

Ambulantes Geriatrisches Assessment in der allgemeinärztlichen Sprechstunde

Wie häufig werden therapeutische Konsequenzen gezogen?

Frau Prof. Dr. med. habil. Gisela Charlotte Fischer, dem Pionier auf dem Gebiet der hausärztlichen geriatrischen Versorgung, zum Geburtstag gewidmet.

Hagen Sandholzer¹, Melanie Keyser¹, Gisela Charlotte Fischer²

¹ Universität Leipzig, Abteilung Allgemeinmedizin

² Emeritus, Medizinische Hochschule Hannover, Abteilung Allgemeinmedizin

Diese Studie widmete sich der Fragestellung, ob sich ein geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis lohnt. In 67 Allgemeinpraxen aus dem Hannoverischen und Leipziger Raum wurden 446 ältere Patienten untersucht, wobei 4250 medizinische, 374 psychiatrische und 528 soziale Probleme festgestellt wurden. 45,4% der medizinischen, 61,8% der psychiatrischen und 56,8% der sozialen Probleme waren den Ärzten bislang im Rahmen ihrer Routinebetreuung unbekannt geblieben. Die Ergebnisse ergaben wichtige Hinweise, welche Maßnahmen im Praxisalltag erfolgreich umzusetzen sind.

Die rechtzeitige Diagnosestellung geriatrischer Gesundheitsprobleme wird allgemein als Voraussetzung für die bessere Versorgung älterer Patienten in der Allgemeinpraxis angesehen. Geriatrisches Assessment (GA) ist eine Antwort auf die zunehmende Multimorbidität der älteren Menschen. Es wurde mit dem EBM 2000+ als hausärztliche Leistung in die deutsche Gesundheitsversorgung eingeführt, nachdem es zuvor in Großbritannien und Dänemark Pflichtleistung der staatlichen Primärversorgung wurde (inzwischen teilweise zurückgenommen).

Ziel des geriatrischen Assessments ist eine – gegenüber herkömmlichen Untersuchungsmethoden – verbesserte Diagnostik und durch die daraus resultierenden Interventionen eine Optimierung der Therapie. Die vorliegende Studie stellt einen Ansatz zur Evaluation des hausärztlichen geriatrischen Assessments dar. Gegenstand dieser Arbeit sind folgende Fragestellungen:

- Wie häufig sind auffällige Ergebnisse im unausgelesenen Krankengut der Hausarztpraxis?
- Wie häufig sind die Auffälligkeiten für den Hausarzt neu, das heißt im Rahmen der ärztlichen Routinebetreuung unbekannt geblieben?
- Welche therapeutischen Konsequenzen werden aus den neu gestellten Befunden gezogen?

Methodik

Grundlagen dieser Auswertung ist die Ages-Studie. In Praxen aus Hannover und Leipzig sollte mindestens ein Patient morgens oder nachmittags mit folgenden Einschlusskriterien in die Studie eingeschlossen werden: Alter 70 Jahre oder älter, Praxiskontakt in der Sprechstunde (nicht Hausbesuch), Patient erscheint frühestens eine Stunde nach Sprechstundenbeginn. Durch Ausschluss der Hausbesuchspatienten konnte eine Selektion besonders inkompetenter Patienten (Demenzen im Spätstadium) vermieden werden.

Aus bekannten und validierten Instrumenten entstand ein Patientenfragebogen mit anamnестischen Fragen, den die Praxishelferinnen anwandten. Ergänzend wurde die 15-Item-GDS als Messverfahren für Depressionen und der modifizierte Minimal Mental Status aufgenommen. Weiter war eine zweimalige Blutdruck- und Pulsmessung, ein Hör- und Sehtest und die Blutabnahme zur Bestimmung der Glukose, Cholesterin und basaler TSH-Werte vorgesehen. Unabhängig davon wurden die Ärzte gebeten, einen Diagnosebogen auszufüllen, um durch den Vergleich des Assessments mit diesem Bogen die Neuaufdeckungsquote zu ermitteln. Nach Abschluss der Untersuchung und Ausfüllen des Diagnosebogens erhielten die Ärzte einen Ergebnisbogen mit:

- Leitlinien für weitergehende ärztliche Untersuchungen (z. B. Hörtest, Sehtest, Zahn- bzw. Prothesenstatus, Mobilität inklusive Timed-up and go Test)
- einem ärztlichen Leitfaden zur Einleitung spezifischer Maßnahmen aufgrund des Screenings
- einem Interventionsprotokoll zur Dokumentation der therapeutischen Konsequenzen.

Durch eine Nachbefragung wurde ermittelt, inwieweit aus diesen Ergebnissen Konsequenzen

für die Therapie gezogen wurden. Die Dateneingabe und statistische Auswertung erfolgte mit dem Programmpaket SPSS.

Ergebnisse

Von 116 zufällig ausgewählten Praxen im Raum Hannover konnten 35 Praxen zur Mitarbeit gewonnen werden, von den 49 zufällig gewählten Praxen des Raumes Leipzig waren 32 zur Mitarbeit bereit. Die Responsequote der Ärzte betrug damit 40,6%, 30,2% im Westen und 65,3% im Osten. Von insgesamt 470 Patienten, die randomisiert in den Praxen gewonnen wurden, waren 466 auswertbar. Das Untersuchungskollektiv setzte sich aus 333 weiblichen (71,5%) und 133 männlichen (28,5%) Patienten mit einem Durchschnittsalter von 76 Jahren zusammen.

203 Patienten stammen aus der Region Hannover und 256 aus der Region Leipzig. 76,1% nannten als höchsten Schulabschluss „Volksschule“, 20,5% „mittlere Reife“, 2,5% „Abitur“ und 0,9% „Hochschule“.

Beratungsanlass war bei:

- 41,8% gesundheitliche Beschwerden
- 33,8% kontinuierliche Behandlung und Verlaufskontrollen
- 16,1% technische Gründe (Einbestellung zur Blutabnahme, Spritzen, EKG)
- 8,4% ein Verordnungswunsch.

Bei den Patienten wurden insgesamt 4250 medizinische, 374 psychische und 528 soziale Befunde erhoben, die Krankheitswert und Problemschwere besitzen. Häufig waren Impflü-

Tab. 1 Häufigkeit, Neuaufdeckungsquoten und gezielte Maßnahmen zur Behandlung relevanter Gesundheitsrisiken

| Befunde der Ages-Studie: Ambulante Patienten (n=466) | Prävalenz bei über 69-jährigen | Anteil unentdeckter Probleme (%) | Prävalenz von Interventionen nach Screening (%) |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Impfdefizit (Grippe, Tetanus) | 73 | 12 | 40 |
| Probleme beim Hören | 66 | 54 | 19 |
| Probleme beim Sehen | 65 | 52 | 17 |
| Schmerzen | 50 | 27 | 17 |
| Angst | 50 | 60 | 17 |
| Probleme beim Beißen | 43 | 58 | 17 |
| Motorik und Balance | | | 16 |
| • Schwindel | -43 | -16 | |
| • Stürze | -34 | -38 | |
| • Synkopen | -15 | -41 | |
| • Pathologischer Gehstest | -9 | -47 | |
| Atemnot | 40 | 39 | 15 |
| Inkontinenz | 39 | 73 | 14 |
| Medikamente | | | 12 |
| • Unsicherheit | -30 | -95 | |
| • > 4 Medikamente verordnet | -27 | -47 | |
| • Selbstmedikation (>1 Präparat) | -23 | -100 | |
| Allgemeinzustand und Alltagsfunktion | | | 12 |
| • Probleme bei der Hausarbeit | -34 | -41 | |
| • Subjektiv schlecht | -23 | -43 | |
| • Verkehrsmittelbenutzung | -19 | -39 | |
| • Problem beim Einkaufen | -19 | -41 | |
| • Probleme beim Bereiten warmer Mahlzeiten | -13 | -58 | |
| • Grundpflegebedarf | -10 | -57 | |
| Cholesterin-Wert pathologisch | 33 | 32 | 6 |
| Depression | 26 | 62 | 5 |
| Mäßig schwere Demenz (MMSE) | 21 | 86 | 4 |
| Krankenhausaufenthalt | 21 | 23 | 3 |
| Probleme bei Regelung der Finanzen | 17 | 58 | 2 |
| Blutdruck pathologisch | 16 | 24 | 3 |
| Blutzuckerwert pathologisch | 15 | 44 | 3 |
| Keine Hilfsperson | 15 | 30 | 3 |
| Gewichtsverlust, Marasmus | 13 | 36 | 3 |
| Arrhythmischer Puls | 13 | 45 | 2 |
| Husten, Auswurf | 12 | 50 | 2 |
| AVK | 9 | 68 | 2 |
| TSH-Wert | 9 | 67 | 1 |

cken, Seh- und Hörbehinderungen sowie Schmerzen anzutreffen. Von den medizinischen Befunden waren 1930 (45,4%) den Hausärzten bis dahin nicht bekannt. Durch das Screening wurden 231 psychische (61,8%) und 300 (56,8%) soziale Befunde erstmals entdeckt (Tab. 1). Obwohl absolut selten, war die höchste Neuaufdeckungsquote bei Claudicatio intermittens und Schilddrüsenstoffwechselstörungen anzutreffen. Hör- und Sehstörungen, Angst und dentale Probleme waren sowohl häufig als auch häufig unentdeckt, während die häufigen Impflücken und Schmerzen den Hausärzten in der Regel bekannt waren. Die dritte Spalte von Tabelle 1 gibt an, wie häufig insgesamt Konsequenzen aus der Untersuchung gezogen wurden. Impfungen, Abklärung und Behandlung von Problemen beim Hören, Sehen und Kauen sowie Schmerztherapie und psychosomatische Grundversorgung bei Angst wurden am häufigsten angegangen.

Akzeptanz der Patienten

Den Zusatzbefragungen von 427 Patienten (92% der Gesamtstichprobe) entnehmen wir, dass das Assessment gut akzeptiert wurde. Hier meinen:

- 89% der Patienten, dass das Screening nützlich sei, lediglich 11% hielten es für Zeitverschwendung

Was bringt diese Studie Neues und welche Konsequenzen ergeben sich für die Praxis?

Bislang wird bei der Durchführung des geriatrischen Basisassessments nach dem EBM 2000+ dem kognitiven und funktionellen Zustand die meiste Aufmerksamkeit geschenkt. Die Studie zeigt, dass hier oft weniger therapeutische Konsequenzen herauskommen als bei anderen Bereichen.

Konsequenzen für die Praxis:

Benutzen Sie besser einen Fragebogen, wie zum Beispiel das Step Instrument [300], das den medizinischen Belangen älterer Menschen mehr Aufmerksamkeit schenkt. Achten Sie auf folgende Bereiche und handeln Sie:

- Impfanamnese: Gegen Grippe, Pneumokokken und DT impfen
- Probleme beim Hören: Hörgeräteversorgung
- Probleme beim Sehen: Anpassung von Sehhilfen, Sturzprophylaxe, Wohnraumanpassung (Beleuchtung)
- Schmerzen: Analgetika verschreiben, Erfolg kontrollieren
- Angst: Psychosomatische Grundversorgung
- Probleme beim Beißen: Zahnärztliche Behandlung veranlassen
- Schwindel, Stürze, pathologischer Gehtest: Sturzprophylaxe, Ändern der Medikation (weniger als 4 Medikamente verordnen, Blutdruckeinstellung nicht übertreiben, Psychopharmaka reduzieren)
- Atemnot: Herzinsuffizienz diagnostizieren und behandeln
- Inkontinenz: Inkontinenzhilfen verschreiben, hausärztliche Beratung
- Medikamente: Unsicherheit durch groß gedruckten Medikamentenplan beseitigen, wenn über 4 Präparate verordnet: alles nicht wichtige absetzen, Selbstmedikation kontrollieren (Inspektion der Hausapotheke beim Hausbesuch!)

- 1,5% der Patienten hatten nach dem Test mehr Sorgen über ihre Gesundheit, während 15,7% weniger Sorgen hatten (Rest von 82,6% unverändert).

Diskussion

Diese Untersuchung zeigt, dass bei einem umfassenden geriatrischen Assessment sehr häufig relevante Gesundheitsprobleme entdeckt werden, die auch in internationalen und drei weiteren deutschen Assessmentstudien gefunden wurden. Allerdings hängt die Häufigkeit der Befunde natürlich von der Zahl der untersuchten Bereiche und der Sensitivität des Messverfahrens ab.

Das derzeit in Deutschland propagierte Basisassessment besteht aus dem Minimal-Mental State, dem Barthel-Index und einem kurzen Sturztest. In dieser Studie ergaben sich Auffälligkeiten bezüglich des kognitiven Zustands bei 21%, Grundpflegebedarf bei 10% und Stürze bei 34% der Patienten, die in die Sprechstunde kamen. Diese relativ hohe Prävalenz bei Patienten, die in die Sprechstunde kommen, rechtfertigt sicherlich die Erfassung dieser Störungen. Andererseits sind gewichtige medizinische Befunde, die für die ärztliche Therapie wesentlich sind – wie zum Beispiel Sinnesstörungen, Impfdefizite oder Selbstmedikation – ebenfalls sehr häufig. In der Rangliste der unentdeckten Störungen sowie der daraus gezogenen Konsequenzen nehmen diese Bereiche jedoch nicht die Spitzenposition ein.

Der Effekt einer komplexen Maßnahme wie eines geriatrischen Assessments hängt sehr von der Beschaffenheit des Programms (14) und von der Umsetzungsquote und Implementierung in der Primärversorgung ab (22). Zur Art und Umsetzung des ambulanten geriatrischen Assessments ist weit weniger bekannt als zu seinen Ergebnissen. In früheren Studien wurde diese Maßnahme als eine Art „black box“ behandelt und nur das Ergebnis untersucht, das als ein methodischer Mangel gilt (14, 21). Die Umsetzungsrate hängt davon ab, ob die Ärzte Empfehlungen akzeptieren und die Patienten sie befolgen. Dies hängt davon ab, wer das Assessment durchführt, ob wirksame Therapiemaßnahmen zur Verfügung stehen und wie stark diese in das Leben des älteren Patienten eingreifen. Dabei scheint der Untersucher das Assessment am effektivsten durchführen zu können, wenn er die klinische Verantwortung trägt und so in der Lage ist, die Maßnahmen langfristig sicherzustellen (2, 22, 4). In der klinischen Praxis ist es möglich, dass verschiedene Berufsgruppen spezifische Teile des langwierigen Assessments übernehmen, und dass durch gemeinsame Besprechungen mit dem verantwortlichen Arzt eine Entscheidung gefällt wird. Im ambulanten Bereich ist das Patientenaufkommen und die Arbeitslast zu hoch – gemessen an dem verfügbaren Personal – um die

Forderung einzuhalten, dass der Hausarzt selbst eine nennenswerte Anzahl seiner Patienten umfangreich untersucht oder ausführliche Besprechungen mit Gesundheitsschwestern externer Organisationen (Krankenkassen, Pflegestationen) führt. Je besser die Zusammenarbeit zwischen Arzt und dem das Assessment Durchführenden, um so eher hielten die Patienten die Maßnahmen ein (4). Für den hausärztlichen Bereich ist es daher richtig, wichtige und delegierbare Teile des Assessments von den Praxishelferinnen durchführen zu lassen, die wie die „health visitors“ in England in die tägliche Arbeit integriert sind und über ein patientenspezifisches Vorwissen verfügen, anstatt praxisexternes Personal (z. B. Sozialstationen, Medizinischer Dienst) mit dieser Aufgabe zu betrauen. Die Einbindung des Praxispersonals in das geriatrische Assessment hat sich auch in England bewährt (23).

Das Ausmaß der Compliance wurde in den wenigen Studien recht unterschiedlich gewertet. Sechs Studien zum ambulanten geriatrischen Assessment empfahlen zwischen 1,6 und 11,5 Maßnahmen pro Patient, davon wurden zwischen 27% und 71% umgesetzt. Die Compliance war im ambulanten Setting nicht grundsätzlich niedriger als im stationären Bereich, wo nur 27% aller Empfehlungen umgesetzt werden (18). Fest steht, dass die Compliance je nach Eingriff in das Leben des Patienten sinkt (5) und für die wichtigste Empfehlung besser ist als für nachrangige (14). Der entscheidende Punkt im Assessment ist daher Prioritäten (Hierarchisierung) zu formulieren, welche auf den sozialmedizinischen Zustand

des Patienten individualisiert Rücksicht nehmen. Aus diesem Grund ist es nicht erforderlich, möglichst viele Konditionen neu aufzudecken, sondern einige wenige, jedoch hochrelevante Probleme zu diagnostizieren und zu behandeln. Es hat sich gezeigt, dass das bessere Management bekannter Probleme mindestens ebenso wichtig ist wie die neue Diagnose durch Assessment. Gerade im Bereich der Demenz erscheint es erfolgversprechend, das bekannte Wissen der Hausärzte (erlebte Anamnese, prior knowledge) auszunutzen, um Demenzkranke zu identifizieren. Diese können dann erfolgversprechend behandelt werden (24).

Fazit

Als Konsequenz aus diesen Ergebnissen lässt sich festhalten, dass dem medizinischen Status im ambulanten geriatrischen Assessment mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte als der Durchführung des kognitiven und funktionellen Assessments allein (siehe Kasten). Hausärzte sollten auch das Assessment nutzen, die bisherige Therapie zu überdenken und zu optimieren (18).

Literatur

Bei der Redaktion oder im Internet unter www.thieme.de/notfallmedizin



Korrespondenz

Prof. Dr. med. Gisela Fischer,
Emeritus
Hainburgweg 7
30559 Hannover
giselacharl.fischer@t-online.de

A prospective study of geriatric assessment in general practice – compliance with recommendations

Aims: To evaluate the geriatric assessment of preventable disabilities in primary care. **Methods:** We used the Ages assessment instrument, a geriatric preventive screening examination with a patient, nurse and doctor administered questionnaire including various indicators of physical, emotional and social functions as well as laboratory exams. The assessment procedure was tested in 67 practices around Hannover and Leipzig, Germany. Results of the assessment procedure in 446 patients aged 70 and over revealed a high prevalence of treatable health problems. In these patients we found 4250 medical, 374 psychiatric and 528 social problems. 45,4% of medical, 61,8% of psychiatric and 56,8% of social problems were hitherto unknown to the GPs. However the proportion of specific medical reactions of general practitioners was considerably lower. In most instances the doctors adopted a wait and see strategy with no intervention. Doctors most often choose interventions which are efficient and easy to implement in daily practice. **Conclusions:** Broad assessment instruments may detect a lot of morbidity previously unknown to the GP but they do not lead to therapy in all cases. Future research is needed to develop short instruments which focus on health problems both relevant to the elder persons quality of life and to the GPs appreciation of manageable interventions after geriatric assessment. Items to be included in future geriatric assessment procedures should be selected according to evidence based medicine (e.g. the number needed to treat for a desired outcome).

Key words

geriatric assessment – primary care – old age – evaluation – trial