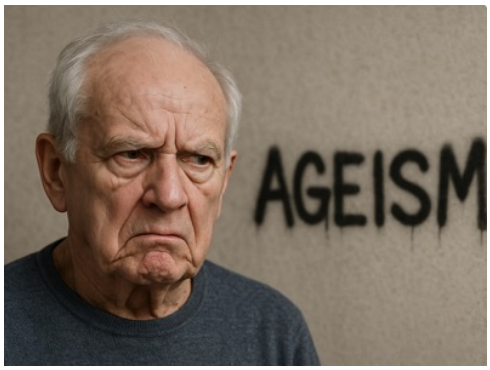
Ageism



Ageism bezeichnet die Stereotypisierung, Vorurteile und Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters. Einige 80-Jährige sind so fit wie viele 30-Jährige, während andere bereits früher erhebliche Einschränkungen erleben.

Typische Vorurteile sind: ältere Menschen …

- tragen nicht entscheidend zum gesellschaftlichen Fortschritt bei
- können nicht mit Tablet und Smartphone umgehen
- akzeptieren eher lebenslimitierende Maßnahmen

Altersdiskriminierung kann sich negativ auf

- die psychische und physische Gesundheit auswirken
- die Lebensqualität mindern
- die gesellschaftliche Teilhabe einschränken
- therapeutische Entscheidungen beeinflussen.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO empfiehlt:

- Gesetzliche Regelungen zur Bekämpfung von Altersdiskriminierung.
- Aufklärungskampagnen, um stereotype Altersbilder zu hinterfragen.
- Förderung des intergenerationellen Dialogs, um Verständnis zwischen den Generationen zu stärken.

Hochbetagte Menschen (≥85J.)

Das Bild der Menschen ab 80 Jahren verändert sich

Sie bilden eine wachsende Gruppe in unserer Gesellschaft. Ihre Lebenslage ist vielfältig und prägt die soziale und gesundheitliche Versorgung.

Situation

- Jede 14. Person in Deutschland ist über 80 Jahre
- ¾ leben zu Hause, ca. 26% sind pflegebedürftig.
- Jede 5. Person ≥80J. lebt in Armut.
- 1/3 der ≥80J. sind online

Gesundheit

- ≥80J. haben im Schnitt 5 verschiedene Erkrankungen
- Muskelverlust, Gebrechlichkeit, Sturzrisiko, Demenz, Mangelernährung nehmen zu
- 2/3 bewegen sich regelmäßig
- Höher Gebildete bewegen sich mehr
- Bewegung und Alltagsaktivität sind entscheidend für Selbstständigkeit und Lebensqualität.

.



Aber: ICU Mortalität ≥80J.: 60%, Stroke: 18% (>90J: 30%)

Erstellt durch: Nydahl, September 2025 Quelle: Gerstel 2022: Hochbetagte Menschen. https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/impulsgeber-bewegungsfoerderung/infomaterialien/factsheet-hochbetagte-menschen-80-jahre-und-aelter/, Kelly PMID: 40499130

Gebrechlichkeit
Clinical Frailty Scale

Ca. ein Drittel der Intensivpatient:innen ist bereits vor der Aufnahme gebrechlich und weist Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens auf.

Pkt	Klinische Gebrechlichkeitsskala
1	**Sehr fit** für das Alter. Macht regelmäßig Sport/Übungen
2	**Gut**. Keine aktiven Symptome einer Krankheit oder Gebrechlichkeit, macht gelegentlich Sport/Übungen
3	**Verhältnismäßig gut**. Hat medizinische Probleme, die gut kontrolliert werden. Macht keine Übungen/Sport außer regelmäßiges Gehen
4	**Vulnerabel**. Nicht abhängig von anderen, aber Symptome der Krankheit/Gebrechlichkeit begrenzen Aktivitäten des täglichen Lebens. Oft langsam oder müde
5	**Etwas gebrechlich**. Benötigt Hilfe bei schweren Tätigkeiten oder außer Haus
6	**Moderat gebrechlich**. Benötigt Hilfe außer Haus und beim Haushalt. Treppensteigen oder Waschen geht noch mit Hilfe
7	**Schwer gebrechlich**. Vollständig abhängig von der Hilfe anderer, physisch wie kognitiv, dabei stabil
8	**Sehr schwer gebrechlich**. Vollständig abhängig, nahe am Lebensende, kann sich von kleinen Krankheiten nicht erholen
9	**Terminal krank**. Es geht dem Ende des Lebens zu (erwartet <6 Mon.)

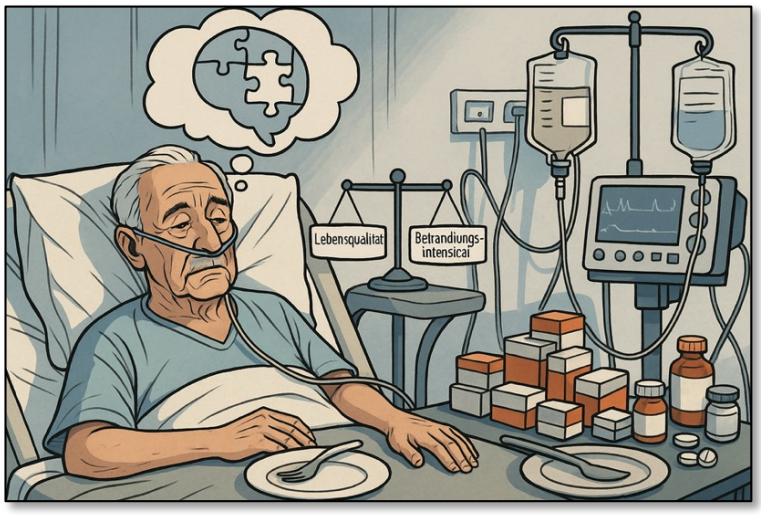
Patienten, die gebrechlich sind (auf der CFS ≥5), haben nach Intensivtherapie ein erhöhtes Risiko für eine weitere Zunahme der Gebrechlichkeit, die Aufnahme in Pflegeeinrichtungen und eine erhöhte Mortalität im Krankenhaus, bzw. auch noch nach 3 und 6 Monaten.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025 Quelle: Muscedere J, Waters B, Varambally A, Bagshaw SM, Boyd JG, Maslove D, Sibley S, Rockwood K. The impact of frailty on intensive care unit outcomes: a systematic review and meta-analysis. Intensive Care Med. 2017 Jul 4. doi: 10.1007/s00134-017-4867-0

Alte Menschen (≥80J.) auf Intensivstationen

Sehr alte Patient:innen stellen das Intensivteam vor besondere Herausforderungen. Komplexität und Risiken die beeinflussen die Behandlung stark.

- Komorbiditäten & Polypharmazie erhöhen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen.
- Stoffwechsel & Ernährung: häufig Mangelernährung, Sarkopenie und veränderte Pharmakokinetik.
- Kognitive Einschränkungen: Demenz und Delir erschweren Kommunikation und Therapie.
- Präferenzen: Wünsche zu Lebensqualität, Belastbarkeit und Therapiezielen müssen berücksichtigt werden.
- Funktionelle Einschränkungen verstärken die Vulnerabilität und erschweren Rehabilitation.



Die Kombination dieser Faktoren macht eine individualisierte, interdisziplinäre Versorgung unverzichtbar.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025 Quelle: Beil M, Alberto L, Bourne RS, et al.. ESICM consensus-based recommendations for the management of very old patients in intensive care. Intensive Care Med. 2025 Feb 17. doi: 10.1007/s00134-025-07794-4

Rehabilitation von ≥80Jährigen auf Intensivstationen

- **Gebrechlichkeit**: gebrechliche Pat. profitieren genauso wie nicht-gebrechliche von Mobilisierung, aber auf ihrem Level
- **Pflegegeleitete Frühmobilisierung**: Mobilisierung von kardiochirurgischen ≥80jährigen ist sicher, mit geringerer Mortalität und mehr Verlegung nach Hause assoziiert
- **Alter und Mobilisierung**: höheres Alter und Erreichen von Mobilitätsstufen sind mit geringerer Mortalität assoziiert

Assessment	ICU Mobility Scale		Dosierung[c]	Sicherheit[d]
Patient:in ist tief sediert/nicht erregbar (RASS < -3)[a]	0	Keine aktive Mobilisation (passive Mobilisations-übungen, NMES, passives Radfahren)	Niedrigere Dosierung ↕ Höhere Dosierung	Stellen Sie die Kommunikation mit Patient:in sicher und überprüfen Sie die Sicherheit kontinuierlich auf allen Ebenen: Hämodynamik, Atmung, Bewusstsein, Neuro, Schmerzen, Anstrengung, Bedarf an kurzen oder vollständigen Pausen
Patient:in reagiert auf Berührung oder Stimme (RASS ≥-3)	1	Übungen, im Bett sitzen		
	2	Passiver Transfer in den Stuhl (kein Stehen)		
Kann Arme gegen die Schwerkraft heben, hat Rumpfspannung	3	Auf Bettkante sitzen		
Kann Beine gegen die Schwerkraft anheben	4	Stehen[b]		
Kann die Beine gegen die Schwerkraft heben und hat die Stabilität/Spannung des Beckens	5	Aktiver Transfer vom Bett in den Stuhl		
	6	Auf der Stelle gehen		
	7	Gehen mit ≥ 2 Personen > 5m		
	8	Gehen mit 1 Person > 5m		
	9	Selbstständiges Gehen mit Gehhilfe >5m		
	10	Selbstständiges Gehen		

a. Ausnahme: Personen mit neurologischen Bewusstseinsstörungen, die durch Mobilisierung in ihrer Wachsamkeit stimuliert werden können
b. Vermeiden Sie längeres passives Stehen, um das Risiko einer zerebralen Minderdurchblutung zu verringern, und gehen Sie lieber auf der Stelle
c. Eine niedrigere Dosierung kann je nach Situation eine niedrigere Häufigkeit, eine niedrigere Intensität/ein niedrigeres Niveau (z. B. und eine kürzere Dauer (z. B. 2x/Tag für insgesamt 40 Minuten, IMS 1-2), u.a. für Pat. mit Diab. Mell. II, akutem moderat-schwerem Stroke, Subarachnoidalblutungen, bzw. Schädelhirntrauma und erhöhtem Hirndruck, schwerem Herzinfarkt u.a. ; eine höhere Dosierung umfasst mehr Intensität (z. B. 3x/Tag für insgesamt 120 Minuten, IMS 5-10)
d. Während des Trainings sind vorübergehende Veränderungen der physiologischen Parameter zu erwarten, und die Sicherheitsgrenzen können je nach Leistungsfähigkeit und Ressourcen des Patienten an das Niveau/die Intensität der Übungen angepasst werden
e. Abkürzungen: IMS ICU Mobility Scale; Intensivstation; RASS Richmond Agitations-Sedierungs-Skala

Quelle: Nydahl P, Fick LS, Hillen A, Scheffenbichler FT, Schaller SJ. Early Mobilisation - When Evidence Comes to Single Patients. ICU Management & Practice 4 (2024): 185-188.
https://healthmanagement.org/c/icu/issuearticle/early-mobilisation-when-evidence-comes-to-single-patients

LL Frühmobilisierung: „Wir schlagen vor, auch bei intensivmedizinisch behandelten Patient:innen, die zuvor nicht funktionell unabhängig waren und bei denen keine Kontraindikationen vorliegen, (Früh-)Mobilisation durchzuführen."

Erstellt durch: Nydahl, März 2025 Quelle: Beil M, Alberto L, Bourne RS, et al.. ESICM consensus-based recommendations for the management of very old patients in intensive care. Intensive Care Med. 2025 Feb 17. doi: 10.1007/s00134-025-07794-4, PMID: **38163032,** PMID: **33247593** PMID: **29879568, LL Frühmobilisierung**

Deine Pflege macht den Unterschied I

Vor allem bei Patient:innen mit längerer Verweildauer gibt es viele Möglichkeiten, kleine Reha-Übungen ohne viel Mehraufwand zu integrieren, die auch noch Spaß bringen und ein Highlight des Tages sein können. Mach durch Deine Pflege einen Unterschied!

Physische Reha
Patienten selbstständig Hände waschen und desinfizieren lassen
Patienten selbst ihre Medikamente über die PEG oder Ernährungssonde geben lassen
Beerpong ohne Bier: Tischtennisbälle oder Kugeltupfer in einen Becher werfen
Psychosoziale Reha
Mundbefeuchtung mit dem Lieblingsgetränk
Eigene Kleidung tragen, zB T-Shirt
Nach Gewohnheiten fragen und diese in den Alltag integrieren (z. B. abends lesen oder zu bestimmten Uhrzeiten Radio hören)
Kognitive Reha
Gedächtnistraining und Denksportaufgaben, z. B. Wortspiele, Memory oder Kreuzworträtsel
Urlaubserinnerungen erzählen lassen und passende Tipps geben lassen
Wortfindungsübung: Baumstamm-Stammtisch-Tischbein-Beinprothese-Prothesenbecher, usw.

Die meisten Aufgaben können auch von der Familie umgesetzt werden!

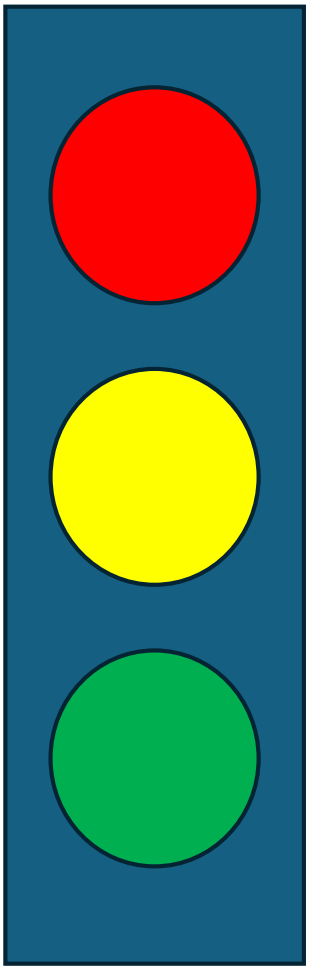
Erstellt durch: Nydahl, Juni 2025. Quelle: Nydahl P, Feuring M, Hermes C, Krüger L, Noll M, Prehm M, Miesen M. Pflege macht den Unterschied. Pflegen Intensiv (2025) 2: 30-35

Risikogruppen bei Frühmobilisierung

Frühmobilisierung ist grundsätzlich eine der effektivsten Maßnahmen, um die körperlichen Funktionen bei Intensivpatient:innen zu erhalten. Bei bestimmen Patient:innengruppen kann eine zu intensive Frühmobilisierung aber eher mit Nachteilen verbunden sein.

In den ersten Tagen nach Aufnahme wird allgemein eine regelmäßige, aber eher kurze und nicht zu anstrengende Mobilisierung empfohlen bei:

- **Diabetiker:innen**: in den ersten 72h zwar mehrfach, aber nur kurz <5 Min. auf Bettkante/im Stuhl sitzen, danach öfter und länger. Passives Stehen vermeiden
- **Früher moderat-schwerer Schlaganfall**: in den ersten 24-48h zwar mehrfach, aber nur kurz <5 Min. auf Bettkante/im Stuhl sitzen, danach öfter und länger
- **SAB & EVD**: nach interdisziplinärer Absprache und Risiko-Nutzen-Abwägung, bei SAB ggf. erst nach 14 Tagen aus dem Bett mobilisieren
- **ECMO**: Teamtraining und Sicherheitsstrategien müssen vorhanden sein



Ein hohes Alter ist keine Kontraindikation!

Erstellt durch: Nydahl, September 2025 Quelle: Serpa Neto A, Bailey M, Seller D, Agli A,; TEAM Study Investigators. Impact of High-Dose Early Mobilization on Outcomes for Patients with Diabetes: A Secondary Analysis of the TEAM Trial. Am J Respir Crit Care Med. 2024 Sep 15;210(6):779-787.

Behandlungspfade alter Menschen (≥80J.) auf Intensivstationen

Immer mehr Menschen ≥80 Jahre werden kritisch krank auf Intensivstationen aufgenommen. Hierbei stehen nicht nur Überleben, sondern vor allem Lebensqualität und Selbstständigkeit im Vordergrund stehen.

- **Anamnese**: Gebrechlichkeit, Kognition, Vorerkrankungen, Präferenzen.
- **Shared Decision-Making**: Patient:innen, Angehörige und Team entscheiden gemeinsam über Intensität und Ziele.
- **Unsicherheit**: Prognosen sind besonders schwierig; zeitlich begrenzte Behandlungsversuche (Time Limited Trials) helfen.
- **Nachsorge**: Häufig funktionelle Einschränkungen, PICS und Pflegebedürftigkeit – strukturierte geriatrische Nachbetreuung nötig.
- **Alternativen**: Intermediate Care kann in ausgewählten Fällen sinnvoll sein.

Das Ziel ist nicht nur Überleben, sondern ein würdevolles Weiterleben mit akzeptabler Lebensqualität.



Erstellt durch: Nydahl, September 2025 Quelle: Beil M, Alberto L, Bourne RS, et al.. ESICM consensus-based recommendations for the management of very old patients in intensive care. Intensive Care Med. 2025 Feb 17. doi: 10.1007/s00134-025-07794-4

Entscheidungen

Alter alleine ist kein Entscheidungskriterium für die Fortführung, bzw. Beendigung einer Therapie. Faktoren wie Gebrechlichkeit, Unabhängigkeit, Patientenwillen, Teilhabe, Prognose, u.a. spielen eher eine Rolle.

Shared Decision Making (SDM)

- Therapieentscheidungen basieren auf medizinischer Indikation und Patientenwillen.
- Therapieoptionen mit Vor- und Nachteilen werden verständlich besprochen.
- Werte, Wünsche und Prognose transparent abgleichen.

Time Limited Trials (TLT)

Bei unklarer Prognose oder fehlender Willensäußerung: zeitlich begrenzter Therapieversuch, z.B. „wir geben Medikament x noch für 5 Tage. Wenn dann keine Besserung…"

- Klare Ziele, Dauer und Kriterien festlegen.
- Evaluation gemeinsam mit Angehörigen und Team.
- Falls Ziele nicht erreicht: Umstellung auf palliative Therapie.

Palliativversorgung

Symptomkontrolle, Lebensqualität und Unterstützung von Patient:innen und Angehörigen stehen im Zentrum. Den Tagen mehr Leben geben!

SDM, TLT und Palliativversorgung ermöglichen ethisch fundierte Entscheidungen, vermeiden Übertherapie und stärken Würde und Lebensqualität.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025 Quelle: Michels G, John S, Janssens U, et al. Palliativmedizinische Aspekte in der klinischen Akut- und Notfallmedizin sowie Intensivmedizin : Konsensuspapier der DGIIN, DGK, DGP, DGHO, DGfN, DGNI, DGG, DGAI, DGINA und DG Palliativmedizin Med Klin Intensivmed Notfmed. 2023 Dec;118(Suppl 1):14-38.

Alte Menschen (≥80J.) auf Intensivstationen

Sehr alte Patient:innen (≥80 Jahre) sind eine wachsende Patient:innengruppe auf Intensivstationen & Stroke Units und benötigen eine spezialisierte Versorgung. Ihre hohe Multimorbidität, Gebrechlichkeit und individuelle Therapieziele erfordern angepasste Behandlungsstrategien.

- **Seien Sie sich eigener Vorurteile bewusst (Ageism)**
- **Bisherige Mobilität & Bildung/Kognition beeinflussen Prognose erheblich**
- **Frühzeitige Bewegung und Delirprävention verbessern das Outcome**
- **Patientenwünsche und Angehörige frühzeitig einbinden**
- **Ziel ist der Erhalt der Selbständigkeit und Lebens-qualität**
- **Ggf. Shared Decision Making, Time-Limited Trial**
- **Kooperation mit Geriater:innen sichert eine patient:in-nenzentrierte Behandlung & Nachsorge.**

Eine interdisziplinäre, personalisierte Betreuung verbessert die Versorgung und Lebensqualität sehr alter Intensiv-patient:innen.

Erstellt durch: Nydahl, September 2025 Quelle: Beil M, Alberto L, Bourne RS, et al.. ESICM consensus-based recommendations for the management of very old patients in intensive care. Intensive Care Med. 2025 Feb 17. doi: 10.1007/s00134-025-07794-4