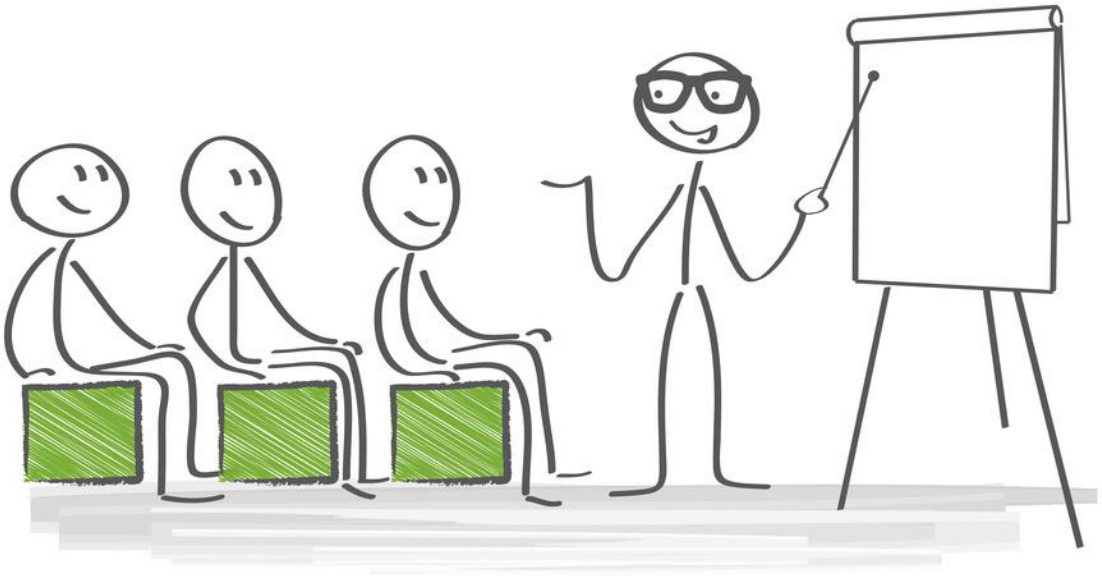
Assessorenschulung



Dr. med. C. Bruns
Klinikum Stuttgart

STUTTGART

Klinikum Stuttgart

PAWEL
CRF
T0

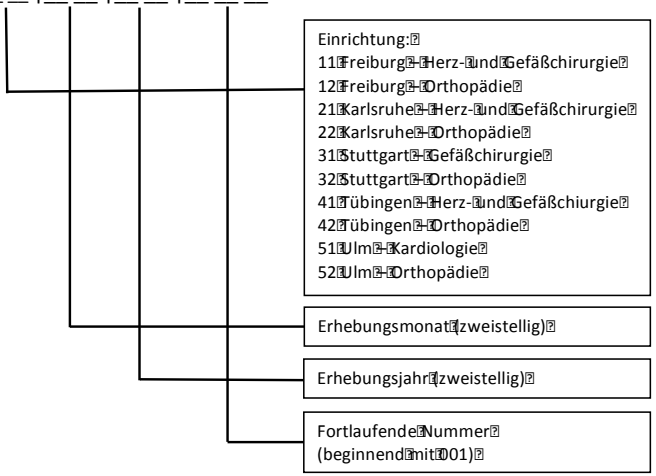
Datum _____

Uhrzeit Start _____

Uhrzeit Ende _____

Rater _____

Pseudonym __ __ | __ __ | __ __ | __ __ | __ __ __



Standort/Klinik _____

Patient ist einwilligungsfähig ja nein

Einwilligungserklärung vom Patienten/Betreuer liegt vor ja nein

Einwilligungserklärung vom Angehörigen liegt vor ja nein

AOK-Patient: ja nein

Einwilligungserklärung für die Übermittlung der Kostendaten liegt vor ja nein

Beispielsweise....

Frau Helga Müller stellt sich in Tübingen in der Kardiologie im Februar 2018 vor. Sie ist die 49 Probandin, die in die Studie aufgenommen wird. Sie ist mit der Teilnahme an der Studie einverstanden und mit der Übermittlung der Kostendaten. Frau Müller unterschreibt die entsprechenden Einwilligungsbögen. Auch ihr Ehemann hat bereits eingewilligt, an der Studie teilzunehmen. Auf Nachfrage erfahren wir, dass Frau Müller bei der BKK versichert ist. Es ist der 07. Februar 2018. Sie beginnen um 16.15 Uhr mit dem Assessment.

PAWEL
CRF
T0

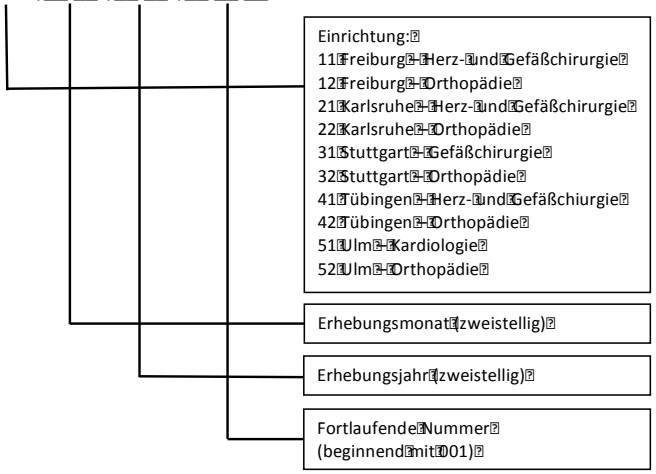
Datum _____

Uhrzeit Start _____

Uhrzeit Ende _____

Rater _____

Pseudonym __ __ | __ __ | __ __ | __ __ | __ __ __



Standort/Klinik _____

Patient ist einwilligungsfähig ja nein

Einwilligungserklärung vom Patienten/Betreuer liegt vor ja nein

Einwilligungserklärung vom Angehörigen liegt vor ja nein

AOK-Patient: ja nein

Einwilligungserklärung für die Übermittlung der Kostendaten liegt vor ja nein

Und wie es ist wenn...

Frau Helga Müller stellt sich in Karlsruhe in der Orthopädie vor im Juni 2018 vor. Sie ist die 124ste Probandin, die in die Studie aufgenommen wird. Sie ist mit der Teilnahme an der Studie einverstanden und mit der Übermittlung der Kostendaten. Frau Müller unterschreibt die entsprechenden Einwilligungsbögen, ebenso ihr Sohn als nächster Angehöriger. Auf Nachfrage erfahren wir, dass Frau Müller bei der AOK versichert ist. Es ist der 22. Juni 2018. Sie beginnen um 08.45 Uhr mit den Assessments.

PAWEL
CRF
T0

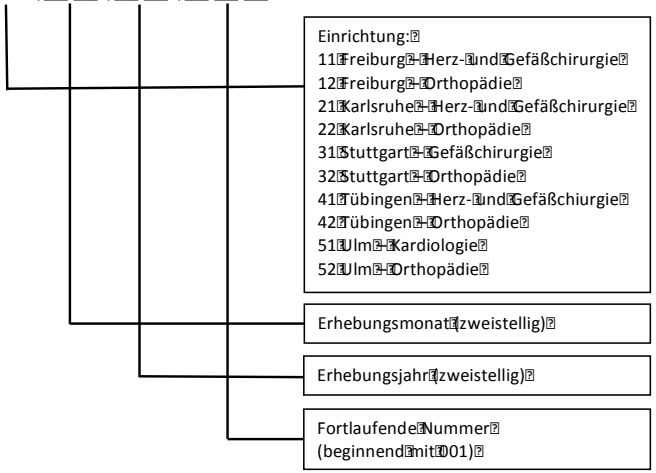
Datum _____

Uhrzeit Start _____

Uhrzeit Ende _____

Rater _____

Pseudonym __ __ | __ __ | __ __ | __ __ | __ __ __



Standort/Klinik _____

Patient ist einwilligungsfähig ja nein

Einwilligungserklärung vom Patienten/Betreuer liegt vor ja nein

Einwilligungserklärung vom Angehörigen liegt vor ja nein

AOK-Patient: ja nein

Einwilligungserklärung für die Übermittlung der Kostendaten liegt vor ja nein

Inhaltsverzeichnis

Nr.	Instrument	Seite	Auszufüllen von
1.	Soziodemographische Basiserhebung	3	Patient
2.	Subjektive Gedächtnisleistung	7	Patient
3.	Anamnesebogen (inkl. erweiterter CCI)	8	Studienarzt
4.	Handkraft	12	Assessor
5.	Whisper Test	12	Assessor
6.	Visual Acuity Test	12	Assessor
7.	Timed „Up & Go“	13	Assessor
8.	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)	15	Patient
9.	Gesundheitsfragebogen (EQ-5D-5L)	16	Patient
10.	Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (SF-12)	19	Patient
11.	Mini Nutritional Assessment (MNA)	22	Assessor
12.	Barthel-Index (nach Hamburger Manual)	24	Assessor
13.	Gebrechlichkeitsskala (CSHA Clinical Frailty Scale)	27	Assessor
14.	PSQI (Basic)	28	Patient/Angehöriger
15.	STOP-Bang	31	Patient/Angehöriger
16.	Sniffin´ Sticks 12	36	Assessor
17.	Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit für ältere Personen (IQCODE)	35	Angehöriger
18.	German-Zarit Burden Interview (G-ZBI)	37	Angehöriger
19.	Medikamentenliste	40	Studienarzt

Soziodemographische Anamnese

- Wird von dem Patienten bzw. mit Hilfe des Angehörigen ausgefüllt
- Falls der Patient Rückfragen hat, werden diese durch den Assessor beantwortet
- Die Punkte, die nicht zu beantworten sind, werden durch den Assessor markiert und zu einem anderen Zeitpunkt ggf. durch den Studienarzt erhoben (Rückmeldung an den Studienarzt geben!)

1. Soziodemographische Basisinformationen

1. **Geburtsmonat:** _____ **Geburtsjahr:** _____

2. **Körpergewicht in kg:** _____ **Körpergröße in cm:** _____

3. **Geschlecht:**

☐männlich ☐weiblich

4. **Bitte nennen Sie uns Ihren Familienstand**

☐n Ehe/ Partnerschaft lebend

☐verheiratet, vom Ehepartner/in getrennt lebend

☐edig

☐geschieden

☐verwitwet

5. **Haben Sie eigene Kinder?**

☐hein

☐ja, Anzahl _____

6. **Migrationshintergrund: Sind Sie selbst, ihre Eltern oder ihre Großeltern in einem anderen Land aufgewachsen als dem Land ihres jetzigen Wohnorts?**

☐hein

☐ja, → ☐selbst ☐Elterngeneration ☐Großelterngeneration

Muttersprache: _____

7. Welchen höchsten allgemein bildenden Schulabschluss haben Sie?

☐Von der Schule abgegangen ohne Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)

☐Hauptschulabschluss (Volksschulabschluss)

☐Realschulabschluss (Mittlere Reife)

☐Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)

☐Fachhochschulreife, Abschluss Fachoberschule

☐Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife/ Abitur (Gymnasium bzw. EOS, auch EOS mit Lehre)

☐Einen anderen Schulabschluss und zwar _____

8. Haben Sie eine Berufsausbildung?

☐hein

☐Ja, → ☐Lehre ☐(FH)-Studium

9. Was war Ihr hauptsächlich ausgeübter Beruf?

Hauptsächlich ausgeübter Beruf: _____

Dauer der Berufstätigkeit: _____ Jahre

Alter bei Berentung: _____

10. Mit wem leben Sie zusammen? (Mehrfachnennungen möglich)

☐alleine ☐Wohngemeinschaft

☐Kind/er ☐Pflegeheim/Altersheim

☐Ehepartner/in; Partner/in ☐obdachlos

☐sonstige Familienangehörige

Bei starker kognitiver Einschränkung sind die Fragen 11 bis 17 mit Unterstützung des Angehörigen auszufüllen

Fremdanamnese ☐

11. Aktuelles Raucherverhalten

☐täglich, _____ Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen pro Tag

☐weniger als täglich, _____ Zigaretten oder Pfeifen pro Woche

☐hie

12. Wenn Sie derzeit nie rauchen, haben Sie früher geraucht?

☐täglich, _____ Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen pro Tag

☐weniger als täglich, _____ Zigaretten oder Pfeifen pro Woche

☐nie

13. Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben zu rauchen?

_____ Jahre

14. Wenn <u>ehemaliger</u> Raucher:
Vor wie vielen Jahren/Monaten haben Sie aufgehört zu rauchen?

_____ Jahren _____ Monaten

15. Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke?

Bier: ☐nie
☐seltener als 1-mal im Monat
☐1-3-mal im Monat
☐1-4-mal pro Woche
☐5-6-mal pro Woche
☐täglich

Wein/Sekt: ☐nie
☐seltener als 1-mal im Monat
☐1-3-mal im Monat
☐1-4-mal pro Woche
☐5-6-mal pro Woche
☐täglich

Spirituosen: ☐nie
☐seltener als 1-mal im Monat
☐1-3-mal im Monat
☐1-4-mal pro Woche
☐5-6-mal pro Woche
☐täglich

16. Wie oft trinken Sie 3 oder mehr alkoholische Getränke zu einem Zeitpunkt?

☐nie ☐1-4-mal pro Woche
☐seltener als 1-mal im Monat ☐5-6-mal pro Woche

	☐1-3-mal im Monat ☐täglich
17.	**Wie alt waren Sie, als Sie angefangen haben regelmäßig Alkohol zu trinken?** _____ Jahre
18.	**Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?** ☐Ja ☐Nein *Anmerkung: Ein Sturz ist definiert als unbeabsichtigtes Zu-Boden-Kommen (auf dem Fußboden, auf ein niedrigeres Niveau, den Flur etc.)*
19.	**Wenn ja, wie oft sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?** _____ Mal
20.	**Wie häufig sind Sie in den letzten drei Monaten beinahe gestürzt?** _____ Mal
21.	**Besitzen Sie einen Pflegegrad? Wenn ja welchen?** ☐Nein ☐Ja → Pflegegrad: _____ **Pflegegrad beantragt?** ☐Ja ☐Nein
22.	**Welche ist Ihre dominante Hand?** (z.B. mit welcher Hand kämmen Sie sich, putzen Sie die Zähne,…) ☐die rechte ☐die linke ☐beide in etwa gleich

2. Subjektive Gedächtnisleistung

1. Haben Sie das Gefühl, Ihr Gedächtnis wird schlechter?

☐ja

☐nein

☐weiß nicht (keine Angabe)

2. Wenn ja, macht Ihnen das Sorgen?

☐nein

☐ja, das macht mir Sorgen

☐ja, das macht mir große Sorgen

☐weiß nicht, keine Angabe

☐trifft nicht zu

3. Anamnese

3. Anamnese

1. Im Folgenden sind eine Reihe von Erkrankungen aufgeführt. Bitte kreuzen Sie die an, wegen der Sie schon einmal ärztlich behandelt wurden.

Krankheit	ja	nein
Herzinfarkt	☐	☐
Herzschwäche		
Durchblutungsstörungen der Beine		
Hirngefäßerkrankungen	☐	☐
Demenz	☐	☐
Chronische Lungenerkrankung	☐	☐

Erfolg durch den Pawel-Arzt!

Grundsätzlich gilt...

- Manche Fragen wiederholen sich in den verschiedenen Fragebögen, aber
- **Informationen, die wir schon haben, sollten nicht doppelt abgefragt werden**
- Wir sind auf die Mitarbeit der Probanden angewiesen und möchten die kostbare Zeit der Teilnehmer und die Geduld nicht überstrapazieren!!!

Handkraftmessung

- Eine verringerte maximale Handkraft gilt als Risikofaktor für
  - den Verlust an Selbstständigkeit
  - eine erhöhte „Gebrechlichkeit“
  - einen schlechteren klinischen Verlauf
  - eine erhöhte Mortalität bei älteren Patienten

Handkraftmessung

4. Handkraft

Handkraft, dreimal gemessen mit einem Jamar Handdynamometer:

(Messung: Sitzend und mit angewinkeltem Arm)

Links: 1. Messung _____ kg

Rechts: 1. Messung _____ kg

2. Messung mit der kräftigeren Hand _____ kg

Handkraftmessung

Anleitung (I):

- Der Patient sollte für die Messung in einer für ihn günstigen Position sitzen
- Die Arme dürfen nicht aufgestützt werden
- Die Arme sind bei der Durchführung der Handkraftmessung angewinkelt
- Neutralstellung des Unterarms
- der Ablauf wird kurz demonstriert



Handkraftmessung

Anleitung (II):

- Anweisung:
  - Gerät in Faustschluss nehmen
  - Nach Aufforderung fest drücken
  - Dabei langsam und gleichmäßig beginnen, aber so fest wie möglich
  - “Anfeuerung“ wird angekündigt
  - Am Ende auffordern den Faustschluss zu lösen
- Darauf achten, dass Schulter nicht hochgezogen wird, der Unterarm nicht gedreht wird o.Ä. → sog. “Ausgleichsbewegungen“

Handkraftmessung

Anleitung (III):

- Die Handkraft wird einmal an beiden Händen gemessen
- An der “besseren“ Hand wird ein zweites Mal gemessen
- Der beste Wert der zwei Messungen wird dokumentiert
- Der Abstand zwischen den einzelnen Messungen sollte ca. eine Minute betragen. Bei bestehender Hemiplegie mit Arm-/Handparese wird die Kraft der nicht betroffenen Hand gemessen.

Whisper Test

5. Whisper Test

Hörhilfe	☐nein	☐ja

Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird (**eigens Hörgerät** bitte verwenden!):

linkes Ohr: 6-1-9 _____

Verstanden? ☐nein ☐ja

rechtes Ohr: 2-7-3 _____

Verstanden? ☐nein ☐ja

Whisper Test

Was ist zu beachten?

- Nach der **Ausatmung** sprechen
- Abstand jeweils mit 50 cm wählen
- Das jeweils nicht untersuchte Ohr wird vom Probanden zugehalten





Whisper Test

5. Whisper Test

Flüstern der folgenden Zahlen in ca. 50 cm Entfernung nach Ausatmung in das angegebene Ohr, während das andere zugehalten wird:

linkes Ohr: 6-1-9 6 – 1

Verstanden? ☒ nein ☐ ja

rechtes Ohr: 2-7-3 2 – 7 - 3

Verstanden? ☐ nein ☒ ja

Visual Acuity Test



6. Visual Acuity Test

Sehhilfe ☐nein ☐ja

Eine Visuskarte wird dem Probanden in 1,8 m (6 feet) Entfernung vorgehalten. Auf der Karte soll der Proband mit beiden Augen gleichzeitig und -wenn vorhanden- mit Sehhilfe die Zeile 20/70 (0,3) vorlesen.

kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich der gesamten Zeile möglich:

☐nein ☐ja

Frage an den Probanden: Hat sich Ihre Sehfähigkeit in der letzten Zeit verschlechtert?

☐nein ☐ja

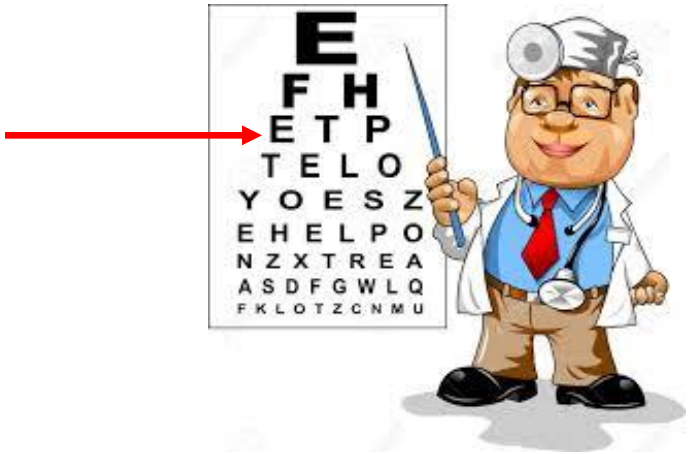
Visual Acuity Test

Was ist zu beachten?

- Wenn vorhanden, dann mit Sehhilfe testen

- Distanz beachten (ca. 2 m)

- Der Proband darf mit beiden Augen schauen, es erfolgt keine Differenzierung nach rechtem und linkem Auge



7. Medikamentenliste

7. Medikamentenliste

Bitte notieren sie hier **alle** Medikamente, die der Patient aktuell einnimmt. Bitte hier auch Medikamente angeben, die vom Patienten nur sporadisch bzw. bei Bedarf eingenommen werden.

Name (Wirkstoff oder Handelsname)	Einzeldosis	Art der Einnahme
1.	_____ , __ mg ☐ µg ☐ ml IE	☐ Dauermedikation ☐ bei Bedarf Wie oft pro Woche wurde die
2.	__ mg µg ☐ ml ☐ IE ☐	Wie oft pro Woche wurde die Einzeldosis eingenommen? → _____ mal pro Woche
3.	_____ , __	☐ Dauermedikation

Erfolg durch den Pawel-Arzt!

Timed up and go test

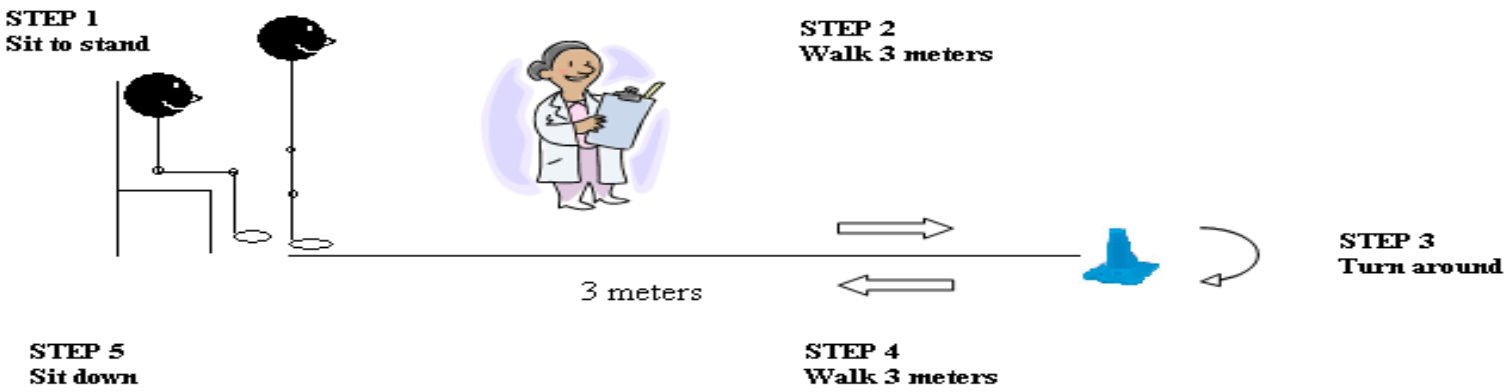
Ausgangsposition:

- Der Proband sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen
- Der Rücken liegt der Rückenlehne des Stuhls an
- Die Arme liegen locker auf den Armstützen



Timed up and go test

- Es darf gegebenenfalls ein Hilfsmittel (z.B. Gehstock) benutzt werden.
- Nach Aufforderung soll die zu untersuchende Person 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.



Timed up and go test

- Die benötigte Zeit ab Ende Aufforderung bis Wiedererreichen der Ausgangsposition wird in Sekunden notiert; es ist keine Stoppuhr vorgeschrieben.
- Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die zu untersuchende Person (Proband) den Bewegungsablauf üben.
- Die untersuchende Person (Assessor) darf den Bewegungsablauf **einmal** demonstrieren.



7. Timed „Up & Go“



TUG bei Patient nicht möglich ☐ Pati

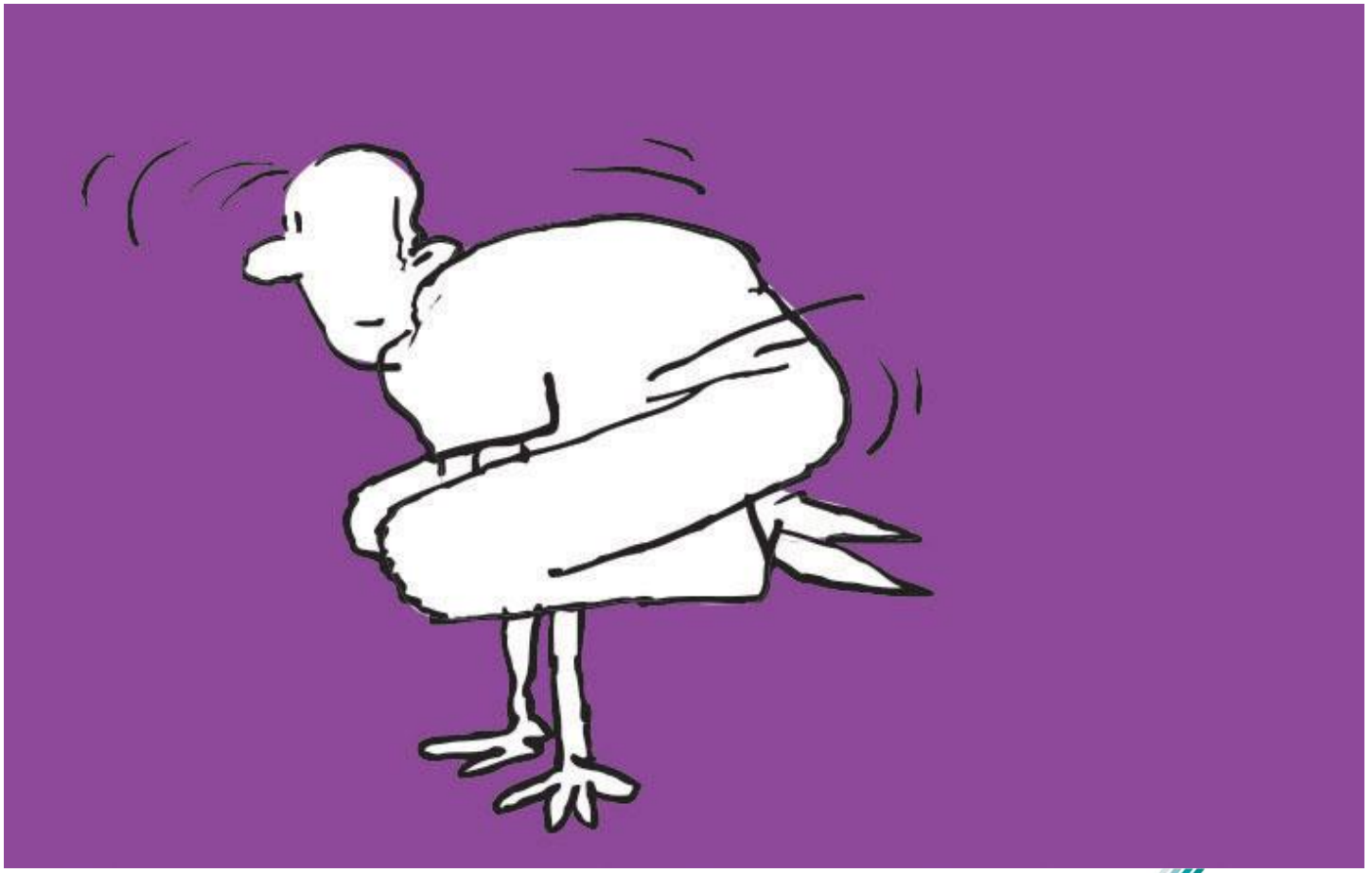
TUG abgebrochen ☐ mmmmmmmmmmKomment _

Anleitung:

Die untersuchte Person sitzt auf einem S
gegebenenfalls ein Hilfsmittel (z.B. Gehst
den Armstützen und der Rücken liegt de
Beim Erreichen dieser Position hilft die u
Nach Aufforderung soll die untersuchte _ is
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 Aufforderung bis Wiedererreichen der Ausgangsposition wird in Sekunden notiert; es ist keine Stoppuhr vorgeschrieben.
Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die untersuchte Person den Bewegungsablauf üben. Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.

1.	Untersuchte Person kann gehen	☐ Nein ☒ Ja
2.	Es wurde eine Gehilfe benutzt	☐ Nein ☒ Ja, welche, Gehstock
3.	Benötigte Zeit in Sekunden	127 Sek.

Praktische Übung!!!



„T0 versus T1“

Ist keine zeitlich klare Trennung zwischen T0 (vorklinisch) T1 (Aufnahme) möglich bitte an dieser Stelle den CAM-S, MOCA, Digit Span backwards sowie TMT A und B durchführen

Definition Delir

Nach den Diagnosekriterien des ...

ICD-10 (WHO):

- Störung der Aufmerksamkeit sowie des Bewusstseins
- Störung entwickelt sich akut und zeigt einen fluktuierenden Verlauf
- Globale Störungen der Kognition, der Wahrnehmung, des Denkens, der Auffassung, Desorientiertheit
- Psychomotorische Störungen
- Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Affektive Störungen

DSM-5:

- Störung der Aufmerksamkeit und Bewusstheit
- Störung entwickelt sich akut und zeigt einen fluktuierenden Verlauf
- Veränderung der kognitiven Funktionen, nicht durch eine vorbestehende Demenz erklärt
- Organische Ursache/ Med.



I-CAM-S

- Neben der Erhebung, ob ein Delir vorliegt, wird gleichzeitig mit dem „Untertest“ CAM-S, der Schweregrad erfasst

1. I-CAM-S

(I-CAM einschließlich der Schweregradeinteilung des Delirs)

CAM bei Patient nicht möglich ☐ Patient verweigert CAM ☐

CAM abgebrochen ☐

Kommentar _____

Uhrzeit _____

1. Allgemeines			
1.1 Wann wurde das Screening durchgeführt?	☐T1	☐T2	☐T3
	☐T4	☐T5	☐T6
	☐T7	☐T8	☐Entlasstag / T9

Akuter Beginn und/oder schwankender Verlauf

- Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder der Fremdanamnese, ob die **Veränderung** des geistigen Zustandes **akut** aufgetreten ist ODER **schwankend** ist?
- Wenn eine der Fragen mit **„Ja“** beantwortet wurde, dann geht es weiter mit Frage 2.2

→ Entsprechendes ankreuzen!

1. I-CAM-S

(I-CAM einschließlich der Schweregradeinteilung des Delirs)

CAM bei Patient nicht möglich ☐ Patient verweigert CAM ☐

CAM abgebrochen ☐

Kommentar_____

Uhrzeit _____

1. Allgemeines			
1.1 Wann wurde das Screening durchgeführt?	☐T1 ☐T4 ☐T7	☐T2 ☐T5 ☐T8	☐T3 ☐T6 ☐Entlasstag / T9

2. Akuter Beginn und/oder schwankender Verlauf	
2.1 Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder Fremdanamnese, ob die Veränderung des geistigen Zustandes akut aufgetreten ist oder fluktuiert? Oder beides?	☐ja ☐hein
2.2 Lag ein akuter Beginn vor oder ein schwankender Verlauf oder beides. Das Entsprechende muss angekreuzt werden. Akuter Beginn Schwankender Verlauf	 ☐ ☐

Aufmerksamkeit

3. Störung der Aufmerksamkeit	
3.1 Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben und den Fragen zu folgen? Kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? Zur gezielten Überprüfung der Aufmerksamkeit wird der Patient aufgefordert die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen, bei Dezember angefangen. Die Zeit zum Bearbeiten der Aufgabe wird nach Beendigung der Anweisung des Untersuchers mit dem Signal die Aufgabe zu beginnen, gestoppt. Nur wenn 7 Monate in Folge rückwärts korrekt am Stück aufgesagt werden können, besteht **keine** Störung der Aufmerksamkeit und es folgt ein „nein“ (korrigiert der Patient einen Fehler selber, so gilt die Aussage als korrekt)	☐ja ☐nein

Prüfung der Aufmerksamkeit

4 Teilaspekte: 1. Ausrichten und Leiten 2. Fokussieren 3. Aufrechterhalten 4.Verändern/Lösen der Aufmerksamkeit (Reischies 2007)

→Ist der Patient unfähig bei der Sache zu bleiben, den Fragen zu folgen?
→Ist der Patient leicht ablenkbar? Zerstreut?
→Ist die Aufmerksamkeit auf etwas Bestimmtes eingeengt?
→ Monate des Jahres rückwärts aufsagen

Mindestens 7 Monate müssen am Stück korrekt wiedergegeben werden können, ansonsten  der Aufmerksamkeit!

Prüfung der Aufmerksamkeit

- Korrigiert der Patient einen Fehler selber, so gilt die Aussage als korrekt
- Die Zeit zum Bearbeiten der Aufgabe wird gestoppt und in Sekunden erfasst
- Die längste Reihe der Monate wird berücksichtigt, die der Patient ohne Fehler am Stück aufsagen kann

Aufmerksamkeit

3. Störung der Aufmerksamkeit	
3.1 Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben und den Fragen zu folgen? Kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? Zur gezielten Überprüfung der Aufmerksamkeit wird der Patient aufgefordert die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen, bei Dezember angefangen. Die Zeit zum Bearbeiten der Aufgabe wird nach Beendigung der Anweisung des Untersuchers mit dem Signal die Aufgabe zu beginnen, gestoppt. Nur wenn 7 Monate in Folge rückwärts korrekt am Stück aufgesagt werden können, besteht **keine** Störung der Aufmerksamkeit und es folgt ein „nein“ (korrigiert der Patient einen Fehler selber, so gilt die Aussage als korrekt)	☐ja ☐nein

Prüfung des Schweregrades

Für die Einteilung des Schweregrades gilt:

- >/= 7 Monate rückwärts korrekt am Stück → 0
- 4-6 Monate rückwärts korrekt am Stück → 1
- < 4 Monate rückwärts korrekt am Stück → 2

- Beträgt die Bearbeitungszeit > 30 Sekunden, wird das entsprechende Feld angekreuzt

Aufmerksamkeit

4

3.2 Für die Einteilung des Schweregrades wird die längste Reihe der Monate berücksichtigt, die der Patient ohne Fehler am Stück aufsagen konnte.	
>/= 7 Monate rückwärts korrekt am Stück	☐0
>/= 4 bis </= 6 Monate rückwärts korrekt am Stück	☐1
<4 Monate rückwärts korrekt am Stück	☐2
3.3 Die Bearbeitungszeit beträgt **> 30 Sekunden**	☐

Prüfung des logischen Denkens

4. Desorganisiertheit des Denkens	
4.1 Ist das Denken verlangsamt, gehemmt oder umständlich? Sind die Gedanken unklar oder unlogisch? Wiederholt der Patient bereits Gesagtes? Ist das Denken beschleunigt? Gibt es eine Vielzahl von Einfällen, Ablenkung? Zur differenzierteren Untersuchung wird der Patient aufgefordert den a) Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg zu erläutern. Beantwortet er die Frage falsch, d.h. er benennt den Unterschied nicht (z.B. „sind beide klein“ oder „tragen rote Mützen“) wird der Patient gebeten den b) Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe zu erläutern. Beantwortet er **keine** der Fragen **a)** oder **b)** korrekt wird er als nächstes gebeten die c) Gemeinsamkeit von Auge und Ohr zu nennen. *(als korrekt werden sowohl eine konkretistische Angabe „beide sind am Kopf“ als auch die richtige abstrakte Lösung „beides sind Sinnesorgane“ gewertet!)* Beantwortet er die Frage falsch oder nicht, wird der Patient gebeten die d) Gemeinsamkeit von Tisch und Stuhl zu nennen *(als korrekt werden sowohl eine konkretistische Angabe „beide sind in der Wohnung“ oder „beide sind aus Holz“ als auch die richtige abstrakte Lösung „beides sind Möbelstücke“ gewertet!)*	
Kann eine Frage aus **a)** oder **b)** korrekt erklärt werden, dann	☐nein
Kann weder Frage a) noch b) korrekt benannt werden, dann	☐ja

Prüfung des logischen Denkens

- Ist das Denken verlangsamt, gehemmt, umständlich?
- Ist das Denken beschleunigt, schnell abgelenkt?
- Werden die Gedanken zielgerichtet und zusammenhängend vorgetragen?

Prüfung des logischen Denkens

- Unterschied erklären lassen zwischen „Kind/Zwerg“
- Wenn die Frage **falsch** beantwortet wurde, **dann** Unterschied erklären lassen zwischen „Treppe/Leiter“

→Wenn **keine der beiden Fragen korrekt** beantwortet wird, **dann**

- Gemeinsamkeit erklären lassen von “Auge/Ohr“
- Wenn die Frage falsch beantwortet wurde, dann Gemeinsamkeit erklären lassen „Tisch/Stuhl“

Prüfung des logischen Denkens

4. Desorganisiertheit des Denkens	
4.1 Ist das Denken verlangsamt, gehemmt oder umständlich? Sind die Gedanken unklar oder unlogisch? Wiederholt der Patient bereits Gesagtes? Ist das Denken beschleunigt? Gibt es eine Vielzahl von Einfällen, Ablenkung? Zur differenzierteren Untersuchung wird der Patient aufgefordert den a) Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg zu erläutern. Beantwortet er die Frage falsch, d.h. er benennt den Unterschied nicht (z.B. „sind beide klein“ oder „tragen rote Mützen“) wird der Patient gebeten den b) Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe zu erläutern. Beantwortet er **keine** der Fragen **a)** oder **b)** korrekt wird er als nächstes gebeten die c) Gemeinsamkeit von Auge und Ohr zu nennen. *(als korrekt werden sowohl eine konkretistische Angabe „beide sind am Kopf“ als auch die richtige abstrakte Lösung „beides sind Sinnesorgane“ gewertet!)* Beantwortet er die Frage falsch oder nicht, wird der Patient gebeten die d) Gemeinsamkeit von Tisch und Stuhl zu nennen *(als korrekt werden sowohl eine konkretistische Angabe „beide sind in der Wohnung“ oder „beide sind aus Holz“ als auch die richtige abstrakte Lösung „beides sind Möbelstücke“ gewertet!)*	
Kann eine Frage aus **a)** oder **b)** korrekt erklärt werden, dann	☐nein
Kann weder Frage a) noch b) korrekt benannt werden, dann	☐ja

Prüfung des logischen Denkens

- Kann eine Frage aus a) oder b) korrekt erklärt werden, dann **„Nein“**
- Kann weder a) noch b) korrekt benannt werden, dann **„Ja“**

Für die Einteilung des Schweregrades gilt,

- Kann Frage a) oder b) korrekt benannt werden → 0
- Kann a) oder b) nicht korrekt benannt werden, aber c) oder d) sind korrekt (auch konkretistisch)→ 1
- Weder a) noch b) noch c) oder d) → 2

Prüfung des logischen Denkens

5

4.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt,	
kann Frage a) oder b) korrekt erklärt werden	☐0
kann a) oder b) nicht korrekt benannt werden, aber c) oder d) sind korrekt (auch konkretistisch)	☐1
kann weder a) oder b) noch c) oder d) korrekt beantwortet werden	☐2

Quantitative Bewusstseinsstörung

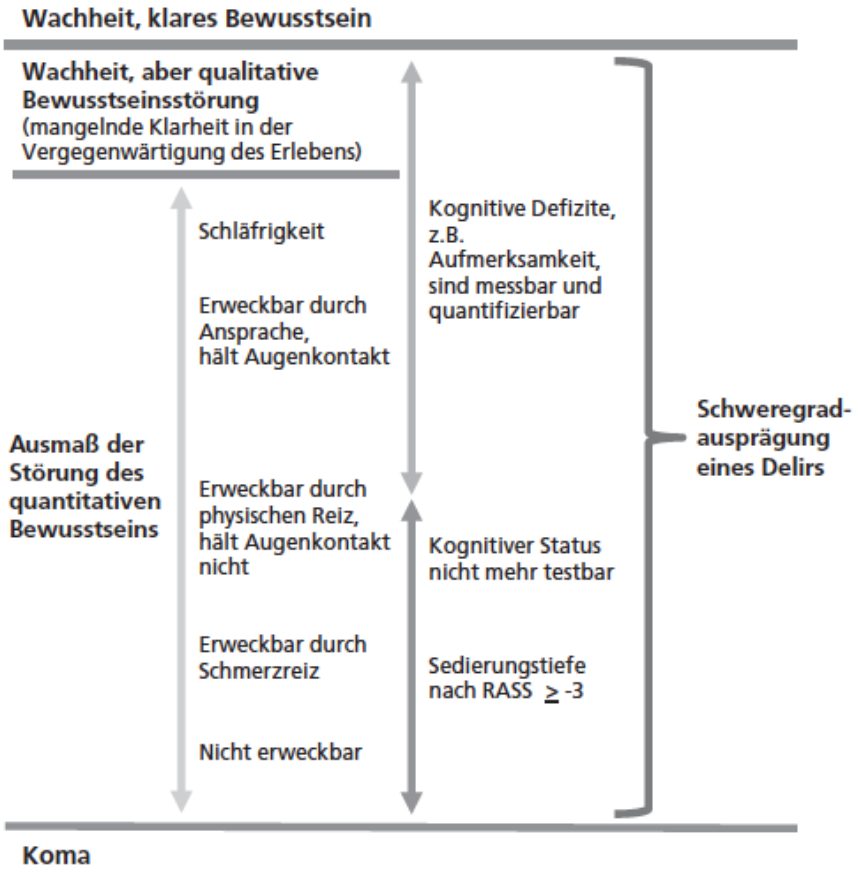
5. Quantitative Bewusstseinsstörung	
5.1 Schläfrig/müde? Schwer erweckbar? (Ist der Patient vollkommen wach, wird die Frage mit „nein“ beantwortet)	☐ja ☐nein
Ausschluss: Sopor oder Koma (vgl. 5.3 oder 5.4)	
5.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt,	
ist der Patient vollkommen wach (=5.1 wurde mit NEIN beantwortet)	☐0
ist der Patient benommen, scheint er nicht voll wach, scheint der Patient nicht ganz anwesend oder verhangen, kann auf Ansprache Blickkontakt aufgenommen werden (> 10 Sekunden möglich)	☐1
Erwacht der Patient kurz mit Blickkontakt auf Ansprache (< 10 Sekunden)	☐2
5.3 Bewegt sich der Patient auf Ansprache oder öffnet die Augen, aber er nimmt **keinen Blickkontakt** auf → **Sopor**	☐
5.4 Ist der Patient nicht erweckbar, d.h. es findet keine Reaktion auf Stimme oder körperliche Reize statt → **Koma**	☐

Quantitative Bewusstseinsstörung

- Im Gegensatz zur Qualitativen Bewusstseinsstörung
  - Wirkt sich auf die Bewusstseinsklarheit aus
  - Bewusstseinseinengung, Bewusstseinseinengung, Bewusstseinsverschiebung und –erweiterung

  - **Benommenheit** (durch Ansprache oder Anfassen leicht erweckbar)
  - **Somnolenz** (beständige Schläfrigkeit oder Schlafneigung. Durch einfache Weckreize zu unterbrechen)
  - **Sopor** (starker Reiz zum Wecken wird benötigt)
  - **Koma** (höchste Grad der Bewusstseinsverminderung. Nicht erweckbar)

Quantitative Bewusstseinsstörung



Delir beim alten Menschen. *Hewer, Thomas, Drach*

Quantitative Bewusstseinsstörung

- Ist der Patient schläfrig/müde oder schwer erweckbar?

→ **„Ja“**

Ausschluss: Sopor oder Koma!!!

- Ist der Patient wach?

→**„Nein“**

Quantitative Bewusstseinsstörung

Für die Einteilung des Schweregrades gilt:

- Ist der Patient vollkommen wach (= 5.1 wurde mit „Nein“ beantwortet) → 0
- Ist der Patient benommen, scheint er nicht voll wach, scheint der Patient nicht ganz anwesend oder verhangen, kann auf Ansprache Blickkontakt aufgenommen werden (> 10 Sekunden möglich) → 1
- Erwacht der Patient kurz mit Blickkontakt auf Ansprache (< 10 Sekunden) → 2

Schweregrad Quantitative Bewusstseinsstörung

5. Quantitative Bewusstseinsstörung	
5.1 Schläfrig/müde? Schwer erweckbar? (Ist der Patient vollkommen wach, wird die Frage mit „nein“ beantwortet) *Ausschluss: Sopor oder Koma (vgl. 5.3 oder 5.4)*	☐ja ☐nein
5.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt, ist der Patient vollkommen wach (=5.1 wurde mit NEIN beantwortet)	☐0
ist der Patient benommen, scheint er nicht voll wach, scheint der Patient nicht ganz anwesend oder verhangen, kann auf Ansprache Blickkontakt aufgenommen werden (> 10 Sekunden möglich)	☐1
Erwacht der Patient kurz mit Blickkontakt auf Ansprache (< 10 Sekunden)	☐2
5.3 Bewegt sich der Patient auf Ansprache oder öffnet die Augen, aber er nimmt **keinen Blickkontakt** auf → **Sopor**	☐
5.4 Ist der Patient nicht erweckbar, d.h. es findet keine Reaktion auf Stimme oder körperliche Reize statt → **Koma**	☐

Quantitative Bewusstseinsstörung

- Bewegt sich der Patient auf Ansprache oder öffnet die Augen, aber er nimmt keinen Blickkontakt auf

→ **Sopor**

- Ist der Patient nicht erweckbar, d.h. es findet keine Reaktion auf Stimme oder körperlichen Reiz statt

→ **Koma**

Schweregrad Quantitative Bewusstseinsstörung

5. Quantitative Bewusstseinsstörung	
5.1 Schläfrig/müde? Schwer erweckbar? (Ist der Patient vollkommen wach, wird die Frage mit „nein“ beantwortet)	☐ja ☐nein
Ausschluss: Sopor oder Koma (vgl. 5.3 oder 5.4)	
5.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt,	
ist der Patient vollkommen wach (=5.1 wurde mit NEIN beantwortet)	☐0
ist der Patient benommen, scheint er nicht voll wach, scheint der Patient nicht ganz anwesend oder verhangen, kann auf Ansprache Blickkontakt aufgenommen werden (> 10 Sekunden möglich)	☐1
Erwacht der Patient kurz mit Blickkontakt auf Ansprache (< 10 Sekunden)	☐2
5.3 Bewegt sich der Patient auf Ansprache oder öffnet die Augen, aber er nimmt **keinen Blickkontakt** auf → **Sopor**	☐
5.4 Ist der Patient nicht erweckbar, d.h. es findet keine Reaktion auf Stimme oder körperliche Reize statt → **Koma**	☐

Screening-Ergebnis

6. Screening-Ergebnis	
6.1 Verdacht auf Delir?	
Wurde Frage 2 und 3 sowie Frage 4 oder 5 mit ja beantwortet	☐ja
ansonsten	☐nein
Ausnahme: 5.3 oder 5.4 wurden angekreuzt (Sopor oder Koma), dann ➔ **nicht durch CAM beurteilbar, gerontopsychiatrisches / geriatrisches Konsil zeitnah**	☐

Und jetzt wird es etwas praktischer...

Kategorien:

AUFMERKSAMKEIT

DESORGANISIERTHEIT DES DENKENS

QUANTITATIVE BEWUSSTSEINSSTÖRUNG

Psychomotorische Auffälligkeiten

- Hyperaktiv: motorisch unruhig, rastlos, unkontrollierte, ziellose Aktivität
  - Aber: der gerichtete Antrieb ist häufig reduziert, verlangsamt, Reaktionszeiten sind verlängert
  - Leberversagen, Gabe von Opioide und Steroide scheinen insbesondere mit einem hyperaktiven Delir vergesellschaftet zu sein (Morita T et al. 2001); Beobachtungsstudie bei 213 palliativen Tumorpatienten mit Delir
  - Hypoaktiv: Patient ist “matt, lahm, bewegt sich weniger als sonst“
  - Gemischte Form
  - Prognostisch ungünstiger wohl hypoaktiver Subtyp (Bush SH et al. 2014)?
  - Seltener erkannt?

Psychomotorische Auffälligkeiten

7. Psychomotorische Auffälligkeiten	
7.1 Der Patient ist matt, lahm, redet oder bewegt sich weniger als sonst?	☐ja ☐nein
7.2 Für die Einteilung der Schwere gilt, wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen, dann	☐0
wenn der Patient verlangsamt ist in seinen Handlungen. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich langsamer bewegt. Oder benötigt er mehr Zeit zur Verrichtung von einfachen Aufgaben z.B. des alltäglichen Lebens? Im Vergleich zu vor dem Auftreten des akuten Zustandes	☐1
wenn der Patient weniger in Summe spricht. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er weniger redet. Oder spricht er weniger spontan? (spricht z.B. nur, wenn er etwas gefragt wird und antwortet nur einsilbig.)	☐2

Psychomotorische Auffälligkeiten

- Der Patient ist matt, lahm, redet oder bewegt sich weniger als sonst? → Ja

Für die Einteilung des Schweregrades gilt:

•Wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen (= „Nein“) →

0

- wenn der Patient verlangsamt ist in seinen Handlungen. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich langsamer bewegt. Oder benötigt er mehr Zeit zur Verrichtung von einfachen Aufgaben z.B. des alltäglichen Lebens? (Im Vergleich zu vor dem Auftreten des akuten Zustandes)

→ 1

Psychomotorische Auffälligkeiten

- wenn der Patient weniger in Summe spricht.
  Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er weniger redet.
  Oder
  spricht er weniger spontan? (spricht z.B. nur, wenn er etwas gefragt wird und antwortet nur einsilbig.

→ **2**

Psychomotorische Auffälligkeiten

7. Psychomotorische Auffälligkeiten	
7.1 Der Patient ist matt, lahm, redet oder bewegt sich weniger als sonst?	☐ja ☐nein
7.2 Für die Einteilung der Schwere gilt, wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen, dann	☐0
wenn der Patient verlangsamt ist in seinen Handlungen. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich langsamer bewegt. Oder benötigt er mehr Zeit zur Verrichtung von einfachen Aufgaben z.B. des alltäglichen Lebens? Im Vergleich zu vor dem Auftreten des akuten Zustandes	☐1
wenn der Patient weniger in Summe spricht. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er weniger redet. Oder spricht er weniger spontan? (spricht z.B. nur, wenn er etwas gefragt wird und antwortet nur einsilbig.)	☐2

Psychomotorische Auffälligkeiten

- Der Patient ist besonders aktiv, redet oder bewegt sich mehr als sonst? → Ja

Für die Einteilung der Schwere gilt,

- wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen (= „Nein“) → 0
- wenn der Patient in seinem Aktivitätslevel gesteigert ist.

  Zu verifizieren durch die Prüfung, o er sich mehr bewegt.

  Oder erscheint er hyperaktiv? → 1

Psychomotorische Auffälligkeiten

- wenn der Patient die Kontrolle oder das Zielgerichtete bzgl. seiner Handlungen verloren hat.

  Zu verifizieren durch die Prüfung, ob seine Bewegungen nicht zielgerichtet erscheinen. Oder scheint es, dass die willentliche Kontrolle der gesteigerten Bewegungen fehlt

→ 2

Die Bewertung der Psychomotorik bzgl. des Schweregrades wurde angelehnt D. Meagher et al. *„Developement of an abbreviated version of the Delirium Motor Subtyping Scale (DMSS-4)“*; 2014

Psychomotorische Auffälligkeiten

7.3 Der Patient ist besonders aktiv, redet oder bewegt sich mehr als sonst?	☐ja ☐nein
7.4 Für die Einteilung der Schwere gilt, wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen, dann wenn der Patient in seinem Aktivitätslevel gesteigert ist. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich mehr bewegt. Oder erscheint er hyperaktiv? wenn der Patient die Kontrolle oder das Zielgerichtete bzgl. seiner Handlungen verloren hat. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob seine Bewegungen nicht zielgerichtet erscheinen. Oder scheint es, dass die willentliche Kontrolle der gesteigerten Bewegungen fehlt?	☐0 ☐1 ☐2

Beispiele...

Sie sind bei einem Patienten, der vor 2 Tagen operiert wurde. Sie erfahren von der zuständigen Pflegekraft, dass der Patient seit dem Vorabend immer wieder Phasen hat, in denen er sehr abwesend ist. Diese Phasen fluktuierten sehr. Sie bitten den Patienten die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen, bei Dezember angefangen. Der Patient beginnt „Dezember – November – Oktober – Juni – Mai – Juni – Juli – August – September – Oktober – November – Dezember“. Er benötigt 25 Sekunden. Sie fragen ihn anschließend nach dem Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg und er antwortet ihnen “beide tragen rote Mützen“. Sie fragen weiterhin nach dem Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe und er antwortet ihnen „Die Leiter hat Sprossen und die Treppe Stufen“. Der Patient wirkt sehr müde und nicht ganz anwesend zu sein. Aber er kann den Blickkontakt länger als 10 Sekunden halten. Sie fragen die zuständige Pflegekraft wie der Patient bezüglich der Psychomotorik bei Aufnahme war und sie erfahren, dass er sich normal bewegt habe, agil gewesen sei sowie selbständig. Jetzt sehen sie einen Patienten, der verlangsamt ist und sich nur wenig bewegt. Er schenkt sich etwas Wasser ein und benötigt dabei viel Zeit. Er spricht aber spontan mit Ihnen.

→ Bitte füllen Sie jetzt nach Ihrer Einschätzung den I-CAM-S aus!

Beispiele...

Sie sind bei einem Patienten, der vor 5 Tagen operiert wurde. Durch die anwesenden Angehörigen erfahren Sie, dass der Patient vom Denken verlangsamt sei. Er würde auch immer wieder optische Halluzinationen haben. Das würden sie bereits seit ca. 5 Monaten beobachten. Schwanken würde das nicht. Eigentlich sei der Vater immer der Gleiche. Sie bitten den Patienten die Monate des Jahres rückwärts aufzusagen bei Dezember angefangen. Der Patient beginnt „Dezember– November – Oktober – August – Nein, September natürlich erst – August – Juli – Juni – April – März - Januar“. Er benötigt für die Aufgabe 40 Sekunden. Sie fragen den Patienten nach dem Unterschied zwischen einem Kind und einem Zwerg. Der Patient antwortet „beide sind klein“. Sie fragen nach dem Unterschied zwischen einer Leiter und einer Treppe. Der Patient antwortet Ihnen „beide geht man hoch“. Die fragen den Patienten was Auge und Ohr gemeinsam haben. Der Patient antwortet Ihnen „beide sind am Kopf“. Der Patient ist insgesamt vollkommen wach. Der Patient erscheint Ihnen jedoch lahm und bewegt sich nicht viel. Die Angehörigen bestätigen aber nochmals, dass der Vater so sei, wie sie ihn kennen würden.

→ Bitte füllen Sie jetzt nach Ihrer Einschätzung den I-CAM-S aus!

Beispiele...

Sie kommen zu einer Patientin, die am Vortag operiert wurde. Die Patientin ist schwer erweckbar und kann keinen Blickkontakt aufnehmen. Sie erfahren von der zuständigen Pflegekraft, dass dieser Zustand seit dem Morgen bestehe. Schwanken würde der Zustand nicht, die Patientin sei seit dem Morgen dauerhaft in diesem Zustand. Die Patientin kann nach Aufforderung keinen Monat rückwärts aufsagen und auch bezüglich der Aufforderung die Unterschiede zwischen Kind/Zwerg oder Leiter/Treppe oder die Gemeinsamkeiten von Auge/Ohr oder Tisch/Stuhl zu benennen, macht die Patientin keine kohärente Aussage.

→ Bitte füllen Sie jetzt nach Ihrer Einschätzung den I-CAM-S aus!

I-CAM-S
- bei intubierten Patienten -

- Ist ein Patient wach und intubiert, so findet auch eine Untersuchung mittels dem I-CAM-S in modifizierter Form statt
- Bei intubierten Patienten unterscheiden sich aber die Fragen bzgl. der Aufmerksamkeit sowie die Fragen bzgl. des logischen Denkens
- Die Einschätzung zur Psychomotorik ist leicht abweichend, da die verbale Kommunikation seitens des Patienten nicht genutzt werden kann

Die Bewertung der Störung der Aufmerksamkeit und der Desorganisiertheit des Denkens wurde angelehnt an den CAM-ICU

Die Bewertung der Störung der Aufmerksamkeit und der Desorganisiertheit des Denkens bzgl. des Schweregrades wurde angelehnt an B.A. Khan et al. *„The Confusion Assessment Method for the ICU-7 Delirium Severity Scale: A Novel Delirium Severity Instrument for Use in the ICU“;* 2017

Akuter Beginn und/oder schwankender Verlauf

- Gibt es Hinweise in der Angehörigenbefragung oder der Fremdanamnese, ob die **Veränderung** des geistigen Zustandes **akut** aufgetreten ist ODER **schwankend** ist?
- Wenn eine der Fragen mit **„Ja“** beantwortet wurde, dann geht es weiter mit Frage 2.2

→ Entsprechendes ankreuzen!

Prüfung der Aufmerksamkeit

Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben und den Fragen zu folgen? Kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten?

Zur gezielten Überprüfung wird dem Patienten folgende Anweisung vorgelesen: „Ich lese Ihnen jetzt hintereinander einige Buchstaben vor. Wenn Sie ein „A“ hören, drücken Sie meine Hand.“

Dann die folgenden Buchstaben in normaler Lautstärke vorlesen:

ANANASBAUM

Einstufung: als Fehler wird gewertet, wenn der Patient die Hand bei einem „A“ nicht drückt und wenn der Patient die Hand bei einem anderen Buchstaben als dem „A“ drückt.

3. Störung der Aufmerksamkeit	
3.1 Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben und den Fragen zu folgen? Kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? Zur gezielten Überprüfung wird dem Patienten folgende Anweisung vorgelesen: „Ich lese Ihnen jetzt hintereinander einige Buchstaben vor. Wenn Sie ein „A“ hören, drücken Sie meine Hand.“ Dann die folgenden Buchstaben in normaler Lautstärke vorlesen: **ANANASBAUM** Einstufung: als Fehler wird gewertet, wenn der Patient die Hand bei einem „A“ nicht drückt und wenn der Patient die Hand bei einem anderen Buchstaben als dem „A“ drückt. < als 8 korrekte Nennungen > oder = 8 korrekte „Nennungen“	☐ja ☐nein
3.2 Für die Einteilung des Schweregrades wird die Anzahl der Buchstaben gewertet, die der Patient korrekt ausführt (drückt oder drückt nicht die Hand zum entsprechenden Zeitpunkt korrekt) >/= 8 Buchstaben korrekt 4 -7 Buchstaben korrekt <4 Buchstaben korrekt	☐0 ☐1 ☐2
3.3 Die Bearbeitungszeit beträgt **> 30 Sekunden**	☐

Prüfung der Aufmerksamkeit

- > oder = 8 korrekte „Nennungen“ → **Nein**

Für die Einteilung des Schweregrades wird die Anzahl der Buchstaben gewertet, die der Patient korrekt ausführt (drückt oder drückt nicht die Hand zum entsprechenden Zeitpunkt korrekt)

- >/= 8 Buchstaben korrekt → **0**
- 4-7 Buchstaben korrekt → **1**
- < 4 Buchstaben korrekt → **2**

Prüfung der Aufmerksamkeit

Beträgt die Bearbeitungszeit > 30 Sekunden wird das entsprechende Feld angekreuzt

→ > 30 Sekunden

3. Störung der Aufmerksamkeit	
3.1 Ist der Patient unfähig, bei der Sache zu bleiben und den Fragen zu folgen? Kann er seine Aufmerksamkeit nicht ausdauernd auf etwas richten? Zur gezielten Überprüfung wird dem Patienten folgende Anweisung vorgelesen: „Ich lese Ihnen jetzt hintereinander einige Buchstaben vor. Wenn Sie ein „A“ hören, drücken Sie meine Hand.“ Dann die folgenden Buchstaben in normaler Lautstärke vorlesen: **ANANASBAUM** Einstufung: als Fehler wird gewertet, wenn der Patient die Hand bei einem „A“ nicht drückt und wenn der Patient die Hand bei einem anderen Buchstaben als dem „A“ drückt. < als 8 korrekte Nennungen > oder = 8 korrekte „Nennungen“	☐ja ☐nein
3.2 Für die Einteilung des Schweregrades wird die Anzahl der Buchstaben gewertet, die der Patient korrekt ausführt (drückt oder drückt nicht die Hand zum entsprechenden Zeitpunkt korrekt) >/= 8 Buchstaben korrekt 4 -7 Buchstaben korrekt <4 Buchstaben korrekt	☐0 ☐1 ☐2
3.3 Die Bearbeitungszeit beträgt **> 30 Sekunden**	☐

Desorganisiertheit des Denkens

Sind die Gedanken unklar oder unlogisch?

Zur differenzierteren Untersuchung wird der Patient aufgefordert den die folgenden Fragen durch Kopf nicken oder schütteln mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten

1. Schwimmt ein Stein auf dem Wasser?
2. Gibt es Fische im Meer?
3. Wiegt ein Kilo mehr als 2 Kilo?
4. Kann man mit einem Hammer Nägel in die Wand schlagen?

4. Desorganisiertheit des Denkens	
4.1 Sind die Gedanken unklar oder unlogisch? Zur differenzierteren Untersuchung wird der Patient aufgefordert die folgenden Fragen durch Kopfnicken oder –schütteln mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten 1) Schwimmt ein Stein auf dem Wasser? 2) Gibt es Fische im Meer? 3) Wiegt ein Kilo mehr als 2 Kilo? 4) Kann man mit einem Hammer Nägel in die Wand schlagen?	
Werden alle 4 Fragen korrekt beantwortet	☐nein
Werden weniger als 4 Fragen korrekt beantwortet	☐ja
4.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt,	
4 Fragen werden korrekt beantwortet (4.1 wurde mit Nein beantwortet)	☐0
2 -3 Fragen wurden korrekt beantwortet	☐1
0 -1 Frage wurde korrekt beantwortet	☐2

Desorganisiertheit des Denkens

Werden alle 4 Fragen korrekt beantwortet → **Nein**

Werden weniger als 4 Fragen korrekt beantwortet → **Ja**

Für die Einteilung des Schweregrades gilt,

- 4 Fragen werden korrekt beantwortet (= „Nein“) → 0
- 2-3 Fragen wurden korrekt beantwortet → **1**
- 0-1 Frage wurde korrekt beantwortet → **2**

Desorganisiertheit des Denkens

- Es gibt einen alternativen Fragensatz für die Fragen nach der Desorganisiertheit des Denkens
- Sollte der Patient mehr als einen Tag intubiert und trotzdem ausreichend wach sein, so sind die beiden Fragensätze abwechselnd zu benutzen

Set 2:

Schwimmt eine Ente auf dem Wasser? Leben Elefanten im Meer?

Wiegen zwei Kilo mehr als ein Kilo? Kann man mit einem Hammer Holz sägen?

4. Desorganisiertheit des Denkens	
4.1 Sind die Gedanken unklar oder unlogisch? Zur differenzierteren Untersuchung wird der Patient aufgefordert die folgenden Fragen durch Kopfnicken oder –schütteln mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten 1) Schwimmt ein Stein auf dem Wasser? 2) Gibt es Fische im Meer? 3) Wiegt ein Kilo mehr als 2 Kilo? 4) Kann man mit einem Hammer Nägel in die Wand schlagen?	
Werden alle 4 Fragen korrekt beantwortet	☐nein
Werden weniger als 4 Fragen korrekt beantwortet	☐ja
4.2 Für die Einteilung des Schweregrades gilt,	
4 Fragen werden korrekt beantwortet (4.1 wurde mit Nein beantwortet)	☐0
2 -3 Fragen wurden korrekt beantwortet	☐1
0 -1 Frage wurde korrekt beantwortet	☐2

Psychomotorische Auffälligkeiten

7. Psychomotorische Auffälligkeiten	
7.1 Der Patient ist matt, lahm oder bewegt sich weniger als sonst?	☐ja ☐hein
7.2 Für die Einteilung der Schwere gilt,	
wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen, dann	☐0
wenn der Patient verlangsamt ist in seinen Handlungen. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich langsamer bewegt. Im Vergleich zu vor dem Auftreten des akuten Zustandes	☐1
wenn der Patient weniger in Summe Kontakt aufnimmt. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er weniger spontan kommuniziert? (bewegt sich gerichtet z.B. nur, wenn er etwas gefragt wird)	☐2
7.3 Der Patient ist besonders aktiv oder bewegt sich mehr als sonst?	☐ja ☐hein
7.4 Für die Einteilung der Schwere gilt,	
wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen, dann	☐0
wenn der Patient in seinem Aktivitätslevel gesteigert ist. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich mehr bewegt. Oder erscheint er hyperaktiv?	☐1
wenn der Patient die Kontrolle oder das Zielgerichtete bzgl. seiner Handlungen verloren hat. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob seine Bewegungen nicht zielgerichtet erscheinen. Oder scheint es, dass die willentliche Kontrolle der gesteigerten Bewegungen fehlt?	☐2

Psychomotorische Auffälligkeiten

- Der Patient ist matt, lahm oder bewegt sich weniger als sonst? → Ja

Für die Einteilung des Schweregrades gilt:

•Wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen (= „Nein“) →

0

- wenn der Patient verlangsamt ist in seinen Handlungen. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich langsamer bewegt. Im Vergleich zu vor dem Auftreten des akuten Zustandes → 1

Psychomotorische Auffälligkeiten

- Wenn der Patient weniger in Summe Kontakt aufnimmt. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er weniger kommuniziert.

oder

- Kommuniziert er weniger spontan? (bewegt sich gerichtet, z.B. nur, wenn er etwas gefragt wird)

→ **2**

Psychomotorische Auffälligkeiten

- Der Patient ist besonders aktiv oder bewegt sich mehr als sonst? → Ja

Für die Einteilung der Schwere gilt,

- wenn keine psychomotorischen Auffälligkeiten bestehen (= „Nein“) → 0
- wenn der Patient in seinem Aktivitätslevel gesteigert ist. Zu verifizieren durch die Prüfung, ob er sich mehr bewegt. Oder erscheint er hyperaktiv? → 1

Psychomotorische Auffälligkeiten

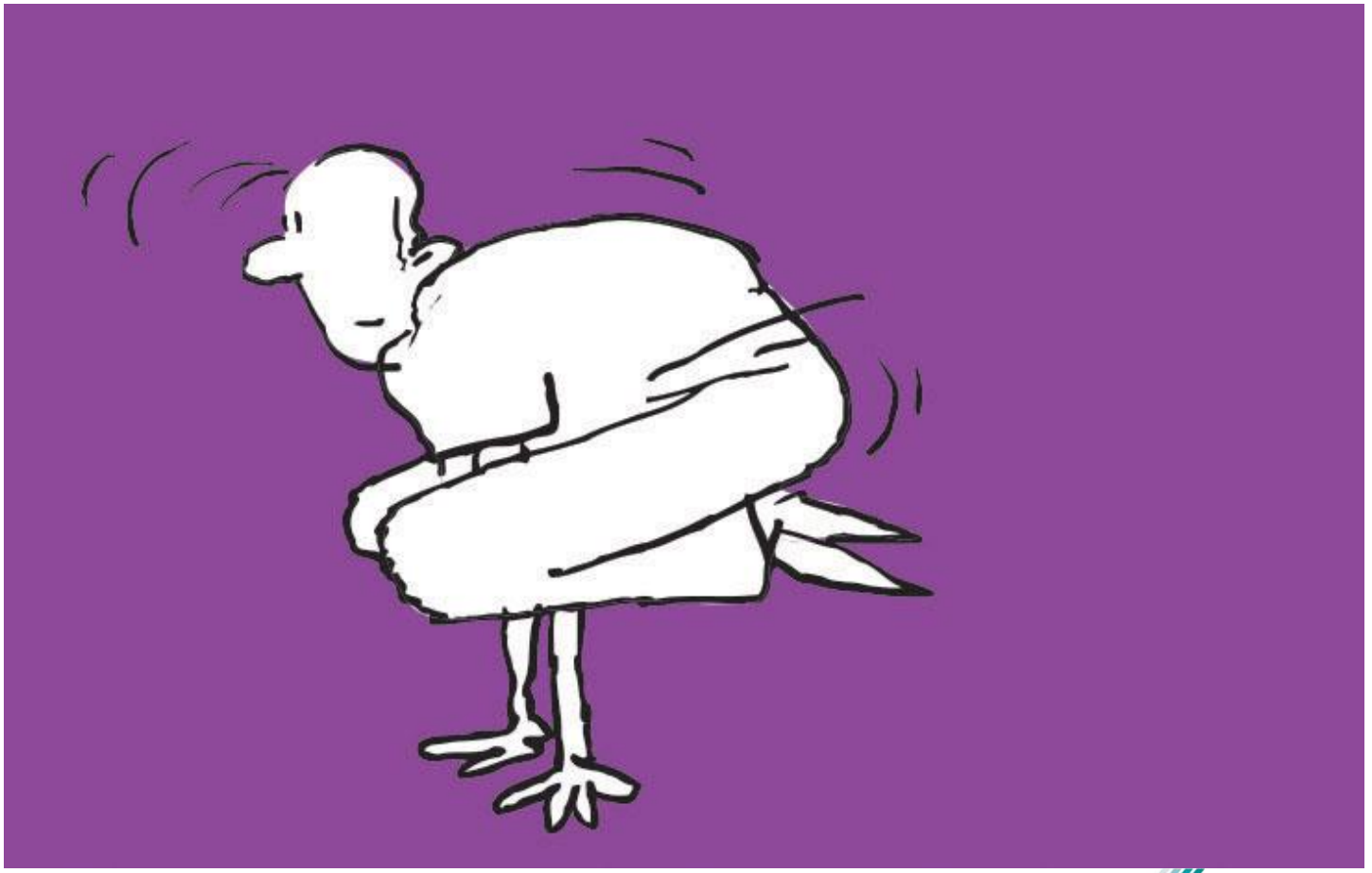
- wenn der Patient die Kontrolle oder das Zielgerichtete bzgl. seiner Handlungen verloren hat.

  Zu verifizieren durch die Prüfung, ob seine Bewegungen nicht zielgerichtet erscheinen. Oder scheint es, dass die willentliche Kontrolle der gesteigerten Bewegungen fehlt

→ 2

Die Bewertung der Psychomotorik bzgl. des Schweregrades wurde angelehnt D. Meagher et al. *„Developement of an abbreviated version of the Delirium Motor Subtyping Scale (DMSS-4)“*; 2014

Praktische Übung!!!



PHQ-4

- **PHQ = Patient Health Questionnaire**
- "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)" wurde als deutsche Version des "Patient Health Questionnaire (PHQ)" durch eine Arbeitsgruppe in Heidelberg in Kooperation mit den Autoren der Originalversion entwickelt
- Er wurde entwickelt, um die häufigsten psychischen Störungen leichter zu erkennen und zu diagnostizieren

PHQ-4

- die Kurzform erfasst depressive Störungen, Panikstörungen und psychosoziale Funktionsfähigkeit
- eignet sich sowohl zur Erstdiagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung von psychischen Störungen
- beruht ausschließlich auf den Selbstangaben des Patienten
- Gute Validität

Der Patient Health Questionnaire (PHQ-4) wurde entwickelt von Drs. R.L. Spitzer, K. Kroenke, J.B.W. Williams & B. Löwe,
©2005 Pfizer Inc: Deutsche Version: Bernd Löwe et al. Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf 2008

9. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐	☒	☐	☐
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☒	☐	☐	☐
3. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐	☒	☐	☐
4. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐	☒	☐	☐

EQ-5D-5L

- Gesundheitsfragebogen, der die gesundheitsbezogene Lebensqualität untersucht
- 1987 als Selbstberichtinstrument von einer internationalen interdisziplinären Gruppe bestehend aus Medizinern, Psychologen, Philosophen, Ökonomen, Pflegern und Soziologen entwickelt
- Verschiedene Stufen möglich; hier verwendet: 5-Level

10. Gesundheitsfragebogen (EQ-5D-5D)

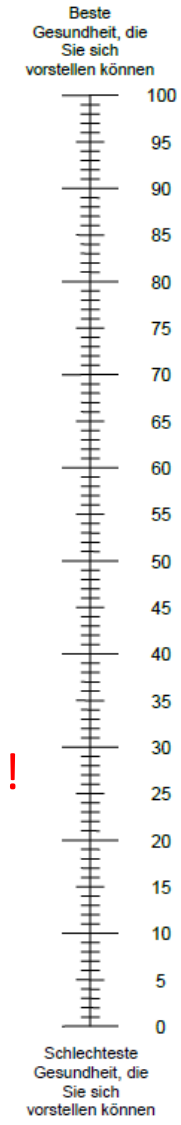
Bitte kreuzen Sie unter jeder Überschrift DAS Kästchen an, das Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.

1.	**Beweglichkeit/Mobilität**
	Ich habe keine Probleme herumzugehen ☐
	Ich habe leichte Probleme herumzugehen ☐
	Ich habe mäßige Probleme herumzugehen ☐
	Ich habe große Probleme herumzugehen ☐
	Ich bin nicht in der Lage herumzugehen ☐
2.	**Für sich selbst sorgen**
	Ich habe keine Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
	Ich habe leichte Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
	Ich habe mäßige Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
	Ich habe große Probleme, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
	Ich bin nicht in der Lage, mich selbst zu waschen oder anzuziehen ☐
3.	**Allgemeine Tätigkeiten** (z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten)
	Ich habe keine Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
	Ich habe leichte Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
	Ich habe mäßige Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
	Ich habe große Probleme, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐
	Ich bin nicht in der Lage, meinen alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen ☐

5-Level

4. Schmerzen/Körperliche Beschwerden	
Ich habe keine Schmerzen oder Beschwerden	☐
Ich habe leichte Schmerzen oder Beschwerden	☐
Ich habe mäßige Schmerzen oder Beschwerden	☐
Ich habe starke Schmerzen oder Beschwerden	☐
Ich habe extreme Schmerzen oder Beschwerden	☐
5. Angst/Niedergeschlagenheit	
Ich bin nicht ängstlich oder deprimiert	☐
Ich bin ein wenig ängstlich oder deprimiert	☐
Ich bin mäßig ängstlich oder deprimiert	☐
Ich bin sehr ängstlich oder deprimiert	☐
Ich bin extrem ängstlich oder deprimiert	☐

- Wir wollen herausfinden, wie gut oder schlecht Ihre Gesundheit HEUTE ist.
- Diese Skala ist mit Zahlen von 0 bis 100 versehen.
- 100 ist die beste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- 0 (Null) ist die schlechteste Gesundheit, die Sie sich vorstellen können.
- Bitte kreuzen Sie den Punkt auf der Skala an, der Ihre Gesundheit HEUTE am besten beschreibt.
- Jetzt tragen Sie bitte die Zahl, die Sie auf der Skala angekreuzt haben, in das Kästchen unten ein.



IHRE GESUNDHEIT HEUTE =

heutiger Gesundheitszustand !!!

SF-12

- Short-Form-Gesundheitsfragebogen
- krankheitsübergreifendes, international einsetzbares Verfahren
- Erfassung der subjektiven Gesundheit bzw. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität
- sowohl bei gesunden als auch bei erkrankten Populationen verwendbar
- Oft zur Verlaufsmessung oder Therapiekontrolle

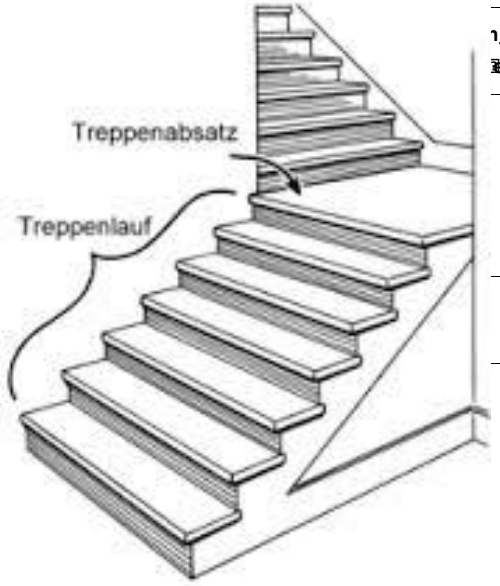
11. Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand (SF-12)

In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen. Bitte beantworten Sie jede der (grau unterlegten) Fragen, indem Sie bei den Antwortmöglichkeiten die Zahl ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.

		ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
1.	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	1	2	3	4	5

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?

				..., überhaupt eingeschränkt
2.	**Mittelschwere** Tätigkeiten, z.B. Tisch verschiebe staubsaugen, ke Golf spielen			3
3.	**Mehrere** Treppe absätze steigen			3



Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?			
	ja		**nein**
4. Ich habe **geschaf** **4 Wochen**			2
5. Ich konnte **nur bestimmte Dinge** tun	1		2

Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?			
	ja		**nein**
6. Inwieweit Schmerzen vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert? **4 Wochen**	1		2
7. Ich konnte nicht so sorgfältig, wie üblich, arbeiten	1		2

	über-haupt nicht	**ein bisschen**	**mäßig**	**ziemlich**	**sehr**
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1	2	3	4	5

In dieser Frage geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht. Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen

		immer	meistens	ziemlich oft	manch-mal	selten	Nie
9.	ruhig und gelassen	1	2	3	4	5	6
10.	voller Energie	1	2	3	4	5	6
11.	entmutigt und traurig	1	2	3	4	5	6

	immer	meistens	manchmal	selten	nie
12. Wie häufig haben ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1	2	3	4	5

MNA (short form)

- MNA = Mini Nutritional Assessment
- Zum Screening von möglichen Ernährungsdefiziten bei Patienten > 65. LJ.
- Von dem Nestlé Nutrition Institute in Frankreich und den USA zwischen 1991 und 1993 entwickelt und validiert
- Hohe Sensibilität und Spezifität auch im Vgl. zum ausführlichen MNA-Screening

MNA (short form)

- Der Patient wird befragt und nur falls der Patient die Fragen nicht beantworten kann ggf. eine Bezugsperson
- zutreffenden Zahlen werden in die hierfür vorgesehenen Kästchen im Screeningbogen eingetragen
- die Zahlen werden addiert, um das Screeningergebnis zu erhalten
- Der BMI sollte bevorzugt erhoben werden, deshalb werden Größe und Gewicht durch den Assessor erhoben!!!

14. Mini Nutritional Assessment (MNA)

Geschlecht: _____ Alter(Jahre): _____ Gewicht(kg): _____ Größe(cm): _____

Füllen Sie den Bogen aus, indem Sie die zutreffenden Zahlen in die Kästchen eintragen. Addieren Sie die Zahlen, um das Ergebnis des Screenings zu erhalten.

SCREENING

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 ☐

MNA (short form)

32

F1 Body Mass Index (BMI): Körpergewicht in kg / (Körpergröße in m)^2

0 = BMI < 19

1 = 19 ≤ BMI < 21

2 = 21 ≤ BMI < 23

3 = BMI ≥ 23

☐

MNA (short form)

Größenmessung mit Stadiometer:

- Prüfen Sie, dass der Boden eben und fest ist.
- Weisen Sie die Person an, die Schuhe auszuziehen, mit aneinander liegenden Fersen zu stehen und dabei Fersen, Gesäß und Schultern ans Stadiometer anzulegen.
- Die Arme sollen frei herunter hängen, die Handflächen dabei zu den Oberschenkeln weisen.
- Lesen Sie den Messwert ab, während die Person mit aufrechtem, nicht nach hinten gelegtem Kopf gerade steht und geradeaus nach vorne schaut.
- Kontrollieren Sie, ob die Fersen flach auf dem Boden stehen.
- Senken Sie den Messschieber des Stadiometers ab, bis er oben auf dem Kopf aufliegt.

MNA (short form)

Berechnung des BMI:

BMI = Körpergewicht (kg) : Körpergröße^2 (m^2)

Die Einheit des BMI ist demnach kg/m^2.

Bsp.:

Körpergröße von 160 cm und Körpergewicht von 60 kg entspricht einem BMI von ????

[60kg : (1,6 m)^2 = 23,4 kg/m^2]

Barthel-Index

- Dient der Bewertung von Alltagsfunktionen
- minimal 0 Punkte (komplette Pflegebedürftigkeit) und maximal 100 Punkte (Selbständigkeit)
- keine Aussage darüber, ob jemand alleine leben kann, da Aspekte wie kochen, Haushaltsführung und soziale Aspekte nicht berücksichtigt werden.

15. Barthel-Index (nach Hamburger Manual)	

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.

Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungs-kriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.

Essen	
komplett selbständig **oder** ***selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung***	10
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber ***selbständiges Einnehmen*** oder ***Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung***	5
kein selbständiges Einnehmen und ***keine MS/PEG-Ernährung***	0

Aufsetzen & Umsetzen	
komplett selbständig ***aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück***	15
Aufsicht oder geringe Hilfe ***(ungeschulte Laienhilfe)***	10
erhebliche Hilfe ***(geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)***	5
wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0

Sich waschen	
vor Ort komplett selbständig ***incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren***	5
erfüllt „5" nicht	0

Toilettenbenutzung	
vor Ort komplett ***selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung/ Reinigung***	10
vor Ort ***Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/ Reinigung*** erforderlich	5
benutzt faktisch ***weder Toilette noch Toilettenstuhl***	0

Baden/Duschen	
selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
erfüllt „5" nicht	0

Aufstehen & Gehen	
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe ***vom Sitzen in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen*** (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) ***gehen***	15
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe ***vom Sitzen in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen***	10
mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitzen in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen *alternativ:* ***im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl***	5
erfüllt „5" nicht	0

Treppensteigen	
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ***ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen***	10
mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ***ein Stockwerk hinauf und hinunter***	5
erfüllt „5" nicht	0

An- & Auskleiden	
zieht sich ***in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe*** (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) ***an und aus***	10
kleidet mindestens ***den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus***, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
erfüllt „5" nicht	0

Stuhlkontrolle	
ist ***stuhlkontinent***, ggf. ***selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung***	10
ist durchschnittlich ***nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent*** oder benötigt ***Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/ AP-Versorgung***	5
ist durchschnittlich ***mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent***	0

Harnkontrolle	
ist ***harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/ versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg*** (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt ***Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems***	5
ist durchschnittlich ***mehr als 1x/Tag harninkontinent***	0

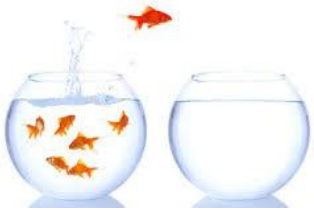
Frailty



- „Gebrechlichkeit“ → erklärt es jedoch nicht hinreichend
- Geriatrisches Syndrom
- Verletzlichkeit (hoch)betagter Menschen gegenüber endogenen und v.a. exogenen Stressoren
- Reduzierte funktionelle Reserve und daraus resultierende erhöhte Vulnerabilität für Komplikationen (Stürze, Hospitalisierung, Verlust der Selbständigkeit, Tod)









13. Gebrechlichkeitsskala (CSHA Clinical Frailty Scale)

Bitte die Ziffer angeben, die am ehesten Ihrem klinischen Eindruck des Probanden entspricht.
Einschätzung der Clinical Frailty: Kategorie ☐

1		very fit *(sehr fit)*	People who are robust, active, energetic and motivated. These people commonly exercise regularly. They are among the fittest for their age. *(Person ist widerstandsfähig, aktiv, kraftvoll und motiviert; trainiert regelmäßig körperlich, gehört zu den Fittesten der Altersklasse.)*
2		well *(fit)*	People who have **no active disease symptoms** but are less fit than category 1. Often, they exercise or are very **active occasionally**, e.g. seasonally. *(Person ohne Krankheitssymptome, aber weniger fit als Kategorie 1; trainiert gelegentlich körperlich, z. B. saisonal.)*
3		managing well *(noch ausreichend fit)*	People whose **medical problems are well controlled**, but are **not regularly active** beyond routine walking. *(Person mit kontrollierten Krankheitssymptomen; körperliche Aktivität nur im Rahmen der täglichen Routinetätigkeiten.)*
4		vulnerable *(pre-frail, vulnerable)*	While **not dependent** on others for daily help, often **symptoms limit activities**. A common complaint is being "slowed up", and/or being tired during the day. *(Person ist noch unabhängig in den täglichen Aktivitäten, benötigt keine Hilfe, ist jedoch krankheitsbedingt eingeschränkt aktiv; beklagt Verlangsamung und Tagesmüdigkeit.)*
5		mildly frail *(leicht frail/gebrechlich)*	These people often have **more evident slowing**, and need help in **high order IADLs** (finances, transportation, heavy housework, medications). Typically, mild frailty progressively impairs shopping and walking outside alone, meal preparation and housework. *(Person mit offensichtlicher Verlangsamung, hilfebedürftig bei komplexeren Alltagsaktivitäten (Finanzen, Reisen, schwere Hausarbeit), zunehmende Probleme mit Einkäufen, Erledigungen außer Haus, Essenszubereitung.)*

6		moderately frail *(mittelgradig frail/gebrechlich)*	People need help with **all outside activities** and with **keeping house**. Inside, they often have problems with stairs and need **help with bathing** and might need minimal assistance (cuing, standby) with dressing. *(Person braucht Hilfe bei allen außerhäuslichen Aktivitäten, bei der Haushaltsführung und beim Baden/Duschen sowie Anleitung oder leichte Hilfe beim Anziehen; häufig Probleme beim Treppensteigen.)*
7		severely frail *(ausgeprägt frail/gebrechlich)*	Completely dependent for personal care, from whatever cause (physical or cognitive). Even so, they seem stable and not at high risk of dying (within ~ 6 months). *(Person vollständig abhängig von Hilfsperson in der Körperpflege, körperlich/evtl. kognitiv stark eingeschränkter, jedoch noch stabiler Allgemeinzustand, Lebenserwartung > 6 Monate.)*
8		very severely frail *(sehr ausgeprägt frail/gebrechlich)*	Completely dependent, approaching the end of life. Typically, they could not recover even from a minor illness. *(Person am Lebensende, in allen Lebensbereichen vollständig abhängig von Hilfspersonen, würde sich von leichter Erkrankung wahrscheinlich nicht mehr erholen.)*
9 (CAVE: Extra Stufe!)		terminally ill *(unheilbar krank, sterbend)*	Approaching the end of life. This category applies to people with **a life expectancy <6 months**, who are **not otherwise evidently frail**. *(Person am Lebensende, Lebenserwartung < 6 Monate **aufgrund einer Krankheit**, sonst keine typischen Frailty-Symptome.)*

Schmerzerfassung

14. Schmerzerfassung



0= Kein Schmerz

10 = Unerträglicher Schmerz

Bitte markieren Sie die Ziffer, die den maximalen Schmerz der letzten 24 Stunden am genauesten abbildet. Gegebenenfalls gleichen Sie dieses Ergebnis mit der Schmerzdokumentation auf Station ab (siehe Patientenkurve).

PSQI-4

- Pittsburgh-Sleep-Quality-Index
- Erfassung der subjektiven Schlafqualität
- Retrospektiv wird über einen Zeitraum der letzten 4 Wochen die Einschätzung der Schlafqualität, die gewöhnlichen Schlafzeiten, Einschlaflatenzen u.ä. erhoben

12. PSQI (Basic)

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?	übliche Uhrzeit: ____ : ____ Uhr
2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?	in Minuten: _____ min
3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?	übliche Uhrzeit: ____ : ____ Uhr
4. Wieviele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen? (Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)	Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht: _____ Stdn

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

5. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

Sehr gut	☐
Ziemlich gut	☐
Ziemlich schlecht	☐
Sehr schlecht	☐

12. PSQI (Basic)

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?	übliche Uhrzeit: 18 : 00 Uhr
2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen sind?	in Minuten: 180 min
3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?	übliche Uhrzeit: 05 : 00 Uhr
4. Wieviele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen? (Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)	Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht: 4 Stdn
Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.	
5. Wie würden Sie insgesamt die Qu…ten vier Wochen beurteilen?	
Sehr gut	☐
Ziemlich gut	☐
Ziemlich schlecht	☐
Sehr schlecht	☐

Aber 11 Stunden im Bett verbracht!!!

12. PSQI (Basic)

1. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich abends zu Bett gegangen?	übliche Uhrzeit: ____ : ____ Uhr
2. Wie lange hat es während der letzten vier Wochen gewöhnlich gedauert, bis Sie nachts eingeschlafen	in Minuten: _____ min
3. Wann sind Sie während der letzten vier Wochen gewöhnlich morgens aufgestanden?	übliche Uhrzeit: ____ : ____ Uhr
4. Wieviele Stunden haben Sie während der letzten vier Wochen pro Nacht tatsächlich geschlafen? (Das muß nicht mit der Anzahl der Stunden, die Sie im Bett verbracht haben, übereinstimmen.)	Effektive Schlafzeit (Stunden) pro Nacht: _____ Stdn

Achtung!!!

Kreuzen Sie bitte für jede der folgenden Fragen die für Sie zutreffende Antwort an. Beantworten Sie bitte alle Fragen.

5. Wie würden Sie insgesamt die Qualität Ihres Schlafes während der letzten vier Wochen beurteilen?

Sehr gut	☐
Ziemlich gut	☐
Ziemlich schlecht	☐
Sehr schlecht	☐

6.	**Wie oft haben Sie während der letzten vier Wochen Schlafmittel eingenommen (vom Arzt verschriebene oder frei verkäufliche)?**	
	Welche: _____ **_____**	
	Während der letzten vier Wochen gar nicht	☐
	Weniger als einmal pro Woche	☐
	Einmal oder zweimal pro Woche	☐
	Dreimal oder häufiger pro Woche	☐

PSQI-4

Beispiel:

84-jährige Frau Müller gibt an, dass sie in der Mehrzahl der letzten 4 Wochen nachts ca. 6,5 Stunden geschlafen habe. Das Einschlafen sei ihr allerdings sehr schwer gefallen und oft sei sie länger als 1 Stunde wach gelegen, bevor sie endlich eingeschlafen sei. Normalerweise gehe sie gegen 21 Uhr ins Bett und stehe so gegen 5 Uhr auf. Sie sei schon immer ein "Frühaufsteher" gewesen, berichtet Frau Müller. Die Schlafqualität beschreibt Frau Müller als sehr gut, allerdings nehme sie auch jeden Abend eine kleine weiße Schlaftablette ein.

→ ??????????????

Stop-Bang

- Identifizierung von Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe (OSA)
- Sensitivität von 65–80 %
- Werden fünf Items des STOP-BANG-Fragebogens bejaht, besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine mittelschwere bis schwere OSA
- STOP: **S**noring, **T**iredness, **O**bserved apnea, high blood **P**ressure
- BANG: **B**ody-mass-Index, **A**ge, **N**eck circumference, **G**ender

Stop-Bang

- In der S3-Leitlinie: Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen, Kapitel „Schlafbezogene Atmungsstörungen bei Erwachsenen“ empfohlen

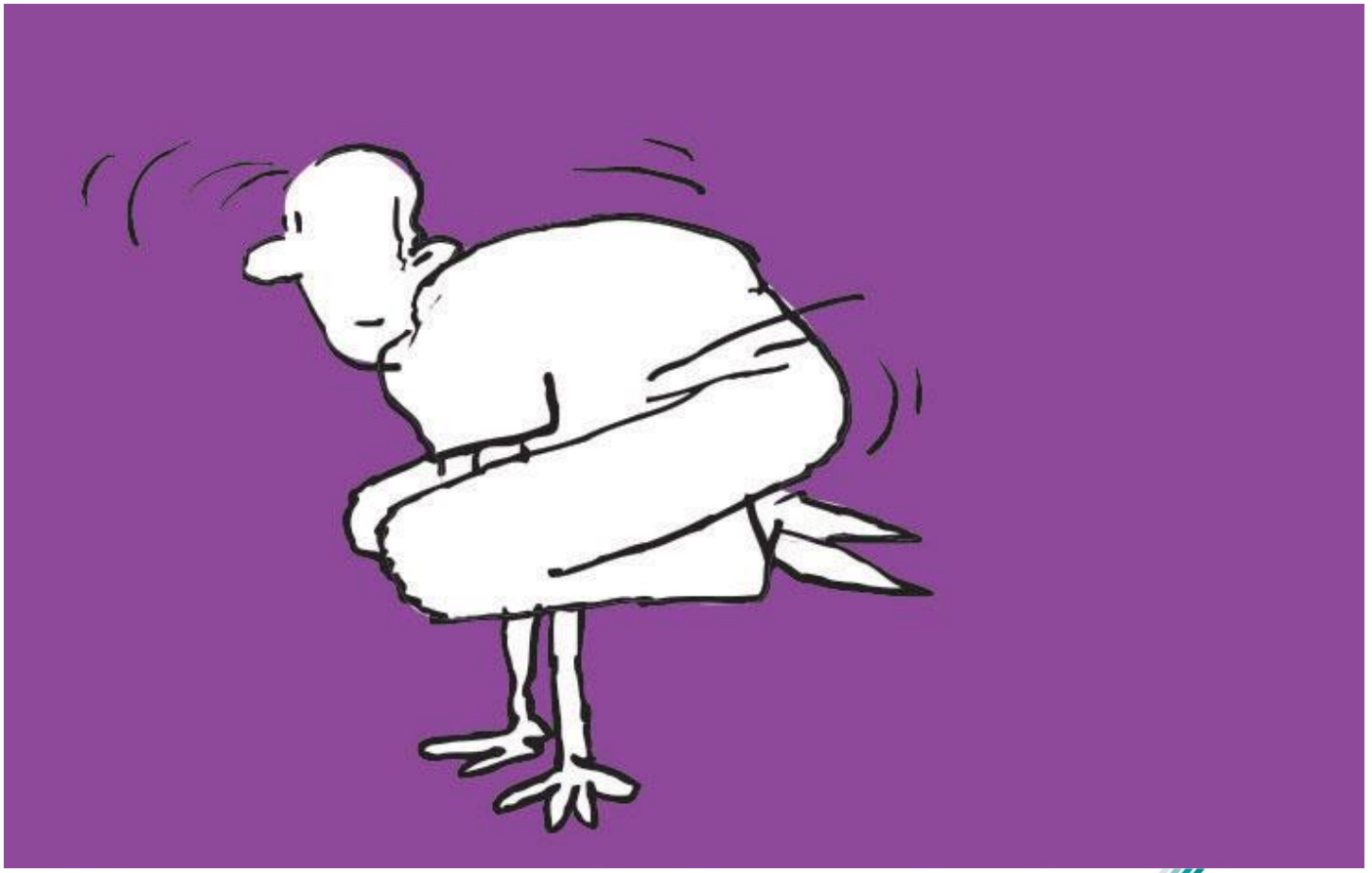
→Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM)

- höchste methodische Qualität für das Screening bei OSA nach einer Metaanalyse, die 10 Studien (n = 1484 Patienten) umfasste **(Somnologie 2017 · 20 (Suppl s2):S97–S180)**

13. Stop-Bang		

		Ja	Nein
1.	**Schnarchen?**		
	Schnarchen Sie **laut** (so laut, dass es durch geschlossene Türen hörbar ist oder dass Ihr(e) Bettnachbar(in) Sie nachts mit dem Ellbogen anstößt, weil Sie schnarchen?	☐	☐
2.	**Müde?**		
	Sind Sie tagsüber oft müde, erschöpft oder schläfrig (schlafen Sie z. B. beim Autofahren ein)?	☐	☐
3.	**Aufgefallen?**		
	Ist es schon einmal jemandem **aufgefallen**, dass Sie im Schlaf **aufhören zu atmen** oder **keine Luft mehr bekommen/nach Luft schnappen?**	☐	☐
4.	**Blutdruck?**		
	Haben Sie **Bluthochdruck** oder werden Sie dagegen behandelt?	☐	☐
5.	**Body Mass Index über 35 kg/m^2?**	☐	☐
6.	**Sind Sie über 50 Jahre alt?**	☐	☐
7.	**Große Kragenweite?**		
	(Gemessen um den Kehlkopf) Bei Männern: Haben Sie eine Kragenweite von 43 cm oder mehr? Bei Frauen: Haben Sie eine Kragenweite von 41 cm oder mehr?	☐	☐
8.	**Geschlecht?**		
	Männlich?	☐	☐

Praktische Übung!!!



„Sniffing sticks“/„Screening 12 Test”

- Identifikationstest mit 12 verschiedenen Alltagsgerüchen
- Riechstörungen treten als Frühsymptom häufiger neurodegenerativer Erkrankungen – des idiopathischen Parkinson-Syndroms (IPS) und der Alzheimer-Demenz (AD) auf, aber auch bei Demenzen anderer Genese z.B. Lewy-Body-Demenz, frontotemporale Demenz

17. Sniffin´ Sticks 12

Durchführung der Sniffin´ Stick´s

Die Prüfung des Riechvermögens erfolgt durch den Sniffin Stick-Test zur Identifikation von Duftstoffen.

	ja	nein
Erkältung zum Testzeitpunkt?	☐	☐

Wenn eine der nächsten Fragen mit „Ja“ beantwortet wird, führt dies zum Ausschluss und der Test wird nicht durchgeführt.

	ja	nein
Liegt bei Ihnen aktuell eine starke Erkältung oder eine Entzündung der Nase bzw. der Nasennebenhöhle mit merklicher Beeinträchtigung Ihrer Riechleistung vor?	☐	☐
Leiden Sie aktuell an einer Allergie wie z.B. starkem Heuschnupfen, die Ihre Riechleistung wesentlich beeinträchtigt?	☐	☐

Die Untersuchung sollte in einer ruhigen und gut durchlüfteten, geruchsneutralen Umgebung durchgeführt werden. Die Kappe einzelner Riechstifte sollte nur zur Reizung abgenommen werden; unmittelbar nach Duftstoffanbietung wird die Kappe wieder auf den Stift gesetzt.

Der/Die Proband/in darf 15 Minuten vor der Messung, nichts anderes als Wasser getrunken haben, Er/Sie darf in der Zeit weder essen oder rauchen, noch Bonbons lutschen oder Kaugummi kauen.

Der Untersucher nimmt die Schutzkappe des Riechstiftes ab und hält die Stiftspitze etwa 2cm unter beiden Nasenlöcher. Mit Aufforderung soll der/die Proband/in nun ca. 3 Sekunden an der Stiftspitze riechen und danach den Duftstoff namentlich benennen. Der/die Proband/in soll dann spontan entscheiden, welche der vier ihm genannten Auswahlmöglichkeiten jeweils zutrifft.

Weiß der Studienteilnehmer die richtige Antwort nicht, so muss er raten. Bitte die Antwort des Probanden auf dem Bogen markieren.

Der/Die Proband/in darf während der Testung keine Hinweise hinsichtlich der Richtigkeit seiner/ihrer Angaben vom Untersucher erhalten.

1.	**Orange**	Brombeere	Erdbeere	Ananas
2.	Rauch	Klebstoff	**Schuhleder**	Gras
3.	Honig	Vanille	Schokolade	**Zimt**
4.	Schnittlauch	**Pfefferminz**	Fichte	Zwiebel
5.	Kokos	**Banane**	Walnuss	Kirsche
6.	Pfirsich	Apfel	**Zitrone**	Grapefruit
7.	**Lakritz**	Gummi	Kaugummi	Kekse
8.	Zigarette	**Kaffee**	Wein	Kerzenrauch
9.	**Gewürznelke**	Pfeffer	Zimt	Senf
10.	Birne	Pflaume	Pfirsich	**Ananas**
11.	Kamille	Himbeere	**Rose**	Kirsche
12.	Brot	**Fisch**	Käse	Schinken

39

Ist keine zeitlich klare Trennung zwischen T0 (vorklinisch) T1 (Aufnahme) möglich bitte an dieser Stelle den Geriatric Check durchführen

Geriatrie-Check

- Ziel: Identifikation des geriatrischen Patienten
- Verschiedene Abgrenzungskriterien vorstellbar: Alter, prämorbider Status,...
- Warum: gezielterer Einbezug der entsprechenden Fachabteilungen, ein Baustein zur Beurteilung der weiteren Versorgung nach dem Akutaufenthalt
- Sensitivität höher als Spezifität

Geriatrie-Check

- Arbeitsgruppe bestand aus Fachpersonen unterschiedlicher Berufsfelder unterschiedlicher Disziplinen (Geriatrie, Orthopädie, Neurologie)

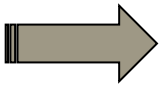
- Seit 2016 Empfehlung des Geriatriekonzeptes Baden-Würrtembergs: soll gemeinsam mit dem Patienten und ggf. einer Bezugsperson des Patienten regelhaft innerhalb des Aufnahmeprozesses eines Patienten über 70 Jahre eingesetzt werden.

- Basis stellt der von den Landesarbeitsgemeinschaften „Geriatrie Baden-Würrtemberg“ und „Akutgeriatrie Baden-Würrtemberg“ in Zusammenarbeit mit weiteren Experten entwickelte „Geriatrie-Check“ dar

Geriatrie-Check

Der „Geriatrie-Check“ gliedert sich in drei Bereiche:

- Teil A: objektiv vorhandene Kriterien, wie Pflegestufe oder diagnostizierte Demenz
- Teil B: prämorbider Status des Patienten vor dem Akutereignis (Mobilität, Selbständigkeit, kogn. Fähigkeiten, psych. Zustand, vergangene Krankenhausaufenthalte)

 geriatrischer Patient ?! (>/= 2 ja-Antworten)

Klinik-Logo	Studien-ID: **PAR-** ___ _____ Prüfer/in: _____ Datum:___.___._____ Uhrzeit: ____ : ____

6. Geriatrie-Check

Geriatrie-Check als Instrument zur Identifikation geriatrischer Patientinnen und Patienten

Informationsquelle(n)	☐ Patient	
	☐ Bezugsperson	
A (sind in der Regel bekannt)		
Alter ≥ 85 Jahre	☐ ja	☐ nein
Pflegegrad ≥ 1 vorhanden	☐ ja	☐ nein
Pflegeheimbewohner	☐ ja	☐ nein
Bekannte Demenz	☐ ja	☐ nein
≥ 1 ja-Antwort	☐ wahrscheinlich geriatrischer Patient	
Geriatrie-Check fortführen)		
m jetzigen Akutereignis kann aus den Voruntersuchungen		
angunsicherheit und/oder	☐ ja	☐ nein
Wiederholte Stürze und/oder		
ehhilfe/Rollstuhl		
Selbstständigkeit	- Hilfe beim Waschen/Anziehen und/oder	☐ ja ☐ nein
	- Inkontinenz und/oder	
	- Unter-/Mangelernährung	
Kognition	- Gedächtnisprobleme und/oder	☐ ja ☐ nein
	- Desorientiertheit/Verwirrtheit	
Psyche	- Anhaltende Niedergeschlagenheit und/oder	☐ ja ☐ nein
	- Anhaltende Antriebslosigkeit	
Krankenhaus-Aufenthalte	≥ 2 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten	☐ ja ☐ nein

Diese Antworten haben wir schon durch vorangegangene Fragen! Nicht erneut abfragen!!!

Manual zum Geriatriecheck

Beeinträchtigungen vor dem jetzigen Akutereignis

Mobilität	
Gangunsicherheit und/oder	Patient fühlt sich seit einiger Zeit unsicher beim Gehen, oder Bezugsperson hat seit einiger Zeit Unsicherheiten beim Gehen beobachtet*
Wiederholte Stürze und/oder	Patient ist in den letzten 12 Monaten mindestens 2 mal gestürzt (Eigen- oder Fremdanamnese)
Gehhilfe/Rollstuhl	Patient benötigte zuletzt eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl zur Fortbewegung (Eigen- oder Fremdanamnese)
Selbstständigkeit	
Hilfe beim Waschen/Anziehen und/oder	Patient benötigt beim Waschen oder Ankleiden zuletzt Unterstützung durch eine Hilfsperson, wie z.B. Anleitung, Beaufsichtigung oder direkte Hilfe (Eigen- oder Fremdanamnese)*
Inkontinenz und/oder	Patient konnte in letzter Zeit wiederholt den Urin nicht halten, oder Bezugsperson hat ein wiederholtes Einnässen der Kleidung beobachtet
Unter-/Mangelernährung	BMI < 23 kg/m² oder klinischer Aspekt einer Unter- bzw. Mangelernährung (Sarkopenie, Kachexie)
Kognition	
Gedächtnisprobleme und/oder	Patient glaubt, dass er mit seinem Gedächtnis mehr Schwierigkeiten hat als andere Menschen in seiner Altersgruppe, oder Bezugsperson hat eine auffällige Vergesslichkeit im Alltag beobachtet
Desorientiertheit/ Verwirrtheit	Patient ist seit einiger Zeit zu Ort, Zeit, Situation oder eigener Person nicht scharf orientiert oder gar verwirrt (Eigen- oder Fremdanamnese)

Geriatrie-Check

23

Psyche	
Anhaltende Niedergeschlagenheit und/oder	Patient fühlt sich seit einiger Zeit niedergeschlagen oder hoffnungslos, oder Bezugsperson hat seit einiger Zeit eine anhaltende Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit beobachtet
Anhaltende Antriebslosigkeit	Patient fühlt sich seit einiger Zeit ohne Energie und hat mangels Antrieb viele Tätigkeiten aufgegeben, oder Bezugsperson beobachtet seit einiger Zeit eine anhaltende Antriebslosigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens
Krankenhausaufenthalte	
Mindestens 2 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten	Patient ist vor dem jetzigen Akutereignis in den letzten 12 Monaten mindestens 2 weitere Male im Krankenhaus behandelt worden (Eigen- oder Fremdanamnese)

Folgende Fragebögen, die in der Regel mit Hilfe oder von den Angehörigen auszufüllen sind.

IQCODE

- IQCODE = Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly
- Fremdbeurteilung der kognitiven Leistungsfähigkeit einer Person
- Angehöriger oder Betreuungsperson beurteilt, ob und in welchem Ausmaß sich Fähigkeiten verändert hat bzgl. verschiedener Alltagsfähigkeiten
- Die Bezugsperson sollte den Betroffenen seit mindestens 10 Jahren kennen und mindestens einmal wöchentlich Kontakt haben

IQCODE

- Ergebnisse der Kurzfassung glichen denen der Langfassung
- „a cutting point of 3.31/3.38 achieves a balance of sensitivity and specificity“ (Centre for Research on Ageing, Health & Wellbeing; ANU College of Medicine, Biology & Environment; Australian National University)
- Hohe Reliabilität
- Validität teil heterogene Ergebnisse
- Erfasst auch leichtgradige Demenzen

IQCODE

- Eine enge Bezugsperson kann meist präzisere Auskünfte über die kognitiven Veränderungen des Betroffenen geben
- Es wird eher über Alltagsbeeinträchtigungen berichtete als in der Eigenanamnese

Nervenarzt 2009; 80:1176-1189

Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit für ältere Personen (IQCODE)
(von der Bezugsperson auszufüllen)

Wir möchten Sie bitten, sich zu erinnern, wie Frau/Herr _____ vor etwa zwei Jahren war, und zu vergleichen, wie sie/er heute ist. Die folgenden Fragen betreffen Situationen, in denen Frau/Herr _____ ihr/sein Gedächtnis oder ihre/seine Intelligenz anwenden muss.
Können Sie uns sagen, ob sie/er sich in diesen Situationen im Vergleich zu vor zwei Jahren verbessert oder verschlechtert hat oder unverändert geblieben ist?

Der Vergleich mit ihrem/seinem Verhalten vor zwei Jahren ist äusserst wichtig. Wenn Frau/Herr _____ zum Beispiel schon vor zwei Jahren nicht wusste, wie finanzielle Dinge geregelt werden, und es immer noch nicht weiss, sollte dies mit „unverändert" beantwortet werden.

Bitte notieren Sie die Veränderungen, die Sie beobachtet haben, indem Sie die zutreffenden Antworten ankreuzen.
Falls Sie eine Situation nicht beantworten können, versuchen Sie, aufgrund Ihrer Kenntnis von Frau/Herr _____ bestmöglich eine Einschätzung abzugeben.
Zudem bitten wir Sie, ungeniert auch Kommentare resp. Bemerkungen auf der Rückseite aufzuführen.

Bezugsperson: Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin:

- ☐ Partner/in
- ☐ Tochter/Sohn
- ☐ Freund/in
- ☐ Nachbar/in
- ☐ anderes: _____

Erhebungsort:
☐ im Krankenhaus ☐ telefonisch ☐ zu Hause
☐ anderes _____

www.cmhr.anu.edu.au

Wie verhält sie/er sich in folgenden Situationen im Vergleich zu vor 2 Jahren:

		Viel besser	Ein bisschen besser	Unver-ändert	Ein bisschen schlech-ter	Viel schlech-ter
1.	Sich an Dinge erinnern, die Familienmitglieder und Freunde betreffen (z.B. Geburtstage, Adressen, Berufe).	☐	☐	☐	☐	☐
2	Sich an vor kurzem statt-gefundene Ereignisse erinnern.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Sich an vor einigen Tagen stattgefundene Unterhaltungen erinnern.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Wissen, welcher Tag und Monat es ist.	☐	☐	☐	☐	☐
5	. Sachen wiederfinden, die an einem anderen Ort als üblich aufbewahrt werden.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Neue Dinge im Allgemeinen zu lernen.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Finanzielle Dinge zu regeln wissen (Rente, Überweisungen, Bankgeschäfte usw.)	☐	☐	☐	☐	☐

German-Zarit Burden Interview (G-ZBI)

- > 2 Mio. Menschen benötigen tägliche Pflege (81% der Pflegebedürftigen sind über 65 Jahre alt)
- 640.000 der Pflegebedürftigen sind in Pflegeheimen
- Viele Studien zeigten eine erhöhte Disposition ehelicher Pflegepersonen für depressive Störungen, Angsterkrankungen, aber auch für Herz- Kreislauf-Erkrankungen und eine verminderte Immunfunktion

(Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken - Hinweise zur Validität der deutschen Version des Zarit Burden Interviews. Braun M et al. , *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2010)

German-Zarit Burden Interview (G-ZBI)

- Die subjektive Belastung des pflegenden Partners ist neben negativen Auswirkungen für die Pflegeperson auch mit einer höheren Wahrscheinlichkeit der Heimunterbringung des Demenzkranken verbunden
- Messung des Belastungsniveaus
- Identifikation von Pflegepersonen mit einer hohen Vulnerabilität für depressive Störungen oder andere negative Konsequenzen der ehelichen Krankenpflege

(Die subjektive Belastung pflegender Ehepartner von Demenzkranken - Hinweise zur Validität der deutschen Version des Zarit Burden Interviews. Braun M et al. , *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 2010)

18. German-Zarit Burden Interview (G-ZBI)

Erhebungsort:

☐im Krankenhaus ☐telefonisch ☐zu Hause

☐anderes _____

Anleitung: Der Fragebogen wird selbständig von der Bezugsperson des Patienten ausgefüllt.

Wir bitten diesen auszufüllen, auch wenn keine Pflegesituation besteht, damit eine Ausgangslage beschrieben wird.

		nie	selten	manch-mal	häufig	fast immer
1.	Glauben Sie, dass Ihr Angehöriger um mehr Hilfe bittet als er/sie braucht?	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Sind Sie der Meinung, dass Sie durch die Zeit, die Sie mit ihrem Angehörigen verbringen, nicht ausreichend Zeit für sich selbst haben?	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Fühlen Sie sich überfordert bei Ihrem Versuch, neben der Pflege Ihres Angehörigen Ihren anderen Verpflichtungen gegenüber Familie oder Beruf nachzukommen?	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Bringt Sie das Verhalten Ihres Angehörigen in Verlegenheit?	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Sind Sie wütend, wenn Sie bei Ihrem Angehörigen sind?	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Glauben Sie, dass Ihr Angehöriger zurzeit Ihre Beziehungen mit anderen Familienmitgliedern oder Freunden negativ beeinflusst?	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Haben Sie Angst, was die Zukunft für Ihren Angehörigen bringt?	☐	☐	☐	☐	☐

		nie	selten	manch-mal	häufig	fast immer
8.	Glauben Sie, dass Ihr Angehöriger von Ihnen abhängig ist?	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Fühlen Sie sich angespannt, wenn Sie bei Ihrem Angehörigen sind?	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Glauben Sie, dass Ihre Gesundheit unter Ihrem Engagement in der Pflege Ihres Angehörigen leidet, bzw. gelitten hat?	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Haben Sie das Gefühl, dass Sie wegen Ihres Angehörigen weniger Privatsphäre oder Raum für sich allein haben, als Sie es gern hätten?	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Sind Sie der Meinung, dass Ihr Sozialleben unter der Pflege Ihres Angehörigen leidet bzw. gelitten hat?	☐	☐	☐	☐	☐
13.	Ist es Ihnen wegen Ihres Angehörigen unangenehm, Freunde zu Besuch zu haben?	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Glauben Sie, dass Ihr Angehöriger von Ihnen erwartet, dass Sie ihn pflegen, als wären Sie die einzige Person, von der er abhängen könnte?	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Sind Sie der Meinung, dass Sie nicht genug Geld für die Pflege Ihres Angehörigen zusätzlich zu Ihren restlichen Ausgaben haben?	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Glauben Sie, dass Sie außerstande sein werden, Ihren Angehörigen viel länger zu pflegen?	☐	☐	☐	☐	☐

		nie	selten	manch-mal	häufig	fast immer
17.	Glauben Sie, seit der Krankheit Ihres Angehörigen, die Kontrolle über Ihr eigenes Leben verloren zu haben?	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Wünschen Sie sich, die Pflege Ihres Angehörigen jemand anderem überlassen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Sind Sie unsicher, was Sie im Falle Ihres Angehörigen unternehmen sollten?	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Glauben Sie, Sie sollten mehr für ihren Angehörigen tun?	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Sind Sie der Meinung, dass Sie die Pflege Ihres Angehörigen besser machen könnten?	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Wie stark fühlen Sie sich insgesamt durch die Pflege Ihres Angehörigen belastet?	☐	☐	☐	☐	☐

NOSGER II

= Nurses´ Observation Scale für Geriatric Patients

- Ziel: Screening ambulanter und stationärer Patienten mit dem Verdacht auf eine Demenz

- Insgesamt 30 Items, verteilt auf:
  - Gedächtnis
  - Instrumental Activities of Daily Life (iADL)
  - Körperpflege (ADL)
  - Stimmung
  - Soziales Verhalten
  - Störendes Verhalten

NOSGER II

- Ergänzung zu neuropsychologischen Screeninguntersuchungen
- Nicht leistungsorientiert, sondern alltagsorientiert
- Oft Frühzeichen im Alltagsleben vor neuropsychologischen Testauffälligkeiten
- Betrachtet werden die letzten **2 Wochen** bzw. **Minimum nach einer ganzen Schicht** sowie mit Einholung der Fremdanamnese durch PP
- Alternativ zum IQCODE falls keine Angehörigen des Probanden

7. Nurses' Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER II)

Anleitung: Wir möchten festhalten, wie es diesem Patienten/dieser Patientin in den letzten zwei Wochen gegangen ist. Dazu finden Sie die folgenden 30 Aussagen, die Sie aufgrund Ihrer Beobachtungen einstufen wollen. Lesen Sie jede Feststellung und beantworten Sie sie, indem Sie das Kästchen ankreuzen, das Ihrem Eindruck am ehesten entspricht.

		immer	mei-stens	oft	manch-mal	nie
1.	Kann sich ohne Hilfe rasieren/schminken, Haare kämmen.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	Verfolgt bestimmte Sendungen am Radio oder Fernsehen.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	Sagt, er/sie sei traurig.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	Ist unruhig in der Nacht.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	Nimmt Anteil an den Vorgänge in seiner/Ihrer Umgebung.	☐	☐	☐	☐	☐
6.	Bemüht sich um Ordnung in seinem Zimmer.	☐	☐	☐	☐	☐
7.	Kann den Stuhlgang kontrollieren.	☐	☐	☐	☐	☐
8.	Setzt eine Unterhaltung richtig fort, wenn diese unterbrochen wurde.	☐	☐	☐	☐	☐
9.	Kann kleine Besorgungen (Zeitungen, Esswaren) selber machen.	☐	☐	☐	☐	☐
10.	Sagt, er/sie fühle sich wertlos.	☐	☐	☐	☐	☐
11.	Pflegt ein Hobby.	☐	☐	☐	☐	☐
12.	Wiederholt im Gespräch immer wieder den gleichen Punkt.	☐	☐	☐	☐	☐

		immer	mei-stens	oft	manch-mal	nie
13.	Wirkt traurig oder weinerlich.	☐	☐	☐	☐	☐
14.	Wirkt sauber und ordentlich.	☐	☐	☐	☐	☐
15.	Läuft davon.	☐	☐	☐	☐	☐
16.	Kann sich an Namen von engen Freunden erinnern.	☐	☐	☐	☐	☐
17.	Hilft anderen, soweit körperlich dazu imstande.	☐	☐	☐	☐	☐
18.	Verlässt das Haus in ungeeigneter Kleidung.	☐	☐	☐	☐	☐
19.	Kann sich in der gewohnten Umgebung orientieren.	☐	☐	☐	☐	☐
20.	Ist reizbar und zänkisch, wenn man ihn/sie etwas fragt.	☐	☐	☐	☐	☐
21.	Nimmt Kontakt mit Personen in der Umgebung auf.	☐	☐	☐	☐	☐
22.	Erinnert sich, wo Kleider und andere Dinge liegen.	☐	☐	☐	☐	☐
23.	Ist aggressiv (in Worten oder Taten).	☐	☐	☐	☐	☐
24.	Kann die Blasenfunktion (Urin) kontrollieren.	☐	☐	☐	☐	☐
25.	Erscheint gutgelaunt.	☐	☐	☐	☐	☐
26.	Hält den Kontakt mit Freunden oder Angehörigen aufrecht.	☐	☐	☐	☐	☐
27.	Verwechselt Personen.	☐	☐	☐	☐	☐
28.	Freut sich auf gewisse Ereignisse (Besuche, Anlässe).	☐	☐	☐	☐	☐

NOSGER II

		immer	mei-stens	oft	manch-mal	nie
29.	Wirkt im Kontakt mit Angehörigen/Freunden freundlich und positiv.	☐	☐	☐	☐	☐
30.	Ist eigensinnig: hält sich nicht an Anweisungen oder Regeln.	☐	☐	☐	☐	☐

Bemerkungen: _____

Ab dem Zeitpunkt T2 ...

als zusätzliche Instrumente:

- tgl. RASS
- tgl. Erfassen von Fixierungen

RASS

= Richmond Agitation Sedation Scale

- Ursprünglich ein Instrument zur Beurteilung der Tiefe einer Sedierung
- Von interdisziplinärer Arbeitsgruppe in Richmond (Virginia) entwickelt
- Auf ITS in der Regel alle 8 Stunden
- Hohe Interrater-Reliabilität und Validität

3. Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS)

	Ausdruck	Beschreibung
+4	Sehr streitlustig	Offene Streitlust, gewalttätig, unmittelbare Gefahr für das Personal
+3	Sehr agitiert	Zieht oder entfernt Schläuche oder Katheter; aggressiv
+2	Agitiert	Häufige ungezielte Bewegung, atmet gegen das Beatmungsgerät
+1	Unruhig	Ängstlich aber Bewegungen nicht aggressiv oder lebhaft
0	Aufmerksam und ruhig	
-1	Schläfrig	Nicht ganz aufmerksam, aber erwacht anhaltend durch Stimme (>10s)
-2	Leichte Sedierung	Erwacht kurz mit Augenkontakt durch Stimme (<10s)
-3	Mäßige Sedierung	Bewegung oder Augenöffnung durch Stimme (aber keinen Augenkontakt)
-4	Tiefe Sedierung	Keine Reaktion auf Stimme, aber Bewegung oder Augenöffnung durch körperlichen Reiz
-5	Nicht erweckbar	Keine Reaktion auf Stimme oder körperlichen Reiz

RASS

Anleitung:

- Patient beobachten
- Wenn Patient nicht wach ist, dann
  - Mit Namen laut ansprechen und zum Augenöffnen auffordern
  - Auf Dauer des Blickkontaktes achten
  - Falls keine Reaktion auf Ansprache, dann körperlichen Reiz setzen

Fixierungen und Sitzwachen

- Werden tgl. auf der Station erfragt und aufgenommen
- Dauer und Art der Fixierung werden eingetragen bzw.
- Ggf. Sitzwache mit Dauer

Fixierungen und Sitzwachen

Dauer und Art von Fixierungen und Sitzwachen in Std. pro Tag (ggf. zusammenrechnen)

Fixierungen Dauer (Std./Tag) _____

und Art _____

Sitzwachen Dauer (Std./Tag) _____

und Art _____

Klinik-Logo

Studien-ID: **PAR-** __ _____

Prüfer/in: _____

Datum:___.___._____ Uhrzeit: ____ : ____

Pawel.

Nr.	Test	Seite	durchgeführt Ja	durchgeführt Nein	verweigert	abgebrochen	Kommentar	Auszufüllen von
	Aufklärung	3						Studienarzt
	Drop-out nach Ein- und Ausschlußkrieterien	4						Studienarzt
1.	Soziodemographische Basisinformation	5						Patient
2.	Subjektive Gedächtnisleistung	9						Patient
3.	Anamnesebogen (inkl. Erweiterter CCI)	10						Studienarzt
	Neurologische Untersuchung	13						Studienarzt
4.	Handkraft	14						Assessor
5.	Whisper Test	14						Assessor
6.	Visual Acuity Test	14						Assessor
7.	Timed „Up & Go“	15						Assessor
8.	Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-4)	17						Patient
9.	Gesundheitsfragebogen (EQ-5D-5L)	18						Patient
10.	Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand	21						Patient
11.	Mini Nutritional Assessment (MNA)	24						Assessor
12.	Barthel-Index (nach Hamburger Manual)	26						Assessor
13.	Gebrechlichkeitsskala (CSHA Clinical Frailty Scale)	30						Assessor

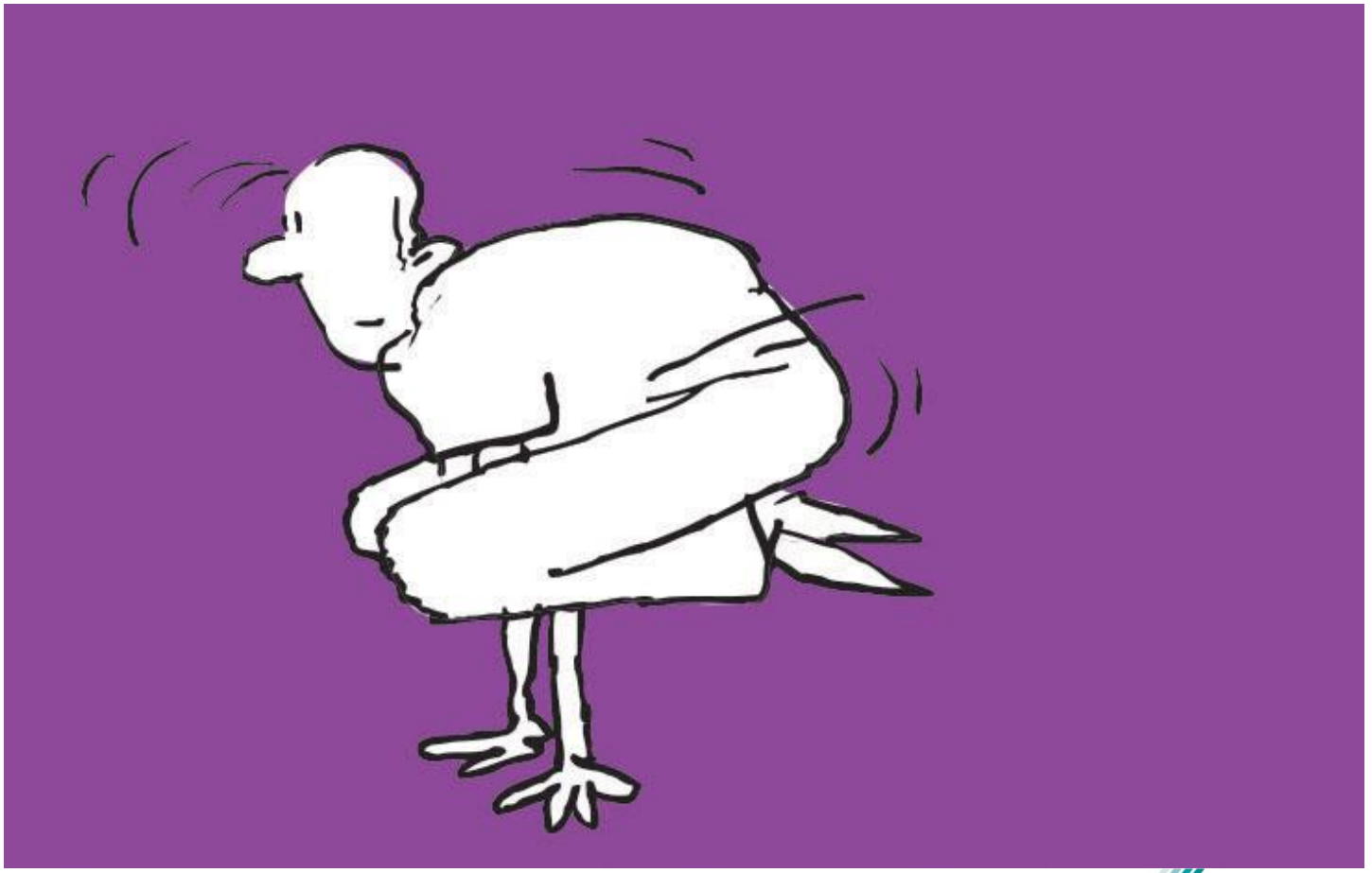
Klinik-Logo	Studien-ID: **PAR-** __ _____ Prüfer/in: _____ Datum:___.___._____ Uhrzeit: ____ : ____

Nr.	Test	Seite	durchgeführt Ja	durchgeführt Nein	verweigert	abgebrochen	Kommentar	Auszufüllen von
14..	PSQI (Basic)	30						Pat./Angehör
.	Schlafmittel	31						Studienarzt
15.	STOP-Bang	32						Pat./Angehör
16.	Sniffin-Sticks 12	33						Assessor
16. a	Zusammenfassung Delirrisiken	35			entfällt	entfällt		Assessor/Arz
17.	Fragebogen zur geistigen Leistungsfähigkeit für ältere Personen (IQCODE)	37						Angehöriger
18.	German-Zarit Burden Interview (G-ZBI)	49						Angehöriger
19	Medikamentenliste	42						Studienarzt

Kontakt: PAWEL-Studie

Telefon: 07071/29-62449

Praktische Übung!!!



Danke für die Aufmerksamkeit !!!

