belastung durch geriatrische Syndrome

Syndrom	Vorhanden % (N=512)	Am schwerwiegendsten bei % (N = 492)*	Ausmaß der Einschränkung 0 – 100 (MD, IQR; M, SD)#
Beweglichkeitsprobleme	75.00	57.30	60 (40.0); 59.9 (27.8)
Depression	28.13	6.47	50 (50.0); 42.1 (26.7)
Dysphagie	8.20	10.81	14 (23.5); 29.5 (33.9)
Einsamkeit	16.99	18.07	50 (38.5); 50.9 (24.1)
Inkontinenz	30.08	25.34	50 (54.0); 45.9 (31.2)
Kognition	25.00	17.21	20 (40.0); 32.8 (31.0)
Schlafstörungen	42.97	17.21	30 (60); 38.6 (31.6)
Schmerzen	56.05	28.16	60 (48.8); 54.9 (27.7)
Stürze	60.35	26.33	60 (38.5); 56.6 (24.7)

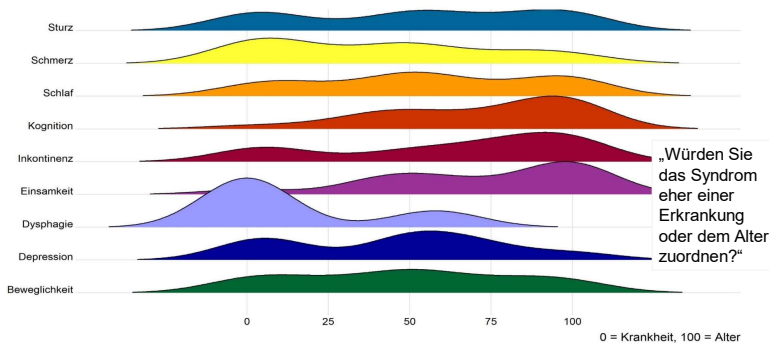
* Von denen, bei denen das Syndrom vorhanden ist. MD = Median, IQR = Interquartilsabstand, M = Mittelwert, SD = Standardabweichung.
100 maximal eingeschränkt, 0 keine Einschränkung.

2. Gruppenunterschiede nach Syndromen

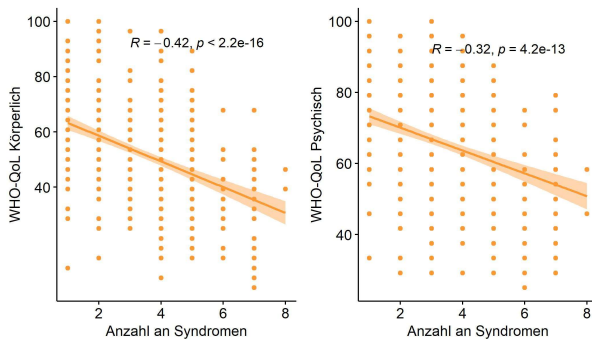
Variable	Gruppenvergleich bei Personen mit und ohne das jeweilige Syndrom							
	Beweg.	Stürze	Schmerz	Depress.	Inkont.	Schlaf	Kog.	
QoL körperl.	↓<.001 (.302)	↓<.001 (.223)	↓<.001 (.247)	↓.001 (.152)	↓.013 (.115)	↓<.001 (.253)	↓.043 (.093)	
psych.	↓.003 (.133)		↓.022 (.104)	↓<.001 (.226)		↓.003 (.165)	↓<.001 (.226)	
sozial	↓.002 (.153)		↓.015 (.119)	↓.006 (.134)		↓.044 (.134)		
GDS	↑<.001 (.209)	↑<.001 (.156)	↑<.001 (.209)	↑<.001 (.234)	↑.002 (.141)	↑.020 (.105)	↑<.001 (.228)	
TuG	↑.001 (.205)	↑.039 (.156)						
Tinetti	↓.001 (.200)							
Barthel	↓.027 (.120)							
NMeds	↑<.001 (.132)	↑.005 (.125)	↑.007 (.125)			↑.046 (.090)		
(pos) VOA	↑<.001 (.270)			↑<.001 (.247)	↑.001 (.180)	↑.011 (.136)	↑.004 (.162)	
AgeDiff	↓<.001 (.235)		↓.004 (.166)	↓.035 (.121)		↓.021 (.133)		

r = effect size U-test, QoL = quality of Life (WHOQOL-Bref), GDS = Geriatrische Depressionsskala, TuG = Timed Up and Go, NMed = Anzahl Medikamente pro Tag, VOA = Alterserwartungen, AgeDiff = biologisches – subjektives Alter, Beweg = Syndrom eingeschränkte Beweglichkeit, Depress = Depressivität/Traurigkeit, Inkont = Inkontinenz, Kog = Kognition/Gedächtnisprobleme

3. Geriatrische Syndrome – alters- oder krankheitsassoziiert?



4. Geriatrische Syndrome korrelieren mit Lebensqualität



Zusammenfassung

Geriatrische hospitalisierte PatientInnen haben $M=3.4$ geriatrische Syndrome, 47.5% berichten mehr als 4.

Am häufigsten wurden Beweglichkeit, Schmerzen und Stürze angegeben.

Kognitive Störungen und Harninkontinenz werden eher dem Alter zugeschrieben, was zu einer Unterversorgung dieser Syndrome beitragen kann.

Geriatrische Syndrome sind unterschiedlich mit reduzierter Lebensqualität, einem veränderten Altersempfinden sowie einem höherem subjektivem Alter verknüpft.

Referenzen

1 Prell, T., Wientzek, R. & Schönenberg, A. (2023). Self-management of geriatric syndromes - an observational study. *BMC Geriatr* 23, 731. doi.org/10.1186/s12877-023-04442-8 2 Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61. 3 Lachs, M., Feinstein, A., Cooney, L., Drickamer, M., Marotoli, R., Pannilli, F. & Tinetti, M. (1990). A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Annals of Internal Medicine*, 11(2), 699-706. https://doi.org/10.7326/0003-4819-1112-9-699 4 Tinetti, M. E. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *J Am Geriatr Soc*, 34(2), 119-126. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05480.x 5 Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 39(2), 142-148. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x 6 Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6 7 WHO. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, 13(299-310).

