

Nidal Hamadeh

Das Geriatrie Assessment bei über 65-jährigen Patienten einer internistischen Akutklinik.

Geboren am 23.06.1966 in Stuttgart
Reifeprüfung am 10.06.1986 in Mannheim
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom WS 1987/88 bis SS 1994
Physikum am 19.03.1990 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Heidelberg
Staatsexamen am 24.04.1994

Promotionsfach: Innere Medizin - Geriatrie
Doktorvater: Professor Doktor med. A. Horsch

Am Stiftungs Krankenhaus in Speyer einem internistischen Akutkrankenhaus der Grund- und Regelversorgung, wurde an 150 über 65-jährigen Patienten (87 Frauen und 63 Männer), die wegen internistischer Erkrankungen zur stationären Aufnahme kamen, das Geriatrie Basisassessment nach den Empfehlungen der Arbeitsgruppe Geriatrie Assessment (AGAST), bestehend aus dem Barthel-Index, der Mini-Mental-State Examination, der Geriatrie Depressionsskala, der Sozialen Situation, der Messung der Handkraft, dem Geldzählen, dem Uhrentest, dem Timed Up & Go Test und dem Motilitätstest nach Tinetti, durchgeführt. Zusätzlich wurden weitere Faktoren wie stationäre Verweildauer und Diagnosen erhoben. Abschließend wurde eine Befragung der Stationschwester und Stationsärzte sowie mittels Postkarten der Hausärzte vorgenommen, die ohne Kenntnis der Definition geriatrischer Patienten nur aufgrund ihrer Erfahrung und persönlichen Einschätzung beurteilen sollten, ob es sich um einen geriatrischen oder einen internistischen Patienten handelt.

Das Durchschnittsalter der untersuchten Patienten betrug 76,1 Jahre. Sie hatten eine durchschnittliche stationäre Verweildauer von 18,4 Tagen (im Vgl. zu 13,1 Tagen aller Patienten im gleichen Zeitraum). Ihr Anteil an der Gesamtzahl der Patienten betrug 59%. Die untersuchten Patienten hatten neben der Hauptdiagnose im Durchschnitt 4,7 Nebendiagnosen. Die größte Gruppe stellten jeweils die kardiovaskulären Erkrankungen. Die Assessmentdauer, d.h. die Durchführung der Tests am Patienten direkt, hierzu gehörten alle oben genannten Verfahren außer dem Barthel-Index, betrug im Durchschnitt 20,7 Minuten.

Beim Barthel-Index erreichten 58 der 150 Patienten weniger als 100 Punkte und zeigten eine eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit. Bei der Mini-Mental-State Examination zeigten 40 der 150 Patienten leichte und 19 schwere bis schwerste kognitive Einschränkungen. Bei der Auswertung der Geriatrie Depressionsskala fanden sich bei 55 der 150 Patienten Hinweise auf das Vorliegen einer Depression. Bei der Sozialen Situation erreichten 28 der untersuchten 150 Patienten weniger als 17 Punkte, eine Überprüfung ihrer sozialen Gesamtsituation sollte erfolgen. Bei der Handkraftmessung zeigten 11 der 87 untersuchten Frauen und 27 der 63 untersuchten Männer pathologische Werte. Beim Geldzählen benötigten 29 Patienten zwischen 45 und 70 Sekunden, was auf ein Risiko für Hilfsbedürftigkeit hinweist und 29 der 150 Patienten benötigten mehr als 70 Sekunden, was für ein erhebliches Risiko für Hilfsbedürftigkeit spricht. 13 dieser zuletzt genannten Patienten konnten den Geldbetrag nicht innerhalb von 5 Minuten zählen oder hatten mehr als drei Fehlversuche. Bei der Auswertung des Uhrentests nach Watson zeigten 55 der 150 Patienten eine Hirnleistungsstörung. Beim Timed Up & Go Test benötigten 31 der 150 Patienten 20 - 29 Sekunden, was ihre Mobilität soweit einschränkt, daß Auswirkungen wahrscheinlich sind, und 22 Patienten benötigten mehr als 30 Sekunden, was einer ausgeprägten Mobilitätseinschränkung entspricht und eine intensive Betreuung notwendig macht. 16 Patienten benötigten weniger als 10 Sekunden, waren also unauffällig, 81 Patienten benötigten 11 - 19 Sekunden, das bedeutet, sie waren weniger mobil jedoch ohne Einschränkung für die Erfordernisse des täglichen Lebens. Beim Motilitätstest nach Tinetti erreichten 56 der 150 Patienten weniger als 20 Punkte, was für ein erhöhtes Sturzrisiko spricht.

Zur Beurteilung der Patienten wurde eine Gesamtbewertung des Assessments vorgenommen, bei der für jedes pathologische Testergebnis maximal ein Punkt vergeben wurde. Danach wurden dann die Patienten in vier Gruppen eingeteilt: die Gruppe der "unauffälligen" Patienten (0 Punkte, n=28, 19%); die "leicht pathologischen" Patienten (0,5 - 2 Punkte, n=48, 32%); die "pathologischen" Patienten (2,5 - 5,5 Punkte, n=56, 37%); und die "stark pathologischen" Patienten (6 - 9 Punkte, n=18, 12%). Diese Einteilung erlaubt nun den direkten Vergleich der einzelnen Gruppen. Beispielsweise hatten bei den leicht pathologischen 20,8% auffällige Ergebnisse beim Barthel-Index (BI), in der Gruppe der pathologischen 57,8% und in der Gruppe der stark pathologischen 88,8% einen auffälligen BI. Auch war die Altersverteilung zwischen den einzelnen Gruppen kontinuierlich ansteigend, so waren die unauffälligen im Durchschnitt 72,9 Jahre alt; die leicht pathologischen 73,8 Jahre; die pathologischen 77,8 Jahre und die stark pathologischen 82,6 Jahre alt.

Als nicht geriatrische Patienten wurden diejenigen aus den Gruppen der unauffälligen und der leicht pathologischen bezeichnet (n=76, 50,6%). Von diesen wurden von den Stationsschwestern 94,8% richtig eingeschätzt und 5,2% falsch. Von den Stationsärzten wurden 93,4% richtig eingeschätzt und 6,6% falsch; von den Hausärzten wurden 88,2% richtig eingeschätzt und 11,8% falsch, also für geriatrisch gehalten.

Geriatrische Patienten waren die Patienten aus den Gruppen der pathologischen und der stark pathologischen (n=74, 49,4%). Von diesen wurden von den Stationsschwestern 20,3% richtig eingeschätzt und 79,7% falsch; von den Stationsärzten wurden 39,2 % richtig eingeschätzt und 60,8% falsch und von den Hausärzten wurden 43,1% richtig und 56,9% falsch eingeschätzt, also für nicht geriatrisch gehalten. Das bedeutet, daß persönliche Erfahrung nicht genügt, um geriatrische Patienten zu erkennen und um sie einer umfassenden und allen Aspekten Rechnung tragenden Therapie zuzuführen. Dies kann nur ein geeignetes Assessment leisten.