

Geriatrische Innere Medizin im Akuthaus

Delirprävention, Polypharmazie, Frailty, perioperative Risiken – was funktioniert

Ältere, multimorbide Patient:innen prägen die Versorgungsrealität in Notaufnahme, internistischer Station, OP und Intensivstation. Klinische Verschlechterung entsteht dabei häufig nicht nur durch die Akuterkrankung, sondern durch „geriatrische Syndromketten“: Delir, Immobilität, Mangelernährung, Stürze und iatrogene Nebenwirkungen. Diese Ereignisse sind mit längerer Liegedauer, höherer Mortalität und Verlust von Selbstständigkeit assoziiert – und in relevantem Ausmaß vermeidbar, wenn Frühwarnzeichen erkannt und standardisierte Pfade konsequent angewendet werden.

Dieses BDI-Format fokussiert auf praxistaugliche, evidenzbasierte Interventionen, die ohne große Strukturanforderungen in jedem Akuthaus implementiert werden können: 1) multikomponentige Delirprävention, 2) sichere Polypharmazie-Steuerung (inkl. Deprescribing) und 3) Frailty-orientierte Risikoabschätzung mit geriatrischem Perioperativ- und Eskalationspfad. Der Schwerpunkt liegt auf einfachen Standards, klaren Triggern und messbaren Indikatoren, die Teamkommunikation und Übergaben (ED–Station–ITS) verbessern.

Worum geht es im Detail?

- 1) Delir früh erkennen und verhindern. Delir ist kein „Nebenbefund“, sondern ein akutes Organversagen des Gehirns – häufig hypoaktiv und deshalb leicht zu übersehen. Entscheidend ist ein zweistufiges Vorgehen: Risikoscreening bei Aufnahme (z. B. Alter ≥ 70 , Demenz/kognitive Einschränkung, Infektion, OP, Polypharmazie, Sensorikdefizite) und wiederholtes Delir-Screening (z. B. 4AT) in den ersten 72 Stunden. Wir besprechen, welche Komponenten multikomponentiger Präventionsprogramme den größten Effekt haben (Orientierung, Schlafhygiene, kognitive Aktivierung, Sensorik, Hydrierung/Ernährung) und wie sich diese in Pflege- und ärztliche Routinen integrieren lassen.
- 2) Polypharmazie beherrschbar machen: von „mehr“ zu „passend“. In der Akutmedizin treffen häufig Langzeitmedikation, Akuttherapie und perioperative/ITS-Medikation aufeinander. Das erhöht das Risiko für Arzneimittelinteraktionen, renale Überdosierung, anticholinerge Belastung sowie delirogene Substanzen (z. B. Benzodiazepine, Z-Substanzen, anticholinerg wirksame Antihistaminika/Spasmolytika). Kern ist ein strukturierter Medikationsabgleich innerhalb von 24 h, gefolgt von einer priorisierten Medikations-Review (STOPP/START, Beers) und einem Deprescribing-Plan mit Monitoring. Wir zeigen, wie „Indikation–Ziel–Dauer/Stop-Datum“ als Minimalstandard in der Dokumentation die Therapiesicherheit verbessert – inklusive Übergabe an Hausärzt:innen/Reha.
- 3) Frailty und Funktion als „vitaler Parameter“: Wer ist vulnerabel – und was folgt daraus? Frailty beschreibt den Verlust physiologischer Reserve und erklärt, warum manche Patient:innen bei kleinen Belastungen dekomensieren. Ein kurzes Frailty-Screening (z. B. Clinical Frailty Scale) zusammen mit Basisfunktion (Mobilität, ADL) ermöglicht eine realistischere Prognoseabschätzung als Komorbiditätslisten allein. Darauf aufbauend kann eine zielgerichtete Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) – stationär oder als Liaison – Risiken adressieren (Ernährung, Mobilität, Sturz, Kognition, Schmerzen, soziale Situation). Wir diskutieren, wie CGA-Elemente auch ohne eigene Geriatrie als Standardpfad umgesetzt werden können.
- 4) Perioperative Risiken bei älteren internistischen Patient:innen: „Geriatrische“ Optimierung vor und nach OP. Bei elektiven und notfallmäßigen Operationen sind Frailty, kognitive Einschränkung, Anämie, Mangelernährung und Polypharmazie die entscheidenden Treiber für Komplikationen, Re-Operation, Delir und Pflegebedürftigkeit. Der Kurs stellt

BDI-AG Internist:innen im KH – Info

Prof. Dr. M. Buerke | Mai 2026

einen pragmatischen Perioperativ-Pfad vor: Frailty-Assessment + Delir-Bundle, medikamentöse Risikoreduktion (z. B. sedierende/anticholinerge Last), frühe Mobilisation und strukturierte Übergaben zwischen ED–Station–OP–ITS (ISBAR/ABCDE-Logik).

Was funktioniert – auf einen Blick

Delirprävention	Polypharmazie	Frailty & perioperativ
1. Risiko + 4AT bei Aufnahme, danach täglich. 2. Orientierung (Uhr/Kalender), Brille/Hörgerät, Angehörige. 3. Schlaf fördern, Schmerzen behandeln, früh mobilisieren. 4. Flüssigkeit, Ernährung, O2 sichern. 5. Delirogene Medikation minimieren; Katheter/Restriktionen vermeiden.	1. Medikationsabgleich inkl. OTC/Bedarf (≤ 24 h). 2. Jede Substanz: Indikation, Ziel, Dauer/Stop. 3. Dosis: Niere/Alter/Interaktionen. 4. PIM-Check (STOPP/START, Beers), anticholinerge Last. 5. Deprescribing-Plan + Monitoring; Apotheke einbinden.	1. CFS + Basisfunktion (Mobilität/ADL) dokumentieren. 2. CGA-Elemente früh starten (Ernährung, Mobilität, Kognition). 3. Immobilität/Mangelernährung vorbeugen (Physio + Protein). 4. Prä-OP Optimierung & Shared Decision Making. 5. Übergaben ED–Station–OP/ITS mit klaren Triggern.

Warum diese Maßnahmen wirken

Delirprävention ist besonders effektiv, wenn sie als Bündel umgesetzt wird – ähnlich wie bei Sepsis oder VTE-Prophylaxe. Der klinische Nutzen entsteht weniger durch „eine“ Maßnahme, sondern durch die konsequente Reduktion mehrerer Auslöser gleichzeitig: sensorische Deprivation, Schlafstörung, Schmerz, Immobilität, Dehydratation und iatrogene Trigger (Sedativa, Katheter, Fixierung). In Studien senken multikomponentige, nichtmedikamentöse Programme die Delir-Inzidenz und verbessern funktionelle Endpunkte; Medikamente sind für die Prävention dagegen nicht der Standard und gehören – wenn überhaupt – in klar begründete, kurzzeitige Situationen (z. B. Eigen- oder Fremdgefährdung).

Beim Medikationsmanagement ist der „Zeitpunkt“ entscheidend: Je früher der Abgleich und die priorisierte Review erfolgen, desto geringer ist das Risiko, dass sich problematische Kombinationen „durchziehen“ – bis in OP/ITS und in die Entlassung. Besonders wirksam sind einfache Regeln: Jede Substanz braucht eine aktuelle Indikation, ein klares Therapieziel und eine geplante Dauer (inkl. Stop-Datum). Hochrisikoklassen werden aktiv gesucht (Anticholinergika, Benzodiazepine/Z-Substanzen, NSAR, antikoagulative Kombinationen) und an Nierenfunktion/Alter angepasst. Deprescribing ist dabei kein „Absetzen um jeden Preis“, sondern ein strukturiertes Vorgehen mit Monitoring, das Patientenziele und Symptomlast berücksichtigt.

Frailty-orientierte Pfade verbessern die Passung von Diagnostik, Therapieintensität und Entlassplanung. Ein dokumentierter Frailty-Status (z. B. CFS) macht Vulnerabilität sichtbar, erleichtert Shared Decision Making und priorisiert Ressourcen: frühe Physio/Ergo, Ernährungstherapie, Sturzprävention und soziale Koordination. Perioperativ ermöglicht Frailty-Screening eine realistischere Nutzen-Risiko-Abwägung und schafft eine gemeinsame Sprache zwischen Innerer Medizin, Anästhesie, Chirurgie und Intensivmedizin. Pragmatisch gilt: Je vulnerabler, desto strukturierter müssen Übergaben, Zieldefinition und Reha-/Pflegepfad sein – am besten bereits am Aufnahmetag.

BDI-AG Internist:innen im KH – Info

Prof. Dr. M. Buerke | Mai 2026

Praktische Umsetzung im Akuthaus

Ein minimaler, aber wirksamer Start gelingt mit vier Standards, die in ED und auf Station routinemäßig verankert werden:

- Screening-Paket bei Aufnahme: 4AT (oder äquivalentes Delir-Screening) + CFS + Basisfunktion (Mobilität/ADL) + Medikationsabgleich.
- Delir-Bundle als Default: Orientierung/Schlaf/Schmerz/Mobilität/Flüssigkeit/Sensorik – dokumentiert wie ein Vitalparameter.
- Medikations-Review nach 24–48 h: STOPP/START/Beers als Checkliste, Fokus auf sedierende/anticholinerge Last, Nierenanpassung und klare Stop-Daten.
- Übergaben standardisieren: ISBAR + „geriatrische Zusatzzeile“ (Funktion, Kognition/Delirrisiko, Frailty, Med-Änderungen).

10-Minuten-Check bei Aufnahme (praktisch für ED/Station)

- Vorherige Funktion: „Wie weit kam der/die Patient:in letzte Woche?“ (Gehstrecke, Treppe, Hilfsmittel).
- Kognition/Delirrisiko: kurze Orientierung + 4AT; Brille/Hörgerät organisieren.
- Medikamente: Liste vollständig? OTC/Bedarf/Schmerzmittel? Renale Dosis anpassen.
- Mobilität & Ernährung: Frühmobilisation + Proteinziel festlegen; Dehydratation vermeiden.

Wichtig ist die Rollenklärung: Pflege steuert Beobachtung und Bundle-Komponenten (Schlaf, Mobilität, Sensorik), Ärzt:innen verantworten Diagnostik, Medikationsentscheidungen und Eskalation, und Physio/Ergo/Sozialdienst sichern Funktionsziele sowie Entlassfähigkeit. Auch ohne eigene Geriatrie sind Liaison-Strukturen möglich (z. B. 2–3 feste Konsil-Slots/Woche, gemeinsame Delir-Visite, pharmazeutische Medikationsvisite).

Trigger, Pfade und messbare Indikatoren

Situation/Trigger	Screening/Standard	Aktion/Eskalation	Messgröße (KPI)
Aufnahme ED/Station (≥70 J., kogn. Einschr., Infektion/OP, Polypharmazie)	4AT + CFS + Basisfunktion Medikationsabgleich (≤24 h)	Delir-Bundle starten PIM/delirogene Meds reduzieren Konsil (geriatr./pharm.) bei hoher Vulnerabilität	4AT ≤6 h CFS ≤24 h MedRec ≤24 h
24–72 h (neue Somnolenz/Unruhe, Sturz, Schlaf-Wach-Umkehr)	Delir-Check täglich Schmerz/O2/Lyte Harnverhalt/Obstip.	Ursachenbündel + Bundle intensivieren Antipsychotika nur kurz bei Gefährdung	Delir-Check/Tag Delir-Inzidenz Katheter/Fixierung (Tage)
Polypharmazie (≥10 Meds, Anticholinergika, Benzo/Z, OAK/DOAK + Interaktionen)	STOPP/START, Beers Niere + Interaktionen	Deprescribing-Plan Indikation/Ziel/Stop Dosis anpassen, IV->PO	PIM-Anteil Stop-Datum renale Fehl-Dosis
Perioperativ (OP geplant/Notfall bei Frailty/Delirrisiko)	CFS, Kognition Ernährung/Anämie Meds (Sedativa, Anticholinergika)	Shared Decision Optimierung + Delir-Bundle Frühmobilisation/Physio	Frailty vor OP Mobilisation ≤24 h ITS-Transfer
Entlassung/Verlegung	Medliste + Änderungen Funktion + Delir Follow-up	ISBAR + geriatr. Zeile Monitoringplan Reha/Pflegepfad	Entlassmedikation komplett Änderungen begründet

			Wiederaufnahme 30 Tage
--	--	--	---------------------------

Audit & Feedback als Beschleuniger: Schon ein monatliches Mini-Audit der drei Kernindikatoren (4AT \leq 6 h, CFS \leq 24 h, Medikationsabgleich \leq 24 h) schafft Transparenz und verbessert die Umsetzung. Hilfreich sind kurze Team-Reports mit Trendgrafik sowie fallbasierte Rückmeldungen („Was hat beim letzten Delirpatienten gefehlt – und wie machen wir es nächste Woche besser?“). So wird aus Wissen Routine – und aus Routine Qualität.

Optional kann ein wöchentliches interprofessionelles „Geriatric-Huddle“ (10 Minuten) kritische Fälle besprechen und Eskalationspfade (ED–Station–ITS) nachschärfen – mit direkter Rückkopplung an SOPs und Order Sets. im klinischen Alltag.

Typische Stolpersteine – und Gegenstrategien

- Delir wird nur bei „Unruhe“ gesucht: hypoaktives Delir aktiv screenen (4AT täglich in den ersten 72 h).
- „Schlafmittel“ als Standard: zuerst Ursachen (Schmerz, Dyspnoe, Toilettenbedarf, Lärm/Licht) und Schlafhygiene; sedierende Meds restriktiv.
- Polypharmazie wird erst bei Entlassung aufgeräumt: Medikationsabgleich + priorisierte Review früh, dann iterativ.
- Frailty wird mit „alt“ gleichgesetzt: CFS dokumentieren und daraus konkrete Maßnahmen ableiten (Mobilität, Ernährung, Reha-Ziele).
- Übergaben verlieren Funktions-/Kognitionsinformationen: ISBAR um Funktion, Frailty und Med-Änderungen ergänzen.

Literatur (Auswahl)

1. AWMF S3-Leitlinie: Delir im höheren Lebensalter – transsektorale Leitlinie zu Delir-Prävention, - Diagnostik und -Therapie. AWMF-Reg.-Nr. 109-001, Version 2026-01.
2. Burton JK, Craig L, Yong SQ, et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;11(11):CD013307. doi:10.1002/14651858.CD013307.pub3.
3. Bellelli G, Morandi A, Davis DHJ, et al. Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening. *Age Ageing.* 2014;43(4):496–502. doi:10.1093/ageing/afu021.
4. By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71(7):2052–2081.
5. O’Mahony D, Cherubini A, Renom-Guiteras A, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023;14(4):625–632. doi:10.1007/s41999-023-00777-y.
6. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ.* 2005;173(5):489–495. doi:10.1503/cmaj.050051.
7. Ellis G, Gardner M, Tsiachristas A, et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;9(9):CD006211. doi:10.1002/14651858.CD006211.pub3.
8. Centre for Perioperative Care (CPOC) & British Geriatrics Society (BGS). Guideline for Perioperative Care for People Living with Frailty Undergoing Elective and Emergency Surgery. September 2021.
9. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr.* 2022;41(4):958–989.

BDI-AG Internist:innen im KH – Info

Prof. Dr. M. Buerke | Mai 2026

Kontakt:

Prof. Dr. M. Buerke, Siegen, mbuerke@gmail.com, Sprecher der BDI-AG Internist:innen im KH

Bitte Vorschläge, Themen etc an uns. Wir freuen uns über Mitarbeit