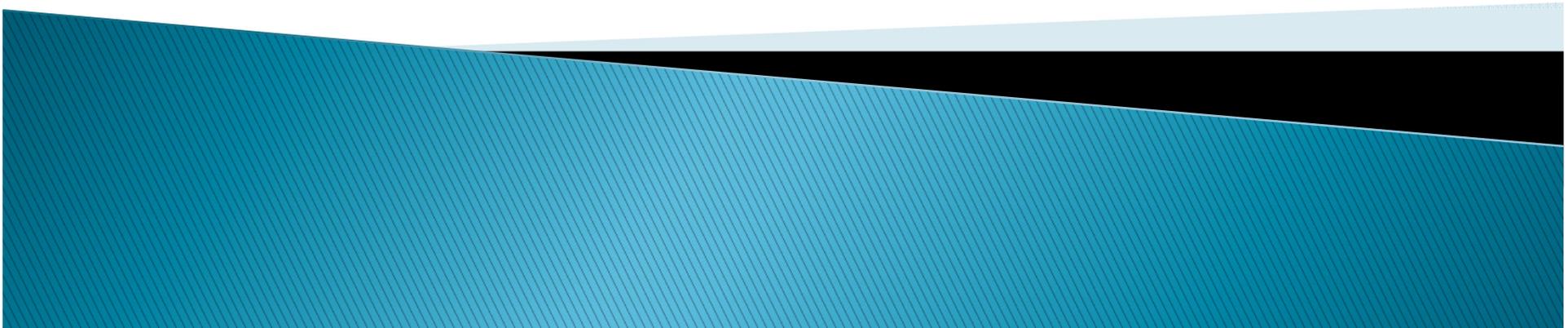
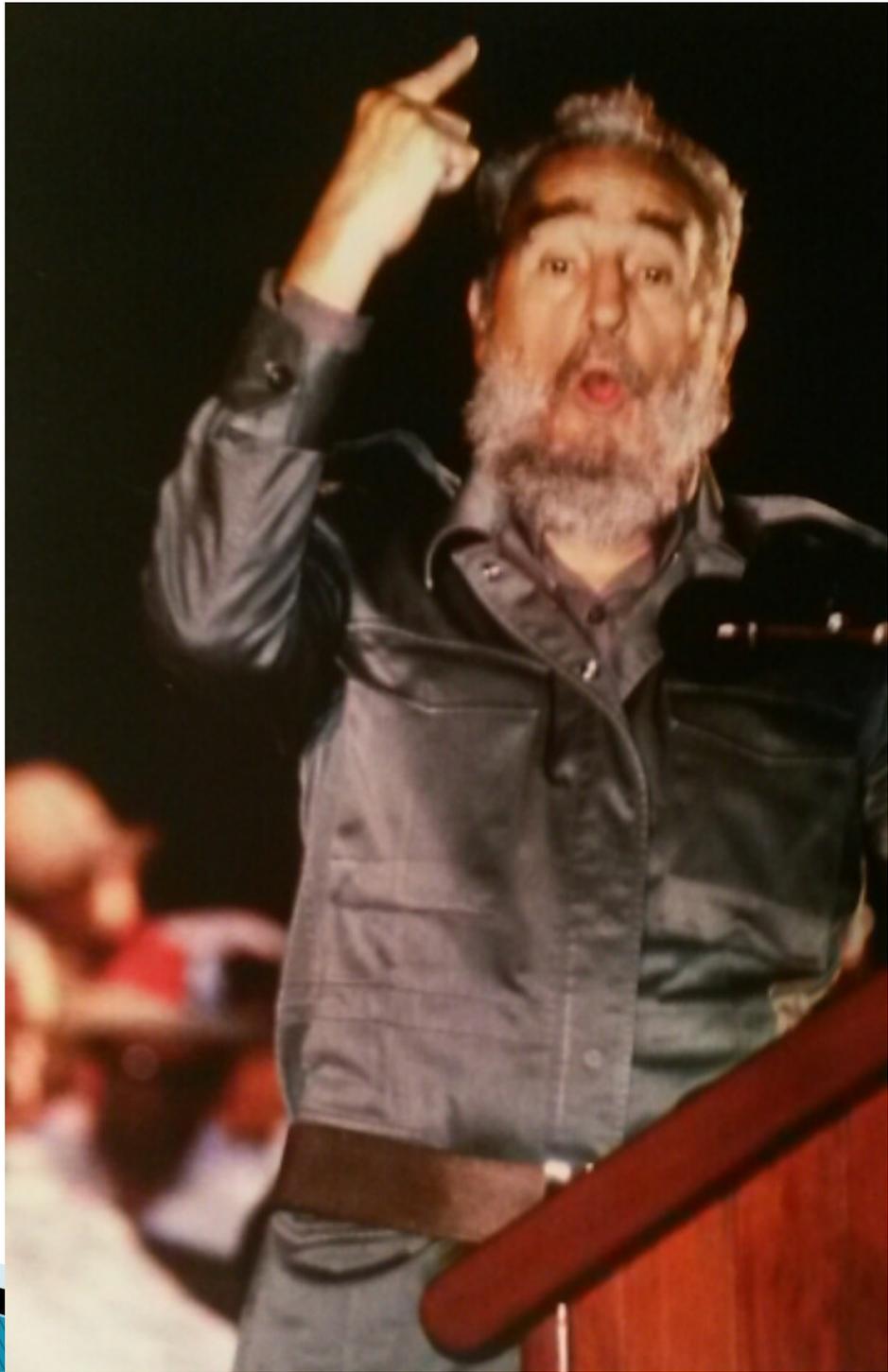


Geriatrische Assessments im Klinikalltag einer Geriatrischen Abteilung

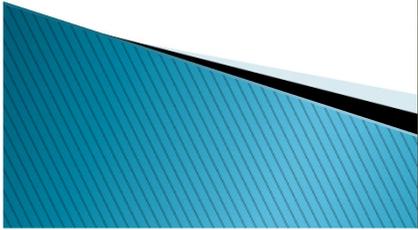
Dr. Meinolf Hanxleden

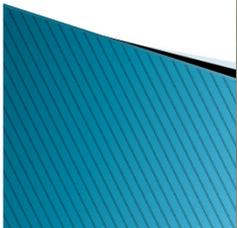
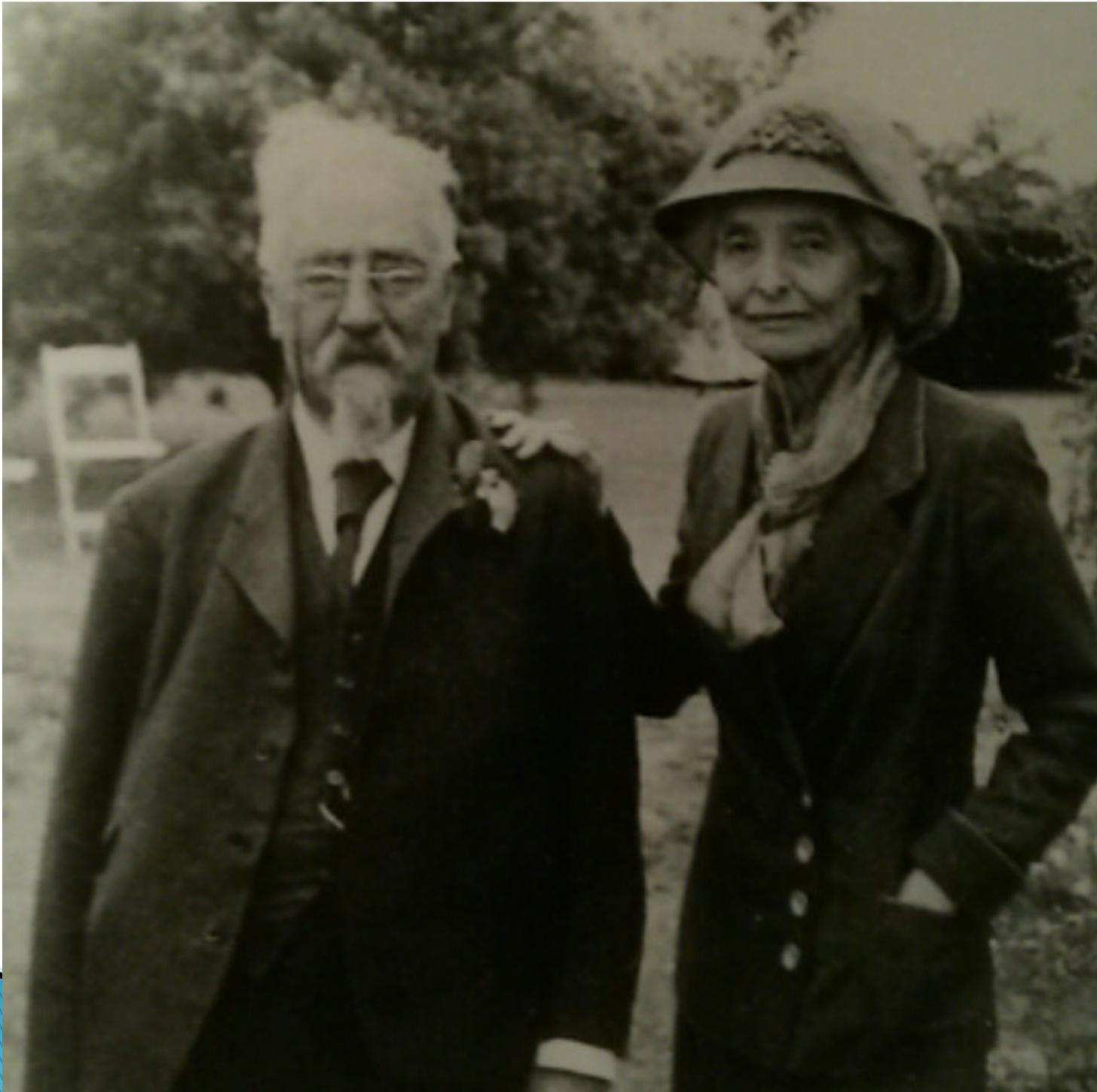
3. EVR-Forum 2015
18. März 2015, Bochum















Sie fahren
zu schnell!

Ich muss ja
ankommen,
bevor ich vergesse,
wohin ich fahren
wollte.



7.6.47

ISAR* Notaufnahme-Screening

Dieser Fragebogen sollte durch das Personal gemeinsam mit dem Patienten (Alter ≥ 70 Jahre) oder seiner Bezugsperson ausgefüllt werden. Das Screening gilt als positiv, wenn 2 oder mehr Punkte erreicht werden.

Bitte jede Frage mit JA oder NEIN beantworten.

Hilfebedarf		
1. Waren Sie vor der Erkrankung oder Verletzung, die Sie in die Klinik geführt hat, auf regelmäßige Hilfe angewiesen?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
Akute Veränderung des Hilfebedarfs		
2. Benötigten Sie in den letzten 24 Stunden mehr Hilfe als zuvor?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
Hospitalisation		
3. Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate für einen oder mehrere Tage im Krankenhaus?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
Sensorische Einschränkung		
4. Haben Sie unter normalen Umständen erhebliche Probleme mit dem Sehen, die nicht mit einer Brille korrigiert werden können?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
Kognitive Einschränkung		
5. Haben Sie ernsthafte Probleme mit dem Gedächtnis?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0
Multimorbidität		
6. Nehmen Sie pro Tag sechs oder mehr verschiedene Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	1 0

SUMME: _____

* nach: Warburton RN et al., Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged ≥ 75 in a community hospital emergency department, Int J Health Care Qual Assur 2004, 17: 339-348

Arbeitsgruppe „Geriatrisches Assessment“ (AGAST)

- Geriatrisches Screening nach Lachs
- Barthel-Index
- Mini-Mental State Examination
- Geriatrische Depressionsskala
- Soziale Situation
- Timed „Up and Go“
- Mobilitätstest „Balance & Gait“
- Clock Completion Test
- Handkraft



Geriatrisches Basisassessment

Unter einem umfassenden Geriatrischen Assessment versteht man einen multidimensionalen und interdisziplinären Prozess mit dem Ziel, die

- medizinischen,
- psychosozialen
- funktionellen Problem–Ressourcen

des Patienten zu erfassen und einen umfangreichen Behandlungs–und Betreuungsplan zu entwickeln.



Geriatrisches Basisassessment

Das standardisierte Geriatrische Assessment bildet die Grundlage für :

- die Therapieplanung
- Therapieüberwachung
- Kontrolle des Therapieerfolges



Geriatrisches Basisassessment

Die Durchführung des Geriatrischen Basisassessment erfolgt nach den Vorgaben der Arbeitsgruppe:

A G A S T
(Geriatrisches Assessment)



Geriatrisches Basisassessment

Aufnahmeassessment:

Innerhalb von vier Tagen nach Aufnahme

Entlassungsassessment:

Innerhalb von vier Tagen vor Entlassung



Geriatrisches Basisassessment

Das Geriatrische Basisassessment umfasst:

- Geriatrisches Screening nach LACHS
- Barthel-Index (Alltagsaktivitäten)
- Timed „Up and Go“ (Mobilität)
- Tinetti-Test (Sturzgefahr)
- Geldzähltest (Selbsthilfefähigkeit)
- Handkraftmessung
- Uhrentest (Kognition)
- Mini- Mental-State (Kognition)
- Depressionsskala
- Sozialstatus nach Nikolaus in mindestens fünf Bereichen (Umfeld, Aktivitäten, Pflegebedarf, Hilfsmittelbedarf, Rechtliches)



Geriatrisches Basisassessment

Evidenz des Geriatrischen Assessments:

- Abnahme der Mortalität in den ersten 6 Monaten
- Vermeidung von Altenheimaufnahmen
- Vermeidung der Rehospitalisierung
- Verbesserung des „Funktionellen Status“

Lit.: T. Nikolaus, Klin. Geriatrie 2000



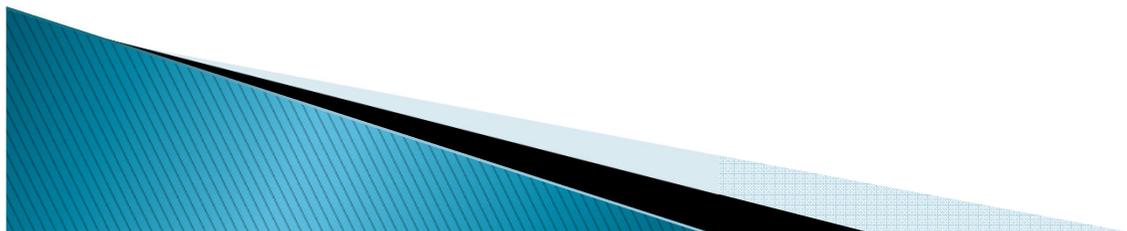
Geriatrisches Basisassessment

Primäres Ziel:

– Gewinnung von Hinweisen

zur weiteren:

- Behandlungsplanung
- Therapieplanung
- Versorgungsplanung



Geriatrisches Basisassessment

Weitere Aspekte:

- Standardisierte Befunderhebung
- Standardisierte Beschreibung des Patientengutes
- Dokumentation
- Interne und externe Therapiekontrolle
- Kriterium für die Zuteilung von medizinischen Leistungen
- Mittel der Qualitätssicherung
- Benchmarking
- Basis für Geriatrische Forschung



Geriatrisches Basisassessment

Erfordernisse Geriatrischer Versorgung:

- Ganzheitliche Betrachtung des Patienten
- Auf Nachhaltigkeit angelegte Versorgung
- Optimale Kommunikation und Kooperation der mit der Versorgung betrauten Institutionen
- Kohärentes und aufeinander abgestimmtes System von Leistungsgesetzen



Geriatrisches Basisassessment

Geriatrisches Prinzip:

Es gilt nur das als erfolgreich, was sich im originären Lebensumfeld des Patienten bewährt.
(Alltags-Relevanz)



Geriatrisches Basisassessment

Die Festlegung von Behandlungszielen
in der Geriatrie

1. Analyse der komplexen Problematik
2. Analyse der Therapieoptionen
3. Dialog mit dem Patienten
4. Festlegung der Therapieziele



Geriatrisches Basisassessment

Dimensionen eines geriatrischen Versorgungssystems

- Kurative Maßnahmen
- Rehabilitative Aktivitäten
- Palliative Medizin
- (Sekundär–)Präventive Maßnahmen
- Integration sozial flankierender Maßnahmen
- Hilfsmittelversorgung
- Wohnraumanpassung
- Konsequente Weiterleitung des Patienten



Geriatrisches Basisassessment

Lebensqualität alter Menschen hängt in hohem Maße von der Selbständigkeit bei den Alltagsaktivitäten (ADL) ab:

- Essen
- Sich Waschen
- An-und Auskleiden
- Toilettenbenutzung und Kontinenz
- Aufstehen und Gehen
- Treppen steigen



Geriatrisches Basisassessment

Krankheit und Alter

-Immobilität	69%
-Stürze	45%
-Kognitive Defizite	80%
-Depression	53%
-Harninkontinenz	66%
-Mangelernährung	42%
-Polypharmakotherapie	45%

Renteln-Kruse W v.; Ebert D (2003)

Diagnosen bei Krankenhausaufnahme in der Geriatrie



Geriatrisches Basisassessment

Geriatrisches Screening nach Lachs

Ziele:

- Schnelle Einschätzung des Patienten
- Ganzheitliche Einschätzung des Patienten

Fragen:

- Bestehen singuläre Probleme?
- Bestehen funktionelle Einschränkungen?

Beurteilung:

- Nur dichotome Antworten ohne Graduierung
- Bei bis zu 40% der Patienten ist ein ausführliches Folge-Assessment erforderlich



PROBLEM	UNTERSUCHUNG	PATHOLOGISCHES RESULTAT	
1. Sehen	-Fingerzahl mit Brille in 2m 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 wird mit JA beantwortet.	<input type="checkbox"/>
2. Hören	Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebenen Ohr, während das andere zugehalten wird: 6 1 9 - linkes Ohr 2 7 3 - rechtes Ohr	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt.	<input type="checkbox"/>
3. Arme	Bitten Sie den Patienten, beide Hände hinter den Kopf zu legen und einen Kugelschreiber vom 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"/>
8.a. Kognitiver Status	Nennen Sie dem Patienten die folgenden Begriffe und bitten Sie ihn, sich zu merken: Zitrone – Schlüssel - Ball Bitten Sie den Patienten, die Begriffe zu wiederholen.		<input type="checkbox"/>
9. Aktivität	Fragen Sie den Patienten: -Können Sie sich selbst anziehen? -Können Sie mindestens eine Treppe steigen? -Können Sie selbst einkaufen gehen?	Eine oder mehrere Frage(n) wird 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"/>
8.b. Kognitiver Status	Fragen Sie die Begriffe aus 8a ab: Zitrone - Schlüssel - Ball	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 3 Monaten	<input type="checkbox"/>
13. Allgemeine Risikofaktoren	Sind Sie in den letzten 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"/>
SUMME pathologische Antworten			<input type="checkbox"/>

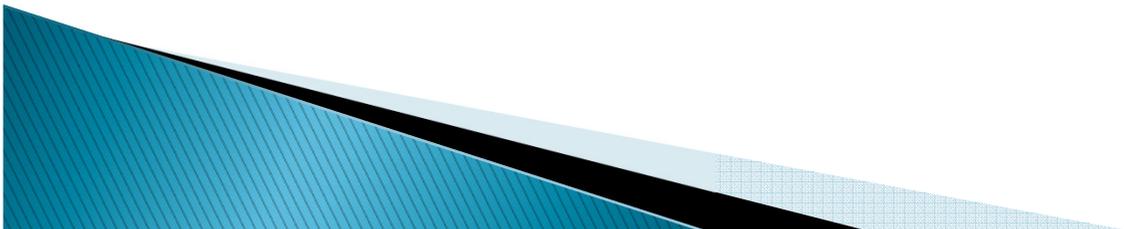


Geriatrisches Basisassessment

Bereich Selbsthilfekompetenz/Autonomie (ADL)

Häufig verwendete Tests:

- Barthel-Index
- FIM (Functional Independence Measure)



Geriatrisches Basisassessment

Barthel-Index:

- Beschreibt Basisaktivitäten des täglichen Lebens
- Angewandt wird das aktualisierte Hamburger Manual
- Erfasst nur die basalen Aktivitäten und keine Selbständigkeit im Alter
- Über 60 Punkte Ceiling-Effekt
- Verbesserungen werden nicht differenziert wahrgenommen
- Potentielle Kompetenzen werden nicht berücksichtigt
- Therapieziele können definiert werden
- Umgebungsfaktoren werden nicht berücksichtigt (z.B. erlaubte Teilbelastung)
- Erweiterte Aktivitäten werden nicht berücksichtigt (z.B. Telefon, PC etc.)



	Mögliche Punkte	Aufnahme	Entlassung
Essen			
Selbständig, wenn das Essen in Reichweite steht	10		
Braucht Unterstützung, z. B. beim Schneiden und Streichen	5		
Total hilfsbedürftig (Füttern, PEG etc.)	0		
Baden/Duschen			
Selbständig	5		
Auf Hilfe angewiesen	0		
Persönliche Toilette (Waschen)			
Selbständig – wäscht Gesicht, putzt Zähne, kämmt und rasiert sich (Bereitstellung der Utensilien durch Hilfspersonal erlaubt)	5		
Braucht Unterstützung	0		
Ankleiden			
Selbständig (inkl. Schuhe anziehen, Knöpfe und Reißverschlüsse bedienen)	10		
Braucht Unterstützung – kleidet sich aber ca. zur Hälfte ohne Hilfe an	5		
Total hilfsbedürftig	0		
Stuhlkontrolle			
Kontinent	10		
Kontinent mit höchstens einem „Zwischenfall“ pro Woche	5		
Inkontinent (Oder Stuhlmittel wird durch Drittperson verabreicht)	0		
Urinkontrolle			
Kontinent über mehr als sieben Tage	10		
Teilweise inkontinent (höchstens einem „Zwischenfall“ in 24 Stunden)	5		
Inkontinent oder Katheter, welchen der Patient nicht selbst bedienen kann	0		
Toilettenbenutzung			
Selbständig (Gehen, Hinsetzen, Aufstehen, Kleider und Papier haben)	10		
Braucht Unterstützung, aber kann gewisse Dinge selbständig	5		
Total hilfsbedürftig	0		
Transfer Selbständig			
Minimale physische oder verbale Assistenz	15		
Kann sitzen, braucht Hilfe von 1–2 Personen für den Transfer	10		
Bettlägerig, keine Sitzbalance	5		
Mobilität			
Selbständig – auch mit Gehhilfe jeder Art	15		
Geht mit Unterstützung von einer Person (verbal oder physisch)	10		
Selbständig mit Rollstuhl, inklusive Wenden (nur wenn gehunfähig)	5		
Sitzt im Rollstuhl, immobil	0		
Treppensteigen			
Selbständig (treppauf, treppab)	15		
Braucht Unterstützung (verbal, physisch oder Hilfsmittel müssen nachgetragen werden)	5		
Kann nicht Treppen steigen	0		
Totalscore:			

Geriatrisches Basisassessment

Bereich Mobilität, Sturzgefahr

Häufig verwendete Tests:

- Timed Up and Go (TUG) nach Podsiadlo und Richardson
- Mobilitätstest nach Tinetti
- Romberg-Test
- Semi-Tandem-Stand
- Tandemstand
- Dual Tasking



Geriatrisches Basisassessment

Timed Up and Go (TUG):

- Proband sitzt auf einem Stuhl mit Armlehne
- Hilfsmittel dürfen benutzt werden
- Auf Aufforderung absolviert Proband eine Gehstrecke von drei m bis zur erneuten Sitzposition

Ergebnisinterpretation:

- <10 Sekunden keine Einschränkung
- 11-19 Sekunden : Leichte Mobilitätseinschränkung
- 20-29 Sekunden : Funktionelle Auswirkungen wahrscheinlich
- >30 Sekunden : Ausgeprägte Mobilitätseinschränkung



Geriatrisches Basisassessment

Der Tinetti-Test überprüft folgende Manöver:

1. Balance

- Sitzbalance
- Aufstehen
- Anzahl der Versuche aufzustehen
- Stehbalance in den ersten 5 Sekunden
- Stehbalance längerzeitig
- Sternalstoß
- Stehen mit geschlossenen Augen
- 360 Grad-Drehung
- Hinsetzen



Geriatrisches Basisassessment

Tinetti-Test:

2. Gehen

- Proband steht beim Untersucher, geht durch den Raum, zunächst in normalem Tempo, dann schnell dann sicheres Tempo (Hilfsmittel gestattet)
- Auslösung des Gehens
- Einzelschrittlänge und Schritthöhe
- Rechtes Schwungbein
- Linkes Schwungbein
- Schrittsymmetrie
- Schrittkontinuität
- Gradlinigkeit des Ganges
- Rumpfhaltung
- Spurbreite



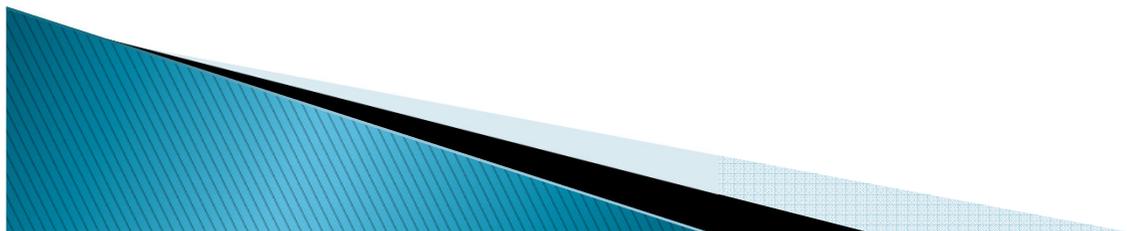
Geriatrisches Basisassessment

Tinetti-Test:

3. Test-Bewertung

Maximal 28 Punkte

- > 20 Punkte keine Mobilitätseinschränkung
- 15-20 Punkte geringe Mobilitätseinschränkung
- 10-14 Punkte mäßige Mobilitätseinschränkung
- <10 Punkte deutliche Mobilitätseinschränkung
- Mobilitätsgrad und Sturzrisiko werden zusammen erfasst



Geriatrisches Basisassessment

Romberg-Test:

- Balance im Stehen
- Proband soll 10 Sekunden mit den Füßen parallel stehen
- Arme hängen locker seitlich



Geriatrisches Basisassessment

Semi-Tandem-Stand:

– Aus der Rombergposition wird ein Fuß genau in

Längsrichtung um eine Fußlänge vorgesetzt

– Augen bleiben geöffnet

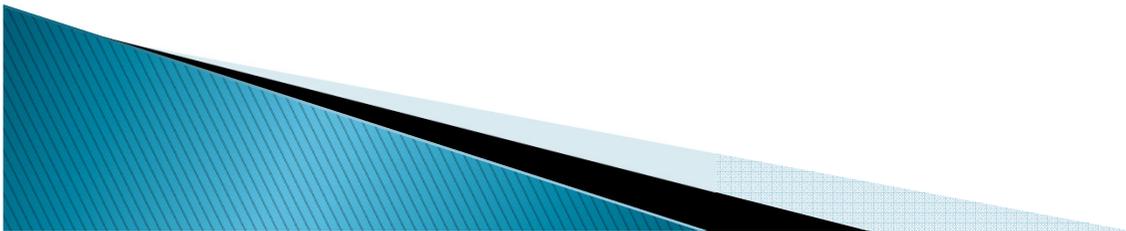
– Es sollen 10 Sekunden erreicht werden



Geriatrisches Basisassessment

Tandemstand:

- Beide Füße stehen in einer Linie voreinander
- Augen sind geöffnet
- 10 Sekunden sollten erreicht werden



Geriatrisches Basisassessment

Kognition:

1. Mini Mental State Examination nach Folstein
(MMSE)

–Erfasst werden:

- a) Orientierung in Zeit und Raum
- b) Aufmerksamkeit
- c) Merkfähigkeit
- d) Kurzzeitgedächtnis
- e) Benennen, Lesen und Schreiben
- f) Visuell-konstruktive Fähigkeiten

Maximal können 30 Punkte erreicht werden

Unter 26 Punkten besteht eine kognitive Auffälligkeit

Unter 18 Punkten besteht eine deutliche kognitive Einschränkung

Keine sichere Zuordnung zu Demenz, Depression, Delir,
Unaufmerksamkeit



Mini-Mental Status Test

1 = richtig, 0 = falsch

1. Orientierung

Bewertung

- In welchem Jahr leben wir?
- Welche Jahreszeit ist jetzt?
- Welches Datum haben wir heute?
- Welchen Tag haben wir heute?
- Welchen Monat haben wir?
- In welchem Bundesland sind wir hier?
- In welchem Land?
- In welcher Ortschaft?
- Wo sind wir (in welcher Praxis, Altenheim)?
- Auf welchem Stockwerk?

2. Merkfähigkeit

Fragen Sie den Patienten, ob Sie sein Gedächtnis prüfen dürfen. Nennen Sie dann drei verschiedenartige Dinge klar und langsam (ca. 1 pro sec.): „Zitrone, Schlüssel, Ball“. Nachdem Sie alle drei Wörter ausgesprochen haben, soll der Patient sie wiederholen. Die erste Wiederholung bestimmt die Wertung (0-3, vergeben Sie für jedes wiederholte Wort 1 Punkt), doch wiederholen Sie den Versuch, bis der Patient alle drei Wörter nachsprechen kann; maximal gibt es 5 Versuche. Wenn ein Patient nicht alle drei Wörter lernt, kann das Erinnern nicht sinnvoll geprüft werden.

Punkte 0-3

3. Aufmerksamkeit und Rechnen

Bitten Sie den Patienten, bei 100 beginnend in 7er-Schritten rückwärts zu zählen. Halten Sie nach 5 Subtraktionen (93, 86, 79, 72, 65) an und zählen Sie die in der richtigen Reihenfolge gegebenen Antworten. Bitten Sie daraufhin, das Wort „Preis“ rückwärts zu buchstabieren. Die Wertung entspricht der Anzahl Buchstaben in der richtigen Reihenfolge (z.B. SIERP = 5, SIREP = 3). Die höhere der beiden Wertungen wird gezählt.

Punkte 0-5

4. Erinnern

Fragen Sie den Patienten, ob er die Wörter noch weiß, die er vorhin auswendig lernen sollte. Geben Sie einen Punkt für jedes richtige Wort.

Punkte 0-3

5. Benennen

Zeigen Sie dem Patienten eine Armbanduhr und fragen Sie ihn, was das ist. Wiederholen Sie die Aufgabe mit einem Bleistift. Geben Sie einen Punkt für jeden erfüllten Aufgabenteil.

Punkte 0-2

6. Wiederholen

Bitten Sie den Patienten, den Ausdruck „Kein Wenn und Aber“ nachzusprechen. Nur ein Versuch ist erlaubt.

Punkte 0-1

7. Dreiteiliger Befehl

Lassen Sie den Patienten den folgenden Befehl ausführen: „Nehmen Sie ein Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und legen Sie es auf den Boden!“. Geben Sie einen Punkt für jeden richtig ausgeführten Befehl.

Punkte 0-3

8. Reagieren

Schreiben Sie auf ein weißes Blatt in großen Buchstaben „Schließen Sie die Augen“. Der Patient soll den Text lesen und ausführen. Geben Sie einen Punkt, wenn der Patient die Augen schließt.

(siehe Rückseite) Punkte 0-1

9. Schreiben

Geben Sie dem Patienten ein weißes Blatt, auf dem er für Sie einen Satz schreiben soll. Diktieren Sie den Satz nicht, er soll spontan geschrieben werden. Der Satz muß ein Subjekt und ein Verb enthalten und einen Sinn ergeben. Korrekte Grammatik und Interpunktion werden nicht verlangt.

(siehe Rückseite) Punkte 0-1

10. Abzeichnen

Zeichnen Sie auf ein weißes Blatt zwei sich überschneidende Fünfecke und bitten Sie den Patienten, die Figur genau abzuzeichnen. Alle 10 Ecken müssen vorhanden sein und 2 müssen sich überschneiden, um als 1 Punkt zu zählen. Zittern und Verdrehung der Figur sind nicht wesentlich.

(siehe Rückseite) Punkte 0-1

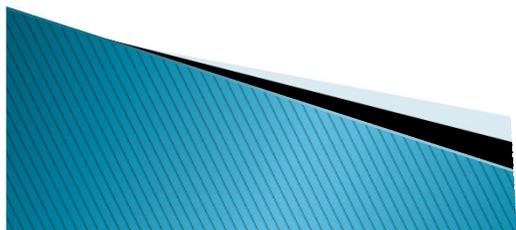
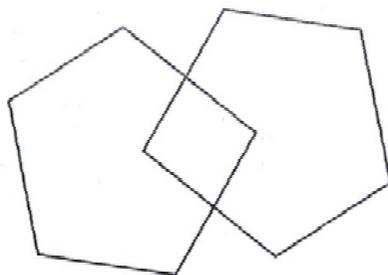
Summe der Punkte

zu 9.

Schließen Sie die Augen!

zu 9.:

zu 10.:



Geriatrisches Basisassessment

Uhrentest:

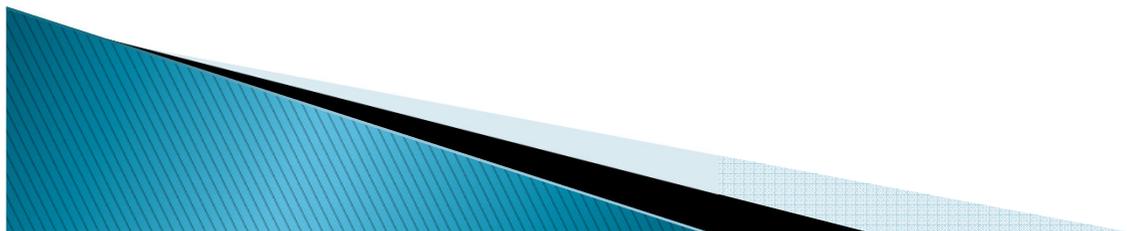
- erkennt frühzeitig kognitive Störungen, insbesondere im visuell konstruktiven Bereich
- keine Differenzierung Demenz/Delir
- Test versagt bei situativer Überforderung
- Test versagt bei Visuseinschränkung
- Niedriger Bildungsstand führt zu schlechtem Ergebnis
- Test beschreibt nicht Kommunikation, Planung und Organisation



Geriatrisches Basisassessment

Bewertung des Uhrentests:

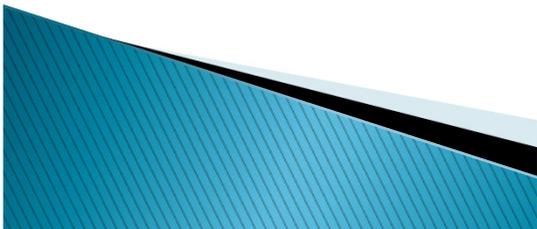
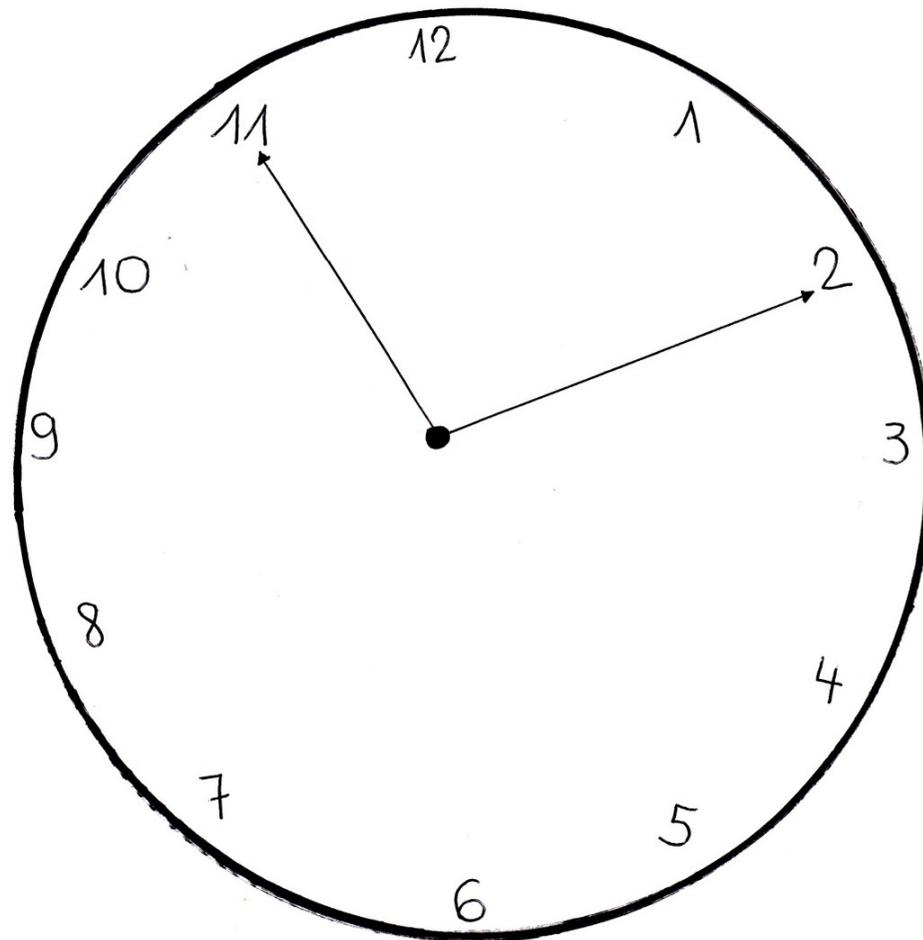
- Score 1: Ziffern 1-12 sind richtig, ebenso beide Zeiger
- Score 2: Leichte visuelle Fehler, Abstände ungleich, Ziffern außerhalb, Speichen zur Hilfe
- Score 3: Fehlerhafte Uhrzeit
- Score 4: Mittelgradige räumliche Desorganisation, nicht lesbar, ungleichmäßige Zahlen, Ziffern wurden vergessen, gegen den Uhrzeigersinn
- Score 5: Schwere räumliche Desorganisation
- Score 6: Keine Darstellung mehr



Der Uhrentest (nach Shulman 1993)

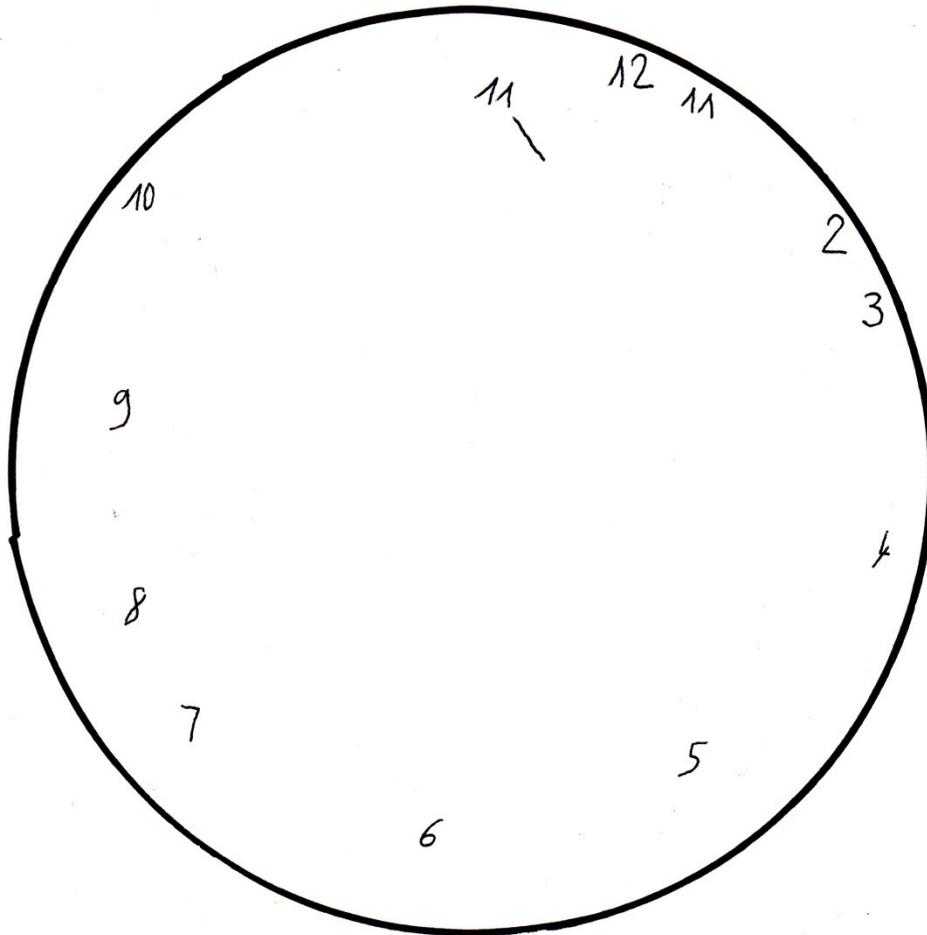
„Perfekt“ = 1

- Ziffern 1-12 richtig eingezeichnet
- zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen



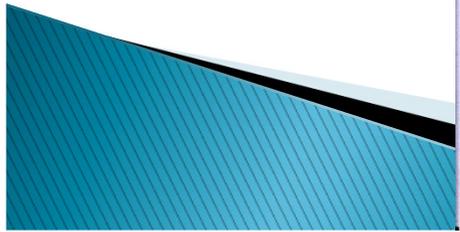
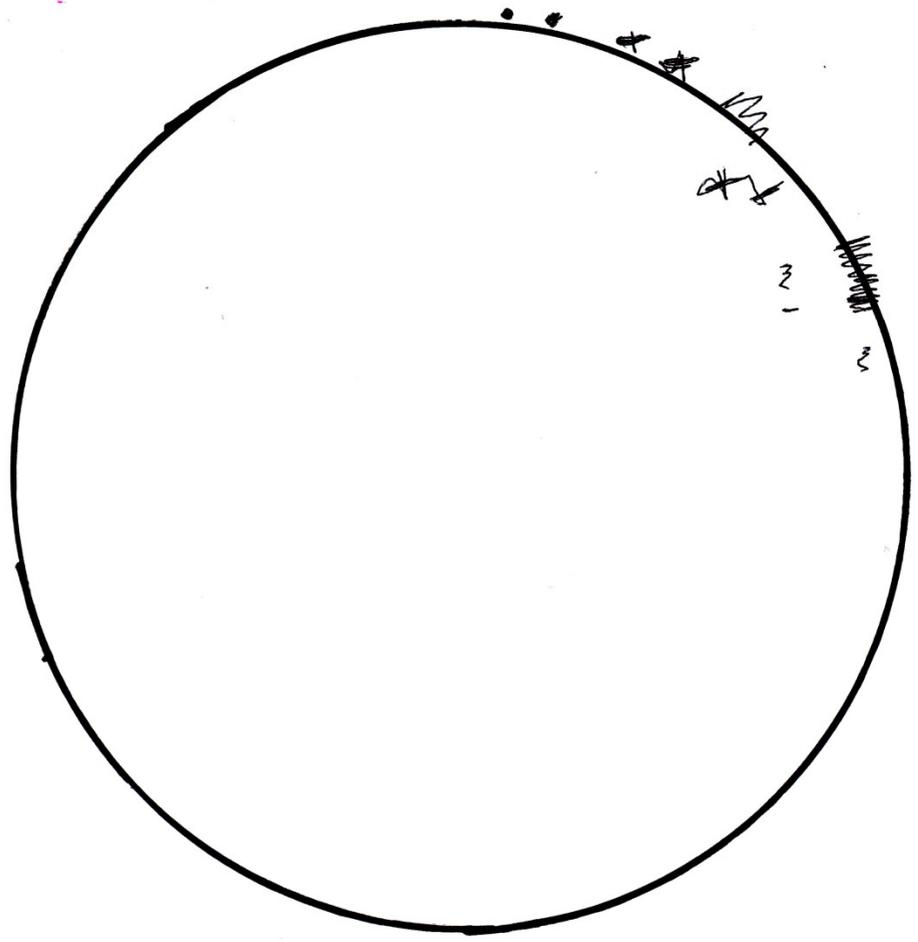
"Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener
visuell-räumlicher Darstellung der UR" = 3

- nur ein Zeiger
- keine URzeit eingezeichnet



"Keinerlei Darstellung einer Uhr" = 6

- kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen
- keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr



Geriatrisches Basisassessment

Dem Tect:

- Geeigneter Test bei MCI
- Geeignet zur Früherkennung
- Noch unzureichende Validation
- Erfasst werden
 - a) Wortliste merken
 - b) Zahlenumwandlung
 - c) Verbale Flüssigkeit
 - d) Zahlenfolgen
 - e) Wiederabruf von Gemerktem

Auswertung:

- Maximal 18 Punkte
- Bis 13 Punkte noch normal
- 9 Punkte bei leichter Einschränkung
- Unter 9 Punkten Demenzverdacht





Name und Vorname des Patienten

Datum

DemTect

1. Wortliste

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

Richtig erinnerte Begriffe (max. 20)

2. Zahlen-Umwandeln

Beispiel: 5 = fünf; drei = 3

_09 = _____

4054 = _____

sechshunderteinundachtzig = _____

zweitausendsiebenundzwanzig = _____

Richtige Umwandlungen (max. 4)

3. Supermarktaufgabe (1 Minute)

Genannte Begriffe (max. 30)

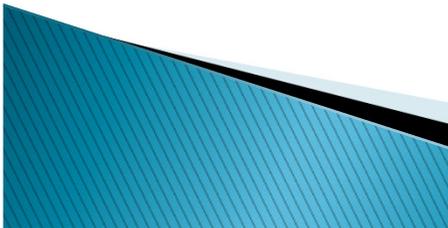
4. Zahlenfolge rückwärts

1. Versuch	7-2	4-7-9	5-4-9-6	2-7-5-3-6	8-1-3-5-4-2	Längste richtig rückwärts wiederholte Zahlenfolge (max. 6) <input type="text"/>
2. Versuch	8-6	3-1-5	1-9-7-4	1-3-5-4-8	4-1-2-7-9-5	
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	

5. Erneute Abfrage der Wortliste

Teller Hund Lampe Brief Apfel Hose Tisch Wiese Glas Baum

Richtig erinnerte Begriffe (max. 10)



Aufgabe	Einzelresultat (bitte übertragen)	Punkte laut Umrechnungstabelle
1. Wortliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zahlen-Umwandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Supermarktaufgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zahlenfolge rückwärts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erneute Abfrage der Wortliste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summe der Punkte		<input type="text"/>

Gesamtergebnis DemTect®:

Punktzahl	Diagnose	Handlungsempfehlung
11-18 Pkt.	altersgemäße kognitive Leistung	nach 12 Monaten bzw. bei Auftreten von Problemen
9-12 Pkt.	Leichte kognitive Beeinträchtigung	nach 6 Monaten erneut testen - Verlauf beobachten
≤ 8 Pkt.	Demenzverdacht	weitere diagnostische Abklärung, Therapie einleiten

1. Wortliste		
Anzahl genannter Begriffe		Punkte
< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	
≤ 7	≤ 6	0
8-10	7-8	1
11-12	9-10	2
≥ 13	≥ 11	3

2. Zahlen-Umwandeln		
Anzahl richtiger Umwandlungen		Punkte
< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	
0	0	0
1-2	1-2	1
3	3	2
4	4	3

3. Supermarktaufgabe		
Anzahl genannter Begriffe		Punkte
< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	
0-12	0-5	0
13-15	6-9	1
16-19	10-15	2
≥ 20	≥ 16	4

4. Zahlenfolge rückwärts		
Länge der Zahlenfolge		Punkte
< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	
0	0	0
2-3	2	1
4	3	2
≥ 5	≥ 4	3

5. Erneute Abfrage der Wortliste		
Anzahl genannter Begriffe		Punkte
< 60 Jahre	≥ 60 Jahre	
0	0	0
1-3	1-2	1
4-5	3-4	2
≥ 6	≥ 5	5

Geriatrisches Basisassessment

INFO - Service / Assessmentinstrumente in der Geriatrie

Die nachfolgenden Erläuterungen beziehen sich schwerpunktmäßig auf anwendungspraktische Aspekte des Instrumentes.

Geldzähltest (nach Nikolaus)

Kurzbeschreibung	Assessment zur Erfassung eines Teilbereiches der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens
Durchführung	Addieren des Wertes einer definierten Zahl von Geldscheinen und Münzen in einer Geldbörse
Zeitbedarf	bei guter Kooperation ca. 3-5 Min.
Interpretation	< 45 Sekunden: Selbständigkeit 45 – 70 Sekunden: Risiko für Hilfsbedürftigkeit > 70 Sekunden: erhebliche Hilfsbedürftigkeit
Vorzüge	relevantes instrumentelles Handlungsfeld einfach durchführbar delegierbar
Einschränkungen	Ergebnis setzt sich aus unterschiedlichen Komponenten (v.a. Kognition, Sehvermögen und Feinmotorik) zusammen daher zur Ausprägung spezifischer Schädigungen nur begrenzter Aussagewert mittlerweile existiert ein Euro-adaptierte Fassung
Erstveröffentlichung	Nikolaus T, Bach M, Specht-Leible N, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting: a short physical performance test for manual dexterity and cognitive capacity. <i>Age Ageing</i> 1995;24:257-258.
weitere Literaturhinweise	Nikolaus T, Bach M, Oster P, Schlierf G. The Timed Test of Money Counting: a simple method of recognizing geriatric patients at risk for increased health care. <i>Aging (Milano)</i> 1995;7:179-183.

Geriatrisches Basisassessment

Stimmung/ Affekt

- Geriatric Depression Scale (GDS) nach D`Ath
- Geriatric Depression Scale (GDS) nach Yesavage
- Normal sind bis zu 5 Punkten, ab 6 Punkten ist eine Depression möglich, ab 11 Punkten ist eine schwere Depression annehmbar
- Gute Validation; Sens./Spez. um 90%
- Kognitive Einschränkungen sind auszuschließen
- Abzugrenzen sind Angststörungen



Geriatrisches Basisassessment

Stimmung / Affekt

Die einfache Frage :

„Fühlen Sie sich oft traurig und niedergeschlagen“

hat eine überraschend hohe Wertigkeit!!!



Geriatric Depression Scale (GDS) nach D'Ath

- | | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|---|
| 1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 2 |
| 2. Haben Sie das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist? | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 3. Haben Sie dauernd Angst, dass Ihnen etwas Böses zustoßen könnte? | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> | 0 |
| 4. Fühlen Sie sich meist glücklich und zufrieden? | <input type="checkbox"/> | 0 | <input type="checkbox"/> | 2 |

Totalscore: (0–6)

Beurteilung: ≥ 1 Punkt = wahrscheinliche Depression. \Rightarrow Eine ausführliche Diagnostik ist erforderlich.

Kommentar: Die Tests liefern lediglich Hinweise. Die sind aber sehr wichtig, da depressive Störungen die Lebensqualität (LQ) des Patienten extrem stark beeinträchtigen können und meist gut therapierbar sind!

GERIATRIC DEPRESSION SCALE
(SHEKH / YESAVAGE, 1986)

Patientenname, Vorname: _____

ausgeführt am: _____

Geburtsdatum: _____

Untersucher: _____

Aufnahmenummer: _____

	Ja	Nein
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei leer?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Ist Ihnen oft langweilig?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie meistens guter Laune?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Befürchten Sie, daß Ihnen etwas schlechtes zustoßen wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie meistens zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich oft hilflos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie lieber zu Hause, statt auszugehen und etwas zu unternehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Glauben Sie, daß Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Finden Sie, es sei wunderbar, jetzt zu leben?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich so, wie Sie jetzt sind, eher wertlos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Fühlen Sie sich energiegeladener?	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>
Finden Sie, Ihre Lage sei hoffnungslos?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Glauben Sie, die meisten anderen Leute haben es besser als Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>
Summe der Felder mit <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

0 - 5 Punkte: normal
6 - 10 Punkte: leichte bis mäßige Depression
10 - 15 Punkte: schwere Depression

Geriatrisches Basisassessment

Körperliche Kraft/ Frailty (Gebrechlichkeit):

Handkraftmessung („Grip Strength“)

– Sinnvolle Methode der Körperkraftmessung

– Genutzt werden sogenannte Vigorimeter

– Gemessen wird in kp oder kPa

– Dominante Hand wählen und drei Versuche durchführen

– Nach Apoplex die nicht betroffene Seite

– Normwerte für Männer und Frauen

– Bei Unterschreitung von 50% hohes Risiko für:

a) eingeschränkte Selbsthilfefähigkeit

b) Sturz und Fraktur

c) Sterblichkeit

– Die Veränderung der Handkraft während der Trainingsphase mit einem Patienten

ist ein recht gutes Maß für den Therapieerfolg



Geriatrisches Basisassessment

Bereich Ernährung:

Häufig verwendete Tests:

- NRS (Nutritional Risk Screening)
- MNA (Mini Nutritional Assessment)



Geriatrisches Basisassessment

Body Mass Index (BMI)

- Parameter zum Abschätzen des Ernährungszustandes
 - $\text{KG} : \text{Quadrat der Körpergröße in cm (m}^2\text{)}$
 - Gesundheitskorridor bei für Jüngere 19–25
 - Gesundheitskorridor für Ältere bis 30
 - Im Alter ist ein BMI von 20–21 ungünstig
 - Im Alter gelten Werte von 30–40 als Adipositas
 - Werte über 40 gelten als extreme Adipositas



Nutritional Risk Screening nach Kondrup et al.

Body Mass Index (BMI) < 20,5?

ja

nein

Gewichtsverlust in den vergangenen 3 Monaten?

ja

nein

Verminderte Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche?

ja

nein

Ist der Patient schwer erkrankt? (z. B. Intensivtherapie)

ja

nein

Wird eine Frage
mit „ja“
beantwortet,
liegt ein
erhöhtes Risiko
vor.

Geriatrisches Basisassessment

MNA (Mini Nutritional Assessment)

- Vorgeschaltetes Screening MNA–SF (Short Form)
- Nur bei erhöhtem Risiko sollte der komplette MNA durchgeführt werden



Mini Nutritional Assessment

1. Verminderter Appetit? Schwierigkeiten beim Kauen/Schlucken? Zunehmend weniger gegessen? Gewichtsverlust in den letzten 3–6 Monaten	0 = schwere Anorexie 1 = leichte Anorexie 2 = keine Anorexie 0 = > 3 kg 1 = weiß Patient nicht 2 = 1–3 kg 3 = stabil
Mobilität/Beweglichkeit	0 = vom Bett zum Stuhl 1 = in der Wohnung 2 = verlässt die Wohnung
Akute Krankheit oder psychischer Stress in den letzten 3–6 Monaten?	0 = ja 1 = nein
Psyche	0 = Demenz/Depression 1 = leichte Ausprägung 2 = unauffällig
BMI	0 = < 19 1 = 19–21 2 = 21–23 3 = > 23
2. Wohnt/lebt der Patient unabhängig? > 3 Medikamente/Tag Schorf-Druck-Geschwüre Mahlzeiten/Tag	0 = nein 1 = ja 0 = nein 1 = ja 0 = nein 1 = ja 0 = 1 Mahlzeit 1 = 2 Mahlzeiten 2 = 3 Mahlzeiten
3. Lebensmittelauswahl: Isst der Patient? > 1-mal täglich Milchprodukte: ja/nein > 1-mal wöchentlich Eier/Hülsenfrüchte: ja/nein Täglich Fisch/Fleisch/Geflügel: ja/nein > 2-mal täglich Obst/Gemüse Trinken Essen glaubt der Patient, gut ernährt zu sein? Selbsteinschätzung Selbsteinschätzung der Gesundheit im Vergleich zu Gleichaltrigen Oberarmumfang Wadenumfang	0 = 0 bis 1-mal „ja“ 0,5 = 2-mal „ja“ 1,0 = 3-mal „ja“ 0 = nein 1 = ja 0 = < 3 Gläser/Tassen 0,5 = 3–5 Gläser/Tassen 1,0 = > 5 Gläser/Tassen 0 = braucht Hilfe 1 = ohne Hilfe, aber schwierig 2 = o. B. 0 = Mangelernährung 1 = Patient weiß es nicht oder hat leichte Defizite 2 = gut ernährt 0 = schlechter 0,5 = Patient weiß es nicht 1,0 = gleich gut 2,0 = besser 0 = < 21 cm 0,5 = 21–22 1,0 = > 22 cm 0 = < 31 cm 1 = > 31 cm
Bewertung:	> 24 Punkte sind ohne erhöhtes Risiko, 17–23 Punkte sind abklärungsbedürftig, < 17 Punkte entsprechen einer Mangelernährung.

Geriatrisches Basisassessment

Bereich Schlucken/ Dysphagie

Wassertest:

- Lagerung im Sitzen
- Anfeuchten des Mundraumes
- 50ml Wasser trinken lassen , ggf. unter Facilitation (ohne Kohlensäure)
- Nachbeobachtung 5 Minuten (verschlucken, räuspern u.s.w.)



Geriatrisches Basisassessment

Bereich Dekubitus– Gefährdung

Folgende Skalen können hilfreich sein:

- Braden Skala
- Norton Skala
- Waterlow Skala



Aufbau

Punkte	4 Punkte	3 Punkte	2 Punkte	1 Punkte
Bereitschaft zur Kooperation / Motivation	voll	wenig	teilweise	keine
Alter	<10	<30	<60	>60
Hautzustand	in Ordnung	schuppig, trocken	feucht	Wunden, Allergierisse
Zusatzkrankungen	keine	Abwehrschwäche, Fieber, Diabetes	MS, Adipositas	Arterielle Verschlusskrankheit
Körperlicher Zustand	gut	leidlich	schlecht	sehr schlecht
Geistiger Zustand	klar	apathisch, teilnahmslos	verwirrt	stuporös
Aktivität	geht ohne Hilfe	geht mit Hilfe	rollstuhlbedürftig	bettlägerig
Beweglichkeit	voll	kaum eingeschränkt	sehr eingeschränkt	voll eingeschränkt
Inkontinenz	keine	manchmal	meistens Urin	Urin und Stuhl

Quelle: http://www.thomashilfen.de/thevo/inhalt/basics/skalen/norton_skala.htm

Richtlinien zum Gebrauch der Tabelle

Erläuterung der einzelnen Punkte

Bereitschaft zur Kooperation/Motivation

4 = eine hohe Bereitschaft ist durch die kontinuierliche Mitarbeit gekennzeichnet

3 = Patient zeigt nach Aufforderung Bereitschaft zur Mitarbeit

2 = Patient zeigt bei Aufforderung eine wechselnde Bereitschaft zur Mitarbeit

1 = Patient zeigt keine Bereitschaft

Alter

4 = jünger als 10 Jahre

3 = zwischen 10 und 30 Jahren

2 = zwischen 30 und 60 Jahren

1 = älter als 60 Jahre

Hautzustand

4 = vollkommen gesunde/intakte Haut

3 = leichte Veränderungen

2 = mittlere Veränderungen

1 = schwere Veränderungen

Soziale Situation (SoS)

1. Soziale Kontakte und Unterhaltung (Ko)

1. Wie leben Sie?

- schon lange allein
- seit kurzem allein (< 1 Jahr)
- bei Familienangehörigen oder mit rüstigem Partner
- mit Lebenspartner, der selbst Hilfe braucht

1
0
1
0

2. Haben Sie Personen (auch professionelle Helfer), auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können? (Aufzählen)

- Bezugsperson(en) vorhanden
- keine Bezugsperson vorhanden (weiter Frage 5)

1
0

3. Wie oft sehen Sie diese Person(en)?

- mehrmals täglich/jeden Tag
- ein-/mehrmals in der Woche
- selten (ein- bis zweimal im Monat)
- (fast) nie

1
1
0
0

4. Wie ist Ihr Verhältnis zu o.g. Person(en)?

- Beziehung harmonisch und vertrauensvoll
- Beziehung teilweise konfliktbeladen und gespannt

1
0

5. Wie haben sich in letzter Zeit Ihre Kontakte entwickelt?

- habe neue Bekannte gewonnen
- keine Veränderung
- einige Kontakte habe ich aufgeben müssen
- habe nahezu alle wichtigen Kontakte verloren (z.B. Lebenspartner verstorben)

1
1
0
0

6. Sind Sie mit diesem Zustand zufrieden?

- fühle mich rundum gut versorgt
- es geht so, man muß zufrieden sein
- fühle mich einsam und im Stich gelassen

1
0
0

Zwischensumme Ko

Soziale Situation (SoS)

2. Soziale Aktivitäten (Akt)

1. Welchen Beruf haben Sie ausgeübt?

2. Welche Hobbies (Handarbeit, handwerkli. Tätigk., Basteln, Musizieren, Gartenarbeit, Briefmarken o.ä. sammeln etc.) oder Interessen (Vorträge, Ausflüge, Theater, Sport, Bücher lesen, Kirchengang, Seniorentreff, Enkelküten etc.) haben Sie, die Sie noch regelmäßig betreiben? (Aufzählen)

- Hobbies/Interessen vorhanden
- keine Hobbies/Interessen

1
0

3. Haben Sie ein Haustier?

- ja
- nein

1
0

4. Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung?

(Einkaufen, erledigungen, Spazierengehen, (Arzt-)Besuche, Garten usw.)

- täglich
- mindestens ein- bis zweimal in der Woche
- seltener als einmal pro Woche
- (fast) nie

1
1
0
0

5. Wie haben sich in letzter Zeit Ihre Interessen entwickelt?

- habe noch neue Pläne und Interessen
- unverändert
- habe einige Interessen aufgeben müssen
- habe (fast) alle Interessen verloren

1
1
0
0

6. Sind Sie mit diesem Zustand zufrieden?

- voll und ganz, fühle mich nicht beeinträchtigt
- fühle mich schon eingeschränkt, muß zufrieden sein
- nein, bin durch Alter/Krankheit stark behindert

1
0
0

Zwischensumme Akt

Soziale Situation (SoS)

3. Wohnsituation (Wohn)

1. Treppen	<ul style="list-style-type: none">Wohnung im Erdgeschoß oder Lift im HausViele Treppen, erster Stock oder höher	1 0
2. Komfort	<ul style="list-style-type: none">Wohnung eingeschossig, geräumig und rollstuhlgängigbeengte Verhältnisse, Türschwellen, viele Teppichemehrere Wohnebenen, nicht rollstuhlgeeignet	1 0 0
3. Heizung	<ul style="list-style-type: none">Gut und bequem heizbar (Öl- oder Gaszentralheizung)schlecht und mühsam heizbar (Kohle- oder Öfen)	1 0
4. Wasser	<ul style="list-style-type: none">Warmes Wasser in Küche und/oder BadKein warmes Wasser vorhanden	1 0
5. Bad/WC	<ul style="list-style-type: none">Innerhalb der Wohnung; rollstuhlgeeignetklein, nicht rollstuhlgängig, außerhalb der Wohnung	1 0
6. Telefon	<ul style="list-style-type: none">vorhandennicht vorhanden	1 0
7. Beleuchtung	<ul style="list-style-type: none">Treppenhaus und Flure hell, genügend LichtschalterTreppenhaus und Flure schummrig beleuchtetwenig Lichtschalter	1 0 0
8. Einkaufen	<ul style="list-style-type: none">alle Geschäfte des tgl. Bedarfs leicht erreichbarnur Bäcker/Metzger in der Nähealle Geschäfte weiter entfernt	1 0 0
9. Nahverkehr	<ul style="list-style-type: none">Haltestelle in der Nähe (< 1 km)nächste Haltestelle weiter entfernt	1 0
10. Wohndauer	<ul style="list-style-type: none">wohnt schon lange Zeit in der Wohnung (> 5 Jahre)hat innerhalb der ltz. 5 Jahre Wohnung bezogen	1 0
11. Fühlen Sie sich in Ihrer Wohnung und der Wohngegend wohl?	<ul style="list-style-type: none">bin mit der Wohnsituation sehr zufriedengeht so, muß zufrieden seinbin unzufrieden	1 0 0

Zwischensumme Wohn

Soziale Situation (SoS)

4. Ökonomische Verhältnisse (Ökon)

1. Wieviel Geld steht Ihnen monatlich zur Verfügung?		
2. Kommen Sie mit Ihrem Geld gut über die Runden?	<ul style="list-style-type: none">jaes geht so; muß schon sehen, daß ich damit zurechtkommenein, schlecht	1 0 0
3. Haben Sie Ersparnisse, Vermögen (eigenes Haus)? (Aufzählen)		
	<ul style="list-style-type: none">ja, ausreichendnur wenignein	1 0 0
4. Regeln Sie Ihre Finanzen selbst?	<ul style="list-style-type: none">janein	1 0

Zwischensumme Ökon

Zur Beurteilung der sozialen Situation hat sich der Heidelberger Fragebogen nach Nikolaus als sensitiv, reliabel und valide erwiesen. Bei der Frage nach den sozialen Kontakten sind deren Häufigkeit und Qualität wichtig. Unter Berücksichtigung der bisherigen Lebensweise ist von Bedeutung, ob der Patient trotz seiner neu aufgetretenen Behinderung in der Lage ist, seine alten Interessen wieder zu pflegen.

Die Auswirkungen der verbliebenen Behinderungen hängen auch davon ab, ob die Wohnung behindertengerecht ausgestaltet ist, ob die Wohnverhältnisse zu einem erhöhten Sturzrisiko beitragen.

Werte unter 17 Punkte weisen auf eine erschwerte Wiedereingliederung hin, erfordern einen Hausbesuch oder die Kontaktaufnahme mit einem Sozialdienst.

(1) Nikolaus T. et al., 17. Internat. Symp. 1995, S. 11-13

Punkte Kon + Punkte Akt + Punkte Wohn + Punkte Ökon = Gesamtpunktzahl

Gesamtpunktzahl

Webster – Test / Parkinson – Test

Symptome	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	Datum	Datum	Ergebnis
Bradykinese der Hände	keine	Angedeutete Verlangsamung bei rascher Pronations-Supinations-Bewegung, beginnende Schwierigkeiten beim Arbeiten mit Werkzeugen, Knöpfe schließen u. Schreiben	Mäßige Verlangsamung rascher Pronations-Bewegungen auf einer oder beiden Seiten. Mäßige Beeinträchtigung der Handfunktionen. Schreiben stark beeinträchtigt. Mikrographie	Schwere Verlangsamung Kleider können nicht mehr zugeknöpft werden. Schreiben ist nicht mehr möglich. Benutzung von Gegenständen erschwert.			
Rigor	Unauffälliger Muskeltonus	Angedeuteter Rigor in Nacken und Schultern. Leichter konstanter Rigor an einem oder beiden Armen	Mäßiger Rigor in Nacken und Schultern. Konstanter Rigor trotz Medikamente.	Schwerer Rigor in Nacken und Schultern. Rigor bleibt trotz Medikamente			
Haltung	Unauffällig.	Kopf bis zu 12,5 cm nach vorne geneigt. Beginnende „Poker-Spine“	Beginnende Armbeugung. Kopf bis zu 15 cm nach vorne gebeugt, ein oder beide Arme sind angewinkelt	Beginnende „Affens-Haltung“. Kopf mehr als 15 cm, beide Arme über den Hüften gebeugt, Beugung der Hand, beg. Streckung der Finger, beg. Beugehaltung der Knie.			
Mitschwingen der Arme	Beide Arme schwingen mit	Ein Arm schwingt mit	Ein Arm schwingt nicht mit	Beide Arme schwingen nicht mit			
Gang	Ungestörte Schrittlänge	Auf 30-40cm verkürzt, beginnt mit den Fersen aufzuschlagen, Umdrehen mehrere Schritte notwendig	15-30 cm verkürzt, beide Fersen beginnen auf dem Boden kräftig aufzuschlagen.	Schlürfender Gang, weniger als 7,5 cm, Stottersschritt, Gangblockierung, Zehenspitzen gang			
Tremor	Kein Tremor	Ruhetremor an den Gliedmaßen oder am Kopf mit einer Amplitude von weniger als 2,5 cm	Schwerer, aber nicht konstant auftretender Tremor mit max. Amplitude von 10 cm. Pat. Hat noch eine gewisse Kontrolle über die Hände	Konstant und schwer, Amplitude mehr als 10 cm, Schreiben und Selbst. Essen nicht mehr möglich			
Mimik	Normal, lebhaft	Angedeutete Hypomimie, Mund geschlossen. Im Gesichtsausdruck ange deutete Zeichen von Angst und Depression.	Mäßige Hypomimie. Die Schwelle zum Ausdruck von Emotionen in der Mimik ist erhöht. Lippen stehen zeitweise offen. Mäßige Anzeichen von Angst und Depression. Speichelfluss kann vorhanden sein	„gefrorene“ Mimik, Mund mind. 0,5 cm weit geöffnet. Evtl schwerer Speichelfluss.			
Seborrhoe	keine	Vermehrte Sekretion, wobei das Sekret dünn bleibt.	Deutlich ölige Haut. Sekretion ist viel dicker.	Deutliche Seborrhoe. Das ganze Gesicht und der Kopf von dickem Sekret bedeckt.			
Sprache	Klar und laut, mit Resonanz, leicht verständlich	Beginnende Heiserkeit mit Verminderung der Modulation und Resonanz. Gutes Stimmvolumen, noch leicht zu verstehen.	Mäßige Heiserkeit und Dysphonie. Konstant monotone unvariierte Tonhöhe. Beginnende Dysarthrie. Zögernde und stotternde Sprechweise, schwierig zu verstehen	Deutliche Rauheit und Schwäche der Stimme beim Sprechen.			
Selbständig-keit	nicht beeinträchtigt	Noch vollständig vorhanden, ledig beim Ankleiden in gewissem Maße behindert	Benötigt in einzelnen kritischen Situationen Hilfe z.B. beim Zubettgehen, beim Aufstehen vom Stuhl usw., lange Anlaufzeit, benötigt viel Zeit.	Dauernd behindert. Unfähig sich anzukleiden, selbst Nahrung zu sich zu nehmen oder alleine zu gehen			

1-10 Punkte: Leichtes Parkinsonsyndrom (keine nennenswerten Einschränkungen täglicher Routinbewegungen)

11-20 Punkte: mittelschweres Parkinsonsyndrom (deutliche Beeinträchtigung, jedoch noch weitgehende Selbständigkeit)

21-30 Punkte: schweres Parkinsonsyndrom (schwere bis schwerste Behinderung. Fast vollständige Angewiesenheit auf fremde Hilfe)

Schmerzskala ECPA

Dimension 1: Beobachtungen außerhalb der Pflege	
Item 1 – verbale Äußerungen	
0	Patient macht keine Äußerungen
1	Schmerzäußerungen, wenn Patient angesprochen wird
2	Schmerzäußerungen, sobald jemand beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Item 2 – verbale Äußerungen	
0	entspannter Gesichtsausdruck
1	besorgter, gespannter Gesichtsausdruck
2	ab und zu Verziehen des Gesichts, Grimassen
3	verkrampfter und/oder ängstlicher Blick
4	vollständig starrer Blick/Ausdruck
Item 3 - Spontane Ruhehaltung	
0	keinerlei Schonhaltung
1	Vermeidung bestimmter Position, Haltung
2	Patient wählt eine Schonhaltung, aber kann sich bewegen
3	Patient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung
4	4 Patient bleibt vollständig immobil
Dimension 2: Beobachtungen während der Pflege	
Item 4 – ängstliche Abwehr bei der Pflege	
0	Patient zeigt keine Angst
1	ängstlicher Blick, angstvoller Ausdruck
2	Patient reagiert mit Unruhe
3	Patient reagiert aggressiv
4	Patient schreit, stöhnt, jammert
Item 5 – Reaktion bei Mobilisation	
0	Patient steht auf / lässt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung
1	Patient hat gespannten Blick / scheint Mobilisation und Pflege zu fürchten
2	Patient klammert mit den Händen / macht Gebärden bei Mobilisation und Pflege
3	Patient nimmt während Mobilisation und Pflege Schonhaltung ein
4	Patient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege
Item 6 – Reaktion bei während Pflege von schmerzhaften Zonen	
0	keinerlei negative Reaktionen während Pflege
1	Reaktionen während Pflege, ohne weitere Bezeichnung
2	Reaktionen beim Anfassen oder Berühren schmerzhafter Zonen
3	Reaktion bei flüchtiger Berührung schmerzhafter Zonen
4	Unmöglichkeit, sich schmerzhaften Zonen zu nähern

Item 7 – verbale Äußerungen während der Pflege	
0	keine Äußerungen während der Pflege
1	Schmerzäußerungen, wenn man sich an den Patienten wendet
2	Schmerzäußerungen, sobald Pflegende beim Patienten ist
3	Spontane Schmerzäußerungen oder spontanes leises Weinen, Schluchzen
4	Spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen
Dimension 3: Auswirkungen auf Aktivitäten	
Item 8 – Auswirkungen auf Appetit	
0	keine Veränderungen bezüglich Appetit
1	leicht reduzierter Appetit, isst nur einen Teil der Mahlzeiten
2	muss animiert werden, einen Teil der Mahlzeiten zu essen
3	isst trotz Aufforderung nur ein paar Bissen
4	verweigert jegliche Nahrung
Item 9 – Auswirkungen auf Schlaf	
0	guter Schlaf, beim Aufwachen ist Patient ausgeruht
1	Einschlafschwierigkeiten oder verfrühtes Erwachen
2	Einschlafschwierigkeiten und verfrühtes Erwachen
3	zusätzliches nächtliches Erwachen
4	seltener oder fehlender Schlaf
Item 10 – Auswirkungen auf Bewegung	
0	Patient mobilisiert und bewegt sich wie gewohnt
1	Pat. bewegt sich wie gewohnt, vermeidet aber gewisse Bewegungen
2	seltener / verlangsamte Bewegungen
3	Immobilität
4	Apathie oder Unruhe
Item 11 – Auswirkungen auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit	
0	üblicher Kontakt
1	Herstellen von Kontakt erschwert
2	Patient vermeidet Kontaktaufnahme
3	Fehlen jeglichen Kontaktes
4	Totale Indifferenz

Totale Punkte (0= kein Schmerz, 44= maximaler Schmerz)

ECPA: Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes

Geriatrisches Basisassessment

Erinnern Sie sich noch an den älteren Herren, der wegen erhöhter Geschwindigkeit in die Verkehrskontrolle geriet?

Welche Assessments schlagen Sie vor, um die Verkehrstüchtigkeit des älteren Herren zu überprüfen?

