

# Versorgungs-Report 2012

## „Gesundheit im Alter“

Christian Günster / Joachim Klose /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2012

Auszug Seite 193-205



<b>12</b>	<b>Einsatz des STEP-Assessments zur systematischen Krankheits- erfassung und -bewertung älterer Menschen in Hausarztpraxen .....</b>	<b>193</b>
	<i>Gudrun Theile, Ulrike Junius-Walker und Eva Hummers-Pradier</i>	
12.1	Einleitung .....	194
12.2	Ziele des STEP-Assessments .....	194
12.3	Inhalte und Durchführung des STEP .....	194
12.4	Mögliche Settings für STEP .....	195
12.4.1	Die PRISCUS-Studie .....	196
12.4.2	Die PräfCheck-Studie .....	197
12.4.3	STEP AOKN.....	198
12.5	Studienergebnisse .....	199
12.5.1	Akzeptanz und Machbarkeit .....	199
12.5.2	Aufdeckung von Gesundheitsproblemen und deren Wichtigkeit aus Sicht von Patient und Arzt .....	199
12.5.3	Planung und Realisation von Maßnahmen und deren Einfluss auf die subjektive Krankheitslast des Patienten .....	201
12.5.4	Konsequenzen für die Arzt-Patienten-Kommunikation .....	203
12.6	Zusammenfassung .....	204

# 12 Einsatz des STEP-Assessments zur systematischen Krankheits- erfassung und -bewertung älterer Menschen in Hausarzt- praxen

Gudrun Theile, Ulrike Junius-Walker und Eva Hummers-Pradier

## Abstract

Die medizinischen Versorgungsstrukturen im hausärztlichen Bereich sind bisher nur unzureichend auf die Erfordernisse eingestellt, die aus einer steigenden Zahl an älteren, meist chronisch kranken und multimorbiden Patienten erwachsen. Zwei vom Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover initiierte und vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekte zum geriatrischen STEP-Assessment konnten zeigen, dass eine solche umfassende und strukturierte Untersuchung eine relevante Anzahl an Gesundheitsproblemen aufdeckt, die dem Hausarzt nicht selten vorher unbekannt waren. Ein sich dem Assessment anschließendes Patient-Arzt-Gespräch, in dem ein Großteil dieser Probleme zumindest kurz angesprochen werden, führt zu einer Senkung der subjektiven Krankheitslast des Patienten. Allerdings stimmen Patient und Arzt in der Regel nicht darüber überein, welche Gesundheitsprobleme besonders wichtig und damit prioritär zu behandeln sind. Ein spezieller Gesprächsleitfaden kann die Annäherung der beiden Sichtweisen unterstützen.

Primary medical services have not yet been adapted to the needs of an increasing number of elderly, chronically ill patients suffering from multimorbidity. Two projects initiated by the Institute of General Practice of the Hannover Medical School and funded by the Federal Ministry of Education and Research developed diagnostic and therapeutic processes targeted to the older population. Both studies used the geriatric STEP-Assessment, a multidimensional and structured diagnostic tool that uncovered a relevant number of known as well as previously unknown health problems. A physician-patient consultation following each assessment, where most of these problems were addressed at least briefly, led to a reduction of patients' subjective illness ratings compared to a control group that merely received the assessment. However, it became apparent that patients and their physicians did not usually agree on which health problems are particularly important. A consultation guide may help to make the two perspectives more consistent.

## 12.1 Einleitung

Die Zahl älterer Menschen in den Hausarztpraxen nimmt beständig zu. Dennoch sind die medizinischen Versorgungsstrukturen im ambulanten Bereich bisher wenig auf diese Veränderung eingestellt. Konsultationen beim Hausarzt verlaufen in der Regel sehr anlassbezogen (Deveugle et al. 2002). Zu wenig werden jene Faktoren berücksichtigt, die gleichsam neben oder im Hintergrund der gerade prominenten Gesundheitsbeschwerde wirken. Dies kann zu eindimensionalen diagnostischen und therapeutischen Vorgehen führen, die unerwünschte Nebenwirkungen in Bezug auf parallel vorliegende Gesundheitsstörungen haben oder aber vorhandene Gesundheitsressourcen nicht ausreichend beachten.

Um diesem Umstand wirksam und im Sinne einer verbesserten Patientenversorgung zu begegnen, wurden vor fast 20 Jahren erstmals Bemühungen unternommen, mit dem geriatrischen Assessment (GA) nicht nur im stationär-geriatrischen, sondern auch im ambulant-hausärztlichen Bereich eine strukturierte und systematische Untersuchung älterer Menschen als Basis eines umfassenden und rationalen Therapieregimes zu etablieren. Neben der Initiative der AGAST-Gruppe (Bach et al. 1997) war es vor allem die Entwicklung des internationalen STEP-Assessments (Standardised Assessment for elderly people in primary care), das diesen Gedanken in die Realität überführte (Junius und Fischer 2002).

# 12

## 12.2 Ziele des STEP-Assessments

Das STEP-Assessment wurde im Rahmen eines von der europäischen Gemeinschaft geförderten Projekts entwickelt. Ziel war es, eine Übersicht über gleichzeitig bestehende relevante Gesundheitsprobleme älterer hausärztlicher Patienten zu erstellen. Als relevant wurden solche Probleme definiert, die häufig in einer allgemeinärztlichen Patientenpopulation auftreten sowie primärärztlich diagnostizierbar und behandelbar sind (Sandholzer et al. 2004). Außerdem sollte das Instrument so gestaltet sein, dass es in verschiedenen Ländern und Gesundheitssystemen Einsatz finden kann und ein länderübergreifender Vergleich der Befunde und Daten erleichtert wird.

## 12.3 Inhalte und Durchführung des STEP

Das STEP-Assessment erfasst mit 44 Items mögliche gesundheitliche Probleme aus dem somatischen, funktionellen, psychosomatischen und sozialen Bereich. Die meisten Befunde werden per Selbstauskunft erhoben, ergänzend finden einige Untersuchungen und Tests zur Kognition und Sturzgefährdung sowie eine Blutdruckmessung und eine Fußinspektion statt (Abbildung 12–1). Die komplette Durchführung beansprucht in etwa eine Dreiviertelstunde. Sowohl in Deutschland als auch in England wurden Machbarkeitsuntersuchungen in allgemeinmedizinischen Praxen erfolgreich durchgeführt; dabei zeigte sich eine – vor allem kulturell bedingte – un-

Abbildung 12–1

<b>Die Items des STEP-Assessments</b>	
<p><b>Mobilität und Alltagsfunktion</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• BADL/ADL</li> <li>• Stürze</li> <li>• Get-up-and-go-Test</li> <li>• Fußuntersuchung</li> </ul> <p><b>Organbezogene Erkrankungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterserkrankungen</li> <li>• Alterssyndrome</li> <li>• Schmerz</li> <li>• Sensorik</li> </ul> <p><b>Stimmung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression</li> <li>• Trauer</li> <li>• Einsamkeit</li> <li>• Angst</li> </ul> <p><b>Soziales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hilfsdienst</li> <li>• Hilfe im Notfall</li> <li>• Pflegender Angehöriger</li> <li>• Finanzielle Situation</li> </ul>	<p><b>Wohnung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reparaturbedarf</li> <li>• Hindernisse</li> </ul> <p><b>Lebensstil</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegung</li> <li>• Ernährung</li> <li>• Rauchen</li> <li>• Alkohol</li> </ul> <p><b>Medikamente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Polymedikation</li> <li>• Selbstmedikation</li> <li>• Nebenwirkungen</li> </ul> <p><b>Impfungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tetanus</li> <li>• Diphtherie</li> <li>• Pneumokokken</li> <li>• Influenza</li> </ul> <p><b>Gedächtnis</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uhrentest</li> </ul>
Versorgungs-Report 2012	WIdO

terschiedliche Einbindung der medizinischen Assistentinnen und des Patienten selbst in die Durchführung des Assessments. (Junius et al. 2003). Die Urheber des STEP haben diesbezüglich keine festen Vorgaben gemacht, realistisch scheint aber, dass eine geschulte Assistentkraft die Untersuchung gemeinsam mit dem Patienten durchführt und der Arzt anschließend die Ergebnisse mit dem Patienten bespricht.

## 12.4 Mögliche Settings für STEP

Auf diese Weise wurde die STEP-Untersuchung auch im Rahmen der vom BMBF geförderten Projekte „Das hausärztliche Assessment für ältere Menschen – Hannoversches Teilprojekt des Verbundprojekts PRISCUS-Prerequisites of a new health care model for elderly people in primary care“ und PräfCheck „Proaktive partizipative Behandlungsplanung mit älteren chronisch kranken Menschen“ eingesetzt.

### 12.4.1 Die PRISCUS-Studie

Hauptziel des PRISCUS-Projektes war es zu ermitteln, ob ein umfassendes geriatrisches Assessment und ein darauf folgendes Patienten-Arzt-Gespräch die subjektive Krankheitslast älterer Patienten senken können. Die Studie war als kontrollierte (nicht randomisierte) Interventionsstudie konzipiert. Das STEP-Assessment wurde in der Interventionsgruppe an 436 Patienten aus 46 hausärztlichen Praxen und in der Kontrollgruppe an 396 Patienten aus 28 Praxen durchgeführt. Nur in der Interventionsgruppe fand unmittelbar nach dem Assessment eine Konsultation des Patienten bei seinem Hausarzt statt. In der Kontrollgruppe war ein solches Gespräch nicht vorgesehen, die medizinische Versorgung des Patienten erfolgte wie gewöhnlich.

Für die Interventionsgruppe untersuchten Studienassistentinnen des Instituts für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover die in die Studie eingeschlossenen Patienten (72+ Jahre) in den Räumen der beteiligten Hausarztpraxen. Die Ergebnisse wurden direkt in eine elektronische Maske eingegeben. Sie konnten vor Ort anhand eines portablen Druckers ausgedruckt und sowohl dem Patienten als auch dem behandelnden Hausarzt vorgelegt werden. Beide bewerteten unabhängig voneinander die aufgedeckten Gesundheitsprobleme sowohl nach der Dimension Wichtigkeit (Patient und Arzt) als auch nach den Dimensionen Belastung und Behinderung im Alltag (nur der Patient) (Abbildung 12–2). Direkt anschließend fand ein Konsultationsgespräch statt, dessen inhaltliche Gestaltung von Seiten des Studienprotokolls nicht vorgegeben war. Im Anschluss an dieses Gespräch wurde der Arzt gebeten anzugeben, ob und welche Interventionen er aufgrund der Assessment-Ergebnisse plane.

Die Durchführung der STEP-Untersuchungen in der Kontrollgruppe oblag unserem Projektpartner, der Abteilung für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie der Ruhr-Universität Bochum. Die beteiligten Allgemeinärzte und

Abbildung 12–2

<b>Erfassung der Krankheitslast</b>			
<b>1. Wie wichtig ist Ihnen dieses Problem?</b>			
<input type="radio"/> nicht wichtig	<input type="radio"/> wenig wichtig	<input type="radio"/> ziemlich wichtig	<input type="radio"/> sehr wichtig
<b>2. Wie sehr belastet Sie dieses Problem? Es belastet mich...</b>			
<input type="radio"/> nicht	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> ziemlich	<input type="radio"/> sehr
<b>3. Wie sehr behindert Sie dieses Problem bei Ihren Alltagsaufgaben? Es behindert mich...</b>			
<input type="radio"/> nicht	<input type="radio"/> wenig	<input type="radio"/> ziemlich	<input type="radio"/> sehr
Versorgungs-Report 2012			WIdO

Patienten entstammten der von der Bochumer Abteilung aufgebauten getABI<sup>1</sup>-Kohorte (Diehm et al. 2003). (Der Einbezug einer solchen Kohorte war Voraussetzung für eine Förderung der Studie im Rahmen der BMBF-Förderung „Gesundheit im Alter“.) Wie auch in Hannover wurden die eingeschlossenen Patienten in den Räumen der teilnehmenden Praxen von geschulten Studienassistentinnen (bzw. teilweise von jungen Wissenschaftlern) untersucht und ebenfalls gebeten, die aufgedeckten Gesundheitsprobleme bezüglich der Dimensionen Wichtigkeit, Belastung und Behinderung zu bewerten. Allerdings erhielten in diesem Fall weder der Patient noch sein behandelnder Hausarzt die Ergebnisse des Assessments mitgeteilt. Auch war regelmäßig keine Konsultation nach dem Assessment vorgesehen.

Um das Hauptzielkriterium ermitteln zu können, wurden die Belastung und Behinderung durch die einzelnen aufgedeckten Gesundheitsprobleme nicht nur zum Zeitpunkt des Assessments in der Praxis (t<sub>0</sub>), sondern ein zweites Mal drei Monate nach Studienbeginn (t<sub>1</sub>) erfasst. Die teilnehmenden Patienten bewerteten am Telefon erneut, wie wichtig, wie belastend und wie behindernd jedes der drei Monate zuvor aufgedeckten Gesundheitsprobleme aktuell sei. Zunächst wurde pro Patient und Gesundheitsproblem ein Mittelwert aus allen Dimensionen ermittelt und dann über eine Mittelung aller dieser Mittelwerte ein Index pro Patient berechnet. Diese Indexwerte wurden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe verglichen. Die Nullhypothese war, dass Interventions- und Kontrollgruppe sich nicht in den mittleren Veränderungen der Krankheitslast zwischen t<sub>0</sub> und t<sub>1</sub> unterscheiden würden. Die Studie konnte zeigen, dass das STEP-Assessment effektiv darin war, die subjektive Krankheitslast der Interventionsgruppe gegenüber der der Kontrollgruppe zu senken.

Weitere Ziele der PRISCUS Studie, über die im Folgenden in Ausschnitten berichtet wird, waren:

- Eine Beschreibung der Art, Menge und Muster (Multimorbidität) von Gesundheitsproblemen älterer Patienten in der Hausarztpraxis
- Der Vergleich der Wichtigkeitsbewertungen von einzelnen Gesundheitsproblemen durch Patienten und Ärzte
- Eine Beschreibung der Art und Menge der nach einem Assessment initiierten Versorgungsmaßnahmen und Untersuchung von Faktoren, die Einfluss auf die Planung bzw. Realisation einer Intervention haben können

#### 12.4.2 Die PräfCheck-Studie

Die cluster-randomisierte kontrollierte Interventionsstudie “Präfcheck“ hat zum Ziel, ein sich dem STEP-Assessment anschließendes Behandlungsplanungsgespräch zu entwickeln und zu testen. Auf diese Weise soll ermöglicht werden, dass sowohl patienten- als auch arztseitige Gesundheits- und Behandlungsprioritäten in ein übergreifendes Behandlungskonzept einfließen können. Es hat sich nämlich herausgestellt, dass Ärzte bei der Sichtung der vielen gleichzeitigen Probleme älterer Patienten häufig überfordert sind und Schwierigkeiten haben, ein integratives Behandlungskonzept aufzustellen (Schwenk 1997).

<sup>1</sup> German epidemiological trial on ankle brachial index

Im Kern geht es im PräfCheck-Planungsgespräch darum, dass Arzt und Patient sich über die Bedeutsamkeit der im STEP-Assessment aufgedeckten Gesundheitsprobleme austauschen, gemeinsam prioritär zu behandelnde Probleme definieren und posteriore Probleme hintenan stellen. Damit soll z. B. die Vielzahl der möglichen Therapien auf ein unabdingbares, aber angesichts der Arzneimittelinteraktionen weniger gefährliches Maß reduziert werden (Boyd et al. 2005; Dawes et al. 2010).

21 Hausärzte mit insgesamt 174 Patienten wurden per Blockrandomisierung der Interventionsgruppe zugeordnet und 19 Hausärzte mit 143 Patienten der Kontrollgruppe. Alle Patienten erhielten in den Praxen das STEP-Assessment mit der sich daraus ergebenden Problemliste. Jedes einzelne Gesundheitsproblem wurde vom Hausarzt und vom Patienten unabhängig hinsichtlich der Wichtigkeit eingestuft. Der Hausarzt nahm eine zweifache Bewertung vor, einmal die Wichtigkeit hinsichtlich der Versorgung und einmal die vermutete Wichtigkeit für den Patienten. Anschließend fanden in Arzt-Patient-Gesprächen nicht näher definierte Befundbesprechungen für die Patienten der Kontrollgruppe statt, während die Ärzte der Interventionsgruppe den sogenannten Präfcheckbogen benutzten. Dieser beinhaltete die Wichtigkeitsbeurteilung des Patienten zu jedem Problem sowie eine Kurzanleitung zur patientenzentrierten Vereinbarung von gemeinsamen Gesundheitsprioritäten. Nach zwei Wochen fand eine erneute Wichtigkeitsbeurteilung der Patientenprobleme seitens der Ärzte und der Patienten statt. Es bestand die Hypothese, dass die Übereinstimmung zwischen den Interventionsärzten und ihren Patienten aufgrund der Nutzung des Präfcheck-Bogens höher sei als in der Kontrollgruppe.

### 12.4.3 STEP AOKN

Eine weitere Anwendung des STEP fand im Rahmen der von der Allgemeinen Ortskrankenkasse Niedersachsen (AOKN) durchgeführten präventiven Hausbesuche statt. 2004 war das Projekt „Gesund Älter Werden“ (Fischer et al. 2006), ein Demonstrationsobjekt der WHO Europa, in die Interventionsphase gegangen. Insgesamt 548 Versicherte zwischen 68 und 79 Jahren, die in ausgewählten Stadtteilen Hannovers wohnten, wurden von Fallberaterinnen der AOKN zu Hause aufgesucht, unter anderem mit dem STEP untersucht und anschließend ressourcenorientiert in Hinblick auf eine gesundheitsfördernde Lebensführung beraten.

Im Anschluss an das Projektende 2006 wurden die präventiven Hausbesuche der AOKN in Teilregionen Niedersachsens (Hannover, Braunschweig, Delmenhorst, Verden) in die Regelversorgung übernommen. In diesem Zusammenhang hatten die Autorinnen dieses Beitrags das STEP-Assessment nach einer wissenschaftlichen Auswertung von Fokusgruppen mit Fallberaterinnen der AOKN der Beratungssituation bei den Hausbesuchen angepasst. Der Abschnitt zur Analyse der Wohnraumsituation ist im STEP AOK detaillierter gestaltet, andererseits wurden manche Fragen zum alltäglichen Befinden und zur körperlichen Gesundheit des Hausbesuchsklienten etwas kompakter gefasst.

Aktuell führen das Institut für Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung sowie das Institut für Allgemeinmedizin der MHH in Kooperation mit der AOKN seit 2008 ein Projekt zur Evaluation der Effektivität von verschiedenen Zugangswegen für ein präventives Angebot für ältere Mitbürger durch: „Äl-

tere gezielt erreichen (AeGE) – Effektivität und Kosteneffektivität am Beispiel des präventiven Hausbesuchs“. Da das STEP-Assessment in der AOKN-Version zu den Routineinstrumenten der AOK-Fallberaterinnen gehört, werden am Ende des Projektes auch deskriptive Daten aus den Assessments vorliegen. Allerdings werden diese lediglich dazu benutzt werden, die erreichte Studienpopulation bezüglich ihres Gesundheitszustandes zu charakterisieren. Anders als bei den Projekten PRISCUS und PrüfCheck war es nicht Ziel der AeGE Studie, einen weiteren Beitrag zur Darstellung der Effektivität des STEP-Assessments zu leisten.

## 12.5 Studienergebnisse

### 12.5.1 Akzeptanz und Machbarkeit

Die Durchführung des STEP-Assessments im Rahmen der Studien PRISCUS und PrüfCheck inklusive der Bewertungen zur Krankheitslast durch den Patienten nahm in der Regel etwa eine Dreiviertelstunde in Anspruch. Die ganz überwiegende Zahl der Patienten begrüßte diese intensive Auseinandersetzung mit ihren Gesundheitsproblemen. Wenige Verständnisprobleme betrafen das STEP Instrument selbst. Häufiger hingegen war eine Erläuterung der Dimensionen „wichtig“, „belastend“ und „behindernd“ erforderlich. Auch hier entwickelten jedoch die meisten Patienten ein zumindest individuell zutreffendes Konzept, sodass die erneute Abfrage drei Monate später komplikationslos verlief.

Sowohl Patienten als auch Hausärzte bewerteten das Assessment positiv. Patienten der Interventionsgruppe gaben in der PRISCUS-Studie überzufällig häufiger als Patienten der Kontrollgruppe an, dass der Hausarzt nach dem Assessment einen im Alltag gut umsetzbaren Behandlungsplan entworfen hatte. Die Ärzte waren der Meinung, dass das Assessment einen guten Überblick über altersrelevante Probleme verschaffe und sich auch gut für Neuaufdeckungen eigne. Viele Ärzte der Interventionsgruppe erwogen, in Zukunft häufiger ein geriatrisches Assessment für ältere Patienten durchzuführen. Allerdings wird der zeitliche Bedarf zur Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments von vielen Hausärzten außerhalb der PRISCUS-Interventionsgruppe als (zu) hoch angesehen.

### 12.5.2 Aufdeckung von Gesundheitsproblemen und deren Wichtigkeit aus Sicht von Patient und Arzt

Die durchschnittliche Anzahl aller aufgedeckten Gesundheitsprobleme betrug in der PRISCUS-Studienpopulation 11,5 (2–29) pro Patient. Tabelle 12–1 zeigt die zwölf häufigsten Gesundheitsprobleme in einer Zwischenauswertung der Daten der Interventionsgruppe (Müller et al. 2010). Während es nicht überrascht, dass die chronischen „Volkserkrankungen“ Bluthochdruck und Hypercholesterinämie sehr häufig vorkommen und ebenfalls bekannt ist, dass (chronische) Schmerzen nicht nur in der älteren Bevölkerung häufig sind (Diehmer und Burchert 2003), werden Probleme bei der Medikamenteneinnahme oder Veränderungen der Füße in anderen Gesundheitsberichterstattungen deutlich seltener erfasst und beschrieben. Hinter

Tabelle 12–1

**Am häufigsten durch STEP Assessment (nicht nur neu) aufgedeckte Gesundheitsprobleme bei 189 Patienten der Interventionsgruppe (Zwischenauswertung)\***

Rang	Gesundheitsproblem	n	%
1	Bluthochdruck	163	86,2
2	Unzureichender oder fraglicher Impfschutz	160	84,7
3	Hypercholesterinämie	146	77,2
4	Schmerzen	141	74,6
5	Probleme bei der Medikamenteneinnahme	133	70,4
6	Fußprobleme	116	61,4
7	Unzureichende körperliche Betätigung	81	42,9
8	Trauer	80	42,3
9	Schlaflosigkeit	74	39,2
10	Auffälliger Uhrentest	64	33,9
11	Hörprobleme	60	31,7
12	Urininkontinenz	58	30,7

\* in absoluten Zahlen (n) und in % der Gesamtzahl aller aufgedeckten Gesundheitsprobleme

Lesbeispiel: Bei 163 von 189 Patienten der Interventionsgruppe wurde Bluthochdruck aufgedeckt

Versorgungs-Report 2012

WiDo

der Überschrift „Probleme bei der Medikamenteneinnahme“ verbarg sich ganz überwiegend die Einnahme von mehr als fünf Medikamenten durch den Patienten, also eine Polypharmakotherapie. Diese ist nicht nur selbst eine Folge von Multimorbidität, sondern nicht selten auch (unaufgedeckte) Ursache von multiplen Beschwerden und damit ein häufig übersehenes, nicht explizit beachtetes Gesundheitsproblem des Alters. Krankhafte Veränderungen an den Füßen wie offene Stellen, Zehendeformitäten oder ausgeprägte Schwielenbildung können die Geh- und Stehfähigkeit des Patienten und damit Mobilität und Funktion erheblich beeinträchtigen. Die Häufigkeit von solchen Fußveränderungen in unserer Untersuchung macht deutlich, wie wichtig eine ganzheitliche Betrachtung des älteren Patienten ist, die auch Aspekte mit einbezieht, die sich dem Fokus kurzer anlassorientierter Sprechstunden entziehen.

Schlaflosigkeit, unzureichende körperliche Betätigung, ein auffälliger Uhrentest, Hörprobleme, Urininkontinenz und Trauer sind weitere, häufig altersassoziierte Erscheinungen. Gleichwohl werden sie nicht selten übersehen und in Häufigkeit und Ausmaß unterschätzt, weil Patienten „Tabuthemen“ wie Inkontinenz, aber auch zunehmende Probleme mit dem Hören oder ein Absinken der Merkfähigkeit von sich aus nicht (gerne) ansprechen, das Ausmaß ihrer Schlaflosigkeit, aber auch ihrer Bewegungslosigkeit für altersentsprechend „normal“ halten und nicht immer (wieder) mit dem Hausarzt thematisieren mögen, dass sie am Verlust eines nahen oder geliebten Menschen leiden.

Die hohe Rate an fehlendem bzw. einfach nur unbekanntem Immunisationsstatus (erfasst wurden: Influenza, Pneumokokken, Tetanus und Diphtherie) war dagegen vor allem auch ein Dokumentationsproblem. Sicherlich ist es auch bei älteren Patienten sinnvoll, sich in Abständen einen Überblick über den Stand der Immuni-

sation zu verschaffen. In einer Vielzahl der Fälle in unserer Untersuchung war der durchaus vorhandene Impfschutz jedoch einfach nicht ausreichend in den Unterlagen des Arztes dokumentiert und/oder die Patienten hatten vergessen, ihren Impfpass mitzubringen.

In beiden aktuellen Studien zum STEP-Assessment wurden Patienten und Ärzte auch nach der Wichtigkeit der aufgedeckten Gesundheitsprobleme befragt. Es zeigte sich, dass Patienten die Tatsache, pflegender Angehöriger zu sein, als das wichtigste Gesundheitsrisiko einstufen. Weitere Gesundheitsprobleme mit hoher Relevanz waren Einsamkeit, Angst, eine gedrückte Stimmung, eine schwierige finanzielle Situation, Atemnot, die symptomatische arterielle Verschlusskrankheit und Probleme mit dem Stuhlgang.

Für die Ärzte hingegen waren Schmerzen und Enggefühle in der Brust das Symptom mit der größten Wichtigkeit, es folgten Angst, Atemnot, Herzrhythmusstörungen, Gewichtsverlust, Bluthochdruck, Herzinfarkt und erhöhte Blutzuckerwerte.

Vergleicht man die Ergebnisse auf der Ebene von Gesundheitsproblemgruppen, so zeigt sich, dass einzig die Risiko- und Lifestylefaktoren den Ärzten immer deutlich wichtiger sind als den Patienten. Letztere hingegen bewerten vor allem Probleme in der Stimmung und im sozialen Umfeld höher als ihre Behandler, aber Symptome des funktionellen und somatischen Bereichs durchschnittlich genauso wie ihr Arzt.

### 12.5.3 Planung und Realisation von Maßnahmen und deren Einfluss auf die subjektive Krankheitslast des Patienten

Die PräfCheck-Studie konnte zeigen, dass Patienten 62 % ihrer Gesundheitsprobleme wichtig finden, während Ärzte für 55 % der Probleme eine Versorgungsrelevanz sehen.

Die Ergebnisse der PRISCUS-Studie zeigen weiterhin, dass Ärzte den Handlungsbedarf an der Art des Gesundheitsproblems festmachen. Sie haben bei mit dem Alter einhergehenden Erkrankungen nur in 60 % aller Fälle, in denen diese Gesundheitsbeeinträchtigungen auftraten, interveniert. Dagegen wurde in über 90 % der Fälle interveniert, wenn es sich um Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems wie niemals stattgefundenen Herzinfarkt, Schlaganfall, Bluthochdruck und Herzrhythmusstörungen handelte.

Tabelle 12–2 und 12–3 geben eine Übersicht darüber, bei welchen Gesundheitsproblemen absolut und relativ am häufigsten eine Maßnahme im Studienzeitraum durchgeführt wurde. Relativ am häufigsten wurde dann interveniert, wenn ein Gesundheitsproblem für den Arzt neu oder besonders wichtig war oder wenn die Gesamtzahl der beim Patienten vorliegenden Probleme hoch war, also eine Multimorbidität vorlag. Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Versorgungs-Reports 2012 liegen detaillierte Daten zur konkreten Art der veranlassten Maßnahmen noch nicht vor.

Es kann aber gesagt werden, dass die Tatsache der Intervention allein nicht unwillkürlich auch dazu führt, dass die Krankheitslast für das entsprechende Gesundheitsproblem im Durchschnitt verringert wird. Denn besonders effektiv waren das umfassende geriatrische Assessment und eine daran anschließende Besprechung mit dem Arzt hinsichtlich der Besserung der subjektiven Beeinträchtigung durch typische Symptome und Syndrome des Alters, die wie oben notiert seltener von

Tabelle 12–2

**Gesundheitsprobleme mit den häufigsten abgeschlossenen Interventionen**

Rang	Gesundheitsproblem	n
1	Unzureichender oder fraglicher Impfschutz	130
2	Schmerzen	88
3	Blutdruck	78
4	Schmerzen/Enge in der Brust	39
5	Probleme bei der Medikamenteneinnahme, Fußprobleme, Atemnot	37
5	Fußprobleme	37
5	Atemnot	37

n=396 (Interventionsgruppe der Endauswertung)

Lesebeispiel: Bei 130 Fällen mit unzureichendem oder fraglichem Impfschutz wurde eine Intervention abgeschlossen.

Versorgungs-Report 2012

WidO

Tabelle 12–3

**Gesundheitsprobleme mit dem höchstem Anteil abgeschlossener Interventionen (Interventionsquote)**

Rang	Gesundheitsproblem	%
1	Angst, Einsamkeit	100
2	Blutdruck	90
2	Claudicatio	90
3	Gewichtsverlust	89
4	Herzrhythmus	88
5	Schmerzen	87
5	Enge in der Brust	87
5	Blutzucker	87

n=396

Lesebeispiel: Bei 100 Prozent aller Fälle mit Angst oder Einsamkeit wurde eine Intervention abgeschlossen.

Versorgungs-Report 2012

WidO

konkreten ärztlichen Maßnahmen flankiert waren als z. B. Erkrankungen des kardiovaskulären Systems.

Viele typische Syndrome des Alters wie

- Schlafstörungen
- Schmerzen
- unbeabsichtigter Gewichtsverlust
- Stürze
- Probleme beim Wasserhalten
- Probleme beim Stuhlgang
- Auffälliger Uhren-Zeichen-Test
- Patient ist pflegender Angehöriger

werden nicht regelmäßig oder auch gar nicht bei einer regelhaften Konsultation angesprochen. Möglicherweise trägt bereits eine erstmalige oder auch neu gewichtete Thematisierung des entsprechenden Gesundheitsproblems im Arzt-Patienten-Gespräch zu einem leichteren Umgang des Patienten mit dem Problem bei.

Ein gegenseitiger Effekt konnte dagegen bei Lifestylefaktoren wie Alkoholkonsum, Rauchen, ungesunde Ernährungsweise und unzureichende körperlicher Betätigung beobachtet werden: Hier nahm die Wichtigkeit des Gesundheitsproblems für die Patienten zu, und zwar sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Wir vermuten, dass die Aufmerksamkeit der Patienten für diese Risikofaktoren durch die entsprechenden Fragen des Assessments gestiegen war und ihre Bedeutung verstärkt ins Bewusstsein gerückt hatte.

#### 12.5.4 Konsequenzen für die Arzt-Patienten-Kommunikation

Die PräfCheck-Studie konnte zeigen, dass Patienten und Ärzte in der Prioritäteneinschätzung der einzelnen Gesundheitsprobleme vor dem Arzt-Patient-Gespräch kaum übereinstimmten. Das gewichtete und patientenbezogene Cohen's Kappa, ein Maß für die überzufällige Übereinstimmung der Wichtigkeitsbewertungen zwischen Arzt und Patient, belief sich für das Bewertungspaar „Patient wichtig – Arzt wichtig für Versorgung“ im Mittel auf 0,06. Das bedeutet, dass nur 6 % der patientenbezogenen Probleme überzufällig gleichsinnig als wichtig oder unwichtig bewertet worden sind. Etwas besser verhielt es sich für das Bewertungspaar „Patient wichtig – Arzt vermutet, dass für Patient wichtig“ mit einem patientenbezogenen gewichteten Kappa von 0,10. Durch die nachfolgende Arzt-Patient-Besprechung konnte die Übereinstimmung auf Kappa 0,21 bzw. 0,15 erhöht werden. Ein gegenseitiger Austausch über die unterschiedlichen Wichtigkeitsbemessungen kann also zu einer größeren Übereinstimmung beitragen und dient damit als Basis einer partizipativen, patientenorientierten Entscheidungsfindung, zur Behandlung prioritärer Gesundheitsprobleme.

Die Beweggründe, warum ein Gesundheitsproblem als (besonders) wichtig eingestuft wird, sind für Ärzte und Patienten unterschiedlich. Patienten sind Probleme dann wichtig, wenn sie zu einer Belastung führen, sei es emotionaler Art, etwa durch Schmerzen, oder auch funktioneller Art durch eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit bei Alltagsaufgaben. Ärzte finden dagegen Erkrankungen mit potenziell schlechter Prognose wichtig und wollen hier auch aktiv entgegenwirken. Zwar halten auch sie Gesundheitsprobleme mit direkten Auswirkungen auf den Alltag für bedeutsam, sehen aber wenige Handlungsmöglichkeiten. Einerseits liegt eine gewissen Distanz in der Handlungsbereitschaft vor, andererseits aber auch eine allgemein wahrzunehmende Hilflosigkeit gegenüber progredienten altersbezogenen Prozessen. Diese qualitativ erlangten Ergebnisse sind inzwischen an einem weiteren Patienten- und Arztkollektiv in quantitativen Auswertungsverfahren bestätigt worden (Junius-Walker et al. 2011).

## 12.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse der PRISCUS- und PräfCheck-Studien, dass das STEP-Assessment Gesundheits- und Alltagsprobleme hinreichend erschließen kann. Dabei werden gehäuft Alterssyndrome und Tabuthemen neu aufgedeckt. Die durchschnittlich hohe Anzahl der insgesamt offengelegten Patientenprobleme verdeutlicht, dass eine Priorisierung von Gesundheitsproblemen für eine ganzheitliche krankheitsübergreifende Behandlung vonnöten ist. Ärzte und Patienten sind in der Lage, Gesundheits- und Behandlungsprioritäten anzugeben, stimmen jedoch in der Priorisierung nicht gut überein. Während die PRISCUS-Studie zeigt, dass das geriatrische Assessment nur mit anschließendem Arztgespräch eine Verbesserung des subjektiven Gesundheitszustandes bewirkt, macht die PräfCheck-Studie weiterführend erkennbar, dass ein anschließendes Arztgespräch dazu genutzt werden kann, einen ganzheitlichen Behandlungsplan zu erstellen, in dem Ärzte und Patienten gemeinsam Gesundheits- und Alltagsprobleme priorisieren. Weil Ärzte und Patienten verschiedene Sichtweisen zu den vorliegenden Gesundheitsproblemen hegen und Ärzte eher Erkrankungen mit schlechter Prognose behandeln wollen, die Patienten dagegen sie belastende Probleme, sollte ein das STEP-Assessment abrundendes Arztgespräch so patientenzentriert gestaltet sein, dass durch das Verständnis der gegenseitigen Sichtweisen gemeinsam entschieden werden kann, welche Behandlungen prioritär stattfinden sollen.

## Literatur

- Bach M, Nikolaus T, Hofmann W. Geriatrisches Basisassessment. Schriftenreihe Geriatrie Praxis. 2. ed. München: Medizin Verlag 1997.
- Boyd C, Darer J, Boulton C, Fried L, Boulton L and Wu A. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple co-morbid diseases: implications for pay for performance. *Journal of the American Medical Association* 2005; 294: 716–24.
- Dawes M. Co-morbidity: we need a guideline for each patient not a guideline for each disease. *Family Practice* 2010; 27: 1–2.
- Deveugle M, Derese A, van den Brink-Muinen A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. *BMJ* 2002; 325: 472.
- Diehm C, Schuster A, Spengel FA, Trampisch HJ, Allenberg JR, Darius H, et al. getABI: German epidemiological trial on ankle brachial index for elderly patients in family practice to detect peripheral arterial diseases, significant marker for high mortality. *Vasa* 2002; 31 (4): 241–8.
- Fischer GC, Trautner C, Perschke-Hartmann C. Gesund Älter Werden. Das AOK Programm für aktive Senioren. AOK Niedersachsen 2006.
- Junius U, Fischer G. Geriatric assessment in family practice- results of a concerted action by 7 European countries. *Z Gerontol Geriatr* 2002; 35: 210–35.
- Junius U, Schmidt C, Fischer GC, Breull A, Langner D. Das Europäische geriatrische Assessment im Praxistest: Ergebnisse aus der deutschen Machbarkeitsstudie. *Z Allg Med* 2003 (79): 620–3.
- 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(2): 67–76.
- Mueller CA, Klaaßen-Mielcke R, Penner E, Junius-Walker U, Hummers-Pradier E, Theile G. Disclosure of new health problems and intervention planning using a geriatric assessment in a primary care setting. *Croat Med J* 2010; 51: 493–500.

- Sandholzer H, Hellenbrand W, Renteln-Kruse W, Van Weel C, Walker P. STEP-Europäische Leitlinie für das standardisierte evidenzbasierte preventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primärversorgung. Dtsch Med Wochenschrift 2004;129 (Suppl 4): 183–226.
- Schwenk T. Competing priorities and comorbidities. So much to do and so little time. Archives of Family Medicine 1997; 6: 238–9.