

## Wilhelm-Woort-Förderpreis für optimiertes Entlassmanagement



© Torben Brinkema / Deutsche Gesellschaft für Geriatrie

Professorin M. Cristina Polidori, Professor Hans Jürgen Heppner, Anna Maria Meyer (v. l.).

Entwickelt wurde der prämierte Studienplan mit dem Titel „Vun nix kütt nix“ von Professorin M. Cristina Polidori, Leiterin des Schwerpunkts Klinische Altersforschung, Klinik II für Innere Medizin und Zentrum für Molekulare Medizin an der Uniklinik Köln, und ihrer Doktorandin Anna Maria Meyer. Überreicht wurde der mit 20 000 Euro dotierte Förderpreis vom Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG), Professor Hans Jürgen Heppner, beim DGG-Jahreskongress in Frankfurt am Main.

„Der Wilhelm-Woort-Förderpreis soll an Nachwuchswissenschaftler und forschungsinteressierte Mediziner verliehen werden, die mit einem herausragenden Forschungsprojekt oder einer modellhaften Initiative die anwendungsorientierte Altersforschung vorantreiben“, sagt Professor Heppner. Und genau eine solche innovative Studie haben Professorin M. Cristina Polidori und Doktorandin Anna Maria Meyer ins Leben gerufen, um das Entlassmanagement und dadurch auch die Lebensqualität multimorbider Patienten in Zukunft dauerhaft zu verbessern.

### Rehospitalisierungen vermeiden

Mit ihrem Schwerpunkt und ganz besonders mit diesem Projekt befasst sich Professorin Polidori mit einem ganz zentralen Problem bei der Versorgung älterer Patienten: Die Schnittstelle zwischen akutstationärer und ambulanter Versorgung, die ein großes Risikopotenzial für Fehl-, Über- oder Unterbe-

**Interdisziplinär** Mit dem Förderpreis der Wilhelm-Woort-Stiftung, dem höchstdotierten Preis für Altersforschung in Deutschland, wurde in diesem Jahr ein Studienprojekt ausgezeichnet, das zum Ziel hat, den Krankenhausaufenthalt und das Entlassmanagement älterer multimorbider Patienten durch ein multiprofessionelles Team aus Geriatern, Hausärzten und Patienten zu verbessern.

handlungen birgt. „Was nützt eine stationäre, patientenzentrierte Versorgung, wenn sie an der Krankenhaus Tür endet?“, so die Altersforscherin. „Eine erfolgreiche Zusammenarbeit bei der Behandlung von Patienten setzt voraus, dass wichtige Informationen von der Klinik strukturiert an den Hausarzt weitergegeben werden, damit sie für die Nachsorge nutzbar sind.“ Der Patient stehe bei dieser neuen Form des Entlassmanagements mit im Fokus. Er solle besser informiert werden, wie er Selbsthilfe zur Genesung leisten und seine gewohnten Alltagsaktivitäten erfolgreich wieder aufnehmen könne. Dafür hat Anna Maria Meyer, seit Juni 2019 Assistenzärztin der Klinik II für Innere Medizin der Uniklinik Köln, zusammen mit einer Gruppe aus vier engagierten jungen Medizinstudentinnen, die im Fach Geriatrie promovieren wollen, ein „Patientenbuch“

„Was nützt eine stationäre, patientenzentrierte Versorgung, wenn sie an der Krankenhaus Tür endet?“

### Bessere Lebensqualität im Alter

Ein weiteres Problem bei älteren Patienten ist, dass oft nicht eine Hauptdiagnose, sondern altersassoziierte Leiden und eingeschränkte Funktionen die stationäre Behandlung erschweren oder gar verursachen und so die Genesung einer akuten

Situation verzögern können. Hier setzt Professorin Polidori auf ein sogenanntes Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) zur personalisierten Versorgung geriatrischer Patienten. „Ein multiprofessionelles Team bestehend aus einem Geriater, geriatrischem Fachpersonal und dem Sozialdienst besucht den Patienten unmittelbar nach der stationären Aufnahme und in Absprache mit behandelnden Ärzten wird der Versorgungsplan während und nach der Hospitalisierung erstellt“, erläutert die Medizinerin. „Anschließend trägt das Team alle Risikobereiche, aber vor allem die bestehenden Ressourcen, zusammen. Auf Basis dieser werden dann erste Handlungsvorschläge für die ambulante Weiterbehandlung erstellt. Es wird nicht nur punktuell die Krankheit behandelt, sondern der Mensch.“ Langfristig soll dieses Vorgehen den stationär-ambulanten Übergang und die intersektorale Teamarbeit zwischen Patienten, Geriater und behandelndem Hausarzt verbessern.

stehend aus einem Geriater, geriatrischem Fachpersonal und dem Sozialdienst besucht den Patienten unmittelbar nach der stationären Aufnahme und in Absprache mit behandelnden Ärzten wird der Versorgungsplan während und nach der Hospitalisierung erstellt“, erläutert die Medizinerin. „Anschließend trägt das Team alle Risikobereiche, aber vor allem die bestehenden Ressourcen, zusammen. Auf Basis dieser werden dann erste Handlungsvorschläge für die ambulante Weiterbehandlung erstellt. Es wird nicht nur punktuell die Krankheit behandelt, sondern der Mensch.“ Langfristig soll dieses Vorgehen den stationär-ambulanten Übergang und die intersektorale Teamarbeit zwischen Patienten, Geriater und behandelndem Hausarzt verbessern.

@ heinz@kirchheim-verlag.de

verfasst. Es befasst sich mit allen wichtigen Themen der Prävention im hohen Alter: von Stürzen über Ernährung und Multimedikation bis hin zu Bedeutung von Zuhause aufgetretenen Symptomen, Vergesslichkeit, gedrückter Stimmung oder der Patientenverfügung.

Text:

Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).

### i Kontakt

Prof. Dr. Dr. Maria Cristina Polidori  
Klinische Altersforschung, Klinik II für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Köln  
E-Mail:  
m.cristina-polidori@uk-koeln.de