

Geeignete Patienten für das „Geriatrische Assessment“ auswählen: ein Praxistest zur Leitlinie

Selection of Suitable Patients for a Geriatric Assessment: a Guideline Feasibility Test

Christiane Muth¹, Martin Beyer¹, Ingrid Schubert², Ulrike Junius-Walker³

Hintergrund: Für das geriatrische Assessment gibt es aus Kliniken gute Belege, dass damit negative gesundheitliche Folgen abgewendet werden können. Im hausärztlichen Bereich ist jedoch unklar, welche Patienten von dieser aufwendigen Maßnahme profitieren und wie diese identifiziert werden können. Um deren Umsetzbarkeit und Akzeptanz zu prüfen, wurden für die hausärztliche Leitlinie „Geriatrisches Assessment“ zwei international validierte Kurztests (FiND und SOF-Index) ausgewählt und einem Praxistest unterzogen.

Methoden: Querschnittsstudie; in hessischen Hausarztpraxen wurden für eine Woche alle konsekutiv erscheinenden Patienten ≥ 70 Jahre nach schriftlicher informierter Zustimmung gebeten, einen Wartezimmerfragebogen (acht Fragen – FiND & SOF) auszufüllen und in der Sprechstunde einen „Stuhlaufstehetest“ zu absolvieren. Die Fragebogen wurden deskriptiv und zur Übereinstimmung der Testergebnisse bezüglich Frailty und Disability ausgewertet. Mit einem Teil der Hausärzte wurde der Praxistest in einer Gruppendiskussion besprochen.

Ergebnisse: Aus 25 Praxen wurden ausgefüllte Fragebogen für N = 541 Patienten (Alter \bar{O} 77 Jahre, 54 % Frauen) zurückgesandt; von diesen Patienten waren 18 % nach FiND und 23 % nach SOF „frail“. Am besten stimmten die Testergebnisse von FiND und SOF für „robust“ vs. „nicht-robust“ (disabled, frail und prefrail) überein. An dieser Schwelle waren 30 % der Patienten robust. 24 % der Testergebnisse waren für Hausärzte überraschend. Die Tests wurden von Hausärzten als praktikabel, objektiv, zeitsparend und besser als die eigene Einschätzung zur Identifikation vulnerabler Patienten eingeschätzt.

Schlussfolgerungen: Wartezimmerfragebogen und Aufstehetest waren grundsätzlich praktikabel und unterstützten eine objektive Identifikation von vulnerablen Patienten für ein geriatrisches Assessment.

Schlüsselwörter: Geriatrisches Assessment; Altersmedizin; Vulnerabilität; Screeningtest; ambulante hausärztliche Versorgung

Background: Evidence from secondary care shows that geriatric assessments reduce negative health outcomes. However, in primary care it remains unclear which patients benefit from this resource-intensive intervention and how to identify them. Two internationally validated short tests (FiND and SOF indices) were identified for possible inclusion in the primary care guideline “Geriatric Assessment”. This study aimed to test their feasibility and acceptance.

Methods: Cross-sectional study; over a period of one week, patients ≥ 70 ys. from family practices in Hesse were invited. After providing written informed consent, patients were asked to fill in a questionnaire in the waiting room (8 items – FiND & SOF) and to conduct a chair rise test during their consultation. Results were analysed descriptively and for agreement with respect to frailty and disability. Feasibility was further examined in group discussions with some of the participating family practitioners.

Results: N = 541 patients (age \bar{O} 77 ys, 54 % female) from 25 practices were included. Of these, 18 % were “frail” according to FiND vs. 23 % according to SOF. Best test agreement was for “robust” vs. “non-robust” (including disabled, frail, and pre-frail), with 30 % of patients classified as “robust”. For family practitioners, 24 % of test results were unexpected. During group discussions, practitioners considered the tests feasible, objective, time-saving, and superior to their own appraisal of vulnerability in patients.

Conclusions: Waiting room questionnaires on the FiND and SOF indices and the chair rise test were feasible and supported the objective identification of vulnerable patients suitable for geriatric assessment.

Keywords: geriatric assessment; health services for aged; frailty; screening; family medicine

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main

² PMV forschungsgruppe an der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Universität zu Köln

³ Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover

Peer reviewed article eingereicht: 10.03.2016, akzeptiert: 28.04.2016

DOI 10.3238/zfa.2016.0308-0313

Item-Nr.	Quelle	Item-Inhalt	Bewertung
1	FiND	Schwierigkeiten, eine Strecke von 400 m zu gehen (keine/ein wenig/ziemlich/es geht nicht)	ziemlich/es geht nicht = 1 Punkt
2	FiND	Schwierigkeiten beim Treppensteigen (keine/ein wenig/ziemlich/es geht nicht)	ziemlich/es geht nicht = 1 Punkt
3	FiND	Häufigkeit erlebter Anstrengung in der letzten Woche (selten [≤ 2x]/oft [≥ 3x])	oft = 1 Punkt
4	FiND	Häufigkeit körperlicher Aktivitäten (regelmäßig [≥ 2h/Wo.]/unregelmäßig [< 2h/Wo.])	unregelmäßig (< 2h/Wo.) = 1 Punkt
5	FiND/SOF	Ungewollter Gewichtsverlust ≥ 5 kg im letzten Jahr (ja/nein)	ja = 1 Punkt
6	SOF	Chair-Rising-Test (möglich/unmöglich)	unmöglich = 1 Punkt
7	SOF	Frage, ob sich Patient voller Energie fühlt (ja/nein)	nein = 1 Punkt
8	Gesundheitsfrage	Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes	-
Auswertung FiND: Item-Nr. 1 bis 5 = 0 Punkte: Patient ist „robust“, Nr. 1 und 2 ≥ 1 Punkt: Patient ist „disabled“, Nr. 3 bis 5 ≥ 1 Punkt: Patient ist „frail“; Auswertung SOF-Index als Summenscore der Items 5 bis 7: 0 Punkte: Patient ist „robust“, 1 Punkt: Patient ist „prefrail“, ≥ 2 Punkte: Patient ist „frail“			

Tabelle 1 Items des Screeningfragebogens

Hintergrund

Die medizinische Versorgung alter und hochbetagter Menschen stellt Hausärzten vor besondere Herausforderungen: Sie müssen physiologische Alterungsprozesse, wie etwa eine abnehmende Nierenfunktion und eine erhöhte Vulnerabilität gegenüber bestimmten Pharmakotherapien berücksichtigen [1]. Sie sind oft damit konfrontiert, dass diese Patienten multiple Krankheiten aufweisen, die miteinander und mit den dafür verordneten Therapien interagieren [2]. Zudem treten Konditionen wie Inkontinenz und Stürze auf, die zumeist keiner einzelnen Ursache zugeordnet werden können. Für diese Patienten wird daher eine ganzheitliche Herangehensweise empfohlen, die individuelle Funktionsniveaus und Alltagskompetenzen in den Kontext zur Gesamtsituation setzt, um daraus einen bestmöglichen individuellen Behandlungsplan zu entwickeln. Grundlage dafür ist ein geriatrisches Assessment, in dem medizinische, psychosoziale und funktionale Reserven und Einschränkungen mittels Befragung sowie verschiedener Leistungstests erfasst werden [3]. Der dahinterstehende multidimensionale aufwendige diagnostische Prozess wurde in geriatrischen Kliniken entwickelt [4]. Für das in diesem spezial-

ärztlichen Setting durchgeführte geriatrische Assessment konnten positive Effekte gezeigt werden, wie die Vermeidung von Heimunterbringung nach Klinikaufenthalt und der damit verbundene Erhalt der Autonomie – aber auch der Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit und des gesundheitlichen Zustands sowie ein längeres Überleben [5].

Anders als in geriatrischen Kliniken weisen ältere Patienten in Hausarztpraxen ein sehr breites Morbiditätsspektrum auf. Die Effekte des ambulanten geriatrischen Assessments weichen daher vom Kliniksetting ab. Durch ein ambulantes geriatrisches Assessment können zwar bei speziell vulnerablen Patienten Krankenhauseinweisungen vermieden werden, jedoch zeigte ein ungezieltes Assessment aller Älterer nur einen geringen bis mäßigen Nutzen hinsichtlich der Vermeidung von Heimaufenthalten und Alltagsbehinderungen sowie in der Sturzverhütung [6]. Zudem ist ein ungezieltes Assessment angesichts der großen Anzahl hausärztlicher Patienten ab 70 Jahre – derzeit in etwa 12,5 Millionen Patienten – nicht machbar [7]; etwa 80 % der hausärztlichen Kontakte betreffen ältere, vorwiegend multimorbide Patienten [8, 9]. Außerdem gelten viele Patienten trotz des höheren Alters als autonom und „fit“. Der

Augsburger epidemiologischen Studie (Kora-Age) zufolge haben immerhin 65 % der 70– bis 79-Jährigen und 28 % der ≥ 80-Jährigen keinerlei Alltagsbeschränkungen [10].

Vor diesem Hintergrund entwickelt die Leitliniengruppe Hessen (LLGH) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) und der PMV forschungsgruppe die hausärztliche Leitlinie „Geriatrisches Assessment“. In einem ersten Schritt wurde in umfassenden Literaturrecherchen nach existierenden Screeninginstrumenten gesucht, die vulnerable Patienten mit *Frailty* (Gebrechlichkeit) bzw. *Disability* (Einschränkungen in der Alltagskompetenz)* identifizieren, um eine Risikogruppe zu ermitteln, die von einem hausärztlich geriatrischen Assessment besonders profitieren könnte [13]. Aus 19 potenziell geeigneten Instrumenten wurden zwei Kurztests ausgewählt: der FiND-Test (Frail Non-Disabled) [14] sowie der SOF-Index (Study of Osteoporotic Fractures) [15]. Beide zeigten in populationsbezogenen Untersuchungen eine zufriedenstellende Testgüte im Vergleich zum Referenzstandard (Frailty-Phänotyp nach Fried), zudem war der SOF prädiktiv für Stürze, Hospitalisierung und Tod

* Frailty (Gebrechlichkeit) ist pathophysiologisch durch eine erhöhte Vulnerabilität gekennzeichnet, die aus einer reduzierten physiologischen Reserve, multi-systemischer Dysregulation oder verminderter Kapazität zur Aufrechterhaltung der Homöostase resultieren kann [11]. Klinisch äußert sich Frailty in disproportional starken Reaktionen auf eigentlich geringfügige Stressoren, wie beispielsweise eine länger anhaltende Pflegebedürftigkeit nach einem banalen Infekt [12]. Der Zustand von Disability stellt eine mögliche Konsequenz von Frailty dar, ist jedoch nicht notwendigerweise damit verbunden, da physische, psychische sowie soziale Funktionseinschränkungen auch auf andere Weise entstehen können und Menschen mit Frailty nicht zwangsläufig Funktionseinschränkungen aufweisen müssen [11, 12].

		FiND		Gesamt
		Nicht robust	Robust	
SOF-Index	Nicht robust	267	63	330
	Robust	35	158	193
Gesamt		302	221	523

81 % der Patientenergebnisse übereinstimmend; Kappa: 0,69; Signifikanz: < 0,00; FiND = Frail Non-Disabled; SOF = Study of Osteoporotic Fractures

Tabelle 2 Korrelation der Testergebnisse von FiND und SOF-Index

[14, 16, 17]. Beide Tests waren weitgehend selbstauskunfts-basiert und konnten daher für einen Wartezimmerfragebogen verwendet werden. Der integrierte, gemeinsam mit dem Arzt durchzuführende Leistungstest (Stuhlaufstehetest – *chair rise test*) erforderte keine besondere Praxisausstattung. Der hier vorgestellte Praxistest soll die Praktikabilität der Kurztests FiND und SOF-Index untersuchen, insbesondere hinsichtlich folgender Fragen:

1. Inwieweit gelingt es mithilfe der Kurztests robuste (testnegative) Patienten zu identifizieren, die *kein* geriatrisches Assessment benötigen? (Selektionsvermögen)
2. Inwieweit stimmen die Tests in ihren Ergebnissen überein? (Testvergleich)
3. Ist ein solcher Pretest zur Auswahl geeigneter Patienten für ein anschließendes geriatrisches Assessment im Praxisalltag umsetzbar? (Machbarkeit)

Methoden

Design/Setting

Für die Querschnittsstudie wurden Hausarztpraxen aus dem Frankfurter Forschungspraxis-Netzwerk (ForN) gewonnen, zudem beteiligten sich Hausärzte der Leitliniengruppe Hessen (LLGH).

Population

Nach Einholen der zustimmenden Bewertung durch die Landes-Ethikkommission (Votum FF 40/2015) wurden während einer Woche durch die jeweilige Hausarztpraxis alle Patienten ≥ 70 Jahre konsekutiv ihres Erscheinens nach informierter schriftlicher Zustimmung in die Studie eingeschlossen.

Testverfahren

Die Kurztests FiND und SOF wurden von UJW und CM aus dem Englischen ins Deutsche übersetzt, von einer in Fragebogenmethodik erfahrenen Psychologin gegengelesen, in der LLGH bezüglich Verständlichkeit diskutiert und in der abschließend konsentierten Fassung als „Wartezimmer“-Fragebogen zusammengefasst. Er enthielt alle fünf Fragen des FiND und die zwei Fragen des SOF-Index sowie eine Frage zum allgemeinen Gesundheitszustand (Tab. 1). Zunächst wurden die Patienten gebeten, den Wartezimmerfragebogen mit acht Fragen auszufüllen. Dann wurde der „Stuhlaufstehetest“ (*chair rise test*) als dritter Bestandteil des SOF-Index in der anschließenden Konsultation durchgeführt, bei dem Patienten fünfmal hintereinander zügig vom Stuhl aufstehen sollen, ohne die Arme zu nutzen. Hausärzte trugen das Ergebnis ebenfalls auf dem Wartezimmerfragebogen ein und werteten den Test nach einer vorgegebenen Schablone aus: Je nach Antwortschema und erreichter Punktzahl werden Patienten nach FiND in die Gruppen „robust“, „frail“ und „disabled“ unterschieden, nach SOF in „robust“, „prefrail“ und „frail“ (Tab. 1). Zudem beantworteten die Ärzte eine Zusatzfrage, ob sie das Ergebnis überrascht habe. Die medizinischen Fachangestellten der Hausarztpraxis notierten die Zahl der angesprochenen Patienten, die Zahl der ausgegebenen Fragebögen, sammelten die ausgefüllten Bögen und schickten diese an die Studienzentrale.

Gruppendiskussion

Zur Unterstützung der Interpretation der quantitativen Ergebnisse führten wir nach Abschluss der Testphase in den

Praxen eine Gruppendiskussion mit den teilnehmenden Hausärzten der LLGH durch, in der Fragen zum allgemeinen Eindruck des Praxistests, zu Verständnisproblemen seitens der Patienten (eigenständiges Ausfüllen, Rückfragen), zur Einbindung des *chair rise tests* in den Ablauf der Konsultation und zur Reaktion der Patienten darauf, zu Auswertungsproblemen sowie zum Vertrauen der Ärzte in das Testergebnis erörtert wurden. Die Diskussion wurde von UJW moderiert und von CM, IS und MB schriftlich in Stichpunkten protokolliert.

Auswertung

Zur Beantwortung der Frage 1 ermittelten wir die aus den beiden Kurztests hervorgehenden Prävalenzen der „robusten“ Patienten, die kein nachfolgendes geriatrisches Assessment benötigen. Zu Frage 2 bestimmten wir die Übereinstimmung der Testergebnisse und untersuchten, welchen Anteil jede Einzelfrage der Kurztests an einem positiven Ergebnis hatte und ob die Hausärzte von den Testergebnissen überrascht waren. Zu Frage 3 wurden die Ergebnisse der Gruppendiskussion deskriptiv ausgewertet. Statistik: Die Daten wurden in SPSS Version 23 eingegeben. Es erfolgte eine deskriptive Auswertung und mittels Cohens Kappa Berechnungen zur zufallsbereinigten Übereinstimmung beider Testergebnisse.

Ergebnisse

Studienpraxen und Rekrutierung

An der Studie nahmen 25 Praxen teil (22 ForN-, 3 LLGH-Praxen). In den Praxen wurden 620 Patienten angesprochen, wobei die Zahl der angesprochenen Patienten zwischen den Praxen (10 bis 96 Patienten je Praxis) und den Wochentagen (durchschnittlich 6,2 Patienten am Montagvormittag vs. 0,3 am Freitagnachmittag) variierte. Von N = 541 Patienten wurden ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt, 523 hatten alles vollständig beantwortet. Aus 11 Praxen wurden mehr ausgefüllte Fragebogen zurückgesandt, als angesprochene Patienten im Rekrutierungsprotokoll dokumentiert waren.

Patientencharakteristika und der Anteil „robuster“ Patienten

Die Patienten waren im Median 77 Jahre alt (Interquartilsabstand: 74–81 Jahre), zu 54 % weiblich und 56 % der Patienten beschrieben ihren allgemeinen Gesundheitszustand mindestens als gut. Mit FiND wurden 42 % der Patienten als „robust“, hingegen 18 % als „frail“ und 39 % als „disabled“ diagnostiziert. Mit dem SOF-Index wurden 37 % dem Phänotyp „robust“ zugeordnet vs. 40 % „prefrail“ und 23 % „frail“.

Testergebnisse im Vergleich und ärztliche Prädiktion

Beide Instrumente zeigten eine hohe Übereinstimmung beim cut-off „robust“ vs. „nicht-robust“, d.h. wenn eine aggregierte Kategorie aus Patienten mit „Frailty“, „Prefrailty“ und „Disability“ den Patienten ohne Testauffälligkeiten gegenübergestellt wurde (Tab. 2); in der Kombination beider Tests an diesem cut-off waren 30 % der Patienten „robust“ (158/523 Patienten, für die beide Tests auswertbar waren). Wurden dagegen die Testergebnisse beider Instrumente zum Phänotyp „frail“ vs. „nicht frail“ miteinander verglichen, war die Übereinstimmung gering (69 % der Patienten übereinstimmende Bewertungen, Kappa: 0,07). Die Verteilung der positiven Testergebnisse je Frailty-Item und Instrument ist in Venn-Diagrammen dargestellt (Abb. 1). Die meisten Patienten wurden hinsichtlich Frailty beim SOF-Index aufgrund der „Energie“-Frage identifiziert, beim FiND aufgrund häufig erlebter Anstrengung und geringer körperlicher Aktivitäten.

Hausärzte waren bei insgesamt 24 % der untersuchten Patienten vom Testergebnis überrascht, wobei das Vorliegen von Frailty eher unterschätzt wurde: von allen im Test „robusten Patienten“ waren Ärzte zwar bei 18 % im FiND und 17 % im SOF-Index überrascht, dass sie keine Einschränkungen aufwiesen, obgleich sie diese angenommen hatten. Dagegen waren Ärzte bei 29 % der Patienten im FiND und 28 % im SOF-Index von den im Test identifizierten Einschränkungen überrascht. Insbesondere ungewollter Gewichtsverlust war ihnen bei 30 % der Patienten nicht aufgefallen, mangelnde Energie (SOF-Index) bei 29 % und mangelnde

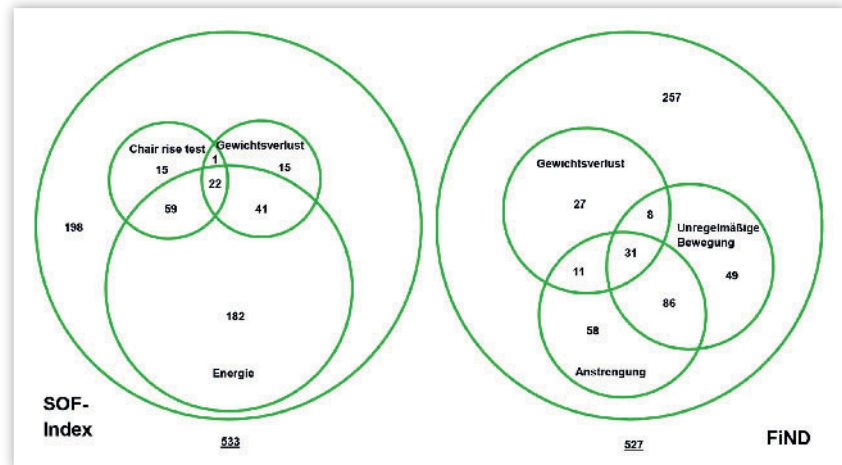


Abbildung 1 Verteilung der Antworthäufigkeiten zu Frailty-Fragen in FiND und SOF-Index. Dargestellt wurden die Antwortangaben im SOF-Index und im FiND (ohne Fragen 1 und 2 zu Disability). Die Zahlenangaben innerhalb der Kreise und überlappenden Flächen bedeuten absolute Anzahl positiver Antworten für das jeweilige Item bzw. Antwortkombinationen, Bsp. SOF-Index: 15 Patienten hatten nur einen positiven *chair rise test*, 1 Patient hatte eine Kombination aus positivem *chair rise test* und Gewichtsverlust, 22 Patienten waren positiv für alle 3 Items (*chair rise test* und Gewichtsverlust und Energiefrage).

de körperliche Aktivität (FiND) bei 28 % der Patienten.

Praktikabilitätsaspekte in der Gruppendiskussion

In der Gruppendiskussion wurden beide Screeningtests als praktikabel bewertet, ohne einen Test zu präferieren. Aus Sicht der Hausärzte zeigte der *chair rise test* nur schwerer betroffene Patienten mit Frailty auf, dafür waren die Patienten in der Durchführung dieses Tests hoch motiviert. Der Fragebogen für Patienten war allgemein gut verständlich, nur beim FiND-Test erlebten die Hausärzte häufiger Nachfragen bei Item 3: „Wie oft war in der letzten Woche alles für Sie anstrengend und Sie sind nicht richtig in Gang gekommen?“. Insgesamt seien beide Kurztests einfach durchzuführen und auszuwerten, problemlos in den Praxisablauf zu integrieren und von den Patienten gut akzeptiert worden. Beide Tests wurden zudem als hilfreich eingeschätzt, da diese objektiv, zeitsparend und besser als die eigene Einschätzung Patienten identifizieren, die einem umfassenden geriatrischen Assessment zugeführt werden sollten. Allerdings konnten nicht alle infrage kommenden Patienten wie geplant angesprochen werden, da das Einholen der informierten Zustimmung beim Patienten in Spitzenzeiten zu aufwendig war.

Diskussion

Ziel war es, die Praxistauglichkeit eines Screeningtests zu untersuchen, der es Hausärzten ermöglicht, ein umfassendes geriatrisches Assessment gezielt einzusetzen. Die hier erprobten Instrumente – bestehend aus einem Wartezimmerfragebogen und Aufstehetest in der Sprechstunde – waren einfach zu handhaben und ließen sich gut in den Praxisablauf integrieren. Der Wert des Screenings wurde insbesondere in einer objektiven und – gegenüber einem Anamnesegespräch – zeitsparenden Bewertung gesehen, mit der vulnerable Patienten für ein geriatrisches Assessment identifiziert werden können. Durch das Screening wurde ein Drittel aller aufgrund des Alters potenziell infrage kommenden Patienten als „robust“ diagnostiziert, d.h., diese benötigen kein geriatrisches Assessment. Die zwei Tests (FiND und SOF-Index) identifizierten fast dieselben Patienten als „robust“ ohne erhöhtes Risiko für negative gesundheitliche Outcomes vs. „nicht robust“ mit erhöhtem Risiko. Wenn man hingegen den Schwellenwert „frail“ vs. „nicht bzw. pre frail“ zugrunde legte, stimmten beide Instrumente schlecht überein. Daher variierte auch die Prävalenz von Frailty in der vorliegenden Stichprobe, je nachdem, mit welchem Instrument gemessen

Dr. med. Christiane Muth, MPH ...

... Internistin und Magistra Public Health (MHH), seit 2004 in der Allgemeinmedizin tätig, leitet den Arbeitsbereich „Klinische Entscheidungsunterstützung“. Schwerpunkte: Leitlinienentwicklung, Herzinsuffizienz, Multimorbidität, Multimedikation

wurde. Diese methodenbedingten Unterschiede in den Prävalenzangaben zu Frailty sind auch aus anderen Untersuchungen bekannt und liegen vor allem darin begründet, dass Frailty noch nicht einheitlich definiert und operationalisiert ist, dass Testgütekriterien und prädiktive Werte bei der Vielzahl von existierenden Instrumenten stark schwanken und dass die Abgrenzung zwischen unterschiedlichen Konzepten wie disability, frailty und Multimorbidität oft problematisch ist [17–19].

Ärztliche Einschätzung im Vergleich zu Testergebnissen

Das Screening lieferte im Vergleich zur subjektiven Einschätzung des Hausarztes in einem Viertel der Fälle überraschende Ergebnisse, wobei häufiger dem Hausarzt unbekannte Probleme aufgedeckt wurden – insbesondere ungewollter Gewichtsverlust, mangelnde Energie und körperliche Aktivität. Es scheint, dass Hausärzte Frailty sowie Einschränkungen in der Alltagskompetenz ihrer Patienten eher unterschätzen. Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in der Studie von Clegg et al., in der Hausärzte nur zwei Drittel der Patienten mit Frailty erkannten, dagegen aber bei mehr als drei Viertel der Patienten ohne Frailty den Gesundheitszustand richtig einschätzten (Sensitivität 67 %, Spezifität 76 %) [18].

Limitationen

Die vorliegende Untersuchung folgte einem pragmatischen Ansatz, der Stärken und Schwächen zur Folge hatte: Das Vorgehen erlaubte innerhalb kurzer Zeit eine Rekrutierung von mehr als 500 Patienten, d.h. der größten Stichprobe älterer und hochbetagter Patienten, die in Deutschland jemals auf Frailty und Disability untersucht wur-

de. Zum Rekrutierungsergebnis muss einschränkend festgestellt werden, dass zwischen Praxen und Wochentagen stark variierende Teilnehmerzahlen vorliegen und die Rekrutierungsdokumentationen mit den tatsächlichen Teilnehmerzahlen nicht immer identisch sind. Obgleich konsekutiver Patienteneinschluss in diagnostischen Studien eine bevorzugte Strategie ist [20], ist diese dennoch anfällig für einen Selektionsbias. So kann eine Verzerrung durch vorzugsweise Ansprache von Patienten mit Hinweisen auf Einschränkung und Gebrechlichkeit nicht ausgeschlossen werden, was den im Vergleich zu internationalen Untersuchungen hohen Anteil von Patienten mit Frailty (hier 18 % bzw. 23 %) erklären könnte [19]. Darüber hinaus wurden Patienten, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten, nicht näher identifiziert.

Eine weitere Limitation bestand darin, dass die englischsprachigen Fragebögen zwar mehrstufig übersetzt, aber weder transkulturell adaptiert noch für deutschsprachige Anwendung validiert werden konnten [21]. Die Gruppendiskussion des Praxistests zeigte bspw. Überarbeitungsbedarf in einem Item, bei dem es Verständnisprobleme gab. Weiterführende Schritte zur Adaptation und Validierung sollten sich angesichts des damit verbundenen Forschungsaufwandes am erwarteten Nutzen des Einsatzes der Instrumente orientieren. Die Gruppendiskussion wurde dem pragmatischen Ansatz folgend „nur“ innerhalb der LLGH geführt, wurde nicht wörtlich aufgezeichnet, transkribiert und war somit nicht für weitergehende qualitative Auswertungen zugänglich. Zusätzliche Gruppendiskussionen mit den teilnehmenden ForN-Ärzten sowie anspruchsvollere Methoden hätten bei erheblichem Mehraufwand ggf. weitere Aspekte der Praktikabilität offen-

gelegt, das Grundsatzproblem, ob die Ergebnisse aus „forschungsaktiven“ Praxen auf die Grundgesamtheit der Hausarztpraxen übertragbar sind, wäre damit jedoch nicht gelöst worden.

Implikationen

Das gewählte Studiendesign mit den hier eingesetzten Frailty-Screeningverfahren lässt keine Aussage darüber zu, wie valide die Tests vulnerable Patienten identifizieren. Hinweise darauf, dass eine Unterscheidung zwischen „robusten“ und „nicht robusten“ Patienten gelingt, lassen sich lediglich aus der guten Übereinstimmung der beiden Tests ableiten. Zudem werden bei der Formulierung von Leitlinienempfehlungen weitere Aufwand-Nutzen-Abwägungen berücksichtigt – etwa, ob ein negatives Testergebnis bei etwa 30 % der untersuchten Fälle eine ausreichende Filterfunktion darstellt (demzufolge wären 70 % für ein geriatrisches Assessment qualifiziert), ob positive Testergebnisse, die der Hausarzt nicht erwartet hatte, den Aufwand einer Wartezimmerbefragung rechtfertigen und ob sich aus dem Verteilungsmuster der Antworten einzelne Signalfragen für die Konsultation ableiten lassen.

Schlussfolgerungen

Die Durchführung der Screeningtests in Form eines kurzen Wartezimmerfragebogens und eines zusätzlichen Aufstehtests in der Sprechstunde erscheint grundsätzlich praktikabel und unterstützt eine objektive Identifikation von vulnerablen Patienten, die für ein geriatrisches Assessment geeignet sind. Durch ein solches Screening kann die Zahl der Patienten, die zunächst aufgrund des Alters infrage kämen, deutlich gesenkt werden. Zugleich bewirkten die Kurztests, dass Hausärzte einen relevanten Teil ihrer Einschätzungen zur gesundheitlichen Vulnerabilität der Patienten korrigierten. Für die Formulierung von Empfehlungen in der Leitlinie „Geriatrisches Assessment“ müssen weitere Aufwand-Nutzen-Abwägungen getroffen werden.

Interessenkonflikte: Es liegen keine Interessenkonflikte der Autoren vor. Die Studie wurde ohne externe Finanzie-

rung durchgeführt. Die Institution von Ingrid Schubert erhält Drittmittel für eine von Takeda geförderte Studie zu Morbus Crohn.

Danksagung: Unser Dank gilt den teilnehmenden Praxen Drs. Adler, Basel, Becker-Hassemer, Bill, Cremer, Deinhart, Fecher, Fessler, Hanisch, Hermann,

Jäger, Koch, Kraft-Merbach, Menke, Nadenau, Naudts, Nechwodal, Rix, Rohrbach, Schneider, Sefferin, Vetter, Vondung, Weber, Wetzel. Wir danken Dr. Corina Güthlin für die Beratung und Unterstützung bei der Fragebogenübersetzung, Michael Hartung für die Analysen und Phillip Elliot für die Durchsicht des englischen Abstracts.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Christiane Muth
Institut für Allgemeinmedizin
Johann Wolfgang Goethe-Universität
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main
muth@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

Literatur

- Bergert FW, Braun M, Ehrental K, et al. Hausärztliche Leitlinie „Multimedikation“: Empfehlungen zum Umgang mit Multimedikation bei Erwachsenen und geriatrischen Patienten. Leitliniengruppe Hessen, DEGAM und PMV-Forschungsgruppe. www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/multimedikation_II.pdf (letzter Zugriff am Zugriff: 23.04.2014)
- Muth C, van den Akker M, Blom JW, et al. The Ariadne principles: how to handle multimorbidity in primary care consultations. *BMC Med* 2014; 12: 223
- Püllen R, Amadori K. Assessment. In: Pantel J, Schröder J, Bollheimer C, Sieber C, Kruse A (Eds.). *Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie*. 1. Ausgabe. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag; 2014: 616–25
- Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664–70
- Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (7): CD006211
- Beswick AD, Rees K, Dieppe P, et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2008; 371: 725–35
- Junius-Walker U, Krause O. Geriatri-
- ches Assessment – welche Tests eignen sich für die Hausarztpraxis? *Dtsch Med Wochenschr* 2016; 141: 165–9
- Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas JM, Montgomery AA. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *Br J Gen Pract* 2011; 61: e12–e21
- Voigt K, Liebnitzky J, Riemenschneider H, et al. Beratungsanlässe bei allgemeinärztlichen Hausbesuchen. Erste Ergebnisse der SESAM-3-Studie. *Z Allg Med* 2011; 87: 65–71
- Strobl R, Muller M, Emeny R, Peters A, Grill E. Distribution and determinants of functioning and disability in aged adults--results from the German KORA-Age study. *BMC Public Health* 2013; 13: 137
- Abellan Van Kan G, Rolland Y, Bergman H, Morley JE, Kritchevsky SB, Velas B. The I.A.N.A Task Force on frailty assessment of older people in clinical practice. *J Nutr Health Aging* 2008; 12: 29–37
- Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet* 2013; 381: 752–62
- Rockwood K, Theou O, Mitnitski A. What are frailty instruments for? *Age Ageing* 2015; 44: 545–7
- Cesari M, Demougeot L, Boccalon H, et al. A self-reported screening tool for detecting community-dwelling older persons with frailty syndrome in the absence of mobility disability: the FiND questionnaire. *PLoS One* 2014; 9: e101745
- Bilotta C, Nicolini P, Case A, Pina G, Rossi S, Vergani C. Frailty syndrome diagnosed according to the Study of Osteoporotic Fractures (SOF) criteria and adverse health outcomes among community-dwelling older outpatients in Italy. A one-year prospective cohort study. *Arch Gerontol Geriatr* 2012; 54: e23–e28
- Bouillon K, Kivimaki M, Hamer M, et al. Measures of frailty in population-based studies: an overview. *BMC Geriatr* 2013; 13: 64
- Chung J, Demiris G, Thompson HJ. Instruments to assess mobility limitation in community-dwelling older adults: a systematic review. *J Aging Phys Act* 2015; 23: 298–313
- Clegg A, Rogers L, Young J. Diagnostic test accuracy of simple instruments for identifying frailty in community-dwelling older people: a systematic review. *Age Ageing* 2015; 44: 148–52
- Collard RM, Boter H, Schoevers RA, Oude Voshaar RC. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2012; 60: 1487–92
- Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *Fam Pract* 2004; 21: 4–10
- Hoffmann B, Domanska OM, Müller V, Gerlach FM. Entwicklung des Fragebogens zum Sicherheitsklima in Hausarztpraxen (FraSiK): Transkulturelle Adaptation – ein Methodenbericht. *ZEFQ* 2009; 103: 521–9