

# Geriatric: Siebzig Jahre geriatrisches Assessment – wo stehen wir heute?

Daniel Grob

Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)

## Zur Begrifflichkeit

Mit dem Begriff «multidimensionales geriatrisches Assessment» wird ein interdisziplinärer, diagnostischer Prozess beschrieben, der mehrere Gesundheitsdimensionen berücksichtigt und in dem versucht wird, die körperlichen, psychischen, sozialen, funktionellen und ökonomischen Defizite bzw. Ressourcen von älteren, gebrechlichen Menschen aufzudecken, um einen integrierten Behandlungsplan mit langzeitiger Nachbetreuung zu erstellen.

## Die Wurzeln in England: Reaktion auf eine sozialmedizinische Misere

Die Geschichte des multidimensionalen geriatrischen Assessments (im englischen Sprachraum als «comprehensive geriatric assessment» bekannt) ist eng verknüpft mit jener der klinischen Geriatrie. Die Anfänge reichen zurück in die 30er Jahre des letzten Jahrhunderts, als die Chirurgin Dr. Marjorie Warren als Oberärztin die zusätzliche Verantwortung für ein grosses Heim für chronisch Kranke in England zu übernehmen hatte. Die meisten der über 700 Menschen, die dort lebten, waren alt, chronisch krank, gebrechlich und meist nicht nur von der eigenen Familie, sondern auch von der Medizin verlassen: Ärztliche Interventionen betrafen damals meist nur das Ausstellen der Todesbescheinigungen. Marjorie Warren untersuchte alle diese Menschen, stellte Diagnosen, entwickelte ein Klassifikationssystem und begann, systematisch die Patienten medizinisch und rehabilitativ zu behandeln.

Ihre Interventionen beschränkten sich damit nicht nur auf die somatische Ebene – sie bezog auch die Psyche und den funktionellen Zustand in ihre Prozeduren ein. Sie konnte mittelfristig mehr als die Hälfte dieser Patienten wieder nach Hause entlassen [1].

Mit zwei Publikationen im «British Medical Journal» forderte sie 1943 auf der Basis ihrer Erfahrungen eine ärztliche Spezialisierung in Geriatrie, den Einbezug der Geriatrie in die medizinische Ausbildung und die Gründung von geriatrischen Abteilungen in den Spitälern. Ebenfalls verlangte sie, dass kein Mensch in eine Langzeitpflegeinstitution eingewiesen werden darf, der nicht vorher in den Genuss einer um-

fassenden geriatrischen Abklärung, eines geriatrischen Assessments, gekommen ist.

Die Politiker Englands erkannten den (wohl auch gesamtwirtschaftlichen) Nutzen der Arbeit von Dr. Marjorie Warren. Im Kontext des «National Health Service» wurden in der Folge vielerorts sogenannte «Acute Care Geriatric Evaluation Units» geschaffen.

Im übrigen Europa und auch in den USA tat sich in der Folge aber wenig; was wohl an den zu dieser Zeit im Vordergrund stehenden Wiederaufbauarbeiten nach dem zweiten Weltkrieg und der damals nicht sehr brisant erscheinenden demographischen und ökonomischen Entwicklung lag – es waren die «Golden Sixties» und die Jahre der «Baby-Boomer».

## Dreissig Jahre Forschung – ausgehend von den USA

Erst in den 1970er Jahren nahm der kalifornische Geriater Laurence Rubenstein die Gedanken von Dr. Marjorie Warren wieder auf und publizierte 1984 eine bahnbrechende Untersuchung im «New England Journal of Medicine» [2]. Seine prospektive Studie (die Patienten der Interventionsgruppe wurden in einer geriatrischen Assessment-Einheit abgeklärt und behandelt) zeigte erstaunliche Resultate: eine signifikant tiefere Mortalität, deutlich weniger Pflegeheimweisungen und tiefere Rehospitalisationsraten sowie einen markant besseren funktionellen und psychischen Zustand der Patienten.

In der Folge wurde eine Vielzahl ähnlich angelegter Studien durchgeführt: Geriatrische Assessment-Strategien wurden in verschiedenen Umgebungen und mit unterschiedlichen Populationen erforscht.

Der Berner Geriater Andreas Stuck beurteilte 1993 in einer Metaanalyse die damals vorliegenden Studien und publizierte diese im «Lancet» [3]. Er konnte 28 kontrollierte Studien mit rund 5000 Interventionsgruppen- und 5000 Kontrollgruppen-Patienten in seine Analyse einbeziehen. Stuck unterschied entsprechend der Art der Leistungserbringung vier Typen von Assessment-Programmen:

1. in stationären geriatrischen Abklärungs- und Behandlungsstationen (sogenannte «GEMU»: «geriatric evaluation and management units»);

2. im Kontext von geriatrischen Konsiliardiensten;
3. in geriatrischen Übergangsbetreuungssystemen und
4. in geriatrischen Ambulatorien.

Geriatrische Assessment-Programme, vor allem jene in den stationären geriatrischen Assessment- und Management-Einheiten, erwiesen sich in bezug auf die Mortalität, den Verbleib zu Hause und die Selbständigkeit (physische Funktionen) als wirksam. Interessant war, dass Programme, welche die Kontrolle über die Ausführung der Empfehlungen und einen strukturierten Follow-up beinhalteten, effizienter waren. Assessment-Strategien als reine beratende Konsiliarleistung schienen hingegen weniger positive Auswirkungen zu haben.

Die Resultate dieser Metaanalyse brachten in den 1990er Jahren etwas Ruhe in die in Ärztekreisen oft recht dezidiert geführte Diskussion um die Geriatrie und das geriatrische Assessment – die Forschungsarbeiten gingen weiter [4]. Im ambulanten Bereich zeigten Assessment-Programme positive Auswirkungen auf verschiedene Endpunkte, wie zum Beispiel auf die Reduktion von notfallmässigen Spitalzuweisungen oder auf die Verzögerung der Entwicklung von Behinderungen. Die Wirksamkeit war insbesondere dann gegeben, wenn geriatrische Interventionen systematisch und kontinuierlich durchgeführt wurden und nicht in Form einzelner (beratender) Massnahmen. Negative Konsequenzen für die Wirksamkeit hatten eine mangelnde Compliance der Patienten und eine ungenügende Koordination der Leistungserbringer. Im Zusammenhang mit den verschiedenen Assessment-Strategien im stationären (Spital-)Bereich wurde kürzlich erneut ein systematischer Review publiziert [5]. Dieser fokussierte auf zwei Typen von stationären Assessment-Programmen: auf diejenigen in geriatrischen Abklärungs- und Management-Einheiten (also in geriatrischen Kliniken und Abteilungen) und auf diejenigen in geriatrischen Konsiliardiensten. Zusammenfassend kommt die systematische Übersichtsarbeit von Ellis et al. zum Schluss, dass die bestehende Evidenz aus der Forschung heute nahelegt, das multidimensionale geriatrische Assessment im Spital als evidenzbasierter Standard für die Betreuung von älteren, gebrechlichen Spitalpatienten anzusehen.

### **Zukunftsperspektiven – ein Blick auf die Schweiz**

Die weitere Forschung wird sich damit nicht mehr um die prinzipielle Wirksamkeit von geriatrischen Assessment-Strategien kümmern müssen – dieses Kapitel darf als abgeschlossen betrachtet werden: Die Evidenz der Wirksamkeit

in bezug auf die erwähnten Parameter ist belegt.

Es dürfte in Zukunft vielmehr um die Fragen gehen, welche spezifischen Programme bei welchen Populationen und in welchen Umgebungen den grössten Nutzen versprechen.

Dies ist insbesondere im Hinblick auf die Entwicklungen in unserem schweizerischen Spitalsystem relevant, welche für gebrechliche, polymorbide Menschen voraussehbar problematisch sein könnten. So birgt einerseits eine Spitalfinanzierung über Fallkostenpauschalen ein Risiko, auf das bereits 1992 in den USA hingewiesen wurde: Der durch diagnosebezogene Fallkostenpauschalen erzeugte Druck auf die Aufenthaltsdauer im Spital kann bei einer geriatrischen Patientenpopulation zu Qualitätsverlusten und gesamtwirtschaftlich steigenden Kosten führen [6]. Ohne Gegenmassnahmen werden damit Systemschwächen, die vor über zehn Jahren in den USA aufgedeckt wurden, auch bei uns in der Schweiz manifest werden. Die Integration geriatrischer Assessment-Strategien in die Behandlungsplanung könnte hilfreich sein, um solchen Abstrichen bei der Qualität vorzubeugen.

Andererseits dürfen auch Guidelines und Disease-Management-Programme, die im medizinischen Alltag zunehmend Fuss fassen, nicht unkritisch auf hochbetagte, gebrechliche Geriatriepatienten angewendet werden. In einem vor ein paar Monaten publizierten Review solcher Programme haben die Autoren davor gewarnt, dass die Befolgung klinischer Guidelines bei älteren Patienten mit mehreren Komorbiditäten unerwünschte Nebenwirkungen haben können [7]. Fachspezialisten haben dies erkannt und fordern den Einbezug geriatrischer Assessment-Methoden in die fachspezifische Behandlungsplanung. So zum Beispiel in der Onkologie: Da Alter per se kein vernünftiger prädiktiver Indikator für den Erfolg einer Behandlung ist, können Assessment-Strategien helfen, Behandlungsprozeduren auf die jeweiligen Bedürfnisse und Möglichkeiten von älteren, polymorbiden Patienten abzustimmen [8]. Ähnliches dürfte auch auf Behandlungsentscheide in der Nephrologie (Dialyse), Orthopädie (Gelenkersatz) und in anderen Bereichen zutreffen.

### **Schlussbemerkungen**

Geriatrische Assessment-Strategien sind heute – 70 Jahre nach Marjorie Warren und nach 30 Jahren intensiver Forschung und Entwicklung – evidenzbasierte Verfahren, die bei der Betreuung der zunehmenden Population der alten, gebrechlichen, polymorbiden Patienten eine grosse Bedeutung haben.

Sie sind einer der Schlüssel zur Sicherstellung, dass auch hochbetagte, gebrechliche Menschen, welche häufig spezielle Ziel- und Wertvorstellungen

gen besitzen, von den Fortschritten der subspezialisierten Medizin profitieren können.

So wurde auch in der Schweiz gefordert, dass vor einem geplanten Eintritt in eine Institution der Langzeitpflege der zuständige Arzt ein geriatrisches multidimensionales Assessment durchzuführen habe [9] – mit dem Ziel, vorhandene Ressourcen und Defizite in allen Gesundheitsdimensionen aufzudecken, in die Behandlungsplanung zu integrieren und so dem häufig im Vordergrund stehenden Wunsch der alten Menschen nach einer möglichst langen autonomen Lebensführung zu entsprechen.

Die Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG) unternimmt grosse Anstrengungen, junge zukünftige Geriater in diesen komplexen Assessment-Methoden auszubilden.

Unterstützung erhält sie nicht zuletzt (ähnlich der Situation in England im 20. Jahrhundert) von sensibilisierten Gesundheitspolitikern auf kantonalen und städtischer Ebene, welche im Hinblick auf die demographische Entwicklung und den Fortgang der Pflegebedürftigkeit die Etablierung geriatrischer Assessment- und Management-Programme fordern.

Geriatrisches Assessment gewinnt damit zunehmend an Bedeutung und spielt eine zentrale Rolle in allen Fragen der Ressourcenallokation bei alten, polymorbiden, gebrechlichen Menschen, sei dies vor einem intendierten Pflegeheimenritt oder auch im Zusammenhang mit einer problemgerechten Anpassung subspezialisierter medizinischer Prozeduren an die jeweiligen Patientenbedürfnisse. Die Zukunft des geriatrischen Assessments hat eben erst begonnen.

#### Literatur

- 1 Gubler D., Geser C. Geschichte der klinischen Geriatrie. In: Carigiet E, Grob D, Hrsg. Der alte Mensch im Spital – Altersmedizin im Brennpunkt. Zürich: Eigenverlag des Gesundheits- und Umweltdepartementes der Stadt Zürich; 2000.
- 2 Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomised controlled trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664–70.
- 3 Stuck AE, Siu AL, Wieland GD. Comprehensive geriatric assessment. A meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342:1032–6.
- 4 Beispielsweise zum Thema präventiver Hausbesuche vgl. Stuck AE, Egger M, Hammer A, et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA* 2002;287:1022–8.
- 5 Ellis G, Langhorn P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull* 2005;71:45–59.
- 6 Fitzgerald JF, Moore PS, Dittus RS. The care of the elderly patient with hip fracture. Changes since implementation of the prospective payment system. *N Engl J Med* 1988;319: 1392–7.
- 7 Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases. *JAMA* 2005;294:716–24.
- 8 Wieland D., Hirth V. Comprehensive geriatric assessment. *Cancer Control* 2003;10:454–62.
- 9 Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen. Basel: SAMW; 2004.

Korrespondenz:  
Dr. med. Daniel Grob  
Klinik für Akutgeriatrie  
Stadtpital Waid  
Tièchestrassè 99  
CH-8037 Zürich  
[daniel.grob@waid.stzh.ch](mailto:daniel.grob@waid.stzh.ch)