

# Persönliche PDF-Datei für Andreas Wiedemann, Jens Püttmann, Hans Heppner

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

## Der ISAR-positive Patient in der Urologie

10.1055/a-0736-3722  
Akt Uro 2019; 50: 100–105

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

**Verlag und Copyright:**  
© 2019 by  
Georg Thieme Verlag KG  
Rüdigerstraße 14  
70469 Stuttgart  
ISSN 0001-7868

Nachdruck nur  
mit Genehmigung  
des Verlags

 **Thieme**

# Der ISAR-positive Patient in der Urologie

## The ISAR-positive patient in urology

### Autoren

Andreas Wiedemann<sup>1,2</sup>, Jens Püttmann<sup>2</sup>, Hans Heppner<sup>2,3,4</sup>

### Institute

- 1 Ev. Krankenhaus Witten, Urologische Klinik, Witten
- 2 Universität Witten/Herdecke, Lehrstuhl für Geriatrie, Witten
- 3 Helios-Klinikum Schwel, Geriatriische Klinik und Tagesklinik, Schwelm
- 4 FAU Erlangen-Nürnberg, Institut für Biomedizin des Alterns, Nürnberg

### Schlüsselwörter

geriatischer Patient, geriatriische Urologie, ISAR-Screening, Assessments, Multimorbidität

### Keywords

geriatric patient, geriatric urology, ISAR-screening, assessments, multimorbidity

### Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0736-3722> |  
 Online-Publikation: 13.12.2018 Akt Urol 2019; 50: 100–105  
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York  
 ISSN 0001-7868

### Korrespondenzadresse

Prof. Andreas Wiedemann, Ev. Krankenhaus Witten,  
 Urologische Klinik, Pferdebachstr. 27, 58455 Witten  
 Tel.: 02302/175-2521  
 Fax: 02302/175-2075  
 awiedemann@evk-witten.de

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund** Seit 2015 ist mit dem ISAR-Screening (Identification of Seniors at Risk) wie in vielen Bundesländern ein geriatisches Eingangsscreening bei allen über 75-jährigen Krankenhauspatienten vorgeschrieben. Unklar ist bisher, wie die als „mit geriatrischem Handlungsbedarf“ identifizierten Patienten in der Urologie weiter charakterisiert sind und wie die hier enthaltenen Informationen in den klinischen Alltag einfließen könnten.

**Methoden** Vom 01.07.2016 bis 31.12.2016 wurden 337 Patienten identifiziert, die über 75-jährig dem ISAR-Screening unterzogen werden sollten. Das Ergebnis („mit“ oder „ohne“ geriatrischem Handlungsbedarf) wurde den Ergebnissen weitergehender Assessments (Sturzrisiko, Dekubitusrisiko, Mangelernährungsscreening), demografischen

Daten (Alter, Aufnahmezustand) und urologischen Diagnosen gegenübergestellt.

**Ergebnisse** Von 377 im Untersuchungszeitraum aufgenommenen Patienten wurden 102 „ISAR-positiv“ getestet. Diese Patienten waren signifikant älter als „ISAR-negative“ Patienten, sie wiesen ein signifikant höheres Sturz-, Dekubitus- und Mangelernährungsrisiko auf und gelangten häufiger per Notfalleinweisung in das Krankenhaus. ISAR-positive Patienten wiesen als Ausdruck der Multimorbidität signifikant mehr Diagnosen im DRG-Satzauf – es dominierten urologische Malignome und entzündliche Erkrankungen des Harntraktes. Während prozesskonform nahezu alle definitionsgemäß zu untersuchenden Patienten dem ISAR-Screening unterzogen wurden, war der Durchdringungsgrad der nachfolgenden Assessments geringer.

**Schlussfolgerung** Das ISAR-Screening beschreibt sehr gut schon im Rahmen der Aufnahmesituation den vulnerablen, multimorbiden und von Chronifizierung und Autonomieverlust bedrohten „geriatischen“ Patienten in der Urologie. Die Herausforderung der Zukunft wird sein, die hier gewonnenen Informationen in die klinische urologische Routine zu implementieren.

### ABSTRACT

**Background** Since 2015 so-called „ISAR Screening“ (Identification of Seniors at Risk) is mandatory for patients older than 75 years being hospitalised in Germany. It remains unclear how these patients identified as suffering from geriatric diseases are further characterised in urology and how this information is applied in the ongoing clinical treatment.

**Methods** From the July 1st to December 31st 2016, 337 patients older than 75 years were subjected to ISAR-screening. The result („with or without need for geriatric action“) was contrasted with the results of further assessments, such as the assessment of the risk of falls, the risk of developing a pressure ulcer or malnutrition, demographic data (e. g. age, hospitalisation status) and urological diagnoses.

**Results** 102 of 377 Patients were tested as „ISAR-positive“ during the period of examination. These patients were significantly older than „ISAR-negative“ patients. Additionally, ISAR-positive patients had a significantly higher risk of falling, developing pressure ulcers or malnutrition and were significantly more frequently hospitalised under emergency conditions. Reflecting their multimorbidity, ISAR-positi-

tive patients had significantly more diagnoses than ISAR-negative patients. These diagnoses were dominated by oncological and infectious urological diseases. Whereas most of the patients were screened by ISAR-screening according to the entire process, the subsequent assessment was performed in fewer patients.

**Conclusion** The ISAR-screening identifies the „geriatric“ patient in urology, who is threatened by his vulnerability, chronification, loss of autonomy and multimorbidity when being hospitalised. The regular implementation of the systemic approach of applying ISAR-screening and the further assessments into the clinical daily routines of urology constitute the major challenge in the future.

## Einleitung

Daten des Zentralinstituts der Bundeskassenärztlichen Vereinigung belegen, dass sich der demografische Wandel bereits heute in der ambulanten urologischen Versorgung mit der höchsten Zahl von Patienten jenseits der 65 Jahre bemerkbar macht und auch in der nahen Zukunft zu einer erheblichen Steigerung der Zahl an älteren Patienten mit einem entsprechend erhöhtem Versorgungsbedarf führen wird [1]. Auch die stationäre Behandlung von urologischen Patienten betrifft schon heute überwiegend Ältere: 45% dieser Patienten sind in der urologischen Klinik des Ev. Krankenhauses Witten 65 Jahre und älter.

Dieser Umstand und die hiermit verbundenen Herausforderungen wurden unlängst von der Politik erkannt. So formuliert der Koalitionsvertrag der Regierungsparteien in NRW 2017, dass sich die Krankenhäuser „auf die Anforderungen einer älter werdenden Gesellschaft einstellen müssen“ [2]. Im Landeskrankenhausgesetz NRW 2015 wurden noch unter der alten Landesregierung konkrete Maßnahmen eingeführt, um diesem Umstand Rechnung zu tragen: So sind seit 2015 alle Krankenhäuser in NRW verpflichtet, in der nach der Auffassung des Gesetzgebers entscheidenden Aufnahmesituation ein geriatrisches Assessment bei allen über 75-jährigen durchzuführen, um geriatrischen Handlungsbedarf zu erkennen.

Als verbindlich wurde das „ISAR-Screening“ (Identification of Seniors At Risk) hierzu festgelegt [3, 4] (► **Tab. 1**). Zeigt dieses, auch für deutsche Notaufnahmen validierte Eingangsscreening [5], mit einem Punktwert von mehr als 2 Punkten in 6 Fragen einen geriatrischen Handlungsbedarf an, ist der Besuch einer Liaisonkraft zu organisieren, die diesen Handlungsbedarf auf medizinischem, pflegerischem oder sozialem Sektor konkretisiert und entsprechende Maßnahmen wie z. B. ein geriatrisches Konsil oder einen Pflegegradantrag in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst auf den Weg bringt. Unklar ist bisher, zu welchen Konsequenzen dieses gesetzlich vorgeschriebene Prozedere in der Urologie führt, wie positiv getestete Patienten in weitergehenden Assessments charakterisiert sind und wie sie sich urologisch darstellen. Auch ist nicht geklärt, inwieweit sich im klinischen Alltag diese gesetzlichen Vorgaben in einer hochfrequenten stationären Urologie überhaupt umsetzen lassen. Unter Qualitätsmanagementgesichtspunkten könnte so das Landeskrankenhausgesetz mit dem politischen Wunsch nach einer verbesserten Versorgung geriatrischer Patienten jenseits der Geriatrie so im PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act), der auch auf medizinische Fragestellungen anwendbar ist [6], als „plan“ bzw. „do“ verstanden werden, das vorliegende Projekt und die vorliegende Arbeit als „check“ und die daraus abzuleitenden Konsequenzen als „act“.

► **Tab. 1** ISAR-Fragebogen nach McCusker [3] (deutsche Validierung nach Singler [7]).

Frage	Antwort	Punkte
<b>Hilfebedarf</b> Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	Ja Nein	1 0
<b>Akute Veränderung des Hilfebedarfs</b> Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	Ja Nein	1 0
<b>Hospitalisation</b> Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	Ja Nein	1 0
<b>Sensorische Einschränkung</b> Haben Sie unter normalen Umständen Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	Ja Nein	1 0
<b>Kognitive Einschränkung</b> Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	Ja Nein	1 0
<b>Multimorbidität</b> Nehmen Sie pro Tag 6 oder mehr verschiedene Medikamente ein?	Ja Nein	1 0
<b>Summe:</b>		

## Methodik

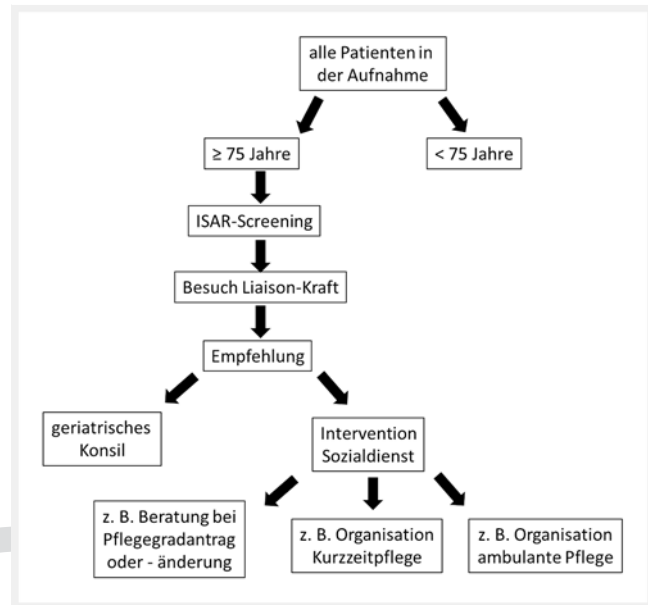
Seit Januar 2016 werden alle über 75-jährigen Patienten, die in der urologischen Abteilung des Ev. Krankenhauses Witten stationär aufgenommen werden, dem ISAR-Screening unterzogen. Es handelt sich um ein geriatrisches Assessment, das mit 6 Fragen nach geriatrischem Handlungsbedarf sucht.

Hausintern wurde festgelegt, das ISAR-Screening bei einem Punktwert  $\geq 3$  als „positiv“ zu werten und die vom Gesetzgeber vorgesehenen Schritte mit dem Besuch der Liaisonkraft zu starten (► **Abb. 1**).

Das ISAR-Screening stellt ein Screeningtool dar, das „geriatrischen Handlungsbedarf“ bereits in der Aufnahmesituation eines Patienten evaluieren soll. Ziel des Gesetzgebers, der dieses Screening in NRW seit 2015 verbindlich vorgeschrieben hat, ist es, die Behandlungsqualität zu verbessern. Dies betrifft nicht nur medizinische Aspekte, sondern auch Betreuungs- und Versorgungsfragen. In einem strukturierten Prozess erfolgt bei Patienten, die im ISAR-Screening als „positiv“, d. h. mit geriatrischem Handlungsbedarf getestet wurden, die Visite einer Liaisonkraft, die in Absprache mit dem betreuenden Arzt z. B. ein geriatrisches Konsil oder die Verbesserung oder Etablierung der ambulanten – zumeist pflegerischen – Betreuung bzw. Unterbringung anstößt.

Es sollte der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich „ISAR-positive Patienten“ ( $\geq 3$  Punkte im ISAR-Screening) von „ISAR-negativen Patienten“ ( $\leq 2$  Punkte) in weitergehenden Assessments und hinsichtlich weiterer klinischer Daten unterscheiden.

Der Anteil der prozessgemäß mit dem ISAR-Tool untersuchten Patienten, der Anteil der Patienten, die später prozesskonform Besuch der Liaisonkraft erhielten und die aus diesem Besuch abgeleiteten Maßnahmen wurden aus den Krankenakten bzw. der entsprechenden elektronischen Dokumentation im Krankenhausinformationssystem erfasst. Erstmalig wurden in der vorliegenden Arbeit klinisch-urologische Daten mit dem ISAR-Status korreliert, um eventuelle gemeinsame Eigenschaften der ISAR-positiv getesteten Patienten zu identifizieren. Untersucht wurden, neben demografischen Daten, der Aufnahmestatus (Anteil an Notaufnahmen), Zuweiserstatus (Facharzt, Hausarzt, andere), die urologischen Hauptdiagnosen, die Sturzgefährdung, die Dekubitusgefährdung und der Ernährungsstatus. Zur Evaluation des Sturzrisikos wurde das im Haus verwendete Sturzrisikoscreening nach dem „Expertenstandard Sturzprophylaxe“ mit der Abfrage von 11 Domänen verwendet, die zu einer Einschätzung in den Kategorien „kein Sturzrisiko“ und „erhöhtes Sturzrisiko“ durch das Pflegepersonal führen [8]. Das Dekubitusrisiko wurde mit der sog. „Braden-Skala“ erfasst, die mit der Evaluation von 6 Bereichen einen Punktwert ermittelt (Punktwert von  $>20$  Punkten – geringes, 16–19 Punkte mittleres, 10–15 Punkte hohes und  $\leq 9$  Punkte sehr hohes Dekubitusrisiko [9]). Die Nutritional Risk Scale erfasst eine mögliche Mangelernährung in 2 Phasen mit einem Vor- und einem Hauptscreening. Hier gelten  $\geq 3$  Punkte als risikobehaftet für die Entwicklung einer Mangelernährung [10].



► **Abb. 1** Workflow „ISAR-Screening“ im Ev. Krankenhaus Witten.

Zur Charakterisierung des urologischen Patientenkollektives, dem durch das ISAR-Screening ein „geriatrischer Handlungsbedarf“ attestiert wird, wurde nach Erhalt des Ethikvotums der Ärztekammer Westfalen-Lippe vom 22.05.2015 (AZ 2015–343-f-5) ein logistisches Regressionsmodell mit einer Vorwärtsselektion berechnet. Als abhängige Variable wurde die binäre Variable „geriatrischer Handlungsbedarf“ (Ja/Nein entsprechend des ISAR-Screenings  $\geq 3$  Punkte=ISAR-positiv,  $\leq 2$  Punkte=ISAR-negativ) verwendet. Die Ergebnisse werden deskriptiv zum lokalen 5%-Signifikanzniveau bewertet. Deskriptiv wurden alle klinischen Daten mit relativen Häufigkeiten bzw. mit dem Median und der Interquartilsspanne beschrieben.

## Ergebnisse

### Demografische Daten

Im Untersuchungszeitraum 01.07.2016 bis 31.12.2016 wurden 337 Patienten identifiziert, die über 75 Jahre alt stationär aufgenommen wurden. Bei 332 lag das ISAR-Screening vor. Das mittlere Alter aller Patienten lag bei 81,57 Jahren (75–99 Jahre), das mittlere Alter der ISAR-positiven Patienten bei 83,01 Jahren (75–99) und das der ISAR-negativen bei 80,89 Jahren (75–95). Damit waren ISAR-positive Patienten im Mittel 2 Jahre älter als ISAR-negative. Dieser Altersunterschied ist statistisch signifikant ( $p=0,002$ ).

102 von 377 Patienten (27%) waren ISAR-positiv. Es waren dies anteilig mehr Frauen als Männer. So betrug das Verhältnis von ISAR-negativen zu ISAR-positiven Männern 2,41 : 1; analog das der ISAR-positiven zu ISAR-negativen Frauen 1,97 : 1; im Gesamtkollektiv betrug dieses Verhältnis 2,25 : 1. (► **Tab. 2**)

► **Tab. 2** Geschlechterverteilung des gesamten Patientenkollektivs und aufgeteilt in männliche und weibliche Patienten.

	Patienten	ISAR-positiv (n = 102)	ISAR-negativ (n = 230)	ISAR-positiv/ISAR-negativ
<b>männlich</b>	224 (66,47%)	65 (63,73%)	157 (68,26%)	2,41 : 1
<b>weiblich</b>	113 (33,53%)	37 (36,27%)	73 (31,74%)	1,97 : 1
<b>gesamt</b>	337 (100%)	102 (100%)	230 (100%)	2,25 : 1

## Urologische Diagnosen

Im DRG-Datensatz der untersuchten 332 Patienten fanden sich im Mittel 12,73 Diagnosen bei allen Patienten. ISAR-positive Patienten wiesen 16,62 Diagnosen, ISAR-negative 11,07 Diagnosen auf. Dieser Unterschied ist mit einem  $p = 0,0001$  signifikant.

Die häufigste urologische Hauptdiagnose bei ISAR-negativen männlichen Patienten war das benigne Prostatasyndrom (23,2%), gefolgt vom Prostatakarzinom (9,03%) und dem Harnblasenkarzinom (7,7%). Bei ISAR-positiven männlichen Patienten war die häufigste Einweisungsdiagnose das Harnblasenkarzinom (18,2%), gefolgt vom benignen Prostatasyndrom (15,2%) und Harnwegsinfektionen (9,1%). Bei ISAR-positiv getesteten weiblichen Patienten waren dies nahezu ausschließlich „entzündliche“ Hauptdiagnosen wie die Harnwegsinfektionen (36,1%), gefolgt von der Pyelonephritis (8,3%) und den Katheterkomplikationen (5,6%). Auch ISAR-negative Patientinnen wiesen überwiegend entzündliche Hauptdiagnosen auf (Harnwegsinfektionen: 20,0%, Infektion und entzündliche Reaktion durch Prothesen oder Implantate im Harntrakt: 6,7%, bösartige Neubildung der Harnblase: 12,0%).

## Sturzrisiko

Bei 216 von 337 Patienten lag eine Sturzrisikoerfassung vor (135 bei ISAR-neg., 81 bei ISAR-pos. Patienten). Dies entspricht einem Anteil von 64,09%. Gemäß der Einteilung des Sturzrisikoassessments in den Kategorien (normal, hoch, sehr hoch bzw. kein Sturzrisiko bei Bettlägerigkeit) gab es ein höheres Sturzrisiko bei ISAR-positiven Patienten. Dieser Unterschied war in der statistischen Analyse signifikant ( $p = 0,001$ ).

► **Abb. 2**

## Dekubitusrisiko

Bei 266 von 377 Patienten lag eine Dekubitus-Risikoeinschätzung (78,9%) vor. Es wurden im gesamten Patientenkollektiv (n = 266) im Mittel 19,79 Punkte vergeben.

Der mittlere Punktwert in den Braden-Skalen bei ISAR-positiv getesteten Patienten lag bei 16,84 Punkten (mäßiges Dekubitus-Risiko). Bei ISAR-negativen Patienten lag der Mittelwert bei 21,25 Punkten (geringes Dekubitus-Risiko). Die Unterschiede der beiden Vergleichsgruppen waren bei einem P-Wert von 0,001 statistisch signifikant.

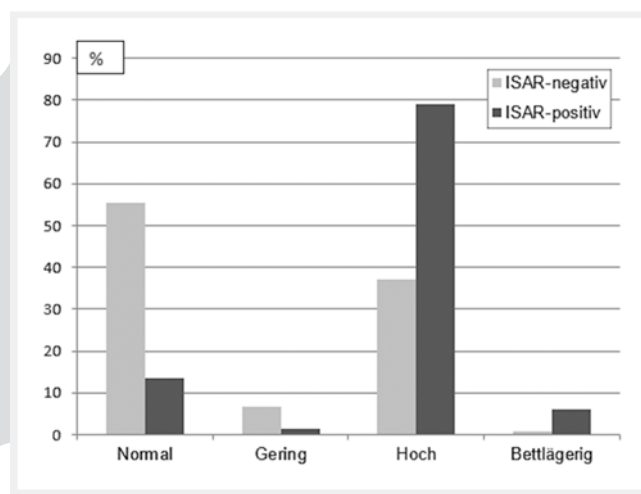
## Mangelernährung

Von dem gesamten Patientenkollektiv n = 337 ließ sich in den Krankenakten bei 147 Patienten (43,32%) ein Ernährungsscreening finden.

Lediglich in 23 Fällen (15,75%, n = 147) wurde ein Punktwert von mindestens 3 Punkten vergeben. Dies entspricht einer manifesten Mangelernährung oder legt ein deutlich erhöhtes Risiko nahe, eine Mangelernährung zu entwickeln. Der durchschnittliche Punktwert aller 147 ausgewerteten Ernährungsscreenings lag bei 1,60 Punkten. Es ergab sich für ISAR-negativ Patienten (n = 99) ein durchschnittlicher Punktwert im Ernährungsscreening von 1,38 Punkten, bei ISAR-positiven Patienten (n = 48) von 2,0 Punkten. Die Unterschiede waren mit einem  $p = 0,001$  signifikant.

## Verweildauer

Die mittlere Verweildauer aller 337 untersuchten Patienten über 75 Jahre lag im Untersuchungszeitpunkt bei 6,07 Tagen und damit höher als bei allen urologischen Krankenhauspatienten im EVK Witten mit 4,19 Tagen. ISAR-positive Patienten hatten mit 6,83 Tagen zwar eine höhere Verweildauer als ISAR-



► **Abb. 2** Prozentualer Anteil von ISAR-pos. bzw. ISAR-neg. Patienten in den Kategorien der Sturzrisikoskala.



negative Patienten mit 5,74 Tagen, die Unterschiede dieser Variable „Verweildauer“ zeigen jedoch keine statistische Signifikanz ( $p=0,365$ ).

## Diskussion

Ganz langsam setzt sich auch in der Urologie die Erkenntnis durch, dass systematische Assessments – validierte, untersucherunabhängige Scoring-Systeme – besonders zur hochqualitativen Betreuung von multimorbiden, hochbetagten, „geriatrischen“ Patienten von Nutzen sind. So formuliert die S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostata-Karzinoms, dass „geriatrische Assessments in der Therapieentscheidung vor einer Chemotherapie nützlich seien“ (<https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/043-022OL.html>). Unklar ist, welche Assessments gemeint sein könnten bzw. ob nicht in einem Schritt davor der angesprochene „geriatrische“ Patient zunächst mit einem Screening als ein solcher identifiziert werden müsste. Genau diese Frage soll das in NRW seit 2015 vorgeschriebene ISAR-Screening bereits in der Aufnahmesituation klären helfen, um die medizinische Prozessqualität für diese vulnerablen Patienten zu verbessern. Die Frage ist, welche Merkmale der so identifizierte „geriatrische Patient“ in der Urologie aufweist und wie es gelingen kann, die so gewonnenen Informationen auch in die klinisch-urologische Praxis einzubringen. Die in dieser Arbeit getroffene Gegenüberstellung der Ergebnisse des ISAR-Screenings mit weitergehenden Assessments zeigt, dass der ISAR-positive Patient mit „geriatrischem Handlungsbedarf“ ein erhöhtes Sturzrisiko aufweist, vermehrt dekubitusgefährdet ist und sich häufiger mangelernährt darstellt. Er gelangt häufiger als Notaufnahme in das Krankenhaus, ist älter als der ISAR-negative über 75-jährige Patient und weist als Ausdruck seiner Multimorbidität im Mittel 5 Diagnosen mehr auf. Damit charakterisiert das ISAR-Screening bereits in der urologischen Aufnahmesituation den „positiven“ Patienten als besonders betreuungsbedürftig, besonders vulnerabel und von Sekundärkomplikationen bedroht. Dieses Bewusstsein müsste damit in routinemäßige Prozesse und Entscheidungen einfließen und genau wie Alter oder PSA-Wert bei Männern Teil der Besprechungskultur werden.

Bei 65,8% der durch das ISAR-Screening prozesskonform ausgelösten Besuche der Liaisonkraft resultierten aus diesen Visiten keine speziellen Maßnahmen.

Dies wirft die Frage nach einer Optimierung des Prozesses auf: Hier könnte nach Auffassung der Autoren eine interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende frühzeitige Diskussion des Ergebnisses des Liaison-Besuches nützlich sein. Würden die medizinisch-urologischen, -geriatrischen, pflegerischen und sozialen Informationen zum Patienten in einer Art „Teamgespräch“ mit Stationsarzt, geriatrischem Konsiliarius, Pflegenden und Liaisonkraft zusammengetragen oder während einer gemeinsamen Visite diskutiert, ergäbe sich mit hoher Wahrscheinlichkeit bei mehr Patienten ein weitergehender Ansatz. Ähnlich wie in einer Tumor- oder Beckenbodenkonferenz würden dann nicht mehrere Prozesse nebeneinander ablaufen, sondern die Ansätze gebündelt.

Zur Verbesserung der „awareness“ für das Ergebnis des ISAR-Screenings bzw. für die Besonderheiten dieser Patientengruppe innerhalb der stationär-urologischen Patienten wurde die Aufnahme des Ergebnisses in der Klinik der Autoren an prominenter Stelle in die Kurvendokumentation, den Arztbrief und auch in die Kommunikation mit dem medizinischen Dienst der Krankenkassen vereinbart. Besonders hier zeigt die Erfahrung, dass die neutrale, untersucherunabhängige Charakterisierung eines urologischen Patienten als einen mit „geriatrischem Handlungsbedarf“ in vielen Fällen die Argumentation z. B. für eine stationäre Behandlung oder die Begründung einer längeren Verweildauer enorm erleichtert.

Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten über 75 Jahre ist mit 6,07 Tagen rund 1,8 Tage länger als die aller in der Urologischen Klinik im Ev. Krankenhaus Witten behandelten Patienten mit 4,19 Tagen. Die Unterschiede zwischen der Verweildauer von ISAR-positiven zu ISAR-negativen Patienten mit 6,83 vs. 5,74 Tagen war nicht signifikant. Offenbar wird die Verweildauer von so vielen Faktoren wie Alter, Art und Umfang des durchgeführten Eingriffs und der hierzu erforderlichen Vor- und Nachbehandlung determiniert, dass die alleinige Betrachtung des ISAR-Status zu kurz greift. Es deutet sich jedoch hier ein finanzieller Anreiz an: Wenn es gelänge, die längere Verweildauer von Hochbetagten in einer Akutklinik z. B. durch ein effektives Entlassmanagement zu verkürzen, ließen sich hier Einsparpotenziale erzielen. Hierzu könnte auch das ISAR-Screening beitragen.

## Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- [1] Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Fallzahlentwicklung in der Urologie im Zuge des demografischen Wandels. Im Internet: [https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs\\_alle/Fallzahlentwicklung-Urologie\\_2012\\_09\\_29.pdf](https://www.zi.de/cms/fileadmin/images/content/PDFs_alle/Fallzahlentwicklung-Urologie_2012_09_29.pdf) Stand 11.09.2018
- [2] NRW Koalition. Koalitionsvertrag für Nordrhein-Westfalen 2017-2022. Im Internet: [https://www.cdu-nrw.de/sites/default/files/media/docs/nrwkoalition\\_koalitionsvertrag\\_fuer\\_nordrhein-westfalen\\_2017\\_-\\_2022.pdf](https://www.cdu-nrw.de/sites/default/files/media/docs/nrwkoalition_koalitionsvertrag_fuer_nordrhein-westfalen_2017_-_2022.pdf) Stand 11.09.2018
- [3] McCusker J, Bellavance F, Cardin S et al. Screening for geriatric problems in the emergency department: reliability and validity. Identification of Seniors at Risk (ISAR) Steering Committee. Acad Emerg Med 1998; 5: 883–893
- [4] McCusker J, Bellavance F, Cardin S et al. Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 1229–1237
- [5] Thiem U, Greuel HW, Reingraber A et al. Consensus for the identification of geriatric patients in the emergency care setting in Germany. Z Gerontol Geriatr 2012; 45: 310–314
- [6] Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C et al. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf 2014; 23: 290–298

- [7] Singler K, Heppner HJ, Skutetzky A et al. Predictive validity of the identification of seniors at risk screening tool in a German emergency department setting. *Gerontology* 2014; 60: 413 – 419
- [8] Hochschule Osnabrück. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege. (Hrsg.) Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege (1. Aktualisierung 2013). Im Internet: [https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe\\_in\\_der\\_Pflege/Sturz\\_Akt\\_Literaturstudie-Langfassung.pdf](https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Sturzprophylaxe_in_der_Pflege/Sturz_Akt_Literaturstudie-Langfassung.pdf) Stand 11.09.2018
- [9] Bergstrom N. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk: reflections on the perioperative period. *J Wound Ostomy Continence Nurs* 2005; 32: 79 – 80 author reply
- [10] Schutz T, Valentini L, Herbst B et al. European Society for Clinical Nutrition and Metabolism. [ESPEN guidelines on enteral nutrition – summary]. *Z Gastroenterol* 2006; 44: 683 – 684

