

Ortho-Geriatriische Zusammenarbeit

Präambel:

Bei der vorliegenden SOP handelt es sich nicht um bindende Therapieempfehlungen. Sie erfüllt somit nicht den Zweck, eine Leitlinie zu ersetzen. Vielmehr soll vorliegende Muster-SOP eine Struktur bieten, die es den betroffenen Krankenhäusern erleichtert, die Vorgaben des G-BA in die Praxis umzusetzen. Vorgegebene Zahlenwerte, Grenzwerte und Therapieempfehlungen entsprechen nichtsdestotrotz der gängigen Praxis und basieren auf Leitlinien und Literaturempfehlungen, die die Autoren zugrunde gelegt haben. Wir bitten darum, von einer 1:1 Übernahme der Dokumente abzusehen und sie als Arbeitsgrundlage zur Umsetzung in der eigenen Abteilung zu verstehen.

Die grau hinterlegten Felder im Text der SOP müssen jeweils an die hausinternen Gegebenheiten angepasst werden. Die vorliegende SOP entbindet den Nutzer nicht, die einzelnen Punkte mit der aktuell gültigen Version der QSFFx-RL (G-BA Richtlinie „hüftgelenksnahe Femurfrakturen“) abzugleichen.

Die SOP kann wie folgt zitiert werden: Eschbach D., Schumacher J., Wiedemann J., Friess T. (2021, Version 2.1). SOP – Ortho-Geriatriische Zusammenarbeit. Sektion Alterstraumatologie der DGU.

Geltungsbereich:

Die folgende SOP gilt für alle Patienten mit proximaler Femurfraktur, die im xxxx Klinikum in der Abteilung für xxxx behandelt werden. Der Geltungsbereich umfasst alle Prozessbeteiligten des präoperativen und stationären Ablaufes.

Inhaltsverzeichnis:

1. Ziel / Zweck	2
2. Benennung der geriatrischen und (unfall-)chirurgischen Ansprechpartner	2
3. Postoperative Durchführung geriatrischer Assessments (Selbständigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Schmerzen)	2
4. Diagnostik und Behandlung geriatrischer Syndrome anhand standardisierter Verfahrensabläufe	3
5. Abklärung erforderlicher rehabilitativer Behandlungsbedarfe	3
6. Polymedikationsmanagement	3
7. Durchführung interdisziplinärer Visiten und/oder wöchentlicher Teambesprechungen	3
8. Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten / Prozessinhaber	3
9. Verwendete Literatur	4

Ortho-Geriatriische Zusammenarbeit

1. Ziel / Zweck

Die SOP bestimmt die Phasen und Momente des Behandlungsprozesses, in denen geriatrische Kompetenzen zur Anwendung kommen sollen. An diesen Stellen definiert sie die Zusammenarbeit von Unfallchirurgie und Geriatrie interdisziplinär und multiprofessionell. Das so in dieser SOP beschriebene OGCM soll eine Grundlage schaffen für die Verbesserung des Outcomes bei der Behandlung des alterstraumatologischen Patienten. Die unfallchirurgisch leitliniengerechte Behandlung wird an dieser Stelle vorausgesetzt. Auf entsprechende SOP zur unfallchirurgischen Behandlung wird darüber hinaus verwiesen.

2. Benennung der geriatrischen und (unfall-)chirurgischen Ansprechpartner

Eine ortho-geriatriische Zusammenarbeit (OGCM, Orthogeriatrisches Comanagement) wirkt sich positiv auf das Outcome der Behandlung alterstraumatologischer Patienten aus – nachweislich bei der Behandlung der hüftgelenknahen Oberschenkelfraktur (1).

OGCM beinhaltet die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Unfallchirurgen und Geriatern bei der Behandlung des alterstraumatologischen Patienten. Das OGCM adressiert den alterstraumatologischen Patienten in zwei Phasen des akutstationären Behandlungsprozesses: unmittelbar perioperativ und während der anschließenden (postoperativen) Weiterbehandlung. Somit fokussiert der Beschluss auf die Akutphase der perioperativen Behandlung und somit in der Regel auf den Zeitraum bis zum 7. postoperativen Tag (16-23 bei GFK). Für die Behandlung anderer alterstraumatologischer Fraktur entitäten – neben den hüftgelenknahen Oberschenkelfrakturen – ist diese SOP ggf. anzupassen. Dies gilt ebenso für ein konservatives Behandlungsmanagement. Ansprechpartner für die jeweiligen Professionen sind festgelegt. Für die Geriatrie Abteilung liegt die Verantwortlichkeit bei XXX die Unfallchirurgische Fachkompetenz wird durch xxx vertreten.

3. Postoperative Durchführung geriatrischer Assessments (Selbständigkeit, Mobilität, Kognition, Emotion, Schmerzen)

Jeder alterstraumatologische Patient (mit hüftgelenknaher Femurfraktur) erhält bei Aufnahme, zwingend präoperativ, ein Screening zur Identifikation als geriatrischer Patient (geeignet z.B.: ISAR, Lachs).

Das Screening zur Detektion des geriatrischen Patienten wird ergänzt durch die Erhebung eines Frailty-Scores (geeignet z.B.: CFS) und eines Instruments zur Erkennung der Delirgefährdung (geeignet z.B.: NU-DESC, CAM). Die Erhebung erfolgt durch eine Pflegekraft (ggf. Arzt) präoperativ. Bei Positivbefunden (geriatriischer Behandlungsbedarf) wird der Patient einer geriatrischen Mitbeurteilung zugeführt (*hier hauseigene Standards zur geriatrischen Miteinbeziehung einfügen*). Postoperativ wird im Verlauf der stationären Behandlung durch den mitbehandelnden Geriater das Ausmaß eines notwendigen Basisassessments festgelegt. Hierzu gehören die Prüfung von Emotion, Kognition, Depression, ggf. ein fortlaufendes Delirmonitoring sowie der Alltagskompetenz. Besteht kein geriatrischer Handlungsbedarf, entfällt dieses. Die Hinzuziehung geriatrischer Kompetenz kann auch unter Nutzung telemedizinischer Strukturen oder in regionalen Netzwerkstrukturen erfolgen (*hier hauseigenes Vorgehen einfügen*).

Ortho-Geriatrie Zusammenarbeit

4. Diagnostik und Behandlung geriatrischer Syndrome anhand standardisierter Verfahrensabläufe

Zur Planung der geriatrischen Weiter- / Mitbehandlung im Rahmen des OGCM werden, wie bereits obenstehend beschrieben, durch den Kollegen mit geriatrischer Fachkompetenz geriatrische Assessments der Stufe 2 erhoben (2) *(hauseigenes Vorgehen einfügen, z.B. geschulte Pflegekräfte, Physio-/ Ergotherapeuten, geriatrischer Liasondienst)*. Berücksichtigung finden dabei: Selbstständigkeit (IADL, Barthel), Mobilität (GOS, TuG), Kognition (MoCCA MMST), Emotion (z.B. GDS-15, DIA-S), Schmerzen (VAS). Dies kann ggf. um einen MNA oder NRS2002 zur Detektion von Mangelernährung und um detailliertere Kognitionstestungen bei Bedarf ergänzt werden. Die Durchführung dieser Assessments ermöglicht die Diagnostik und Behandlung geriatrischer Syndrome wie des Delirs, der Depression, einer Mangelernährung, Inkontinenz, einer ggf. bestehenden Insomnie oder einer kognitiven Einschränkung bzw. die Diagnostik neurodegenerativer Erkrankungen.

Die Ergebnisse werden in einer interdisziplinären Fallkonferenz 1x pro Woche kommuniziert und die Modalitäten des OGCM patientenbezogen festgelegt.

5. Abklärung erforderlicher rehabilitativer Behandlungsbedarfe

Die Festlegung des altersgerechten Rehabilitationsmanagements erfolgt in der wöchentlichen Fallkonferenz unfallchirurgisch-geriatrisch interdisziplinär und interprofessionell unter Kenntnis der vorhandenen Verlegungsmöglichkeiten einschließlich der bestehenden häuslichen Versorgungssituation. Hier wird dementsprechend das Rehabilitationsziel festgelegt und die geeignete Rehabilitationsform (ambulant, stationär, häusliche Versorgung) eingeleitet. Bei Vorliegen entsprechender Strukturvoraussetzungen kann ggf. auch bereits schon unmittelbar postoperativ eine geriatrische Komplexbehandlung zur Anwendung kommen.

6. Polymedikationsmanagement

Die Überprüfung der bestehenden Hausmedikation kann entweder bereits bei Aufnahme des Patienten in der interdisziplinären Visite erfolgen oder ggf. nach Durchführung weiterer, durch den Geriater festgelegten apparativen Untersuchungen (z.B. Laboruntersuchungen, Echokardiografie, Sonografie des Abdomens, LZ EKG/RR) im Verlauf der geriatrischen Weiterbehandlung erfolgen. Bei Entlassung in den ambulanten Bereich erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem weiterbehandelnden Arzt zur Sicherstellung der ambulanten Therapiefortführung.

7. Durchführung interdisziplinärer Visiten und/oder wöchentlicher Teambesprechungen

Interdisziplinäre Visiten werden

- regelmäßig mindestens 1x pro Woche *(für ATZs mind. 2x pro Woche)* am xx um xx (siehe hierzu *SOP xx*) durchgeführt.
- nach Bedarf bei Anforderung durch den behandelnden Arzt/ Sozialdienst durchgeführt.
- Zur Erfüllung der G-BA Richtlinie können interdisziplinäre Visiten auch unter Nutzung telemedizinischer Strukturen oder in regionalen Netzwerkstrukturen erfolgen.

(Hier muss definiert werden: Wer vertritt die geriatrische Kompetenz? Welche Möglichkeiten der interdisziplinären Fallkonferenz/Teambesprechung gibt es/werden gewählt?)

8. Zuständigkeiten / Verantwortlichkeiten / Prozessinhaber

- Aufnahmeprozess:** Ärztliche(r) Direktor(in) Unfallchirurgie
- Chirurgische Aufklärung:** Ärztliche(r) Direktor(in) Unfallchirurgie
- Prämedikation:** Ärztliche(r) Direktor(in) Anästhesie
- Geriatrisches Assessment:** Ärztliche(r) Direktor(in) Geriatrie

Ortho-Geriatriische Zusammenarbeit

9. Verwendete Literatur

- (1) Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, Helbostad JL, Thingstad P, Taraldsen K, Lydersen S, Halsteinli V, Saltnes T, Lamb SE, Johnsen LG, Saltvedt I. Prestmo et al (2015). Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *Lancet* 25;385(9978):1623-33. doi: 10.1016/S0140-6736(14)62409-0.
- (2) Bauer J, Denking M, Freiberger E, Frohnhofen H, Geser C, Goisser S, Hofmann W, Iglseder B, Jamour M, SonKrupp S, Neubart R, Renner C, Sommeregger U, Strotzka S, Swoboda W, Trögner J, Volkert D, Wolter DK „Geriatrisches Assessment der Stufe 2“. AWMF-Register-Nr. 084-002.

Diese SOP ist geistiges Eigentum
der Sektion Alterstraumatologie der DGU