



Grundlagen der Altersmedizin

Michael Gagesch, Dr. med.

3. Studienjahr, TB Grundlagen der Diagnostik und Therapie
Herbstsemester 2024, 7. November

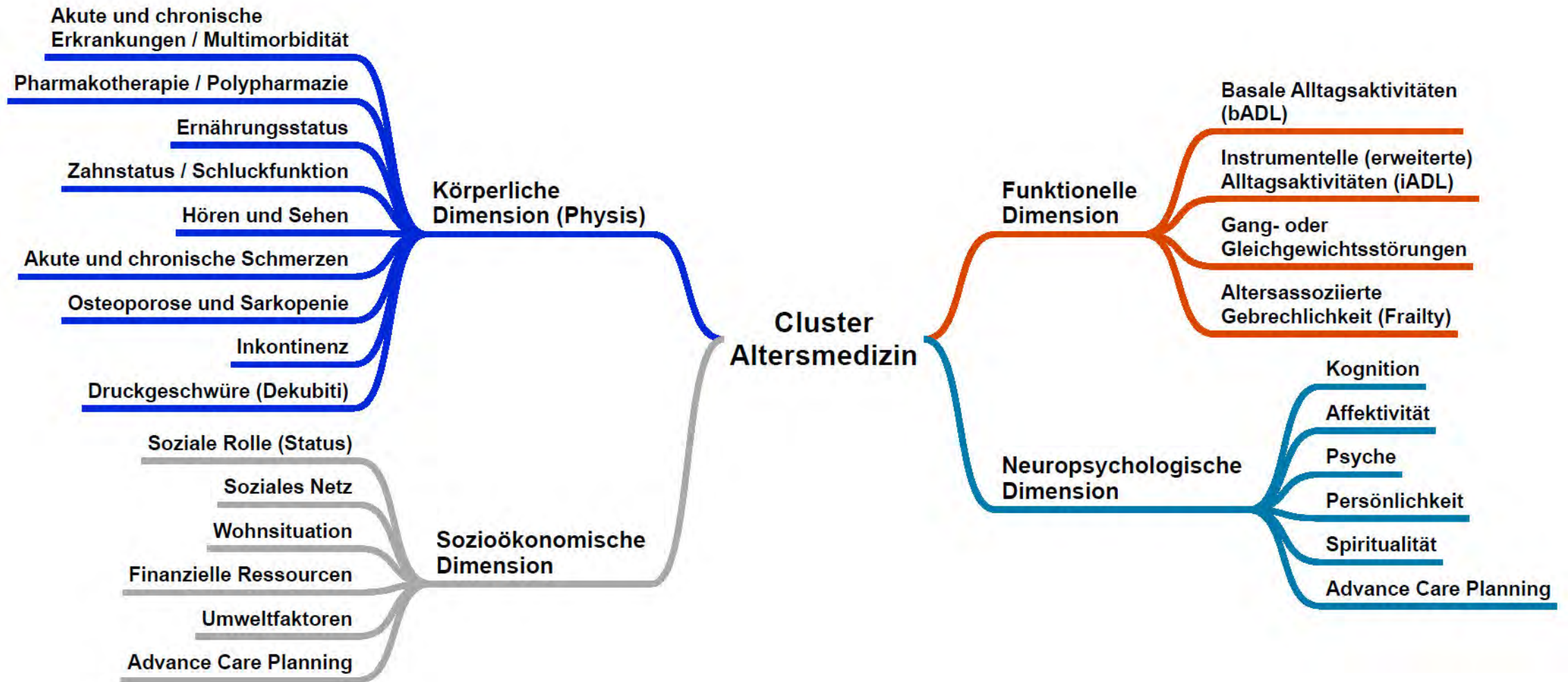
Klinik für Altersmedizin und Lehrstuhl für Geriatrie und Altersforschung
Prof. Dr. H.A. Bischoff-Ferrari, DrPH

Lernziele

1. Mindestens 4 medizinische Probleme eines älteren Patienten aufzählen, die dessen Unabhängigkeit gefährden
2. Die 5 Kriterien eines «Healthy Agers» nennen
3. Die 2 übergreifenden Ziele der Altersmedizin benennen
4. Mindestens 5 Patienten-Kriterien aufzählen welche eine altersmedizinische Kompetenz im Akutspital voraussetzen
5. Mindestens 5 Mitglieder des interprofessionellen altersmedizinischen Teams benennen

Behandelte **SSPs: 198, 199, 223**

Mindmap «Altersmedizin»



«Cluster Altersmedizin»

Vorlesungen Grundlegende Kennzeichen der Altersmedizin

Biologie des Alterns

Zelluläre Prozesse
Extrinsische Stressoren
Biologisches vs. chronologisches Altern, Demographie

Grundlagen der Altersmedizin

Funktionserhalt und Autonomie
Altersmedizinische Kompetenzen
Das interprofessionelle Team
Kriterien gesunden Alterns

Grundlegende Kennzeichen der Altersmedizin

Funktionelle Veränderungen

Risikofaktoren
Charakteristika
Gebrechlichkeit (Frailty)
Prävention

Grundlagen des geriatrischen Assessments

Grundlegende Domänen
Typische Untersuchungsinstrumente
Nutzen und Limitationen

*The World's Oldest Barber Is 107
and Still Cutting Hair Full Time*



Bald sind die Senioren in der Überzahl

Tages-Anzeiger
28.08.2019

Bevölkerung Bereits in zehn Kantonen leben mehr über 65-Jährige als Kinder und Jugendliche. 2023 dürfte die Altersgruppe in der Schweiz erstmals grösser sein als jene der unter 20-Jährigen.

Markus Brotschi

Die Schweiz steht vor der grössten Pensionierungswelle ihrer Geschichte. Bis 2030 werden alle Angehörigen der Babyboomer-Generation, die in den 20 Jahren nach dem zweiten Weltkrieg zur Welt kamen, die Altersgrenze von 65 erreicht haben. Bereits jetzt schlägt sich dies in der Bevölkerungsstatistik nieder. Ende 2018 lebten in 10 der 26 Kantone schon mehr über 65-Jährige als unter 20-Jährige. Dies zeigt eine neue Auswertung des Bundesamts für Statistik (BFS).

Als Erstes kam es in Basel-Stadt zur Trendwende. Bereits seit Anfang der 80er-Jahre sind die Senioren dort gegenüber den Kindern und Jugendlichen in der Überzahl. Erst ein Vierteljahrhundert später folgte das Tessin (2006), danach Schaffhausen (2009), Basel-Landschaft (2011), Bern (2012), Graubünden (2013), Nidwalden (2015), Glarus (2016), Solothurn (2017) und Uri (2018).

Schere geht auseinander

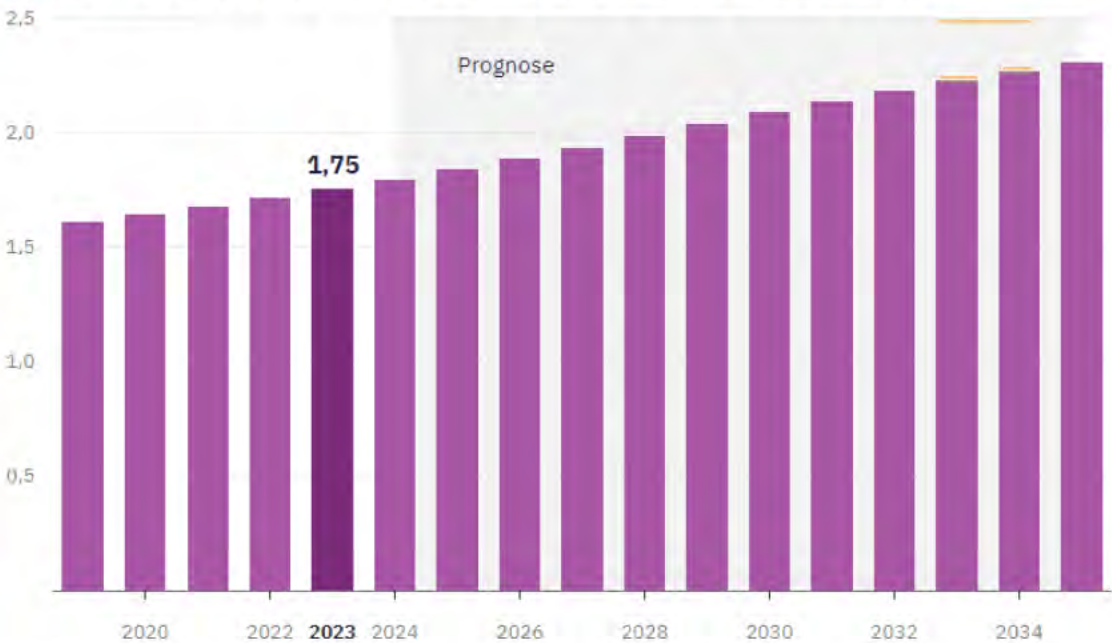
Von den 8,54 Millionen Einwohnern, die die Schweiz Ende 2018 zählte, waren 1,71 Millionen Menschen unter 20 und 1,58 Millionen über 65 Jahre alt. Damit entsprach die Zahl der Senioren bereits der Bevölkerungszahl des Kantons Zürich. Gesamtschwe-



Die Zahl der über 65-Jährigen entspricht bereits der Bevölkerungszahl des Kantons Zürich: Senioren auf einem Schiffsausflug. Foto: Urs Jaudas

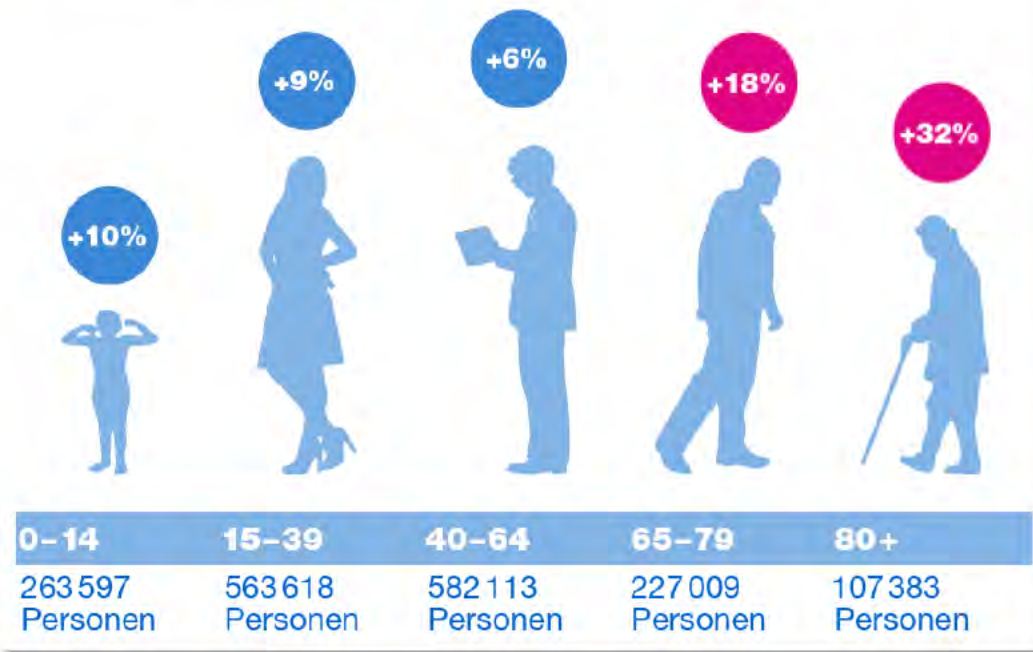
Bevölkerungsalterung, national und kantonal

Anzahl Personen 65 Jahre oder älter (Mio.)



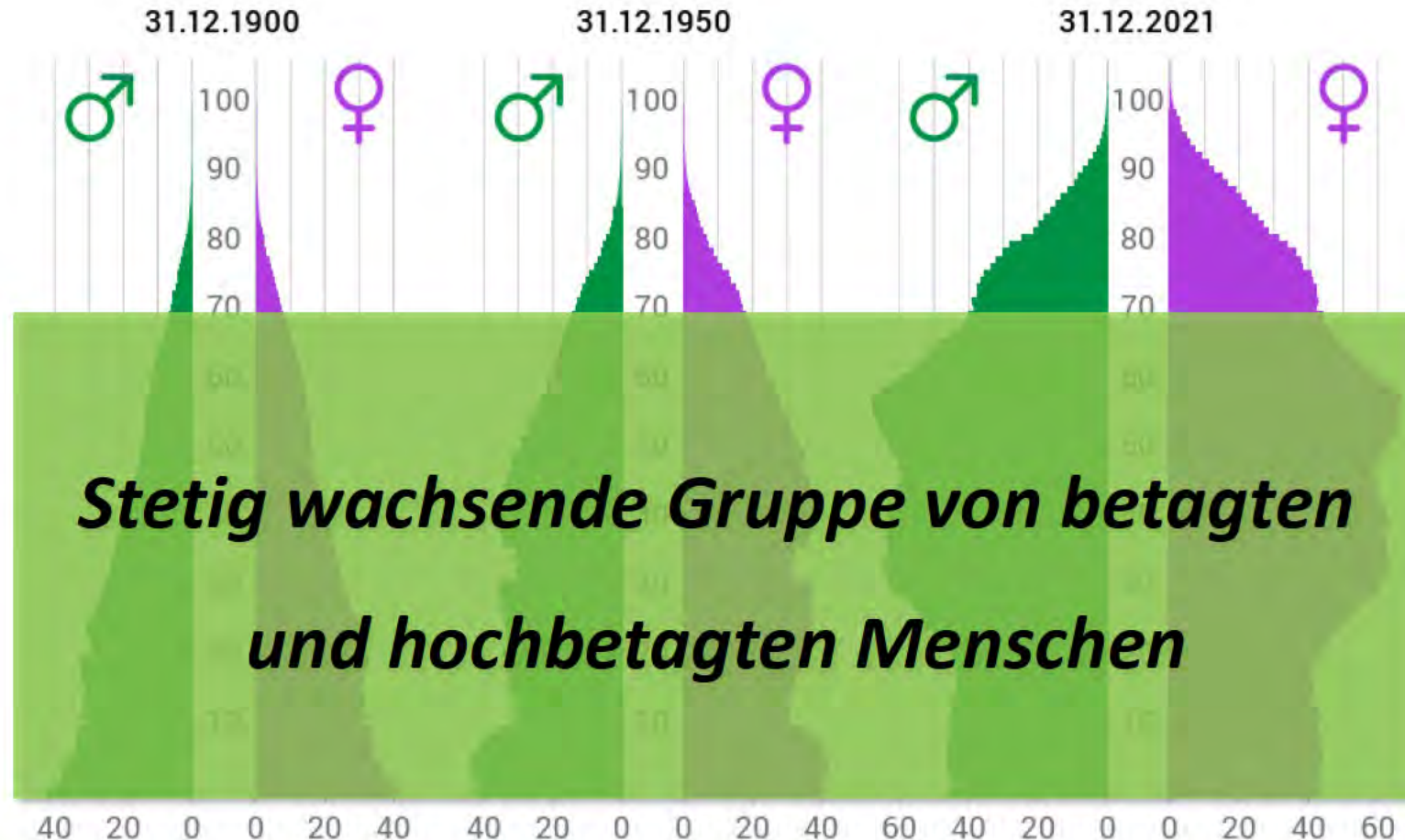
Grafik: db; Quelle: Demografik Basel; Daten herunterladen

Alterskategorie: Zunahme 2032 gegenüber 2022



Tages-Anzeiger, 13.01.2023, Jahresbericht Amt für Gesundheit ZH 2022

Demographische Entwicklung in der Schweiz



Quellen: BFS – STATPOP, VZ

© BFS 2022

Alter hat ein Spektrum

Seit 1900 hat sich die Lebenserwartung bei Geburt fast verdoppelt: von von 48,9 auf 85,6 Jahre für Frauen und von 46,2 auf 81,9 Jahre für Männer im Jahr 2019

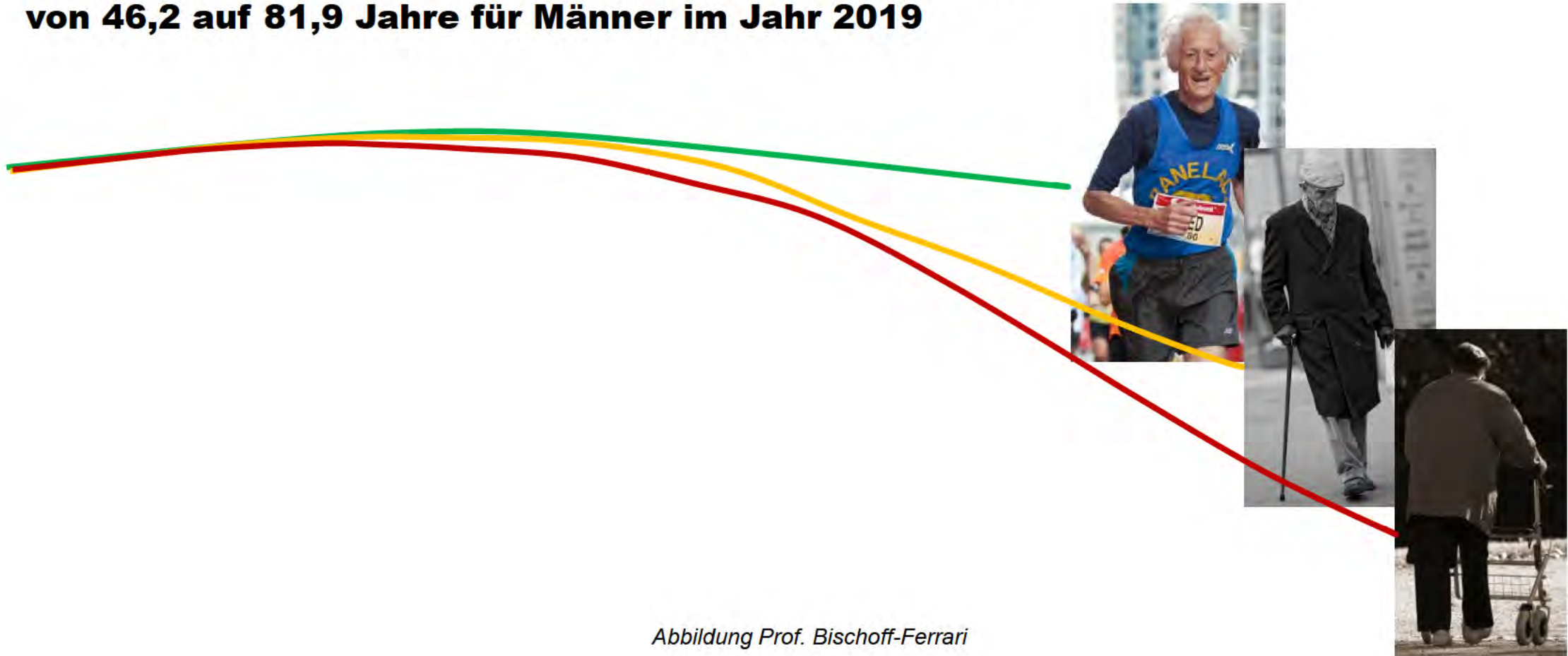
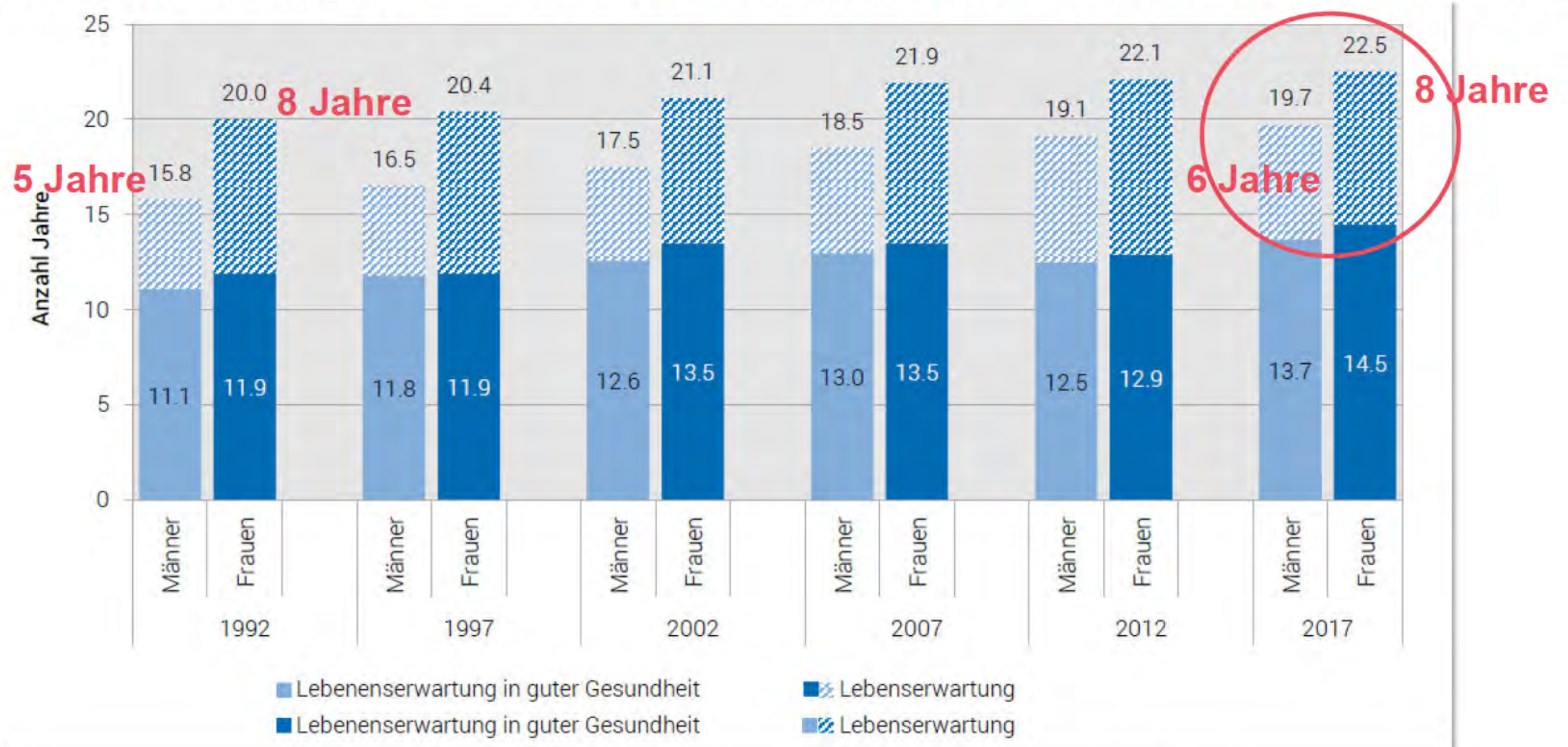


Abbildung Prof. Bischoff-Ferrari

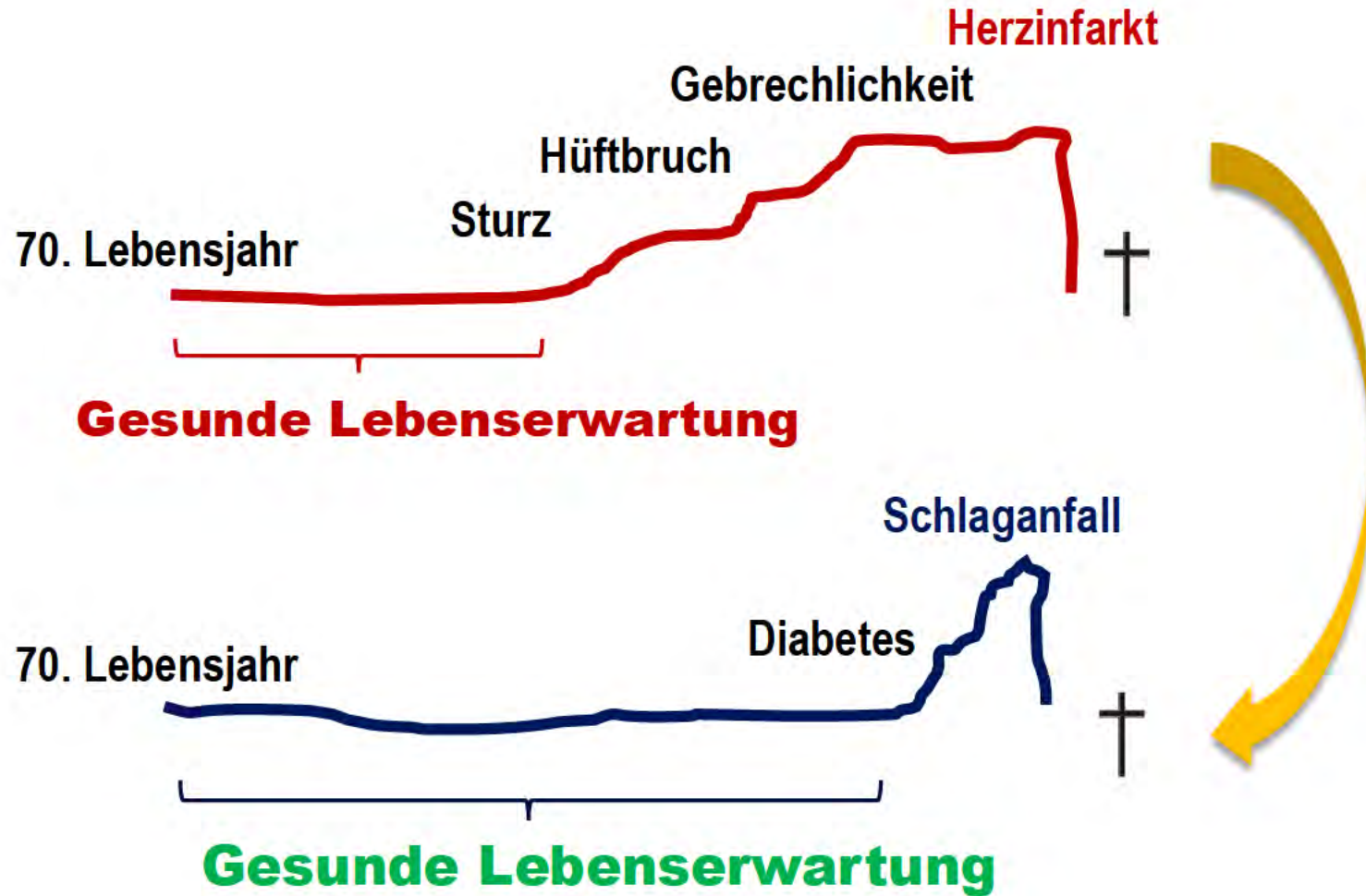
Lebenserwartung vs. Lebenserwartung in guter Gesundheit (Alter 65+)



Quellen: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) und Bevölkerungsstatistiken ESPOP, BEVNAT und STATPOP © Obsan 2019

Die Daten zu den gesunden Lebensjahren 2012 können wegen einer Änderung im Fragebogen nicht mit 2007 und 2017 verglichen werden.

Konzept der Verlängerung gesunder Lebenserwartung (Health Span)





BREAKING

REST IN PEACE

**Queen died of 'old age' her death certificate reveals
officials release details of Her Majesty's passing**

Royal

Extract of an entry in a REGISTER of DEATHS
10789978
DG

Extract of an entry in a REGISTER of DEATHS
(Section 31(2) of the Registration of Births, Deaths and Marriages (Scotland) Act 1965)

1. Forename(s) Elizabeth Alexandra Mary		District No. 352	Year 2022	Entry No. 819
2. Surname(s) Windsor		3. Sex F		
4. Occupation Her Majesty The Queen				
5. Date of birth Year: 1926 Month: 4 Day: 21	6. Age 66 years		7. Marital or civil partnership status Widowed	
8. When died 2022 September Eighteen 1510 hours				
9. Where died Balmoral Castle, Ballater, AB35 5TB				
10. Usual residence in Scotland from 8 above Windsor Castle, Windsor, SL4 1WJ				
11. Cause of death (a) Old Age (b) (c) (d) B				
Certifying registered medical practitioner: Douglas James Allan Glass				
12. Forename(s), surname(s) and occupation of spouse(s) or civil partner(s) His Royal Highness The Prince Philip, Duke of Edinburgh				
13. Forename(s), surname(s) and occupation of father (parent)		13. Forename(s), surname(s) and occupation of mother (parent)		
Albert Frederick Arthur George Windsor King George VI (deceased)		Elizabeth Angela Marguerite Bowes-Lyon (ma) or Windsor Queen Elizabeth The Queen Mother (deceased)		
14. Signature of informant, how qualified to give information and address. (Signed) Anne (Transcribed) HRH The Princess Royal, Daughter Gatcombe Park Minchinhampton Stroud GL6 8AT				
15. When registered Year: 2022 Month: 9 Day: 16	16. (Signed) Lynne Driver Registrar			
17.				
18.				

Extracted from the Register of Deaths
on Twenty-sixth September 2022
The above particulars incorporate any subsequent corrections or amendments to the original entry made with the authority of the Registrar General.

Warning
It is an offence under section 32(3) of the Registration of Births, Deaths and Marriages (Scotland) Act 1965 for any person to pass as genuine any copy or reproduction of this extract which has not been made by a district registrar or assistant registrar and authorised by his signature. This includes any photocopy made by any other person.
Any person who falsifies or forges any of the particulars on this extract or knowingly uses, gives or sends as genuine any false or forged extract is liable to prosecution under section 32(1) of the said Act.

Paul Edward Lane
Registrar General

Einleitung – warum Altersmedizin?

- Hoher Transformations- und Innovationsbedarf
- Spannende Patient*innen & Menschen
- Kenntnisse in Altersmedizin werden zukünftig in allen Fachgebieten zentral
- Bereits heute ist jeder 10. Patient am USZ, jede 5. Patientin am Stadtspital Zürich Triemli und jeder 3. Patient am Stadtspital Zürich Waid ≥ 80 -jährig
- «Geriatrisierung der Medizin»
- Pionierfach der «Personalisierten Medizin»

Hintergrund frühes 20. Jahrhundert

822 Dec. 25, 1943

CARE OF CHRONIC SICK

BRITISH MEDICAL JOURNAL

CARE OF CHRONIC SICK A CASE FOR TREATING CHRONIC SICK IN BLOCKS IN A GENERAL HOSPITAL*

BY
MARJORIE W. WARREN, M.R.C.S., L.R.C.P.
Deputy Medical Superintendent, West Middlesex County
Hospital, Isleworth

This contribution to the problem of the chronic sick is an effort to make a case for their treatment in a special block in a general hospital. My reasons for advocating such an arrangement are fourfold: (1) that geriatrics is an important subject for the teaching of medical students and should form part of their curriculum; (2) that the care of the chronic sick should comprise an essential part of the training of student nurses; (3) that for the proper care of the chronic sick the full facilities of a general hospital are necessary, both for the establishment of a correct diagnosis and for treatment; (4) to encourage research work on the diseases of old age which can only be undertaken with the full facilities of a general hospital. These statements will be amplified in support of my arguments.

Although the term "chronic sick" includes patients of all ages, I understand that this discussion applies principally to the problem of the elderly sick, and I therefore intend to eliminate the younger age group. Before passing on to the main subject, however, I will make one or two cursory remarks on the care of these younger patients. First, I think that they should be nursed and treated with ample accommodation in small units, and separate from elderly patients. Secondly, there should be adequate opportunities for medical research into the chronic conditions affecting the young and those in the prime of life. Lastly, no pains should be spared in affording these patients all the possible amenities by which their cramped and restricted lives may be made pleasanter, seeing that many of them live for several years. I have in mind particularly mobile libraries and visiting librarians, forms of occupational therapy, and concerts for those fit to attend.

To return to the main subject—the elderly and aged chronic sick—first, it must be appreciated that the number of men and women over 60 years of age has increased and is still increasing, as shown by the Ministry of Health census figures:

Population Aged 60 and over in England and Wales

1901 Census figures:
Males, 1,071,519 } 2,408,426
Females, 1,336,907 }
1939 July estimate, unquoted, unpublished:
Males, 2,511,200 }
Females, 3,197,400 } 5,708,600

This statistical fact means not only an increase in the absolute numbers of elderly people living but also a relative increase in the proportion of elderly to middle-aged and young people. At the present time, in my own experience—and this I have confirmed so far as is possible from other sources—women outnumber men in all institutions and hospitals where the chronic sick are catered for. Two factors, I think, contribute to this state of affairs: that the average duration of life in a woman is longer than in a man; and that it more frequently happens that a man can be cared for at home by his womenfolk than vice versa. The increase in the number of elderly people has resulted from the steady practice of preventive and industrial medicine during the present century, and is therefore a problem which has been brought about in part, at least, by the medical profession and which can no longer be ignored by them.

Specialization in Geriatrics

Although I do not claim to be a specialist in geriatrics I have for several years been much interested in the problem, and in my opinion until the subject is recognized as a special branch of medicine in this country it will not receive the sympathy and attention it deserves. Only in comparatively recent times has paediatrics really been fully appreciated as a specialty—and certainly in my student days children were too often nursed in adult wards (there being no special wards set apart for

* Read to the London and Home Counties Branch of the Medical Superintendents' Society.

them), and too often junior medical and nursing staff were considered all that was necessary for their care. To-day much the same attitude is shown towards the care of the chronic sick—a class which includes the majority of elderly folk—and very frequently they receive but scant attention. The proper care of the aged chronic sick requires knowledge of the elderly and sympathy with their particular requirements—and most classes of these patients should be treated in blocks as part of a general hospital. It is quite as unsuitable to treat these patients in wards for acute cases as it is to relegate them, often unsegregated, to institutions for the chronic, where facilities for diagnosis, research, and treatment are unobtainable. In the former case these worthy people, whose lives have been every whit as useful as we should like to believe our own, are ill-housed with younger folk who are irritated by them and in turn annoy them, and usually the staff has neither time nor facility for treatment. In the latter case there is usually a lack of attention and of facilities should an acute condition supervene—and, moreover, the "chronic" institution tends to attract a less good medical and nursing staff. With these points in mind, and appreciating that the problem shows no signs of diminishing in the years to come, I cannot too strongly advocate the inclusion of geriatrics in the medical student's curriculum. A comparison of the numbers of chronic sicks treated in the voluntary hospitals, where hitherto most of the teaching of medical students has taken place, with the numbers treated in the municipal hospitals and other institutions bears ample testimony to the attitude of the profession as a whole to this subject.

Classification of the Chronic Sick

In 1935, by the appropriation of the Poor Law institution, the West Middlesex County Hospital inherited overnight several hundreds of chronic sick patients, unclassified and ill-assorted. Early in 1936, still overwhelmed by the problem of the proper care and treatment of these patients, I interested myself in a scheme of classification, and am much indebted to my chief, Dr. Cook, for allowing me to carry out this experiment, which has been working more or less satisfactorily ever since. The classification adopted was as follows:

1. Chronic up-patients—that is, patients who get up part or whole days and can get about with some help, but who cannot manage stairs.
2. Chronic continent bed-ridden patients.
3. Chronic incontinent patients—such wards are allocated only on the female side.
4. Senile, quietly restless and mentally confused or childish patients requiring cot beds for their own safety, but not noisy or annoying to others.
5. Senile dementis—requiring segregation from other patients.

I am certain that wards for such patients should be small and that day-rooms, verandahs, and occupational therapeutic facilities should be amply provided. Elderly people are essentially individualists, and provision should be made for grouping together those congenial to each other—e.g. I have more than once had patients over 70 years of age complain of being warded with "old people," and invariably such patients have been considerably more alert, although no younger, than others present, and as such should be nursed with those of equal mental capacity. With such classification the special requirements for each group can be ascertained, and in addition to the comfort of patients there is the convenience to staff, regard to exercise, and experience in nursing care. These requirements include:

- Diet.—Where large numbers of edentulous patients are nursed meat should always be minced and vegetables puréed.
- Linens.—Additional stocks should be provided for incontinent wards.
- Staff.—Nursing staff and attendants should be arranged far, to give additional help to patients in dressing and in getting up and about the ward.
- Equipment.—This should include tables for games, additional easy-chairs, wheel-chairs, crutches, and sticks with rubber ferrules.
- Blocks thus equipped should be—and I think this very important—easy of access to all special departments, including x-ray department, pathological laboratory (plus post-mortem room), gymnasium, ophthalmic surgeon, dental surgeon, chiropodist.

Br Med J: first published as 10.1136/bmj.2.4529.822 on 25 December 1943. Downloaded from http://www.bmj.com/ on 2 January 2023 at University Library Zurich. Protected by copyright.



Marjorie Warren, MD
1947 Medical
Society for the Care
of the Elderly
(heute British
Geriatric Society)

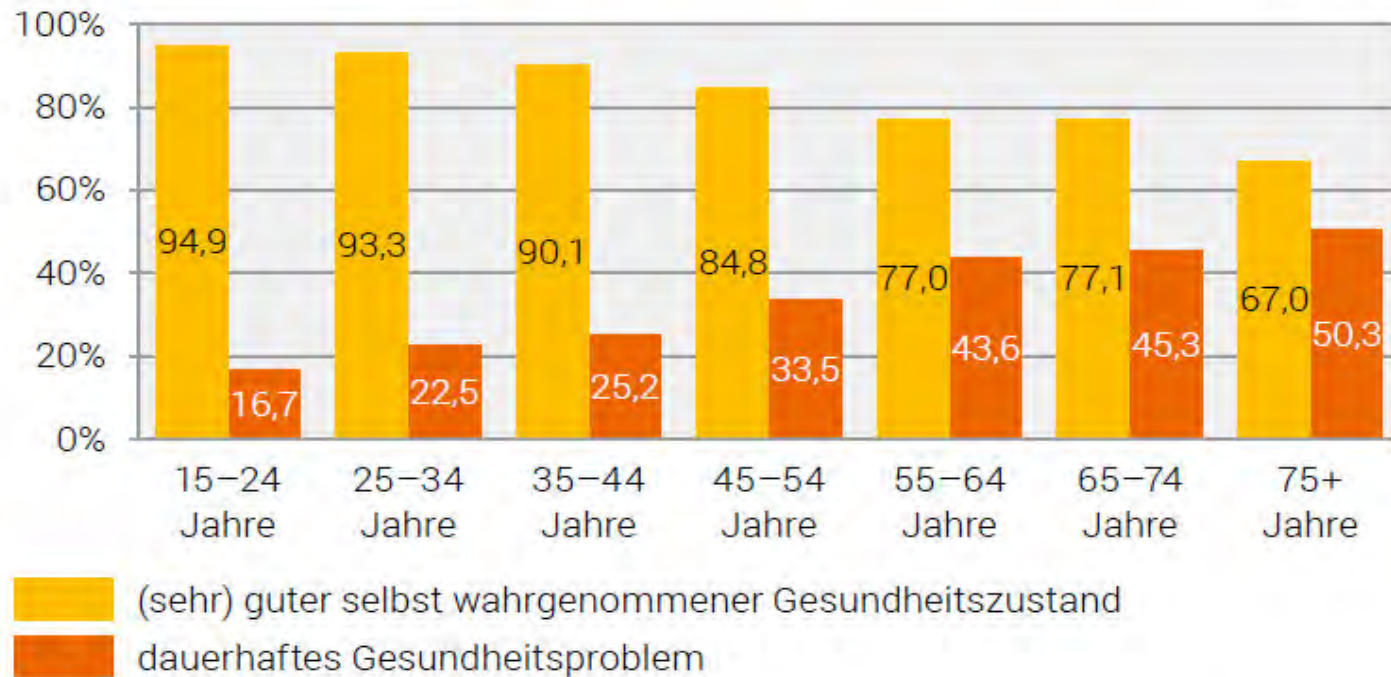
- To prevent disease whenever possible
- To reduce medical disability to a minimum
- To obtain and maintain maximum independence
- To teach the patient to adjust himself intelligently to his residual disability

Wahrgenommene Gesundheit nimmt mit dem Alter ab

Selbst wahrgenommener Gesundheitszustand und dauerhaftes Gesundheitsproblem, 2017

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten

G14



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

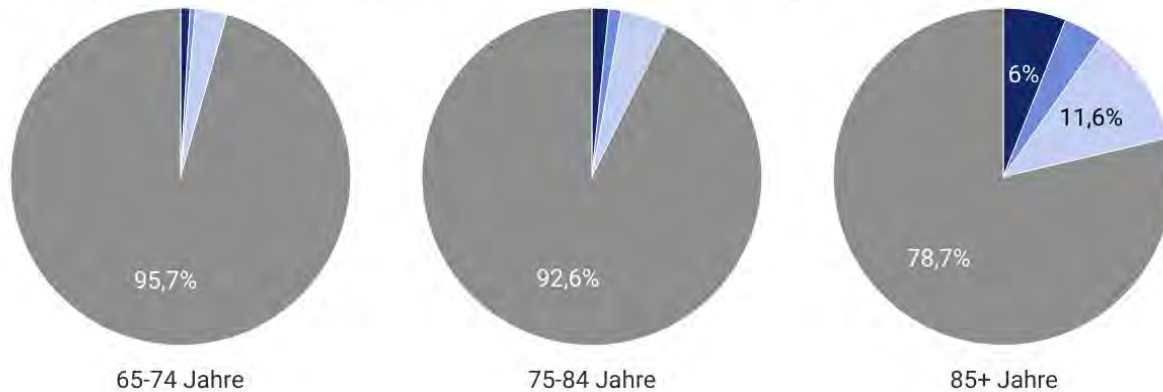
© BFS 2020

Multimorbidität und geriatrische Syndrome nehmen im Alter zu

Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten (ADL)¹, 2022

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten

■ Unfähigkeit ■ starke Schwierigkeiten ■ leichte Schwierigkeiten ■ keine Schwierigkeiten



¹ Selbständige Verrichtung mind. einer der folgenden Aktivitäten: baden/duschen, sich an- und ausziehen, zur Toilette gehen, ins Bett oder aus dem Bett steigen oder essen

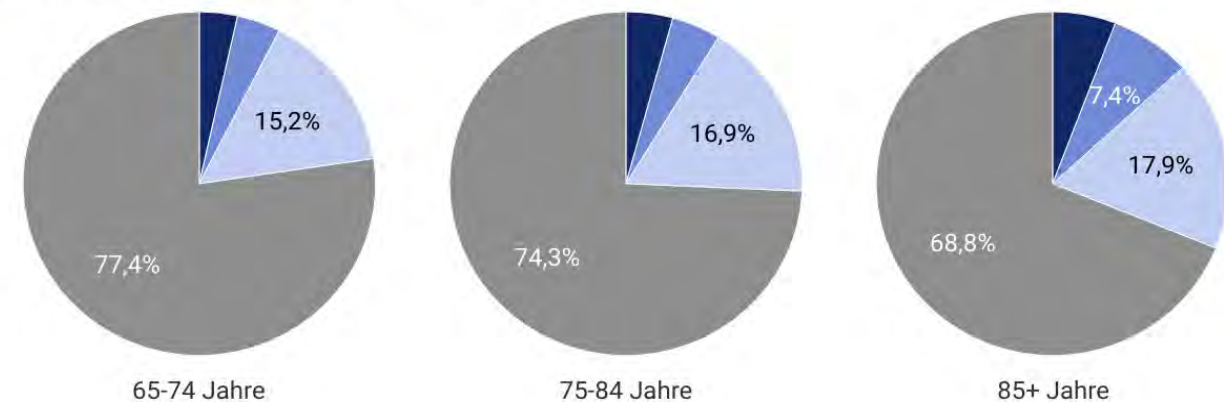
Datenstand: 09.02.2024
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

gr-d-14.03.09.03
© BFS 2024

Stürze im Laufe eines Jahres, 2022

Bevölkerung ab 65 Jahren in Privathaushalten

■ 3 Mal und häufiger ■ 2 Mal ■ 1 Mal ■ nie



Datenstand: 09.02.2024
Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung

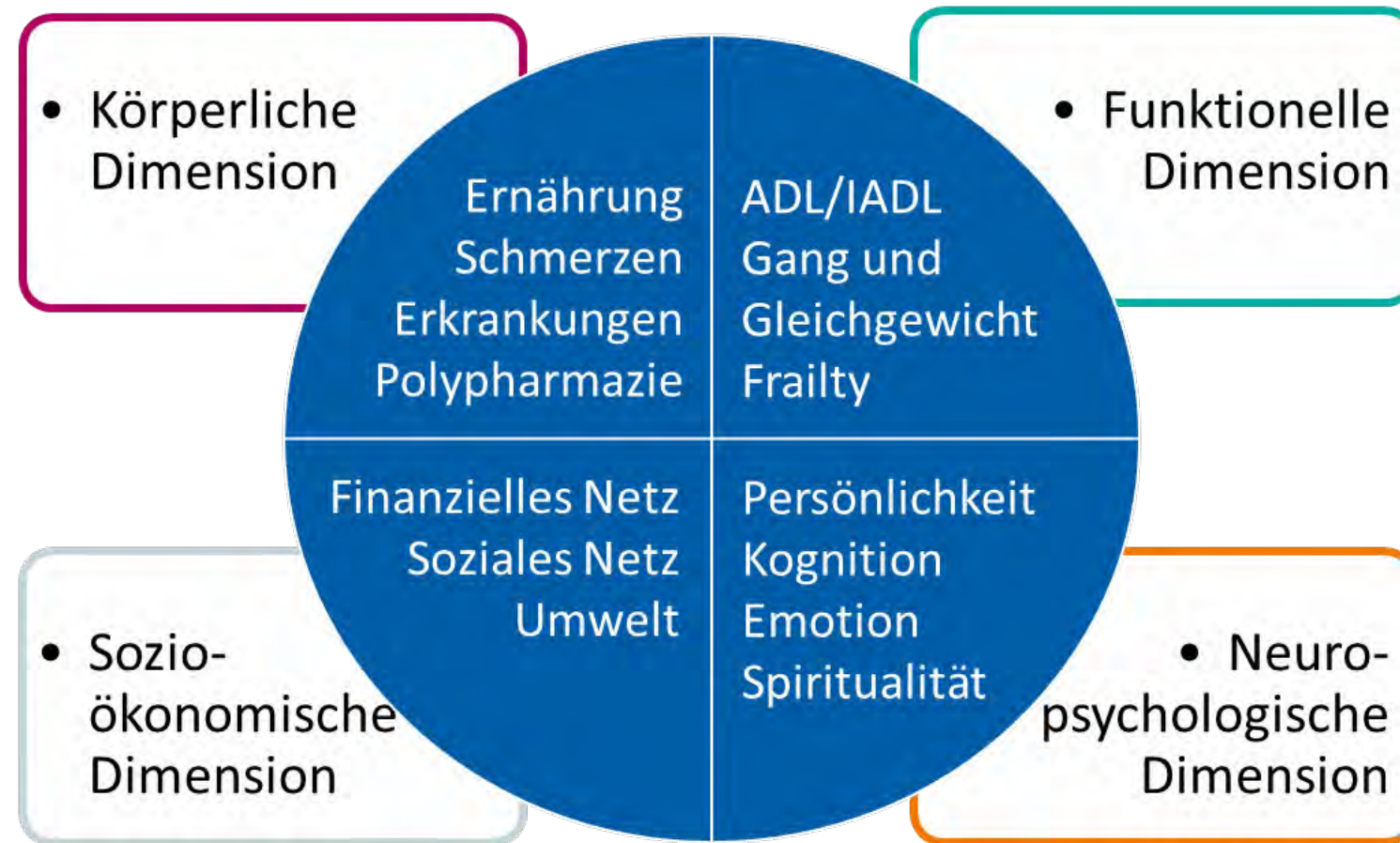
gr-d-14.03.09.06
© BFS 2024

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/alter.html>



Altersmedizin - Personalisierte Medizin für ältere Menschen

Die 4 Dimensionen



basierend auf Roller-Winsberger et al. (Ed.) Learning Geriatric Medicine, 2019

Lernziele

1. **Mindestens 4 medizinische Probleme eines älteren Patienten aufzählen, die dessen Unabhängigkeit gefährden**
2. Die 5 Kriterien eines «Healthy Agers» nennen
3. Die 2 übergreifenden Ziele der Altersmedizin benennen
4. Mindestens 5 Patienten-Kriterien aufzählen welche eine altersmedizinische Kompetenz im Akutspital voraussetzen
5. Mindestens 5 Mitglieder des interprofessionellen altersmedizinischen Teams benennen

Behandelte **SSPs: 198, 199, 223**

Wie erkennt man geriatrische Patienten?

Definition der **Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS)**, Kopenhagen 2008

- **I.d.R. über 65 Jahre alt**, am meisten profitieren Patienten im Alter 80+
- leiden oft an **multiplen aktiven Krankheiten**, benötigen umfassende Betreuung
- Symptome oft «**atypisch**», schwierig zu diagnostizieren, Ansprechen auf Behandlung ist oft verzögert
- häufig Bedarf nach (gleichzeitiger) **sozialer Unterstützung**
- eingeschränkte **Mobilität, Funktionsverlust, Frailty** (Gebrechlichkeit)
- **Polypharmazie-Risiko, Mangelernährungs-Risiko, kognitive Funktion** ggf. eingeschränkt

Geriatrische Beeinträchtigungen gefährden die Autonomie

Funktionelle Beeinträchtigung

Frailty, Stürze, Inkontinenz
Sarkopenie und Osteoporose

Kognitive Beeinträchtigung

Demenz und Delir

Nutritive Beeinträchtigung

Altersanorexie, Dysphagie, Malnutrition

Emotionale Beeinträchtigung

Depression
Soziale Isolation

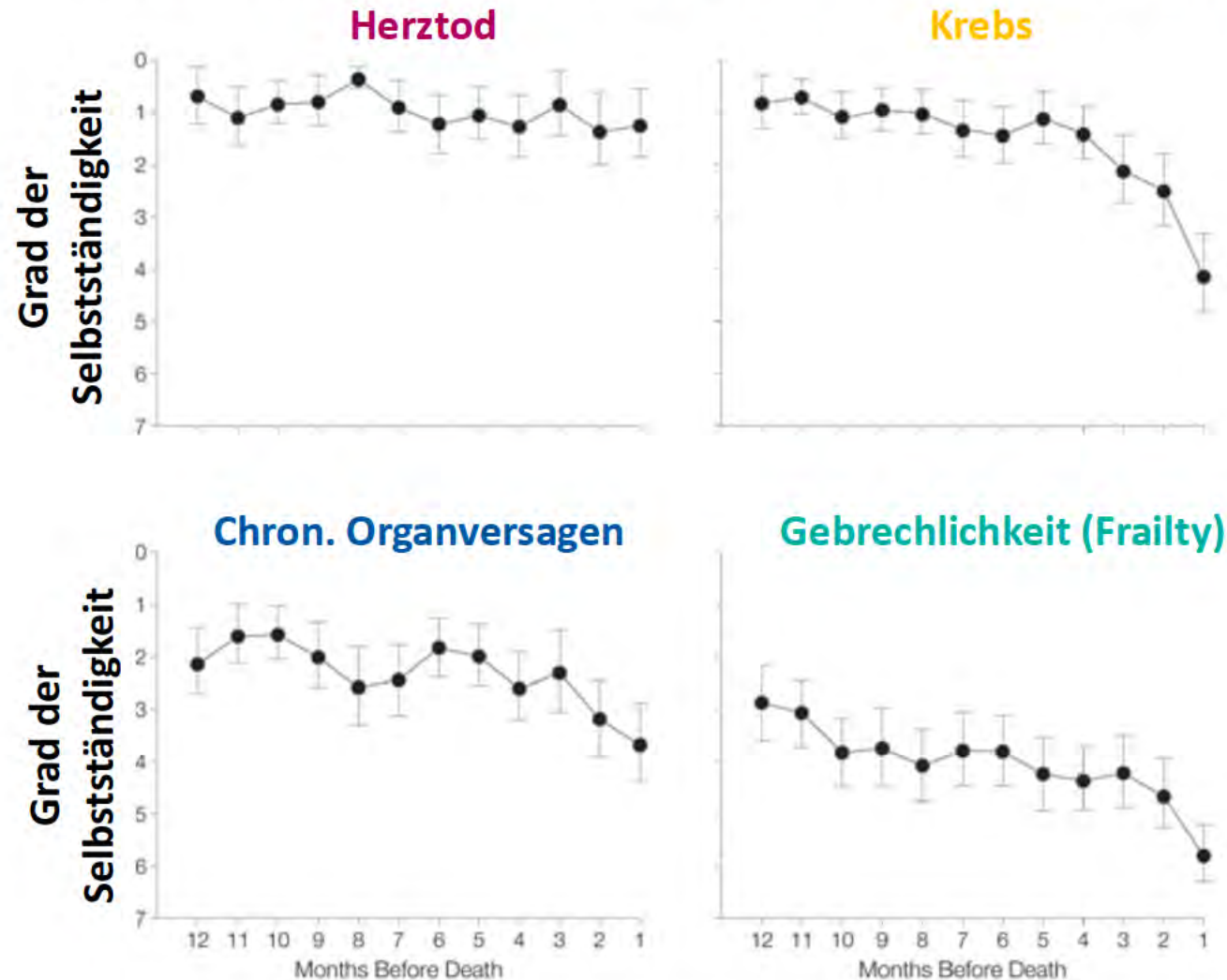
Iatrogen-bedingte Beeinträchtigung

Interventionen / Multimorbidität
Polypharmazie



*John Morley; Frailty and Sarcopenia:
The new Geriatric Giants; Rev Inves Clin 2016*

Abnahme der Selbsthilfefähigkeit in den letzten 12 Lebensmonaten



Lunney, JR 2003 Patterns of Functional Decline at the End of Life, JAMA

Lernziele

1. Mindestens 4 medizinische Probleme eines älteren Patienten aufzählen, die dessen Unabhängigkeit gefährden
2. **Die 5 Kriterien eines «Healthy Ager» nennen**
3. Die 2 übergreifenden Ziele der Altersmedizin benennen
4. Mindestens 5 Patienten-Kriterien aufzählen welche eine altersmedizinische Kompetenz im Akutspital voraussetzen
5. Mindestens 5 Mitglieder des interprofessionellen altersmedizinischen Teams benennen

Behandelte **SSPs: 198, 199, 223**

Operational Definition of Active and Healthy Aging (AHA)

European Innovation Partnership on Active and Healthy Aging

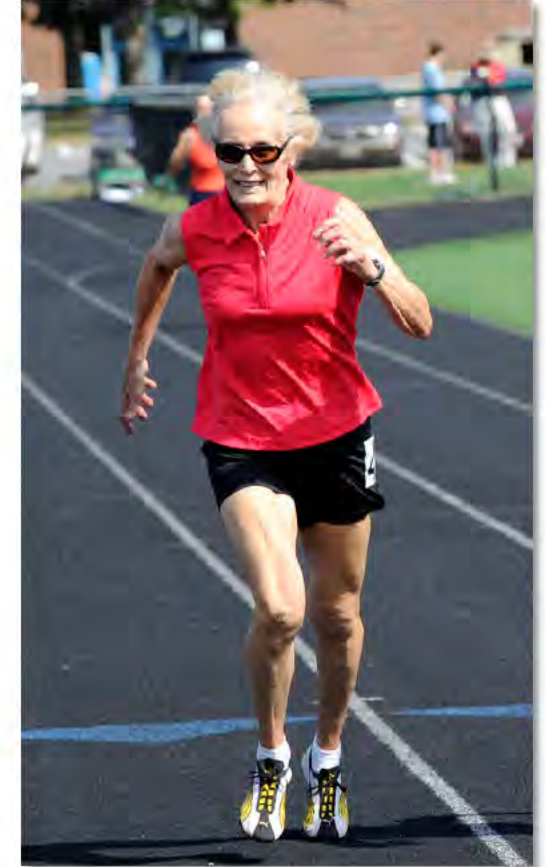
1. Physiologische und metabolische Gesundheit
2. Körperliche Leistungsfähigkeit
3. Kognitive Funktion
4. Soziales Wohlbefinden
5. Psychisches Wohlbefinden

Wichtige Einflussfaktoren:

Bildung, lebenslanges Lernen, Arbeit und Fürsorge

Lifetime-Lebensstile

Lebenslanges soziales, wirtschaftliches und physisches Umfeld



Lara, J., Godfrey, A., Evans, E., Heaven, B., Brown, L. J., Barron, E., ... Mathers, J. C. (2013). Towards measurement of the healthy ageing phenotype in lifestyle-based intervention studies. *Maturitas*, 76, 189–199. doi:10.1016/j.maturitas.2013.07.007
Bousquet J et al. Operational Definition of Active and Healthy Aging (AHA): The European Innovation Partnership (EIP) on AHA
Reference Site Questionnaire: Montpellier October 20e21, 2014, Lisbon July 2, 2015. *JAMDA* 16 (2015) 1020-1026

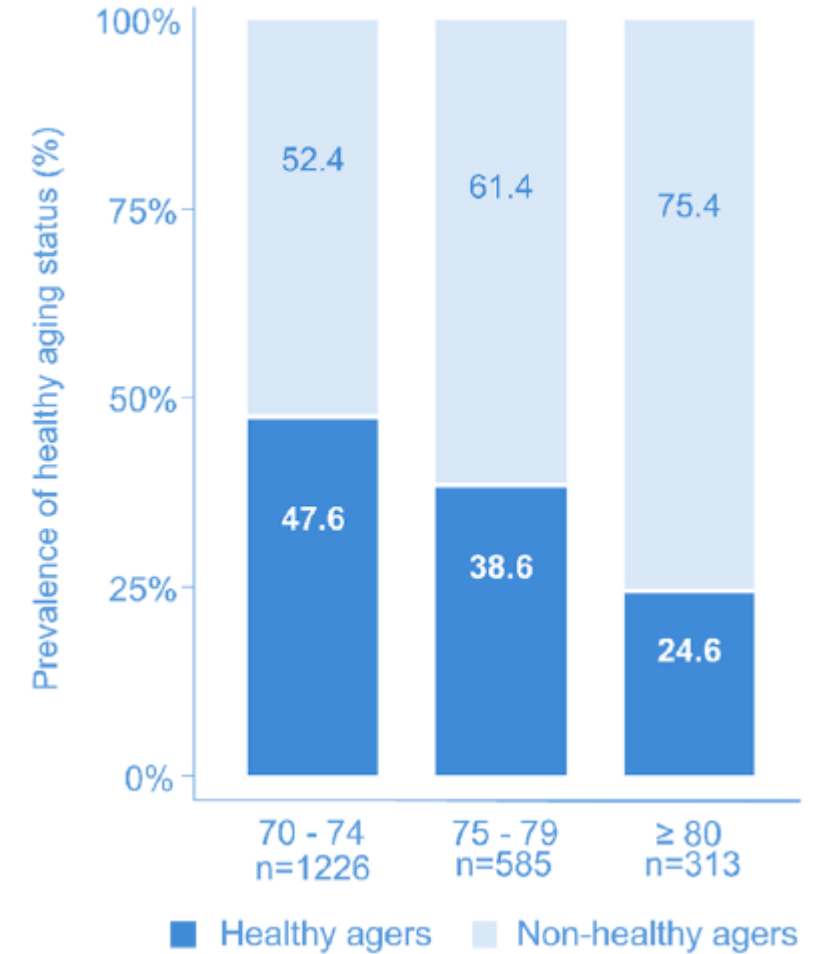
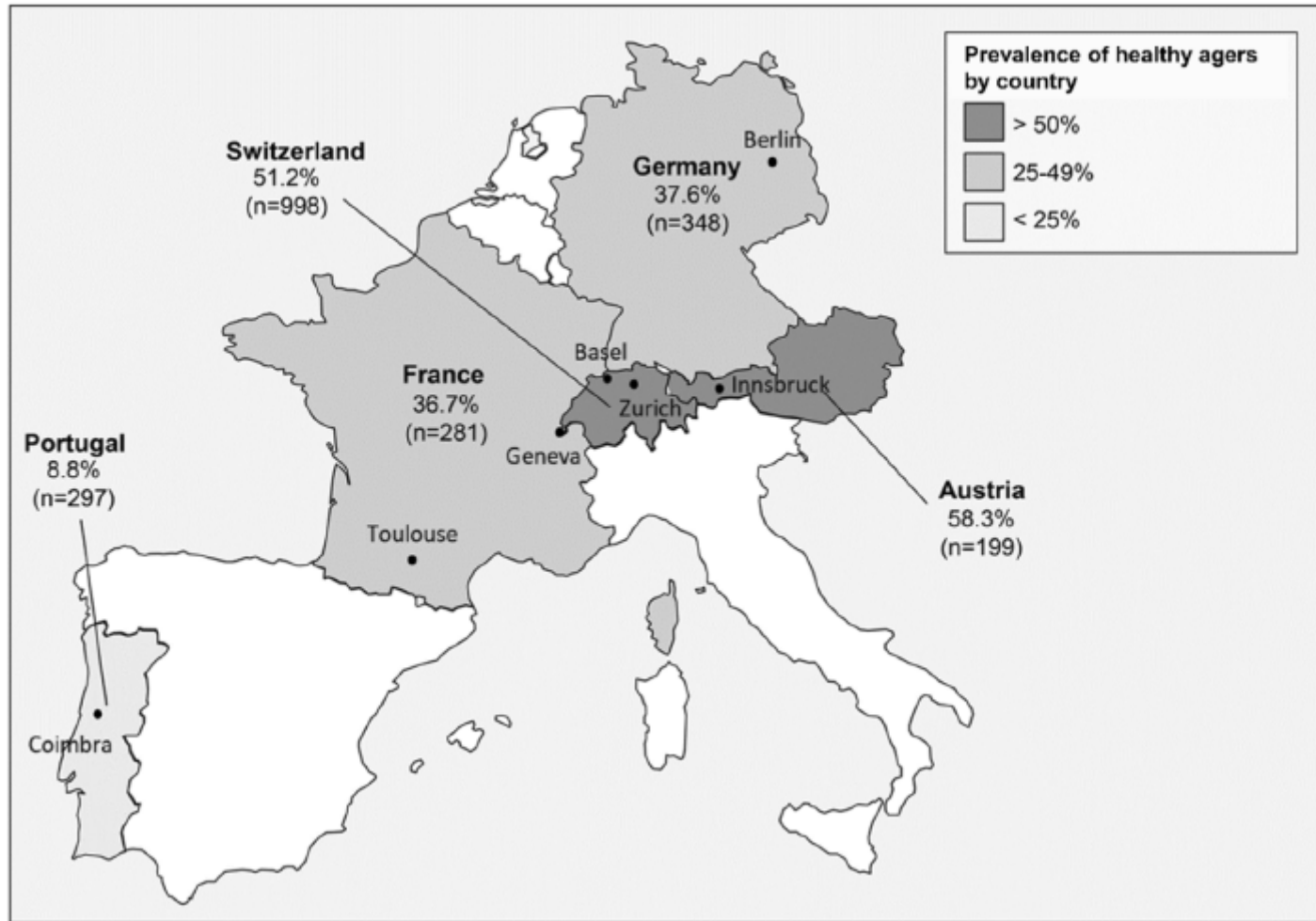
Healthy Aging

Definiert nach Nurses Health Study

- Keine bedeutenden chronischen Erkrankungen
- Intakte Kognition (MoCA Score ≥ 25 Punkte)
- Mentale Gesundheit (keine bekannte Depression, GDS-5 < 2 Punkte)
- Keine funktionellen Behinderungen

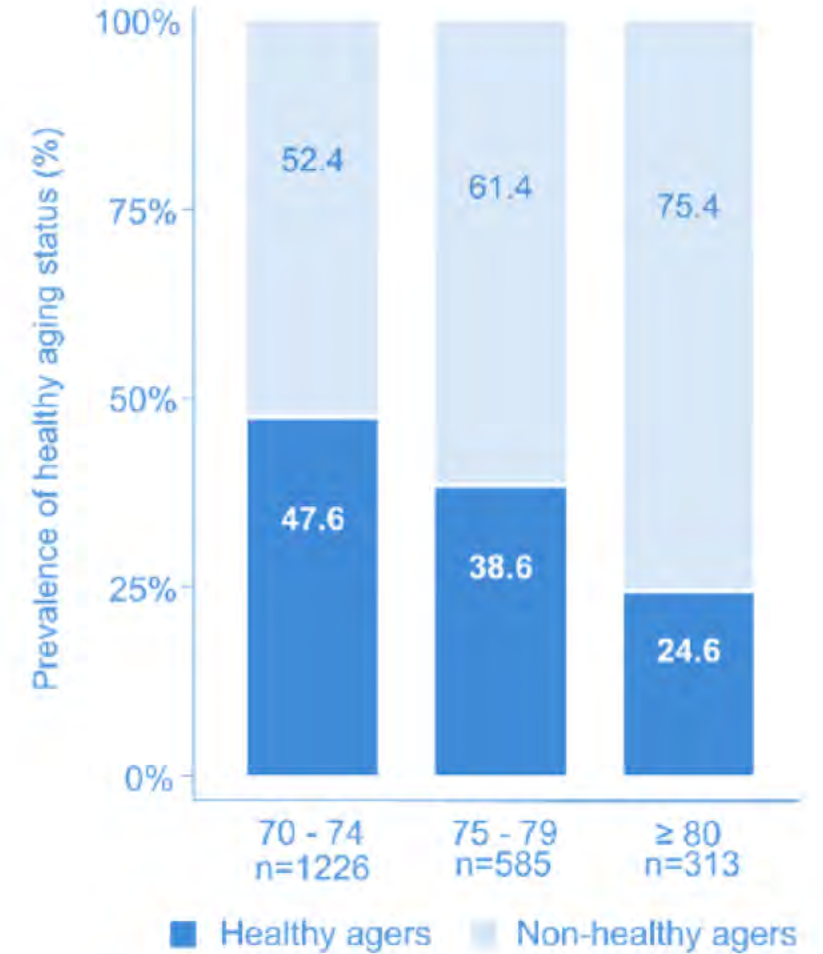
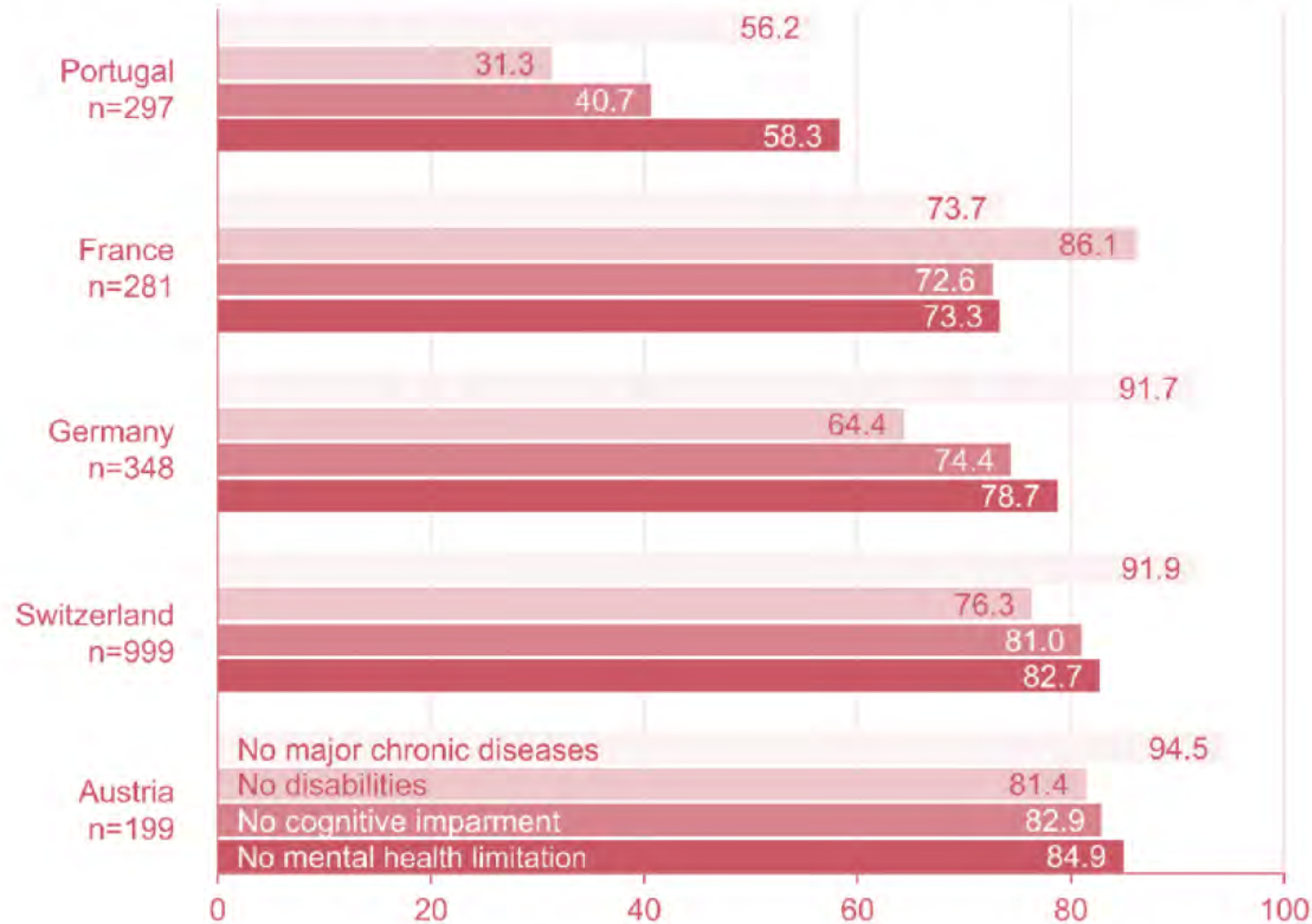
Schietzel S et al. BMC Geriatrics 2022

Prävalenz gesunden Alterns in DO-HEALTH



Schietzel S et al. BMC Geriatrics 2022

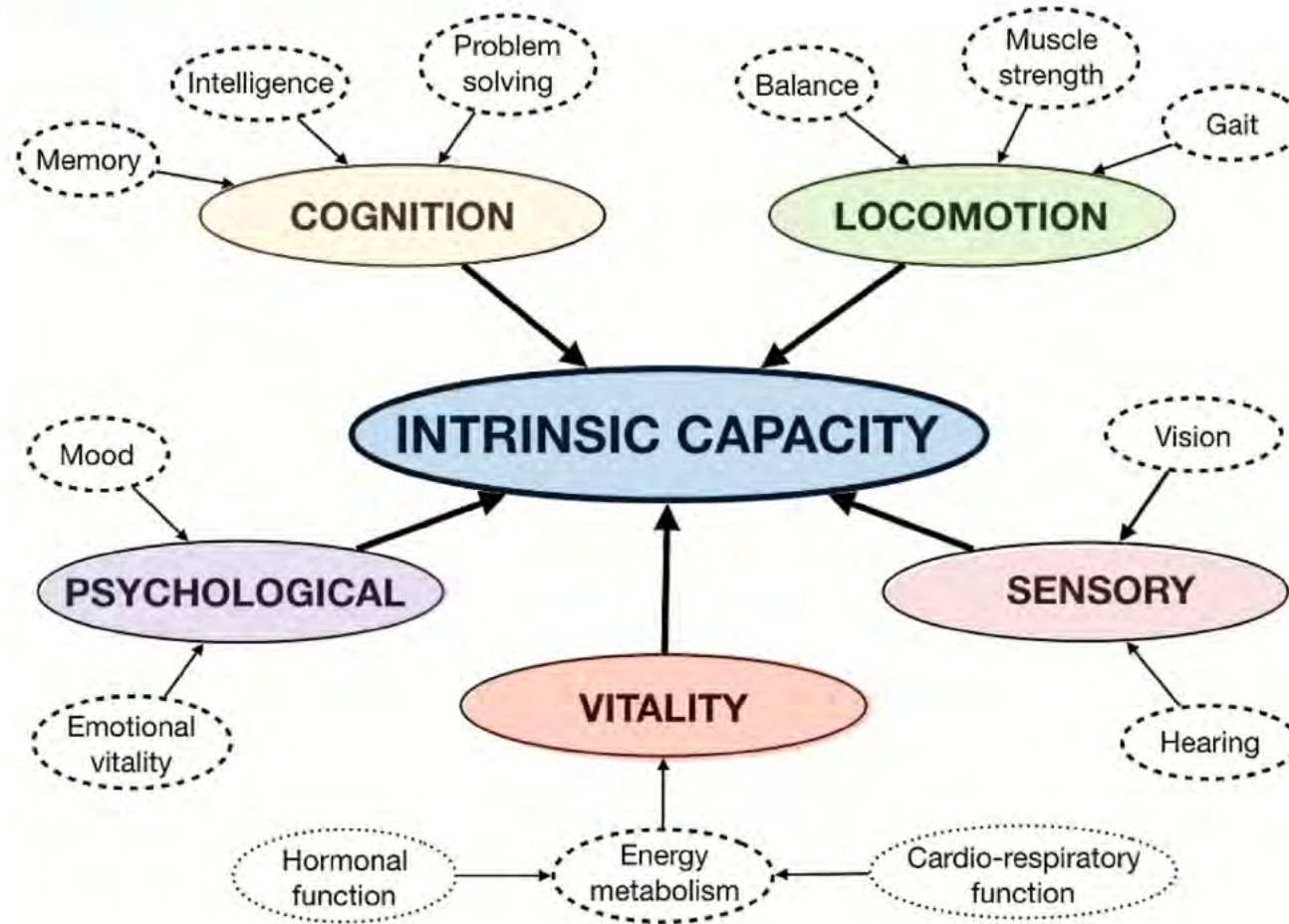
Prävalenz gesunden Alterns in DO-HEALTH



Schietzel S et al. BMC Geriatrics 2022

Konzept der intrinsischen Kapazität

Ressourcen- statt defizitorientiert



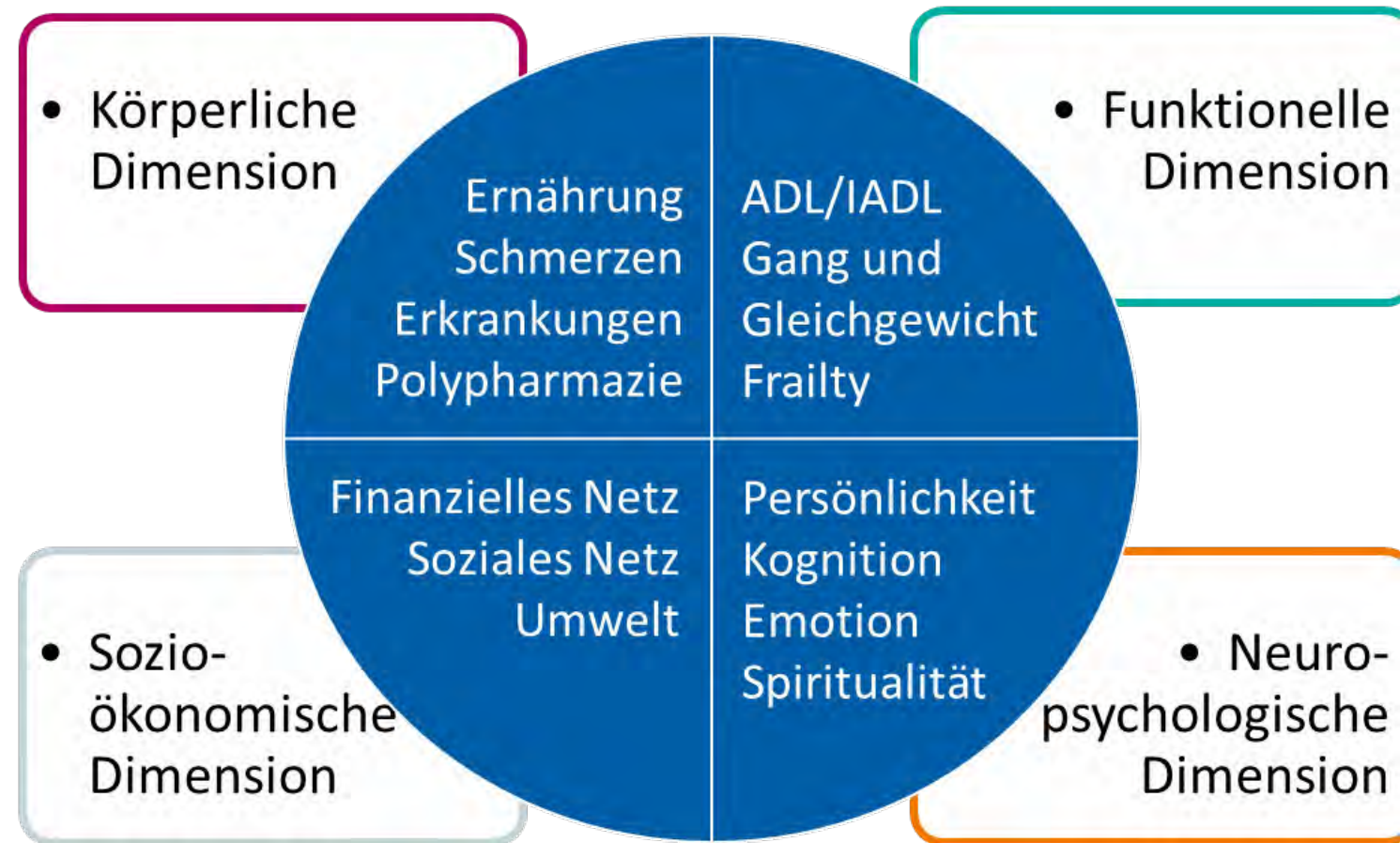
Lernziele

1. Mindestens 4 medizinische Probleme eines älteren Patienten aufzählen, die dessen Unabhängigkeit gefährden
2. Die 5 Kriterien eines «Healthy Agers» nennen
3. **Die 2 übergreifenden Ziele der Altersmedizin benennen**
4. Mindestens 5 Patienten-Kriterien aufzählen welche eine altersmedizinische Kompetenz im Akutspital voraussetzen
5. Mindestens 5 Mitglieder des interprofessionellen altersmedizinischen Teams benennen

Behandelte **SSPs: 198, 199, 223**

Altersmedizin - Personalisierte Medizin für ältere Menschen

Die 4 Dimensionen



basierend auf Roller-Winsberger et al. (Ed.) Learning Geriatric Medicine, 2019

Übergeordnete Ziele Altersmedizin

Definition der Europäischen Union der medizinischen Spezialisten (UEMS), Kopenhagen 2008

- Umfasst die **physischen**, **funktionellen**, **psychischen**, und **sozialen** Aspekte der Medizin im Alter
- Geht über einen organzentrierte Zugang hinaus, Behandlung erfolgt in einem **interprofessionellen Team**
- **Multidimensionale Behandlung** bei *akuten* Erkrankungen, *chronischen* Erkrankungen, *präventiver* Zielsetzung, (*früh-*) *rehabilitativen* Fragestellungen und speziellen, auch *palliativen* Fragestellungen am Lebensende
- **Hauptziele:**
 1. Optimierung des **funktionellen Status**
 2. Verbesserung der **Lebensqualität** und **Autonomie**

Prüfung

Lernziele

1. Mindestens 4 medizinische Probleme eines älteren Patienten aufzählen, die dessen Unabhängigkeit gefährden
2. Die 5 Kriterien eines «Healthy Agers» nennen
3. Die 2 übergreifenden Ziele der Altersmedizin benennen
4. **Mindestens 5 Patienten-Kriterien aufzählen welche eine altersmedizinische Kompetenz im Akutspital voraussetzen**
5. Mindestens 5 Mitglieder des interprofessionellen altersmedizinischen Teams benennen

Behandelte **SSPs: 198, 199, 223**

Patienten-Kriterien aufzählen welche eine altersmedizinische Kompetenz im Akutspital voraussetzen

- Mehrere chronische Erkrankungen (Multimorbidität)
- Polypharmazie
- Gefährdete Ernährungssituation
- Eingeschränkte Mobilität
- Frailty (Gebrechlichkeit)
- (Unklarer) kognitiver Status (Demenz/Delir)
- Psycho-sozialer Status
- Ärztliche Behandlungsziele \neq Patientenziele

Wichtig ist die Priorisierung von Behandlungszielen



Silodenken vs. multifaktorielle Komplexität und koordinierte Versorgung



Bild: Roland Fischer, Zürich



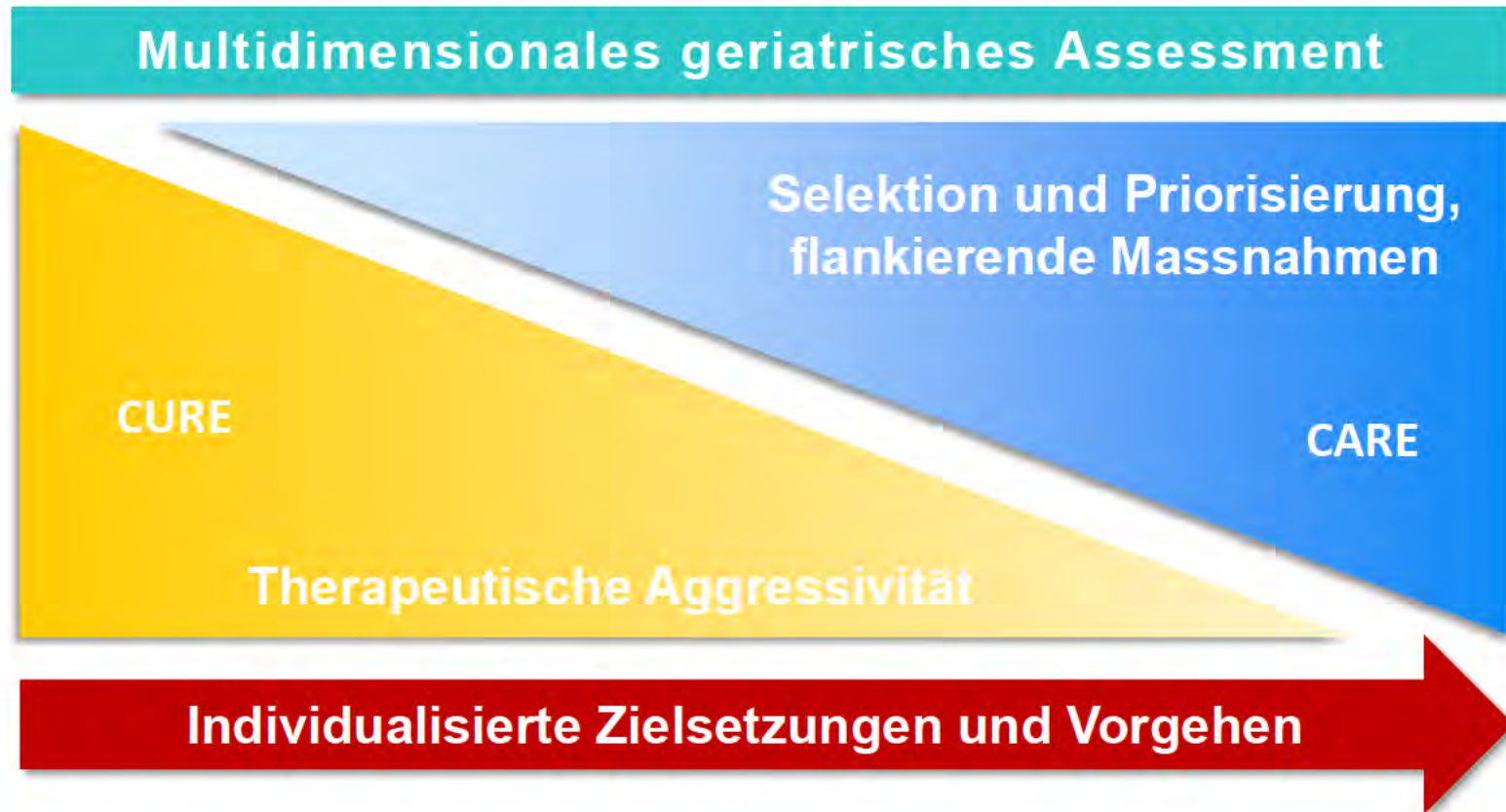
Multimorbidität
Malnutrition
Mobilität/Sturz
Frailty
Demenz/Delir
Inkontinenz



Prävention
integrierte
Versorgung
Patienten-
präferenzen
demographische
Dividende

Personalisierte Medizin für ältere Patienten - Assessment

Behandlungsziele mit zunehmender Morbidität und funktioneller Einschränkung



nach Beck S et al. 2012

Lernziele

1. Mindestens 4 medizinische Probleme eines älteren Patienten aufzählen, die dessen Unabhängigkeit gefährden
2. Die 5 Kriterien eines «Healthy Agers» nennen
3. Die 2 übergreifenden Ziele der Altersmedizin benennen
4. Mindestens 5 Patienten-Kriterien aufzählen welche eine altersmedizinische Kompetenz im Akutspital voraussetzen
5. **Mindestens 5 Mitglieder des interprofessionellen altersmedizinischen Teams benennen**

Behandelte **SSPs: 198, 199, 223**

Interprofessionelles Team Altersmedizin

Diagnostik und Therapie erfolgen in einem interprofessionellen Team

- **Ärzeschaft**
- **Pflegefachkräfte**
- **Therapeuten** (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie)
- **Sozialdienst**
- **Ernährungsberatung**
- **Psychologie / Neuropsychologie**
- **Assessment-Nurses**



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

michael.gagesch@usz.ch

