



ÖSTERREICHISCHES GERIATRISCHES BASISASSESSMENT

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

SMZ – Sophienspital, Apollongasse 19, 1070 Wien
ilse.howanietz@wienkav.at, www.geriatrie-online.at

Vorwort

Sehr geehrte Frau Kollegin!
Sehr geehrter Herr Kollege!

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko, Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung zu entwickeln. Die Ursachen sind vielfältig, das klinische Bild oft einheitlich: Mobilitätsprobleme, Schwäche und kognitive Beeinträchtigung.

Das „Geriatrische Basisassessment“ dient zur systematischen Evaluierung des Gesundheits- und Funktionszustandes älterer, meist multimorbider Menschen oder hoch- und höchstbetagter Personen in allen relevanten Dimensionen. Das Ergebnis erlaubt eine bedarfsgerechte Betreuungsplanung und gezielte Interventionen zur Vermeidung weiterer Funktionsverluste.

Die vorliegende überarbeitete und erweiterte Neuauflage der Broschüre zum Österreichischen Basisassessment wurde von einem Expertenteam der ÖGGG erarbeitet und gestaltet.

Es handelt sich um eine bewusst knapp gehaltene Auswahl praxistauglicher Assessmentinstrumente mit Hinweisen zur Durchführung und Bewertung.

Wir wünschen Ihnen viel Freude und Erfolg bei der Anwendung dieses Verfahrens, das laufend weiterentwickelt wird. Über hoffentlich positives Feedback, aber auch kritische Anmerkungen würden wir uns freuen.

Weitere Informationen und Downloads finden Sie auf unserer Homepage **www.geriatrie-online.at**.

Die Österreichische Gesellschaft
für Geriatrie und Gerontologie

Prim. Dr. Ulrike Sommeregger
Leiterin der Arbeitsgruppe Assessment der ÖGGG

Stand: Dezember 2011

Inhaltsverzeichnis

GRUNDLAGEN

Der internistische Gesundheitscheck im Alter	6
Der Neuro-Check im Alter	7
Frailty	8
Screening nach Lachs	10

SOZIALANAMNESE

Sozialfragebogen „SOS Hochzirl“	12
---------------------------------	-----------

SCHMERZ

Schmerzassessment	14
Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD-Skala)	15

SELBSTHILFEFÄHIGKEITEN

Barthel-Index	16
Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL – Instrumental Activities of Daily Living)	18

MOBILITÄT

Mobilität & Sturzrisiko	19
Esslinger Transferskala	20
Timed Get-UP & Go-Test (TUG)	22
Tinetti-Testverfahren	23
Tinetti-Balancetest	24
Tinetti-Gehprobe	25
Short Physical Performance Battery (SPPB)	26
Sturzangst	28

ERNÄHRUNG

Ernährungszustand	29
Mini Nutritional Assessment	30
Dysphagie	31
Dysphagie-Test nach Daniels	32

KONTINENZ

Harninkontinenz	33
DIAPPERS	35
Stuhlinkontinenz	36

KOGNITION

Delir	37
Delirium Observations Screening Scale (DOSS)	38
Confusion Assesment Methoe (CAM)	40
Mini Mental State Examination (MMSE)	42
Uhrentest (Clock Drawing Test)	46
Drei-Wörter-Uhrentest („Schneller Uhren-Dreier“)	48
Reisberg-Skala	50

STIMMUNGSLAGE

Geriatrische Depressionsskala (GDS)	52
Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)	53
Angststörung	54

Impressum	55
Sponsoren	56

Grundlagen

Definition:

Das Geriatrische Assessment ist eine systematische, multidisziplinäre Evaluation des älteren Menschen. Die komplexen Probleme älterer Menschen können dadurch erfasst, beschrieben und analysiert werden. Diese Darstellung und die Ermittlung vorhandener Ressourcen und Stärken dienen als Basis für die Erarbeitung eines koordinierten Versorgungsplans, des Bedarfs an Hilfsmitteln und der Interventionen im Rahmen einer umfassenden Betreuung.

Das Geriatrische Assessment ist das spezifische Diagnoseinstrument der Geriatrie („Gerontoskop“ – Daniel Grob).

Zielgruppe: Geriatrische Patientinnen und Patienten

Das sind biologisch ältere Menschen, die durch altersbedingte Funktionseinschränkungen bei Erkrankungen akut gefährdet sind, zur Multimorbidität neigen und bei denen ein besonderer Handlungsbedarf in rehabilitativer, somatopsychischer und psychosozialer Hinsicht besteht. Bei Menschen über 80 Jahren besteht aufgrund der alterstypisch erhöhten Vulnerabilität ein erhöhtes Risiko für Komplikationen, Folgeerkrankungen, Chronifizierung, Verschlechterung der Selbsthilfefähigkeiten und Verlust der Autonomie.

Nicht-Zielgruppen:

- jüngere rüstige Patienten ohne Multimorbidität
- Patienten mit bereits länger bestehender Pflegebedürftigkeit ohne Zustandsverschlechterung
- moribunde Patienten

Durchführung:

- ▶ Ein **primäres Screening** dient der raschen Problemidentifikation: Liegen überhaupt geriatrische Probleme vor? Dabei hilft der Lachs-Fragebogen oder der 37-teilige Fragebogen „STEP“ (Standardized Assessment of Elderly People). Sie geben Hinweise auf weiterführenden Assessment-Bedarf. Da demenzielle Prozesse anfangs weder von den Patienten noch deren Angehörigen oder behandelnden Ärzten erkannt werden und durchschnittlich erst im vierten Erkrankungsjahr diagnostiziert werden, empfiehlt sich ein zusätzliches kognitives Screening – z.B. der „Schnelle Uhren-Dreier“.
- ▶ Im **akutgeriatrischen Setting** wird das Assessment innerhalb von drei Tagen nach Aufnahme durchgeführt – sofern der Patient klinisch dazu in der Lage ist – und dient als Grundlage für das weitere diagnostische und therapeutische Procedere. Eine Re-Evaluation vor Entlassung dient der Ergebnismessung.
- ▶ Für die Behandlung geriatrischer Patienten in Ordinationen, im Konsiliardienst oder anderen Betreuungssituationen ist in Analogie vorzugehen.

Schulungsbedarf:

Zur Minimierung der Untersuchervariabilität müssen die Mitarbeiter in der Durchführung und Bewertung einzelner Tests anhand der Publikationen geschult werden.

Aussagekraft:

Die Aussagekraft sämtlicher Assessmentinstrumente entspricht der von Hilfsbefunden (wie Laborwerte od. bildgebende Verfahren). Ein Assessmentergebnis ersetzt nicht die Diagnosestellung *lege artis* (Beispiel: Demenz, Depression).

Bei der Auswahl der Assessmentinstrumente wurde auf gute Diskriminierungsfähigkeit im erwarteten Leistungsbereich des Patienten geachtet, um Decken-/Boden-Effekte zu vermeiden.

Vorteile für Patienten und deren Behandler:

- rasches Erkennen von Risikopatienten
- präzisere Diagnosestellung
- Hilfe bei Steuerung weiterer diagnostischer und therapeutischer Schritte
- Assessmentdaten ermöglichen eine bessere Kommunikation innerhalb des therapeutischen Teams und eine bessere Verlaufskontrolle
- Verbesserung der Prognose in den ersten 12 Monaten

Rubenstein LZ. An overview of comprehensive geriatric assessment: rationale, history, program models, basic components. In: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, eds. Geriatric Assessment Technology: The State of the Art. New York NY: Springer 1995

Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, English PA, Sayre JA, Kane RL. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984; 311: 1664–70

The Merck Manual of Geriatrics 2009 Merck Sharp & Dohme Corporation

Lachs MS et al. A simple Procedure for General Screening for Functional Disability in Elderly Patients. *Ann Int Med* 1990; 112: 699–706

Sandholzer H, Hellenbrand W, Renteln-Kruse W, STEP – Europäische Leitlinie für das standardisierte evidenzbasierte präventive Assessment älterer Menschen in der medizinischen Primäerversorgung. *DMW* 2004; 129: 183–226

Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, Carnes M, Hamdy RC. et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med* 2002; 905–12

Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadiq G et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med* 1995; 332: 1345–50

Saldtvedt I, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O. Reduced mortality in treating acutely sick, frail older patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomized trial. *JAGS* 2002; 50: 792–798

Saldtvedt I, Saltnes T, Mo ES, Fayers P, Kaasa S, Sletvold O; Acute geriatric intervention increases the number of patients able to live at home. A prospective randomized study. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16: 300–306

Ellis G, Langhorne P. Comprehensive Geriatric Assessment for Older Hospital Patients. *Br Med Bull* 2005; 71: 45–59

Ellis G et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art.No.: CD006211

Der internistische Gesundheitscheck im Alter

Bei betagten Menschen führen internistische Erkrankungen häufig zu Funktionsverlusten als Ausdruck einer atypischen Krankheitspräsentation. Zu einem umfassenden geriatrischen Assessment gehört daher auch eine entsprechende internistische Untersuchung.

Bei der körperlichen Untersuchung ist besondere Beachtung des Sensoriums, des Zahnstatus, der Gelenkbeweglichkeit, der Muskelkraft und ev. der indirekten Zeichen für Wirbelkörperbrüche (quere Bauchfalte, Distanz zwischen Rippen und Beckenkamm) geboten.

Falls Größe und Gewicht nicht messbar sind, kann auch der Wadenumfang einen Hinweis auf chronische Malnutrition liefern.

Bei den Laborparametern sind aufgrund der vorhandenen Evidenz folgende Überlegungen zu empfehlen:

- Rund 20 % der über 65-Jährigen leiden an Schilddrüsenfunktionsstörungen → basales TSH
- In dieser Altersgruppe findet sich eine hohe Prävalenz von Vit.-D-Defizienz → 25-OH Vit.-D3.
- Bei Vit.-D3 < 20ng/ml oder hohem (auch hoch normalem) Ca⁺⁺ auch Parathormon (PTH), da niedrige Vit.-D3-Konzentrationen v.a. beim älteren Patienten die Entwicklung des sekundären Hyperparathyreoidismus begünstigen.
- Bei hochbetagten Patienten mit deutlich reduzierter Muskelmasse ist das Serumkreatinin kein verlässlicher Parameter für die Nierenfunktion. Auch die MDRD-Formel überschätzt in der Gruppe der Höchstaltrigen oft die tatsächliche Nierenfunktion, sicherer ist die Anwendung der Cockcroft/Gault-Formel. Cystatin C ist kreatininunabhängig und deshalb besser geeignet, die Nierenfunktion geriatrischer Patienten einzuschätzen.
- Eine Herzinsuffizienz ist bei geriatrischen Patienten aufgrund fehlender körperlicher Belastung (z.B. Immobilität) klinisch nach dem NYHA-Stadium oft nicht richtig einschätzbar → BNP oder pro-BNP (im stationären Bereich).
- Totalprotein und Albumin können einen Hinweis auf Malnutrition liefern (auch absolute Lymphozytenzahl < 1.000 Mikroliter) noch bevor diese aufgrund der Gewichtsabnahme manifest wird (Entzündungsstatus berücksichtigen).
- Eisenmangel, auch ohne Anämie, kann frühzeitig auf gastrointestinale Blutverluste hinweisen, auch wenn kein okkultes Blut im Stuhl nachweisbar ist.
- Viele Medikamente können zu Elektrolytstörungen führen, die bei betagten Patienten häufig Übelkeit, Schwäche, Benommenheit bis Somnolenz oder Verwirrheitszustände verursachen (vor allem Hyponatriämie).

Der Neuro-Check im Alter

Der neurologische Status weist im Alter einige Besonderheiten auf: Bei gesunden Hochbetagten (80+) sind hypomimetisch-akinetische Phänomene mit gebeugter Körperhaltung (26 %) häufig, daneben finden sich oft Störungen der Tiefensensibilität der unteren Extremitäten (20 %), erhöhter Muskeltonus (32 %), Ruhetremor (17 %), fehlende Muskeigenreflexe an den unteren Extremitäten (10 %), selten auch positive Pyramidenzeichen (10 %). Mit bis zu 30 % sind auch Spontanbewegungen hyperkinetischen Charakters der mimischen Muskulatur oder der Extremitäten häufig.

Die Bewertung neurologischer Befunde ist daher nur im Gesamtzusammenhang diagnostisch relevant – isolierte Zeichen sind ohne Krankheitswert.

Zur neurologischen Minimaluntersuchung dient folgendes Schema:

- Kraft- und Tonusprüfung aller vier Extremitäten
- Arm-Vorhalteversuch mit schnellen synchronen Fingerbewegungen
- Standsicherheit mit offenen und geschlossenen Augen
- Gangbild inklusive Richtungswechsel, Körperhaltung, spontanes Bewegungsmuster
- Gesichtsfeldprüfung mittels Fingerperimetrie
- Zungenmotorik und Schluckreflex
- Ein orientierender psychischer Status umfasst Orientierung (örtlich, zeitlich, situativ, persönlich), Stimmung (ängstlich, euphorisch, apathisch, depressiv) und Verhalten (kooperativ, ablehnend, wahnhaft Inhalte).

Frailty

Liegt erhöhte Vulnerabilität vor?

Durch Verlust der physiologischen Reserve besteht erhöhte Anfälligkeit für die Entwicklung geriatrischer Syndrome, Selbstständigkeitsverlust und reduzierte Lebenserwartung.

Das zentrale Geschehen ist ein anfangs noch reversibler Verlust von Muskelmasse und Muskelkraft (Sarkopenie). Deshalb ist frühzeitiges Erkennen einer Sarkopenie besonders wichtig.

Kriterien:

- ungewollter Gewichtsverlust (> 5 kg/12 Monate)
- geringe Ausdauer, Ermüdbarkeit*
- Schwäche (Handgriffstärke: < 18 kp für Frauen, < 30 kp für Männer) **
- langsamer Gang (Ganggeschwindigkeit < 0,8m/sec über mindestens 4 m)***
- niedriges physisches Aktivitätsniveau****
 - ▶ keines dieser Merkmale: „robust“ oder „rüstig“
 - ▶ 1 – 2 Merkmale: klinisches Vorstadium der Frailty („pre-frailty“)
 - ▶ ≥ 3 Merkmale: „frail“

* Fragen nach subjektiver Erschöpfung – Definition:

Patientenangabe

- „Alles, was ich tun musste, war eine Anstrengung“
- „Ich kam nicht in Schwung“

Wie oft fühlten Sie sich so in der letzten Woche?

- 0 = nie oder kaum
- 1 = an 1 – 2 Tagen
- 2 = an 3 – 4 Tagen
- 3 = meistens

2 und 3 sind als Erschöpfung zu werten

** Handkraftmessung mit geeichtem Handkraftdynamometer

Patient in sitzender Position mit angelegtem Oberarm, Ellbogen in 90° gebeugt, Unterarm und Handgelenk in Neutralposition.

Mit der dominanten Hand (bei Hemiplegiepatienten mit der nicht betroffenen Hand) werden 3 Messungen durchgeführt. Der Mittelwert wird notiert.

Philipps P., Age Ageing 1986; 15: 53–56

*** Ganggeschwindigkeit, Messinstrument: Stoppuhr, abgemessene Gehstrecke

**** Definition: niedriges Aktivitätsniveau

Während der letzten 3 Monate:

- keine körperlich belastenden Aktivitäten (Gartenarbeit, Autowaschen, Spazierengehen)
- > 4 Std. pro Tag sitzend
- kurzer Spaziergang max. 1x im Monat

Fried LP et al. Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. J.Gerontol. 2001; 56A

Diese Definition spiegelt sich auch im Europäischen Share Frailty Index wider (Santos-Eggimann et al 2001).

SOF Frailty Index (Study of Osteoporotic Fractures):

1. ungewollter Gewichtsverlust (> 5 kg/12 Monate)
2. Chair-rising Test nicht durchführbar
3. reduziertes Energieniveau (Selfreport)

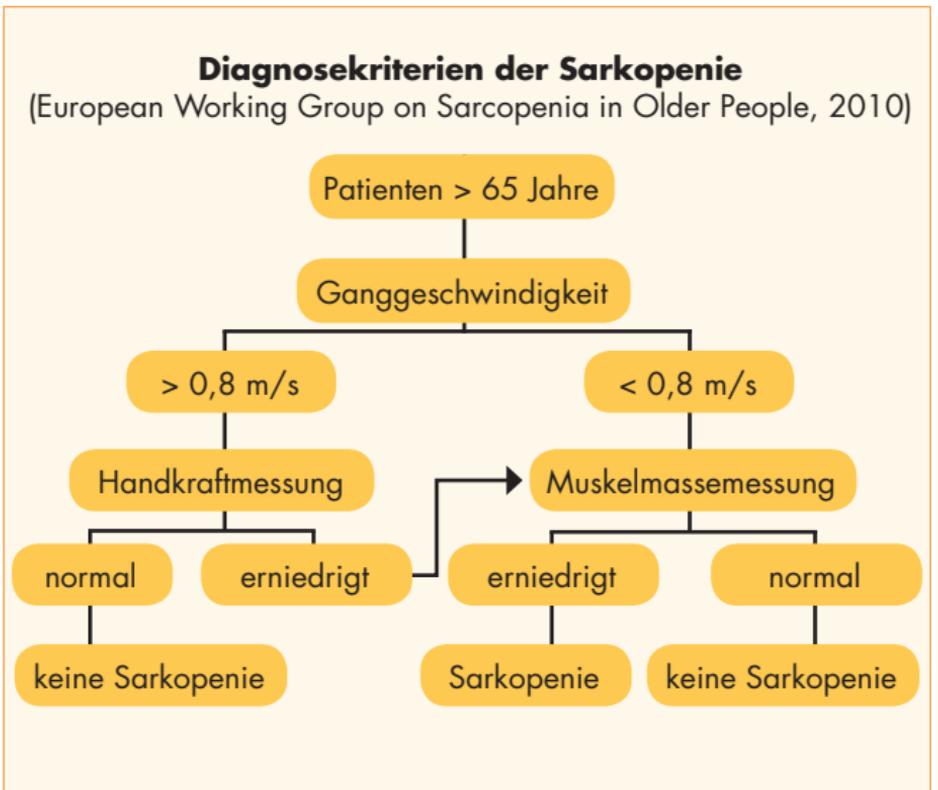
Bewertung:

- 0 = robust
- 1 = pre-frail
- 2 = frail

Ensrud KE et al., Arch Intern Med Feb 25, 2008

Diagnosekriterien der Sarkopenie

(European Working Group on Sarcopenia in Older People, 2010)



Screening nach Lachs

Bereich	Untersuchung/Frage
1. Sehen	<ul style="list-style-type: none"> • Fingeranzahl mit Brille in 2 m Entfernung • Nahvisus, Lesen einer Überschrift • Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?
2. Hören	<p>Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird: 6-1-9 – linkes Ohr, 2-7-3 – rechtes Ohr</p>
3. Arme	<p>Patient soll beide Hände hinter den Kopf legen, einen Kugelschreiber von Tisch/Bettdecke aufheben.</p>
4. Beine	<p>Bitte Sie den Patienten aufzustehen, einige Schritte zu gehen und sich wieder zu setzen.</p>
5. Blasenkontinenz	<p>Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?</p>
6. Stuhlkontinenz	<p>Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?</p>
7. Ernährung	<p>Schätzen Sie das Körpergewicht des Patienten.</p>
8a. Kognitiver Status	<p>Nennen Sie dem Patienten die folgenden Begriffe und bitten Sie ihn, sie sich zu merken: Apfel – Pfennig – Tisch. Bitten Sie den Patienten, die Begriffe zu wiederholen.</p>
9. Aktivität	<p>Fragen Sie den Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Können Sie sich selbst anziehen? • ... mindestens eine Treppe steigen? • ... selbst einkaufen gehen?
10. Depression	<p>Fragen Sie den Patienten: Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?</p>
8b. Kognitiver Status	<p>Fragen Sie die Begriffe aus 8a ab: Apfel – Pfennig – Tisch</p>
11. Soziale Unterstützung	<p>Fragen Sie den Patienten: Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?</p>
12. Allgemeine Risikofaktoren	<p>Wann waren Sie das letzte Mal im Krankenhaus?</p>
13. Allgemeine Risikofaktoren	<p>Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt?</p>
14. Allgemeine Risikofaktoren	<p>Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente?</p>
15. Allgemeine Risikofaktoren	<p>Leiden Sie häufig unter Schmerzen?</p>

path. Resultat

kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort des Patienten: JA.

Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt.

Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst.

Patient ist nicht in der Lage, Tätigkeit selbstständig auszuführen.

Antwort: JA

Antwort: JA

nicht normalgewichtig (untergewichtig)

eine oder mehrere Fragen mit NEIN beantwortet

Antwort: JA oder ggf. Eindruck des Patienten

einen oder mehrere Begriffe vergessen

Antwort: NEIN

vor weniger als 3 Monaten

Antwort: JA

Antwort: JA

Antwort: JA

Das geriatrische Screening nach Lachs dient zur Identifikation geriatrischer Patienten; es enthält 15 Items, der Zeitaufwand ist gering. Es enthält wichtige Indikatoren für funktionelle Störungen und geriatrische Risiken.

Ein Summenwert aus den pathologischen Items ist von untergeordneter Bedeutung. Wichtiger sind die Items selbst, die als pathologisch eingestuft wurden.

Es legt den Grundstein für den Einstieg in das geriatrische Basisassessment und für die Auswahl weiterer Assessmentverfahren.

Lachs MS, Feinstein AR, Cooney LM, Jr., Drickamer MA, Marottoli RA, Pannill FC et al. A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients. *Ann Intern Med* 1990; 112: 699–706

von Renteln-Kruse W, Ebert D. Merkmale hospitalisierter geriatrischer Patienten – zwei Kohorten im Vergleich unter Verwendung des Screenings der Arbeitsgemeinschaft Geriatrisches Basisassessment (AGAST). *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36: 223–232

Sozialfragebogen „SOS Hochzirl“

1. Wie leben Sie?

- allein
- bei Familienangehörigen oder mit rüstigem Partner
- mit Lebenspartner, der selbst Hilfe braucht
- in einem Pflege- oder Wohnheim

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

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

3. Wie oft sehen Sie diese Personen?

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

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

- harmonisch und vertrauensvoll
- teilweise konfliktbeladen und gespannt

5. Haben Sie bereits eine Heimhilfe oder Hauskrankenpflege?

- nein
- wenn ja, welche

6. Fühlen Sie sich gut versorgt?

- fühle mich rundum gut versorgt
- es geht so, man muss zufrieden sein
- fühle mich nicht ausreichend versorgt

7. Fühlen Sie sich einsam?

- ja
- manchmal
- selten/nie

8. Wie oft verlassen Sie Ihre Wohnung? (Einkaufen, Erledigungen, Spazieren, (Arzt-)Besuche, Garten etc?)

- täglich
- mind. ein-, zweimal in der Woche
- seltener als einmal pro Woche

9. Wie wohnen Sie, welche Probleme bestehen?

- keine
- Treppen
- nicht rollstuhlfähig
- keine Zentralheizung
- kein warmes Wasser
- kein öffentlicher Verkehr
- kein Telefon

9. Beziehen Sie bereits Pflegegeld?

- nein
- ja, welche Stufe :

10. Wo möchten Sie wohnen?

- zuhause
- bei Angehörigen
- im Wohnheim
- im Pflegeheim

Tipp:

Die Fragen sollten im Rahmen eines „offenen“ Gespräches geklärt werden. Der Bedarf einer sozialmedizinischen Intervention lässt sich häufig erst im klinischen Verlauf bzw. nach einem Gespräch mit den betreuenden Personen oder Institutionen klären.

Schmerz-Assessment

Patienten	Empfohlenes Instrument
kommunikationsfähige Patienten	Verbal Rating Scale (VRS) 0 = kein Schmerz 1 = leichter Schmerz 2 = mittelstarker Schmerz 3 = starker Schmerz 4 = stärkster vorstellbarer Schmerz
Patienten mit Demenz und sehr stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit	Skala zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD-Skala)

Durchführung des Schmerzassessments:

Instrument	Basisassessment
VRS	<ul style="list-style-type: none"> • in Ruhe • bei Mobilisation • ev. Tag-Nacht
BESD-Skala	<ul style="list-style-type: none"> • bei Pflegehandlungen/Mobilisation

Folge-Assessments: bis zum Erreichen adäquater Analgesie täglich

- in Ruhe
- bei Mobilisation
- bei Pflegehandlungen
- bei Schmerz-Attacken
- nach Gabe der Rescue-Medikation

Kommentar: Auch bei Patienten mit starker kognitiver Einschränkung sollte primär die Selbstauskunft über Vorhandensein und Intensität von Schmerzen mittels VRS angestrebt werden. Da die Numeric Rating Scale (NRS) und Visuelle Analogskala (VAS) ein höheres Abstraktionsvermögen vom befragten Patienten erfordern, wird bei möglicher kognitiver Beeinträchtigung die Symptomerhebung mittels VRS empfohlen. Bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz und Kommunikationsschwierigkeiten, bei welchen die sichere Selbstauskunft über Vorhandensein von Schmerzen nicht möglich ist, soll die BESD-Skala zur Beobachtung von Schmerzverhalten verwendet werden. In der BESD-Skala muss ab 6/10 Punkten davon ausgegangen werden, dass der Patient an Schmerzen leidet. Zur Fremdeinschätzung von Schmerz kann auch der aufwendigere Doloplus-2-Test verwendet werden.

CAVE: bei deliranten Patienten KEIN Fremdbeurteilungsinstrument einsetzen! Direkte Kommunikation ist möglich und wünschenswert.

Skala zur Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD-Skala) Handlungsanleitung:

Beobachten Sie den Patienten zunächst zwei Minuten lang. Dann kreuzen Sie die beobachteten Verhaltensweisen an. Im Zweifelsfall entscheiden Sie sich für das vermeintlich beobachtete Verhalten. Für jede Kategorie sind maximal 2 Punkte zu vergeben.

Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD-Skala)

	nein	ja	Punkte
Atmung (unabhängig von Lautäußerung)			
normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
kurze Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
lautstark angestrengt atmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
lange Phasen von Hyperventilation (schnelle und tiefe Atemzüge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cheyne-Stoke-Atmung (tiefer werdende und wieder abflachende Atemzüge mit Atempausen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Negative Lautäußerung			
keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
gelegentlich stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
sich leise negativ oder missbilligend äußern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
wiederholt beunruhigt rufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
laut stöhnen oder ächzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
weinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gesichtsausdruck			
lächelnd oder nichtssagend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
trauriger Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
ängstlicher Gesichtsausdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sorgenvoller Blick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
grimassieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Körpersprache			
entspannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
angespannte Körperhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
nervös hin und her gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
nesteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Körpersprache starr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
geballte Fäuste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
angezogene Knie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
sich entziehen oder wegstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
schlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trost			
Trösten nicht notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten Ablenken oder Beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
Stimmt es, dass bei oben genanntem Verhalten Trösten, Ablenken, Beruhigen nicht möglich ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Total			____/10

Basler HD, Hüger D, Kunz R, Luckmann J, Lukas A, Nikolaus T, Schuler MS (2006). Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD) Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Der Schmerz*; 20: 519–526

Barthel-Index

1. ESSEN

- ▶ komplett selbstständig wenn in Reichweite oder selbstständige Versorgung mittels Magen-/PEG-Sonde 10
- ▶ Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei Ernährung über Sonde 5
- ▶ kein selbstständiges Einnehmen und keine Sondenernährung 0

2. TRANSFER

- ▶ komplett selbstständig aus dem Liegen in (Roll-)Stuhl und zurück 15
- ▶ Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) nötig 10
- ▶ erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) nötig 5
- ▶ wird nicht aus dem Bett transferiert 0

3. SICH WASCHEN

- ▶ Gesicht, Hals, Hände, Zähneputzen, Rasieren, Kämmen komplett selbstständig, wenn Utensilien in Reichweite 5
- ▶ nicht völlig selbstständig 0

4. TOILETTENBENUTZUNG

- ▶ vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Leibstuhl inkl. Reinigung, Kleiderhandling und Spülung 10
- ▶ Aufsicht oder Hilfe erforderlich 5
- ▶ benützt Toilette/Leibstuhl nicht 0

5. BADEN/DUSCHEN

- ▶ komplett selbstständig inkl. Ein- und Ausstieg und Abtrocknen 5
- ▶ nicht selbstständig 0

6. AUFSTEHEN & GEHEN

- ▶ steht ohne Aufsicht oder Personenhilfe aus dem Sitzen auf und geht mindestens 50 m sicher ohne Gehwagen (Stock oder Krücken erlaubt) 15
- ▶ steht ohne Aufsicht oder Personenhilfe aus dem Sitzen auf und geht mindestens 50 m sicher mit Gehwagen 10
- ▶ leichte Hilfe beim Aufstehen oder Aufsicht nötig, weniger als 50 m Gehstrecke, oder selbstständig mit Rollstuhl im Wohnbereich mobil 5
- ▶ Kriterien für 5 Punkte sind nicht erfüllt 0

7. TREPPENSTEIGEN

- ▶ ohne Aufsicht oder Personenhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen (Stock od. Krücken erlaubt) 10
- ▶ mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen 5
- ▶ Kriterien für 5 Punkte sind nicht erfüllt 0

8. AN-/AUSKLEIDEN

- ▶ Tageskleidung inkl. Schuhe (bei Bedarf auch Korsett, Antithrombosestrümpfe, Prothesen etc.), wird in angemessener Zeit völlig selbstständig angezogen (Anziehilfen oder angepasste Kleidung möglich, alles in Reichweite) 10
- ▶ Oberkörper wird in angemessener Zeit selbstständig angekleidet (Utensilien in Reichweite) 5
- ▶ Kriterien für 5 Punkte sind nicht erfüllt 0

9. STUHLKONTINENZ

- ▶ ist stuhlkontinent, gegebenenfalls bei rektalen Abführmaßnahmen selbstständig oder selbstständige Anus-praeter-Versorgung 10
- ▶ maximal 1x/Woche inkontinent oder unselbstständige rektale Abführmaßnahmen oder Hilfe bei Anus-praeter-Versorgung nötig 5
- ▶ durchschnittlich mehr als 1x/Woche inkontinent 0

10. HARNKONTINENZ

- ▶ harnkontinent oder selbstständige sichere Handhabung von Inkontinenzprodukten oder Dauerkatheter (kein Einnässen von Bett oder Kleidung) 10
- ▶ kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen) oder Hilfe bei DK-Versorgung nötig 5
- ▶ durchschnittlich mehr als 1x/Tag inkontinent 0

Bewertet wird nur, was der Patient tatsächlich aus eigenem Antrieb in seiner aktuellen Situation tut, nicht, was er von seiner Motorik theoretisch oder unter anderen Umständen tun könnte. Bei schwankenden Leistungen (z.B. Tagesform) wird die niedrigere zutreffende Stufe gewertet.

Mahoney Fi, Barthel Dw. *Functional Evaluation: The Barthel Index.* Md State Med J. 1965 Feb; 14: 61-5

Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index, AGAST 2002

Während der Barthel-Index das Hauptaugenmerk auf Selbstständigkeit legt, können im FIM (Functional Independence Measure) die Lernschritte im Rahmen einer Rehabilitation abgebildet werden. Es besteht ein Copyright.

Referenz: Uniform Data System for Medical Rehabilitation, Granger KV; University of New York 1987

Ergänzend zu den ADL müssen auch die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) beurteilt werden, um den gesamten Unterstützungsbedarf eines Patienten korrekt einschätzen zu können.

Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL – Instrumental Activities of Daily Living)

	Punkte
1. Telefon	
benützt Telefon aus eigener Initiative, wählt Nummern	2
wählt einige bekannte Nummern	2
nimmt ab, wählt nicht selbstständig	1
benützt das Telefon überhaupt nicht	0
2. Einkaufen	
kauft selbstständig ein	2
tätigt wenige Einkäufe	1
benötigt bei jedem Einkauf Begleitung	0
unfähig zum Einkaufen	0
3. Kochen	
plant und kocht Mahlzeiten selbstständig	2
kocht Mahlzeiten nur nach Vorbereitung durch andere	1
kocht selbstständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	1
benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0
4. Haushalt	
führt Haushalt alleine, benötigt nur zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	2
führt selbstständig kleine Hausarbeiten aus	1
führt selbst kleine Hausarbeiten aus, kann aber Wohnung nicht reinhalten	1
benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	0
nimmt überhaupt nicht teil an tgl. Verrichtungen im Haushalt	0
5. Wäsche	
wäscht gesamte eigene Wäsche	2
wäscht kleine Sachen	1
gesamte Wäsche muss auswärts versorgt werden	0
6. Transportmittel	
benützt unabhängig öffentliche Verkehrsmittel, eigenes Auto	2
bestellt und benützt selbstständig Taxi, keine öffentlichen Verkehrsmittel	2
benützt öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung	1
beschränkte Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung	1
reist überhaupt nicht	0
7. Medikamente	
nimmt Medikamente in korr. Dosierung u. Zeit eigenverantwortlich	2
nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	1
kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	0
8. Geldhaushalt	
regelt finanzielle Geschäfte selbstständig (Budget/Schecks/Bankwege)	2
erledigt tgl. kleine Ausgaben, benötigt Hilfe bei Einzahlungen/Bank	1
ist nicht mehr fähig, mit Geld umzugehen	0

Gesamtpunkte/16

Es sind max. 16 Punkt erreichbar, das individuelle Ergebnis wird als Quotient von 16 angegeben.

Mobilität & Sturzrisiko

Mobilität umfasst nicht nur das Gehen an sich, sondern auch die Fähigkeit zum sicheren Lagewechsel und ist ein zentraler Faktor für Autonomie und Teilhabe. Die frei gewählte Gehgeschwindigkeit und Gehstrecke sind Zeichen für den allgemeinen Funktionszustand. Sie können erste Zeichen für Frailty erkennbar machen.

Sturzangst und Stürze sind Zeichen der Funktionseinbußen und sind Risikofaktoren für Pflegeabhängigkeit und Tod. Daher sollten entsprechend den Guidelines der AGS alle Menschen älter als 65 Jahre einmal pro Jahr nach Stürzen oder/und nach Sturzangst in bestimmten Situationen gefragt werden. Die weitere Abklärung ist abhängig vom Erscheinungsbild und den individuellen Fähigkeiten.

Je nach Situation werden einzelne oder mehrere Assessmentinstrumente angewandt. Die Ergebnisse bieten eine reproduzierbare Basis für Prävention, Therapie oder Rehabilitation. In der Verlaufsmessung können auch langsame Veränderungen sichtbar gemacht werden.

Esslinger Transferskala

1. Ziel:

Erfassung der erforderlichen Hilfe für einen gefahrlosen und weitgehend schmerzlosen Transfer sowie die Mobilität in der Ebene und auf den Stufen.

2. Durchführung:

Testung der angeführten Mobilitätsstufen.

Der benötigte Grad an Hilfe wird in Stufen H0 bis H5 eingeteilt. Hilfsmittel dürfen verwendet werden.

Der Transfer wird so durchgeführt, wie der Patient es gewohnt ist.

Bei Tageschwankungen wird die schlechtere Einstufung gewählt.

Bei offenkundigen Schmerzen oder Sturzgefahr ist prinzipiell eine Stufe höher einzustufen.

3. Zeitdauer:

Abhängig von der Selbstständigkeit und Mobilität des Patienten.

4. Vorteile:

Alltagsrelevant, schnell zu erheben, Änderungen der Mobilitätsstufen und personellen Hilfe auch bei nicht gehfähigen Patienten leicht nachvollziehbar.

Esslinger Transferskala - Hilfestufen

H0: keine personelle Hilfe erforderlich, sicher und ohne wesentliche Schmerzen

H1: spontane Laienhilfe ausreichend oder offenkundige Schmerzen oder unmittelbare Sturzgefahr oder Anleitung bzw. Überwachung notwendig

H2: geschulte Laienhilfe erforderlich (nach ca. zweimal je ½ Stunde Schulungszeit)

H3: professioneller Helfer erforderlich, Therapeut oder gut ausgebildete Pflegekraft (z.B. Bobath-Ausbildung bei Insultpatienten, Kinästhetik, NDT= neurodevelopmental treatment)

H4: zwei professionelle Helfer oder ein Helfer und zusätzlich ein technisches Gerät (Lifter, Rutschbrett, Drehbrett, ...)

H5: Transfer bzw. Mobilitätsstufe nicht möglich oder nicht beurteilbar

Esslinger Transferskala und Mobilitätsstufen:

	Bemerkungen
1 Lagewechsel im Liegen (RL – SL)	H0 H1 H2 H3 H4 H5
2 Aufsetzen (RL – QB)	H0 H1 H2 H3 H4 H5
3 freier Sitz	H0 H1 H2 H3 H4 H5
4 Aufstehen von Bettkante	H0 H1 H2 H3 H4 H5
5 Transfer Bett – Sessel/RS	H0 H1 H2 H3 H4 H5
6 Aufstehen von Sessel/RS	H0 H1 H2 H3 H4 H5
7 Transfer Sessel/RS – Bett	H0 H1 H2 H3 H4 H5
8 Stehen mit Anhalten	H0 H1 H2 H3 H4 H5
9 Stehen frei	H0 H1 H2 H3 H4 H5
10 Gehen/RS-Fahren 1 – 5m auf Station	H0 H1 H2 H3 H4 H5
11 6 – 50 m auf der Station	H0 H1 H2 H3 H4 H5
12 mehr als 50 m im freien Gelände	H0 H1 H2 H3 H4 H5
13 Stiegensteigen bis 15 Stufen (1 STW)	H0 H1 H2 H3 H4 H5
14 Stiegensteigen mehr als 15 Stufen	H0 H1 H2 H3 H4 H5

Die jeweilige Hilfestufe wird markiert. Unter Bemerkungen können ev. Besonderheiten und Hilfsmittel aufgeschrieben werden.
 Der Transfer von RL über QB zum Sessel/RS und zurück kann auch als Gesamtheit bewertet werden mit H0 bis H5.

Timed Get-UP & Go-Test (TUG)

1. Ziel

- unterscheidet zwischen selbstständig gehfähig und nicht gehfähig

2. Durchführung

- Sitz auf Stuhl mit Armlehne (Sitzhöhe ca. 46 cm) – nach Aufforderung aufstehen – 3 m mit der gewohnten Gehgeschwindigkeit hin- und zurückgehen (Markierung am Boden) – wieder hinsetzen
- Ablauf darf 1x demonstriert und geübt werden
- benötigte Zeit und Hilfsmittel notieren
- personelle Hilfe ist nicht erlaubt

3. Dauer

- je nach Mobilität 1 – 5 Minuten

4. Interpretation

- < 10 sec: Alltagsmobilität uneingeschränkt
- 11 – 19 sec: geringe Mobilitätseinschränkung, in der Regel ohne Alltagsrelevanz
- 20 – 29 sec: relevante Mobilitätseinschränkung, funktionelle Einschränkungen wahrscheinlich, Gehgeschwindigkeit noch bei 0,5m/sec
- > 30 sec: ausgeprägte Einschränkung, personelle Hilfe oder adäquate Hilfsmittel erforderlich
- erhöhtes Sturzrisiko bei TUG > 14 sec

5. Vorteile

- alltagsrelevant; schnell zu erheben
- gute Reliabilität und Validität
- geeignet für Verlaufsmessungen

6. Nachteile

- keine Aussage über Gangbildveränderungen.
- keine direkte Aussage über Gehgeschwindigkeit (Aufstehen, Wenden)

Bei unauffälligem TUG Wiederholung mit zusätzlicher Aufgabe möglich (Double Tasking).

Testdurchführung modifizierter TUG (Double Task)

TUG kognitiv: Durchführung des TUG während der Patient ausgehend von einer beliebigen Zahl zwischen 20 und 100 jeweils um 3 rückwärts zählt

Interpretation: erhöhtes Sturzrisiko bei Zeitbedarf > 15 sec

TUG manuell: Durchführung des TUG, während der Patient einen vollen Becher Wasser trägt

Interpretation: erhöhtes Sturzrisiko bei Zeitbedarf > 14,5 sec

Tinetti-Testverfahren

1. Ziel

Beurteilung von Gleichgewicht, posturaler Stabilität, Gangbild und -sicherheit, Erfassung eines erhöhten Sturzrisikos

2. Durchführung

- Stuhl ohne Armlehnen – Sitzen – Aufstehen ohne Abstützen – unmittelbare Stehbalance – Füße schließen – 3x leichter Stoß gegen Sternum – Augen schließen für 10 sec – mind. 3 m gehen – 360°-Drehung – Rückweg – Hinsetzen
- Hilfsmittel erlaubt, wenn notwendig

3. Dauer

- je nach Mobilität und Erfahrung des Untersuchers 5 – 10 min

4. Interpretation

- max. 28 Punkte
- 24 – 27 Punkte: Mobilität leicht eingeschränkt
- 20 – 23 Punkte: Sturzrisiko leicht erhöht
- (19 – 24 Pkt. vgl. Shumway Cook)
- < 20 Punkte: Sturzrisiko deutlich erhöht, v.a.
Gehtest zeigt hohe prädiktive Validität

5. Vorteile

einziges Instrument, das auch die Gangqualität beurteilt, kann auch wegweisend bei neurologisch bedingten Gang- und Balancestörungen sein

6. Nachteile

- genaue Beobachtung notwendig
- Schulungsbedarf
- Summenscore nur begrenzt aussagekräftig

Tinetti-Balancetest

Gleichgewicht im Sitzen:

- ▶ unsicher 0
- ▶ sicher, stabil 1

Aufstehen vom Stuhl:

- ▶ nicht möglich 0
- ▶ nur mit Hilfe 1
- ▶ div. Versuche, rutscht nach vorn 2
- ▶ braucht Armlehnen oder Halt 3
- ▶ in einer fließenden Bewegung 4

Balance in den ersten 5 Sekunden:

- ▶ unsicher (Schwanken, Korrekturschritte, sucht Halt) 0
- ▶ sicher, aber nur mit Halt 1
- ▶ sicher, ohne Halt 2

Stehsicherheit:

- ▶ unsicher (Schwanken, Korrekturschritte, wenn nur mit HM/Anhalten – Testende) 0
- ▶ sicher, aber ohne geschlossene Füße 1
- ▶ sicher, mit geschlossenen Füßen, ohne Anhalten 2

Balance (mit geschlossenen Augen und Füßen):

- ▶ unsicher (Schwanken, Korrekturschritte, nur mit HM/Halt) 0
- ▶ sicher, ohne Halt 1

Drehung 360° (mit offenen Augen):

- ▶ unsicher (Schwanken, Korrekturschritte, nur mit HM/Halt) 0
- ▶ diskontinuierliche Schritte 1
- ▶ kontinuierlich und sicher 2

Stoß gegen die Brust (leicht 3x, mit geschlossenen Füßen):

- ▶ würde ohne Hilfe oder Halt fallen 0
- ▶ muss Korrekturschritte ausführen, behält aber Gleichgewicht 1
- ▶ gibt sicheren Widerstand 2

Hinsetzen:

- ▶ lässt sich plumpsen, schätzt Distanz falsch, braucht Lehne oder Halt 0
- ▶ flüssige Bewegung 1

Gesamtpunkte Balancetest (max. 15) _____ Pkt.

Hilfsmittel: o keines

o ja _____

Tinetti-Gehprobe

Bei der Gehprobe werden die ersten 2 – 3 Schritte nicht mitbeurteilt.
 Wenn Gehen ohne fremde Hilfe nicht möglich – Testende 0

Schrittauslösung (nach Aufforderung Beobachtung von der Seite und von hinten):

- ▶ zögert, mehrere Versuche, stockend 1
- ▶ beginnt zu gehen ohne Zögern, fließende Bewegung 2

Schritthöhe:

- ▶ Schlurfen oder übertriebenes Hochziehen 1
- ▶ Schritthöhe 2,5 – 5 cm 2

Schrittlänge (Distanz zwischen Zehe des Standbeines und Ferse des Schwungbeines):

- ▶ weniger als Fußlänge 1
- ▶ mindestens Fußlänge 2

Schrittsymmetrie:

- ▶ Schrittlänge variiert oder Patient hinkt (immer mit gleichem Fuß nach vor) 0
- ▶ Schrittlänge beidseits gleich 1

Gangkontinuität:

- ▶ Phasen mit beiden Beinen am Boden 1
- ▶ beim Absetzen des einen Fußes wird der andere gehoben, keine Pausen 2

Wegabweichung:

- ▶ Abweichung, Schwanken 1
- ▶ Füße werden entlang einer imaginären Linie abgesetzt 2

Rumpfstabilität:

- ▶ Rücken und Knie nicht gestreckt, unsicher, Arme (Hilfsmittel) werden zur Stabilisierung benötigt 0
- ▶ Rücken und Knie gestreckt, kein Schwanken 1

Schrittbreite:

- ▶ Gang breitbeinig oder überkreuzend 0
- ▶ Füße berühren sich beinahe beim Gehen 1

Gesamtpunkte der Gehprobe (max. 13) _____
 Hilfsmittel o nein o ja _____

Gesamtpunkte Tinetti-Balance und -Gang (max. 28 Pkte.) _____

Short Physical Performance Battery (SPPB)

(Synonym: Guralnik-Testverfahren)

1. Ziel

Erfassung der drei wichtigen Mobilitätskriterien Kraft, Gleichgewicht und Gehgeschwindigkeit

Voraussetzung:

Freier Stand ohne Hilfsmittel muss möglich sein (erlaubt sind jeweils 3 Versuche).

2. Durchführung

- ▶ Tester zeigt jede Bewegung vor
- ▶ Bewegung der Arme oder Kniebeugen erlaubt, Füße müssen in Position verbleiben
- ▶ Hilfe, um in die Positionen zu kommen, ist erlaubt

A. Balance

1. Side by Side

(Füße Seite an Seite)

- 1 Pkt. > 10 sec
- 0 Pkt. < 10 sec

2. Semi-Tandem

(Ferse des einen Fußes neben der Großzehe des anderen Fußes – Patient darf selbst wählen, welches Bein vorne oder hinten platziert wird)

- 1 Pkt. > 10 sec
- 0 Pkt. < 10 sec

3. Tandem-Stand

(Ferse des einen Fußes direkt vor dem anderen Fuß)

- 2 Pkt. > 10 sec
- 1 Pkt. 3 – 9 sec
- 0 Pkt. < 3 sec

B. Gehgeschwindigkeit

Gewohnte Gehgeschwindigkeit, Hilfsmittel ist erlaubt, keine Hilfsperson, 2 Versuche, der schnellere wird gewertet. Zeitmessung (mit Stoppuhr) über eine Gehstrecke von 4 m. Beginn der Zeitnehmung von der Startlinie, bis erster Fuß komplett über der Ziellinie (dahinter 1 – 2 m freier Raum nötig, um zügiges Überschreiten der Ziellinie zu ermöglichen)

Interpretation:

- 0 Pkt. nicht möglich
- 1 Pkt. > 8,7 sec
- 2 Pkt. 6,2 – 8,7 sec
- 3 Pkt. 4,8 – 6,2 sec
- 4 Pkt. < 4,8 sec

C. Chair Rising oder Chair Stand up Test

Aufstehen von normalem Sessel ohne Benützung der Armlehnen (Arme vor der Brust verschränkt). Wenn ein Versuch gelingt, soll der Patient so schnell wie möglich 5x aufstehen, Messung endet, wenn Patient wieder sitzt.

Zeitmessung mit Stoppuhr:

0 Pkt.	> 60 sec oder nicht möglich
1 Pkt.	> 16,6 sec
2 Pkt.	13,7 – 16,6 sec
3 Pkt.	11,2 – 13,6 sec
4 Pkt.	< 11,2 sec

Max. Gesamtpunktezahl aller 3 Teile ist 12 Pkt.

3. Zeitbedarf

je nach Mobilitätsgrad 5 – 10 min

4. Interpretation

Niedrige Scores sind prädiktiv für das Risiko, Defizite in den ADLs zu entwickeln, Stürze zu erleiden.

5. Vorteile

- Erfassung wichtiger Mobilitätsfaktoren
- einfach durchführbar (keine Schulung nötig)

6. Nachteile

exakte Zeitmessung notwendig, trotzdem gewisse Schwankungsbreite

Guralnik KM, N Engl J Med 1995; 332: 556–561

Six Minutes Walking Test:

Der Test misst die körperliche Leistungsfähigkeit und Ausdauer anhand der in 6 Minuten maximal zurückgelegten Gehstrecke in Metern. Hilfsmittel, Begleitung und Pausen sind erlaubt. Eignung für Verlaufsmessungen.

Gute Aussagekraft wurde für Patienten mit Erkrankung der Atmungsorgane des Herz-Kreislauf-Systems (COPD, chronische Herzinsuffizienz) und neurologische Grunderkrankungen beschrieben.

Sturzangst

Sturzangst tritt im Alter auch ohne vorangegangene Stürze auf und ist ein Zeichen schlechter werdender Gangperformance. Die allgemeine Frage wird häufig verneint und erst das Abfragen spezifischer Situationen lässt die Sturzangst erkennen. Die Diagnose ist wichtig, weil es ohne Intervention meist zu einem Circulus vitiosus aus Mobilitätsverschlechterung und zunehmender Einschränkung des Bewegungsumfanges kommt.

FES-i short

„Wir würden Ihnen gern einige Fragen darüber stellen, welche Bedenken Sie haben hinzufallen, wenn Sie bestimmte Aktivitäten ausführen. Bitte denken Sie noch einmal darüber nach, wie Sie diese Aktivitäten normalerweise ausführen. Wenn Sie die Aktivität zurzeit nicht ausführen, geben Sie bitte trotzdem eine Antwort um anzuzeigen, ob Sie Bedenken hätten zu stürzen, wenn Sie die Aktivität ausführen würden. Markieren Sie bitte diejenige Angabe, die am ehesten Ihrem Empfinden entspricht, um anzuzeigen, welche Bedenken Sie haben zu stürzen, wenn Sie diese Aktivität ausführen.“

Bedenken	keinerlei	einige	ziemliche	sehr große
	1	2	3	4
1. sich an- oder ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ein Bad nehmen oder duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. von einem Stuhl aufstehen oder sich hinsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. eine Treppe hinauf- oder hinuntergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. etwas erreichen, was sich oberhalb des Kopfes oder auf dem Boden befindet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. eine Steigung hinauf- oder hinuntergehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. eine Veranstaltung besuchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auswertung: Summierung der Punkte

Ergebnis: 7 (keine Sturzangst) – 28 (schwere Sturzangst)

Wenn es speziell um Tätigkeiten geht, die hier nicht angeführt sind, dann sollte die lange Version des FES-i benützt werden (16 Items).

Gertrudis I. J. M. Kempen, Lucy Yardley, Jolanda C. M. Van Haastregt, G. A. Rixt Zijlstra, Nina Beyer, Klaus Hauer, Chris Todd. *The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling.* AgeAging 2008; 37:45–50

Dias N, Kempen GI, Todd CJ et al. *The German version of the Falls Efficacy Scale-International Version (FES-I).* Z Gerontol Geriatr 2006; 39: 297–300

Ernährungszustand

Bei geriatrischen Patienten finden sich häufig Risikofaktoren für qualitative und quantitative Mangelernährung. Ohne Intervention kommt es in weiterer Folge zu körperlichem und kognitivem Abbau, Abnahme der Lebensqualität und zunehmendem Infektions-, Sturz- und Mortalitätsrisiko. Deshalb ist ein diesbezügliches Screening obligater Bestandteil bei ärztlichen Kontakten mit geriatrischen Patienten.

Short Nutritional Assessment Questionnaire (SNAQ®)

- | | |
|---|----------|
| 1. Haben Sie ungewollt Gewicht verloren? | |
| mehr als 6 kg in den letzten 6 Monaten | 3 Punkte |
| mehr als 3 kg im letzten Monat | 2 Punkte |
| 2. Hatten Sie im letzten Monat wenig Appetit? | 1 Punkt |
| 3. Haben Sie im letzten Monat Trinknahrung zu sich genommen oder wurden Sie mit einer Ernährungs-sonde ernährt? | 1 Punkt |

Bewertung: ≥ 2 Punkte Risiko für Mangelernährung

oder

Mini Nutritional Assessment – Vortest (siehe MNA-Formular auf der nächsten Seite)

Wenn im Screening kein Risiko eruierbar ist, sollte der Patient hinsichtlich des Essverhaltens mittels Tellerprotokoll und der individuellen Bedürfnisse im Rahmen der akuten und chronischen Erkrankungen engmaschig beobachtet werden.

Abzugrenzen davon ist das detaillierte Ernährungsassessment. Im Fachbereich der Geriatrie empfiehlt sich die Verwendung der langen Version des Mini Nutritional Assessment.

Konsequente Maßnahmen – Erkennen, Beobachten, Behandeln:

- durch standardisierten Ernährungsplan
- individuelle Unterstützung und Behandlung aufgrund eines Ernährungsassessments

Vellas B, Villars H, Abellan G et al. Overview of the MNA® – Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 456–465

Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, Guigoz Y, Vellas B; Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Gerontol* 2001; 56A: M366–377

Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA®) Review of the Literature – What does it tell us? *J Nutr Health Aging* 2006; 10: 466–487

Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C et al.; Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA®-SF): A practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging* 2009; 13: 782–788

© Société des Produits Nestlé, S.A., Vevey, Switzerland, Trademark Owners

© Nestlé, 1994, Revision 2009. N67200 12/99 10M

Mehr Informationen unter: www.mna-elderly.com

Mini Nutritional Assessment MNA[®] – Short Form (MNA[®]-SF)

A Hat der Patient während der letzten 3 Monate wegen Appetitverlust, Verdauungsproblemen, Schwierigkeiten beim Kauen oder Schlucken weniger gegessen?

- 0 = starke Abnahme der Nahrungsaufnahme
1 = leichte Abnahme der Nahrungsaufnahme
2 = keine Abnahme der Nahrungsaufnahme

B Gewichtsverlust in den letzten 3 Monaten

- 0 = Gewichtsverlust > 3 kg
1 = nicht bekannt
2 = Gewichtsverlust zwischen 1 und 3 kg
3 = kein Gewichtsverlust

C Mobilität

- 0 = bettlägerig oder in einem Stuhl mobilisiert
1 = in der Lage, sich in der Wohnung zu bewegen
2 = verlässt die Wohnung

D Akute Krankheit oder psychischer Stress während der letzten 3 Monate?

- 0 = ja
2 = nein

E Neuropsychologische Probleme

- 0 = schwere Demenz oder Depression
1 = leichte Demenz
2 = keine psychologischen Probleme

F1 Body Mass Index (BMI): Körpergewicht (kg)/ Körpergröße² (m²)

- 0 = BMI < 19
1 = 19 ≤ BMI < 21
2 = 21 ≤ BMI < 23
3 = BMI ≥ 23

ODER

F2 Wadenumfang (WU in cm)

- 0 = WU < 31
3 = WU ≥ 31

Ergebnis des Screenings

(max. 14 Punkte)

- 12 – 14 Punkte: normaler Ernährungszustand
8 – 1 Punkte: Risiko für Mangelernährung
0 – 7 Punkte: Mangelernährung

Bei Vorliegen eines Risikos (< 11 Punkte) muss ein genaueres Assessment durchgeführt werden. Dazu eignet sich die lange Form des MNA, außer wenn statt des BMI der Wadenumfang verwendet wurde, da dieser in der langen Version noch einmal verwendet wird und das Punkteergebnis der langen MNA-Version daher in dieser Situation wissenschaftlichen Anforderungen nicht mehr genügt. An den erheblichen Ursachen für Mangelernährung ändert das natürlich nichts.

Unter www.mna-elderly.com findet man nicht nur die Formulare, sondern auch einen genauen User-Guide.

Dysphagie

Schluckstörungen sind im höheren Alter viel häufiger, als sie diagnostiziert werden. Bei pflege- und betreuungsbedürftigen Patienten wird die Prävalenz von Schluckstörungen bis auf 60 % geschätzt.

Das Hauptrisiko ist die Aspiration, bis zu zwei Drittel der Aspirationen verlaufen stumm. Dysphagie und Aspiration tragen wesentlich zur Ernährungsproblematik (Mangelernährung) bei geriatrischen Patienten bei und sind mit hoher Morbidität und Mortalität assoziiert.

Daher sollte ein standardisiertes Dysphagie-Screening Bestandteil des geriatrischen Assessments sein.

1. Anamnese und gezieltes Fragen nach Symptomen

- sich verschlucken, Steckenbleiben von Nahrung
- belegte Stimme, Räuspern
- Husten
- Schmerzen beim Schlucken (Odynophagie)
- Sodbrennen, Reflux
- Speichelaustritt aus dem Mund
- Aspiration von fester Nahrung, Flüssigkeiten und Speichel
- Speisereste in der Wangentasche
- Angst vor Einschränkung von Essen und Trinken
- Exsikkose
- Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Mangelernährung
- häufige Atemwegsinfekte
- eine oder mehrere Pneumonien in letzter Zeit

2. Beobachtung hinsichtlich der oben angeführten Symptome

3. Klinische Untersuchung inklusive Schlucktest

Dysphagie-Test nach Daniels

1. Anamnestische Erhebung von Dysphagiezeichen

- Dysphonie
- Dysarthrie
- abnormer Würgreflex
- abnormaler willentlicher Husten
- Husten direkt nach dem Schlucken
- veränderte Stimmqualität direkt nach dem Schlucken
- eine oder mehrere Pneumonien in letzter Zeit

Dysphagie-Test nach Daniels

2. Klinische Untersuchung:

- faziale Symmetrie
- orales Bewegungsausmaß und Koordination
- Testung des Würgereflexes
- Testung des willkürlichen Hustens
- Testung des Sprechens und der Stimmqualität

3. Wasserschlucktest:

Nach Anamnese und klinischer Untersuchung wird dem Patienten im Sitzen über eine Tasse oder mit Strohhalm ein Flüssigkeitsbolus von 5 ml Wasser gereicht, dann auf 10 ml und 20 ml gesteigert. Alle Trinkmengen sollen zweimal verabreicht werden. Nach jedem Schluck soll der Patient ein „ah“ phonieren, um die Stimmqualität beurteilen zu können.

Abbruch bei Auftreten von Husten oder Veränderung der Stimmqualität innerhalb einer Minute nach dem Schlucken.

Bewertung: Der Daniels-Test gilt als positiv, wenn mindestens zwei Dysphagiezeichen (s. oben) während des Schlucktests beobachtet werden. Bei zwei oder mehr vorhandenen Parametern liegt mit einer Sensitivität von 92,7 % und Spezifität von 66,7 % eine Dysphagie vor.

Ausführlicher ist der Gugging Swallowing Screen (GUSS), er erfasst alle Nahrungskonsistenzen.

Bei positivem Befund genauere weiterführende Diagnostik:

- logopädischer Status
- HNO-Untersuchung
- neurologische Untersuchung
- Videoendoskopie (FEES: fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing) oder
- Videofluoroskopie (VFSS: videofluoroscopic swallowing study)

Kommentar: Die Diagnose einer Schluckstörung darf keinesfalls dazu führen, das man dem Patienten unreflektiert orale Nahrungszufuhr vorenthält und/oder ebenfalls unreflektiert eine PEG-Sonde implantiert, die keine geeignete Maßnahme zur Verhinderung von Aspirationen ist.

Daniels SK et al. Clinical Assessment of Swallowing and Prediction of Dysphagia Severity. American Journal of Speech-Language Pathology 1997; 6: 17–24

Daniels SK et al., Arch Phys Med Rehabil 2000; 81(8): 1030–3

Finucane T et al. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. JAMA 1999; 282:1365–1370

Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. NEJM 2000; 342: 206–210

Trapl M et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients. Stroke 2007; 38 2948–2952

Harninkontinenz

Rationale: Geriatrische Patienten sprechen oft erst nach konkreter Befragung über ihre Inkontinenzsymptome.

1. Müssen Sie deutlich öfter Wasser lassen als früher? (mehr als 7x pro Tag oder 1x pro Nacht)

<input type="radio"/> ja (1)	<input type="radio"/> nein (0)
------------------------------	--------------------------------
2. Spüren Sie manchmal einen plötzlichen und unkontrollierbaren Drang zum Wasser lassen?

<input type="radio"/> ja (1)	<input type="radio"/> nein (0)
------------------------------	--------------------------------
3. Verlieren Sie ohne Grund ungewollt Harn oder Stuhl?

<input type="radio"/> ja (1)	<input type="radio"/> nein (0)
------------------------------	--------------------------------
4. Verlieren Sie unfreiwillig Harn beim Husten, Niesen oder Lachen?

<input type="radio"/> ja (1)	<input type="radio"/> nein (0)
------------------------------	--------------------------------
5. Ist der Patient nach Angaben des Pflegepersonals inkontinent?

<input type="radio"/> ja (1)	<input type="radio"/> nein (0)
------------------------------	--------------------------------

Beurteilung: Wird zumindest eine Frage mit Ja beantwortet, muss Harninkontinenz weiter abgeklärt werden.

modifiziert nach AHCPR Clinical Practice Guidelines 1996

Assessment:

- **Harnanalysen**
Infekte behandeln, Hämaturie abklären.
- **Beurteilung der funktionellen Kapazitäten**
Mobilität, Kognition, emotionaler Status, Schlafqualität – Defizite behandeln.
- **Schmerzanalyse**
Akute und chronische Schmerzzustände im lumbosakralen und pelvischen Bereich unter bestmöglicher Ausschöpfung physikalischer Maßnahmen behandeln.
- **Beurteilung der Drangkomponente, der Nykturie und der Trinkmenge**
Mit dem Patienten sprechen! Die Erstellung von Miktionsprotokollen durch die geriatrischen Patienten selbst ist nur in seltenen Fällen möglich.
- **Restharnbestimmung**
Harnableitung und eine neurourologische Abklärung anstreben. Therapieversuch mit nicht die Blut-Hirn-Schranke passierenden cholinergen Substanzen nach Ausschluss einer infravesikalen Obstruktion.
- **Medikamentenanalyse**
Medikamente, die nachgewiesenermaßen Harninkontinenzsymptome verstärken, wie Kalziumantagonisten, Betablocker, Schleifendiuretika und hochdosierte psychotrope Substanzen, nach Möglichkeit durch „kontinenzfreundlichere“ Präparate ersetzen.
- **Analyse des Stuhlverhaltens**
Obstipation und Stuhlverhalten erkennen und beseitigen.

- **Beurteilung der vulvovaginalen Schleimhautverhältnisse und vaginaler Abstrich bei pathologischem Fluor**
Nach Ausschluss von Kontraindikationen lokale Östrogensubstitution, bei bakterieller Fehlbesiedelung und Candidiasis entsprechende lokale Therapiemaßnahmen.
- **Beurteilung der Beckenbodenmuskelfunktion mittels vaginaler Palpation**
Wenn die Patientin die Beckenbodenmuskeln willkürlich kontrahieren kann, führt dies zu einer zirkulären Druckzunahme um den palpierenden Finger und zu einer Elevation der Vagina. Wenn keine wirksame Beckenbodenmuskelkontraktion möglich ist, kann bereits im Rahmen der Untersuchung eine erste Wahrnehmungsschulung und Instruktion durchgeführt und die Patientin in der Folge einer kontrollierten Beckenboden-Rehabilitationstherapie zugeführt werden.
- **Erfragen der letzten gynäkologischen und urologischen Untersuchungen**
Ausschluss zugrunde liegender struktureller Pathologien erwägen.

DIAPPERS

Merkwort für mögliche Pathologien oder Dysfunktionen, die einer Dranginkontinenz zugrunde liegen können.

- D** Delirium
- I** Infektionen
- A** Atrophe Schleimhautveränderungen
- P** Psychische Faktoren
- P** Pharmaka
- E** Exzessive Harnanflutung
- R** Restricted (= eingeschränkte) Mobilität
- S** Stuhlimpaktion (Koprostase)

Stuhlinkontinenz

Dieses Problem wird von den Betroffenen anfangs oft negiert, ev. wird von „Diarrhoe“, „schlechter Verdauung“ oder „Hämorrhoidalbeschwerden“ gesprochen.

Mittels behutsam formulierter doch unbeirrt wiederholter Schlüsselfragen erzielt die professionelle Anamnese jedoch allmählich das Eingeständnis der belastenden Problematik selbst sowie die dann folgende Schilderung des Ausmaßes der Fäkalinkontinenz (F.I.).

Diese Schlüsselfragen betreffen unter anderem:

- morgendliche Hausgebundenheit, um den Darm mehrmals gründlich zu entleeren
- den Aufbruch zum täglichen Einkauf erst gegen Mittag
- den Verzicht auf ausgedehnte Spaziergänge untertags, auf Wanderungen, auf Reisen
- den Verzicht auf Einladungen, Besuche von Restaurants, Veranstaltungen; Theaterbesuche werden bestenfalls riskiert, wenn man vorher nichts isst.

Zur Beurteilung des F.I.-Ausmaßes ist derzeit der Wexner-Score am geeignetsten. Dies dient der Objektivierung von Behandlungseffekten und hilft bei der Indikationsstellung zu operativen Therapien, welche umso zurückhaltender angeboten werden sollten, je niedriger der Score ist.

Wexner-Score zur Beurteilung des Schweregrades der Stuhlinkontinenz					
	Häufigkeit				
Inkontinenztyp	nie	sporadisch	gelegentlich	häufig	immer
für geformten Stuhl	0	1	2	3	4
für flüssigen/weichen Stuhl	0	1	2	3	4
für Winde	0	1	2	3	4
Einlagen erforderlich	0	1	2	3	4
Sozialleben eingeschränkt	0	1	2	3	4
Wexner-Score für Pat. Datum:					
Punkte: (0 = völlig kontinent, 20 = vollständig inkontinent)					

Jorge JMN, Wexner SD. Etiology and management of fecal incontinence. *Dis Colon Rectum* 1993; 36: 77-97

Wunderlich M, *Geriatric Praxis* 06/2007

Delir

Das Delir ist die häufigste psychische Störung bei älteren Menschen. Die damit einhergehenden Verhaltensstörungen gehören zu den häufigsten Krankheitssymptomen bei älteren Menschen. Es sind auch regelmäßig – meist passagere – kognitive Defizite damit verbunden. Neben zahlreichen internistischen und neurologischen Erkrankungen führen sehr oft Medikamente – selbst in normaler therapeutischer Dosierung – zu diesem Syndrom. Deshalb ist eine kritische Revision der laufenden Medikation vor allem hinsichtlich des anticholinergen Potenzials (cave: Summierungseffekte) und eines möglichen Dopaminexzesses obligat.

Ein Delir ist lebensbedrohlich, bis zu zwei Drittel der Fälle werden jedoch nicht erkannt!

Die DSM-IV-Kriterien sind genau, aber nicht einfach anzuwenden:

- Störung des Bewusstseins (Vigilanzstörung – hyper-hypoalert) mit verminderter Fähigkeit die Aufmerksamkeit zu fokussieren, zu erhalten oder zu verlagern
- kognitive Störung (z.B. Gedächtnisstörung, Desorientiertheit, Sprachstörung) oder Wahrnehmungsstörung (z.B. Illusionen, Halluzinationen), die nicht durch eine schon bestehende Demenz erklärt werden kann
- Entwicklung der Symptome innerhalb einer kurzen Zeit (Stunden bis Tage) und Fluktuation im Tagesverlauf
- Hinweise aus Anamnese, klinischer Untersuchung und/oder Labortests, dass die Störung direkte Folge einer somatischen Erkrankung oder von Medikamenteneinnahme ist

Delirium Observations Screening Scale (DOSS)

Die DOS-Skala (Delirium Observatie Screening Schaal, Schuurmans 2001) ist ein reines Beobachtungsinstrument welches relativ gut den typisch fluktuierenden Verlauf der Verhaltensstörungen erfasst. Es eignet sich gut zur Erfassung der beobachtbaren Verhaltensstörungen durch Pflegepersonen.

Handlungsanleitung:

In jeder Schicht (bei uns üblicherweise Tag- und Nachtdienst) wird die Skala anhand eigener Beobachtungen ausgefüllt – was eben tatsächlich zu beobachten war. Die Gesamtsumme in 24 Stunden wird durch die Zahl der Schichten (bei uns üblicherweise 2) dividiert – das ist das zu bewertende Ergebnis.

Bewertung:

- 0: normales Verhalten,
- < 3: wahrscheinlich kein Delir
- > 3: wahrscheinlich Delir → weiter mit CAM

Wichtig: Eine umgehende Analyse möglicher auslösender Ursachen und deren rasche Behandlung ist notwendig.

Datum:		Tagdienst			Nachtdienst		
Patientenname		nie	manchmal – immer	weiß nicht	nie	manchmal – immer	weiß nicht
BEOBACHTUNGEN							
1: nickt während des Gesprächs ein		0	1	-	0	1	-
2: wird durch Reize der Umgebung schnell abgelenkt		0	1	-	0	1	-
3: bleibt aufmerksam im Gespräch oder in der Handlung		1	0	-	1	0	-
4: beendet begonnene Fragen oder Antworten nicht		0	1	-	0	1	-
5: gibt unpassende Antworten auf Fragen		0	1	-	0	1	-
6: reagiert verlangsamt auf Aufträge		0	1	-	0	1	-
7: denkt, irgendwo anders zu sein		0	1	-	0	1	-
8: erkennt die Tageszeit		1	0	-	1	0	-
9: erinnert sich an kürzliche Ereignisse		1	0	-	1	0	-
10: nestelt, ist ruhelos, unordentlich und nachlässig		0	1	-	0	1	-
11: zieht an Infusionen, an Sonden oder an Katheter usw.		0	1	-	0	1	-
12: reagiert unerwartet emotional		0	1	-	0	1	-
13: sieht, hört und riecht Dinge, die nicht vorhanden sind.		0	1	-	0	1	-
TOTAL PUNKTE PRO DIENST (0 – 13)							
DOS-SKALA	< 3	kein Delir					
endgültige Punktezahl	≥ 3	wahrscheinliches Delir					

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Kriterien

1. Akuter Beginn

Gibt es Hinweise für eine akute Veränderung des geistigen Zustandes des Patienten im Vergleich zu seinem Normalverhalten/zum ursprünglichen Zustand vor einem Ereignis (z.B. Operation, Erkrankung, Ortswechsel)?

2. Rasch fluktuierender Verlauf

Verändert sich das (abnormale?) Verhalten im Tagesverlauf, d.h. kommt es zum Verschwinden und Wiederauftreten von Symptomen oder zu Veränderungen hinsichtlich deren Schweregrads innerhalb von 24 Stunden?

3. Störung der Aufmerksamkeit

Hat der Patient Schwierigkeiten, seine Aufmerksamkeit gezielt zuzuwenden (z.B. ist er leicht ablenkbar, antwortet er nicht immer auf Fragen oder befolgt er Anweisungen nicht)?

4. Denkstörung

War der Gedankengang desorganisiert?

5. Quantitative Bewusstseinsstörung

Gibt es Hinweise für eine Störung der Bewusstseinslage des Patienten?

BEWERTUNG:

- | | |
|---|----------------------------|
| 2 | Kriterien sicher erfüllt |
| 1 | Kriterium fraglich erfüllt |
| 0 | Kriterien nicht erfüllt |

AUSWERTUNG (GESAMTSCORE DER KRITERIEN I – V):

- | | |
|--------|---|
| 6 – 10 | Delir |
| 3 – 5 | Verdacht auf Delir (sub- oder prädelirantes Zustandsbild bzw. Delir in Remission) |
| 0 – 2 | kein Delir |

Achtung: Schulung notwendig, um die hohe Sensibilität zu gewährleisten.

Informationsquelle	Score
<p>Außenanamnese: Befragung von betreuenden Angehörigen, Pflegepersonal, sozialen Diensten, 24-Stunden-Schwestern</p>	
<p>Patientenbeobachtung: Tagesschwankungen von Bewusstseinslage, Aufmerksamkeit, Denkstörung, Orientierung, Stimmung, Antrieb und/oder Psychomotorik</p>	
<p>Patientenbefragung: z.B. Zahlen nachsprechen, Wörter rückwärts buchstabieren, Wochentage/Monate in umgekehrter Reihenfolge aufzählen</p>	
<p>Patientenbefragung und -beobachtung: unklarer oder unlogischer Gedankengang, Gedankensprünge (Zerfahrenheit, Vorbeireden), immer wiederkehrende Gedanken</p>	
<p>Patientenbeobachtung: normal (wach), hyperalert (übersensibel, irritierbar, ablenkbar, gesteigerte Reagibilität auf Umgebungsreize), benommen (leichte Schläfrigkeit, Verlangsamung, Auffassungsstörung), somnolent (starke Schläfrigkeit, Verlangsamung), stuporös (nur durch starke Reize weckbar), komatös (nicht weckbar)</p>	
<p>GESAMTSCORE</p>	<p>___ / 10</p>

Innoye SK et al. Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of Delirium. *Ann Int Med* 1990; 113: 941–948

Deutsche Version: Dittrich B et al. Delir Screening – Confusion Assessment Method. Erste Erfahrungsberichte mit dem Einsatz einer modifizierten deutschsprachigen Version. *Focus Neurogeriatrie* 2007; 1, 4: 40–42

Dittrich B, Gatterer G, Frühwald T, Sommeregger U. Delir-Diagnostik: Entwicklung einer modifizierten, deutschsprachigen Version der CAM. *Zeitschrift für Gerontopsychologie und -psychiatrie* 2007; 20 (2/3): 135–139

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Der MMSE erfasst mittels 30 Items die kognitive Beeinträchtigung in verschiedenen Domänen (Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit, Sprache, Anweisungen befolgen, räumlich-konstruktive Fähigkeiten).

Der MMSE ist aufgrund seiner Einfachheit weit verbreitet, wird auch zur Verordnung von Antidementiva gefordert und ist somit de facto unentbehrlich – auch wenn es einige Probleme gibt:

1. mangelnde Sensitivität für beginnende Demenzen
2. zwischen gesunden, depressiven und dementen Personen gibt es beträchtliche Überlagerungsbereiche, sodass klare Abgrenzungen mit dem MMSE nicht möglich sind
3. Schweregradeinschätzungen sind nur bedingt möglich, ebenso Verlaufskontrollen. Für Alzheimer-Demenzen wurde ein mittlerer Punkteverlust von 3 pro Jahr publiziert.
4. Es gibt verschiedene Versionen, die vor allem durch die Unterschiede im Bereich Rückwärtsbuchstabieren oder Rechnen zu diskrepanten Gesamtergebnissen führen können.
5. Negative Verzerrungen ergeben sich bei neurologischen Ausfällen wie Apraxie, Aphasie oder Neglect ebenso wie bei hochgradigen sensorischen Defiziten.
6. Bei schweren Demenzformen ist der Test nicht durchführbar.

Hinweise zur Durchführung der MMSE

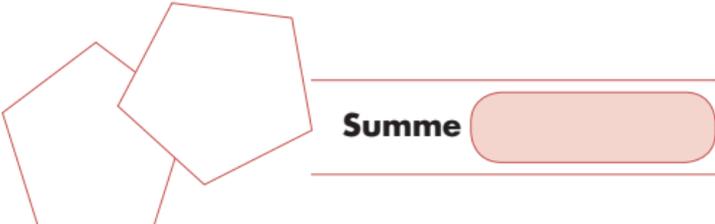
- Bei der Durchführung ist es wichtig, die Testsituation für die Patienten so angenehm wie möglich zu gestalten (ruhig, störungsfrei) und vor der Testung den Sinn der Untersuchung zu begründen. Falsche Antworten sind nicht zu korrigieren, nur falls sich die Patienten nach der richtigen Antwort erkundigen, soll wahrheitsgemäß geantwortet werden.
- Bei den fünf Fragen zur zeitlichen Orientierung (Tag, Jahr, Monat, Wochentag, Jahreszeit) empfiehlt es sich, zunächst nach dem „heutigen Datum“ zu fragen. Wenn man Probleme bei der Beantwortung bemerkt, sollte zunächst der derzeitige Monat (relativ einfach), anschließend die Jahreszahl und dann erst der genaue Tag erfragt werden.
- In den Fragen zur örtlichen Orientierung herrscht bei der Frage nach dem Land oft Unklarheit, ob das Bundesland oder das Land Österreich gemeint ist, hier ist es erlaubt zu helfen, z.B. mit dem Hinweis „Ja, dies ist das Bundesland, aber wie heißt das ganze Land, der Staat?“
- Bei der Kurzzeitgedächtnis-Aufgabe empfiehlt es sich, die drei Wörter „Buch, Haus, Blume“ zu verwenden. Für schwerhörige Patienten ist es besonders wichtig, laut und deutlich vorzusprechen. Die Patienten sollen nicht darauf aufmerksam gemacht werden, dass man die drei Worte nach einiger Zeit nochmals erfragt.

- Die Aufgabe „Aufmerksamkeit und Rechnen“ besteht aus zwei Teilen, der Kopfrechnung, in fünf Subtraktionen von 100 beginnend fortlaufend 7 abzuziehen (93, 86, 79, 72, 65) sowie dem Rückwärtsbuchstabieren eines Wortes mit fünf Buchstaben. Das jeweils bessere Resultat der beiden Untertests wird mit maximal fünf Punkten gewertet. Beim Rückwärtsbuchstabieren ist das Wort WOCHE wegen der Schwierigkeit mit dem CH besonders geeignet. Die Vorgabe beider Teile empfiehlt sich sehr, da man mehr Information gewinnt und durch die längere Zeitdauer die Aussagekraft der folgenden Gedächtnisaufgabe, dem Wiedererinnern an die drei Wörter, wesentlich erhöht wird. Falls kein einziges Wort mehr in Erinnerung geblieben ist, sollte man die Worte einfach selbst noch einmal wiederholen und möglichst schnell zur nächsten, erfreulicherweise relativ einfachen Aufgabe, dem Benennen von zwei Gegenständen (Uhr und Bleistift), übergehen.
- Bei der Handlungsanweisung „Nehmen Sie das Blatt Papier bitte in Ihre rechte Hand, falten Sie es in der Hälfte und legen Sie es auf den Boden“ soll gewartet werden, ob der Patient von selbst auffällt, dass das Blatt noch auf den Boden zu legen ist. Punkteabzug erfolgt, wenn das Blatt nicht auf den Boden gelegt wird oder nicht gefaltet wird. (Das Nehmen in beide Hände oder in die linke Hand bei Linkshändern sollte nicht überbewertet werden; mehrmaliges Falten ist zu akzeptieren.)
- Die in großer Druckschrift geschriebene Aufforderung „Schließen Sie Ihre Augen“ soll zunächst gelesen und dann durchgeführt werden.
- Bei der vorletzten Aufgabe bittet man den Patienten einen Satz zu schreiben, der ihm gerade in den Sinn kommt, Schreibfehler spielen keine Rolle, Subjekt und Verb sollten enthalten sein.
- Die letzte Aufgabe, das Abzeichnen der zwei sich überschneidenden Fünfecke, wird oft nicht besonders gerne durchgeführt, und so empfiehlt es sich, darauf hinzuweisen, dass die Größe und „Schönheit“ der Zeichnung keine Rolle spielen und es vor allem auf die „Richtigkeit der Ecken“ ankomme. Bei der Bewertung müssen alle zehn Ecken erkennbar sein, und die Figuren sollten sich in der Mitte zu einem Viereck schneiden.

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Richtige Antwort: 1 Punkt

Welches Datum ist heute?		1
Welche Jahreszeit?		1
Welches Jahr haben wir?		1
Welcher Wochentag ist heute?		1
Welcher Monat?		1
Wo sind wir jetzt?	Welches Bundesland?	1
	Welche Stadt?	1
	Welcher Stadtteil?	1
	Welches Krankenhaus?	1
	Welche Station/Stockwerk?	1
Bitte merken Sie sich:	Zitrone	1
	Schlüssel	1
	Ball	1
	Anzahl der Versuche:	
Ziehen Sie von 100 jeweils 7 ab:	93	1
	86	1
	79	1
	72	1
	65	1
Was waren die Dinge, die Sie sich vorher gemerkt haben?		
	Zitrone	1
	Schlüssel	1
	Ball	1
	Was ist das? Uhr/	1
	Bleistift/Kugelschreiber	1
Sprechen Sie bitte nach: „Kein wenn und oder aber“		1
Machen Sie bitte Folgendes:		
Nehmen Sie das Blatt Papier in die Hand		1
falten Sie es in der Mitte und		1
lassen Sie es auf den Boden fallen		1
Lesen Sie und machen Sie es bitte („AUGEN ZU“)		1
Schreiben Sie bitte einen Satz (mind. Subjekt und Prädikat)		1
Kopieren Sie die Zeichnung		1


 Summe

Testauswertung

- 27 – 30 Punkte: keine Demenz
- 21 – 26 Punkte: leichte Demenz
- 12 – 20 Punkte: mittelschwere Demenz
- 0 – 11 Punkte: schwere Demenz

CAVE: Ein leichtes bis mittelgradiges kognitives Defizit allein rechtfertigt noch nicht die Diagnose Demenz!

Es müssen zusätzlich folgende Kriterien erfüllt sein:

- ▶ Fähigkeitsstörungen wie Alexie, Akalkulie, Agraphie
- ▶ Pannen in der Alltagsbewältigung
- ▶ Bestehen der Auffälligkeiten seit mindestens 6 Monaten

Wenn einer dieser Punkte nicht erfüllt ist, ist eine Kontrolle in drei bis sechs Monaten durchzuführen.

DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer Demenz:

- Gedächtnisstörung (obligat)
- Verlust der Alltagskompetenz (obligat)
- kognitive Fähigkeitsstörung (Apraxie oder Alexie oder Agnosie, oder Urteilsbildung)
- seit mindestens 6 Monaten bei klarer Bewußtseinslage und ohne Vorliegen einer aktuellen somatischen Erkrankung

Uhrentest (Clock Drawing Test)

Der Uhrentest ist als Screening-Instrument gut geeignet, da er eine Reihe von Domänen abfragt (semantisches Gedächtnis, Visuokonstruktion, Auffassung, bildhafte Muster, episodisches Gedächtnis, Motorik, Konzentration).

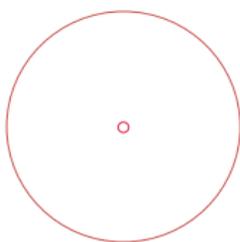
Er kann vor allem zur raschen Erkennung von Auffassungs- und Aufmerksamkeitsdefiziten eingesetzt werden, ebenso für das Aufdecken von hemianoptischen Störungen, Neglect oder Apraxie.

Negative Verzerrungen des Testergebnisses ergeben sich bei Patienten mit höhergradigen Sehstörungen.

Anweisung nach Shulman

(Kreis von ca. 10 cm ist vorgegeben):

„Dies soll eine Uhr sein. Ich möchte Sie bitten, in diese Uhr die fehlenden Ziffern zu schreiben. Zeichnen Sie die Zeiger bei 11.10 ein.“



Auswertung:

Zahl 12 richtig eingezeichnet: 3 Punkte

Alle 12 Ziffern richtig: 2 Punkte

Beide Zeiger richtig: 2 Punkte

Korrekte Zeit: 2 Punkte

Summe (max. 9 Punkte)

Auswertung:

0 – 6 Punkte: auffälliger Befund. Verdacht auf dementielle Entwicklung, neurologische/neuropsychiatrische Untersuchung ist angezeigt

7 – 9 Punkte: unauffälliger Befund

Shulman K et al., Int J Ger Psych 1986; 1: 135–140

Anweisung nach Sunderland:

„Bitte zeichnen Sie das Ziffernblatt einer Uhr mit allen Zahlen und stellen Sie die Zeiger auf 11.10 ein.“ Zeitvorgabe: 1 Minute

Auswertung:

9 – 10 unauffälliger Befund

7 – 8 kognitive Einschränkungen

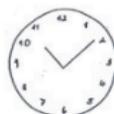
< 7 demenzieller Abbau, räumlich konstruktive Störungen

Sunderland T, Hill JL, Mellow AM, Lawlor BA, Gundersheimer J, Newhouse PA, Grafman JH. Clock drawing in Alzheimer's disease. J Am Geriatr Soc 1989 Aug; 37(8): 725–9

Auswertung:

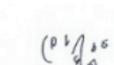
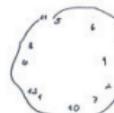
Zeichnung des Ziffernblattes (Kreis und Zahlen) ist richtig.

- 10 Punkte: Zeiger sind in der richtigen Position, komplett richtige Uhr
- 9 Punkte: leichte Fehler in der Zeigerposition
- 8 Punkte: auffällige Fehler in der Platzierung von Stunden- und Minutenzeiger
- 7 Punkte: Die Zeigerplatzierung weicht deutlich von der Zeitvorgabe ab.
- 6 Punkte: statt der Verwendung von Zeigern andere Kennzeichnung der Uhrzeit



Die Zeichnung des Ziffernblattes (Kreis und Zahlen) ist nicht richtig.

- 5 Punkte: Häufung von Zahlen in einem Bereich des Ziffernblattes oder seitenverkehrte Platzierung der Zahlen. Möglicherweise werden noch Zeiger eingezeichnet.
- 4 Punkte: Deutliche Entstellung der Zahlenreihenfolge. Die Einheit des Ziffernblattes ist aufgehoben (Zahlen fehlen oder sind außerhalb des Kreises platziert).
- 3 Punkte: Die Zahlen und das Ziffernblatt bilden in der Zeichnung keine erkennbare Einheit. Zeiger werden nicht mehr eingezeichnet.
- 2 Punkte: Die Zeichnung lässt erkennen, dass der Versuch unternommen wurde, eine Uhr zu zeichnen. Die Ähnlichkeit mit einer Uhr ist jedoch vage.
- 1 Punkt: Entweder es wurde kein Versuch unternommen oder der Versuch ist nicht interpretierbar.



Drei-Wörter-Uhrentest („Schneller Uhren-Dreier“)

Der „Drei-Wörter-Uhrentest“ (Strotzka et al., 2003) ist eine Weiterentwicklung des in den USA entwickelten „Mini Cog“ (Scanlan & Borson, 2001) und verbindet den Uhrentest mit einer kurzen Gedächtnisaufgabe.

Handlungsanleitung:

Bei der Gedächtnisaufgabe werden dem Patienten drei Wörter (Buch – Haus – Blume) vorgesprochen, die sie zunächst unmittelbar erinnern sollen. Danach wird gebeten, das Zifferblatt einer Uhr mit allen zwölf Zahlen zu zeichnen und die Zeiger auf 11:10 (zehn Minuten nach elf) einzustellen. Nach dem Uhrentest sollte sich der Patient wieder an die drei Wörter erinnern.

Auswertung:

erfolgt nach dem „Ampelprinzip“:

GRÜN = kein Demenzverdacht:

Patient erinnert sich an alle drei Wörter und zeichnet eine perfekte Uhr.

GELB = Hinweis auf kognitives Defizit:

1 – 2 erinnerte Wörter und leichte Fehler im Uhrentest (ausführliche neuropsychologische Untersuchung notwendig)

ROT = starker Demenzverdacht:

0 erinnerte Wörter und schwere Fehler im Uhrentest (weitere Demenzabklärung notwendig)

Eine prospektive Studie von Kamenski et al. (2009) bestätigte die hohe Genauigkeit des Verfahrens und zeigte, dass der Test für eine rasche, einfache erste Demenzerkennung sehr gut geeignet ist.

Kamenski G, Dorner T, Lawrence K, Psota G, Rieder A, Schwarz F, Sepandj A, Spiegel W & Strotzka S. Detection of dementia in primary care: comparison of the original and a modified Mini-Cog Assessment with the Mini-Mental State Examination. Mental Health in Family Medicine 2009; 6: 209–217

Scanlan J & Borson S. The Mini-Cog: Receiver operating characteristics with expert and naïve raters. International Journal of Geriatric Psychiatry 2001; 16: 216–222

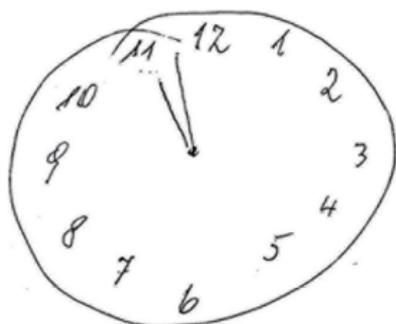
Strotzka S, Psota G & Sepandj A. Uhrentest in der Demenzdiagnostik – Auf der Suche nach der verlorenen Zeit. Psychopraxis 4/2003; 16–24



schwere Fehler im Uhrentest

0 Wörter erinnert

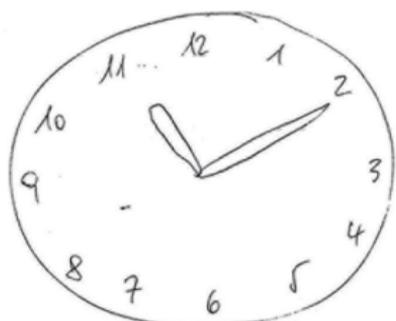
sehr starker Demenzverdacht: weitere Demenzabklärung nötig



leichte Fehler im Uhrentest

1- 2 Wörter erinnert

Demenzverdacht: weitere Demenzabklärung indiziert



perfekter Uhrentest

3 Wörter erinnert

kein Demenzverdacht: Routinekontrolle in 1 Jahr empfohlen

Reisberg-Skala

Die Reisberg-Skala ist eine Fremdbeurteilungsskala, die eine Schweregradeinschätzung der Alzheimer-Demenz ermöglicht. Die Einstufung erfolgt meist auf der Basis eines klinischen Interviews über Alltagskompetenz und selbstständige Versorgung der Person, das bei kognitiven Beeinträchtigungen die Anwesenheit von Angehörigen voraussetzt. Im Lauf eines stationären Aufenthalts fließen teilweise auch eigene Beobachtungen in die Beurteilung mit ein.

Die Skala erfordert eine gute Kenntnis von Demenzerkrankungen und kann für die Einschätzung der Schwere einer Demenz zum Beispiel für Pflegegeldgutachten, für Verlaufsbeobachtungen und die Aufklärung von Angehörigen über die zu erwartende Entwicklung sehr hilfreich sein.

In der Reisberg-Skala wird der typische Verlauf der Alzheimer-Demenz abgebildet, es kann Überschneidungen mit anderen Demenzformen geben.

Reisberg B. *Functional assessment staging (FAST)*.
Psychopharmacology Bulletin 1988; 24: 653–659

Sclan SG, Reisberg B. *Functional assessment staging (FAST) in Alzheimer's disease: reliability, validity, and ordinality*. *Int Psychogeriatr*. 1992; 4 Suppl 1: 55–69

**Reisberg-Skala zum Assessment der Alzheimer-Demenz
FAST-Skala (functional assessment stages)**

Stufe	Leitsymptome	soz.-med. Konsequenz
normales Altern	1 keine Symptome	Aktivierung
	2 Vergesslichkeit beruhigendes Gespräch	Aktivierung,
leicht	3 Versagen bei komplexeren Aufgaben in Beruf und Gesellschaft, z.B. Reisen an neuen Ort (Borderline-Stadium)	taktischer Rückzug aus überfordernden Aufgaben
	4 benötigt Hilfe bei schwierigen Aufgaben des täglichen Lebens (z.B. Buchhaltung, Einkaufen, Einladungen)	überwachte Selbstständigkeit, Finanzüberwachung
mittelschwer	5 benötigt Hilfe z.B. bei Wahl der Kleidung und beim Entscheid zum Baden	organisierter Tagesablauf, Tagesklinik, Umgebungsmaßnahmen
schwer	6 a Hilfe beim Ankleiden	ganztägige Hilfe und Betreuung oder Pflegeheim (Unterstützung der Betreuer)
	b Hilfe beim Baden	
	c Hilfe bei Toilette	
	d Urininkontinenz	
	e Stuhlinkontinenz	
sehr schwer	7 a Sprechvermögen 6 Wörter	Langzeitpflege
	b kann nicht mehr sprechen	
	c kann nicht mehr gehen	
	d kann nicht mehr sitzen	
	e kann nicht mehr lachen	
	f kann Kopf nicht mehr halten	

Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Die GDS ist ein Selbstbeurteilungsinstrument. Bei kognitiver Beeinträchtigung ist ihr Einsatz von fraglichem Wert, bei fortgeschrittener Demenz nicht verwertbar.

Bewertung:

- 0 – 4 wahrscheinlich keine Depression
- 5 – 10 leichte Depression wahrscheinlich
- 1 – 15 schwere Depression wahrscheinlich

Dies ersetzt nicht die weitere Exploration nach DSM-IV-Kriterien.

Für das Screening im Rahmen der ärztlichen Anamnese eignet sich die Kurzform:

Fragen 1, 3, 5 und 6, Cut-off-Wert 2.

	Ja	Nein
1. Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?	0	1
2. Haben Sie viele Ihrer Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	1	0
3. Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei ohne Sinn?	1	0
4. Ist Ihnen oft langweilig?	1	0
5. Sind Sie meist gut drauf?	0	1
6. Haben Sie manchmal Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird?	1	0
7. Wachen Sie morgens gerne auf?	0	1
8. Fühlen Sie sich oft hilflos?	1	0
9. Hadern Sie mit Ihrer Vergangenheit?	1	0
10. Haben Sie das Gefühl, ein schlechteres Gedächtnis zu haben als andere Leute Ihres Alters?	1	0
11. Finden Sie, es ist schön, jetzt zu leben?	0	1
12. Würden Sie sich als kontaktfreudig bezeichnen?	0	1
13. Haben Sie viel Tatendrang?	0	1
14. Finden Sie Ihre Lage oft hoffnungslos?	1	0
15. Glauben Sie, dass es den meisten Leuten Ihres Alters besser geht als Ihnen?	1	0

Gesamt-Punkte-Anzahl _____

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD)

Die von D. Sommerfeldt ins Deutsche übersetzte Version ist bisher noch nicht validiert. Dennoch erscheint dieses Beobachtungs- und Fremdbeurteilungsverfahren zum Erkennen von depressiven Symptomen bei Demenzkranken wertvoll.

A: Stimmungsassoziierte Zeichen

1. Angst (ängstlicher Ausdruck, sich sorgen)
2. Traurigkeit (trauriger Ausdruck, den Tränen nahe)
3. Verlust der Freude an angenehmen Ereignissen
4. Irritierbarkeit (leicht beleidigt, aufbrausend)

B: Störungen im Verhalten

5. Agitiertheit (Unruhe, Händeringen, Haarerufen)
6. Verlangsamung (Sprache, Bewegungen, Reaktionen)
7. physische Beschwerden
(gastrointestinale Beschwerden nicht werten = 0)
8. Interessenverlust (nimmt nicht an Aktivitäten teil – nur bewerten, wenn Veränderung im Lauf des letzten Monats)

C: Vegetative Störungen

9. Appetitverlust (isst weniger als gewöhnlich)
10. Gewichtsverlust (wenn > 3 kg/Monat – 2 Punkte)
11. Energieverlust (schnelle Ermüdbarkeit, kein Durchhaltevermögen – nur bewerten, wenn Änderung im Lauf des letzten Monats)

D: Störungen der zirkadianen Rhythmik

12. Stimmungsschwankungen (Symptome morgens stärker)
13. Einschlafstörungen
14. Durchschlafstörungen
15. frühes morgendliches Erwachen

E: Andere Störungen:

16. Suizidalität (Verlust der Lebensfreude, Selbstmordgedanken, -versuch)
17. niedriges Selbstwertgefühl (Selbstbeschuldigungen, Gefühl, Fehler gemacht zu haben)
18. Pessimismus (Erwartung des Schlimmsten)
19. Stimmungskorrelierter Wahn (Verarmungs-, Krankheits-, Verlustwahn)

Bewertung: jeden Punkt für sich mit 0 = nicht vorhanden, 1 = leicht oder intermittierend, 2 = schwer oder a = keine Angabe möglich
Es soll der Zeitraum einer Woche vor dem Interview (durch Betreuungsperson) herangezogen werden. Keine Bewertung, wenn Symptome Folge einer somatischen Erkrankung sind. Bei > 12 Punkte liegt wahrscheinlich ein relevantes depressives Syndrom vor.

Angststörung

Eng mit Depression verbunden sind Angststörungen, die emotionale, kognitive, körperliche und Verhaltenssymptome hervorrufen können. Gerade in dieser Generation können Angststörungen auch Ausdruck einer posttraumatischen Belastungsstörung sein.

Folgende Fragen können bei der Aufdeckung von Angststörungen hilfreich sein:

1. Bestehen emotionale oder kognitive Symptome, die auf Angst hinweisen und nicht anders erklärt werden können?
2. Werden Verhaltenssymptome beobachtet, die auf Angst hinweisen?
3. Bestehen körperliche Symptome, die auf Angst hinweisen und nicht anders erklärt werden?

Bei vorhandenen Hinweisen sollte unbedingt eine gerontopsychiatrische Exploration erfolgen.

Impressum

Österreichische Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie

SMZ – Sophienspital, Apollogasse 19, 1070 Wien
ilse.howanietz@wienkav.at, www.geriatrie-online.at

Expertenteam: Peter Dovjak, Peter Fasching, Thomas Frühwald, Markus Gosch, Joakim Huber, Bernhard Iglseder, Marcus Köller, Monika Lechleitner, Eva Mann, Peter Mrak, Katharina Pils, Georg Pinter, Georg Psota, Jens Reiss, Walter Schippinger, Ulrike Sommeregger (Leitung), Stefan Strotzka, Helene Talasz, Regina Roller-Wirnsberger

Stand: Dezember 2011

Produktion: Medizin Medien Austria GmbH / Medical Tribune
1050 Wien, Wiedner Hauptstraße 120 – 124
Telefon: (01) 54 600-0, Fax: (01) 54 600-710

Lektorat: Mag. Eva Posch
Layout und Herstellung: Cemal Soyel

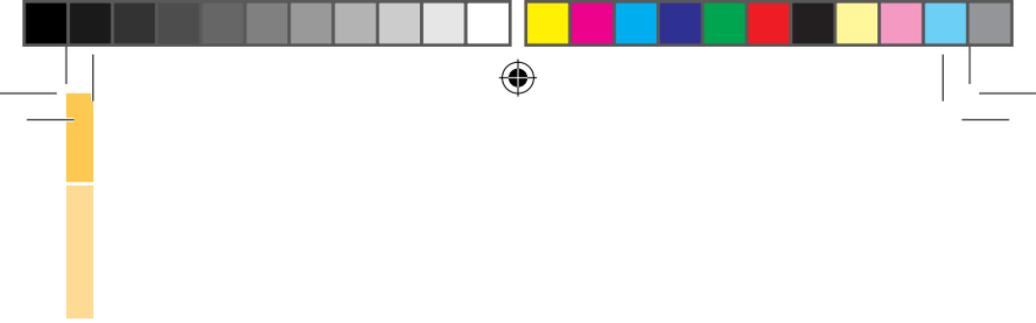
Druck: Friedrich VDV, 4020 Linz

Anmerkung der Redaktion: Zur besseren Lesbarkeit wurde an einigen Stellen die männliche Schreibweise gewählt, z.B. „Ärzte“ statt „Ärztinnen“. Dabei handelt es sich ausdrücklich um keine Bevorzugung eines Geschlechts.

Sponsoren

Wir danken unseren Sponsoren:







Geriatrische Basisfragen

- Haben Sie ein Problem mit Ihrem Gedächtnis?
- Konnten Sie in letzter Zeit Ihren Harn/ Stuhl versehentlich nicht halten?
- Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt?
- Können Sie ohne Probleme das Haus verlassen und auf der Straße mehr als 100 Meter gehen?
- Haben Sie in letzter Zeit unfreiwillig mehr als 4 Kilo abgenommen?
- Fühlen Sie sich in letzter Zeit niedergeschlagen und hoffnungslos?
- Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit stark verschlechtert?
- Haben Sie im Alltag Probleme mit dem Hören oder mit störenden Hörgeräuschen?
- Sind Sie in Ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt?
- Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen können?
- Sehen Sie regelmäßig Freunde, Nachbarn und Verwandte?
- Haben Sie Probleme mit den Zähnen/ der Prothese beim Beißen?
- Nehmen Sie mehr als 3 verschiedene Medikamente pro Tag?

