

Frailty

Ein neues Konzept für ein altes Phänomen



Regina Roller-Wirnsberger

Die alternde Bevölkerung stellt heute in den westlichen Industrieländern mit den damit verbundenen Kostensteigerungen im Gesundheits- und Sozialbereich eine bedeutendes Thema dar. Zunehmende Offenheit in politischen Gremien für eine Umorientierung hin zu präventiven Gesundheits- und Sozialstrategien unter der älteren Bevölkerung ist vor allem im anglo-amerikanischen Raum zu bemerken. In Österreich bedarf der Bereich der Prävention und gesundheitsfördernden Maßnahmen bei älteren Menschen noch intensiver Entwicklungsarbeit. Davon besonders betroffen sind alte Menschen, welche infolge diverser funktioneller Defizite bereits betreuungs- und pflegeabhängig sind. Die Entwicklung homogener Konzepte muss auf Grund der Vielfalt der Bedürfnisse geriatrischer BewohnerInnen und PatientInnen zwingend im interdisziplinären Team erfolgen. Spezielle Aus- und Weiterbildungen aller Berufsgruppen sollen die Kommunikation und die Planungen betreffend die individuellen Bedürfnisse alter Menschen fördern. Das frühe Erkennen von Defiziten und die zeitgerechte und gezielte Intervention stellen neben der pflegerischen und ärztlichen Betreuung Ecksteine einer optimalen Betreuung dar.

Die Denkweise aller Berufsgruppen, die mit der Betreuung geriatrischer BewohnerInnen und PatientInnen betraut sind,

ist „reaktiv“. ÄrztInnen wurden über die letzten Jahre perfekt im „Disease Management“ entsprechend vorgegebenen Leitlinien aus- und fortgebildet. Auftretende Symptome und Erkrankungen werden therapiert, eine umfassende Zusammenschau entsprechend den funktionellen und sozialen Defiziten erfolgt nur in wenigen Fällen. Pflegepersonal entwickelt Konzepte für Pflegestandards, vielfach ohne Gehör bei „benachbarten“ Berufsgruppen zu finden.

Dieses Phänomen ist global in allen industrialisierten Ländern zu beobachten. Getrieben von der politischen Anforderung der Kostenminimierung werden Managementprogramme für ältere PatientInnen entwickelt, die entweder Krankheits- oder Behinderungsorientiert sind. Punktuell wird der Ruf nach „Case Managern“, die die Steuerung der individuellen Schicksale von PatientInnen übernehmen, laut.

Das in Wahrheit fehlende Konzept in der Betreuung alter Menschen ist das der „Frailty“. Der Begriff der Frailty existiert in Fachkreisen bereits mehr als 20 Jahren. Langjährige Diskussionen über deren Definition und über die Beschreibung eines eigenen Syndroms haben heute unter Geriatern zu einem äußerst „lebbar und anwenderfreundlichen“ Konzept in der Früherkennung von Defiziten bei alten Menschen geführt. Der Begriff „Frailty“ beschreibt im Wesentlichen eine erhöhte „Verletzbarkeit“ alter Menschen gegenüber Sekundärereignissen oder umgekehrt formuliert sie die erhöhte Wahrscheinlichkeit von Defiziten (funktionell und medizinisch) bei Auftreten von Bagatellereignissen, wie Stürzen oder Ortswechsel, aber auch Erkrankungen. Linda Fried definierte ein eher simples diagnostisches Konzept zur Feststellung

einer Frailty (siehe Tabelle 1).

Eine Frailty liegt bei 3 bis 5 Symptomen vor,

Gewichtsverlust
Schwäche
Antriebslosigkeit
Langsame Gehgeschwindigkeit
Geringe Aktivität

zeigt ein Bewohner 1 oder 2 Symptome, so spricht man von einem Vorstadium und nennt den Bewohner „pre-frail“.

Fried, Tangen, Walston, Newman, Tracy, et al, *J Ger Med Sci*, 2001

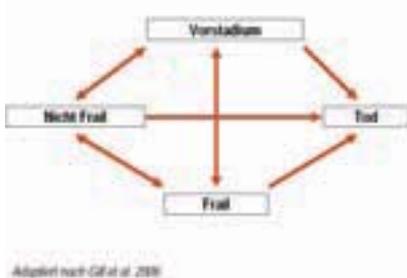
Weist nach Fried ein alter Mensch 3 oder mehr der angegebenen Symptome aus der Tabelle auf, so spricht man vom Vorliegen einer Frailty. Diese führt nachweislich in prospektiven Studien (z.B. The Longitudinal Aging Study Amsterdam- LASA) zu einer erhöhten Mortalität der betroffenen Personen, wobei Männer insgesamt immer mit einer schlechteren Prognose ausgestattet sind als Frauen. Zudem weisen diese Patienten und Bewohner eine erhöhte Rate von sekundären Komplikationen sowohl in pflegerischer wie auch medizinischer Hinsicht auf (Rockwood et al., *Lancet* 1999). Dies führt insgesamt zu einer stark erhöhten Einweisungsrate in Spitäler und Pflegeinstitutionen.

Seit der ersten Publikation von Fried und Kollegen betreffend den Phänotyp der Frailty, haben mehrere Arbeitsgruppen unterschiedliche Assessmentverfahren zur Evaluierung einer Frailty beschrieben. Sicherlich gibt es nicht „die eine und beste“ Form des Assessments und jede Institution muss auf dem Weg zur Qualitätssicherung unter Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzten eine lokal „passende“ Form der regelmäßigen Evaluie-

rung von Frailty Indizes etablieren. In einem rezenten Konsensus wurden allerdings von Experten 8 funktionelle Domänen festgelegt, welche in einem Frailty Assessment jedenfalls enthalten sein sollten (Ferrucci et al. J Am Geriatr Soc 2004):

Die Mobilität, grobe Kraft, das Gleichgewicht, die motorische Exekution, die Kognition, Ernährung, Ausdauer sowie die physische Aktivität der alten Menschen. Für den Pflegebereich haben sich in der Primärerkenntnis der Frailty vor allem der „Groningen Frailty Indicator“ (Slaets JP, Med Clin North Am 2006), das „Frailty and Autonomy Scoring Instrument of Leuven (FRAIL)“ (De Lepeleire Arch Publ Health 2004), die „Edmonton Frail Scale“ (Rolfson DB, Age Ageing 2006) und das „Frailty Staging System oder der Lachs-Score“ (Lachs MS, Ann Intern Med 1990) bewährt. Wird in diesen Tests ein deutliches Defizit erkannt, so sollte jedenfalls die Vorstellung der PatientInnen/ BewohnerInnen bei einem spezialisierten Geriater (Geriatricerin) zur Durchführung eines „geriatrischen Assessments“ und zur Planung spezifischer Interventionsstrategien erfolgen. Diese umfassen entsprechend den erkannten Defiziten vor allem das körperliche Training in Form von Ausdauertraining aber auch Widerstandsübungen wie die medizinische Betreuung. So konnte gezeigt werden, dass selbst bei über 80jährigen Frauen die körperliche Funktionalität durch ein gezieltes Widerstandstraining über 12 Wochen (3 x wöchentlich) eine deutliche Verbesserung der Muskelkraft und damit verbunden der Mobilität der Betroffenen bringt (Raue U et al, J Appl Physiol 2009). Weiters sollte das körperliche Training in jedem Fall von einer balanzierten ernäh-

rungsmedizinischen Intervention begleitet werden. Umgekehrt stellt die engmaschige klinische Kontrolle anthropometrischer Parameter (wie Gewichtsverlauf und Body Mass Index (BMI)) wie auch die Dokumentation des Essverhaltens einen Meilenstein zur Prävention aber auch Therapie einer Frailty dar. Denn wesentlich ist das Bewusstsein bei Angehörigen, Pflegenden aber auch Ärzten zu aktivieren, dass der Zustand der Frailty einer hohen Dynamik unterliegt. So können die einzelnen Stadien der Frailty durchwegs vice versa ineinander übergehen. Das bedeutet, dass eine einmal eingetretene Frailty nicht zwingend zu Komplikationen oder zum Tod führen muss (siehe Figur 1).



Alle Stadien der Frailty bedeuten für Betroffene ein Risiko hinsichtlich der Mortalität, die Frailty per se ist ein dynamischer Zustand, die einzelnen Stadien können in Abhängigkeit von gezielten Interventionen ineinander übergehen.

Frühzeitige Erkennung eines Vorstadiums zur Frailty ermöglicht eine rasche gezielte Intervention und die Verhinderung von Einweisungen in den Spitalsbereich aber auch die Verhinderung eines gesteigerten Pflegebedarfs. Die Früherkennung der Frailty liegt in der Langzeitpflege wesentlich in Händen der Pflege. Das Assessment kann durch geschulte Fachkräfte durchgeführt werden. Die weitere Interpretation sollte im interdisziplinären Team erfolgen wobei die Planung der entsprechenden Interventionen heute noch immer beim zuständigen Haus- oder Heimarzt liegt. Bei gezielten Fragestellungen ist es sicherlich von Nutzen, einen geriatrisch geschulten Allgemeinmediziner oder Facharzt zu konsultieren.

Die Frailty stellt ein ganzheitliches Konzept dar und gibt uns in der Betreuung alter Menschen abseits der organbezo-

genen Medizin erstmals die Möglichkeit zu einem integrativen Betreuungskonzept. Einige Allgemeinmediziner, die mit der Betreuung alter Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen befasst sind, haben das Konzept der Frailty bereits in ihre Arbeit aufgenommen. Es hilft Ihnen Risikofaktoren zu evaluieren, hilft bei medizinischen Entscheidungsfindungen betreffend mögliche Komplikationen bei Interventionen und es dient als Vorhersagemarker für Patientschicksale. Das Konzept der Frailty dient in den Händen des erfahrenen Anwenders wesentlich besser zur Entscheidungsfindung als etwa das chronologische Alter eines Bewohners/ Patienten.



Auf Grund der vorliegenden Daten und Publikationen sollte auch in Österreich im Bereich der Langzeitpflege die routinemäßige Anwendung eines „Frailty Assessments“ in den einzelnen Einrichtungen erwogen werden. Dies fördert die Früherkennung entstehender Defizite bei Bewohnern und ermöglicht eine frühe und effiziente Interventionsmöglichkeit nach Planung im Interdisziplinären Team. Daten aus diesen Assessments wären auch über die Schnittstellen zwischen häuslicher Betreuung, Langzeitpflege und Spitalsbereich hinaus ein gemeinsamer und holistischer Zugang zu alten Menschen, die unserer Betreuung bedürfen.

Univ. Prof. Dr. Regina Roller-Wirnsberger

Medizinische Universitätsklinik Graz
Regina.Roller-Wirnsberger@meduni-graz.at