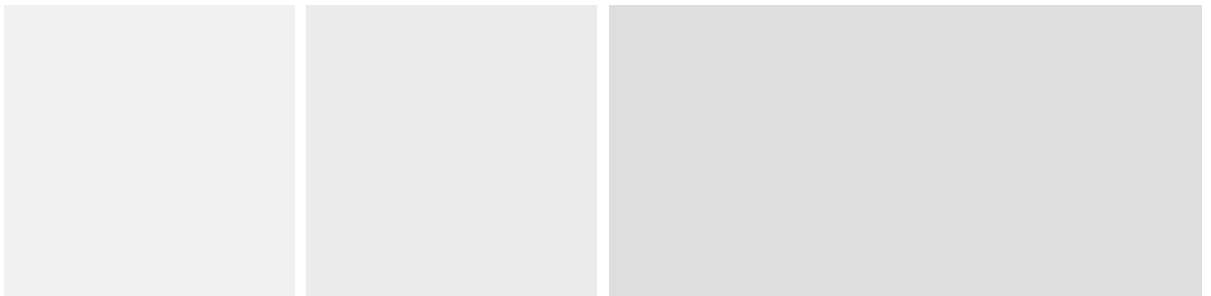




# QZ-Modul Geriatrie

STAND MAI 2017



# INHALTE

<b>EINLEITUNG</b>	<b>4</b>
<b>1. ARBEITSZIELE</b>	<b>6</b>
Themenhintergrund .....	6
Konzept .....	6
Für Moderatoren .....	7
Für Qualitätszirkel-Teilnehmer .....	7
<b>2. STRUKTURELLE VORGABEN FÜR DIE GESTALTUNG VON QZ-MODERATION UND QZ-ARBEIT</b>	<b>8</b>
Teilnehmerzahl .....	8
Form .....	8
Hinweise zur Frequenz .....	8
Element A – Geriatrische Fallkonferenz .....	8
Element B – Geriatrische Fortbildung .....	8
<b>3. ELEMENT A – GERIATRISCHE FALLKONFERENZ</b>	<b>9</b>
Setting .....	9
Phasenablauf für die Moderation .....	9
Mustervordruck – Behandlungsverlauf .....	12
Mustervordruck – Gegenüberstellung Therapiepraxis/-vorgaben .....	13
Mustervordruck – Anpassungen Diagnostik und Therapie .....	14
<b>4. ELEMENT B – GERIATRISCHE FORTBILDUNG</b>	<b>15</b>
Setting .....	15
Wissenssammlungen .....	15
Wissenssammlung: Geriatrie allgemein .....	16
Links zum Thema Geriatrie allgemein .....	16
Wissenssammlung: Stürze und Folgen .....	17
Einleitung .....	17
Häufige Fragen .....	17
Wissenssammlung: Delir .....	19
Einleitung .....	19
Häufige Fragenkomplexe .....	19
Literaturhinweise .....	23

<b>5. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK</b>	<b>25</b>
<b>6. ANLAGE – VORDRUCKE GERIATRISCHES ASSESSMENT</b>	<b>26</b>
Geriatrisches Screening nach Lachs et al. ....	26
Anleitung .....	26
Literatur .....	26
Geriatrisches Screening nach Lachs et al. – Anamnesebogen .....	27
Uhrentest, nach Shulman .....	29
Uhrentest, nach Watson .....	29
Mini-Mental-Status .....	30
Mini-Mental-Status – Fragebogen .....	31
Barthel-Index (Aktivitäten des täglichen Lebens) nach Hamburger Manual.....	33
Barthel-Index (Aktivitäten des täglichen Lebens) nach Hamburger Manual – Fragebogen.....	34
Timed „Up & Go“ nach Podsiadlo & Richardson (1991) .....	36
Chair-Rise-Test/Aufstehetest.....	38
Tandemstand und Tandemgang .....	39

# EINLEITUNG

In Rheinland-Pfalz hat die Ärzteschaft<sup>1</sup> früh auf den kommenden demografischen Wandel reagiert und mit der im Jahr 2013 eingeführten Schwerpunkt-, der Zusatz-Weiterbildung und der Fachkunde Geriatrie einen Weg zum Erwerb von geriatrischem Know-how geöffnet. Die Veränderungen in der Altersstruktur der Bevölkerung erfordern mehr geriatrische Kompetenzen in der Fläche, um älteren Menschen in Deutschland ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen. Interdisziplinäre Kooperationen und Therapiepläne waren dabei schon immer Bestandteil vertragsärztlichen Wirkens.

Das Geriatriekonzept des Landes Rheinland-Pfalz hat eine lückenlose Behandlung geriatrischer Patienten zum Ziel. Im Konzeptpapier wird die sektorenübergreifende und interdisziplinäre Zusammenarbeit als Ziel bestimmt und die Wohnortnähe der Behandlung betont. Um eine dauerhafte Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, deren Eintritt zu verzögern oder in der Pflegebedürftigkeit auftretende zusätzliche Krankheiten abzumildern, sollen die geriatrische Akutbehandlung und Rehabilitation verstärkt zum Einsatz kommen. Das Konzept bekräftigt, dass die ambulante Behandlung so weit wie möglich Vorrang vor stationären Therapien hat.

Hier kommt der Vielzahl an Qualitätszirkeln (QZ) in Rheinland-Pfalz eine Schlüsselrolle zu, da diese die regionale Zusammenführung der relevanten Akteure sicherstellen und fördern. Dieses Dokument ist eine Arbeitshilfe für die regionale Qualitätszirkelarbeit zum Thema Geriatrie. Neben Ärzten mit geriatrischen Kompetenzen sollen im Rahmen der Zirkelarbeit weitere geriatrische Professionen eingebunden werden. Dies sind insbesondere, aber keinesfalls abschließend:

Ergotherapeuten

Logopäden

Physiotherapeuten

Diabetesberater

Nichtärztliche Praxisassistenten oder weiteres besonders qualifiziertes Praxispersonal

Angehörige von Pflegeeinrichtungen

Daneben erscheint eine Einbindung von geriatrisch spezialisierten Zahnärzten oder Psychotherapeuten sinnvoll, um der Multimorbidität bei geriatrischen Patienten zu begegnen.

Das Qualitätszirkelmodul Geriatrie richtet sich an alle Qualitätszirkelmoderatoren und soll als methodischer Leitfaden dienen, um im Rahmen bereits etablierter und bewährter regionaler Vernetzung das Themenfeld Geriatrie effizient im Rahmen etablierter Netzwerke zu behandeln. Das Modul Geriatrie baut auf dem durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung veröffentlichten Handbuch Qualitätszirkel auf. Im Zusammenhang mit dem Thema Geriatrie sei auf die bereits etablierten Module „Multimedikation“ und „Barrieren in Praxen identifizieren – auf dem Weg zur barrierearmen Praxis“ verwiesen.

Besonders geeignet ist das vorliegende Qualitätszirkelmodul für Genehmigungsinhaber der spezialisierten geriatrischen Diagnostik. Gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

§ 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik sind diese verpflichtet, folgende Maßnahmen durchzuführen:

- mindestens zweimal jährlich multiprofessionelle Qualitätszirkel zu geriatrischen Themen
- regelmäßige Schulungen der Praxismitarbeiter
- patientenorientierte Fallbesprechungen mit Beteiligung von Berufsgruppen, die in die Behandlung geriatrischer Patienten eingebunden sind

Darüber hinaus hat der Genehmigungsinhaber zweijährlich 48 Fortbildungspunkte zu altersassoziierten Krankheiten, Syndromen und Versorgungsformen gemäß § 8 der o. g. Qualitätssicherungsvereinbarung nachzuweisen.

Die Erfüllung dieser Verpflichtungen wird durch das Qualitätszirkelmodul Geriatrie unterstützt.

Die mit der Erstellung des Qualitätszirkelmoduls Geriatrie betraute Arbeitsgruppe ist davon überzeugt, dass Geriatrie ein interdisziplinäres Thema ist und hofft, den Qualitätszirkelmoderatoren eine Arbeitshilfe zur Verfügung zu stellen, die eine effiziente Netzwerkarbeit vor Ort unterstützt. Dementsprechend wurde dieses Dokument in erster Linie zur Nutzung auf elektronischen Devices konzipiert, sodass Sie mittels Hyperlinks jederzeit tiefer in die Themenfelder einsteigen können. Die in diesem Dokument enthaltenen Elemente sind auf eine hohe Benutzerfreundlichkeit ausgelegt. Es wird kein Anspruch auf Vollständigkeit oder Vollzähligkeit erhoben.

Geriatriekonzept der Landesregierung RLP: [www.msagd.rlp.de](http://www.msagd.rlp.de)

Qualitätszirkelmodule der KBV: <http://www.kbv.de/html/27179.php>

# 1. ARBEITSZIELE

Ältere Patienten mit mehreren Erkrankungen haben einen besonderen Behandlungsbedarf. Hier setzt die spezialisierte geriatrische Diagnostik an, welche individuelle, multiprofessionell gestaltete Behandlungspläne zum Ziel hat. Die Wohnortnähe der ambulanten Versorgung ist bei geriatrischen, nicht selten kognitiv und in der Mobilität eingeschränkten Patienten in der Betreuung bedeutend.

## THEMENHINTERGRUND

Um eine lückenlose Behandlung geriatrischer Patienten zu gewährleisten, ist der Aufbau einer regionalen Zusammenarbeit durch die Bildung von Netzwerken wichtig. Die Durchführung weiterführender geriatrischer Assessments beinhaltet etwa die Selbstversorgungsfähigkeit des Patienten, Mobilität, Kognition, Emotion, Ernährung, Schmerz und erweiterte Aktivitäten. Ebenso sind relevante soziale Kontextfaktoren zu erfassen und syndrombezogene geriatrische Untersuchungen oder vertiefende Assessmentverfahren durchzuführen. Die Übergänge der verschiedenen Behandlungsphasen geriatrischer Versorgung müssen nahtlos organisiert werden.

Da Qualitätszirkel ein etabliertes Verfahren ärztlicher Qualitätssicherungs- und Netzwerkarbeit sind, bieten diese eine gute Möglichkeit, entsprechende Kompetenzen selbstständig zu erarbeiten. Speziell für Qualitätszirkel zum Thema Geriatrie gilt, dass die Teilnehmer die Bereitschaft mitbringen, sich interdisziplinär, interprofessionell und intersektoral über Patientenfälle auszutauschen. Ziel ist es, die eigene Sichtweise und das eigene Handeln zu reflektieren und zu modifizieren. Ein weiteres Ergebnis kann auch die Modifikation des Zusammenwirkens der Teilnehmer unter Aspekten der Qualitätsverbesserung sein.

Die vorliegende Handlungsanleitung enthält alle inhaltlichen und methodischen Informationen, die der geschulte Moderator benötigt, um die jeweilige Qualitätszirkelsitzung vorzubereiten und zu moderieren. Ebenso genügt sie den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik.

## KONZEPT

Geriatrische Qualitätszirkel sind eine Plattform, um die Vernetzung niedergelassener Ärzte mit weiteren Berufsgruppen und Einrichtungen, die in die Behandlung geriatrischer Patienten eingebunden sind, zu verbessern.

Aus der Vereinbarung zu Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik ergeben sich folgende Ziele des Qualitätszirkelmoduls Geriatrie:

Austausch mit regionalen Fach- und Hausärzten zur Abstimmung der Schnittstellen: geriatrisches Basis-Assessment – spezialisiertes Assessment – Umsetzung Behandlungsplan  
Förderung der intersektoralen Arbeit durch Einbindung von stationären Einrichtungen und Geriatrischen Institutsambulanzen (GIA)  
Möglichkeit zur Einbindung und damit Schulung der Praxismitarbeiter  
Fallbesprechungen mit Beteiligung von Berufsgruppen, die in die Behandlung geriatrischer Patienten eingebunden sind  
Nachweis der Genehmigungsinhaber von 48 Fortbildungspunkten zum Thema Geriatrie alle zwei Jahre

Um diese Ziele zu erreichen, beinhaltet dieses Qualitätszirkelkonzept zwei Elemente: zum einen die geriatrische Fallkonferenz und zum anderen die geriatrische Fortbildung. Sie können getrennt voneinander oder in Kombination zur Durchführung eines Qualitätszirkels verwendet werden.

Bei geriatrischen, in der Regel multimorbiden Patienten gilt beim Umgang mit Leitlinien, dass diese einerseits hilfreich sind, jedoch im Rahmen der fallbezogenen, komplexen Behandlung mit vielerlei Aufgaben stets auf ihre Umsetzbarkeit und auf Praktikabilität überprüft werden müssen.

### **FÜR MODERATOREN**

Die QZ-Moderatoren sind befähigt, mittels des vorgestellten Konzepts geriatrische Themen mit dem Qualitätszirkel erfolgreich zu bearbeiten.

Sie sind in der Lage, bei konkreten Behandlungssituationen Leitlinienempfehlungen auf Praktikabilität und Sinnhaftigkeit zu überprüfen und zu würdigen.

Der Moderator kann einen Qualitätszirkel zum Thema Geriatrie moderieren und kennt die unterschiedlichen Sichtweisen der beteiligten Professionen durch gemeinsame Arbeit. Dies gilt insbesondere im Bereich der Risikoeinschätzung und Maßnahmenplanung.

### **FÜR QUALITÄTSZIRKEL-TEILNEHMER**

Die Zirkelteilnehmer sind befähigt, die eigene Behandlung von geriatrischen Patienten auf Praktikabilität und Sinnhaftigkeit zu reflektieren und gegebenenfalls zu modifizieren.

Die Teilnehmer haben in der Bearbeitung des Themas ihren Informations- und Kooperationsbedarf im Bereich spezialisierte Geriatrie erkannt und benannt. Sie kennen hinsichtlich Diagnose und Therapie den spezifischen Bedarf geriatrischer Patienten.

Die Vernetzung vor Ort wird gefördert.

## 2. STRUKTURELLE VORGABEN FÜR DIE GESTALTUNG VON QZ-MODERATION UND QZ-ARBEIT

### TEILNEHMERZAHL

5–20 Teilnehmer (je nach Thema und Element)

### FORM

Bei Element A – Geriatrische Fallkonferenz: Eher geschlossener Qualitätszirkel mit Beteiligung von Berufsgruppen, die in die Behandlung geriatrischer Patienten eingebunden sind.

Bei Element B – Fachliche Fortbildung: Offen.

### HINWEISE ZUR FREQUENZ

Die Qualitätssicherungsvereinbarung zur spezialisierten geriatrischen Diagnostik gibt mindestens zwei geriatrische Qualitätszirkelsitzungen p. a. vor.

Die Vorgabe der Qualitätszirkelleitlinie der KV RLP bleibt davon unberührt.

### ELEMENT A – GERIATRISCHE FALLKONFERENZ

Häufig wird bei der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Arbeit die fehlende Möglichkeit des kollegialen Austauschs über komplizierte oder schwierig verlaufende Behandlungsfälle als wesentlicher Mangel beschrieben. Die Besprechung von Behandlungsfällen im Qualitätszirkel schafft einen Rahmen für interdisziplinäre und -sektorale Lernprozesse (Eine ausführliche Beschreibung findet sich dazu im „Handbuch Qualitätszirkel“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter dem Punkt „Patientenfallkonferenz“.). Im Bereich der Geriatrie ist die Einbindung verschiedener Berufsgruppen, die mit der Behandlung dieser Patientengruppe betraut sind, von besonderer Bedeutung.

Den Zirkelteilnehmern ist die Möglichkeit eröffnet, von ihnen als kritisch oder schwierig bewertete Fälle im Qualitätszirkel vorzustellen. Der Fallvorsteller wird gebeten, einen nicht abgeschlossenen Fall auszuwählen, ihn aber nicht vorzubereiten. Er soll lediglich die Patientenakte mitbringen, um eventuelle Detailfragen recherchieren zu können.

### ELEMENT B – GERIATRISCHE FORTBILDUNG

Die Inhalte ergeben sich zunächst aus der aktuellen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer RLP. Bei den in diesem Dokument ausgewählten geriatrischen Themen „Stürze und Folgen“ und „Delir“ handelt es sich um eine erste Auswahl, die im Zeitablauf erweitert werden soll.



### 3. ELEMENT A – GERIATRISCHE FALLKONFERENZ

#### SETTING

Der Qualitätszirkel wird vom Moderator und dem mit dem Fall betrauten Zirkelteilnehmer (Fallvorsteller) moderiert. Der Zuschnitt des Elements A – Geriatrische Fallkonferenz setzt einen eher geschlossenen Zirkel voraus, wobei die mit der Behandlung von geriatrischen Patienten betrauten nichtärztlichen Berufe eingebunden sind. Die Zirkelteilnehmer sollten sich kennen und einander vertraut sein, um eine ausreichend geschützte und wertschätzende Arbeitssituation herzustellen. Oft bedarf es einiger Qualitätszirkel-Sitzungen im Vorfeld, in denen allgemeine Fragen zum Thema bearbeitet werden, um einen Zirkel auf diese Ebene zu bringen.

Wenn Fälle vorgestellt werden, müssen diese anonymisiert werden. Über die Inhalte der Sitzung und die Arbeitsergebnisse ist Stillschweigen zu vereinbaren. Die Zirkelsitzung soll nach der Methode der Patientenfallkonferenz<sup>2</sup> durchgeführt werden. Dabei handelt es sich um die gemeinsame, strukturierte Bearbeitung schwieriger Fälle im Qualitätszirkel nach folgendem Ablauf:

- Präsentation des Falls
- Anamnese und Verlauf des Falls
- Einschätzung der Zirkelteilnehmer zum Fall unter Einbeziehung der Leitlinien
- Entwicklung eines Plans zum Vorgehen im Fall

#### PHASENABLAUF FÜR DIE MODERATION

Die Moderation der Variante A – Fallkonferenz

<b>Phase 1: Einführungsphase</b>	
Zeitbedarf 5 Min.	
<b>Moderationsschritte</b>	<b>Medien</b>
Der Qualitätszirkelmoderator stellt kurz das Setting der Sitzung vor.	ggf. Moderationsplakate (Mustervordrucke)
<b>Ziele</b>	
Die Teilnehmer sind in die Methode/das Setting der Fallkonferenz eingewiesen.	

---

<sup>2</sup> Siehe dazu ausführlich: <http://www.kbv.de/html/27179.php> sowie Video-Tutorial unter <http://www.kbv.de/html/22790.php>.

<b>Phase 2: Fallvorstellung und Diskussion</b>	
Zeitbedarf 10 Min.	
<b>Moderationsschritte</b>	<b>Medien</b>
Der QZ-Moderator bittet die Fallvorsteller aus dem Kreis der Zirkelteilnehmer, alles, was sie über den vorgestellten geriatrischen Fall wissen, die bisherigen Diagnosen und den Behandlungsverlauf vorzustellen.	-
Die Gruppe tritt in eine Diskussion über den Behandlungskontext ein und arbeitet die fallspezifische Problematik heraus.  Die markanten Problemstellungen werden vom QZ-Moderator am Flipchart vermerkt.	Mustervordruck – Behandlungsverlauf  Flipchart
<b>Ziele</b>	
Der Fall ist vorgestellt.	
Verständnisfragen zum Fall sind geklärt.	
Überlegungen zum Fall sind am Flipchart o. Ä. dokumentiert.	

<b>Phase 3: Vergleich der bisherigen Behandlungspraxis mit den Vorgaben aus evidenzbasierten Leitlinien, interprofessioneller Austausch</b>	
Zeitbedarf 20 Min.	
<b>Moderationsschritte</b>	<b>Medien</b>
Die Gruppe entwickelt Ideen zum Behandlungsproblem, indem ihre bisherige Behandlungspraxis mit praxisrelevanten Empfehlungen (z. B. Leitlinien, Reviews etc.) verglichen wird.	Bereitgestellte Leitlinien Nutzung Wissensdatenbanken (z. B. mittels Smartphone)
Die Gruppe beschreibt ihre bisherige Therapiepraxis bezüglich des identifizierten Behandlungsproblems. Es empfiehlt sich, die ärztliche Sicht und die Einschätzung der mit in die Behandlung geriatrischer Patienten eingebundenen Berufsgruppen nacheinander durchzugehen.	Mustervordruck – Gegenüberstellung Therapiepraxis/-vorgaben
<b>Ziele</b>	
Die Gruppe hat die bisherige fallbezogene Behandlung beschrieben und den entsprechenden Evidenzquellen (Leitlinien, Reviews etc.) gegenübergestellt.	
Die eigene fallbezogene Behandlung ist kritisch reflektiert.	

<b>Phase 4: Entwicklung eines neuen, strukturierten Behandlungsplans</b>	
Zeitbedarf 20 Min.	
<b>Moderationsschritte</b>	<b>Medien</b>
<p>Auf der Grundlage der Ergebnisse der vorangegangenen Arbeitsschritte entwickelt die Gruppe ggf. einen neuen, strukturierten Behandlungsplan. Es wird in folgenden Schritten vorgegangen:</p> <p>Definition eines im jeweiligen Themenfeld sinnvollen Therapieziels  Festlegung notwendiger Veränderungen in der Diagnostik  Festlegung notwendiger Veränderungen in der Therapie  Festlegung der kontinuierlichen Betreuung und Versorgung  Begleitung und Kontrolle der Versorgung</p>	<p>Mustervordruck – Anpassungen Diagnostik und Therapie</p> <p>ggf. Flipchart</p>
<p>Im Anschluss kann erarbeitet werden, welchen Fortbildungsbedarf die Zirkelteilnehmer für ihre eigene Kompetenzentwicklung zum Thema sehen. Dies kann Inhalt einer der nächsten QZ-Sitzungen im Rahmen der Methodik des Elements B – Geriatrische Fortbildung sein.</p>	<p>Flipchart</p>
<b>Ziele</b>	
Die Gruppe hat eine modifizierte fallbezogene Behandlung entwickelt.	
Optional: Die Gruppe hat evtl. notwendigen Fortbildungsbedarf ermittelt.	

**MUSTERVORDRUCK – BEHANDLUNGSVERLAUF**

<b>Qualitätszirkel:</b>		
<b>Datum:</b>	<b>Fallnummer:</b>	
<b>Fachgebiet:</b>		
<input type="checkbox"/> Ärztlich	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nichtärztliche Praxisassistentenz
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Diabetesberatung
<input type="checkbox"/> Zahnärztlich	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Altenpflege
		<input type="checkbox"/> _____
<b>Fallschilderung, Anamnese</b>		<b>Jahr</b>
<b>Diagnostik und Befunde</b>		<b>Jahr</b>
<b>Therapie</b>	<b>Dosis</b>	<b>Jahr</b>
<b>Analyse der Problemfelder</b>		

**MUSTERVORDRUCK – GEGENÜBERSTELLUNG THERAPIEPRAXIS/-VORGABEN**

<b>Qualitätszirkel:</b>		
<b>Datum:</b>	<b>Fallnummer:</b>	
<b>Fachgebiet:</b>		
<input type="checkbox"/> Ärztlich	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nichtärztliche Praxisassistenz
<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Physiotherapie	<input type="checkbox"/> Diabetesberatung
<input type="checkbox"/> Zahnärztlich	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Altenpflege
		<input type="checkbox"/> _____
Bisherige Therapiepraxis	Leitlinienvorgaben	Erforderliche Anpassung

## MUSTERVORDRUCK – ANPASSUNGEN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

<b>Qualitätszirkel:</b>	
<b>Datum:</b>	<b>Fallnummer:</b>
<b>Therapieziele und -inhalt</b>	<b>Zeitpunkt</b>
<b>Diagnostik</b>	<b>Zeitpunkt</b>
<b>Kontinuierliche Betreuung und Versorgung</b>	<b>Zeitpunkt</b>
<b>Wie, wann und durch wen wird der Patient bzw. werden dessen Angehörige oder Betreuungsperson über evtl. Änderungen informiert?</b>	<b>Zeitpunkt</b>

## 4. ELEMENT B – GERIATRISCHE FORTBILDUNG

### SETTING

Der Zuschnitt des Elements B – Geriatrische Fortbildung eignet sich, um mittels der geriatrischen Fallkonferenzen identifizierte Fortbildungsimpulse zu geben. Ebenso ist dieses Element dazu geeignet, um neue Teilnehmer oder externe Impulse zu gewinnen oder die gem. QSV Geriatrie geforderte Schulung der Praxismitarbeiter sicherzustellen.

Der Ablauf richtet sich nach den Methoden und der Didaktik ärztlicher Fortbildung. Fortbildungen sind zu allen Bereichen der geriatrischen Versorgung vorstellbar, so können beispielsweise auch zahnmedizinische, ergotherapeutische, logopädische oder physiotherapeutische Inhalte Thema einer Veranstaltung sein.

I. d. R. ergeben sich die wichtigen Inhalte aus der aktuell gültigen Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer RLP und den aktuellen Leitlinien. Bei der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer RLP sind die Seiten 76 ff. von Interesse: <http://www.laek-rlp.de/downloads/wbo.pdf>.

In Zusammenhang mit geriatrischen Themen sei auf folgende Qualitätszirkelmodule verwiesen:

4.14 Multimedikation

4.21 Barrieren in Praxen identifizieren – Auf den Weg zur barrierearmen Praxis

Diese und andere Qualitätszirkelmodule finden Sie auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: <http://www.kbv.de/html/27179.php>.

### WISSENSAMMLUNGEN

Die Wissenssammlungen beinhalten neben allgemeinen Themen nach derzeitigem Stand die spezifischen Themen „Stürze und Folgen“ sowie „Delir“. Die Themen stellen lediglich einen Anfang dar und sollen im Laufe der Zeit ergänzt werden. Die Wissenssammlungen sind nicht abschließend. Sie werden zur fachlichen Diskussion im Qualitätszirkel bereitgestellt.

## WISSENSAMMLUNG: GERIATRIE ALLGEMEIN

Hinweis: In der digitalen Version sind die [blauen Textteile](#) mit Hyperlinks<sup>3</sup> hinterlegt. Mittels Anklickens des Textes gelangen Sie auf die entsprechende Webseite.

### LINKS ZUM THEMA GERIATRIE ALLGEMEIN:

[ICD QUER 2016 – KV RLP Mainz.](#)

[Artikel: Klug entscheiden ... in der Geriatrie.](#)

[Publikation: Gesundheit und Krankheit im Alter](#)

[Leitlinienliste der DGG](#)

[Leitlinienliste AWMF](#)

### Welche geriatrischen Assessments können effizient genutzt werden? Beispielhaft:

[DemTect, Demenz-Detektion](#)

[Geriatisches Screening nach Lachs et al.](#)

[Uhrentest \(hier: nach Shulman; nach Watson\)](#)

[Mini-Mental-Status](#)

[Barthel-Index \(ATL-Aktivitäten des täglichen Lebens\) nach Hamburger Manual](#)

Timed „Up & Go“

[Chair-Rise-Test](#)

[Tandemstand und Tandemgang](#)

### Weiterführende Übersicht zu geriatrischen Assessments der Webseite: Kompetenz-Centrum Geriatrie

[Artikel: Das geriatrische Assessment \(S. 210 ff.\)](#)

### Versorgungsrealität in Rheinland-Pfalz und Unterstützungsangebote der KV RLP:

[Musterkooperationsvertrag spezialisierte geriatrische Diagnostik](#)

[Qualitätszirkelmodul Geriatrie](#)

[Antragsunterlagen spezialisierte geriatrische Diagnostik](#)

[Artikel: Geriatrie setzt auf Netzwerke](#)

---

<sup>3</sup> Die im Folgenden genannten Hyperlinks sollen lediglich als Impulse dienen und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Linkliste unterliegt keinem regelmäßigen Änderungsdienst.



## WISSENSAMMLUNG: STÜRZE UND FOLGEN

Hinweis: In der digitalen Version sind die [blauen Textteile](#) mit Hyperlinks<sup>4</sup> hinterlegt. Mittels Anklickens des Textes gelangen Sie auf die entsprechende Webseite.

### EINLEITUNG

Stürze können viele Ursachen haben und gehören zu den häufigsten und bedeutendsten gesundheitlichen Problemen älterer Menschen. Ältere stürzen besonders häufig bei alltäglichen Aktivitäten, meist ohne das Bewusstsein zu verlieren und ohne Einwirkung äußerer Kräfte. Häufig sind mehrere Auslöser mit im Spiel. Hierzu gehören personen- und umweltbedingte Faktoren, alters- und/oder krankheitsbedingte, körperliche und psychosoziale Defizite sowie riskantes Verhalten.

### HÄUFIGE FRAGEN

**Wie korreliert die Sturzhäufigkeit mit dem Alter/Geschlecht der Person?**

[Publikation: Das Unfallgeschehen bei Erwachsenen in Deutschland](#)

[Artikel: Stürze die häufigste Unfallursache in Deutschland](#)

**Wie häufig kommt es aufgrund von Stürzen zu Notarzteinsätzen?**

[Artikel: Senioren verändern das Einsatzspektrum](#)

[Vortrag: Geriatrische Notfälle – Einsatz im Altenheim](#)

**Stürzen geriatrische Patienten in der Häuslichkeit öfter als in Pflegeheimen?**

[Publikation: Epidemiologie von Stürzen](#)

[Artikel: Sturzhäufigkeit: Heimbewohner sind stark gefährdet](#)

**Was sind die medizinischen Folgen von Stürzen?**

[Artikel: Sturz im Alter und seine Folgen](#)

**Was sind die psychischen Folgen von Stürzen?**

[Publikation: Sturzgefahr im Alter – Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln](#)

[Artikel: Sturzfolgen – Unsicherheit und Bewegungsangst nehmen zu](#)

**Welche Folgen hat Sturzangst?**

[Artikel: Sturzangst – Nur interdisziplinär behandelbar](#)

**Was sind die Kosten/Folgen einer Schenkelhalsfraktur?**

[Vortrag: Kosten von Stürzen und sturzbedingten Verletzungen im Alter](#)

---

<sup>4</sup> Die im Folgenden genannten Hyperlinks sollen lediglich als Impulse dienen und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Linkliste unterliegt keinem regelmäßigen Änderungsdienst.

## Welche Krankheiten führen zu einer erhöhten Sturzgefahr?

Krankheit	Link
Demenz	<a href="#">Integrierte Versorgung Demenz – DGPPN Rahmenkonzept</a>
Dranginkontinenz	<a href="#">S2e-Leitlinie – Harninkontinenz bei geriatrischen Patienten</a>
Epilepsie	<a href="#">S1-Leitlinie – Erster epileptischer Anfall und Epilepsien im Erwachsenenalter</a>
Herzrhythmusstörungen	<a href="#">Konsensuspapier der DGP und DGK zur Diagnostik und Therapie der kardialen Sarkoidose</a>
Hyperglykämie	<a href="#">S3-Leitlinie Klinische Ernährung in der Geriatrie von 2013</a>
Normaldruckhydrozephalus	<a href="#">S1-Leitlinie Normaldruckhydrozephalus</a>
Synkope	<a href="#">S1-Leitlinie Synkope</a>
Parkinson	<a href="#">S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom</a>

## Was kann präventiv zur Minimierung des Sturzrisikos unternommen werden?

[Artikel: Bei Sturzgefahr Medikation prüfen](#)

[Artikel: Sturzrisiko – Da lohnt ein Check der Medikation](#)

[Artikel: Blutdrucksenkung bei Senioren](#)

[Artikel: Wohnung und Haus bergen oft Stolperfallen](#)

[Pressemeldung: Smartphone-Apps und Spielekonsolen bringen der Altersmedizin große Vorteile](#)

[Kurzartikel: Hüftprotektoren – ja oder nein?](#)

[Artikel: Sicher unterwegs mit dem Rollator](#)

[Materialübersicht: Aktion das sichere Haus](#)

[Broschüre: Informationen zur Sturzprophylaxe](#)

[Artikel: Maßnahmen zur Sturzprophylaxe – Vorbeugen ist besser](#)

[Artikel: Sturzprävention in Hausarztpraxen](#)

## WISSENSSAMMLUNG: DELIR

Hinweis: In der digitalen Version sind die [blauen Textteile](#) mit Hyperlinks<sup>5</sup> hinterlegt. Mittels Anklickens des Textes gelangen Sie auf die entsprechende Webseite.

### EINLEITUNG

Das Delir – hier eher seltener direkt durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt (ICD-10 F05) – ist vor allem im Alter eine außerordentlich häufige Erkrankung. Es handelt sich um einen psychiatrischen Notfall!

Trotzdem wird die Symptomatik oft – möglicherweise in der Mehrzahl der Fälle – nicht erkannt, die richtige diagnostische Einordnung – nicht selten mit fatalen Folgen für die Betroffenen – verfehlt und – falls richtig erkannt und diagnostiziert – nicht nur begrifflich verharmlost. Sowohl die breite symptomatische und pathophysiologische Vielfalt als auch die daraus resultierenden multiplen Behandlungsansätze werden zum Nachteil der Betroffenen unterschätzt.

Demzufolge ist es bei der Betreuung älterer Menschen außerordentlich wichtig, die Symptomatik eines Delirs zu erkennen, differenzialdiagnostisch richtig einzuordnen, das breite Spektrum möglicher Ursachen im Blick zu behalten und daraus erfolgreiche Therapieansätze abzuleiten.

### HÄUFIGE FRAGENKOMPLEXE

#### Einleitende Fragen zur Epidemiologie

#### Mögliche Antworten

---

Wie häufig ist ein Delir bei älteren Patienten, zum Beispiel bei stationärer Aufnahme, bei hochaltrigen Krankenhauspatienten oder in Pflegeheimen?

[Artikel: Verwirrheitszustände im Alter – Diagnostik und Therapie](#)

---

Wie häufig werden Delirien nicht erkannt?

---

Zu welchem Prozentsatz sind Delirien durch Arzneimittel, letzten Endes also iatrogen ausgelöst?

---

Wie sind die Zahlen zur erhöhten Mortalität und (sekundären) Morbidität bei Delir?

---

Kennen Sie diagnostische Begriffe als Synonym für das Delir?

---

<sup>5</sup> Die im Folgenden genannten Hyperlinks sollen lediglich als Impulse dienen und haben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die Linkliste unterliegt keinem regelmäßigen Änderungsdienst.

---

Wie ist die Symptomatik des hypoaktiven Delirs? Differenzialdiagnosen?

---

Angaben zur Häufigkeit?

---

[Artikel: Verwirrtheitszustände im Alter – Diagnostik und Therapie](#)

Wie ist die Symptomatik des hyperaktiven Delirs?

---

Welche ICD-10-Kriterien für ein Delir kennen Sie?

---

Wie erfolgt die Diagnose eines Delirs?

---

Wenn unerwartet ein älterer Mensch zeitweise/plötzlich psychisch auffällig wird: Gehört dann der Verdacht auf Delir zu den primären differenzialdiagnostischen Überlegungen?

---

*Ja! Ergibt sich durchgängig aus der Literatur!*

Wenn eine Delir-typische Symptomatik festgestellt worden ist: Wie sind dann die Anforderungen an eine weitere Abklärung?

---

Wenn im ersten Schritt eine Delir-typische Symptomatik festgestellt worden ist: Was ist dann der nächste diagnostische Schritt?

---

Im Rahmen der Delir-Abklärung: Wann kann eine Demenz als mutmaßliche Ursache angenommen werden?

Literaturempfehlung:

Herausgeber: H. Dilling und andere: Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM 2016, Hogrefe Verlag, CH-3000 Bern.

## Fragen zur Pathophysiologie und zu ihrer Bedeutung in Diagnose und Behandlung

## Mögliche Antworten

Welche drei pathophysiologischen Hypothesen stehen vereinfacht für die Erklärung des Delirs zur Verfügung?

Kennen Sie Beispiele für pathophysiologisch wirksame, sogenannte „direkte Effekte“?

[Artikel: Verwirrheitszustände im Alter – Diagnostik und Therapie](#)

Kennen Sie Beispiele für pathophysiologisch wirksame, sogenannte „Entzündungseffekte“?

Kennen Sie Beispiele für pathophysiologisch wirksame „Stressfaktoren“?

Kennen Sie Beispiele für typische, potenziell Delir auslösende cholinerge und dopaminerge Substanzen?

Kennen Sie Beispiele für weitere, typischerweise potenziell Delir auslösende Medikamente?

*Ergibt sich aus der Literatur: Medikation? Neues Medikament? Selbstmedikation?*

Welche Rolle spielt Polypharmazie für das Delirrisiko?

Was gehört zu Ihren allerersten abklärenden Fragen bei Delir?

Kennen Sie weitere Risikofaktoren für ein Delir („Stressfaktoren“)?

## Fragen zur Prävention und Behandlung

## Mögliche Antworten

Wie beurteilen Sie die Auswirkung (rezidivierender) Delirien auf die Kraftfahrereignung?

[Begutachtungsleitlinie der Webseite: Bundesanstalt für Straßenwesen](#)

Welches sind wesentliche Maßnahmen in der Prävention (und Behandlung) von Delirien?

*Antworten ergeben sich aus der gesamten Literatur:*

*Ständige Optimierung einer möglichst knappen Medikation! „Start low, go slow“, auch – wenn möglich – beim Absetzen der Medikamente!*

*Substanzen mit Abhängigkeitspotenzial möglichst vermeiden, zum Beispiel „Z-Substanzen“, Benzodiazepine, alle Schmerzmittel!*

*Vorsicht mit Antibiotika, Antiarrhythmika, Anticholinergika und dopaminergen Substanzen, einschließlich Antidepressiva, Antiepileptika und Neuroleptika!*

*Genügende Flüssigkeitszufuhr!*

*Genügende Nahrungszufuhr in nicht zu langen Intervallen!*

*Genügende Mobilisierung!*

*Genügend soziale Kontakte!*

*Schaffung einer vertrauensvollen Umgebung!*

Wie schätzen Sie die Wirksamkeit und die Nebenwirkungen sogenannter „atypischer“ neuerer Neuroleptika wie Quetiapin, Aripiprazol, Olanzapin und Risperidon im Vergleich zu älteren Neuroleptika ein?

[Übersichtsarbeit: Psychopharmakaassoziierte QTc-Intervall-Verlängerung und Torsade de Pointes](#)

*meistenteils Off-Label-Use*

Wie ist hier die Zulassungslage bei geriatrischer Indikation, insbesondere beim Delir?

[Artikel: Atypische Neuroleptika – bei älteren Patienten wenig wirksam, aber gefährlich](#)

Welches Neuroleptikum weist die beste Evidenz beim Delir auf?

[Second-generation \(atypical\) antipsychotics and metabolic effects: a comprehensive literature review.](#)

Kennen Sie gegebenenfalls Dosierungen?

[Artikel: Antipsychotika zur Behandlung neuropsychiatrischer Störungen bei Demenz](#)

Gibt es ein Neuroleptikum, welches im Rahmen eines Delirs bei Parkinson-Syndrom eingesetzt werden kann?

[PubMed: Antipsychotics for treatment of neuropsychiatric disorders in dementia](#)

Kennen Sie hier gegebenenfalls Besonderheiten?

Kennen Sie Informationsquellen bezüglich der bei älteren Menschen besonders wichtigen QT-Wirksamkeit von Psychopharmaka?

Können Sie gegebenenfalls daraus Empfehlungen für einen rationalen Einsatz in der Geriatrie ableiten?

**Bei Medikamenten im Zusammenhang mit Delir sind die aktuellen Fachinformationen zu beachten. Dies gilt insbesondere für folgende Medikamente:**

Clozapin, Haloperidol, Chlorprothixen, Perazin, Prothipendyl, Aripiprazol (meistenteils Off-Label-Use), Olanzapin (meistenteils Off-Label-Use), Quetiapin (meistenteils Off-Label-Use), Risperidon (meistenteils Off-Label-Use)

## LITERATURHINWEISE

Eine Leitlinie im engeren Sinne gibt es derzeit nicht. Es liegt allerdings die anästhesistisch ausgerichtete S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ vor, die für die beabsichtigten Fortbildungszwecke von geringer Bedeutung ist.

[„Atypische Neuroleptika – bei älteren Patienten wenig wirksam, aber gefährlich“, Der Arzneimittelbrief, Jahrgang 47, Januar 2013](#)

[Begutachtungsrichtlinien zur Krafftahreignung: Bundesanstalt für Straßenwesen](#)

[„Das Expertenforum Demenz: Delir im Krankenhaus – ein immer noch unterschätztes Problem“, Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 12/2015](#)

[„Das nichtentzugsbedingte Delir – Evidenz zu Prävention und Therapie“, Der Nervenarzt, Ausgabe 5/2016](#)

[„Delir – Wenn man zeitweise verwirrt ist“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 21, 24. Mai 2013](#)

[„Delir in der Neurologie – Diagnose, Behandlung und Prognose“, Der Nervenarzt, Ausgabe 4/2014](#)

[„Erkennen, behandeln, vermeiden: Delir im Alter“, NeuroTransmitter 1.2011, Seite 42 bis 48](#)

[„Intensivstation: Delirium hinterlässt kognitive Störungen“, aerzteblatt.de, Freitag, 4. Oktober 2013](#)

[„Meta-Analyse: einfache Maßnahmen können Delirium älterer Patienten vermeiden“, aerzteblatt.de, Dienstag, 3. Februar 2015](#)

[„Prävention des postoperativen Delirs“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 112, Heft 17, 24. April 2015](#)

[„Psychopharmaka assoziierte QTc-Intervall-Verlängerung und Torsades de Pointes“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 108, Heft 41, 14. Oktober 2011](#)

[„Stationäre Behandlung: Der alte Patient wird zum Normalfall“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 21, 24. Mai 2013](#)

[„Verwirrheitszustände im Alter: Diagnostik und Therapie“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 109, Heft 21, 25. Mai 2012](#)

[Aus der Diskussion zu dem Beitrag: „Beseitigung auslösender Noxen“, Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 110, Heft 1 bis 2, 7. Januar 2013](#)

Herausgeber: H. Dilling und andere: Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis, 6., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen gemäß ICD-10-GM, 2016, Hogrefe Verlag, CH-3000 Bern

Herausgeber: H. Dilling und andere: Internationale Klassifikation Psychischer Störungen, ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien, 10. Auflage, 2015, Bern: Hogrefe Verlag, 2015

Herausgeber: Kassenärztliche Bundesvereinigung: Handbuch Qualitätszirkel, 3. Auflage, Köln : Deutscher Ärzteverlag, 2013



## 5. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die Arbeitsgruppe „Qualitätszirkelmodul Geriatrie“ möchte Ihnen mit diesem Dokument für die Arbeit vor Ort eine Hilfe bereitstellen. Naturgemäß kann dies nur ein Anfang sein.

Qualitätszirkelarbeit in der Geriatrie bedeutet, eigenes Wissen und eigene Erfahrung im Austausch weiter zu vertiefen. Ziel ist es, die komplexen Anforderungen, welche der alte und kranke Mensch an die verschiedenen Berufsgruppen stellt, besonders nutzbringend und erfolgreich zu erfüllen.

Das Themenfeld Geriatrie ist durch den medizinischen Fortschritt und sich ändernde Anforderungen einem stetigen Wandel ausgesetzt. Die KV RLP wird diesen Leitfaden deshalb regelmäßig aktualisieren und ergänzen. Auch Ihre Meinung ist gefragt. Bitte senden Sie uns Anregungen, Kritik und Verbesserungsvorschläge mittels E-Mail an die folgende Adresse zu, damit wir Ihre Anregungen zukünftig in diesem Dokument berücksichtigen können:

[qz@kv-rlp.de](mailto:qz@kv-rlp.de)

## 6. ANLAGE – VORDRUCKE GERIATRISCHES ASSESSMENT

### GERIATRISCHES SCREENING NACH LACHS ET AL.

#### **Anleitung**

Das geriatrische Screening nach Lachs et al. ist im Sinne einer Checkliste geeignet, die gut im Rahmen der Anamneseerhebung eingesetzt werden kann, typische Problembereiche und Risikokonstellationen zu überprüfen, die für die weitere Behandlungsplanung und den Therapieverlauf von Bedeutung sein können. Diesen Bereichen liegen die klassischen geriatrischen Syndrome zugrunde.

Es werden keine Punktwerte ermittelt. Wenn Einschränkungen in den einzelnen Bereichen vorhanden sind, sollte eine weitere Untersuchung/Abklärung erfolgen.

Anmerkung: Eine Quelle mit konkreten Auswertungshinweisen war verwaltungsseitig nicht identifizierbar.

#### **Literatur**

Screening nach Lachs et al. (1990): Ann. Intern. Med. 112: 699-706.

## GERIATRISCHES SCREENING NACH LACHS ET AL. – ANAMNESEBOGEN

Problembereich	Untersuchung	Pathologisches Resultat
<b>Sehen</b>	Fingerzahl mit Brille in 2 m Entfernung erkennen, Nahvisus oder Lesen einer Überschrift. Frage: „Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?“	Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder die Frage wird mit „ja“ beantwortet
<b>Hören</b>	Flüstern der folgenden Zahlen aus ca. 50 cm Entfernung nach eigener Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird: links: 6 1 9; rechts: 2 7 3	Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt.
<b>Arme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patient soll beide Hände hinter den Kopf legen</li> <li>▪ einen Stift von Tisch-/Bettdecke aufheben</li> </ul>	Mind. eine Aufgabe wird nicht gelöst.
<b>Beine</b>	Patient soll aufstehen, einige Schritte gehen und sich wieder setzen	Pat. kann eine dieser Tätigkeiten nicht selbstständig
<b>Blaseninkontinenz</b>	Frage: „Konnten Sie den Urin in letzter Zeit versehentlich nicht halten?“	Antwort: ja
<b>Stuhlinkontinenz</b>	Frage: „Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?“	Antwort: ja
<b>Ernährung</b>	Schätzen des Patientengewichtes	Untergewichtig?
<b>Kognitiver Status I</b>	Patient möchte sich bitte folgende Begriffe merken: Apfel – Pfennig – Tisch Bitten Sie ihn, die Begriffe zu wiederholen.	
<b>Aktivität</b>	<p>„Können Sie sich selbst anziehen?“</p> <p>„Können Sie mindestens eine Treppe steigen?“</p> <p>„Können Sie selbst einkaufen gehen?“</p>	Eine oder mehrere Frage(n) wird mit „nein“ beantwortet.
<b>Depression</b>	„Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?“	Antwort: ja oder eigener Eindruck
<b>Kognitiver Status II</b>	Abfrage der Begriffe: Apfel – Pfennig – Tisch	Einen oder mehrere vergessen
<b>Soziale Unterstützung</b>	Frage: „Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmäßig helfen können?“  Wenn ja, bitte Namen notieren:	Antwort: nein
<b>Allgemeine Risikofaktoren</b>	Frage: „Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?“	Vor weniger als 3 Monaten
	Frage: „Sind Sie in den letzten 3 Monaten gestürzt?“	Antwort: ja
	Prüfung Medikationsplan Frage: „Nehmen Sie regelmäßig mehr als 5 verschiedene Medikamente ein?“	Antwort: ja
	„Leiden Sie häufig unter Schmerzen?“	Antwort: ja
<b>Kommentar</b>		

<b>Akute Verwirrtheit</b>	
<b>Aphasie</b>	
<b>Verweigerung</b>	
<b>Andere</b>	
<b>Bemerkungen</b>	

## UHRENTTEST NACH SHULMAN

[Vordruck der Website: Ergobern](#)

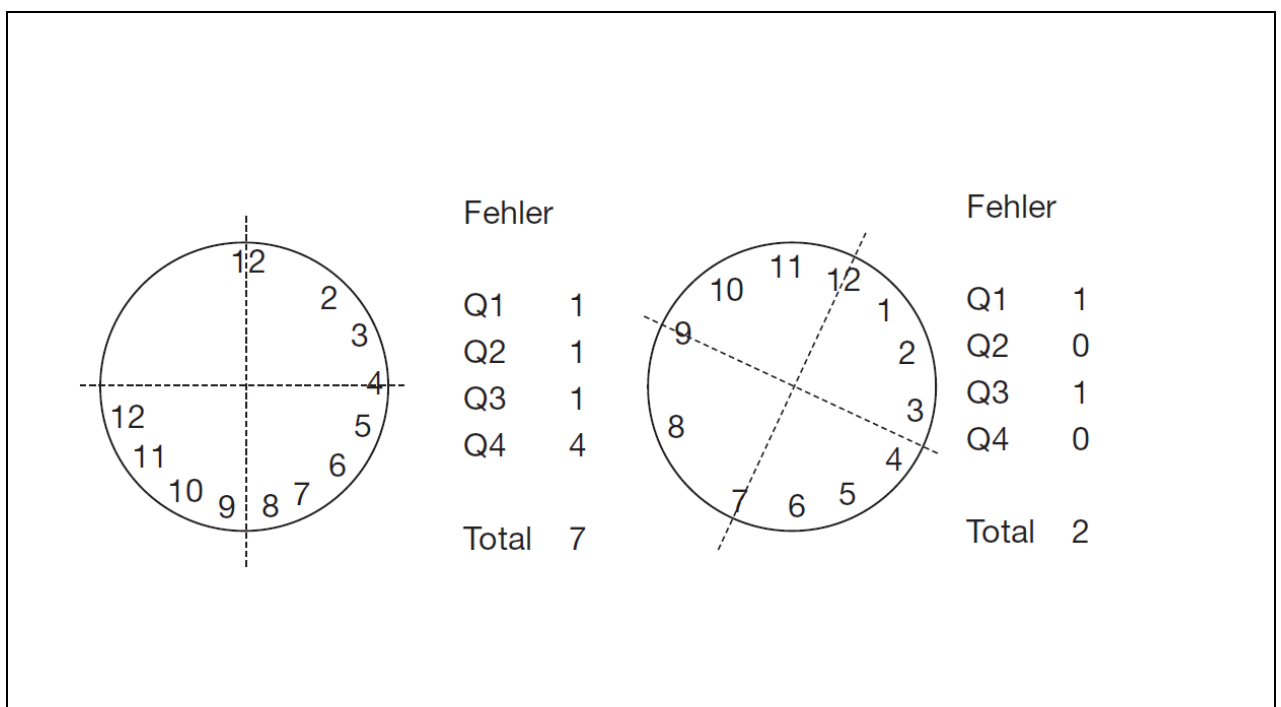
[Vordruck der Website: Demenznetz Aachen](#)

## UHRENTTEST NACH WATSON

### Anleitung

Der Patient muss in einem Kreis ein Ziffernblatt einzeichnen, wobei bei der Beurteilung die räumliche Verteilung der Ziffern auf die vier Quadranten entscheidend ist.

Beim Zeichnen auftretende Fehler im Sinne einer konstruktiven Apraxie gelten als frühes Zeichen einer Demenz, gleichzeitig werden Hemineglect und Hemianopsie erkannt.



### Auswertung

Bei maximal 7 Fehlerpunkten ist im Bereich von 4-7 Fehlerpunkten eine Demenz als wahrscheinlich anzusehen.

### Literatur

Watson U et al. (1993): J. Am. Geriatr. Soc. 41: 1235-1240.

Ebenso: <http://www.demenznetz-aachen.de/assets/dokumente/Uhrentest.pdf>

## **MINI-MENTAL-STATUS**

### **Anleitung**

Der Mini-Mental-Status-Test wird als Interview mit dem Patienten durchgeführt. Anhand von neun Aufgabenkomplexen werden zentrale kognitive Funktionen überprüft (zeitliche und räumliche Orientierung, Merk- und Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache und Sprachverständnis, außerdem Lesen, Schreiben, Zeichnen und Rechnen). Die Durchführung dauert in der Regel ca. 10 Minuten.

Die Aufgaben umfassen sowohl das Beantworten von Fragen als auch das Ausführen einfacher Handlungen.

### **Auswertung**

25-30 Punkte: keine kognitive Einschränkung

18-24 Punkte: mäßige kognitive Einschränkung

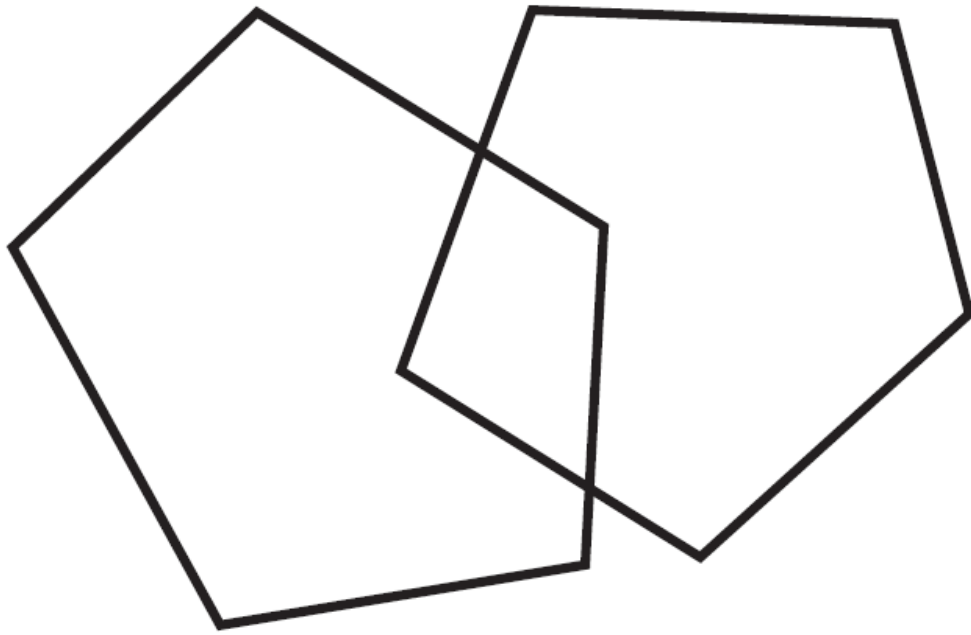
0-17 Punkte: erhebliche kognitive Einschränkung

### **Literatur**

Folstein M. V. et al. (1975): J Psychiatr. 12: 189-198.

## MINI-MENTAL-STATUS – FRAGEBOGEN

Parameter	Max. Punkte	Erreichte Punkte
<b>Orientierung</b> Welches Jahr, Jahreszeit, Monat, Wochentag, Datum von heute?  Wo sind wir? (Land, Bundesland, Ort, Praxis/Klinik, Arztname)	je 1, max. 5  je 1, max. 5	
<b>Aufnahmefähigkeit</b> Aufforderung, die drei Worte Baum, Tisch, Schrank nachzusprechen. Hinweis dabei, dass diese drei Wörter nach einer kleinen Rechenaufgabe wieder erfragt werden  Ein Wort pro Sekunde. Maximal 6 Versuche, um die drei Wörter in der richtigen Reihenfolge nachzusprechen	pro Wort ein Punkt  je 1, max. 3	
<b>Aufmerksamkeit und Rechnen</b> Von 100 jeweils 7 subtrahieren (93/86/79/72/65) <i>Alternativ:</i> STUHL rückwärts buchstabieren (LHUTS); jeder richtige Buchstabe 1 Punkt.	jede richtige Antwort: ein Punkt  je 1, max. 5	
<b>Gedächtnis</b> Erinnern der oben nachgesprochenen Begriffe (            /            /            )	je 1, max. 3	
<b>Sprache</b> Benennen: Was ist das? (Bleistift/Kugelschreiber) Was ist das? (Uhr)  Nachsprechen: „Kein wenn und oder aber“	Jede richtige Antwort: ein Punkt  je 1, max. 3	
<b>Ausführen einer dreiteiligen Anweisung</b> „Nehmen Sie das Blatt in die Hand, falten Sie es in der Mitte und lassen Sie es auf den Boden fallen.“	je Teilschritt ein Punkt je 1, max. 3	
<b>7. Lesen und Ausführen (auf separatem Blatt vorbereitet)</b> Lesen Sie bitte diesen Satz und führen Sie das, was Sie darauf lesen, aus (s. Anlage). „Schließen Sie Ihre Augen.“	max. 1	
<b>8. Schreiben</b> Einen x-beliebigen Satz schreiben lassen (nicht diktieren/muss spontan geschrieben werden). Er muss die wesentlichen Merkmale eines Satzes (Subjekt und Prädikat) enthalten.	max. 1	
<b>9. Kopieren (Extrablatt mit Muster vorlegen)</b> Sich überschneidende Fünfecke nachzeichnen lassen. Es müssen die beiden Fünfecke und die Überlappung erkennbar sein.	max. 1	
<b>SUMME</b>		



---

Knickkante

**Schließen Sie Ihre Augen.**



## **BARTHEL-INDEX (AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS) NACH HAMBURGER MANUAL**

### **Anleitung**

Der Barthel-Index ist ein Bewertungsverfahren der alltäglichen Fähigkeiten eines Patienten. Er dient dem systematischen Erfassen von Selbstständigkeit beziehungsweise Pflegebedürftigkeit. Es werden Punktwerte verteilt für einen Teil der „Aktivitäten des täglichen Lebens“.

### **Auswertung**

Minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit)

Maximal 100 Punkte (Selbstständigkeit)

### **Literatur**

Weblink: [Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel-Index.](#)

Lübke N., Grassl A., Kundy M., Meier-Baumgartner H. R., Will J. (2001): Geriatriejournal 1/2: 41-46.

## BARTHEL-INDEX (ATL-AKTIVITÄTEN DES TÄGLICHEN LEBENS) NACH HAMBURGER MANUAL – FRAGEBOGEN

Fähigkeit	Tätigkeit	Punkte
<b>Essen</b>	Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5
	Völlig hilfsbedürftig	0
<b>Bett-Stuhl-Transfer (Auf- und Umsetzen)</b>	Völlig unabhängig hin und zurück	15
	Minimale Assistenz oder Supervision	10
	Aufsetzen im Bett möglich, für Transfer Hilfe	5
	Bettlägerig (sich aufsetzen nicht allein möglich)	0
<b>Waschen</b>	Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert, schminkt sich	5
	Braucht Hilfe	0
<b>Toilettenbenutzung</b>	Unabhängig inkl. Anal-/Toilettenreinigung	10
	Braucht Hilfe, z. B. bei Kleidung, Reinigung	5
	Kann Toilette/Nachtstuhl nicht benutzen	0
<b>Baden</b>	Badet oder duscht ohne jede Hilfe	5
	Braucht Hilfe	0
<b>Gehen auf Ebene oder Rollstuhlfahren</b>	50 m unabhängiges Gehen (evtl. mit Gehhilfe)	15
	50 m Gehen mit Gehwagen	10
	Für RS-Fahrer (wenn nicht 10- oder 15-codiert) Bewegt sich in der Wohnung mit personeller oder Gehhilfe oder selbstständig im Rollstuhl	5
	Kann sich auch mit Hilfe nicht fortbewegen	0
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig (kann ggf. Gehhilfe tragen) über 1 Etage	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann auch mit Hilfe nicht Treppen steigen	0
<b>Ankleiden</b>	Unabhängig inkl. Schuheanziehen	10
	Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst	5
	Völlig hilfsbedürftig	0
<b>Stuhlkontinenz</b>	Kontinent	10

	Teilweise inkontinent (maximal 1 x Woche)		5
	Inkontinent (häufiger als 1 x Woche)		0
<b>Urinkontinenz</b>	Kontinent		10
	Teilweise inkontinent (maximal 1 x 24 Std.)		5
	Inkontinent (häufiger als 1 x 24 Std.)		0
			<b>Summe</b>

## TIMED „UP & GO“ NACH PODSIADLO & RICHARDSON (1991)

### Anleitung

Gemessen wird die Zeit, die ein Patient braucht, um aus einem Stuhl mit Armlehnen aufzustehen, drei Meter hin und zurück auf einer Linie zu gehen und sich dann wieder zu setzen.

Der Patient sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen (Sitzhöhe ca. 46 cm). Es darf gegebenenfalls ein Hilfsmittel (z. B. Gehstock) benutzt werden. Die Arme liegen locker auf den Armstützen und der Rücken liegt der Rücklehne des Stuhls an. Beim Erreichen dieser Position hilft die untersuchende Person nicht mit.

Nach Aufforderung soll der Patient mit einem normalen und sicheren Gang bis zu einer Linie laufen, die in drei Metern Entfernung vor dem Stuhl auf dem Boden markiert ist, sich dort umdrehen, wieder zurück zum Stuhl gehen und sich in die Ausgangsposition begeben.

Die benötigte Zeit ab Ende der Aufforderung bis zum Wiedererreichen der Ausgangsposition wird in Sekunden notiert. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die untersuchte Person den Bewegungsablauf üben. Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.

→ Videoanleitung auf YouTube: [Timed Up & Go Test](#)

1.	Untersuchte Person kann gehen	Nein	Ja
2.	Es wurde eine Gehhilfe benutzt	Nein	Ja, welche: _____
3.	<b>Benötigte Zeit in Sekunden</b>		<b>Sek.</b>

### Kategoriale Auswertung

1 – Zeitdauer unter 10 Sekunden	völlig uneingeschränkt
2 – Zeitdauer 10 bis 19 Sekunden	weniger mobil, aber noch uneingeschränkt
3 – Zeitdauer 20 bis 29 Sekunden	eingeschränkte Mobilität
4 – Zeitdauer 30 oder mehr Sekunden	ausgeprägte Mobilitätseinschränkung
5 – Kann nicht gehen	nicht gehfähig

	<b>Mobilitätskategorie</b>	Kode 1 bis 5	
--	----------------------------	--------------	--

### Literatur

Podsiadlo D., Richardson S. The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc.* Feb 1991; 39(2): 142-148.

Schädler S., Kool J., Lüthi H. et al. *Assessments in der Rehabilitation Bd. 1: Neurologie.* Bern: Verlag Hans Huber; 2009.

Shumway-Cook A., Brauer S., Woollacott M. Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Phys Ther.* Sep 2000; 80(9): 896-903.

Wall J. C., Bell C., Campbell S., Davis J. The Timed Get-up-and-Go test revisited: measurement of the component tasks. *J Rehabil Res Dev.* Jan-Feb 2000; 37(1): 109-113.

Wewerka G., Iglseider B. [Measuring gait velocity in the elderly with a gait analysis system and a 10-meter walk test : A comparison.]. *Z Gerontol Geriatr.* Dec 1 2013.

## **CHAIR-RISE-TEST/AUFSTEHTEST**

### **ANLEITUNG**

Gemessen wird die Zeit, die die Person braucht, um fünfmal hintereinander aus einem üblichen Stuhl ohne Armlehnen und ohne Abstützen mit den Armen aufzustehen.

Stellen Sie aus Sicherheitsgründen den Stuhl mit dem Rücken gegen eine Wand.

Der Patient wird instruiert, fünfmal so zügig es geht, aber sicher, aufzustehen und sich wieder zu setzen, wobei die Arme vor der Brust gekreuzt bleiben.

Die benötigte Zeit ab Ende der Aufforderung bis zum Abschluss der fünfmaligen Wiederholung wird in Sekunden notiert. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die untersuchte Person den Bewegungsablauf üben. Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.

Benötigt der Patient länger als 2 Minuten, kann abgebrochen werden.

→ Videoanleitung auf YouTube: [Chair-Rise-Test](#)

### **Kategoriale Auswertung**

Messung < 10 s

Keine kraftbedingte Gangunsicherheit anzunehmen

Messung > 10 s

Kraftbedingte Gangunsicherheit anzunehmen

### **Literatur**

Guralnik J. M. et al. 1994 J Gerontol Med Sci, 49, M85-94

Otago Exercise Programme to prevent falls in older adults; Otago Medical School, University of Otago, 2003, 25.

## TANDEMSTAND UND TANDEMGANG

### Anleitung – Tandemstand

Der Patient soll zehn Sekunden im Tandemstand (beide Füße in einer Linie hintereinander, wobei die Ferse des einen Fußes die Spitze des anderen berührt) stehen. Die Arme hängen locker und die Augen sind geöffnet.

Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf demonstrieren.

Der Patient hat drei Versuche, wobei der beste gewertet wird. Jedes Umsetzen der Beine beendet den Versuch.

### Anleitung – Tandemgang

Der Patient soll acht Schritte im Tandemgang (einen Fuß so vor den anderen setzen, dass die Ferse des einen Fußes die Spitze des anderen berührt) setzen. Der Tandemgang erfolgt am besten an einer am Boden sichtbaren Linie.

Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf demonstrieren.

Der Patient hat drei Versuche, wobei der beste gewertet wird. Jedes Umsetzen der Beine, ein Abstand der Ferse von Fußspitze von mehr als 2 cm oder eine Abweichung von mehr als einer halben Fußbreite aus der Spur beendet den Versuch.

→ Videoanleitung auf YouTube: [Tandemgang](#)

Literatur:

[https://kcgeriatrie.de/Assessments\\_in\\_der\\_Geriatrie/Documents/tandem.pdf](https://kcgeriatrie.de/Assessments_in_der_Geriatrie/Documents/tandem.pdf).

## 7. AUTOREN

Dieses Handbuch wurde erstellt von:

- Dr. med. Manfred Schnellbacher
- Dr. med. Wolfgang Stein
- Dr. med. Jürgen Isenberg
- Dr. rer. pol. Thomas Rosog, KV RLP

Mit Unterstützung von: Claudia Lehmann, KV RLP

### **Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP)**

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Isaac-Fulda-Allee 14

55124 Mainz

#### **Kontakt**

Telefon 06131 326-326

Telefax 06131 326-327 [service@kv-rlp.de](mailto:service@kv-rlp.de) [www.kv-rlp.de](http://www.kv-rlp.de)

