

Die systematische Krankheitserfassung und -bewertung bei älteren Menschen in Hausarztpraxen

Systematic Assessment and Appraisal of Older Peoples' Health Conditions in Family Medicine

Ulrike Junius-Walker

Hintergrund: Was haben ältere Patienten und ihre Hausärzte von der Durchführung eines comprehensiven geriatrischen Assessments (CGA)? Ist das im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abrechenbare geriatrische Basisassessment (GBA) mit dem international gebräuchlichen CGA vergleichbar? Wie ist die Qualität der im EBM vorgeschlagenen Assessmentinstrumente zu beurteilen?

Methoden: Systematische Suche in den Datenbanken Medline und Ultradamed von 2000–2013.

Ergebnisse: Das CGA bewirkt eine Zusammenschau individueller Probleme für eine krankheitsübergreifende Therapieplanung bei älteren Patienten. Dagegen schließt das abrechnungsrelevante GBA in seiner aktualisierten Fassung nur Patienten mit hohem Betreuungsaufwand ein. Es fokussiert auf Funktionseinschränkungen, insbesondere Selbstversorgung und Mobilität/Sturzgefahr. Studien zur Wirksamkeit liegen nur für das ambulante CGA vor. Gesundheitseffekte lassen sich aus den vorliegenden Meta-Analysen und systematischen Reviews randomisierter kontrollierter Studien nur schwer ableiten, weil die Studien unterschiedliche und komplexe Assessmentinterventionen vorhalten. Der Einfluss des CGAs auf die Mortalität kann daher nicht einheitlich interpretiert werden. Dennoch lässt sich insgesamt ein positiver Effekt auf das längere Verbleiben der Patienten in der eigenen Wohnung erkennen. Die für das GBA im EBM 03360 vorgeschlagenen Assessmentinstrumente sind für die Zielgruppe hausärztlicher Patienten teilweise wenig trennscharf oder zweckmäßig. Es werden alternative Instrumente vorgestellt.

Diskussion: Das aktuelle GBA verfolgt eine andere Zielsetzung als das CGA. Das GBA honoriert nunmehr den hohen Betreuungsaufwand „geriatrischer“ Patienten. Die im GBA empfohlenen Assessmentinstrumente sind für den stationären Bereich teilweise besser geeignet als für den hausärztlichen, was die generelle Relevanz der Zielgruppendefinition bei der Entwicklung und Anwendung diagnostischer Instrumente unterstreicht.

Schlüsselwörter: Geriatrisches Assessment; Alter; Allgemeinmedizin; Übersicht

Background: What can older patients and their general practitioners expect from a comprehensive geriatric assessment (CGA)? Is the specific “basic assessment” (GBA) that is conducted in family practice comparable to the CGA? How suitable are the assessment instruments provided by the GBA?

Methods: Systematic literature search in Medline and Ultradamed between 2000–2013.

Results: The CGA aims to create an overview of individual health problems enabling an integral and holistic treatment plan for older patients. In contrast, the just updated GBA is to be offered to a target group with high care needs and focusses on functional issues. The GBA is reimbursed by health insurance companies and for that reason prevails in German family practices. Effects of the GBA have not yet been studied. However, there are a number of randomised controlled trials that examine the effects of CGA in primary care. Because of their complex interventions they are not easily comparable, and meta-analyses and systematic reviews present heterogeneous results. On the whole, CGA increases the likelihood of older people remaining in their own homes. The effects on survival are not consistent. The new GBA contains recommendations for assessment instruments. Their critical appraisal of the validity leads to the suggestion of alternative instruments for the population of older family practice patients.

Discussion: The new GBA pursues a different objective than the CGA. The GBA aims to reward the high workload associated with the care of „geriatric“ patients. The psychometric properties of some recommended assessment instruments are superior for patients in secondary care, which highlights the importance of tailoring and applying instruments to their specific target groups.

Keywords: Geriatric Assessment; Aged; Family Medicine; Review

Hintergrund

Welchen Nutzen hat eine systematische Krankheitserfassung im Rahmen eines Assessments für ältere Patienten? Diese Frage stellen sich Hausärzte spätestens seit der Einführung des hausärztlichen geriatrischen Basisassessments als Kassenleistung im Jahr 2005. In der wissenschaftlichen Diskussion wird dieses Assessment unter zwei unterschiedlichen Bezeichnungen erörtert – so gibt es einerseits das comprehensive geriatrische Assessment (CGA), andererseits das geriatrische Basisassessment (GBA). Dies sind zwei klar voneinander abzugrenzende Verfahren mit differierenden Zielsetzungen.

Das CGA dient der umfassenden Erhebung von im Alter häufigen und relevanten Gesundheits- und Alltagsproblemen mit dem Ziel, einen Überblick über die gesundheitliche Lage der Patienten, die Bewältigung ihres Alltags und beeinflussende Kontextfaktoren zu erhalten. Diese Zusammenschau ist Voraussetzung für eine ganzheitliche krankheitsübergreifende Therapieplanung (Tab. 1). Das CGA ist kein in sich abgeschlossenes, allgemeingültiges Verfahren, sondern ein Sammelbegriff, unter dem verschiedene Assessments für unterschiedliche Patientengruppen subsumiert werden. So unterscheidet sich ein stationär durchgeführtes CGA in der Instrumentenwahl von dem ambulanten. Ein ambulantes Assessment für Heimpatienten setzt wiederum andere Schwerpunkte als eines für zu Hause lebende ältere Menschen. Selbst für die Gruppe der zu Hause Lebenden haben sich international zwei differente Verfahren durchgesetzt. Der präventive Hausbesuch wird in Eigenregie von geschultem Gesundheitspersonal meist im Auftrag von Krankenkassen oder Kommunen durchgeführt, um Versorgungsbedürfnisse und Präventionspotenziale von Bürgern oder Versicherten zu erfassen. Dagegen wird das hausärztliche Assessment in enger Zusammenarbeit zwischen Praxispersonal und Hausarzt ausgeführt und geht auch auf medizinische Probleme ein. Ein hausärztliches CGA, wie z.B. das STEP-Assessment¹, wird aufgrund seines Umfangs (Bearbeitung: 50 Minuten) in

¹ STEP: **S**tandardized assessment for the **E**lderly in **P**rimary Care

Ziele	
des CGA und GBA	Aufmerksamkeit auf vernachlässigte Alltagsprobleme und Tabuthemen lenken bisher unbekannte Gesundheitsprobleme aufdecken berufsgruppenübergreifende Verständigung der Testergebnisse
nur des CGA	Zusammenschau altersrelevanter Gesundheits- und Alltagsprobleme bzw. der Ressourcen Entwicklung eines ganzheitlichen krankheitsübergreifenden Therapie-, Rehabilitations-, und Unterstützungsplans
Verfahren	
für das CGA und GBA	systematisches und standardisiertes diagnostisches Vorgehen Einsatz von Assessmentinstrumenten Beteiligung mehrerer Berufsgruppen am Assessment
nur für das CGA	prävalente und altersrelevante Probleme erfassen – im medizinischen, psychischen und sozialen Bereich, auf der Funktionsebene, unter Berücksichtigung von Umgebungsfaktoren

Table 1 Merkmale und Ziele des comprehensive geriatrischen Assessments (CGA) im Vergleich zum geriatrischen Basisassessments (GBA)

Deutschland nur in Modellprojekten eingesetzt.

Ziel des gerade aktualisierten GBA (EBM 03360) ist es, Hausärzte besser als zuvor für die aufwendige Versorgung geriatrischer Patienten zu honorieren. Dabei ist das GBA nur für selektierte „Risiko“-Patienten abrechenbar. Darunter sind in der Regel Patienten ab 70 Jahren mit einer näher definierten geriatritypischen Morbidität bzw. mit einer Pflegestufe zu verstehen. Zu erheben sind Funktionseinschränkungen (organbezogene und -übergreifende) sowie mit Standardtests Selbstversorgungsfähigkeit und Mobilität/Sturzgefahr. Der Einsatz von Testverfahren zur Beurteilung kognitiver Funktionen ist nunmehr fakultativ. Einen umfassenden Gesundheitsüberblick, wie im CGA, kann das GBA jedoch nicht gewährleisten, da es sich nur diesen genannten Teilaspekten widmet (Tab. 1). Der geringe Zeitaufwand macht das GBA allerdings für die Anwendung in der hausärztlichen Praxis akzeptabel.

Für das ambulante CGA mit hausärztlicher Beteiligung liegt eine Vielzahl randomisiert kontrollierter Studien zur Wirksamkeit vor, die bereits in Meta-Analysen und Reviews zusammenfassend bewertet wurden. Allerdings handelt es sich bei den Assessmentstudien generell um komplexe Interventionen

mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und a priori kaum definierbaren Therapiefaden. Deshalb sind eher uneinheitliche Nutzenbewertungen zum CGA zu erwarten. Die Ergebnisse werden auf Basis einer systematischen Literaturrecherche im Rahmen einer Synopse zusammengefasst.

Ob die Anwendung des neuen GBA den Patienten nutzt, wird zukünftig untersucht werden müssen. Für einzelne Inhalte des GBA, beispielsweise dem Assessment der kognitiven Funktion und der Mobilität bzw. Sturzgefährdung liegen jedoch Nutzenbewertungen vor, wie u.a. in den DEGAM-Leitlinien zu Demenz und Sturz bzw. in aktueller Fassung im Cochrane Review zur Sturzprävention [1] nachzulesen ist. Inwiefern die im EBM 03360 vorgeschlagenen Assessmentinstrumente für die hausärztliche Klientel angemessen sind und zu einem hohen diagnostischen Nutzen beitragen können, wird anschließend erörtert und alternative Testverfahren vorgestellt.

Methoden

Suchstrategie zu den Effekten des CGA:

- Suchbegriffe: „assessment“, „geriatric assessment“, „aged“; „review“; „primary care“ bzw. „community-based“

Meta-Analysen Outcomes bei Follow-up		(1): nicht zu Hause lebend, (2): zu Hause lebend	Pflegeheim- einweisung	Änderungen in Funktion	Mortalität (2): nach 12 Monaten	Krankenhaus- einweisung
Beswick et al. 2008 [15] (2)	Ambulante Patienten ohne Selektion 21 Studien	(1) RR 0,95 sig NNT 263	RR 0,87 sig NNT 354	Barthel-Diff: 2,5 Punkte 0,12 ns	RR 1,0 ns	RR 0,98 ns
	mit Selektion „Frailty“ 16 Studien	RR 1,00 ns	RR 1,01 ns	-0,01 ns	RR 1,03 ns	RR 0,99 ns
Ploeg et al. 2005 [16] (3)	19 Studien selektierte und unselek. ambulante Patienten	(2) OR 1,23 sig	0.88 ns		OR 0,83 sig NNT 36	OR 1,00 ns
Systematische Reviews		Ergebnisse				
Eklund, Wilhelmson, 2009 [4]	9 Studien für selektierte Patienten mit „Frailty“	7/9 Studien mit mindestens einem positiven Outcome in Interventionsgruppe 3/4 Studien mit „Verbesserungen“ in der Medikation 2/6 Studien mit besserer Alltagsaktivität gegenüber Kontrollgruppe 2/4 Studien mit Unterschied im Depressionsscore zugunsten Intervention 0/3 Studien mit Gruppenunterschieden im Überleben 4/7 mit weniger Krankenhaustagen bzw. Tagen in institutioneller Einrichtung				
Byles, 2000 [5]	21 Studien	Studien mit unterschiedlicher Qualität, nur 10 Studien mit guter Methodik, keine einheitlichen Ergebnisse für Gesundheit oder ambulanter und stationärer Inanspruchnahme von Leistungen, kein Einfluss durch Profession des Untersuchers oder durch Zielgruppe auf Ergebnisunterschiede.				
<small>RR = Relatives Risiko, OR = Odds ratio, NNT = number needed to treat, sig = signifikant, ns = nicht signifikant * alle Angaben aus den Veröffentlichungen</small>						

Tabelle 2 Effekte des CGA für ambulante Patienten der Primärversorgung

- Art der Suche: systematisch
- Konsultierte Datenbanken: Medline, Ultradmed
- Zeitraum: 2000–2013
- Einschränkungen: englische und deutsche Sprache, nur Reviews
- Letzter Suchtag: 21.03.2013
- Kommentar: alle Suchen mit Knowledge Finder® (Aries Systems Corporation). Ausgeschlossen sind Assessmentreviews in Kliniken und deren Ambulanzen, Reviews zu rein präventiven Hausbesuchen ohne hausärztliche Beteiligung, ambulante Studien zum Case Management.

- Art der Suche: pragmatisch
- Konsultierte Datenbanken: Medline, Ultradmed
- Zeitraum: 2000–2013
- Einschränkungen: englische und deutsche Sprache
- Letzter Suchtag: 22.04.2013
- Kommentar: alle Suchen mit Knowledge Finder® (Aries Systems Corporation)

Analyse von Effekten bei vorselektierten Patienten mit „frailty“ sind sogar einige Assessments in Klinikambulanzen eingeschlossen worden. Die gewählten Meta-Analysen beziehen sich jedoch – von einigen wenigen Studien abgesehen – auf Untersuchungen mit substanzieller hausärztlicher Beteiligung bei Rekrutierung, Assessment bzw. nachfolgenden Interventionen.

Insgesamt zeigt sich ein geringer positiver Effekt hinsichtlich des längeren Verbleibens der Patienten in der eigenen Wohnung. Auffällig diskrepant sind die Ergebnisse der Meta-Analysen zum Einfluss des Assessments auf die Mortalität. Der Nutzen eines Assessments bei Patienten mit „frailty“ ist aufgrund der bisherigen Datenlage ebenfalls schwer zu beurteilen und allenfalls gering (Tab. 2). Der subjektive Nutzen eines CGA wird von Patienten als hoch eingeschätzt. 90 % der Patienten, so das Ergebnis einer österreichischen hausärztlichen Studie, hielten ein CGA für gesundheitsfördernd und

Zur diagnostischen Güte der im GBA vorgeschlagenen Instrumente:

- „Reviews“ in Kombination mit „screening falls“, „screening dementia“ sowie „Barthel Index“; „history falls“, „Timed-up go test“, „tandem stance“, „Esslinger fall*“, „clock (drawing) test“, „Mini Mental Stat*“, „Demtect“ in Kombination mit „primary care“ bzw. „community“

Ergebnisse

Das ambulante CGA: Was haben ältere Patienten davon?

Zwei Meta-Analysen [2, 3] und zwei systematische Reviews [4, 5] beschäftigen sich mit den Effekten eines *hausärztlichen* CGAs. In beiden Meta-Analysen sind die Einschlusskriterien für randomisiert kontrollierte Interventionsstudien weit gefasst, sodass zwischen Assessments in Hausarztpraxen und Hausbesuchen nicht getrennt wurde. Für die

Anamnestisches Sturzscreening für zu Hause lebende Patienten				
Prospektive Beobachtungsstudien	Anamnese-frage	Sensitivität/ Spezifität	PPV/NPV* (Prävalenz)	OR**
192 Patienten > 65 Jahre; 1-Jahres-Follow-up [32]	≥ 2 Stürze in letzten 12 Monaten	0,6/0,65	0,72/0,51 (50 %)	3,4
Meta-Analyse [33]: 74 prospektive Studien mit variablem Follow-up Sturz in Anamnese Gehhilfe Kog. Funktionsstörung Parkinson	nicht bekannt			2,9 2,5 2,2 2,7
622 Teilnehmer > 65 Jahre Follow-up nach ca. 2 Jahren für mind. 1 Sturzereignis [34]	≥ 1 Sturz in letzten 6 Monaten			4,9
* Positiv prädiktiver Wert bzw. negativ prädiktiver Wert ** OR (odds ratio) bezogen auf Sturzereignis bei pos. versus neg. Sturzanamnese				

Tabelle 3 Validität der anamnestischen Sturzfrage

wünschten sich reguläre Folgeassessments [6].

Was haben Hausärzte davon?

Hausärzte können, so wie es die Zielvorgabe des CGAs ist, einen Überblick über relevante Gesundheits- und Alltagsprobleme der Patienten erhalten und können Probleme kennenlernen, die bisher nicht thematisiert worden sind. Beispielsweise waren auf Basis des STEP-Assessments 17 % aller erhobenen Patientenprobleme bislang nicht bekannt [7]. Die Hälfte der neu aufgedeckten Probleme wurde therapiert und in 80 % gebessert [8]. Darüber hinaus können Ärzte in der nachfolgenden Ergebnisbesprechung erfahren, welche der oftmals multiplen Probleme für Patienten wirklich wichtig sind und diese in der Therapieplanung priorisieren. So bewerten Patienten Probleme, die das Alltagserleben betreffen, schwerwiegender als dies von ihren Ärzten wahrgenommen wird [9].

Das GBA des EBM mit einer kritischen Betrachtung der Testempfehlungen

Das GBA stärkt einen Perspektivenwechsel im diagnostischen Vorgehen, weg von Pathologien und hin zu Funktionseinschränkungen. Der erste Punkt des obligaten Leistungsinhaltes ist da-

bei unkonkret formuliert. Die folgenden drei Assessmentvorgaben sind präziser und mit standardisierten Tests zu erheben. Zum einen werden eingeschränkte Mobilität und insbesondere das Sturzrisiko thematisiert. Nach einer Meta-Analyse scheint sich ein multifaktorielles Management von Risikofaktoren im Vergleich zur Kontrollgruppe positiv auszuwirken – sowohl hinsichtlich der durchschnittlichen monatlichen Sturzereignisrate (Verhältnis der Inzidenzraten 0,8, $p < 0,001$) als auch hinsichtlich der vom Sturz betroffenen Patientenzahl im Nachbeobachtungszeitraum (relatives Risiko 0,88, $p = 0,03$) [10]. Zum anderen zielt das GBA auf den Erhalt der Selbstversorgungsfähigkeiten. Eine dritte, nun fakultative, standardisierte Erhebung betrifft die kognitive Funktion. Der Nutzen einer zeitgerechten Aufdeckung liegt in der Möglichkeit einer kausalen Behandlung von Erkrankungen, die eine Demenz vortäuschen, und in der frühen Mitgestaltung des Pflegeumfeldes.

Der „Timed-up and go Tests“ – kein sehr geeigneter Test zur Beurteilung der Sturzgefährdung

Zur Sturzdiagnostik wird im EBM 03360 an erster Stelle der „Timed-up and go Test“ (TUG) empfohlen. Der TUG bein-

haltet: Aufstehen vom Stuhl mit Armlehne, 3 Meter gehen, umdrehen, 3 Meter zum Stuhl zurückgehen, Hinsetzen (Hilfsmittel Einsatz erlaubt). Bei 20 Sekunden und mehr gilt der Test als auffällig [11]. Als Alternativen werden auf den Tandem-Stand und das Esslinger Sturzrisikoassessment hingewiesen.

Inzwischen liegt genügend Evidenz vor, um die diagnostische Validität des TUG zur Sturzeinschätzung zu hinterfragen. Eine aktuelle Meta-Analyse über 21 pro- und retrospektive Sturz-Studien belegt zwar, dass zu Hause lebende Patienten mit Sturzereignis im Gehstest durchschnittlich zwei Sekunden länger brauchen als die ohne Stürze. Jedoch überlagern sich die Verteilungskurven der Testzeiten zwischen Sturz- und Nichtsturz-Patienten erheblich. Im stationären Setting und in Pflegeheimen differenziert eine im Mittel 4 Sekunden längere Testzeit die Sturz- von den Nichtsturzpatienten (basierend auf 9 Studien) [12]. Für beide Gruppen gilt, dass sich die gebildeten optimalen Cut-off-Werte für die Gehzeiten in den einzelnen Studien enorm unterscheiden (von 8–30 Sekunden!).

Der Tandemstand als vorgeschlagenes Alternativverfahren hat sich ebenfalls als wenig vorhersagekräftig erwiesen: In der großen populationsbezogenen Längsschnittstudie LASA war dieser Test einer einfachen anamnestischen Frage zu stattgehabten Sturzereignissen unterlegen [13]. Das zeitaufwendigere Esslinger Sturzrisikoassessment besteht hingegen aus einer Batterie anamnestischer Fragen zu Risikofaktoren und Funktionstests und dient der Ursachenerklärung [14].

Der Barthel-Index – die Tücke mit dem Deckeneffekt bei zu Hause lebenden Patienten

Mit dem Barthel-Index (BI) kann nur das gemessen werden, was er auch untersucht. Untersucht werden *nicht* die instrumentalen Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. mit Geld umgehen, telefonieren, Über-Kopf-Arbeiten), die für eine hausärztliche Einschätzung des selbstständigen Lebens unabkömmlich sind. Vielmehr geht es um grundlegende Fertigkeiten, wie z.B. Transfer und die Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme. So z.B. ergaben sich sogar bei akuten Schlaganfallpatienten, die in eine Rehabilitationsstation aufgenommen wur-

Demenzscreening mit Uhrentest in der nicht spezialisierten Primärversorgung			
Querschnittstudien	Im Vergleich zu Referenzstandard ...	Sensitivität/ Spezifität	PPV/NPV** (Prävalenz)
Review mit 15 Studien, davon 5 nachweislich aus Primärversorgung mit je 120–648 Patienten [29]	... unterschiedlich: MMSE, SPMSQ, GMS-AGECAT, clinical diagnosis, CERAD	0,76–0,92/ 0,63–0,92 für	-
3369 Patienten > 75 Jahre, im Rahmen des MRC Assessment Trial, UK [30]	... MMSE bei cutoff 23/24 bei cutoff 17/18	0,45/0,91 0,77/0,87	0,54/0,88 (17,3%) 0,2/0,99 (2,9%)
384 Studienteilnehmer der LEILA-Studie, > 75 Jahre; D [31]	... fachärztliche Demenzdiagnose nach 1,4 Jahren Follow-up	0,68/0,65	-
* Positiv prädiktiver Wert bzw. negativ prädiktiver Wert			

Tabelle 4 Validität des Uhrentests

den, zu einem Viertel keine Auffälligkeiten nach dem BI (Score >95) [15].

Der Mini-Mental-Test – die Hürde der geringen Akzeptanz

Für Hausärzte bzw. das Praxispersonal ist es nicht einfach, einen Demenztest bei einem Patientenkontakt zu thematisieren. Barrieren sind die Unsicherheit einer korrekten Diagnosestellung, der Zweifel oder Mangel an effektiven Behandlungsmöglichkeiten und die Sorge, die Arzt-Patient-Beziehung könnte beeinträchtigt werden [16]. Teilweise stehen die Patienten ihrerseits einer Diagnosestellung kritisch gegenüber. Bis zu 50 % der älteren Menschen aus Convenience-Stichproben² sprechen sich gegen eine frühe Demenzdiagnostik aus [17]. Sie äußern Ängste hinsichtlich der emotionalen Auswirkungen einer Diagnosestellung, sie befürchten fremdbestimmt und ausgegrenzt zu werden, z.B. mit einem Führerscheinentzug [18].

Der Mini-Mental-Test wird für eine Demenztestung am häufigsten angewandt [19] und wird auch im GBA empfohlen. Eine Meta-Analyse bestätigt, dass die Testgütekriterien zu Screeningzwecken im hausärztlichen Setting für den Ausschluss einer Demenz ausreichen (Sensitivität 78 %, Spezifität 88 %, positiver prädiktiver Wert 54 %, negativ prädiktiver Wert 96 % bei einer Präva-

lenz von 15 %; auf Grundlage gepoolter Daten – meist bei einem cut-off zwischen 23/24). Das heißt, dass bei einem unauffälligen Testergebnis die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich keine Demenz zu haben, sehr hoch ist. Jeder zweite auffällige Test führt jedoch nicht zu einer Demenzdiagnose [20]. Mindestens zehn Minuten dauert die Durchführung des Mini-Mental-Tests. Doch nicht so sehr die Testlänge als vielmehr die eingangs zu stellenden Orientierungsfragen, wie z.B. „Welches Jahr?“ oder „Wo sind wir hier?“, halten einige Hausärzte für problematisch, weil sich ein Teil der Patienten durch derart formulierte Fragen kompromittiert fühlt.

Welche alternativen Testverfahren können empfohlen werden?

Zum Sturzrisiko empfiehlt die amerikanische und auch die britische geriatrische Gesellschaft einen Algorithmus: Zunächst werden die Patienten gefragt „Sind Sie in den letzten 12 Monaten gestürzt?“ Diese Frage allein unterscheidet in etwa so gut wie aufwendige Performance-Tests zwischen hausärztlichen Sturz- und Nichtsturzpatienten [21] (Tab. 3). Sind die Patienten zwei- oder mehrmals gestürzt, erhalten sie eine multifaktorielle Sturzdiagnostik. Sind sie einmalig gestürzt, erfolgt ein Gang- und Balancetest zur Beobachtung der Ausführungsqualität. Ist dieser positiv, folgt wiederum die multifaktorielle Diagnostik. Ein keimend oder einmal ge-

stürzter Patient ohne Gang- und Gleichgewichtsauffälligkeiten bedarf keiner weiteren gezielten Intervention. Auch dieser Algorithmus kann das Sturzrisiko allerdings nicht optimal abschätzen [22]. Zu bedenken ist, dass dies bei den vielen unterschiedlichen Sturzursachen kaum möglich sein wird.

Eine Orientierung, wie Patienten im Alltag zurechtkommen, kann eine gezielte Befragung ergeben. Analog zum Barthel-Index (BI) lassen sich beispielsweise mit den „basic activities of daily living“ (BADLs) nach Katz Fähigkeiten des Badens, Anziehens, Essens, Transfers, Toilettengangs und der Kontinenz erfragen. Erweiterte Fähigkeiten, die die Bewältigung von Alltagsanforderungen zu Hause lebender Menschen erfassen, werden bisher mit dem BI nicht abgedeckt. Hierfür eignen sich Fragen zu den sogenannten instrumentalen Aktivitäten des Lebens (IADLs). Der Fragebogen nach Lawton und Brody testet Fähigkeiten zum Telefonieren, Einkaufen, Kochen, Haushalt führen, Wäsche waschen, Verkehrsmittel nutzen, Medikamente einnehmen und Geldgeschäfte erledigen. Eine ergänzende Testfrage zum Treppensteigen ist hierzulande hilfreich. Auch ADL/IADL-Fragen weisen gegenüber detaillierten Performance-Tests Deckeneffekte auf [23]. Für den Erfassungszweck, insbesondere die interventionsrelevante Einschränkung, scheint jedoch das Detailniveau der ADL/IADL Fragen ausreichend.

Zur Einschätzung der kognitiven Funktion bietet der Uhrentest eine Alternative zum Mini-Mental-Test (MMSE). Seine Testgütekriterien sind mit denen des MMSE vergleichbar (Tab. 4). Er wird im Vergleich allerdings als benutzerfreundlicher eingeschätzt und von den Patienten eher akzeptiert. Auch spielen kultureller Hintergrund und Sozialstatus bei der Interpretation der Testergebnisse eine geringere Rolle [24]. Weniger als der Mini-Mental-Test eignet sich der Uhrentest dazu, eine leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI)³ [25] zu erfassen. Allerdings wird dies gar nicht empfohlen, weil eine MCI zwar mit einem erhöhten Demenzrisiko einhergeht, aber nicht unabdingbar in eine De-

² willkürliche, nicht zufallsgesteuerte Auswahl der Teilnehmer

³ MCI: mild cognitive impairment (objektiv messbare oder subjektive kognitive Beeinträchtigung, aber nicht die DSM- oder ICD-10-Kriterien einer Demenz erfüllend, weitestgehend erhaltene Alltagsfunktionen)

PD Dr. med Ulrike Junius-Walker ...

... Fachärztin für Allgemeinmedizin und Forschungskoordinatorin des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Interessenschwerpunkt: Gesundheit im Alter

menz fortschreitet. Als weitere Alternativen werden in der DEGAM-Leitlinie zur Demenz der DEMTECT (für die jüngeren Alten [26]) sowie der TFDD⁴ [27] vorgeschlagen. Grundsätzlich ist zu beachten, dass positive Testergebnisse bei all diesen Instrumenten noch keine Diagnose liefern.

Diskussion

Auch wenn ein Teil der älteren Patienten durch ein längeres Verweilen im eigenen Wohnumfeld profitieren könnte, ist das CGA wegen seiner Länge aus be-

⁴ Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung

triebswirtschaftlichen Gesichtspunkten für Hausärzte in Deutschland aktuell nicht realisierbar. Zudem fehlt bisher eine Operationalisierung der ganzheitlichen Therapieplanung nach dem Assessment. Rein krankheitsspezifische Therapieplanungen, so haben es Hausärzte längst realisiert, können bei den oft multimorbiden Patienten zu schädigender Überversorgung führen. Patientenorientierte Entscheidungshilfen zur Priorisierung von Therapien sind sinnvoll, stehen indes erst am Anfang [28].

Das GBA eignet sich nicht zu einer krankheitsübergreifenden Therapieplanung, fokussiert jedoch auf eher vernachlässigte funktionelle Gesundheitsaspekte. Die im EBM vorgeschlagenen Assessmentinstrumente sind inzwi-

sehen auch an zu Hause lebenden älteren Patienten getestet und nun einer kritischen Begutachtung unterzogen worden. Für die beispielhaft vorgeschlagenen Alternativen gibt es evidenzgeleitete Gründe der Akzeptanz, Machbarkeit oder Testgenauigkeit. Dennoch ist es offenkundig, dass auch diese Alternativen Einschränkungen aufweisen. Anzumerken bleibt, dass vor der Durchführung des neuen GBA erst festzustellen ist, ob ein Patient die Eingangsvoraussetzungen erfüllt. Inwiefern durch diese Selektion einer betreuungsintensiven Patientengruppe die präventiven Potenziale eines Assessments hinreichend genutzt werden, wird sich zeigen müssen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med Ulrike Junius-Walker
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Hochschule Hannover
30623 Hannover
Junius-walker.ulrike@mh-hannover.de

Literatur

- Gillespie L, Robertson M, Gillespie W, Sherrington C, Gates S, Clemson L, Lamb S. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012; Issue 9. Art. No.: CD0077146. DOI: 10.1002/14651858.CD0077146, pub 3
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 37: 725–35
- Ploeg J, Feightner J, Hutchison B, Patterson C, Sigouin C, Gauld M. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician* 2005; 51: 1244–5
- Eklund K, Wilhelmson K. Outcomes of coordinated and integrated interventions targeting frail elderly people: a systematic review of randomised controlled trials. *Health Soc Care Comm* 2009; 17: 447–58
- Byles J. A thorough going over. Evidence for health assessments for older persons. *Aust N Z J Public Health* 2000; 24: 117–23
- Mann E, Koller M, Mann C, van der Cammen T, Steurer J. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg Austria. *BMC Geriatrics* 2004; 4: 4
- Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz H. Geriatric Assessment in der Hausarztpraxis – eine Studie der Südtiroler Akademie für Allgemeinmedizin. *Z Allg Med [German Journal of Family Medicine]* 2005; 81: 491–8
- Piccoliori G, Gerolimon E, Abholz H. Geriatric assessment in general practice using a screening instrument: is it worth the effort? Results of a South Tyrol Study. *Age Ageing* 2008; 37: 647–52
- Junius-Walker U, Stolberg D, Steinke P, Theile G, Hummers-Pradier E, Dierks ML. Health and treatment priorities of older patients and their general practitioners: a cross-sectional study. *Qual Prim Care* 2011; 19: 67–76
- Chang J, Morton S, Rubenstein L, et al. Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. *BMJ* 2004; 328: 680
- Kompetenz Centrum Geriatrie. Info-Service Assessment. <http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/tug.htm> (letzter Zugriff am 27.4.2013)
- Schöne D, Wu S, Mikolaizak A, et al. Discriminative ability and predictive validity of the timed up and go test in identifying older people who fall: systematic review and meta-analysis. *J Am Ger Soc* 2013; 61: 202–8
- Tromp A, Pluijm S, Smit J, Deeg D, Bouter L, Lips P. Fall-risk screening test: A prospective study on predictors for falls in community-dwelling elderly. *J Clin Epidemiol* 2001; 54: 837–44
- Runge M. Diagnostik des Sturzrisikos bei älter werdenden Menschen. *Ther Umschau* 2002; 7: 351–8
- Weimar C, Kurtz T, Kraywinkel K, Wagner M, Busse O, Haberl R, Diener HC. Assessment of functioning and disability after ischemic stroke. *Stroke* 2002; 33: 2053–9
- Kaduszkiewicz H, van den Bussche H. Behandlung von Patienten mit Hirnleistungsstörungen und Demenzen. Möglichkeiten und Grenzen – Sichtweisen von Hausärzten. *Med Welt* 2005; 3: 65–8

17. Boustani M, Watson L, Fultz B, Perkins A, Druckenbrod R. Acceptance of dementia screening in continuous care retirement communities: a mailed survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18: 780–6
18. Boustani M, Justiss M, Frame A, et al. Caregiver and non-caregiver attitudes toward dementia screening. *J Am Geriatr Soc* 2011; 59: 681–6
19. Ismael Z, Rajji T, Shulman K. Brief cognitive screening instruments: an update. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25: 111–20
20. Mitchell A. A meta-analysis of the accuracy of the mini-mental state examination in the detection of dementia and mild cognitive impairment. *J Psychiatr Res* 2009; 43: 422–31
21. Gates S, Smith L, Fisher J, Lamb S. Systematic review of accuracy of screening instruments for predicting fall risk among independently living older adults. *J Rehab Res Dev* 2008; 45: 1105–16
22. Muir S, Berg K, Chesworth B, Klar N, Speechley M. Application of a fall screening algorithm stratified fall risk but missed preventive opportunities in community-dwelling older adults: a prospective study. *J Ger Phys Ther* 2010; 33: 165–72
23. Sherman S, Reuben D. Measures of functional status in community-dwelling elders. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 817–23
24. Berger G, Fröhlich L, Weber B, Pantel P. Diagnostic Accuracy of the Clock Drawing Test: The relevance of "time setting" in screening for dementia. *J Ger Psych Neurol* 2008; 21: 250–260
25. Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, et al. Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Int Med* 2004; 256: 240–6
26. Kalbe E, Kessler J, Calabrese P, et al. DemTect: a new, sensitive cognitive screening test to support the diagnosis of mild cognitive impairment and early dementia. *Ger Psychiatry* 2004; 19: 136–43
27. Ihl R, Grass-Kapanke B. Manual. Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung. Libri Books on Demand. April 2000 ISBN 3–89811–880–0
28. Junius-Walker U, Wrede J, Voigt I, Hofmann W, Wiese B, Hummers-Pradier E, Dierks ML. Impact of a priority-setting consultation on doctor-patient agreement after a geriatric assessment: cluster randomised controlled trial in German general practices. *Qual Prim Care* 2012; 20: 321–34
29. Pinot E, Peters R. Literature review of the clock drawing test as a tool for cognitive screening. *Dem Geriatr Cogn Disord* 2009; 27: 201–13
30. Nishiwaki Y, Breeze E, Smeeth L, Bulpitt C, Peters R, Fletcher A. Validity of the clock-drawing test as a screening tool for cognitive impairment in the elderly. *Am J Epidemiol* 2004; 160: 797–807
31. Ehreke L, Luppia M, König HH, Villringer A, Riedel-Heller S. Does the clock drawing test predict dementia? Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA 75+). *Dem Geriatr Cogn Disord* 2011; 31: 89–97
32. Coll-Planas L, Kron M, Sander S, Rißmann U, Becker C, Nikolaus T. Accidental falls among community-dwelling older adults. *Z Gerontol Geriatr* 2006; 39: 277–82
33. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, Vecchia C, Negri E. Risk factors for falls in community dwelling older people. A systematic review and meta-analysis. *Epidemiol* 2010; 21: 658–68
34. Gassmann KG, Ruppert R, Freiburger E for the IZG Study Group. Predictors for occasional and recurrent falls in community-dwelling older people. *Z Gerontol Geriatr* 2009; 42: 3–10



DEGAM-Leitlinien frei im Netz

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) stehen frei im Internet zur Verfügung. Die wissenschaftlich fundierten und vor der Veröffentlichung in Praxen erprobten DEGAM-Leitlinien richten sich nicht nur an Hausärzte, sondern auch an Patienten und Praxismitarbeiter. Neben der Langversion gibt es eine Kurzfassung als laminierte, zweiseitige Tischkarte im A5-Format. Mehrere tausend Leitlinien-Sets werden in Praxen und Universitäten in der täglichen Arbeit mit Patienten eingesetzt. Alle Module können auf der DEGAM-Leitlinien-Homepage (<http://leitlinien.degam.de>) oder auf der Homepage der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, <http://leitlinien.net/>) bei Bedarf heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Kontakt:

Philipp Gehring
DEGAM-Bundesgeschäftsstelle
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
Telefon: 069 65007245
Fax: 069 68974602
E-Mail: presse@degam.de
Homepage: www.degam.de

Dr. phil. Anja Wollny
DEGAM-Geschäftsstelle „Leitlinien“
c/o Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsmedizin Rostock
Doberaner Str. 142
18057 Rostock
Telefon: 0381 4942484
Fax: 0381 4942482
E-Mail: degam.leitlinien@med.uni-rostock.de