

Der Einsatz der geriatrischen Assessmentinstrumente

| Dr. med. Henning Freund, Ulrike Bartels

Entsprechend der demografischen Entwicklung wird der Anteil der hochbetagten und pflegefallgefährdeten Patienten in den nächsten Jahren zunehmen. Diesbezüglich ist das Bundesland Sachsen-Anhalt besonders betroffen. Mit der Einführung des „Facharztes für Innere Medizin und Geriatrie“ wurde dieser Entwicklung in Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Berlin bereits Rechnung getragen.

Die demografischen Erfordernisse werden die sozialen Unterstützungssysteme herausfordern, insbesondere die niedergelassenen Ärzte einschließlich Zahnärzte und Kieferorthopäden sowie Mitarbeiter der Sozialwirtschaft et cetera. Mithilfe des geriatrischen Assessments können wir Fähigkeitsstörungen erkennen, aber auch vorhandene Ressourcen objektivieren. Denn gerade bei alten und hochbetagten Menschen ist eine unserer Hauptaufgaben, das Potenzial zur Verbesserung zu erschließen und zu nutzen.

Das frühzeitige Erkennen von Defiziten ist sehr bedeutsam, um beim älteren Menschen besondere Gefahren, wie z.B. Sturzereignisse, abwenden zu können.

In Deutschland und in der Schweiz hat sich das geriatrische Assessment nach Agast durchgesetzt und findet überwiegend in den geriatrischen Fachabteilungen Anwendung. Diese acht international bewerteten Testinstrumente wurden für den deutschen Sprachraum verfügbar gemacht, das soziale Assessment neu entwickelt.

Einsatzmöglichkeiten und Testinstrumente

Die Durchführung des geriatrischen Assessments findet in den ambulanten Praxen in noch nicht ausreichendem Maß Anwendung.

Die Testinstrumente können auch von den nicht ärztlichen Mitarbeitern durchgeführt werden. Wünschenswert wäre, dies in Praxen der Zahnheilkunde, der Logopädie, der Physiotherapie oder Ergotherapie zu ermöglichen.

Zusätzliche EBM-Ziffern (hausärztlicher-geriatrischer Betreuungskomplex) könnten und sollten – wie bei Hausärzten – erlösrelevant werden.

Die geriatrische Medizin hat zum Ziel, ein autonomes und selbstbestimmtes Leben in vertrauter Umgebung unter Ausnutzung der gegebenen sozialen Unterstützungssysteme zu ermöglichen.

Der erste Schritt hierzu ist die Erkennung sowohl der Defizite als auch der Ressourcen. Der Einsatz des geriatrischen Assessments bildet hierfür eine Basis.

Die geriatrischen Fachabteilungen, welche im Bundesverband Geriatrie (www.bv-geriatrie.de) Mitgliedseinrichtungen sind, haben eine vergleichbare Strukturqualität, die sicherstellt, dass die bei geriatrischen Patienten auftretenden komplexen Anforderungen (personelle, räumliche und apparative Mindestausstattung) in akutenmedizinischer und rehabilitativer Hinsicht erfüllt werden können.

Das geriatrische Basisassessment kann ebenfalls effektiv in der Qualitätssicherung eingesetzt werden – natürlich

auch im Rahmen einer ambulanten Behandlung.

Das GEMIDAS-Projekt (Geriatrischer Minimaldatensatz), welches jetzt vom Bundesverband Geriatrie mit 298 Mitgliedseinrichtungen als GEMIDAS-Pro in einer moderneren Fassung fortgeführt wird, sichert einen externen Qualitätsvergleich (01/2014: 487.220 Datensätze). Daraus geht hervor, dass aus der Geriatrie entlassene Patienten in 70 bis 80 Prozent nach sechs und nach zwölf Monaten in einem nachhaltig gebesserten Zustand sind.

Im Rahmen des geriatrischen Assessments wird gefahndet hinsichtlich:

- Alltagskompetenz
- kognitiver Störungen
- seelischer Situation (Depressionen)
- Mobilität und
- Sturzgefährdung
- Schmerz
- sozialer Situation, rechtlicher Verfügungen (Geriatrische Medizin muss sich häufig mit dem Problem gestörter Willensbildung und dem besonderen rechtlichen Schutzbedürfnis der Kranken befassen.)

Die Durchführung nach den Vorgaben der Arbeitsgruppe Geriatrisches Assessment (AGAST) umfasst (Abb. 1):

- Geriatrisches Screening nach Lachs
- Barthel-Index (Alltagsaktivitäten)
- Geldzähltest (Selbsthilfefähigkeit)

3 + 1**Instrumenten-Aktion**

AKTION
1 Instrument
Ihrer Wahl
kostenlos*

Beim Kauf von 3 Instrumenten aus dem Synea Turbinen- bzw. Winkelstück-Programm erhalten Sie ein 4. Instrument Ihrer Wahl kostenlos*.

Bis € 1.269 sparen!

* das Günstigste im Paket
Aktion gültig bis 12.12.2014

NEU

Short Edition
7 % leichter
10 % kürzer

**NEU**

Penta LED+:
sterilisier-
barer 5-fach
LED-Ring



synea VISION
FUSION



Abb. 1: Geriatrisches Basisassessment/Uhrentest/Ergotherapie (Ergotherapeutin Simone Rudloff).

11.10 Uhr

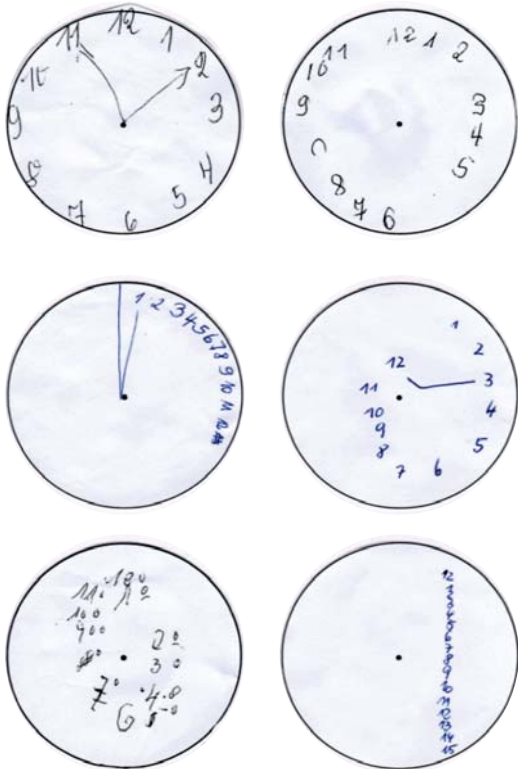


Abb. 2: Geriatrisches Basisassessment/Uhrentest/Ergotherapie: Uhrentest: Die Beispiele zeigen eine zunehmende Desorganisation bei Menschen mit Demenz mit zunehmend höherem Krankheitsstadium. Quelle: Freund, H. (2014): Das Geriatrische Assessment in der Praxis. Geriatrie-Report, Jg. 9, 2: 5-7.

- Handkraftmessung (Sturzgefahr)
- Mini-Mental-State (Kognition)
- Uhrentest (Kognition)
- Timed Up & Go-Test (Mobilität)
- Tinetti-Test (Sturzgefahr)
- Depressionsskala (Emotion)
- Sozialstatus

Geriatrische Depressionsskala nach Yesavage

	Ja	Nein
Sind Sie grundsätzlich mit Ihrem Leben zufrieden?		
Haben Sie viele von Ihren Tätigkeiten und Interessen aufgegeben?		
Haben Sie oft das Gefühl, Ihr Leben sei leer?		
Ist Ihnen oft langweilig?		
Sind Sie meist guter Laune?		
Befürchten Sie, dass Ihnen etwas Schlechtes zustoßen wird?		
Sind Sie meist zufrieden?		
Fühlen Sie sich hilflos?		
Sind Sie lieber zu Hause, anstatt auszugehen und etwas zu unternehmen?		
Glauben Sie, dass Sie mit dem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten haben als andere Leute?		
Finden Sie, es sei wunderbar, zu leben?		
Fühlen Sie sich so wie Sie sind wertlos?		
Fühlen Sie sich energiegeladener?		
Finden Sie, Ihre Lage ist hoffnungslos?		
Glauben Sie, die meisten Leute haben es besser als Sie?		
0 bis 5 Punkte: <i>normal</i>	Summe (graue Kästchen):	
5 bis 10 Punkte: <i>leichte bis mäßige Depression</i>		
11 bis 15 Punkte: <i>schwere Depression</i>		

Abb. 3: Geriatrische Depressionsskala (nach Yesavage). Kognitive Einschränkungen sind bei circa 30 Prozent der stationär Behandelten in geriatrischen Abteilungen vorhanden. Quelle: Freund, H. (2014): Geriatrisches Assessment und Testverfahren. 2. überarb. u. erw. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer, S. 61.

Eine Erhebung der Schmerzstärke mit entsprechendem Assessment sollte unbedingt ergänzend erfolgen.

In den folgenden Ausführungen werden mehrere Assessmentinstrumente betrachtet: Selbsthilfestatus, Mobilität, Kognition und seelische Verfassung, ergänzend Schmerzerfassung.

Barthel-Index

In Form von 5-, 10- und 15-Punkte-Items werden die Patienten hinsichtlich ihrer Selbstständigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) beurteilt. Eine maximale Punktzahl von 100 deutet auf einen weitgehend selbstständigen Probanden in den ADL hin. Der Barthel-Index wird in der Regel wöchentlich durch das Pflegepersonal erhoben.

Timed Up & Go-Test

Dieser Test wird von Physiotherapeuten innerhalb der ersten vier Tage nach stationärer Aufnahme und nochmals vor Entlassung durchgeführt. Der Test überprüft die Mobilität, welche zum Beispiel eine Voraussetzung für den selbstständigen Toilettengang bzw. für das Überqueren einer Straße darstellt.

Durchführung

Die Benutzung eines Hilfsmittels, z.B. eines Gehstockes, ist erlaubt. Der Proband sitzt auf einem Stuhl mit Armlehne (Sitzhöhe ca. 46 cm), beginnt sich nach Aufforderung ohne fremde Hilfe zu erheben, eine Strecke von drei Metern zu gehen, umzukehren und sich wieder zu setzen.

Interpretation

- < 10 Sek.: Alltagsmobilität uneingeschränkt
- 11 bis 19 Sek.: geringe Mobilitätseinschränkung, noch keine Einschränkungen in den ADL
- 20 bis 29 Sek.: abklärungsbedürftig, eventuell funktionell relevante Mobilitätseinschränkung
- 30 Sek.: ausgeprägte Mobilitätseinschränkung, erfordert i.d.R. eine intensive Betreuung und adäquate Hilfsmittelversorgung

Mini-Mental-State (MMS)

Dieser dient der Einschätzung und Bewertung der kognitiven Fähigkeiten des Patienten.

Durchführung

Dem Patienten werden der Reihenfolge nach einzelne Fragen zu verschiedenen Bereichen (Orientierung, Aufnahme-fähigkeit/Merkfähigkeit, Sprache, Aufmerksamkeit und Rechen-

fähigkeit, Gedächtnis/Erinnerungsvermögen, Ausführung von dreiteiligen Aufforderungen, Lesen und Ausführen, Schreiben, Kopieren/visuelle konstruktive Fähigkeiten) gestellt, die jeweilige Punktzahl nach entsprechender Bewertung notiert und am Ende zusammengezählt.

Wichtig ist, den Test in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre durchzuführen; der Therapeut, Psychologe oder Arzt sollte während des Tests langsam, laut und deutlich sprechen. Der Zeitbedarf liegt im geriatrischen Bereich zwischen zehn und 20 Minuten.

Beurteilung

- 24 bis 27 Punkte: Grenzbereich (ergänzend Clock-Completion-Test angeraten)
- 18 bis 23 Punkte: leichte kognitive Defizite
- 0 bis 17 Punkte: schwere kognitive Defizite

Clock-Completion-Test

Der Uhrentest informiert über wichtige kognitive Aspekte der Demenz (Gedächtnis, exekutive Funktion sowie optisch-räumliche Wahrnehmung).

Durchführung

Der Patient wird gebeten, erst in einen vorgezeichneten Kreis die fehlenden Ziffern einer Uhr von 1 bis 12 einzutragen und anschließend die Uhrzeiger für die Uhrzeit 11.10 Uhr einzuzeichnen. Während der Durchführung macht sich der Therapeut Notizen zur Ausführung der gestellten Aufgabe (Abb. 2).

Beurteilung

Für die Bewertung der angefertigten Zeichnung wird das Scoring-System nach WATSON verwendet.

Um eine eventuell vorliegende Pseudodemenz (Depression) zu diagnostizieren ist es notwendig, auch hinsichtlich einer Depression zu fahnden.

ANZEIGE

Die erste medizinische Zahncreme mit natürlichem Perl-System



NEU

Mit Natur-Perl-System

- ✓ 100 % biologisch abbaubare Pflege-Perlen
- ✓ verbesserte Rezeptur mit optimiertem Doppel-Fluorid-System (1.450 ppmF)
- ✓ Xylitol für mehr Plaquehemmung



Das Perl-System: Kleine, weiche Perlen rollen Beißte einfach weg – effektiv aber sehr schonend (RDA 32). Ideal für die tägliche Zahnpflege.

Jetzt Proben bestellen:

Bestell-Fax: 07 77 75 85 779-26

Bitte senden Sie uns kostenlos:

- ein Probenpaket mit Patienteninformation
- Terminzettel-Bildchen

Printstempel (A recollir)

Druck und Unterschrift

ZVP Sep. 14



Dr. Liane Wacht, GmbH & Co. 116
D-70746 Leinfelden-Echterdingen, Tel. 07 77 75 85 779-11
service@pearls-dents.de

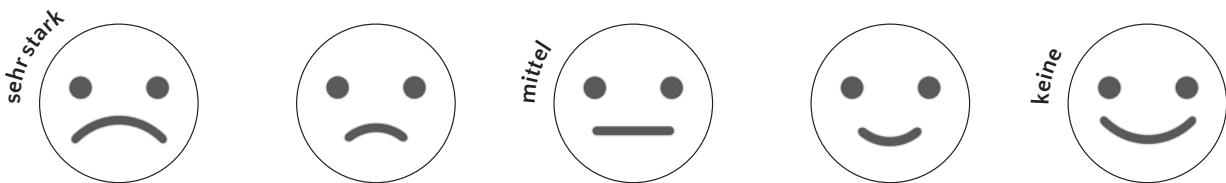
Numerische Ratingskala (NRS) bei einem MMS von > 20 Punkten



Verbale Ratingskala (VRS) bei einem MMS von > 14 bis < 20 Punkten



Smiley-Skala (alternativ)



Geriatrische Depressionsskala (GDS)

Zur Erkennung seelischer Auffälligkeiten erfolgt der Einsatz der Geriatrischen Depressionsskala (GDS). Dokumentiert wird hier die Anzahl der Kreuze in den markierten Feldern (Abb. 3).

Beurteilung

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

Dem Thema Schmerz wird sehr häufig nicht die notwendige Aufmerksamkeit gewidmet. Auch in Zahnarztpraxen spielt dieses Thema eine große Rolle; können doch demente Patienten ihre Schmerzen oftmals nicht ausreichend kommunizieren.

Ebenfalls berücksichtigt werden muss, dass auch und vor allem im höheren Lebensalter gehäuft chronische Schmerzerkrankungen (bis Stadium MPSS 3 nach Gerbershagen) vorkommen und eine nicht zu unterschätzende Zahl an Patienten langjährig und zum Teil hochdosiert Analgetika einnehmen, auch Opiode.

Es hat sich bewährt, hinsichtlich der Schmerzeinschätzung abhängig von der kognitiven Situation zu verfahren.

Schmerzassessment

Ein Schmerzassessment sollte ebenfalls grundsätzlich erfolgen, idealerweise durch diesbezüglich qualifizier-

tes Personal. Im Team einer geriatrischen Abteilung sollte nicht nur ein weiterer Arzt mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin tätig sein, sondern auch ein Arzt mit der Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie. Zur Schmerzerfassung können verschiedene Erfassungsskalen zum Einsatz kommen. Wichtig ist dabei, dass jeweils die mentale Leistungsfähigkeit des Patienten Berücksichtigung findet und die Erfassung zu jedem Zeitpunkt mit dem selben Beurteilungsinstrument erhoben wird.

Ideal wäre initial eine Schmerzerfassung, die neben der Schmerzstärke auch Lokalisation und Schmerzqualität (sensorisch-diskriminativ und affektiv-motivational) erfasst.

Zur Einschätzung der Kognition kann der Mini-Mental-Status (MMS) verwendet werden. Bestehen keine oder nur leichte kognitive Defizite (MMS > 20 Punkte), kann die Numerische Ratingskala angewandt werden. Bei deutlicheren kognitiven Defiziten (MMS 14 bis 20 Punkte) sollte auf die Verbale Ratingskala zurückgegriffen werden; alternativ kann ebenfalls die Verbale Analogskala oder die Smiley-Skala genutzt werden (siehe Grafiken oben).

Bei höhergradigen kognitiven Einschränkungen (Mini-Mental-Status < 14) ist, auch nach den Empfehlungen der Deutschen Schmerzgesellschaften, der Einsatz des Erfassungsbogens zur Beurteilung von Schmerzen

bei Demenz – BESD (entwickelt aus dem PAINAD) hilfreich.

- MMS von < 14 Punkten → Erfassung mittels BESD

Es wird hier eine Fremdeinschätzung während einer Mobilitätssituation wie Betten, Lagern oder Waschen, in der Regel durch die Pflegeprofession, zu fünf beobachtbaren Reaktionen/Gefühlsäußerungen vorgenommen:

- Atmung,
- Gesichtsausdruck,
- negative Lautäußerungen,
- Körpersprache und
- Trostbedürftigkeit/Trostannahme

Für jede Kategorie sind je 0 bis 2 Punkte zu vergeben; die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 10. Bei einem Wert von > 6 Punkten darf von einer behandlungsbedürftigen Schmerzsituation ausgegangen werden. Unserer Erfahrung nach ist es zu empfehlen, spätestens ab einer Erfassung von 4 Punkten eine Schmerztherapie in Erwägung zu ziehen.

Die Tatsache, dass kognitiv stärker eingeschränkte Patienten ihren Schmerz nicht adäquat kommunizieren können, sollte jeder Behandelnde stets vor Augen haben, vor allem, wenn die Art der Behandlung Schmerz erwarten lässt. Aktuell ist ein Großteil der kognitiv eingeschränkten Patienten schmerztherapeutisch deutlich unterversorgt; das betrifft sowohl Akutkliniken wie auch Pflegeeinrichtungen und ambulante Behandlungssituationen.

Ausblick

Der Einsatz der geriatrischen Assessmentinstrumente, insbesondere zur Schmerzerfassung in Abhängigkeit von der Kognition, könnte dafür auch in der Zahnmedizin ein probates Vorgehen sein. Hinsichtlich hoher qualitativer Ansprüche bei der medizinischen Versorgung im Sinne unserer Patienten stellt dies zukünftig eine Herausforderung dar.

Geriatrische Medizin findet auch angesichts des Todes statt, insofern kommt auch der Palliativen Geriatrie entsprechend der demografischen Entwicklung immer mehr Bedeutung zu.

Palliative Behandlung ist eine aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung, zu einer Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen und sozialen (etc.) Problemen höchste Priorität besitzt.

Geriatrische Medizin muss sich häufig mit dem Problem gestörter Willensbildung und dem besonderen rechtlichen Schutzbedürfnis der Kranken befassen. Seit dem 1.9.2009 ist das 3. Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts in Kraft. Insofern sind unter anderem schriftlich verfasste Patientenverfügungen rechtsverbindlich.

Das Rechtsinstitut Patientenverfügung wurde im Betreuungsrecht verankert und die Schriftform als Wirksamkeitsvoraussetzung eingeführt. Der Wille des Betroffenen ist unabhängig von Art und Schwere der Erkrankung unbedingt zu beachten. Fehlt eine Patientenverfügung, muss nach dem mutmaßlichen Willen verfahren werden; dazu werden frühere Äußerungen und Gespräche mit den Zugehörigen einbezogen. In jedem Falle kommt es einzig auf persönliche Wertvorstellungen des Betroffenen/Betreuten an.

In ethischen Konfliktsituationen kann es hilfreich sein, eine ethische Fallbesprechung durchzuführen. Geriatrische Fachabteilungen verfügen in der Regel über Ethikkomitees. Ziel der Ethikarbeit ist es, durch interdisziplinäre, neutrale ethische Analyse zur Lösung eines Konfliktes in einem konkreten

Behandlungsfall beizutragen. Hauptziel aller Behandlungsmaßnahmen in der Palliativen Geriatrie ist die Erhaltung und Verbesserung der Lebensqualität bis zuletzt.

buchtipp.

Zum Weiterlesen:



Freund H.
Geriatrisches Assessment und Testverfahren.
Grundbegriffe – Anleitungen – Behandlungspfade

ISBN-Nr.: 978-3-17-023088-0
 251 Seiten, 2. überarb. u. erw. Auflage
 Stuttgart, Kohlhammer, 2014

Online zu finden unter:
<http://dx.doi.org//10.1055/s-0033-1357573>



Dr. med. Henning Freund
 Infos zum Autor

kontakt.

Chefarzt Dr. med. Henning Freund

HELIOS Klinik Lutherstadt Eisleben
 Geriatrische Abteilung und Tagesklinik
 Hohetorstraße 25
 06295 Lutherstadt Eisleben
 Tel.: 034 7590-1650
henning.freund@helios-kliniken.de
www.helios-kliniken.de/eisleben

Ulrike Bartels

Oberärztin Palliativmedizin
 Spezielle Schmerztherapie
 HELIOS Klinik Lutherstadt Eisleben
 Geriatrische Abteilung und Tagesklinik

5Freunde ...



... lösen jeden Fall.

Beindruckende Möglichkeiten eröffnen die fünf Implantate der mark GmbH: Sie lassen keinen Fall ungeklärt

Das einsteilige *Tris® Mini 3,3* mit optional verklebbarern Abutments unterschiedlicher Angulation erweitert das Implantatsystem der mark GmbH. Es schließt die Lücke zwischen den einsteiligen *Tris® Mini* (post und ball) und *Tris® Interim* sowie dem zweiseitigen *Tris®*. Abgerundet wird das Angebot durch die zahlreich zur Auswahl stehenden unterschiedlichen Implantatauflagen und feinmechanischen Konstruktionselemente für die Prothetik.

Erweiterung des mark-Produktportfolios um weitere Knochen- und Weichteilmaterialien – in hoch synthetisch oder human – Regeneratlen garantiert

5. Implantologie-Tagung

16. November 2014 in Zeitz-Plauentarium Jena

Referenten: Prof. Dr. Dr. Ralf Dammann, Prof. Dr. Dr. Kai-Olaf Heubel, Dr. Peter Hummer, Dr. Martin Kellner, ZTK Robert Koldi, Dr. Dirk Siebers, Dr. Friedhelm Weber

Jetzt anmelden unter:
www.mark-dental.de/inf/tagung



Spezial-Endentfernung

Im Carriech 49
 07708 Kahla
 Fon: 0364 241 811-0
mail@mk-website.de

