

## Jubiläumsschlaglicht: Geriatrie

# Frailty im Alter

Prof. Dr. med. Andreas E. Stuck

Geriatrische Universitätsklinik, Inselspital, Universitätsspital und Universität Bern, Bern

Das Syndrom Frailty (Fragilität, Gebrechlichkeit) wurde 2001 erstmals beschrieben. Heute gibt es gute Instrumente, mit denen eine korrekte Diagnose der Frailty möglich ist. Dies ist wichtig für Therapieentscheidungen bei betagten Menschen.

## Der Frailty-Phänotyp 2001

Vor etwa 20 Jahren veröffentlichte Linda Fried, eine Pionierin der Geriatrie, einen Landmark-Artikel mit dem Titel: «Frailty im Alter, Beschreibung eines Phänotyps» [1]. Was scheinbar trivial ist, erweist sich auch heute noch als anspruchsvoll: die klinisch korrekte Feststellung einer Gebrechlichkeit im Alter. Linda Fried definierte den Frailty-Phänotyp als das Vorhandensein von 3 oder mehr der folgenden 5 Kriterien:

- ungewollter Gewichtsverlust (innerhalb eines Jahres),
- Muskelschwäche (Messung der Handmuskelfraft),
- Müdigkeit (anhand einer Depressionsskala),
- verlangsamte Motorik (Messung der Ganggeschwindigkeit),
- verminderte Aktivität (gemäss Fragebogen).

Gemäss dieser Definition ist Frailty ein Zustand im Übergang zwischen guter Gesundheit und Pflegebedürftigkeit im Alter. Also ein Zwischenstadium, in dem ein vorher rüstiger alter Mensch Zeichen der Gebrechlichkeit entwickelt und die Gefahr besteht, dass sich sein Zustand verschlechtert bis zu Pflegebedürftigkeit und Tod.

In den letzten 20 Jahren wurden neue Verfahren zur richtigen Erkennung einer Frailty entwickelt, und wir wissen heute mehr über die medizinische Behandlung der Frailty in Alter.

## Die Behandlung der Frailty

Betagte Menschen, bei denen eine Frailty besteht, haben ein erhöhtes Risiko für einen ungünstigen Verlauf (wie Komplikationen während einer Hospitalisation), eine Pflegeheimweisung, eine medizinische Verschlechterung oder eine Rehospitalisation. Das Ziel der medizinischen Behandlung der Frailty ist es deshalb, den Zustand der Betroffenen zu verbessern oder mindestens zu stabilisieren, damit diese Abwärtsspirale verhindert werden kann.

Die Forschung ist immer noch auf der Suche nach einem Hormon oder einem sonstigen biologischen Agens, das diesen pathophysiologischen Circulus vitio-

sus von Schwäche, Mangelernährung, Inaktivität und Muskelabbau auslöst. Dieses Agens – und damit auch das entsprechende Anti-Frailty-Medikament – wurden bis jetzt nicht gefunden. Studien zeigten jedoch, dass Personen mit Frailty-Syndrom davon profitieren, wenn die Faktoren, die der Frailty zu Grunde liegen, gezielt erkannt und behandelt werden. Das diagnostische Verfahren der Wahl ist ein geriatrisches Assessment in mehreren Bereichen. Die nachfolgende Liste zeigt die wichtigsten Bereiche, in denen bei Patientinnen und Patienten mit Frailty bei Spitaleintritt ein solches Assessment erforderlich ist, und zeigt einige Aspekte, die überprüft werden müssen und die für die weitere mögliche Therapie besonders wichtig sind:

- Mobilität: Sarkopenie, Sturzrisiko
- Ernährung: Proteinmangel
- Kognition: Demenz, Delir
- Emotion: Depression
- Sinnesorgane: Hilfsmittelbedarf, Umgebung
- Soziales: Wohnsituation, soziales Netz
- Polypharmazie: Über-, Untermedikation
- Urteilsfähigkeit: Shared Decision-Making
- Selbständigkeit: Ziele einer Rehabilitation

In den letzten beiden Jahrzehnten wurde das Verfahren des multidimensionalen geriatrischen Assessments verfeinert und an die neuen technologischen Möglichkeiten angepasst. In der Schweiz wurden in dieser Zeit viele akutgeriatrische Stationen und geriatrische Rehabilitationseinheiten eröffnet oder ausgebaut. Hochbetagte Menschen mit Frailty, die in diese Kliniken eingewiesen werden, erhalten dort interprofessionelle Behandlungen, basierend auf einem geriatrischen Assessment unter der Leitung von Fachärztinnen und -ärzten mit Schwerpunkt Geriatrie.

## Frailty als Triage-Kriterium

2020 machte die Frailty in der Presse Schlagzeilen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) publizierte angesichts der COVID-19-Pandemie Empfehlungen zur Triage von intensiv-

Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie (SPGG)



Andreas E. Stuck

	<b>1</b>	<b>Sehr fit</b> Personen in dieser Kategorie sind robust, aktiv, voller Energie und motiviert. Sie trainieren üblicherweise regelmässig und sind mit die Fittesten innerhalb ihrer Altersgruppe.
	<b>2</b>	<b>Durchschnittlich aktiv</b> Personen in dieser Kategorie zeigen <b>keine aktiven Krankheitssymptome</b> , sind aber nicht so fit wie Personen in Kategorie 1. Sie sind durchschnittlich aktiv oder <b>zeitweilig sehr aktiv</b> , z.B. saisonal.
	<b>3</b>	<b>Gut zurechtkommend</b> Die <b>Krankheitssymptome</b> dieser Personengruppe sind gut kontrolliert, aber ausser Gehen im Rahmen von Alltagsaktivitäten <b>bewegen sie sich nicht regelmässig</b> .
	<b>4</b>	<b>Vulnerabel</b> Auch wenn sie <b>nicht auf externe Hilfen im Alltag</b> angewiesen sind, sind Personen in dieser Kategorie <b>aufgrund ihrer Krankheitssymptome oft in ihren Aktivitäten eingeschränkt</b> . Häufig klagen sie über Tagesmüdigkeit und/oder berichten, dass Alltagsaktivitäten mehr Zeit benötigen.
	<b>5</b>	<b>Geringgradig frail</b> Personen in dieser Kategorie sind <b>offensichtlich in ihren Aktivitäten verlangsamt und benötigen Hilfe bei anspruchsvollen Aktivitäten</b> , wie Erledigen finanzieller Angelegenheiten, Transport, schwerer Hausarbeit und im Umgang mit Medikamenten.
	<b>6</b>	<b>Mittelgradig frail</b> Personen in dieser Kategorie benötigen <b>Hilfe bei allen ausserhäuslichen Tätigkeiten und bei der Haushaltsführung</b> . Im Haus haben sie oft Schwierigkeiten mit Treppengehen; sie benötigen eventuell Anleitung oder minimale Unterstützung beim Ankleiden.
	<b>7</b>	<b>Ausgeprägt frail</b> Personen in dieser Kategorie sind aufgrund körperlicher oder kognitiver Einschränkungen bei der Körperpflege <b>komplett auf externe Hilfe angewiesen</b> . Dennoch sind sie <b>gesundheitlich stabil</b> . Die Wahrscheinlichkeit, dass sie innerhalb der nächsten 6 Monate sterben, ist gering.
	<b>8</b>	<b>Extrem frail</b> <b>Komplett von Unterstützung abhängig und sich ihrem Lebensende nähernd</b> . Oft erholen sich Personen in dieser Kategorie auch von leichten Erkrankungen nicht.
	<b>9</b>	<b>Terminal erkrankt</b> Personen in dieser Kategorie haben eine <b>Lebenserwartung &lt;6 Monate</b> . Die Kategorie bezieht sich auf Personen, die <b>anderweitig keine Zeichen von Frailty</b> aufweisen.

Abbildung 1: Die Stufen der Clinical Frailty Scale (CFS) (modifiziert nach Rockwood K, et al. 2005 [3] und Singler, et al. 2020 [4], mit freundlicher Genehmigung der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie).

medizinischen Behandlungen bei Ressourcenknappheit. Die SAMW empfiehlt, bei betagten Menschen, die «Clinical Frailty Scale» (CFS, Klinische Frailty-Skala) als Kriterium für die Aufnahme auf eine Intensivstation anzuwenden. Ein CFS-Score von  $\geq 7$  bei über 65-Jährigen und von  $\geq 6$  bei über 85-Jährigen sind als Kriterien für eine Nichtaufnahme festgelegt [2].

Die CFS zur Erfassung der Frailty wird heute international breit angewendet [3–4]. Dieses Instrument definiert 9 Stufen des Gesundheitszustands im Spektrum zwischen ausgezeichneter Gesundheit (CFS 1) bis zu schwerster Pflegebedürftigkeit am Lebensende (CFS 9). Die Skala wird mit Piktogrammen und dazugehörigen Beschreibungen verwendet (Abb. 1).

Die SAMW empfiehlt die Verwendung der CFS auch in der 2021 publizierten Richtlinie zu Reanimationsentscheidungen [5]. Demnach soll nicht das Alter allein als Kriterium für einen do not resuscitate-Entscheid angewendet werden. Auch im hohen Alter kann eine Reani-

mation erfolgreich sein. So dokumentierte eine schwedische Registerstudie bei etwa 10% von über 90-jährigen Patientinnen und Patienten intaktes neurologisches Überleben nach einer Reanimation im Spital [6]. Liegt jedoch bei einer hochbetagten Person eine Frailty mit einem CFS-Score von  $\geq 5$  vor, ist nach neueren Studien eine Reanimation praktisch aussichtslos [7–9].

### Die klinische Frailty-Skala 2021

In Anbetracht der breiten Anwendung der CFS wurden in den letzten Jahren differenzierte Kriterien zur Bestimmung des CFS-Scores entwickelt. Ein Meilenstein ist die Entwicklung eines Entscheidungsbaums, der aufzeigt, welche Informationen notwendig sind, um den CFS-Score zu ermitteln [10] (s. Anhang). Dazu hat das Autorenteam Schulungsunterlagen für die Anwendung des CFS publiziert [11].

Einige wichtige Grundsätze bei der Anwendung der CFS sind:

- Die CFS ist nur für die Anwendung bei Personen über 65 Jahre geeignet.
- Der CFS-Score darf nicht intuitiv ermittelt, sondern muss von geschulten Fachpersonen erhoben werden.
- Für die Festlegung eines CFS-Scores sind eine differenzierte geriatrische Anamnese und eine ärztliche Prognosestellung erforderlich.
- Bei von Frailty Betroffenen im Akutspital ist nicht der Zustand bei Spitaleintritt, sondern der Status zwei Wochen vor dem akuten Ereignis massgebend.

### Blick in die Zukunft

Heute wird ein hohes Alter noch zu oft gleichgesetzt mit Gebrechlichkeit, was dazu führen kann, dass alle hochbetagten Menschen so betreut werden, als seien sie gebrechlich und dem Lebensende nahe. Es ist wichtig, dass wir dieses Altersbild korrigieren. Hochbetagte Menschen, die fit sind, brauchen eine andere medizinische Betreuung als solche, die gebrechlich sind. Und gebrechliche Patientinnen und Patienten sind auf eine spezifische geriatrische Versorgung angewiesen. In den nächsten Jahren sind dazu weitere Fortschritte in der Forschung, Lehre und Gesundheitsversorgung notwendig. Die differenzierte Anwendung des Frailty-Konzepts kann dazu beitragen.

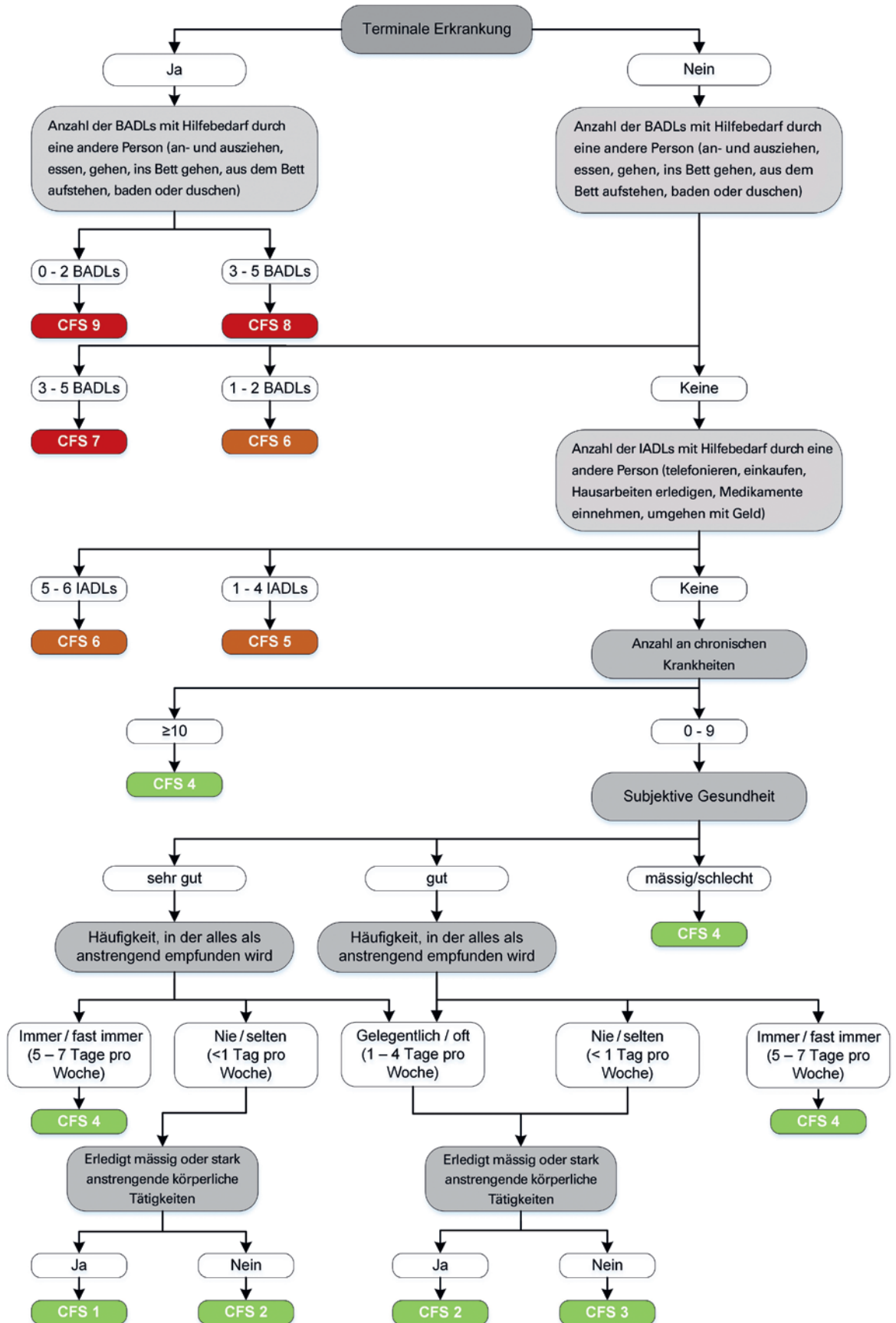
#### Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

#### Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie in der Online-Version des Artikels unter <https://doi.org/10.4414/smf.2022.09033>.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med.  
Andreas E. Stuck  
Geriatrische  
Universitätsklinik  
Inselspital  
Freiburgstr. 46  
CH-3010 Bern  
andreas.stuck[at]insel.ch



**Anhang:** Entscheidungsbaum für die Ermittlung der Clinical Frailty Scale (CFS). BADL: grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens, IADL: instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (modifiziert nach Theou O, et al., 2021 [10]: Theou O, Pérez-Zepeda MU, van der Valk AM, Searle SD, Howlett SE, Rockwood K. A classification tree to assist with routine scoring of the Clinical Frailty Scale. Age Ageing 2021;50:1406–11. © The Authors 2021. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>)).