

Das geriatrische Assessment

Die funktionellen Fähigkeiten des Patienten bzw. ihre Störungen müssen möglichst komplett und vergleichbar diagnostiziert werden. Die Komplexität menschlicher Funktion kann allerdings nicht von einer Berufsgruppe allein erfaßt werden. Erst die Beurteilung durch ausgebildete Spezialisten im ärztlichen, pflegerischen, therapeutischen und sozialen Bereich sichert eine qualitativ hochwertige Diagnose. Instrument für diese Art der Diagnostik ist das geriatrische Assessment.

Geriatrisches Assessment

- ⇒ Multidimensionaler, oft interdisziplinärer diagnostischer Prozeß,
- ⇒ der medizinische, psychosoziale und funktionelle Fähigkeiten und Probleme älterer Menschen quantifiziert
- ⇒ und als Resultat die Aufstellung eines ganzheitlichen Therapie- und Nachbetreuungsplanes ermöglicht.

Um diesen Anforderungen zu genügen, müssen möglichst alle Lebensumstände des Patienten erfaßt werden.

Neben dem ADL - Status, also den Fähigkeiten des Patienten im täglichen Leben müssen auch der ökonomische Status und die Wohnverhältnisse berücksichtigt werden. Die Befindlichkeiten dürfen weder gering geachtet, noch gar übersehen werden, ist doch die Verbesserung der Lebensqualität des älteren Patienten eines der Hauptziele der Geriatrie.

Das multidimensionale Assessment erfaßt

- ⇒ Medizinische Daten
- ⇒ Körperliches Befinden
- ⇒ Psychisches Befinden
- ⇒ Soziales Befinden
- ⇒ den ADL-Status
- ⇒ den Ökonomischen Status
- ⇒ die Wohnverhältnisse

Ziele des geriatrischen Assessments

- ⇒ Aufdecken von Funktionsdefiziten
- ⇒ gezielte Rehaplanung
- ⇒ rationeller Einsatz ambulanter Dienste
- ⇒ optimale Platzierung in der geriatrischen Versorgungskette
- ⇒ objektivierbare Verlaufskontrolle

Die dargestellten Assessmentverfahren sind in geriatrischen Einrichtungen verbreitet. Sie sind einfach durchzuführen und geben Aufschluß über bedrohende Konstellationen.

Erhebungsbogen Geriatrisches Screening

Problem	Untersuchung	Pathologisches Resultat	
1. Sehen	<ul style="list-style-type: none"> - Fingerzahl mit Brille in 2 m Entfernung erkennen - Nahvisus oder Lesen einer Überschrift - Frage: Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert? 	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder die Frage mit JA beantwortet	<input type="checkbox"/>
2. Hören	<p>Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird:</p> <p>6 1 9 - linkes Ohr 2 7 3 - rechtes Ohr</p>	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt	<input type="checkbox"/>
3. Arme	<p>Bitten Sie den Patienten:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. beide Hände hinter den Kopf zu legen und 2. einen Kugelschreiber von Tisch/Bettdecke aufzuheben 	Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst	<input type="checkbox"/>
4. Beine	Bitten Sie den Patienten: aufzustehen, einige Schritte zu gehen und sich wieder zu setzen	Patient ist nicht in der Lage, eine dieser Tätigkeiten selbständig auszuführen	<input type="checkbox"/>
5. Blasenkontinenz	Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?	Antwort des Patienten: JA	<input type="checkbox"/>
6. Stuhlkontinenz	Frage: Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?	Antwort des Patienten: JA	<input type="checkbox"/>
7. Ernährung	Schätzen Sie das Patientengewicht	Nicht normalgewichtig (untergewichtig?)	<input type="checkbox"/>
8a. Kognitiver Status	<p>Nennen Sie dem Patienten die folgenden Begriffe, und bitten Sie ihn, sie sich zu merken:</p> <p style="padding-left: 40px;">Apfel – Pfennig – Tisch</p> <p>Bitten Sie den Patienten, die</p>		

	Begriffe zu wiederholen.		
9. Aktivität	Fragen Sie den Patienten: - Können Sie sich selbst anziehen? - Können Sie mindestens eine Treppe steigen? - Können Sie selbst einkaufen gehen?	Eine oder mehr Frage(n) mit NEIN beantwortet	<input type="checkbox"/>
10. Depression	Fragen Sie den Patienten: Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?	Bei Antwort JA oder ggf. Eindruck des Arztes	<input type="checkbox"/>
8b. Kognitiver Status	Fragen Sie die Begriffe aus 8a ab: Apfel – Pfennig – Tisch	Einen oder mehrere Begriffe vergessen	<input type="checkbox"/>
11. Soziale Unterstützung	Frage: Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?	Bei Antwort des Patienten: NEIN	<input type="checkbox"/>
12. Allgemeine Risikofaktoren	Frage: Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?	vor weniger als drei Monaten (ungeplant)	<input type="checkbox"/>
13. Allgemeine Risikofaktoren	Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?	Antwort: JA	<input type="checkbox"/>
14. Allgemeine Risikofaktoren	Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?	Antwort: JA	<input type="checkbox"/>
15. Allgemeine Risikofaktoren	Leiden Sie häufig unter Schmerzen?	Antwort: JA	<input type="checkbox"/>

Kommentar zum Interview:

Akuter Verwirrheitszustand: _____ Aphasie: _____ Verweigerung: _____

Andere:

Bemerkungen:

Timed Up and Go – Test (TUG)

Patient:
Name Vorname
.....
Geb.-Datum Station

Der TUG wird durchgeführt, um die Mobilität der Patienten validiert zu überprüfen. Er kann eine Gefährdung der Mobilität ausschließen und erkennen. Der Test ist wiederholungsfähig.

Durchführung:

Kommando: - Los - Stoppuhr starten

Patient steht vom Stuhl auf	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nicht
Patient geht 3 Meter	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nicht
Patient dreht sich um	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nicht
Patient geht 3 Meter zurück	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> nicht
Patient setzt sich wieder hin	<input type="checkbox"/> sicher	<input type="checkbox"/> unsicher	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	

Patient sitzt sicher: Stoppuhr - Stop

benötigte Zeit: Sek.

Datum

Unterschrift (Therapeut)

Benötigte Zeit: unter 10 Sek.: ungefährdete Mobilität
11 bis 29 Sek.: Beeinträchtigung der Mobilität

über 30 Sek.: erhebliche Gefährdung der Mobilität und der Selbständigkeit des Patienten

Mini Mental State (Folstein)

max. Punkte	<u>Parameter</u>
5	1. Orientierung Welches Jahr, Jahreszeit, Monat, Wochentag, Datum von heute?
5	Wo sind wir? (Land, Bundesland, Ort, Praxis/Klinik, Arztname)
3	2. Aufnahmefähigkeit Nachsprechen (Drei Worte: Zitrone/Schlüssel/Ball) Ein Wort pro Sekunde
5	3. Aufmerksamkeit und Rechnen von 100 jeweils 7 subtrahieren (93/86/79/72/65) Jede richtige Antwort: Ein Punkt; nach fünf Antworten aufhören
3	4. Gedächtnis Frage nach den oben nachgesprochenen Worten (/ /) pro Wort ein Punkt
1 1 1	5. Sprache Benennen: Was ist das? (Bleistift) Was ist das? (Uhr) Nachsprechen: „Wie Du mir, so ich Dir.“
3	6. Ausführen eines dreiteiligen Befehls „Nehmen Sie das Blatt in die rechte Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden“ (Jeder Teil ein Punkt)
1	7. Lesen und Ausführen (auf separatem Blatt vorbereiten) „Schließen Sie Ihre Augen.“ (nur für beides)
1	8. Schreiben Einen x-beliebigen Satz schreiben lassen (nicht diktieren/muß spontan geschrieben werden)
1	9. Kopieren (konstruktive Praxis) Sich überschneidende fünfeckige Figur nachzeichnen lassen (Extrablatt vorlegen)
Auswertung:	30 bis 23 Punkte: leichte kognitive Einschränkung oder isolierte Leistungsminderung 22 bis 16 Punkte: dringender Verdacht auf Demenz < 15 Punkte: manifeste Demenz oder nicht testbar, z. B. wegen Aphasie

Reisbergskala zum Assessment
der Alzheimer-Demenz

<u>Klasse</u>	<u>Leitsymptome</u>	Schwere grad	soz.-med. Konsequenz
I	keine Symptome	normales Altern	Aktivierung
II	Vergesslichkeit	normales Altern	Aktivierung, beruhigendes Gespräch
III	Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft (z.B. Reisen an neuen Ort)	leicht	Taktischer Rückzug aus überfordernden Aufgaben
IV	benötigt Hilfe bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z.B. Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen)	leicht	überwachte Selbständigkeit, Finanzüberwachung
V	benötigt Hilfe bei Wahl der Kleidung und beim Entscheid zum Baden	mittel- schwer	organisierter Tagesablauf, Teilzeithilfe, Tagesklinik, Umgebungsmaßnahmen
VI a b c d e	Hilfe beim Ankleiden Hilfe beim Baden Hilfe bei Toilette Urininkontinenz Stuhlinkontinenz	schwer	ganztägige Hilfe und Betreuung oder Pflegeheim (Hilfe an Betreuer)
VII a b c d e f	Sprechvermögen 6 Worte kann nicht mehr sprechen kann nicht mehr gehen kann nicht mehr sitzen kann nicht mehr lachen kann Kopf nicht mehr halten	sehr schwer	Langzeitpflege

modifizierte, verkürzte Fassung nach B. Reisberg, 1986

Geriatric Depression Scale (GDS)

(Sheikh und Vesavage, 1986)

		Ja	Nein
1.	Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
4.	Ist Ihnen oft langweilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
5.	Sind Sie meistens guter Laune?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
7.	Sind Sie meistens zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
9.	Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
10.	Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
11.	Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind eher wertlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
13.	Fühlen Sie sich energiegeladener?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
15.	Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>

Total GDS

Gezählt wird die Anzahl der Kreuze in .
Das Maximum beträgt somit 15 Punkte.

- 0 - 5 Punkte: normal
- 5 - 10 Punkte: leichte und mäßige Depression
- 11 - 15 Punkte: schwere Depression

Erhebungsbogen Barthel Index (BI)	Punkte	Erst-befund	Zwischen-befund	End-befund
Essen				
■ Unabhängig, ißt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10			
■ Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	5			
■ Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0			
Bett / (Roll-) Stuhltransfer				
■ Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15			

■ Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	10			
■ Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbständig	5			
■ Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0			
Waschen				
■ Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen; Kämmen, Zähnpflege	5			
■ Nicht selbständig bei o.a. Tätigkeit	0			
Toilettenbenutzung				
■ Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10			
■ Benötigt Hilfe, z.B. wg. Unzureichendem Gleichgewicht oder Kleidung/Reinigung	5			
■ Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0			
Baden				
■ Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5			
■ Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	0			
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren				
■ Unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen	15			
■ Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m gehen	10			
■ Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren, Strecke mindestens 50m	5			
■ Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0			
Treppensteigen				
■ Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10			
■ Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5			
■ Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0			
An- und Auskleiden				
■ Unabhängig beim An- u. Auskleiden (ggf. auch Korsett)	10			
■ Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst	5			
■ Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0			
Stuhlkontrolle				
■ Ständig kontinent	10			
■ Gelegentlich inkontinent, maximal 1x/Woche	5			
■ Häufiger/ständig inkontinent	0			
Urinkontrolle				
■ Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix	10			
■ Gelegentlich inkontinent, max. 1x/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5			
■ Häufiger / ständig inkontinent	0			
Summe:				

Die Verfahren müssen nicht zwingend vom Arzt durchgeführt werden. Auch die Helferinnen in der Praxis lassen sich rasch unterweisen. Das geriatrische Assessment wird so zum Zeit- und kostensparenden Instrumentarium zur Beurteilung älterer Patienten.

Das geriatrische Assessment in der hausärztlichen Praxis

TEST

<i>Durchführung</i>	<i>Benötigte Zeit</i>
Geriatrisches Screening Arzt 5 - nach Lachs	10 Min
Barthel-Index Helferin 10	Min
TUG Helferin 5	Min
MMS Helferin - 15	Min 10
Haschinski – Skala Arzt	5 Min
Clock – Completion – Test Helferin 10	Min
GDS Arzt 10 -	15 Min

Bitte bedenken Sie aber bei aller Vereinfachung: Therapiert werden muss der Patient und nicht ein Testergebnis. Fragen Sie deshalb unbedingt nach der Alltagsrelevanz der erhobenen Befunde.