

**Praktikabilität, Verständlichkeit, Nützlichkeit und  
Akzeptanz der Selbstausfüller-Version eines  
hausärztlichen geriatrischen Assessments (STEP)**

**- Ergebnisse einer Querschnittsstudie -**

Dissertation  
zur Erlangung des akademischen Grades  
Dr. med.

an der Medizinischen Fakultät  
der Universität Leipzig

eingereicht von:

Susanne Hein

geboren am 12.10.1978 in Plauen

angefertigt in der

Selbständigen Abteilung für Allgemeinmedizin

der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

Leiter: Prof. Dr. med. habil. H. Sandholzer

Betreuer: Prof. Dr. med. habil. Hagen Sandholzer

Beschluss über die Verleihung des Doktorgrades vom: 19.11.2013

## **Bibliographische Beschreibung:**

Hein, Susanne

Praktikabilität, Verständlichkeit, Nützlichkeit und Akzeptanz der Selbstausfüller-Version eines hausärztlichen geriatrischen Assessments (STEP) - Ergebnisse einer Querschnittsstudie

Universität Leipzig, Dissertation

97 S.<sup>1</sup>, 132 Lit.<sup>2</sup>, 9 Abb., 6 Tab., 1 CD-Anlage

Referat:

Mit der vorliegenden Arbeit sollte untersucht werden, ob die Selbstausfüller-Version des STEP (Standardised assessment of elderly people in primary care in Europe) praktikabel und verständlich ist, ob sie von Patienten und Ärzten akzeptiert wird und ob sie nützlich ist, bisher unbekannte gesundheitliche Probleme der Patienten zu entdecken. 1007 von 1540 Patienten über 65 Jahren, die in 28 sächsische Hausarztpraxen kamen, beantworteten die Selbstausfüller-Version des STEP. Ermittelt wurde, dass 95,8% der teilnehmenden Patienten den Fragebogen ohne Hilfe ausfüllen konnten. Die durchschnittliche Zeit zum Beantworten des Fragebogens nahm, abhängig vom Alter der Patienten, von 17 bis 25 Minuten zu. Bei einer Stichprobe von 257 zufällig ausgewählten Patienten wurden 281 gesundheitliche Probleme (1,1 pro Patient) entdeckt, die dem Hausarzt noch nicht bekannt gewesen waren. Die Hausärzte gaben an, dass 16,4% dieser neuen Probleme eine Konsequenz hatten, vordergründig die physischen Probleme. Bemerkenswert war, dass die neu entdeckten psychosozialen Probleme keinerlei Konsequenzen hatten. Vierzehn der 75 Fragen der Selbstausfüller-Version wurden von mehr als 9% der Patienten nicht beantwortet. Die Patienten gaben bei acht der 14 häufig nicht beantworteten Fragen Verständnisprobleme an. Die Selbstausfüller-Version war praktikabel und wurde von den meisten Patienten gut akzeptiert. Die Selbstausfüller-Version sollte hinsichtlich einer besseren Verständlichkeit überarbeitet werden. Weitere Studien müssen zeigen, warum einige neu entdeckte Probleme keine Konsequenzen hatten, ob diese Probleme gebessert werden können und ob es nötig ist, diese Probleme zu ermitteln.

---

<sup>1</sup> Seitenzahl insgesamt

<sup>2</sup> Zahl der im Literaturverzeichnis ausgewiesenen Literaturangaben

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>HINTERGRUND.....</b>	<b>8</b>
2.1	Entwicklung von Morbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter.....	8
2.2	Ältere Patienten in der Hausarztpraxis .....	10
2.3	Geriatrisches Assessment.....	13
2.3.1	Begriffsdefinition.....	13
2.3.2	Effektivität.....	13
2.3.3	Durchführung .....	14
2.3.4	Informationsgewinn .....	17
2.3.5	Akzeptanz .....	19
2.4	STEP als geriatrisches Assessment .....	20
<b>3</b>	<b>ZIELE DER ARBEIT .....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>METHODEN .....</b>	<b>24</b>
4.1	Rekrutierung der Hausarztpraxen.....	24
4.2	Rekrutierung der Patienten.....	24
4.3	Selbstaussfüller-Version des STEP-Fragebogens.....	25
4.4	Fragebogen für die Arzthelferinnen .....	27
4.5	Abschlussgespräche mit den Ärzten .....	27
4.6	Statistische Auswertung .....	28
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>30</b>
5.1	Stichprobenbeschreibung.....	30
5.2	Ablehneranalyse .....	31
5.3	Medikamenteneinnahme und Gesundheitsstörungen der Patienten.....	31
5.4	Praktikabilität der Selbstausfüller-Version .....	36
5.5	Verständlichkeit der Selbstausfüller-Version.....	37
5.6	Nützlichkeit der Selbstausfüller-Version .....	39
5.7	Akzeptanz der Selbstausfüller-Version.....	42

<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>43</b>
6.1	Stichprobe.....	43
6.2	Ablehner.....	46
6.3	Praktikabilität.....	47
6.4	Verständlichkeit.....	48
6.5	Nützlichkeit.....	49
6.6	Akzeptanz .....	53
6.7	Schlussfolgerung und Ausblick.....	56
<b>7</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>76</b>
	<b>ANHANG</b> .....	<b>80</b>
	Selbstauffüller-Version des STEP-Fragebogens .....	81
	Vorlage für die Auswertung der Patientendaten.....	90
	Fragebogen für die Arzthelferinnen.....	90
	Vorlage für das Abschlussgespräch mit den Ärzten .....	91 <u>1</u>
	Lebenslauf .....	94 <u>4</u>
	Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit.....	94 <u>6</u>
	Publikation .....	946
	Danksagung .....	977

## Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Entwicklung von Behinderung im Alter (“disablement process” nach Verbrugge und Jette 1994, entnommen aus “Die Berliner Altersstudie” von Lindenberger et al. 2010).....	8
<b>Abbildung 2:</b> Schematisierter Ablauf der aktuellen Studie .....	10
<b>Abbildung 3:</b> Geschlechtsverteilung der Teilnehmer und der Verweigerer .....	13
<b>Abbildung 4:</b> Altersverteilung der Teilnehmer und der Verweigerer.....	20
<b>Abbildung 5:</b> Prävalenzen der Probleme bei den Aktivitäten des täglichen Lebens nach Geschlecht .....	24
<b>Abbildung 6:</b> Prävalenzen gesundheitlicher Risikofaktoren nach Geschlecht.....	24
<b>Abbildung 7:</b> Prävalenzen physischer und psychomentaler Beschwerden nach Geschlecht .....	25
<b>Abbildung 8:</b> Prävalenzen sozialer Risikofaktoren nach Geschlecht .....	27
<b>Abbildung 9:</b> Gesundheitszustand einer Stichprobe von n = 257 Patienten (Arzteinschätzung) .....	28

## Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Inhalt des STEP und Quellen der verwendeten Fragen .....	30
<b>Tabelle 2:</b> Inhalt der Selbstausfüller-Version des STEP-Fragebogens .....	31
<b>Tabelle 3:</b> Skala zum Einschätzen des Gesundheitszustandes von Patienten (Sandholzer H. 1990) .....	31
<b>Tabelle 4:</b> Stichprobenmerkmale.....	36
<b>Tabelle 5:</b> Anzahl und prozentuale Häufigkeiten von Fragen der Selbstausfüller-Version, die von mehr als 9% einer Stichprobe von n = 1007 über 65jährigen hausärztlichen Patienten nicht beantwortet wurden und Anzahl und prozentuale Häufigkeiten schlecht verständlicher Fragen, die von n = 86 Patienten angegeben wurden.....	37
<b>Tabelle 6:</b> Anzahl und relative Häufigkeiten neu entdeckter Probleme (n = 281) und Konsequenzen bei einer Stichprobe von n = 257 zufällig ausgewählter Patienten.....	39

## Abkürzungsverzeichnis

ADL	-	Activities of daily living
BMI	-	Body-Mass-Index
CARE	-	Questionnaire-Comprehensive Assessment and Referral Evaluation
CAGE	-	Questionnaire- "Have you ever: 1) felt the need to <u>cut</u> down your drinking, 2) felt <u>annoyed</u> by criticism of your drinking, 3) had <u>guilty</u> feelings about drinking, 4) taken a morning <u>eye</u> opener"
COOP	-	Darthmouth-Northern New England Primary Care Cooperative Information Project Chart System
EBM	-	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
IADL	-	Instrumental activities of daily living
MOS-SF	-	Medical-outcome-study Short-Form-36-Questionnaire
RR	-	mit dem Riva-Rocci-Apparat gemessener Blutdruck
STEP	-	Standardised assessment of elderly people in primary care in Europe
TIA	-	Transitorische ischämische Attacke
WONCA	-	World Organization of National Colleges, Academies, and Academic Associations of General Practices/Family Physicians

# 1 Einleitung

Seit dem letzten Jahrhundert wird die Weltbevölkerung immer älter. Etwa 2050 wird die Lebenserwartung global auf 76 Jahre ansteigen. Dann wird mehr als die Hälfte der Neugeborenen älter als 80 Jahre werden. In den entwickelten Ländern nimmt die Anzahl der sehr Hochbetagten stark zu. In den weniger entwickelten Ländern und den „Schwellenländern“ steigt die Lebenserwartung vordergründig durch eine Reduktion der Kindersterblichkeit. Die Zahl der Menschen über 65 Jahre hat sich in den letzten 50 Jahren weltweit verdreifacht. In den nächsten 50 Jahren wird sie sich wahrscheinlich nochmals verdreifachen. In allen Regionen der Welt steigt der Anteil der älteren Menschen durch die sinkenden Geburtenraten schneller als die Gesamtbevölkerung zunimmt (United Nations 2001).

In den letzten 50 Jahren war der schnellste Anstieg des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung in Europa zu verzeichnen. Berechnungen zufolge werden hier 2050 ungefähr 37% der Bevölkerung älter als 60 Jahre sein. Im Moment befinden sich in Europa bezogen auf einen über 65jährigen weniger als fünf Personen im arbeitsfähigen Alter. 2050 werden es weniger als zwei Personen sein. Im Jahr 2001 lebten 54% der weltweit über 80-jährigen in China, den USA, Japan, Russland und Deutschland (United Nations 2001).

Der demographische Wandel wird alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens beeinflussen. Eine der wichtigsten Aufgaben der Gesundheitssysteme wird in Zukunft die Versorgung älterer Menschen sein. Schon jetzt ist die Betreuung betagter Patienten ressourcenintensiv. Ob die verlängerte Lebenszeit auch eine längere Phase ohne gesundheitliche Einschränkungen bedeutet, ist noch unklar. Es wird jedoch angenommen, dass die Ausgaben für die medizinische Behandlung und die Pflege im Alter steigen werden (Kerek-Bodden et al. 2003). Braunseis et al. (2012) zeigten, dass sich das Risiko für ältere Patienten, in ein Pflegeheim eingewiesen zu werden, in 10 Jahren nicht reduziert hatte.

In den entwickelten Ländern wird versucht, auf die demographische Veränderung mit neuen medizinischen Behandlungskonzepten zu reagieren. Als Vorreiter können hierbei Großbritannien und die USA gesehen werden. Auch in Deutschland hat sich in den letzten Jahren das Fachgebiet Geriatrie verstärkt etabliert. Bei der Behandlung älterer Menschen wird häufig das geriatrische Assessment eingesetzt. Dies ist ein diagnostisches Vorgehen, mit dem neben medizinischen Belangen auch soziale Probleme und die Beeinträchtigungen im täglichen Leben eines betagten Patienten

erfasst werden. Darauf basierend wird ein Therapieplan erstellt, der sich nicht nur auf einzelne Diagnosen beschränkt, sondern die Gesamtheit aller Probleme einbezieht, die die Selbständigkeit einer älteren Person gefährden können. Mit der Durchführung geriatrischer Assessments und den nachfolgenden Interventionen konnten positive Effekte auf den Gesundheitszustand der älteren Patienten gezeigt werden (Stuck et al. 2000, Frese et al. 2012, Huss et al. 2008, Keyser 2008, Dapp et al. 2011, Melis et al. 2008). Der Einsatz geriatrischer Assessments ist in stationären Einrichtungen und Pflegeheimen bereits fester Bestandteil der Betreuung älterer Patienten. Zusätzlich gibt es Hinweise, dass auch ältere Patienten, die nicht von akuten Ereignissen oder Pflegebedürftigkeit betroffen sind, von einem geriatrischen Assessment profitieren könnten. Aus diesem Grund wird der Einsatz des geriatrischen Assessments in der ambulanten hausärztlichen Betreuung angestrebt.

Die vorliegende Arbeit sollte einen Beitrag leisten, ein standardisiertes geriatrisches Assessment in Hausarztpraxen zu testen und Einblicke zu geben, wie diese Methode sinnvoll in die hausärztliche Versorgung integriert werden kann.

## **2 Hintergrund**

Im folgenden Kapitel werden die Besonderheiten des älteren Patienten erläutert, die bei der hausärztlichen Behandlung bedeutungsvoll sind. Das geriatrische Assessment wird erklärt. Außerdem wird ein speziell für den Einsatz in Hausarztpraxen entwickeltes geriatrisches Assessment vorgestellt.

### **2.1 Entwicklung von Morbidität und Pflegebedürftigkeit im Alter**

Die steigende Lebenserwartung älterer Menschen wirft die Frage auf, wie sich Morbidität und Pflegebedürftigkeit in Zukunft entwickeln werden. In der Wissenschaft existieren diesbezüglich drei Thesen. Bei der „Kompressionsthese“ nach Fries (1980) wird davon ausgegangen, dass die Prävalenzen und Inzidenzen von Morbidität und Behinderung im Alter sinken. Durch Präventionsmaßnahmen wird das Auftreten von Erkrankungen und deren Folgen in wenige späte Lebensjahre hinausgezögert. Dem gegenüber steht die von Gruenberg (1977) veröffentlichte „Morbiditäts-expansionsthese“ oder „Medikalisierungsthese“. Früher schnell tödlich verlaufende Erkrankungen, werden durch die medizinische Behandlung chronisch. Die Morbidität und daraus resultierende Pflegebedürftigkeit steigen. Manton (1982) wiederum vertritt die „These des Dynamischen Gleichgewichts“ von Morbidität und Mortalität. Die



Leistungen der Medizin führen dazu, dass Erkrankungen milder verlaufen und langsamer fortschreiten. Auch bei dieser Annahme können Morbidität und Pflegebedürftigkeit zunehmen. Die Ergebnisse einer aktuellen deutschen Studie konnten die „Kompressionsthese“ von Morbidität und Pflegebedürftigkeit nicht bestätigen (Braunseis et al. 2012).

Die Ermittlung der reinen Lebenserwartung sagt wenig über den tatsächlichen Gesundheitszustand der Bevölkerung aus. Um die Lebensqualität im Alter einschätzen zu können, müssen Lebensjahre und gesundheitliche Beschwerden in Verbindung gesetzt werden. In diesem Zusammenhang wird beispielsweise die „disability-free life expectancy“ berechnet. Dabei werden von der tatsächlichen Lebenserwartung die Jahre mit einer Beeinträchtigung abgezogen (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2003).

Studien, die die tatsächlichen Häufigkeiten von Morbidität und Behinderung der älteren Bevölkerung untersuchten, kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Einige Autoren bestätigten eine Zunahme der Lebenszeit ohne Erkrankung und Behinderung und ein konzentriertes Auftreten von Morbidität und Pflegebedürftigkeit erst im sehr hohen Alter (Otero et al. 2004, Doblhammer und Kytir 2001). Andere Studien zeigten, dass zwar weniger ältere Menschen behindert sind, gleichzeitig aber die Häufigkeiten gesundheitlicher Beschwerden und chronischer Erkrankungen zunehmen (Parker et al. 2005, Lynch et al. 2007). Zwischen 1970 und 1990 hatten in der älteren Bevölkerung der Vereinigten Staaten von Amerika die Prävalenzen von Arthrose, Malignomen, Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Hörbeeinträchtigungen und orthopädischen Problemen zugenommen. Nur visuelle Störungen waren weniger häufig aufgetreten (Cutler et al. 1997).

Untersuchungen zeigten, dass sich die Morbidität und Pflegebedürftigkeit nicht in allen Ländern gleich verändert hatten. Lafortune et al. (2007) kamen zu dem Ergebnis, dass die Häufigkeiten von Behinderungen bei den Basisaktivitäten des täglichen Lebens bei über 65jährigen in Dänemark, Finnland, Italien, den Niederlanden und den USA in den letzten Jahren gesunken waren. In Belgien, Japan und Schweden gab es jedoch einen Anstieg dieser Probleme zu verzeichnen. Wiederum waren in Australien und Kanada die Prävalenzen von Einschränkungen bei den Basisaktivitäten des täglichen Lebens unverändert geblieben.

Die veränderte Altersstruktur der Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und deren Folgen stellen besonders an die medizinische Versorgung älterer Patienten neue Anforderungen.

## 2.2 Ältere Patienten in der Hausarztpraxis

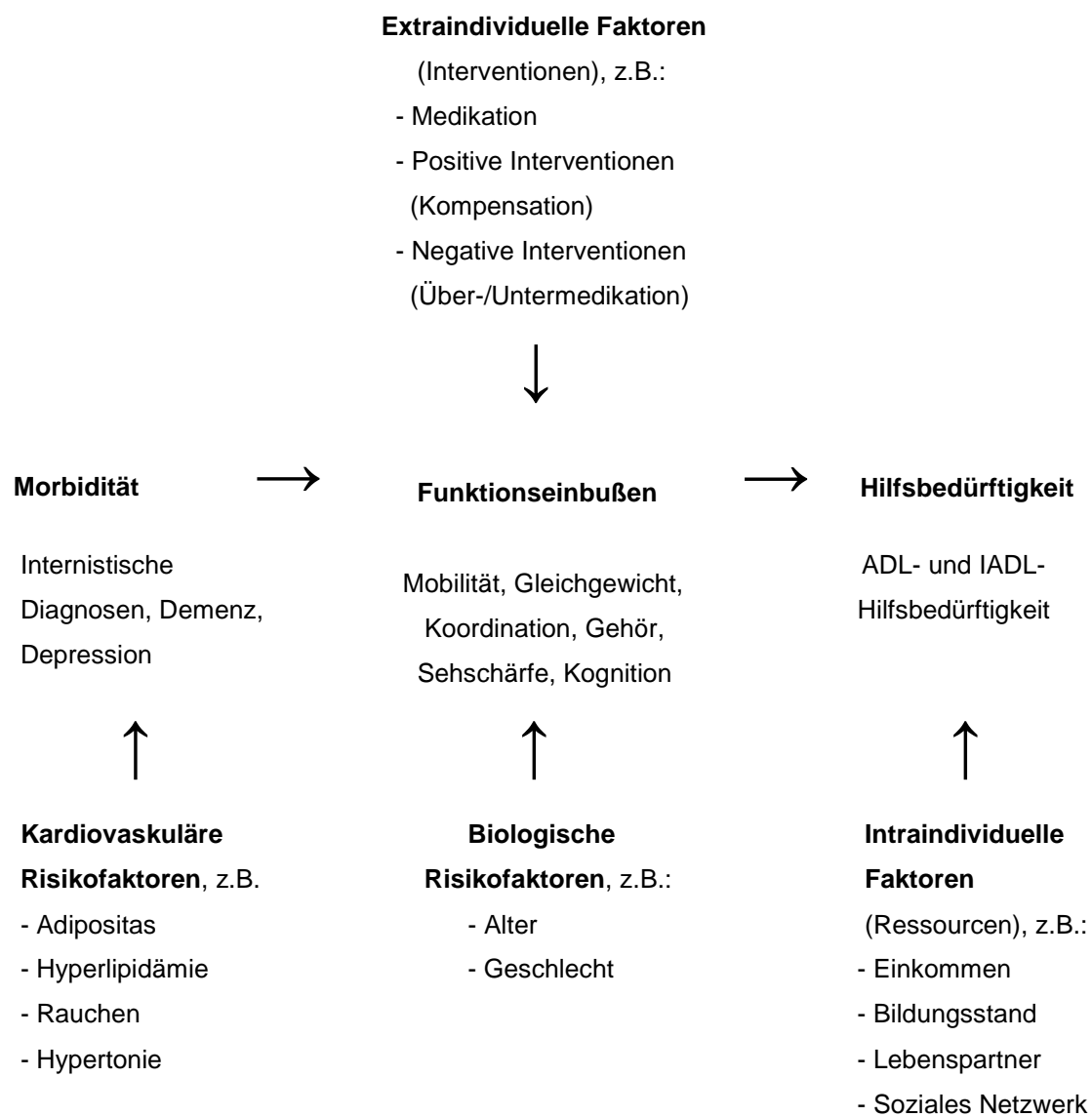
Der ältere Patient zeichnet sich durch einige Besonderheiten aus, die ihn von jüngeren Patienten unterscheiden. Mehr als die Organdiagnosen steht die subjektive Lebensqualität im Vordergrund. Ältere Menschen verstehen unter Gesundheit nicht unbedingt die Abwesenheit von Krankheiten und Beschwerden. Vielmehr sind die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Fähigkeit, die alltäglichen Aufgaben selbst bewältigen zu können, bedeutungsvoll. Der Erhalt oder die Förderung der Selbständigkeit ist neben der Behandlung und der Heilung von Krankheiten entscheidend. Die Folgen einer Erkrankung, soziale Probleme oder Schwierigkeiten in der Wohnung können die Unabhängigkeit gefährden (Böhmer und Füsgen 2008).

Von einem älteren Patienten spricht man ab einem Alter von 65 Jahren. Man kann die Gruppe der älteren Patienten anhand des Alters in drei Gruppen einteilen: Die jungen Alten (65-74 Jahre), die mittleren Alten (75-84 Jahre) und die alten Alten (85 Jahre und älter; Hay 1990). Doch die Veränderungen im Alter sind individuell verschieden. Aufgrund des Alters allein kann man keine Rückschlüsse auf den gesundheitlichen Zustand der Person ziehen. Man kann ältere Menschen auch anhand ihrer Gesundheitsprobleme einteilen (Böhmer und Füsgen 2008):

- „selbständige Personen ohne Probleme bei den (...) Aktivitäten des täglichen Lebens“
- „gebrechliche Patienten mit typisch geriatrischen Problemen“
- „extrem beeinträchtigte Patienten mit fortgeschrittener Demenz, terminalen Erkrankungen, bereits maximalen Rehabilitationsbemühungen oder (...) unwiderruflich definierten Betreuungsarrangements“

Verbrugge und Jette (1994) zeigten den Einfluss mehrerer Faktoren auf die Entwicklung von Behinderung im Alter (Abbildung 1, Seite 11). Bei älteren Menschen sind bestimmte Probleme und Erkrankungen im Vergleich zu jüngeren Personen besonders häufig zu finden. Typisch geriatrische Probleme sind (Böhmer und Füsgen 2008):

- Kognitive Probleme (z.B. Demenz, Verwirrheitszustände)
- Depression
- Stürze und Frakturen
- Malnutrition
- Immobilität mit den Folgen Bettlägrigkeit und Dekubitus
- Behinderung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (z.B. essen, baden, einkaufen)
- Inkontinenz
- Seh- und Hörschwäche
- Soziale und familiäre Probleme



**Abbildung 1: Entwicklung von Behinderung im Alter („disablement process“ nach Verbrugge und Jette 1994, entnommen aus „Die Berliner Altersstudie“ von Lindenberger et al. 2010)**

Eine Herausforderung des älteren Patienten besteht darin, dass neben altersphysiologischen Veränderungen häufig mehrere behandlungsbedürftige Erkrankungen und Beschwerden gleichzeitig bestehen, die meistens chronisch sind (Multimorbidität). Im jüngeren Lebensalter treten Funktionsdefizite meist nur vereinzelt auf, so dass sie noch gut kompensiert werden können. Bei älteren Personen kann die Kumulation von Beeinträchtigungen und deren Wechselwirkung dazu führen, dass die Selbstversorgung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben unmöglich werden. Gefahren stellen beispielsweise Stürze und Verletzungen, Schmerzen, Inkontinenz und eine verminderte Leistung der Sinnesorgane, der Muskulatur und der Koordination dar (Saß et al. 2010). Ein geriatrischer Patient ist durch ein höheres Lebensalter, Multimorbidität und ein erhöhtes Risiko für Hilfs- oder Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet. Krankheitsverläufe dauern länger an, die Genesung ist verzögert und die Symptome sind oft unspezifisch (Böhmer und Füsgen 2008).

Der Hausarzt hat bei der Betreuung älterer Patienten eine besonders wichtige Rolle. Er behandelt die Patienten über viele Jahre und ist meistens der erste Anlaufpunkt bei Beschwerden. Zusätzlich koordiniert er Krankenhausbehandlungen, Facharztkontakte und andere medizinische Leistungen. Der Hausarzt hat den Überblick über die gesundheitliche und soziale Gesamtsituation des Patienten. Hausärzte betreuen ältere Patienten mit sehr unterschiedlichen Gesundheitszuständen, Erkrankungen und Problemen (Böhmer und Füsgen 2008). Daraus ergeben sich verschiedene Anforderungen an die medizinische Versorgung der einzelnen Patienten, die der Hausarzt erfüllen muss. Der Hausarzt ist im besonderem mit dem Problem konfrontiert, dass ältere Patienten einerseits oft mehrere chronische Erkrankungen haben, andererseits durch subjektive Beschwerden zusätzlich beeinträchtigt werden. Eine Folge der Multimorbidität ist häufig die Polypharmazie, dass heißt die Einnahme von mehr als vier Medikamenten gleichzeitig. Kompliziert wird diese Tatsache durch die Selbstmedikation durch die Patienten mit frei verkäuflichen Präparaten. Daraus können sich unerwünschte Arzneimittelinteraktionen und Nebenwirkungen ergeben, die selbst einen gesundheitsschädigenden Effekt haben können (Junius-Walker et al. 2007). Gleichzeitig zeigten Studien, dass zahlreiche Erkrankungen im Alter nicht ausreichend medikamentös therapiert werden (Lindenberger et al. 2010) oder für ältere Patienten ungeeignete Medikamente verschrieben werden (Maio et al. 2010, Carey et al. 2008). Multimorbidität erfordert deshalb eine Behandlungshierarchie, welche die medizinische Behandlung auf die wichtigsten Probleme des Patienten beschränkt (Böhmer und Füsgen 2008). Eine Lösung dieser Problematik muss der Hausarzt im Einzelfall allein finden.

## 2.3 Geriatrisches Assessment

### 2.3.1 Begriffsdefinition

Eine Diagnose kann die Folgen einer Erkrankung, die Hilfsbedürftigkeit und die verbliebenen Ressourcen einer älteren Person nur ungenügend abbilden. Bei älteren Patienten stehen nicht einzelne Erkrankungen im Vordergrund, sondern vielmehr das Ausmaß der Beeinträchtigungen, die durch die Kombination zahlreicher Beschwerden, Diagnosen und Funktionseinschränkungen resultieren. Besonders im Alter hängt die selbständige Lebensführung neben Erkrankungen von sozialen und wohnlichen Einflüssen ab. Das Ziel der medizinischen Behandlung soll nicht nur eine Lebensverlängerung, sondern ein möglichst langer Erhalt der Lebensqualität sein. Um diesen Bedürfnissen älterer Patienten besser gerecht zu werden, wurde eine spezielle diagnostische Methode entwickelt. Das geriatrische Assessment (engl. Einschätzung) „ist ein standardisierter, multidimensionaler, interdisziplinärer Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionalen Probleme und Defizite sowie die bestehenden Kapazitäten zu erkennen und einen umfassenden Therapie-, Rehabilitations- und Betreuungsplan zu entwickeln“. Die Dimensionen eines geriatrischen Assessments sind physische, kognitive und emotionale Funktionen, ökonomische und soziale Gesichtspunkte und die häusliche Umgebung einer älteren Person (Böhmer und Fügen 2008). Neben der Aufdeckung einzelner Risikofaktoren, Erkrankungen und Probleme soll das geriatrische Assessment einen Überblick über die gesundheitliche und soziale Gesamtsituation des Patienten geben und so helfen, Prioritäten der Interventionsplanung gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten.

### 2.3.2 Effektivität

Die Parameter, an denen die Wirksamkeit eines geriatrischen Assessments gemessen wurde, die Patientengruppen, die untersucht wurden und die Methoden, die eingesetzt wurden, variieren bei verschiedenen Autoren. Es wurden Fragebögen eingesetzt, die durch die Patienten selbst oder in Form eines Interviews bearbeitet werden konnten. In manchen Studien wurden Hausbesuche durchgeführt, bei denen die älteren Patienten von medizinischen Fachkräften zu Hause befragt und untersucht wurden. Es wurden selbständige, kaum beeinträchtigte Patienten untersucht, aber auch Patienten mit einem hohen Risiko für eine Behinderung. Stuck et al. (1993) zeigten, dass Patienten, die ein geriatrisches Assessment stationär oder ambulant erhalten hatten, länger im eigenen Zuhause verbleiben konnten als Patienten ohne geriatrisches Assessment. Die Durchführung präventiver Hausbesuche konnte in Studien eine gute Wirksamkeit

auf den Gesundheitszustand älterer Patienten zeigen. Reduziert wurde das Auftreten von Behinderungen im täglichen Leben (Stuck et al. 2000), die Mortalität (Frese et al. 2012, Huss et al. 2008) und die Einweisung in ein Pflegeheim (Frese et al. 2012, Keyser 2008). Zusätzlich konnten positive Effekte auf das Gesundheitsverhalten (Dapp et al. 2011) und das Wohlbefinden älterer Patienten (Melis et al. 2008) nachgewiesen werden. Andere Studien fanden diese Erfolge nicht (van Haastregt et al. 2000, Meinck et al. 2004, Boumann et al. 2008, Fletcher et al. 2004, Rubenstein et al. 2007). Eine südtiroler Studie konnte zeigen, dass nach einem ambulanten geriatrischen Assessment mit einem Patientenfragebogen zum Selbstauffüllen viele gesundheitliche Probleme der älteren Patienten behandelt wurden und sich eine Besserung erreichen ließ (Piccoliori et al. 2008).

Bisher ist es noch nicht gelungen, eine exakte Zielgruppe festzulegen, die von einem geriatrischen Assessment in der medizinischen Primärversorgung am meisten profitieren könnte. Es gibt jedoch Hinweise, dass jüngere, relativ gesunde ältere Patienten (Fabacher et al. 1994, Huss et al. 2008, Stuck et al. 2000) ohne funktionelle Beeinträchtigungen (Büla et al. 1999) am meisten profitieren könnten. Hay et al. (1998) fanden wiederum, dass nur bei älteren Patienten ab 75 Jahren eine Verbesserung des Funktionsstatus und der sozialen Beziehungen erreicht werden konnte.

Weiterhin ungeklärt ist die Frage, wie das geriatrische Assessment in die Primärversorgung optimal integriert werden kann. Der Einsatz dieser Untersuchung in Hausarztpraxen wird durch die große Anzahl älterer Menschen, die behandelt werden und den begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen des medizinischen Personals erschwert. Hinzu kommt, dass die ältere Patientengruppe sehr heterogen ist und unterschiedliche gesundheitliche Beschwerden und medizinische Bedürfnisse bestehen.

### **2.3.3 Durchführung**

In stationären Geriatrieabteilungen ist das geriatrische Assessment seit vielen Jahren fester Bestandteil bei der Betreuung älterer Patienten. Mit Hilfe einer umfassenden multidimensionalen Untersuchung werden alle Aspekte gesundheitlicher, sozialer und funktioneller Probleme eines älteren Patienten erfasst. Hierfür wird eine Vielzahl standardisierter validierter Testverfahren verwendet. Neben dem Einsatz von Fragebögen müssen bestimmte Aufgaben wie beispielsweise Gehen oder Aufstehen von den Patienten vorgeführt werden. In stationären Abteilungen oder Pflegeeinrichtungen dient das geriatrische Assessment vordergründig der Erfassung

vorhandener Ressourcen nach einem akuten Ereignis, um den Rehabilitationsbedarf festlegen zu können und sinnvolle Behandlungsmaßnahmen wie zum Beispiel Ergotherapie einzuleiten (Tertiärprävention; Sandholzer et al. 2004).

Nach den guten Erfahrungen mit diesen Untersuchungsmethoden in stationären Einrichtungen wird angenommen, dass ein geriatrisches Assessment auch in der ambulanten Versorgung sinnvoll eingesetzt werden kann. Hier soll das Verfahren im Besonderen der Prävention von Erkrankungen und deren Folgen (Primär- und Sekundärprävention) dienen. Ein geriatrisches Assessment kann reaktiv beispielsweise nach akuten Krisen des Patienten oder der Entlassung aus dem Krankenhaus durchgeführt werden. Es kann aber auch aktiv vom Arzt im Sinne eines Screenings initiiert werden und die medizinische Behandlung eines älteren Patienten auch ohne akute Ereignisse dauerhaft begleiten (Sandholzer et al. 2004). Von Junius et al. (1994) wurde „Screening“ in diesem Zusammenhang „definiert als ein Prozess zur Aufdeckung einer medizinischen oder psychosozialen Kondition zu einem früheren Zeitpunkt als bei patienteninitiiertem Kontakt mit Hilfe eines validen Tests“.

Bisher variieren in Europa die Methoden, wie ein geriatrisches Assessment in der medizinischen Primärversorgung umgesetzt wird. In Großbritannien beispielsweise ist seit 1990 jeder Hausarzt verpflichtet, einmal jährlich allen Patienten über 75 Jahren ein geriatrisches Assessment anzubieten. Britische Studien zeigten, dass Hausärzte diese Untersuchungsmethode sehr unterschiedlich einsetzten (Chew et al. 1994, Brown et al. 1992, Brown et al. 1997). Zum einen differierte die Auswahl der Patienten, die ein geriatrisches Assessment erhielten. In manchen Praxen wurde die Untersuchung bei allen älteren Patienten durchgeführt, andere schlossen von vornherein Patienten in Alten- und Pflegeheimen aus. Einige Hausärzte führten das Assessment selbst durch, in anderen Arztpraxen wurden die Patienten von den Schwestern untersucht. Auch der Ort des geriatrischen Assessments variierte. Zum Teil wurden die Patienten zu Hause besucht, bei anderen wurden die Untersuchungen in den Arztpraxen durchgeführt. In manchen Arztpraxen wurden alle älteren Patienten zu einem geriatrischen Assessment eingeladen, andere boten die Untersuchung bei einem Routinebesuch in der Praxis an (opportunistic screening). Einige Hausärzte wiederholten die Einladung, wenn Patienten dieser nicht nachkamen, andere nicht. Auch die eingesetzten Instrumente unterschieden sich (Chew et al. 1994, Brown et al. 1992, Brown et al. 1997).

2005 wurde mit der Aufnahme des „geriatrischen Basisassessments“ in den EBM 2000+ (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) auch in Deutschland ein Anreiz für

Hausärzte geschaffen, typisch geriatrische Probleme standardisiert zu erfassen (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2005). Nur eine Minderheit der Hausärzte nutzt jedoch die empfohlenen Untersuchungsmethoden häufig (Meier-Baumgartner und Dapp 2001, Theile et al. 2012). Im Moment gibt es nur wenige Daten, wie diese Untersuchung in deutschen hausärztlichen Praxen durchgeführt wird.

Die Instrumente, die bei einem geriatrischen Assessment eingesetzt werden können, variieren hinsichtlich ihres Inhaltes und ihrer Qualität (Frese et al. 2011) und haben Vor- und Nachteile. Fragebögen, die in Form eines Interviews oder von den Patienten selbst bearbeitet werden und die Selbstauskünfte eines Patienten erfassen, können zu anderen Ergebnissen führen als Instrumente, bei denen Patienten eine Aufgabe aktiv lösen beziehungsweise „vorführen“ müssen (performance-based measures). Brach et al. (2002) deckten mehr Defizite bei den täglichen Aufgaben auf, wenn diese von älteren Frauen präsentiert werden mussten. Patienten neigten dazu, ihre Fähigkeiten in einem Fragebogen zu überschätzen. Auch Reuben et al. (1995) zeigte, dass selbst ausgefüllte Fragebögen, Interviews und Performance Tests bei einem geriatrischen Assessment zu unterschiedlichen Ergebnissen führten. Sie schlussfolgerten, dass die Untersuchungsverfahren unterschiedliche Konstrukte maßen.

Einzelne Fragen zu Gesundheitsstörungen bergen die Gefahr, dass Probleme übersehen werden. Die Formulierung einer Frage beeinflusst ihre „Empfindlichkeit“ (Sensitivität) einen Patienten zu identifizieren, der tatsächlich krank ist (Osborn et al. 2003). Picavet und Bos (1996) fanden, dass minimale Veränderungen des Wortlautes einer Frage oder der Antwortmöglichkeiten zu großen Unterschieden der ermittelten Häufigkeiten von Funktionsstörungen führten. Bei Befragungen kann man nur den Zustand oder die Verhaltensweise ermitteln, die der Befragte tatsächlich angibt. Man unterscheidet die objektive Gesundheit, die anhand medizinischer Untersuchungen bestimmt werden kann und die subjektiv erlebte Gesundheit eines Patienten (Lindenberger et al. 2010).

Für das medizinische Personal ist die Durchführung von Interviews oder von Performance Tests zeitlich und personell aufwendiger als der Einsatz von Instrumenten, die von den Patienten allein bearbeitet werden können. Für Patienten ist ein Interview am wenigsten belastend. Da im Alter kognitive Fähigkeiten abnehmen und sensomotorische Störungen zunehmen, ist das Bearbeiten von Fragebögen zum Selbstauffüllen bei älteren Menschen häufig nicht sehr beliebt (Kühn und Porst 1999). Ausländische Studien zeigten jedoch, dass ältere selbständige Personen meistens



keine Probleme haben, einen Fragebogen über gesundheitliche Probleme selbst auszufüllen (Stuck et al. 2002, Maly et al. 1997).

Für die Umsetzung des geriatrischen Assessments stehen zahlreiche Methoden zur Verfügung, die unterschiedlich gut in die medizinische Primärversorgung integriert werden können. Die Datenlage zur Methodik, wie das geriatrische Assessment in der ambulanten Versorgung am besten umgesetzt werden kann, ist noch lückenhaft. Im deutschsprachigen Raum gibt es nur wenige Studien, die den Einsatz von Fragebögen in der ambulanten Versorgung testeten. Sandholzer et al. (2007) und Keyser et al. (2008) führten Interviews mit den Patienten durch. Piccoliori et al. (2005), Mueller et al. (2010) und Stuck et al. (2007) setzten Fragebögen ein, die von den Patienten selbst ausgefüllt wurden.

#### **2.3.4 Informationsgewinn**

Erwartungsgemäß beeinflusst die Auswahl älterer Patienten, die ein geriatrisches Assessment erhalten, die Wahrscheinlichkeit, bestimmte Gesundheitsprobleme zu finden. Nach stationären Aufenthalten, in Rehabilitationseinrichtungen und in Pflegeheimen werden mit einem geriatrischen Assessment beispielsweise sehr häufig funktionelle Probleme gefunden. In der medizinischen Primärversorgung ist die Gruppe der älteren Patienten, die in einer Praxis betreut werden, sehr heterogen. Die Häufigkeiten von Problemen unterscheiden sich, da ein Hausarzt „gesunde Alte“, „kranke Alte“ und „geriatrische Patienten“ betreut.

Die Prävalenzen gesundheitlicher Beschwerden älterer hausärztlicher Patienten, die mit Hilfe eines geriatrischen Assessments ermittelt wurden, variieren, da in Studien verschiedene Altersgruppen untersucht wurden oder Patienten nach bestimmten Kriterien für die Untersuchung selektiert wurden oder nicht. Brown et al. (1997) untersuchten in Großbritannien die Prävalenzen von Problemen, die bei einem geriatrischen Assessment mit hausärztlichen Patienten über 75 Jahren gefunden wurden. Fast die Hälfte aller Probleme waren physische Probleme wie beispielsweise Harninkontinenz, Atemnot oder Stürze. Sehr wenige Probleme wurden in den Bereichen psychomentaler Status, soziale Kontakte, Aktivitäten des täglichen Lebens und Medikamenteneinnahme gefunden. Maly et al. (1997) zeigten wiederum bei über 64jährigen hausärztlichen Patienten in den USA, dass am häufigsten funktionelle Beeinträchtigungen und Depressionen ermittelt wurden. In einer anderen Studie wurden die Prävalenzen von Risikofaktoren für eine funktionelle Behinderung in drei Stichproben, bestehend aus über 64jährigen Patienten einer Londoner Hausarztpraxis,

Personen in der Allgemeinbevölkerung in der Schweiz und Pflegeheimbewohnern in Hamburg untersucht. Die Häufigkeiten gesundheitsschädigender Verhaltensweisen, sozialer Probleme und sensomotorischer Defizite variierten zum Teil stark zwischen den Stichproben (Stuck et al. 2002).

Studien zeigten, dass manche Probleme älterer Patienten dem Hausarzt verborgen bleiben. Dieses Phänomen wurde erstmals von Williamson et al. (1964) in Großbritannien als „hidden morbidity“ beschrieben und führte zur Weiterentwicklung des geriatrischen Assessments in der medizinischen Primärversorgung. Der Anteil neuer Probleme, die durch ein geriatrisches Assessment aufgedeckt wurden, variierte in Studien, da unterschiedliche Patientengruppen untersucht und verschiedene Instrumente eingesetzt wurden. Ausländische Studien zeigten, dass mit einem geriatrischen Assessment in der Hausarztpraxis bis zu 50% der entdeckten Beschwerden neu für die behandelnden Hausärzte waren (Brown et al. 1997, Chew et al. 1994, Brown et al. 1992). Diese Probleme, mit denen sich während der Sprechstundenroutine nicht genügend auseinandergesetzt wird, werden auch „unmet needs“ genannt. Iliffe et al. (2004) zeigten, dass von Patienten, Ärzten und Schwestern als häufigste „unmet needs“ die Sinne (Sehen und Hören), physische Fähigkeiten (Mobilität und Stürze), Inkontinenz und psychomentale Probleme (Kognition, Depression, Angst) gesehen wurden. Gefunden wurde auch, dass sich Patienten zusätzlich mehr Informationen über die Gesundheit und die Medikamenteneinnahme wünschten, während die Ärzte und Schwestern mehr Informationen über die wohnliche, soziale und finanzielle Situation für notwendig hielten. Walters et al. (2000) ermittelten, dass Ärzte und Patienten übereinstimmend meinten, dass physische Probleme meistens während der Sprechstunde thematisiert worden waren. Die Patienten gaben an, dass Probleme wie Hör- und Sehstörungen, psychomentale Auffälligkeiten und Inkontinenz häufig nicht besprochen wurden. Weiterhin wünschten sich die Patienten mehr Informationen über die medizinische Behandlung. Dem gegenüber gaben die Ärzte an, mehr über die Probleme bei den täglichen Aufgaben und im Wohnumfeld und über Stürze erfahren zu wollen. Die Gründe der Patienten, bei bestimmten Problemen keine Hilfe zu suchen, waren Resignation, Rückzug und geringe Erwartungen (Walters et al. 2001).

Studien, die untersuchten, welche Interventionen nach einem geriatrischen Assessment veranlasst wurden, kamen zu unterschiedlichen Ergebnissen. Brown et al. (1992) ermittelten in einer Studie in Großbritannien, dass der Aufdeckung von 204 neuen Problemen 227 Interventionen folgten, am häufigsten eine Beratung. In einer

späteren Studie fanden Brown et al. (1997), dass bei 82% der Patienten mit einem Problem eine Konsequenz resultierte. Häufig wurden Beratungen durchgeführt, eine weitere Diagnostik veranlasst, eine medikamentöse Behandlung begonnen oder eine Überweisung geplant. Eine finnische Studie zeigte, dass 36% der älteren Menschen nach einem Assessment eine diagnostische oder therapeutische Intervention erhielten (Laukannen et al. 2003). Blakeman et al. (2001) zeigten wiederum, dass nach der Durchführung eines geriatrischen Assessments kein multidisziplinärer Interventionsplan erstellt wurde und die psychosozialen und funktionellen Probleme keinerlei Konsequenzen hatten.

In Deutschland existieren wenige Daten über Beschwerden älterer Patienten, die mit dem Hausarzt nicht besprochen werden und mit Hilfe eines geriatrischen Assessments neu aufgedeckt werden können. Wenige Studien untersuchten darüber hinaus, welche Interventionen nach einem geriatrischen Assessment eingeleitet werden. Eine kleine Studie mit 62 Patienten wurde von Junius et al. (1996) durchgeführt. Sandholzer et al. (2007) führten Interviews mit den Patienten durch. Piccoliori et al. (2005) und Mueller et al. (2010) setzten die Selbstausfüller-Version eines geriatrischen Assessments ein.

### **2.3.5 Akzeptanz**

Ausländische Studien zeigten, dass die Akzeptanz des geriatrischen Assessments beim medizinischen Personal sehr unterschiedlich war. Nicht wenige Ärzte gaben einen geringen Wert des Assessments an, weil es kaum Neues aufgedeckt hatte oder die neu gefundenen Probleme irrelevant beziehungsweise unlösbar waren. Auch die große Arbeitslast wurde kritisiert (Brown et al. 1992). In einer anderen Studie gaben 68% der Ärzte an, dass die Durchführung geriatrischer Assessments nicht notwendig war, da die Patienten bereits gut bekannt waren (Tremellen et al. 1992). Chew et al. (1994) wiederum zeigten, dass über die Hälfte der Ärzte die Assessments wertvoll fanden um die Patienten abzusichern und um Ratschläge zu geben. Trotzdem sahen nur 7,4% der Hausärzte einen großen Wert in der Durchführung regelmäßiger Assessments. Sie gaben auch an, dass ältere Patienten die Untersuchung nicht mochten, weil sie als ein Eindringen in die Privatsphäre empfunden wurde, die älteren Menschen sich als gesund betrachteten oder die Folgen der Untersuchung sie beunruhigten. Mehr als zwei Drittel der Hausärzte wollten die Assessments weiterhin regelmäßig durchführen, 28,1% mit allen älteren Patienten, 42,3% mit ausgewählten Patienten.

Ausländische Studien konnten nachweisen, dass die Mehrheit der älteren Patienten geriatrische Untersuchungen befürworteten (Brown et al. 1992, Tremellen et al. 1992, McIntosh und Power 1993). Chew et al. (1994) ermittelten, dass 82,9% der befragten Patienten die Gesundheitschecks zur zusätzlichen Absicherung ihrer Gesundheit hilfreich fanden. 72,5% sahen deren Nützlichkeit im Erhalt von Ratschlägen. 93,0% der älteren Menschen begrüßten es, regelmäßig ein geriatrisches Assessment zu erhalten, obwohl 81,9% keine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes nach der Untersuchung festgestellt hatten. In der Studie von Tremellen (1992) erklärten 75% der Patienten, die das Assessment befürworteten, dass es angenehm war, wenn sich der Arzt oder die Schwester um sie kümmerte.

In der deutschen medizinischen Primärversorgung ist kaum bekannt, wie Ärzte und Patienten ein geriatrisches Assessment akzeptieren. Studien, die sich mit der Akzeptanz eines geriatrischen Assessments in deutschen Hausarztpraxen befassten, wurden von Junius et al. (2003) und Theile et al. (2012) durchgeführt.

## 2.4 STEP als geriatrisches Assessment

Das standardisierte Assessment älterer Menschen (STEP) wurde speziell für den Einsatz in der hausärztlichen Versorgung in Europa entwickelt. Es soll durchführbar, effektiv und akzeptabel sein. Ein Gremium, bestehend aus Hausärzten, einem Epidemiologen, einem Sozialarbeiter und Fachärzten für Geriatrie, entwarf 2001/ 2002 ein Instrument, welches auf die Bedürfnisse und die Arbeitsweise in Hausarztpraxen abgestimmt wurde (Sandholzer et al. 2002). Die Zielpopulation sind ältere Patienten in der medizinischen Primärversorgung, die nicht in Pflegeheimen wohnen.

Das Assessment dient der Vorsorge von gesundheitlichen Problemen, soll aber auch die Behandlung bereits bestehender Krankheiten oder körperlicher Beeinträchtigungen durch evidenz-basierte Leitlinien optimieren. STEP soll vom Arzt aktiv eingesetzt werden und die hausärztliche Versorgung aller älteren Menschen langfristig begleiten und nicht nur bei akuten Krisen durchgeführt werden. Ziel ist es, mit Hilfe von STEP relevante Gesundheitsstörungen älterer Patienten in der Hausarztpraxis frühzeitig ermitteln und positiv beeinflussen zu können (Sandholzer et al. 2004).

Für die Entwicklung des Instrumentes wurden zunächst Gesundheitsstörungen aus den Bereichen körperliche und psychomentele Verfassung, Funktionsstatus, soziales

Umfeld, Medikation und Gesundheitsverhalten nach den folgenden Kriterien zusammengetragen (Sandholzer et al. 2004):

- häufiges und wichtiges medizinisches/ soziales Problem
- hoher Anteil nicht erkannter Erkrankungen
- geeigneter diagnostischer Test vorhanden
- keine unerwünschten Wirkungen des Diagnoseverfahrens
- geeignete Therapie- und Rehabilitationsmöglichkeiten verfügbar
- gute Akzeptanz von Diagnostik und Therapie
- annehmbare Kosten der medizinischen Maßnahmen

Vor der Aufnahme der Gesundheitsstörungen in das STEP-Instrument wurde eine umfassende Literaturrecherche durchgeführt. Bei einigen Gesundheitsstörungen gab es kaum Studien, so dass auch auf die persönlichen Erfahrungen des STEP-Gremiums zurückgegriffen wurde. Für das STEP-Instrument wurde auf bereits vorhandene Tests und Fragebögen zurückgegriffen oder eigene Fragen gestaltet.

Als erste Assessmentstufe entstand ein Fragebogen für ältere Patienten, der selbst oder im Rahmen eines Interviews durch eine Hilfsperson ausgefüllt werden kann und der von einer Fachkraft ausgewertet wird. In der zweiten Assessmentstufe werden im Fragebogen mitgeteilte Probleme oder andere auffällige Befunde von der Arzthelferin ausführlicher diagnostiziert und eine Übersicht über Medikamente, Erkrankungen, ausstehende Impfungen, den Funktionsstatus und das Gesundheitsverhalten eines älteren Patienten erarbeitet. Zusätzlich werden der Blutdruck, die Füße, die Pulse, der Blutzucker, die Blutfette und die kognitive Funktion untersucht. Abschließend wird in Absprache mit dem Patienten ein Behandlungsplan vereinbart, dessen Umsetzung und Erfolg regelmäßig überprüft werden sollte. Der Inhalt und die Quellen der Fragen, die für den Fragebogen ausgewählt wurden, sind in Tabelle 1 auf Seite 24 aufgelistet.

Bisher gibt es nur wenige Autoren im deutschsprachigen Raum, die das STEP in Hausarztpraxen untersucht haben (Piccoliori et al. 2005, Junius et al. 2003, Sandholzer et al. 2007, Mueller et al. 2010, Wrede et al. 2013). Sandholzer et al. (2007) führten Interviews durch. Die anderen Studien setzten die Selbstausfüller-Version ein. Untersucht wurden in fast allen Studien Patienten über 70 Jahre, nur Junius et al. (2003) befragte über 65-Jährige, jedoch war die Stichprobe sehr klein (n=62 Patienten).

**Tabelle 1: Inhalt des STEP und Quellen der verwendeten Fragen (Stufe 1)  
(Sandholzer et al. 2004)**

<b>Frageninhalt</b>	<b>Quelle</b>
<u>Medikamente</u>	STEP
<u>funktionelle Fähigkeiten</u>	
Alltagsbewältigung, körperliche Leistungsfähigkeit	COOP-Wonca-Charts (Nelson et al. 1987, Van Weel et al. 1995)
ADL, IADL	Lambeth Disability Questionnaire (Charlton et al. 1983), Towsened (1978)
<u>soziales Umfeld</u>	
Hilfe im Notfall	Lachs et al. (1990)
Vertrauensperson	Gallo et al. (1995)
Pflegender	STEP
finanzielle Situation	STEP
Wohnumfeld	STEP
Dienstleistungen	STEP
allein lebend	STEP
<u>Symptome</u>	
Dyspnoe	Barberger-Gateau et al. (1992)
Schmerzen	MOS-SF (Stewart et al. 1988)
Schlafstörungen	CARE (Gurland et al. 1977, 1984)
Gewichtsverlust	Fleming et al. (1995)
Stürze	Tinetti (1986)
Herzinfarkt in der Vorgeschichte	STEP
TIA**/ Schlaganfall in der Vorgeschichte	STEP
Beschwerden im Thorax	Rose Questionnaire (Rose et al. 1977)
Beschwerden in den Beinen beim Gehen	Edinburgh Claudication Questionnaire (Leng und Fowkes 1992)
Beschwerden im Mund und mit den Zähnen	Oral Handicap Index (Fiske et al. 1990)
Beschwerden in den Gelenken	STEP
Knochenbruch seit dem 60. Lebensjahr	STEP
Harninkontinenz	Sandvick et al. 1995
Probleme mit dem Stuhlgang	STEP
Probleme beim Sehen/ Hören	Lambeth Disability Questionnaire (Charlton et al. 1983)
<u>psychisches Befinden</u>	
Depression	Whooley et al. (1997)
<u>Risikofaktoren</u>	
Rauchen	STEP
Alkoholprobleme	CAGE (Ewing 1984)

### 3 Ziele der Arbeit

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Selbstausfüller-Version des STEP in sächsischen Hausarztpraxen im Hinblick auf Praktikabilität, Verständlichkeit, Nützlichkeit und Akzeptanz zu erproben.

Es wurden folgende Fragestellungen untersucht:

#### 1. Praktikabilität:

Ist die Bearbeitung der Selbstausfüller-Version für die älteren Patienten praktikabel?  
Ist die Verteilung der Selbstausfüller-Version für die Arzthelferinnen während der Sprechstunde praktikabel?

Ist eine Befragung der Patienten mit der Selbstausfüller-Version für die Hausärzte praktikabel?

#### 2. Verständlichkeit

Ist die Selbstausfüller-Version für die älteren Patienten verständlich?  
Gibt es Fragen, die häufig nicht beantwortet werden?

#### 3. Nützlichkeit

Können mit der Selbstausfüller-Version neue Probleme der Patienten ermittelt werden?  
Haben diese neuen Probleme für die Hausärzte diagnostische oder therapeutische Konsequenzen?

#### 3. Akzeptanz

Wird die Selbstausfüller-Version von den Patienten angenommen?  
Sind die Hausärzte bereit, die Selbstausfüller-Version im Praxisalltag einzusetzen?

## 4 Methoden

Im folgenden Kapitel wird die Selbstausfüller-Version des STEP-Fragebogens beschrieben. Zudem wird die Methodik zur Feststellung der Praktikabilität, der Verständlichkeit, der Nützlichkeit und der Akzeptanz der Selbstausfüller-Version erläutert.

### 4.1 Rekrutierung der Hausarztpraxen

51 sächsische Hausärzte wurden in einer ländlichen (Süd-West-Sachsen) und einer städtischen Region (Leipzig) schriftlich beziehungsweise telefonisch kontaktiert. Die geplante Untersuchung wurde kurz erläutert. Insgesamt wollten 28 Hausarztpraxen an der Studie teilnehmen. Die teilnehmenden Arztpraxen wurden von der Doktorandin mehrfach aufgesucht. Jeder Praxis wurden 150 Fragebögen bereitgestellt. Die Arzthelferinnen und die Ärzte wurden in einem Gespräch über die Durchführung der Fragebogenverteilung informiert. Die Fragebögen wurden von Januar 2003 bis September 2005 verteilt. Die von den Patienten ausgefüllten Fragebögen wurden anschließend wieder von der Doktorandin abgeholt.

### 4.2 Rekrutierung der Patienten

Jedem Patienten, der mindestens 65 Jahre alt war und die Praxis während eines Quartals aufsuchte, wurde ein Fragebogen angeboten. Ausgeschlossen werden sollten nur Personen, die an schweren, terminalen Erkrankungen litten oder den Bogen nicht selbst ausfüllen konnten, weil sie wegen ausgeprägter kognitiver Defizite, starken Sehbeeinträchtigungen oder Störungen der Feinmotorik beeinträchtigt waren. Der Fragebogen sollte sofort im Wartezimmer selbständig beantwortet werden oder zu Hause ausgefüllt und beim nächsten Praxisbesuch wieder abgegeben werden. Die meisten Praxen beendeten die Verteilung der Fragebögen nach einigen Wochen wegen der zusätzlichen Arbeitsbelastung. Die Studie wurde abgebrochen, nachdem 1000 ausgefüllte Fragebögen zurückgegeben worden waren.



ERROR: syntaxerror  
OFFENDING COMMAND: --nostringval--

STACK: