

AWMF-Register Nr.:	084-003	Klasse:	S3	Version:	1.1
---------------------------	----------------	----------------	-----------	-----------------	------------

Implementierungs-Manual

Umfassendes Geriatrisches 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. (DGAI)
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)

Inhaltsverzeichnis

Barrieren und förderliche Faktoren für die Implementierung.....	3
Personelle und zeitliche Ressourcen.....	3
Kosten	3
Gerechtigkeit und Akzeptanz	3
Hilfsmaterial und Tools	5
Behandlungsalgorithmen.....	5
Abbildung 1: Screening-CGA-Algorithmus als kombinierter Flow-Chart.....	5
Hinweise zum Screening-CGA-Algorithmus als kombinierter Flow-Chart.....	6
Abbildung 2: Screening-CGA-Algorithmus für die Onkologie.....	8
Abbildung 3: Screening-CGA-Algorithmus für die Notaufnahme	9
Abbildung 4: Screening-CGA-Algorithmus für die Orthogeriatric.....	10
Abbildung 5: Screening-CGA-Algorithmus für die Allgemein- und Viszeralchirurgie	11
Checklisten.....	12
Tabelle 1: Checkliste für die Durchführung eines CGA.....	12
Kurzversionen	13
Monitoring und Auditing der Leitlinie	16
Gültigkeitszeitraum und Updates	16
Verteilungsplan.....	17
Veröffentlichungen	17
Vorträge	17
Regionale Anpassung für Österreich und die Schweiz	17
Literaturverzeichnis	18

Barrieren und förderliche Faktoren für die Implementierung

Personelle und zeitliche Ressourcen

Die Einführung eines umfassenden geriatrischen Assessments (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) ist eine personalintensive und komplexe Intervention. In allen Settings, insbesondere der Notaufnahme, stellt der Personal- und Zeitmangel eine wesentliche Herausforderung dar [1,2]. Die hohe Arbeitsbelastung und der schnelle Patient*innendurchlauf lassen wenig Spielraum für ein CGA, was dessen Integration erschweren kann.

In der Onkologie liegt der Schlüssel der Implementierung und damit auch eine der Hauptbarrieren in der Integration des CGA in das Tumorboard [3]. Dies könnte auf ein noch nicht verbreitetes Bewusstsein für die Bedeutung eines CGA in der Behandlung onkologischer Patient*innen zurückgeführt werden, aber auch auf strukturelle und o. g. zeitliche Limitationen in der Organisation der Tumorboards.

Die geringsten Barrieren sind in den Settings der Akutgeriatrie und Orthogeriatrie für das CGA zu erwarten. Dies ist auf eine stärkere Ausrichtung dieser Bereiche auf geriatrische Bedürfnisse und eine etablierte Alltagspraxis zurückzuführen, auch im Rahmen struktureller, gesetzlicher Vorgaben. Dennoch verhindern auch hier die zeitlichen Ressourcen oft eine konsequente Umsetzung hin zu Assessments der Stufen 2a/b, die für eine adäquate Therapiesteuerung notwendig sind [4].

Um den individuellen Gegebenheiten lokaler Strukturen und Settings gerecht zu werden und gleichzeitig die Evidenz zu berücksichtigen, wurden die obligat zu messenden Dimensionen gezielt ausgewählt. Der/die Anwender*in hat die Flexibilität, für das Setting und die individuellen Erfordernisse zusätzlich sinnvolle, fakultative Dimensionen hinzuzufügen. Dabei ist sicherzustellen, dass der diagnostische Teil des CGA mindestens 15 Minuten dauert (Allgemeine Empfehlung 3) und auch die personellen Ressourcen vorhanden sind, um die daraus abgeleiteten Interventionen durchzuführen.

Kosten

Das vorgeschlagene Procedere bindet nicht nur personelle Ressourcen, sondern beinhaltet auch neu hinzukommende Kosten für die stationäre Behandlung. Dies kann zu einem Konflikt zwischen dem gewünschten Therapieziel und den assoziierten Kosten führen. Internationale Studien zeigen jedoch, dass ein CGA zwar anfangs mehr Kosten verursacht, die Gesamtkosten aber innerhalb eines Nachbeobachtungszeitraums von einem Jahr signifikant gesenkt werden können, zumindest in der Gesamtbetrachtung und abhängig von dem betrachteten Gesundheitssystem [5]. Aus Perspektive der Leitliniengruppe spricht dies also nicht gegen eine großflächige Implementierung des CGA, obwohl der initial höhere Kostensatz eine Hürde darstellen kann, für die zwingend neue politische Strukturen geschaffen werden müssen. Dennoch sind auch die Vorgaben dieser Leitlinie bereits grundsätzlich umsetzbar.

Gerechtigkeit und Akzeptanz

Diese S3-Leitlinie stellt einen Fortschritt in der medizinischen Versorgung älterer Patient*innen ≥ 65 Jahre dar. Sie erhöht die Gerechtigkeit, indem sie einen Rahmen schafft, der es ermöglicht, die

spezifischen Bedürfnisse und Präferenzen der Betroffenen besser zu erkennen und zu adressieren. Zudem fördert sie die Akzeptanz, da die zugrunde liegende Evidenz zeigt, dass der Nutzen einen möglichen geringfügigen Schaden deutlich überwiegt. Längerfristig kann die Intervention der Durchführung eines CGA zu Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem führen, indem unnötige Behandlungen vermieden und die Allokation von Ressourcen optimiert werden.

Hilfsmaterial und Tools

Behandlungsalgorithmen

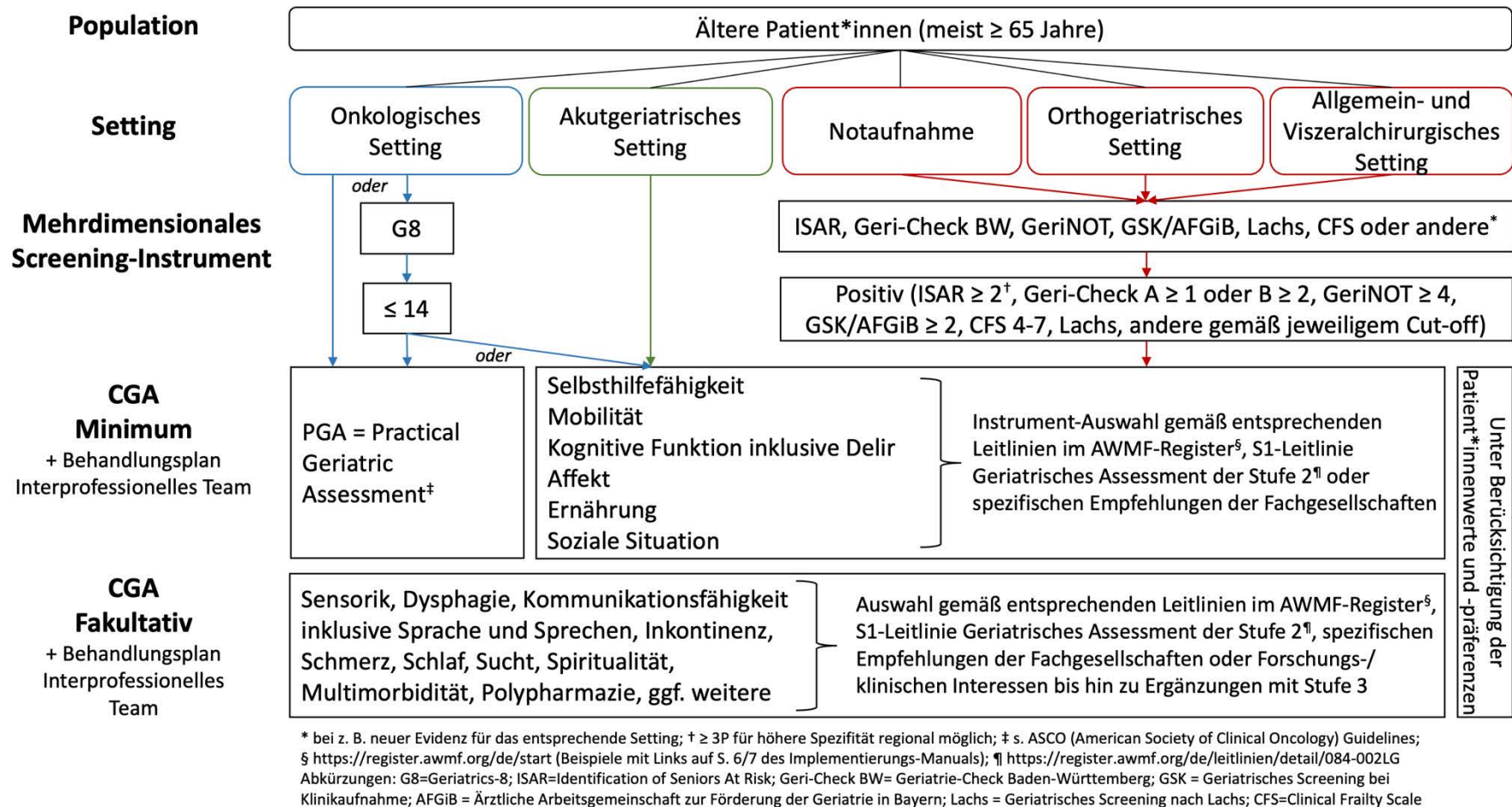


Abbildung 1: Screening-CGA-Algorithmus als kombinierter Flow-Chart

Hinweise zum Screening-CGA-Algorithmus als kombinierter Flow-Chart

Der Algorithmus wird für Settings empfohlen, in denen grundsätzliche Evidenz vorhanden ist und bereits in anderen Arbeiten und Leitlinien Vorschläge gemacht wurden.

Um eine klare Arbeitsanweisung zu ermöglichen, auch vor dem wichtigen Hintergrund der Machbarkeit, wurde eine Altersgrenze von 65 Jahren als Empfehlung vorangestellt.

Im Setting Onkologie wurde das Screening-Instrument G8 (Geriatrics-8) bereits mehrfach untersucht und wird von fachspezifischen Leitlinien empfohlen. Für die Notfallmedizin sowie die Orthogeriatric und die Allgemein- und Viszeralchirurgie werden entsprechend den Empfehlungen der S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment fünf mögliche Screening-Instrumente (ISAR (Identification of Seniors At Risk), Geriatrie-Check Baden-Württemberg, GeriNOT, das Geriatrische Screening bei Klinikaufnahme der AFGiB (Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern), Geriatrisches Screening nach Lachs) sowie die pragmatisch und einfach umsetzbare Clinical Frailty Scale (CFS) genannt. Andere validierte Screening-Instrumente zur Identifizierung geriatrischer Patient*innen können selbstverständlich ebenfalls eingesetzt werden. In der Onkologie (wie in den neuen ASCO Leitlinien vorgeschlagen) kann neben dem G8-Screening auch je nach regionaler Besonderheit und zeitlichen und professionellen Möglichkeiten auf das Screening verzichtet und direkt ein CGA, oder wie konkret von ASCO vorgeschlagen das Practical Geriatric Assessment (PGA) durchgeführt werden. Ebenso muss in einer Akutgeriatrie üblicherweise kein Screening erfolgen, da die Einweisung per se die geriatrische Patientin/den geriatrischen Patienten definiert.

Für die Auswahl geeigneter Assessment-Instrumente zur Durchführung des CGA wird auf folgende mögliche Quellen verwiesen:

- S3-Leitlinien im AWMF-Leitlinienregister, z. B.
 - S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern ab dem 50. Lebensjahr (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/183-001>)
 - S3-Leitlinie Schlaganfall (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/053-011>)
 - S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie) (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-012>)
 - S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-045OL>)
 - S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit einer chronischen lymphatischen Leukämie (CLL) (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/018-032OL>)
 - S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit einem follikulären Lymphom (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/018-033OL>)
 - S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für Patienten mit monoklonaler Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder Multiplem Myelom (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/018-035OL>)

- S3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge für erwachsene Patient*innen mit einem diffusen großzelligen B-Zell-Lymphom und verwandten Entitäten (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/018-038OL>)
- S3-Leitlinie Demenzen (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013>)
- S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/128-001OL>)
- S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Typ-2-Diabetes (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-001>)
- S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Unipolare Depression (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>)
- S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie (NVL) Chronische Herzinsuffizienz (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-006>)
- S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2 (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/084-002LG>)

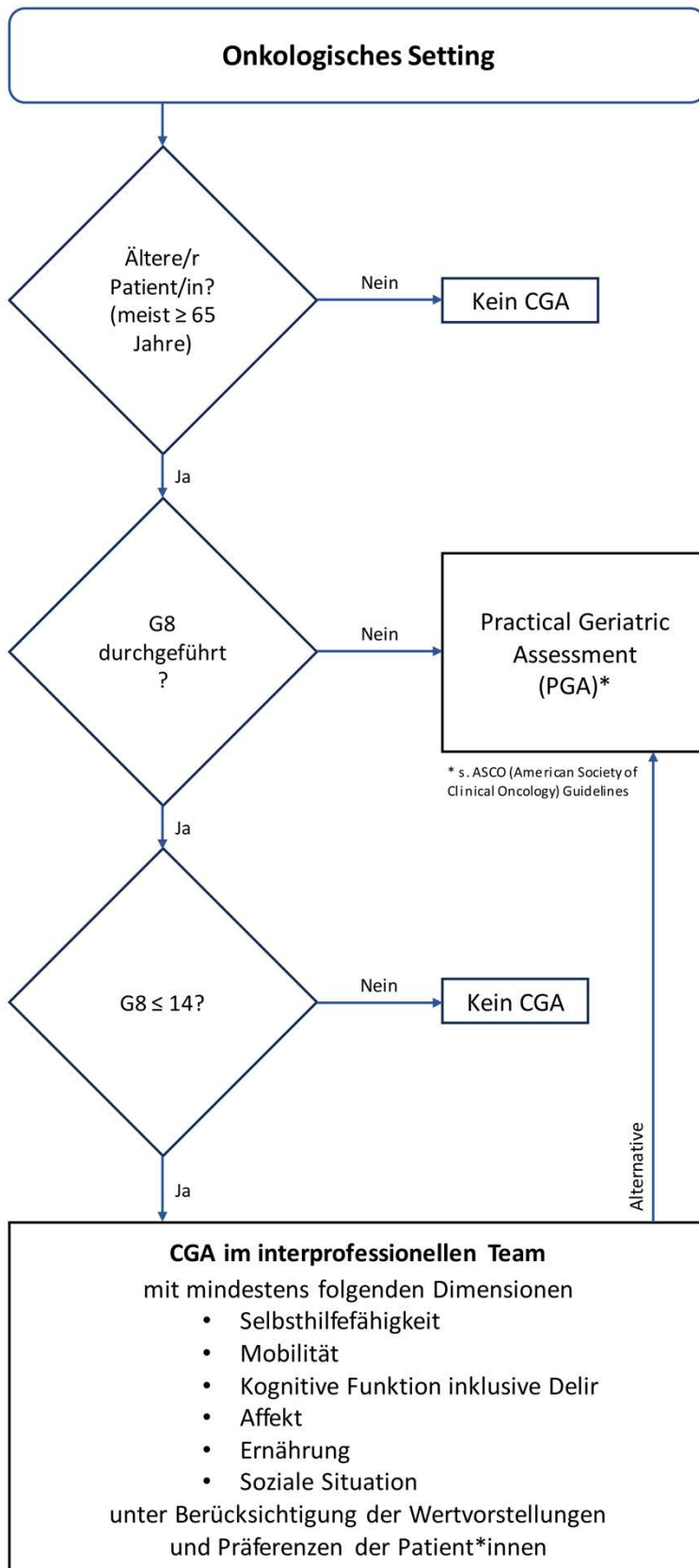


Abbildung 2: Screening-CGA-Algorithmus für die Onkologie

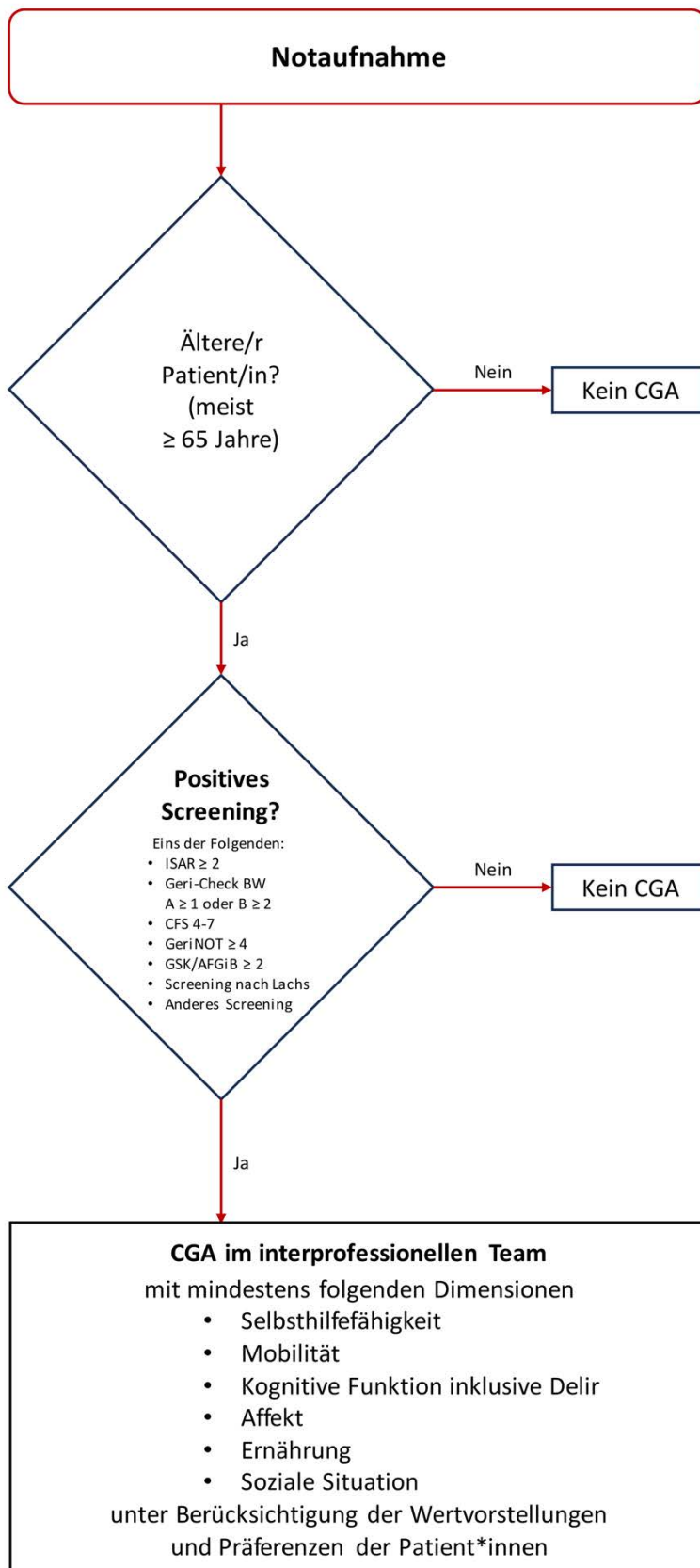


Abbildung 3: Screening-CGA-Algorithmus für die Notaufnahme

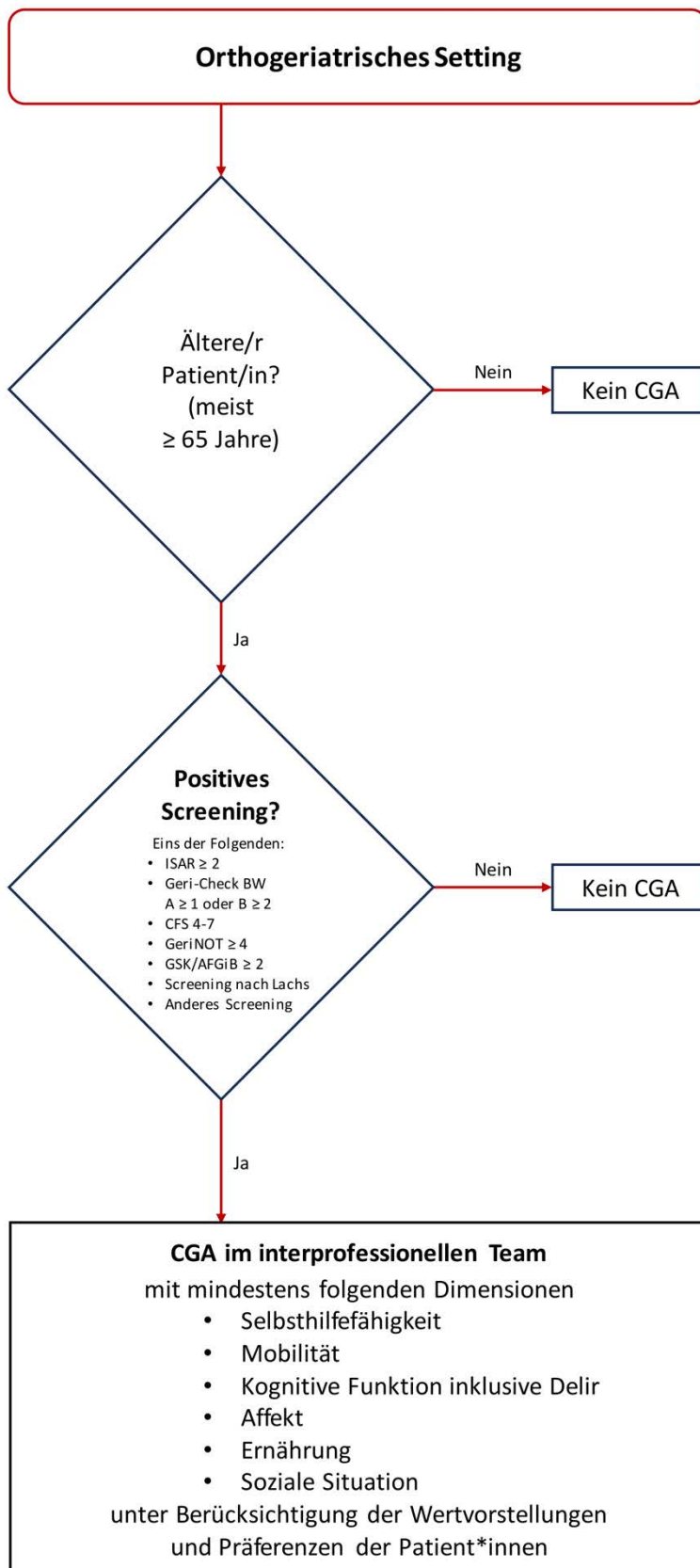


Abbildung 4: Screening-CGA-Algorithmus für die Orthogeriatric

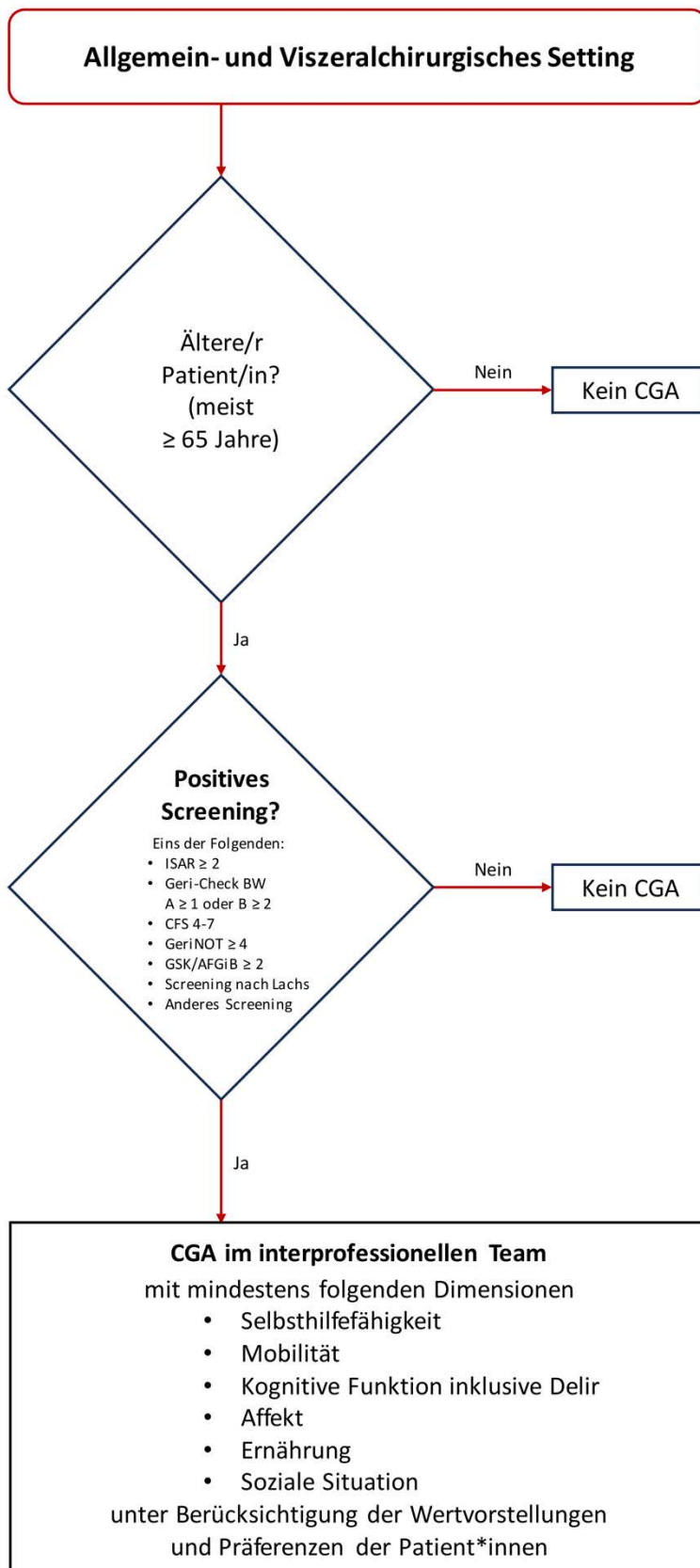


Abbildung 5: Screening-CGA-Algorithmus für die Allgemein- und Viszeralchirurgie

Checklisten

Tabelle 1: Checkliste für die Durchführung eines CGA. Die Tabelle gibt eine Orientierungshilfe dafür, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, um die Implementierung eines CGA in Ihrer Einrichtung zu begleiten. Dabei reicht es nicht, nur den diagnostischen Teil eines CGA abdecken zu können, es müssen auch daraus resultierende Interventionen leistbar sein.

Obligat (Diagnostik und Intervention)	
Dimensionen	Personal als Team
<input type="checkbox"/> Selbsthilfefähigkeit	<input type="checkbox"/> Geriatrie-erfahrene/r Facharzt/-ärztin
<input type="checkbox"/> Mobilität	<input type="checkbox"/> Therapeut*innen (ideal: Physiotherapie und Ergotherapie)
<input type="checkbox"/> Kognitive Funktion inklusive Delir	<input type="checkbox"/> Pflegefachpersonen
<input type="checkbox"/> Affekt	<input type="checkbox"/> Sozialdienst
<input type="checkbox"/> Ernährung	
<input type="checkbox"/> Soziale Situation	
Fakultativ (Diagnostik und Intervention)	
Dimensionen	Personal als Team
<input type="checkbox"/> Sensorik	<input type="checkbox"/> Logopädie
<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Psychologie
<input type="checkbox"/> Kommunikationsfähigkeit inklusive Sprache und Sprechen	<input type="checkbox"/> Krankenhausseelsorge
<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Setting-spezifische/r Facharzt/-ärztin
<input type="checkbox"/> Schmerz	<input type="checkbox"/> Assessment-Nurse zur Unterstützung der Erhebung
<input type="checkbox"/> Schlaf	
<input type="checkbox"/> Sucht	
<input type="checkbox"/> Spiritualität	
<input type="checkbox"/> Multimorbidität	
<input type="checkbox"/> Polypharmazie	
<input type="checkbox"/> weitere	

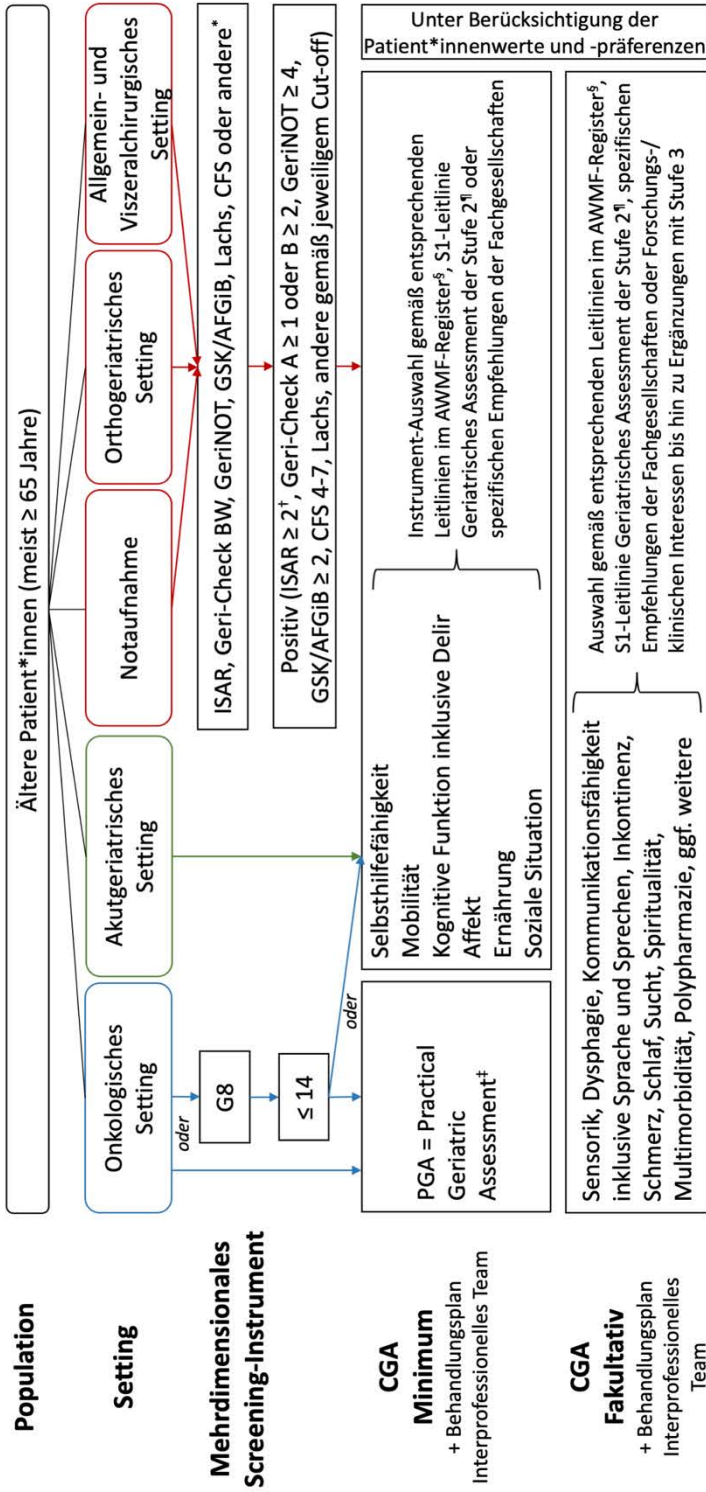
Kurzversionen

Für die S3-Leitlinie „Umfassendes Geriatrisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten“ liegen folgende Kurzversionen vor:

- Digitale Version als Veröffentlichung innerhalb der sog. *MAGICapp*. Es handelt sich dabei um eine interaktive, visuelle aufbereitete Fassung, die sowohl am Smartphone, als auch am Desktop-PC bedient werden kann. Die digitale Version kann unter folgender URL abgerufen werden:

<https://app.magicapp.org/#/guideline/6715>

- Faltblatt zum Ausdrucken (siehe folgende 2 Seiten). Diese Version kann doppelseitig ausgedruckt und in der Mitte gefaltet werden, um ein Faltblatt für das Büro oder die Kitteltasche zu erhalten.



* bei z. B. neuer Evidenz für das entsprechende Setting; † ≥ 3P für höhere Spezifität regional möglich; ‡ s. ASCO (American Society of Clinical Oncology) Guidelines; § <https://register.awmf.org/de/start> (Beispiele mit Links auf S. 6/7 des Implementierungs-Manuals); ¶ <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/084-002LG>
 Abkürzungen: G8=Geriatrics-8; ISAR=Identification of Seniors At Risk; Geri-Check BW= Geriatrie-Check Baden-Württemberg; GSK = Geriatrisches Screening bei Klinikaufnahme; AFGIB = Ärztliche Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Geriatrie in Bayern; Lachs = Geriatrisches Screening nach Lachs; CFS=Clinical Frailty Scale

**Umfassendes Geriatrisches 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. (DGAI)
- 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)

Warum? CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) reduziert u. a. die Mortalität und Institutionaliserungsrate. Hauptziel ist die Verbesserung der Versorgung geriatrischer Patient*innen in allen Sektoren.

Was ist ein CGA? 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. **EK**

Immer ab ≥ 65 Jahren CGA? Ein CGA soll bei als geriatrisch definierten oder positiv gescreenten Patient*innen durchgeführt werden. **EK**

Wie durchführen? Das CGA sollte 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**

Bezugspersonen? Die Einbeziehung von Bezugspersonen in das CGA kann die Lebensqualität der Patient*innen und Bezugspersonen erhöhen. **EK**

Dimensionen? Mindestens: Selbsthilfefähigkeit, Mobilität, Kognitive Funktion inkl. Delir, Affekt, Ernährung, Soziale Situation. Weitere u.a.: Sensorik, Dysphagie, Kommunikationsfähigkeit, Inkontinenz, Schmerz, Schlaf, Sucht, Spiritualität, Multimorbidität, Polypharmazie. **EK**

Dauer? Mindestens 15 min, um therapierelevante Aussagen treffen zu können. **B**

Welche Instrumente? Diese sollten an das Setting und die individuellen Erfordernisse angepasst werden. Hierfür können Dimensions-spezifische S3-Leitlinien oder die S1 Living Guideline Geriatrisches 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.

Notaufnahme

In der Notaufnahme sollte 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. **EK**

Onkologie

Patient*innen ≥ 65 Jahre mit einem G8-Score ≤ 14 Punkte, geriatrische Patient*innen sowie alle Patient*innen ≥ 70 Jahre sollten ein CGA vor Einleitung einer systemischen Krebstherapie erhalten, um das Risiko von Therapie-assoziiertes Toxizität CTCAE Grad 3 oder höher zu reduzieren. **B**

Orthogeriatric

Bei im Screening als geriatrisch identifizierten Patient*innen mit hüftgelenknahen Frakturen sollte 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**

Allgemein- und Viszeralchirurgie

Die Indikationsstellung für einen chirurgischen Eingriff bei und die Operabilität von geriatrischen Patient*innen sollten nicht anhand des chronologischen Alters, sondern anhand des individuellen Risikos für perioperative Komplikationen festgelegt werden, dessen Einschätzung durch einen Screening-CGA-Algorithmus erfolgt. **EK**

Akutgeriatric

Im akutgeriatrischen Setting soll die Durchführung eines umfassenden geriatrischen Assessments (CGA) erfolgen, das alle therapierelevanten Dimensionen beinhaltet, um relevante gesundheitsbezogene Endpunkte (Leben zuhause, Risiko für Institutionalisierung, Aktivitäten des täglichen Lebens) zu verbessern. **A**

A Empfehlungsgrad A

B Empfehlungsgrad B

EK Expert*innenkonsens

Monitoring und Auditing der Leitlinie

Die Leitliniengruppe empfiehlt, Empfehlungen und Statements des Empfehlungsgrads A als Standard für ein CGA anzusehen. Empfehlungen der Kategorie B können als zusätzliche Qualitätsindikatoren für ein CGA genutzt werden, während Empfehlungen der Kategorie 0 als Anregungen dienen. Alle Empfehlungen und Statements wurden so formuliert, dass die Therapieziele klar benannt sind. Daher ist es zunächst ausreichend, diese Therapieziele zu überwachen, um die Einhaltung der Leitlinien zu unterstützen oder ein entsprechendes Programm zu auditieren. Im Folgenden werden alle kritischen Therapieziele aufgeführt:

- Institutionaliserungsrate, Veränderung der Versorgungsebene
- Pflegegrad, bzw. Einschätzung der Pflegebedürftigkeit
- Funktionalitätsassessment, Selbsthilfefähigkeit
- Lebensqualität
- Mortalität
- PROMs (Patients reported outcome measures)
- PREMs (Patients reported experience measures)
- Zufriedenheit der einzelnen Akteure (Patient*innen, Angehörige, Hausärzt*innen)
- "Caregiver burden" / Belastung der Pflegenden / Angehörigen
- Entlassmanagement / Continuity of Care
- Rehospitalisierung, Wiedervorstellung in Notaufnahme
- Optimierung / Reduktion der Kosten; Wirtschaftlichkeit
- Traumata (Stürze, Frakturen, Liegetraumata)
- Medikationsfehler / Potenziell inadäquate Medikation (PIM)
- Delir, kognitive Verschlechterung, postoperative kognitive Störung (POCD)
- Prognose bzw. Therapieentscheidung (z.B. Palliation)

Gültigkeitszeitraum und Updates

Die vorliegende S3-Leitlinie ist ab dem 21.05.2024 voraussichtlich für 5 Jahre bis zum 20.05.2029 gültig. Zu diesem Zeitpunkt wird gemäß den offiziellen Vorgaben der AWMF die erste Aktualisierung stattfinden. Eine regelmäßige Aktualisierung auch im weiteren Verlauf ist vorgesehen. Hierzu wird die systematische Literaturrecherche in 5-Jahres-Abständen wiederholt und die neu verfügbare Evidenz extrahiert. Es erfolgen entsprechende Ergänzungen und Anpassungen der Leitlinie. Bei Anhaltspunkten für wesentliche Änderungen oder neue Erkenntnisse vor Ablauf der Gültigkeitsdauer kann dieser

Zeitraum verkürzt werden. Vor jeder Aktualisierung wird ein Treffen mit den Mandatstragenden aller beteiligten Fachgesellschaften stattfinden, welches im Hybrid-Format durchgeführt wird, so dass sowohl eine Teilnahme in Präsenz als auch eine Online-Teilnahme möglich sind. Dieser Prozess dient der Sicherstellung der Aktualität und Relevanz dieser S3-Leitlinie. Für weitere Details wird auf das AWMF-Regelwerk [6] verwiesen.

Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess sind ausdrücklich erwünscht und können jederzeit an die Leitlinienkoordination gesendet werden.

Verteilungsplan

Veröffentlichungen

Die Leitlinie wird auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie aufgelistet und mit der offiziellen Website der AWMF verlinkt. Zur erfolgreichen Verbreitung der Leitlinie wurde eine Reihe von Ansätzen und Materialien entwickelt, die auf verschiedene Zielgruppen zugeschnitten sind. Dazu gehören das vorliegende Implementierungs-Manual, inklusive einer Kitteltaschen-Version für den schnellen Zugriff im klinischen Alltag, und eine interaktive Oberfläche über die MAGICapp. Es soll ein Umbrella-Review mit den relevantesten Ergebnissen der dem gesamten Leitlinienprojekt zugrundeliegenden Evidenz separat in einem internationalen Fachjournal veröffentlicht werden. Zusätzlich ist die Veröffentlichung einer englischsprachigen Kurzversion in einem internationalen Fachjournal geplant.

Vorträge

Die Leitlinie wird auf einer Vielzahl von Kongressen, Tagungen und Veranstaltungen vorgestellt. Um eine breite Zielgruppe zu erreichen, werden diese Präsentationen nicht nur auf medizinischen Fachveranstaltungen, sondern auch auf Events für alle Stakeholder, einschließlich Politiker*innen, Gesundheitsbehörden und Patient*innen, durchgeführt. Besonderer Wert wird dabei auf eine laienverständliche überarbeitete Version gelegt, zur Vermittlung der Inhalte für ein breites Publikum. Die Leitlinie wird in Sitzungen verschiedener medizinischer Fachgesellschaften vorgestellt. Dadurch werden eine breitere Akzeptanz und Anwendung in der medizinischen Gemeinschaft angestrebt.

Regionale Anpassung für Österreich und die Schweiz

Um die Leitlinie auch im österreichischen und schweizerischen Kontext anwendbar zu machen, werden spezifische Anpassungen vorgenommen und in einem gesonderten Abschnitt dokumentiert. Diese regionalen Anpassungen berücksichtigen lokale Gesundheitssystemstrukturen und stellen sicher, dass die Leitlinie in diesen Ländern ebenso implementiert werden kann.

Literaturverzeichnis

- [1] Pin M, Huefner A, Dormann H, et al. Notfallkrankenhäuser: Massive Belastungssituationen. Verfügbar: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/226439/Notfallkrankenhaeuser-Massive-Belastungssituationen> (Zugriff am 14.01.2024). Dtsch Arztebl 2022; 119: A 1392-3
- [2] Kern M, Buia A, Tonus C, et al. Psychische Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden von Chirurgen in Deutschland: Eine Querschnittsstudie. Chir 2019; 90: 576–584. doi:10.1007/s00104-018-0780-5
- [3] Lane HP, McLachlan S, Philip JAM. ‘Pretty fit and healthy’: The discussion of older people in cancer multidisciplinary meetings. J Geriatr Oncol 2019; 10: 84–88. doi:10.1016/j.jgo.2018.06.001
- [4] Krupp S für die AG Assessment der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline, Version 11.01.2024, AWMF-Register-Nr. 084-002LG.
- [5] Eamer G, Saravana-Bawan B, van der Westhuizen B, et al. Economic evaluations of comprehensive geriatric assessment in surgical patients: a systematic review. J Surg Res 2017; 218: 9–17. doi:10.1016/j.jss.2017.03.041
- [6] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) - Ständige Kommission Leitlinien. AWMF-Regelwerk „Leitlinien“. Auflage 2.1 2023. Verfügbar: <https://www.awmf.org/regelwerk/> (Zugriff am 12.11.2023).

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