

Geriatrisches Screening in der Hausarztpraxis: Was bringt es wirklich? Ergebnis einer 1 Jahres – Nachverfolgung Teil 2 einer Studie aus Südtirol/Italien

Geriatric Assessment in General Practice – What Results from it? – A follow-up Part 2 of a Study from South Tyrol, Italy

Autor G. Piccoliori¹, E. Gerolimon¹, H.-H. Abholz²

Institut ¹Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin, Bozen
²Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf, Düsseldorf

Schlüsselwörter

- Geriatrisches Screening
- Allgemeinmedizin
- Nachverfolgungsstudie

Key words

- Geriatric Assessment
- general practice
- follow-up

Peer reviewed article

eingereicht: 20.05.2007
akzeptiert: 10.06.2007

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-984394
Online-Publikation: 15.08.2007
Z Allg Med 2007; 83: 321–323
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 1433-6251

Korrespondenzadresse

G. Piccoliori
c/o SakAM
EURAC-Bozen
Drususstr. 1
39100 Bozen/Italien
drgiupic@tin.it

Zusammenfassung



Hintergrund: Auf dem Hintergrund des Nachweises eines diagnostischen Nutzens eines Geriatrischen Screenings (STEP) in der Hausarztpraxis wird ein Jahr nach Abschluss des Screenings unangekündigt bei den teilnehmenden Ärzten nachgefragt, welche Konsequenzen und mit welchem Erfolg das Screening für ihre Patienten mit „neuen und relevanten Problemen“ hatte.

Methode: Semistandardisierte Fragebogenstudie bei 45 Ärzten und zu deren 894 Screening-Patienten über 70 Jahre. Die Nachverfolgungsuntersuchung war zu keinem Zeitpunkt den Teilnehmern angekündigt, um jegliche Intervention in bezug auf deren Tun zu verhindern.

Ergebnisse: 23 Ärzte, im Vergleich zur Gesamtheit primär deutschsprachige überrepräsentiert, beteiligen sich und füllen für 490 Patienten mit 657 „Neue und relevanten Problemen“ die Bögen aus. Zu 47% wurden diese Probleme therapeutisch angegangen und dies war zu 82% auch erfolgreich. Überwiegend medizinisch gut definierte, weniger psychomentele oder soziale Probleme werden angegangen. Für das Nichtangehen von Problemen wird hauptsächlich das Problem selbst oder der Patient verantwortlich gemacht.

Schlussfolgerung: Ein Geriatrisches Screening ist in der Hausarztpraxis diagnostisch erfolgreich. Es ist zudem wahrscheinlich auch therapeutisch – festgemacht an Surrogatparametern und den Aussagen der behandelnden Ärzte – erfolgreich. Untersuchungen, die verlässlichere Outcome-Parameter als wir genutzt haben, sind uns nicht bekannt.

Anfang 2005 führten wir in Südtirol eine Studie über die Gesundheitsprobleme im bio-psycho-sozialem Bereich der über 70-jährigen Bevölkerung durch [1]. 45 Hausärzte befragten und untersuchten mittels eines standardisierten Frage-

Abstract



Background: On the background of a found diagnostic success when using Geriatric Assessment (STEP) in General Practice, a 1-year follow-up was done. General Practitioners (GP) were asked what has been resulted from finding a “new and relevant problem”.

Method: Semi-standardised questionnaire send to 45 GPs and asking about 894 screening patients above 70. The follow-up was not pre-announced to mind any intervention on what a GP is doing after finding “new and relevant problems” in his elderly patients.

Results: 23 patients answered for 490 patients with 657 “new and relevant” problems. Patients and problems were similar in comparison to the whole group. But the group of doctors taking part had more primarily German speaking doctors. 47% of the problems were approached and in 82% with success – according to the GP. More medical or technical problems were approached than psychological, mental or social problems. Reasons for not approaching were seen primarily in the problem itself and in the willingness of the patient.

Conclusion: Geriatric assessment in General practice is diagnostically successful. And is probable that it is also therapeutically successful – judged according to GPs and surrogate parameters. But we do not know about studies using more solid data.

bogens (STEP – Standardised assessment for Elderly People in primary Care) [2] 894 ihrer zufällig ausgesuchten Patienten. Details des Studiendesigns sind an anderer Stelle dargestellt [1].

Durchschnittlich zeigten die Patienten ca. 13 von maximal 40 möglichen Problemen. 13% dieser waren den Hausärzten bislang unbekannt. D.h. jeder Patient hatte im Durchschnitt 1,6 für den Arzt „neue Probleme“. Oder anders ausgedrückt: 61% der Patienten wiesen zumindest ein dem Arzt „neues Problem“ auf. Mehr als 70% dieser neuen Probleme wiederum wurden vom Patienten oder Hausarzt bzw. von beiden als relevant beurteilt. Darunter verstand man – so operationalisiert vorgegeben – „ein Problem, gegen das etwas unternommen werden konnte und sollte“. D.h.: 9% aller gefundenen Probleme waren zugleich „neu und relevant“. Die Relevanzeinschätzung war allerdings zu etwa der Hälfte der „neuen Probleme“ unterschiedlich zwischen Patienten und Arzt.

Im Teil 1 der Studie blieb die Frage unbeantwortet, ob die „neuen und relevanten Probleme“ – also das Ergebnis der Screening-Studie, auch zu einer Betreuungsänderung führen – wie die Definition von „relevant“ nahe legte.

Methoden

Ca. ein Jahr nach der Screening-Untersuchung erhielt jeder teilnehmende Hausarzt eine Liste seiner Patienten, bei denen er „neue und relevante Probleme“ gefunden hatte, auf der auch diese nochmals zusammengefasst waren. Er sollte dann für jedes dieser Probleme stichwortartig auf Vordruck angeben, ob und wie er versucht hatte, das Problem zu lösen bzw. zu verbessern. Weiterhin sollte er angeben, ob dabei ein Erfolg erzielt wurde und wie dieser aussah. Es handelte sich somit um einen semi-standardisierten Fragebogen, der zu weiten Teilen mit Freitext zu beantworten war.

Die teilnehmenden Ärzte waren im Zusammenhang mit der Screening-Studie über die Durchführung einer solchen Nachuntersuchung bewusst nicht informiert worden, um jeglichen Einfluss auf ihre mögliche Interventionen zu vermeiden. Dreimalig wurden die Ärzte zur Abgabe der Bögen gemahnt.

Ergebnisse

An der Folgeuntersuchung nahmen 23 Ärzte teil (50% von all denjenigen, die bei der Screening-Studie dabei waren). Bei den antwortenden Ärzten wurden bei 490 Patienten 6.554 Probleme festgestellt; 13 Probleme pro Patient im Durchschnitt. „Neu“ für den Arzt waren es 923, was 14% aller Probleme entspricht.

An den aufgeführten Kennzahlen festgemacht, ist die Untersuchungsgruppe der Patienten und Probleme in etwa so zusammengesetzt wie die Gesamtgruppe. Allerdings sind die antwortenden und die nichtantwortenden Ärzte unterschiedlich: Die Ärzte mit primär italienischer Herkunft sind deutlich unterrepräsentiert in der Gruppe der Antwortenden. Geschlechts- und Altersverteilung sind zwischen Gesamtgruppe und antwortender Gruppe etwa gleich.

„Neu und relevant“ – nur für den Arzt oder nur für den Patienten oder für beide zugleich – waren es 657 Probleme, was etwa 71% der neuen Probleme entspricht. 47% dieser „neuen und relevanten Probleme“ wurden therapeutisch angegangen. Bei 82% der Therapieansätze war dies nach Auskunft der antwortenden Ärzte auch erfolgreich und der Patient erlebte, laut Hausarzt, eine Besserung des problembezogenen Zustandes.

Am relativ häufigsten wurden folgende Probleme angegangen: Schlafstörungen, Schmerzen und erhöhter Blutdruck. Am sel-

Tab. 1 Einige „neue und relevante Probleme“ mit dem Anteil an „angegangenen Problemen“ und der jeweiligen Erfolgsquote. (nur Probleme mit $n > 10$ aufgeführt)

Problem	n	Angegangen in % von n	mit Erfolg in % von den Angegangenen
Schlafprobleme	41	75,6%	93,5%
Gelenkschmerzen	20	75,0%	100,0%
mäßig/starke Schmerzen im letzt. Monat	12	75,0%	88,9%
Beinschmerzen	29	72,4%	95,2%
erhöhter Blutdruck	18	72,2%	84,6%
Sehprobleme	18	72,2%	69,2%
Atemnot	22	68,2%	53,3%
Thoraxschmerzen	18	66,7%	83,3%
Verstopfung	20	60,0%	83,3%
Mobilitätsprobleme	14	57,1%	100,0%
depressive Stimmung	42	50,0%	71,4%
Inkontinenz	32	46,9%	86,7%
alltägliche Arbeiten	17	29,4%	80,0%
Wohnumfeld	30	20,0%	66,7%
persönliche Pflege	12	16,7%	50,0%
Orientierungstest	40	10,0%	25,0%

tensten wurden folgende Probleme angegangen: Probleme bei der persönlichen Pflege, Verdacht auf Demenz, Probleme im Wohnumfeld und bei den alltäglichen Arbeiten.

Mit Erfolg angegangen wurden am häufigsten: Gelenkbeschwerden, Beinschmerzen und Schlafstörungen (◉ **Tab. 1**).

Bei den angegangenen Problemen wurde in 78% der Fälle die Art der Intervention angegeben. Dabei handelte es sich als „hauptsächlichen Ansatz“ in 56% um medikamentöse Therapien, in 23% um Fachvisiten und weitere Abklärungen und Kontrollen sowie in 21% um Patientenberatungen (z.B.: Lebensstiländerungen, Suche nach Hilfen etc.).

Im Falle des Nichtangehens wurde in 51% eine Begründung angegeben. In 84% der Fälle wurde dabei angegeben, dass das Angehen des Problems nicht erforderlich war bzw. es dann doch als nicht veränderbar anzusehen war. In dem Rest der Fälle wurde geantwortet, dass der Patient jegliche Intervention abgelehnte. In 58 Fälle/Probleme (18%) brachte die Intervention keinen Erfolg. Am wenigsten Erfolg hatte man in der Lösung von psychosozialen (64%) und sozialen (72%) Problemen sowie bei der Änderung von ungesunden Lebensgewohnheiten (67%) (◉ **Tab. 2**). Eine Begründung dafür wurde nur in 31% angegeben. Dabei trug – nach Sicht der Ärzte – meist der Patient die Verantwortung für den Misserfolg.

Schlussfolgerungen

Etwa die Hälfte der durch den Screening-Test STEP festgestellten „neuen und relevanten Probleme“ wird therapeutisch auch angegangen. Dies dann mit Erfolgsraten von mehr als 80% – nach allerdings nur der Aussage der Ärzte. Neben der Ärzteselektion – nur die Hälfte der Ärzte nahm bei der Nachuntersuchung teil – ist dies die zentrale Schwäche der Studie. Wir haben keine objektiven Daten und wir haben keine Angaben vonseiten der Patienten zu dieser Fragestellung. Aus pragmatischen Gründen mussten wir hierauf verzichten. Dennoch sind wir mit dieser Nachverfolgung nach unserer Kenntnis die einzigen, die so et-

Problem	n	angegangen	mit Erfolg angegangen	angegangen in % von n	mit Erfolg in % von den Angegangenen
somatische Probleme und Befunde	277	175	147	63,2%	84,0%
Lebensstilprobleme	28	12	8	42,9%	66,7%
anamnestische Daten	54	22	17	40,7%	77,3%
Funktionsstatus	79	31	28	39,2%	90,3%
Impfstatus	58	21	19	36,2%	90,5%
soziale Probleme	79	25	18	31,6%	72,0%
psychomentale Probleme	82	25	16	30,5%	64,0%

Tab. 2 Ansatz zu den „neuen und relevanten Problemen“, die hier in Überkategorien gruppiert sind. (alle Probleme zugrunde gelegt, nicht die Auswahl, die in **Tab. 1** angegeben ist)

was nach irgendeiner Form von Geriatric Screening im hausärztlichen Bereich getan haben (vgl. Literaturüberblick dazu in [1]). Wir sehen unsere damalige Einschätzung anlässlich der reinen Screening-Studie bestätigt: Es gibt einen diagnostischen Nutzen von zahlenmäßiger Relevanz – sogar in einer Population von Patienten, die ganz mehrheitlich über Jahre bis Jahrzehnte bei ihrem Hausarzt in Versorgung sind. Und es scheint auch einen therapeutischen Nutzen – festgemacht an Surrogatparametern – zu geben. Denn selbst dann, wenn nur die Hälfte der gefundenen Erfolgsraten in der Gesamtgruppe vorliegen würde (also alle Nichtantwortenden fast überhaupt nichts unternommen hätten), dann wäre dies noch nennenswert.

Interessenskonflikte: keine angegeben.

Literatur

- 1 Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz H.-H. Geriatric Assessment in der Hausarztpraxis – eine Studie der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin. *Z Allg Med* 2005; 81: 491–498
- 2 Junius U, Fischer G. Geriatriisches Assessment für die hausärztliche Praxis. *Zeitschr Gerontol Geriat* 2002; 35: 210–223

Zur Person



Giuliano Piccoliori,

in Bozen am 3.7.1959 geboren, Studium der Medizin in Innsbruck. Seit 1997 Arzt für Allgemeinmedizin in St. Christina in Gröden (Südtirol/Italien). Seit 2001 Sekretär der Südtiroler Gesellschaft für Allgemeinmedizin. Seit 2004 Direktor der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin. Vater von einem fünfjährigen Mädchen und einem zweijährigen Jungen.