

# Geriatrisches Assessment in der Praxis

**OA Dr. med. Jens Trögner**

Klinikum Nürnberg, Med. Klinik II, Zentrum Geriatrie  
Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg

Der geriatrische Patient ist in der Regel über 70 Jahre alt, im geriatrischen Sinne multimorbide und weist alltagsrelevante Funktionseinschränkungen auf. Geriatrietypische Multimorbidität bedeutet, dass multiple strukturelle und funktionelle Schädigungen bei mindestens zwei behandlungsbedürftigen chronischen Erkrankungen vorliegen, die als geriatrietypische Merkmalkomplexe in Erscheinung treten. Die Auswirkungen dieser Erkrankungen erfordern eine engmaschige ärztliche Überwachung und müssen bei Planung und Durchführung der Therapie zu berücksichtigen werden. Typische Syndrome als Folge solcher Erkrankungen geriatrischer Patienten sind im Konzept der „4 geriatrischen I's“ zusammengefasst: Immobilität, Instabilität, Intellektueller Abbau und Inkontinenz [6].

Der erste Schritt in der Behandlung geriatrischer Patienten besteht in der Erfassung, Quantifizierung und Dokumentation der funktionellen Probleme und Ressourcen des Patienten, wobei auch Kontextfaktoren berücksichtigt werden müssen. Dazu dient das Geriatrische Basis-Assessment (GBA). Assessment (engl. „Einschätzung“) wird definiert als ein multidimensionaler und interdisziplinärer Prozess der Diagnostik mit dem Ziel, einen umfassenden Therapie- und Betreuungsplan zu erstellen [16]. Weitere Aufgaben bestehen in der Verlaufskontrolle der Behandlung sowie in der Einschätzung der Prognose für die optimale Platzierung in der Versorgungskette [14]. Nachdem es eine Vielzahl von Assessment-Instrumenten gibt, hat die „Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment“ [1] eine Empfehlung erarbeitet, die von vielen geriatrischen Einrichtungen in Deutschland übernommen wurde. In einer ersten Stufe erfolgt mit Hilfe des LACHS-Index ein Screening im Sinne einer strukturierten Anamnese [7]. Die zweite Stufe umfasst das eigentliche GBA:

- Barthel-Index [9]: Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL, englisch: ADL)
- MMSE (Mini-Mental State Examination) [5]: Bewertung der Kognition
- CC [19] [19]: Screening auf kognitive Defizite
- GDS [20] [20]: Screening auf Depression

- SoS (Soziale Situation) [11]: Analyse der sozialen Situation (Wohnungssituation, soziale Kontakte und Unterstützung, ökonomische Verhältnisse, soziale Aktivitäten)
- Handkraft-Messung: Gesamtmuskelkraft zur Diagnostik von Sarkopenie und Malnutrition, außerdem zur Prognose von Frakturen, Mortalität und anderen Parametern [13]
- Geldzähltest [10]: Screening und Verlaufskontrolle kognitiver Defizite
- Timed-Up&Go-Test [15]: Erfassung von Koordination und Mobilität
- Tinetti-Test [18]: Bewertung von Stand- und Gangsicherheit.

Darüber hinaus stehen für spezielle Fragestellungen oder zur genaueren Analyse aufgedeckter Defizite weitere standardisierte Testverfahren zur Verfügung (z.B. SF-36, SF-12 oder WHO-QOL für den Parameter Lebensqualität, SIDAM, SKT, CERAD zur differenzierten Abklärung von dementiellen Prozessen, MNA zum Screening auf Malnutrition) [14]. Aktuell besteht international kein Konsens hinsichtlich der standardisiert oder fakultativ einzusetzenden Bausteine eines geriatrischen Assessments und ihrer Durchführung, so dass vergleichende Untersuchungen erschwert sind [4]. Bei der Auswahl von Assessment-Instrumenten müssen Testgütekriterien wie Reliabilität (Test misst zuverlässig und ist reproduzierbar), Validität (Test misst inhaltlich das, wofür er gedacht ist), Sensibilität (Identifikation des gesuchten Merkmals) und Spezifität (Ergebnis ist eindeutig, möglichst wenig falsch positive Resultate) beachtet werden.

Ferner ist bei der Auswahl zu berücksichtigen, an welcher Personengruppen das Assessmentverfahren ursprünglich evaluiert wurde (z.B. bei ambulanten Patienten, im Krankenhaus auf einer internistischen, geriatrischen oder chirurgischen Station, in Langzeitpflegeeinrichtungen etc.). Nach der ursprünglichen Evaluation sollte das Verfahren in mindestens einer weiteren prospektiven Studie untersucht worden sein, denn im praktischen Einsatz können sich im Vergleich zum Ausgangsversuch erhebliche Abweichungen ergeben [8, 12].

Die Nützlichkeit (engl.: utility) eines Assessment-Verfahrens kann zum einfacheren Verständnis als Formel näherungsweise folgendermaßen ausgedrückt werden:

$U = V \times R \times A \times C$  (V = Validität, R = Reliabilität, A = Akzeptanz und C = Kosten)[3].

Assesment ist kein Selbstzweck. Nur die Kombination von Assesment-Verfahren und entsprechenden Interventionen ist in der Lage, die Behandlungsqualität zu verbessern. In einer Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass sich mit dieser Kombination neben der Senkung der Mortalität vor allem die funktionelle Kapazität der Patienten im ADL-Bereich steigern ließ. In der Konsequenz konnte der Verbleib in der häuslichen Umgebung signifikant besser gesichert werden[17].

Mittlerweile wurde mit der interRAI-Suite (z.T. auch Minimum Dataset (MDS) genannt) ein sog. 2-Generations-Assesment entwickelt, das in einem international ausgelegten Ansatz den länderübergreifenden Vergleich verschiedener Strukturen der Versorgung älterer Menschen (ambulante und stationäre Behandlung, Rehabilitation, Langzeitpflege etc.) ermöglichen soll. Die Instrumente des interRAI sind inzwischen validiert und erste Auswertungen der hinterlegten Datenbank liegen vor[2]. Speziell im Bereich der Langzeitpflege werden während der Dokumentation gleichzeitig Aktionen getriggert beispielsweise zur Abklärung typischer geriatrischer Syndrome oder zur Verbesserung der Pflegeplanung. In einigen Ländern wird die interRAI-Suite im Bereich der Langzeitpflege unter Benchmarking-Gesichtspunkten verpflichtend zur Qualitätssicherung eingesetzt.

1. Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST). Geriatrisches Basisassessment: Handlungsanleitung für die Praxis. München: MMV Medizin-Verlag; 1995.
2. Carpenter GI. Accuracy, validity and reliability in assessment and in evaluation of services for older people: the role of the interRAI MDS assessment system. *Age and Ageing* 2006;35(4):327-9.
3. van der Vlugten C. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Sciences Education* 1996;1:41-67.
4. Finucane PM, Henschke PJ. Rehabilitation. In: Pathy JMS, Sinclair AJ, Morley JE, eds. *Principles and Practice of Geriatric Medicine*. 4th ed. Chichester: Wiley & Sons Ltd; 2006:1571-86.
5. Folstein M, Folstein S, McHugh P. Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
6. Isaacs B. *The Challenge of Geriatric Medicine*. Oxford: Oxford University Press; 1992.
7. Lachs M, Feinstein A, Cooney L, Drickamer M, Marottoli R, Pannill F, Tinetti M. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990;112:699-706.
8. Lundin-Olsson L, Jensen J, Nyberg L, Gustafson Y. Predicting falls in residential care by a risk assessment tool, staff judgement, and history of falls. *Aging Clin Exp Res* 2003;15(1):51-9.
9. Mahoney F, Barthel D. Functional evaluation. The Barthel Index. *Md State Med J* 1965;14:61-5.
10. Nikolaus T, Bach M, Specht-Leible N, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting. A short physical performance test for manual dexterity and cognitive capacity. *Age and Ageing* 1995;24:257-8.
11. Nikolaus T, Specht-Leible N, Bach M, Wittmann-Jennewein C, Oster P, Schlierf G. Soziale Aspekte bei Diagnostik und Therapie hochbetagter Patienten. Erste Erfahrungen mit einem neu entwickelten Fragebogen im Rahmen des geriatrischen Assessments. *Z Gerontol Geriat* 1995;27:240-5.
12. O'Connell B, Myers H. The sensitivity and specificity of the Morse Fall Scale in an acute care setting. *J Clin Nurs* 2002;11:134-36.

13. Philipps P. Grip strength, mental performance and nutritional status as indicators of mortality risk among female geriatric patients. *Age and Ageing* 1986;15:53-6.
14. Pientka L. Das geriatrische Assessment. In: Füsgen I, ed. *Der ältere Patient*. 3. Auflage ed. München, Jena: Urban & Fischer Verlag; 2000:46-59.
15. Podsiadlo D, Richardson S. The Timed 'Up & Go': a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991;39:142-8.
16. Rubenstein L. Geriatric assessment: an overview of its impacts. *Clin Geriatr Med* 1987;3(1):1-15.
17. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Rubenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *The Lancet* 1993;342(Oct 23):1032-6.
18. Tinetti M. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990;112:699-706.
19. Watson I, Arfken C, Birge S. Clock completion: An objective Screening test for dementia. *J Am Geriatr Soc* 1993;37:730-4.
20. Yesavage J, Brink T, Rose T, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer O. Development and validation of a geriatric depression screening Scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983;17:37-49.