

**AWMF-Register Nr.:**

**084-003**

**Klasse:**

**S3**

**Version:**

**1.1**

## S3-Leitlinie

Umfassendes Geriatriches Assessment  
(Comprehensive Geriatric Assessment, CGA)  
bei hospitalisierten Patientinnen und  
Patienten

## Weitere beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen:



# Allgemeines Statement 1

2.1	Statement	
<b>EK</b>	Ein CGA ist ein multidimensionaler und interprofessioneller Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionellen Defizite und Ressourcen geriatrischer Patient*innen zu erfassen und zu berücksichtigen. Ein CGA ergänzt dabei die ärztliche Anamnese und Untersuchung und dient der Therapie- und Versorgungsplanung, Verlaufsbeobachtung und Prognoseabschätzung.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	Hamaker et al. 2022, Caillet et al. 2014, Bruijnen et al. 2019; Feng et al. 2015; Hamaker et al. 2014; Puts et al. 2012; Ramjaun et al. 2013; Schulkes et al. 2016	
Konsensstärke: 91 % (Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für das Allgemeine Statement 1

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Durch umfassende Beurteilung, ganzheitliche Betrachtung, Ermittlung von Defiziten und Ressourcen individuelle Therapieplanung und Prognoseabschätzung möglich.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	„Multidimensional“ / „interprofessionell“ erwähnt als CGA-Kriterien; Definition von Rubenstein beinhaltet Erfassung von Ressourcen; Vorteile von CGA für Therapieplanung und Prognoseabschätzung (onkologisches Setting: Mortalität/Überleben, Therapietoxizität, postoperative Komplikationen, Institutionalisierung), aber keine Meta-Analysen; Mortalität, Institutionalisierung und Komplikationsrate auch in anderen Settings, aber nicht unter Aspekt der Prognoseabschätzung.
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; individuelle Therapieplanung und Prognoseabschätzung sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Allgemeine Empfehlung 1

2.2	Empfehlung	
<b>EK</b> Empfehlungsgrad A ↑↑	Die Indikation zum CGA soll anhand der Definition geriatrischer Patient*innen (Alter, Geriatrietypische Multimorbidität, Selbsthilfefähigkeit) oder validierter, multidimensionaler Screening-Instrumente gestellt werden.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	Hamaker et al. 2012, Dotan et al. 2021 (NCCN-LL)	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Allgemeine Empfehlung 1

Nutzen und Schaden	Nutzen für identifizierte geriatrische Patient*innen (s. Allgemeines Statement 1); zusätzlicher Zeitaufwand gering, somit nicht als Schaden für die nicht-geriatrischen Patient*innen zu betrachten.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Hamaker et al. 2012: kein Tool gleichzeitig hohe Sensitivität und Spezifität, G-8 / TRST höchste Sensitivität; NCCN-Leitlinie: G-8 / VES-13 am häufigsten verwendete Tools.
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; individuelle Therapieplanung und Prognoseabschätzung sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Allgemeine Empfehlung 2

2.3	Empfehlung	
Empfehlungsgrad B ↑  (indirectness)	Die Durchführung des CGA und Umsetzung eines resultierenden Behandlungsplans <u>solte</u> einem interprofessionellen Teamansatz folgen und mit Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, sozialen Diensten und Ärzt*innen mit geriatrischer Qualifikation im regelmäßigen Dialog erfolgen, unter Einbezug der Patient*innen und soweit möglich deren Bezugspersonen.	
Evidenz	Eamer et al. 2018, Saripella et al. 2021, Ellis et al. 2017, Eamer et al. 2017, Lin et al. 2020 (Hamaker et al. 2022; Dotan et al. 2021 (NCCN-LL))	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊕⊖ moderat ⊕⊕⊕⊖ moderat ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig	Mortalität (CGA evtl. effektiv) Institutionalisierungsrate (CGA effektiv) Wiedervorstellung/Wiederaufnahme/Rückübernahme (kein Effekt) Funktionalität (CGA effektiv) Kognition (Effekt unklar) Delir (CGA effektiv) Aufenthaltsdauer (CGA effektiv) ADL (CGA effektiv)	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Allgemeine Empfehlung 2

Nutzen und Schaden	Spezifische Qualitäten der Berufsgruppen können koordiniert eingesetzt werden; großer Nutzen durch Einbeziehung der Patient*innen selbst (Wünsche/Präferenzen?) und Einbeziehung von Angehörigen (ggf. ergänzende Auskünfte); Schaden nicht zu erwarten.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	„interprofessionell“ als CGA-Kriterium in zahlreichen Publikationen erwähnt, das so definierte CGA erweist sich als wirksam; Einbezug von Patient*innen und Bezugspersonen = wesentliches Element eines CGA; Indirektheit in Bewertung einbezogen.
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; umfassende Beurteilung und eigene Einbeziehung sowie ergänzende Angehörigen-Einbeziehung sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Allgemeines Statement 2

2.4	Statement	
<b>EK</b>	Der Einbezug von Bezugspersonen (Angehörige, Betreuungspersonen) in die Durchführung eines CGA und in eine CGA-adaptierte Behandlung kann die Lebensqualität des Patienten/der Patientin und der Bezugspersonen erhöhen.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	Chen et al. 2021; (RCT: Laudenslager et al. 2019)	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für das Allgemeine Statement 2

Nutzen und Schaden	Nutzen für Patient*innen durch Einbeziehung von Bezugspersonen (ggf. ergänzende Auskünfte); Nutzen für Bezugsperson durch Reduktion der Belastung, z. B. durch Erlernen von Stressbewältigung → indirekter Nutzen auch für Patient*innen; Schaden nicht zu erwarten.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Verringerung der Belastung = Steigerung der Lebensqualität der Pflegenden durch CGA; Einfluss des Einbezugs von Bezugspersonen in das CGA auf Lebensqualität der Patient*innen nicht signifikant, aber zu vermuten.
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; Erhöhung der eigenen Lebensqualität sowie der Lebensqualität von Bezugspersonen sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Allgemeines Statement 3

2.5	Statement	
EK	Ein CGA beinhaltet mindestens die folgenden Dimensionen: Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, kognitive Funktion inklusive Delir, Affekt, Ernährung und soziale Situation. Weitere Dimensionen können unter anderem sein: Sensorik, Dysphagie, Kommunikationsfähigkeit inklusive Sprache und Sprechen, Inkontinenz, Schmerz, Schlaf, Sucht, Spiritualität, Multimorbidität und Polypharmazie.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	Disalvo et al. 2023; Ellis et al. 2017 OPS-Katalog 2024; Niederländische LL CGA; S1-LL Geriatisches Assessment	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für das Allgemeine Statement 3

Nutzen und Schaden	Nutzen durch umfassende Beurteilung und ganzheitliche Betrachtung → individuelle Therapieplanung möglich; je mehr Dimensionen, umso differenziertere Beurteilung; Schaden nicht zu erwarten, lediglich erhöhter Zeitaufwand.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Disalvo zusätzlich Komorbiditäten und Polypharmazie; Ellis 2017: medizinische, funktionelle, mentale, soziale und umweltbezogene Probleme = Kerndimensionen; OPS-Katalog 2024 „standardisiertes geriatrisches Assessment“ mit mindestens 5 Dimensionen; Niederländische Leitlinie CGA; optionale Dimensionen wie S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment.
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; individuelle Therapieplanung und differenziertere Beurteilung sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Allgemeine Empfehlung 3

2.6	Empfehlung	
Empfehlungsgrad B ↑  (indirectness)	Ein CGA <u>solte</u> mindestens 15 Minuten dauern, um therapierrelevante Aussagen treffen zu können.	
Evidenz	Parks et al. 2012; Puts et al. 2012; Chuang et al. 2022; (Dale et al. 2023 (ASCO-LL)); Dotan et al. 2021 (NCCN-LL))	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig	Therapietoxizität (CGA effektiv) Dosisreduktion während Behandlung (CGA effektiv) Initiale Dosisreduktion (kein CGA-Effekt) Vorzeitiger Therapieabbruch (kein CGA-Effekt) Behandlungsverzögerung (kein CGA-Effekt) Hospitalisierungsrate (kein CGA-Effekt)	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Allgemeine Empfehlung 3

Nutzen und Schaden	Bei umfassender Diagnostik Nutzen durch präzisere/aussagekräftigere Ergebnisse mit gezielter Behandlungsplanung; Schaden nicht zu erwarten, lediglich erhöhter Zeitaufwand.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Zeitdauer eines CGA im Evidenzkorpus nicht als Einflussgröße untersucht; mehrere onkologische Studien und Leitlinien erwähnen durchschnittliche Dauer → CGA erzielt unter dieser Voraussetzung hinsichtlich mehrerer Endpunkte Verbesserungen; Indirektheit in Bewertung einbezogen.
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; präzise Ergebnisse und gezielte Behandlungsplanung sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Notaufnahme Empfehlung 1

3.1.1	Empfehlung	
<b>EK</b> Empfehlungsgrad B ↑	In der Notaufnahme <u>solte</u> ein multidimensionales Screening durchgeführt werden, um ältere Patient*innen mit besonderem Untersuchungs- und Behandlungsbedarf zu identifizieren und daraus die Durchführung eines CGA im weiteren Verlauf (ambulant/stationär) abzuleiten.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	Häseler-Quart 2021 (Sensitivität zur Vorhersage der Mortalität und der Wiederaufnahme), Conroy 2011 (Funktionalität), Jay 2017 (stationäre Krankenhausaufnahme)	
Konsensstärke: 95 % (Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Notaufnahme Empfehlung 1

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 4 x Vorteil CGA, 13 x kein Unterschied.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; Identifizierung von besonderem Untersuchungs- und Behandlungsbedarf ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-770 gelistet.

# Notaufnahme Empfehlung 2

3.1.2	Empfehlung	
<b>EK</b> Empfehlungsgrad B ↑	Zur optimalen Versorgung älterer Patient*innen in der Notaufnahme <u>solte</u> sich die Auswahl eines Screeninginstruments an der Komplexität dieser Patient*innen orientieren und die Dimensionen Kognition (Demenz, Delir), Selbsthilfefähigkeit und Mobilität (Sturzrisiko) sowie eine Überprüfung von Polypharmazie und das Erfragen der Wertvorstellungen und Präferenzen der Patient*innen beinhalten.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	Häsel-Quart 2021 (Sensitivität zur Vorhersage der Mortalität und der Wiederaufnahme), Conroy 2011 (Funktionalität), Jay 2017 (stationäre Krankenhausaufnahme)	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Notaufnahme Empfehlung 2

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 4 x Vorteil CGA, 13 x kein Unterschied.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; optimale Versorgung in der Notaufnahme ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-770 gelistet.

# Notaufnahme Empfehlung 3

3.1.3	Empfehlung	
<b>EK</b> Empfehlungsgrad 0 ⇔	Auf Grundlage der im Screening erhobenen Defizite und vorhandenen Ressourcen der Patient*innen <u>kann</u> , soweit möglich, bereits in der Notaufnahme interveniert werden. Zumindest kann aber ein sich ggf. anschließendes CGA gezielter geplant werden.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	Häseler-Quart 2021 (Sensitivität zur Vorhersage der Mortalität und der Wiederaufnahme), Conroy 2011 (Funktionalität), Jay 2017 (stationäre Krankenhausaufnahme)	
Konsensstärke: > 95 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Notaufnahme Empfehlung 3

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 4 x Vorteil CGA, 13 x kein Unterschied.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; umfassende Beurteilung und individuelle Therapieplanung im Rahmen des CGA sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Onkologie Empfehlung 1

3.2.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad B ↑	Bei älteren onkologischen Patient*innen <u>sollte</u> ein geriatrisches Screening mittels G8-Fragebogen vorgenommen werden, um Patient*innen zu identifizieren, die von einem CGA vor Einleitung einer systemischen Krebstherapie profitieren können.	
Evidenz	Disalvo et al 2023; Hamaker et al 2012	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig	Höhere Komplettierungsrate der Chemotherapie Geringere Abbruchrate der Chemotherapie Häufigere primäre Dosisreduktion Seltener sekundäre Dosisreduktion Niedrigere Toxizität nach G8-Screening Keine Verzögerung der Chemotherapie Höhere Lebensqualität Reduktion der Krankheitslast Hohe Sensitivität zur Vorhersage von Frailty	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Onkologie Empfehlung 1

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 8 x Vorteil CGA, 1 x kein Unterschied.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	sehr niedrig (Einbezug Indirektheit)
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; umfassende Beurteilung und individuelle Planung einer systemischen Krebstherapie sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-770 gelistet.

# Onkologie Empfehlung 2

3.2.2	Empfehlung	
Empfehlungsgrad B ↑	Patient*innen ≥ 65 Jahre mit einem G8-Score ≤ 14 Punkte, geriatrische Patient*innen sowie alle Patient*innen ≥ 70 Jahre <u>sollten</u> ein CGA vor Einleitung einer systemischen Krebstherapie erhalten, um das Risiko von Therapie-assoziiertes Toxizität CTCAE Grad 3 oder höher zu reduzieren.	
Evidenz	Disalvo et al 2023; Chuang et al 2022	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:  ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊕⊕⊖ moderat	Niedrigere Toxizität nach G8-Screening Niedrigere Toxizität nach CGA	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Onkologie Empfehlung 2

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 2 x Vorteil CGA, 1 x Hinweis auf Vorteil, 6 x kein Unterschied.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	1 x sehr niedrig (Einbezug Indirektheit ), 1 x moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; geringeres Risiko von Therapie-assoziiertes Toxizität ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet

# Onkologie Statement 1



3.2.3	Statement	
	Ein CGA bei älteren Patient*innen in der Onkologie führt wahrscheinlich nicht zu einem verzögerten Beginn der systemischen Krebstherapie.	
Evidenz	Disalvo et al. 2023, Chuang et al 2022	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:  ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊕⊕⊖ moderat	Keine Verzögerung der Chemotherapie nach G8-Screening Keine Verzögerung der Chemotherapie	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für das Onkologie Statement 1

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 2 x Vorteil CGA, 7 x kein Unterschied.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	1 x sehr niedrig (Einbezug Indirektheit), 1 x moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; keine Verzögerung der Chemotherapie ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Orthogeriatric Empfehlung 1

3.3.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad B ↑	Bei Patient*innen ≥ 70 Jahre mit hüftgelenknaher Femurfraktur <u>sollte</u> bereits in der Notaufnahme mit einem geeigneten Screening-Tool eine geriatrische Behandlungsnotwendigkeit überprüft und ggf. ein sich anschließendes CGA geplant werden.	
Evidenz	Eamer et al. 2017	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:  ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊕⊖ moderat	kürzere Aufenthaltsdauer bessere Funktionalität kürzere Zeit zur OP geringere Kosten	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Orthogeriatric Empfehlung 1

Nutzen und Schaden	Die Identifizierung der Patient*innen, die von CGA am meisten profitieren würden, führt zu einem erhöhten Nutzen für die Betroffenen.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	3 x niedrig, 1 x moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; richtige Erkennung von Behandlungsbedarf ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da der Nutzen die potenziellen Schäden überwiegt und langfristige Kosteneinsparung zu erwarten ist.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Orthogeriatric Empfehlung 2

3.3.2	Empfehlung	
Empfehlungsgrad B ↑	Bei im Screening als geriatrisch identifizierten Patient*innen mit hüftgelenknahen Frakturen <u>sollte</u> ein CGA durchgeführt werden, da eine CGA-adaptierte Behandlung die Institutionalierungsrate reduzieren, die Funktionsfähigkeit erhalten und die Komplikationsrate inklusive des Auftretens von Delir reduzieren kann.	
Evidenz	Eamer et al. 2017, Eamer et al. 2018	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:  ⊕⊕⊕⊕ hoch ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig	geringere Institutionalierungsrate bessere Funktionalität weniger Delire	
Konsensstärke: 90 % (Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Orthogeriatric Empfehlung 2

Nutzen und Schaden	Die Durchführung eines CGA hat einen signifikanten Nutzen für die Betroffenen. Hinweise auf Schäden finden sich in der untersuchten Literatur nicht.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	2 x niedrig, 1 x hoch
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; Entlassung ins häusliche Umfeld bei erhaltener Funktionalität und Verringerung des Risikos eines postoperativen Delirs sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da der Nutzen die potenziellen Schäden überwiegt und langfristige Kosteneinsparung zu erwarten ist.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Orthogeriatric Empfehlung 3



3.3.3	Empfehlung	
Empfehlungsgrad B ↑	Für im Screening als geriatrisch identifizierte Patient*innen mit hüftgelenknahen Frakturen <u>sollte</u> perioperativ ein interdisziplinäres orthogeriatrisches Co-Management gewährleistet werden, um die o.g. Empfehlungen umsetzen zu können.	
Evidenz	Van Grootven et al., 2017	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:  ⊕⊕⊕⊕ sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕ sehr niedrig ⊕⊕⊕⊕ sehr niedrig	geringere Mortalität kürzere Aufenthaltsdauer weniger Komplikationen	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Orthogeriatric Empfehlung 3

Nutzen und Schaden	Ein interdisziplinäres Co-Management ist hilfreich für die Durchführung eines CGA und der daraus resultierenden Behandlung. Hinweise auf Schäden finden sich in der untersuchten Literatur nicht.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	3 x sehr niedrig
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; interdisziplinärer Ansatz zur Erkennung des Behandlungsbedarfs und daraus resultierende Interventionen sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da der Nutzen die potenziellen Schäden überwiegt und langfristige Kosteneinsparung zu erwarten ist.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Orthogeriatric Empfehlung 4

3.3.4	Empfehlung	
Empfehlungsgrad 0 ⇔	Jede der oben genannten Empfehlungen für Patient*innen mit hüftgelenknahen Frakturen <u>kann</u> auch auf im Screening als geriatrisch identifizierte Patient*innen mit anderen Frakturen oder orthopädischen Krankheitsbildern angewendet werden.	
Evidenz	Eamer et al. 2017, Eamer et al. 2018, van Grootven et al., 2017	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE: ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊕⊖⊖ niedrig ⊕⊕⊕⊖ moderat ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig	kürzere Aufenthaltsdauer kürzere Zeit zur OP geringere Kosten geringere Institutionaliserungsrate bessere Funktionalität weniger Delire geringere Mortalität weniger Komplikationen	
Konsensstärke: 95 % (Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Orthogeriatric Empfehlung 4

Nutzen und Schaden	Die Durchführung eines CGA in der Orthogeriatric führt wahrscheinlich auch jenseits von Hüftfrakturen zu einem Nutzen. Schaden sind vernachlässigbar, bzw. nicht vorhanden.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	6 x sehr niedrig, 1 x niedrig, 1 x moderat (Herabstufung wegen Indirektheit der Evidenz)
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; zu erwartender Nutzen bei fehlendem Schaden ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da der Nutzen die potenziellen Schäden überwiegt und langfristige Kosteneinsparung zu erwarten ist.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

3.4.1	Statement	
	In der Allgemein- und Viszeralchirurgie kann eine CGA-adaptierte Behandlung bei geriatrischen Patient*innen das Risiko eines postoperativen Delirs verringern und die stationäre Aufenthaltsdauer verkürzen.	
Evidenz	Saripella et al. 2021	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:  ⊕⊕⊕⊖ moderat ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig	Geringeres Risiko für das Auftreten eines postoperativen Delirs Kürzere Aufenthaltsdauer	
Konsensstärke: 100 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für das Allgemein- und Viszeralchirurgie Statement 1

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei beiden einbezogenen Endpunkten Vorteil CGA.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	1 x sehr niedrig, 1 x moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; geringeres Delirrisiko und kürzere stationäre Aufenthaltsdauer sind anzunehmende Patient*innenwünsche.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

3.4.2	Empfehlung	
<b>EK</b> Empfehlungsgrad B ↑	Die Indikationsstellung für einen chirurgischen Eingriff bei und die Operabilität von geriatrischen Patient*innen <u>sollten</u> nicht anhand des chronologischen Alters, sondern anhand des individuellen Risikos für perioperative Komplikationen festgelegt werden, dessen Einschätzung durch einen Screening-CGA-Algorithmus erfolgt.	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE	nicht zutreffend	
Literatur	geringeres Delirrisiko (moderat) und kürzere Aufenthaltsdauer (sehr niedrig); beide aus Saripella et al. (2021)	
Konsensstärke: > 95 % (starker Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Allgemein- und Viszeralchirurgie Empfehlung 1

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 2 x Vorteil CGA, 2 x kein Unterschied.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	2 x sehr niedrig, 2 x moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; individuelle Risikoeinschätzung für perioperative Komplikationen ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung gegen eine langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-770 und 1-771 gelistet.

# Akutgeriatrie Empfehlung 1

3.5.1	Empfehlung	
Empfehlungsgrad A ↑↑	Im akutgeriatrischen Setting <u>soll</u> die Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments (CGA) erfolgen, das alle therapierlevanten Dimensionen beinhaltet, um relevante gesundheitsbezogene Endpunkte (Leben zuhause, Risiko für Institutionalisierung, Aktivitäten des täglichen Lebens) zu verbessern.	
Evidenz	Ellis et al. 2017	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:	<p>⊕⊕⊕⊕ hoch                      Leben zuhause</p> <p>⊕⊕⊕⊕ hoch                      Risiko für Institutionalisierung</p> <p>⊕⊕⊕⊖ moderat                      Aktivitäten des täglichen Lebens</p>	
Konsensstärke: 95 % (Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für die Akutgeriatrie Empfehlung 1

Nutzen und Schaden	Gesamtnutzen überwiegt Gefahr eines möglichen Schadens: Bei Einbezug aller untersuchten Endpunkte: 8 x Vorteil CGA, 3 x kein Unterschied, 2 x hohe Unsicherheit (= keine Aussage möglich).
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	2 x hoch, 1 x moderat
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; Verbesserung relevanter gesundheitsbezogener Endpunkte ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Akutgeriatrie Statement 1

3.5.2	Statement	
	Es gibt Hinweise darauf, dass im akutgeriatrischen Setting eine CGA-adaptierte Behandlung die Lebensqualität der Patient*innen verbessern kann.	
Evidenz	Chen et al. 2021	
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz nach GRADE:  ⊕⊖⊖⊖ sehr niedrig	Lebensqualität	
Konsensstärke: 89 % (Konsens)		

# Evidence-to-decision Framework für das Akutgeriatrie Statement 1

Nutzen und Schaden	Die Durchführung eines CGA kann zu einem Nutzen im Sinne einer Steigerung der Lebensqualität führen. Hinweise auf Schäden finden sich in der untersuchten Literatur nicht.
Vertrauenswürdigkeit der Evidenz	Evidenzgrad für die Lebensqualität sehr niedrig (Chen 2021: signifikante Änderung, aber schwerwiegendes Risk of Bias, schwerwiegende Inkonsistenz und Publikationsbias; Ekdahl: keine signifikante Änderung).
Wertvorstellungen und Präferenzen	Können strukturiert erfasst und besser berücksichtigt werden; Verbesserung der Lebensqualität ist anzunehmender Patient*innenwunsch.
Ressourcen	Mögliche initiale Kostenerhöhung versus langfristige Kosteneinsparung.
Gerechtigkeit	Kann erhöht werden durch Förderung bedarfsgerechter Versorgung.
Annehmbarkeit	Positive Bewertung, da Nutzen > Schaden und langfristige Kosteneinsparung.
Umsetzbarkeit	Bei sorgfältiger Planung und Implementierungsstrategie gegeben; im OPS-Katalog 2024 des BfArM unter 1-771 gelistet.

# Kitteltaschenversion

## Umfassendes Geriatriches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten

### S3-Leitlinie

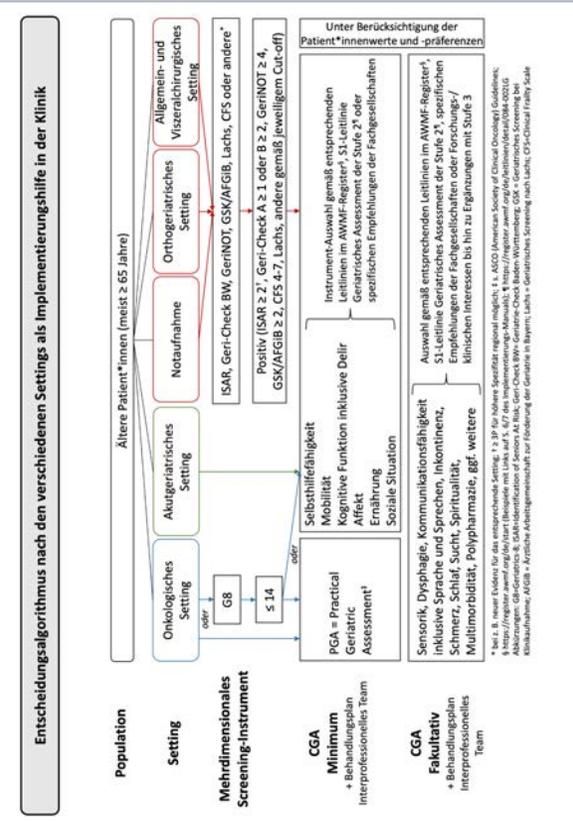
der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) und

Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenorganisationen e.V. (BAGSO)  
 Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV)  
 Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e.V. (DGA)  
 Deutsche Gesellschaft für Ergotherapie (DGEW) in Kooperation mit dem Deutschen Verband Ergotherapie e.V. (DVE)  
 Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)  
 Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG)  
 Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie (DGGPP)  
 Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG)  
 Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und medizinische Onkologie (DGHO)  
 Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)  
 Deutsche Gesellschaft für Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)  
 Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)  
 Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU)  
 Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)  
 Deutsche Gesellschaft für Physiotherapiewissenschaft (DGPTW)  
 Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft (DGP)  
 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN)  
 Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU)  
 Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie (ÖGGG)  
 Schweizerische Fachgesellschaft für Geriatrie (SFGG)  
 Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF)

<b>Warum?</b>	CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) reduziert u. a. die Mortalität und Institutionaliserungsrate. Hauptziel ist die Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patient*innen in allen Sektoren.
<b>Was ist ein CGA?</b>	Ein CGA ist multidimensional und interprofessionell. Ziel ist die Erfassung medizinischer, psychosozialer und funktioneller Defizite & Ressourcen. Das CGA ergänzt die ärztliche Anamnese und Untersuchung und dient der Therapie- und Versorgungsplanung, Verlaufsbeobachtung und Prognoseabschätzung. <b>EK</b>
<b>Immer ab ≥ 65 Jahren CGA?</b>	Ein CGA <u> soll </u> bei als geriatrisch definierten oder positiv gescreenten Patient*innen durchgeführt werden. <b>EK</b>
<b>Wie durchführen?</b>	Das CGA <u> sollte </u> einem interprofessionellen Teamansatz folgen, von Pflegefachpersonen, Therapeut*innen, sozialen Diensten und Ärzt*innen mit geriatrischer Qualifikation im regelmäßigen Dialog umgesetzt werden und einen Behandlungsplan beinhalten. <b>B</b>
<b>Bezugspersonen?</b>	Die Einbeziehung von Bezugspersonen in das CGA kann die Lebensqualität der Patient*innen und Bezugspersonen erhöhen. <b>EK</b>
<b>Dimensionen?</b>	Mindestens: Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognitive Funktion inkl. Delir, Affekt, Ernährung, Soziale Situation. Weitere u.a.: Sensorik, Dysphagie, Kommunikationsfähigkeit, Inkontinenz, Schmerz, Schlaf, Sucht, Spiritualität, Multimorbidität, Polypharmazie. <b>EK</b>
<b>Dauer?</b>	Mindestens 15 min, um therapierelevante Aussagen treffen zu können. <b>B</b>
<b>Welche Instrumente?</b>	Diese sollten an das Setting und die individuellen Erfordernisse angepasst werden. Hierfür können Dimensions-spezifische S3-Leitlinien oder die S1 Living Guideline Geriatriches Assessment der Stufe 2 zu Rate gezogen werden. Für bestimmte Settings, z. B. die Onkologie, etablieren sich zunehmend Varianten (G-8, PGA, Hurria-CGA). Im Algorithmus werden häufig verwendete Screening-Tools vorgeschlagen.

<b>Notaufnahme</b>	In der Notaufnahme <u> sollte </u> ein multidimensionales Screening durchgeführt werden, um ältere Patient*innen mit besonderem Untersuchungs- und Behandlungsbedarf zu identifizieren und daraus die Durchführung eines CGA im weiteren Verlauf (ambulant/stationär) abzuleiten. <b>EK</b>
<b>Onkologie</b>	Patient*innen ≥ 65 Jahre mit einem G8-Score ≤ 14 Punkte, geriatrische Patient*innen sowie alle Patient*innen ≥ 70 Jahre <u> sollten </u> ein CGA vor Einleitung einer systemischen Krebstherapie erhalten, um das Risiko von Therapie-assoziiertem Toxizität CTCAE Grad 3 oder höher zu reduzieren. <b>B</b>
<b>Orthogeriatric</b>	Bei im Screening als geriatrisch identifizierten Patient*innen mit hüftgelenknahen Frakturen <u> sollte </u> ein CGA durchgeführt werden, da eine CGA-adaptierte Behandlung die Institutionaliserungsrate reduzieren, die Funktionsfähigkeit erhalten und die Komplikationsrate inklusive des Auftretens von Delir reduzieren kann. <b>B</b>
<b>Allgemein- und Viszeralchirurgie</b>	Die Indikationsstellung für einen chirurgischen Eingriff bei und die Operabilität von geriatrischen Patient*innen <u> sollten </u> nicht anhand des chronologischen Alters, sondern anhand des individuellen Risikos für perioperative Komplikationen festgelegt werden, dessen Einschätzung durch einen Screening-CGA-Algorithmus erfolgt. <b>EK</b>
<b>Akutgeriatrie</b>	Im akutgeriatrischen Setting <u> soll </u> die Durchführung eines Umfassenden Geriatrichen Assessments (CGA) erfolgen, das alle therapierelevanten Dimensionen beinhaltet, um relevante gesundheitsbezogene Endpunkte (Leben zuhause, Risiko für Institutionalisierung, Aktivitäten des täglichen Lebens) zu verbessern. <b>A</b>

**A** Empfehlungsgrad A   **B** Empfehlungsgrad B   **EK** Expert\*innenkonsens



**Versionsnummer:** 1.1  
**Erstveröffentlichung:** 05/2024  
**Nächste Überprüfung geplant:** 05/2029

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**

Autorisiert für elektronische Publikation: AWMF online