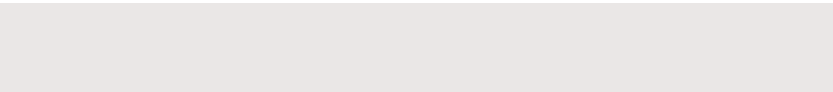


Identifikation des geriatrischen Patienten

Arbeitshilfe



Inhalt

Vorwort	4
1. Abgrenzung des geriatrischen Patienten	6
2. Der „Geriatrie-Check“	7
Anlagen	
Geriatrie-Check	8
Manual zum Geriatrie-Check	9

Vorwort

Durch den demografischen Wandel haben Krankenhäuser eine zunehmend ältere Patientenlientel zu behandeln. So zeigt sich auf Bundesebene in den letzten Jahren ein deutlicher Anstieg der vollstationär behandelten Krankenhauspatienten über 65 Jahre. Dabei weisen ältere Patienten oftmals aufgrund von komplexen Krankheitsbildern einen geriatricspezifischen Versorgungsbedarf auf. Die bedarfsorientierte Versorgung einer zunehmenden Anzahl älterer Patienten und die entsprechende Gestaltung der Arbeitsabläufe im Krankenhaus stellen für die Einrichtungen eine Herausforderung dar. Voraussetzung für eine am Bedarf älterer Patienten orientierte Versorgung ist die frühzeitige regelhafte Erkennung eines eventuellen geriatricspezifischen Behandlungsbedarfs.

Im Rahmen der Überarbeitung des Geratriekonzepts durch die „Arbeitsgruppe Geriatrie“ des Landes Baden-Württemberg unter Federführung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren unter Beteiligung der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft (BWKG) wurde ebenfalls festgestellt, dass die Identifikation eines geriatrischen Patienten im Krankenhaus der Schlüssel zur patienten- und bedarfsgerechten Versorgung für diese Patientengruppe ist. Es ist ein Anliegen des Sozialministeriums, eine regelhafte Erkennung des geriatrischen Patienten im Krankenhaus zu erreichen, so dass für diesen eine optimale Versorgung gewährleistet ist.

Neben dem Ziel, dieser Patientenlientel gerecht zu werden, kann eine Optimierung der Abläufe zu mehr Arbeitseffizienz und gemeinsam mit einer verbesserten Außenwirkung auch zu einem Wettbewerbsvorteil für das Krankenhaus führen.

Vor diesem Hintergrund wurde durch die interdisziplinäre Arbeitsgruppe „Identifikation des geriatrischen Patienten“ der BWKG eine Arbeitshilfe mit einem Identifikationsinstrument („Geriatrie-Check“) zur frühzeitigen Erkennung des geriatrischen Patienten im Krankenhaus entwickelt. Ziel der Beteiligten war es, ein Instrument zu schaffen, das durch seine Niedrigschwelligkeit leicht in den Krankenhausalltag eingebunden werden kann. Gleichzeitig werden Optionen für die anschließende Versorgung aufgezeigt. Diese sind jedoch aufgrund der individuellen Situation im jeweiligen Krankenhaus lediglich mögliche Vorgehensweisen und deren Auflistung weder als abschließend noch als verpflichtend anzusehen.

Die Arbeitshilfe „Identifikation des geriatrischen Patienten“ ist auf der Homepage der BWKG unter der Rubrik „Aufgaben & Services/Publicationen“ eingestellt. Dort kann auch der Geriatrie-Check im Wordformat bezogen werden.

Die im Oktober 2012 einberufene Arbeitsgruppe bestand aus Mitarbeitern der BWKG-Geschäftsstelle und Fachpersonen unterschiedlicher Berufsfelder innerhalb der Disziplinen Geriatrie, Orthopädie und Neurologie. Es waren folgende Vertreter aus Krankenhaus und geriatrischer, neurologischer und orthopädischer Rehabilitation beteiligt:

- Jürgen Bellmann, Kreiskliniken Reutlingen GmbH
- Dr. Sabrina Bleich, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- Dr. Monika Doufrain, Kliniken Ludwigsburg-Bietigheim gGmbH
- Anita Donaubauer, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- Dr. Johanna Feuchtinger, Universitätsklinikum Freiburg
- Bernd Fey, Kliniken Schmieder (Stiftung & Co.) KG
- Prof. Dr. Paul-Jürgen Hülser, Fachkliniken Wangen
- Dr. Michael Jamour, Geriatrische Rehabilitationsklinik Ehingen
- Miriam Kensy, Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft
- Dr. Brigitte Metz, Geriatrisches Zentrum am Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe-Rüppurr
- Angelika Orians, Universitätsklinikum Tübingen
- Dr. Johannes Theil, m&i-Fachkliniken Hohenurach GmbH, Bad Urach
- Uli Wüstner, m&i-Fachkliniken Hohenurach GmbH, Bad Urach

Stuttgart, August 2013
Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft

1. Abgrenzung des geriatrischen Patienten

Der geriatrische Patient zeichnet sich durch ein höheres Lebensalter und eine Multimorbidität, also ein Vorliegen mehrerer behandlungsbedürftiger Krankheiten nebeneinander, aus. Zusätzlich weisen diese Patienten eine erhöhte Vulnerabilität/Gebrechlichkeit auf, die im wissenschaftlichen Kontext auch *frailty* genannt wird. Diese drückt sich aus im häufigen Auftreten von Komplikationen, der Gefahr der Chronifizierung sowie in einem erhöhten Risiko des Verlustes der Autonomie und der Verschlechterung des Selbsthilfestatus.

Die Abgrenzung des geriatrischen Patienten von anderen Patientengruppen kann auf unterschiedlichen Wegen erfolgen. Den geriatrischen Patienten über sein Lebensalter zu definieren, wäre zu kurz gegriffen: Wird dieses Kriterium allein angewandt, könnte das dazu führen, dass relativ junge (um 70 Jahre), multimorbide und gebrechliche Patienten aufgrund ihres Lebensalters lediglich eine Behandlung erhalten, die der akuten Indikation entspricht. Nicht berücksichtigt würde dann, dass dieser Patient bereits Vorerkrankungen hatte bzw. nicht die vollständige Rekonvaleszenz Ziel der Behandlung ist, sondern primär der Zustand vor dem Akutereignis wiederhergestellt oder zumindest geringfügig verbessert werden soll. Bezüglich des Akutereignisses wären Patienten von hohem Alter, die jedoch selbständig leben und unter Berücksichtigung des Alters körperlich und geistig „fit“ sind, in einer geriatrischen Versorgungsform nicht entsprechend ihrer persönlichen Problematik, sondern mit einer indikationsspezifischen Behandlung gut versorgt.

Die Experten der Arbeitsgruppe sprechen sich dafür aus, als Abgrenzungskriterium des geriatrischen Patienten von anderen Indikationen den prämorbid Status heranzuziehen. War ein älterer Patient vor der aktuellen Erkrankung aktiv und selbständig, so ist nach der Akutbehandlung eine indikationsspezifische Rehabilitation der geriatrischen vorzuziehen. Lag jedoch schon Multimorbidität vor, so ist nach der Akutbehandlung eine geriatrische Rehabilitation die bevorzugte Versorgungsform. Die Abgrenzung über den prämorbid Status im Sinne der *frailty* liegt dem „Geriatric-Check“ zu Grunde. Des Weiteren wird als sinnvoll erachtet, den Check ab einem Alter von 70 Jahren durchzuführen, da dann eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen eines geriatrietypischen Krankheitsbildes besteht. Bei über 85-Jährigen ist dies fast sicher, jedoch sollte auch in diesen Fällen von einer individuellen Beurteilung nicht abgesehen werden.

2. Der „Geriatry-Check“

Basis des hier vorgestellten Checks stellt der von den Landesarbeitsgemeinschaften „Geriatry Baden-Württemberg“ und „Akutgeriatry Baden-Württemberg“ in Zusammenarbeit mit weiteren Experten entwickelte „Geriatry-Check“ dar. Der weiterentwickelte „Geriatry-Check“ wird von der Arbeitsgruppe zur Anwendung empfohlen. Es wird jedoch darauf hingewiesen, dass dieser eines unter einer Vielzahl von Identifikationsverfahren darstellt und im Vordergrund der Einsatz eines geriatrischen Checks steht, unabhängig von der Wahl des Verfahrens.

Der „Geriatry-Check“ (Anlage) soll durch ärztliches, pflegerisches oder anderes medizinisches Fachpersonal gemeinsam mit dem Patienten und gegebenenfalls einer Bezugsperson des Patienten regelhaft innerhalb des Aufnahmeprozesses eines Patienten über 70 Jahre eingesetzt werden. Das beteiligte Personal soll in der Geriatry erfahren oder entsprechend geschult sein. Die letztentscheidung über das weitere Verfahren obliegt dem Arzt.

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

- Bereich A konzentriert sich auf objektiv vorhandene Kriterien, wie Pflegestufe oder diagnostizierte Demenz.
- Bereich B geht auf die *frailty* des Patienten und dessen prämorbidem Status ein. Es kann hilfreich sein, eine Bezugsperson des Patienten einzubeziehen. Die Punkte konzentrieren sich auf die Situation des Patienten vor dem Akutereignis und fragen den Grad der Mobilität, der Selbstständigkeit und der kognitiven Fähigkeiten sowie den psychischen Zustand und die vergangenen Krankenhausaufenthalte ab.
- Aus den Bereichen A und B ergibt sich jeweils, ob es sich hierbei mit hoher Wahrscheinlichkeit um einen geriatrischen Patienten handelt.

Im letzten Abschnitt des „Geriatry-Checks“ werden Optionen für das weitere Vorgehen aufgelistet. Dieser letzte Abschnitt und damit die ausgewiesenen Optionen für die Weiterversorgung eines Patienten, der durch den Check als wahrscheinlich geriatrisch eingestuft wurde, können hinsichtlich der individuellen Situation im Krankenhaus und der Versorgungslage in der Umgebung angepasst werden. Grundsätzlich sind unterschiedliche Optionen für das weitere Vorgehen denkbar, z. B. ein geriatrisches Screening oder die Überleitung in eine akutgeriatrische Abteilung usw.

Die Weiterversorgung eines Patienten, der durch den Check als wahrscheinlich geriatrisch eingestuft wurde, hängt stets von der individuellen Einschätzung des behandelnden Arztes ab.

Neben dem „Geriatry-Check“ werden die im Check verwandten Begrifflichkeiten in einem Manual erläutert.

Geriatrie-Check

Bitte bei allen Patienten ab 70 Jahren ausfüllen		Informationsquelle(n)	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Bezugsperson
Name, Vorname	Geburtsdatum	Untersuchungsdatum	Untersucher, Handzeichen

A

Alter ≥ 85 Jahre Pflegestufe ≥ 1 vorhanden Pflegeheimbewohner Bekannte Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
≥ 1 ja-Antwort		<input type="checkbox"/> wahrscheinlich geriatriischer Patient

B (wenn A nicht zutreffend, Geriatrie-Check fortführen)

Beeinträchtigungen vor dem jetzigen Akutereignis			
Mobilität	– Gangunsicherheit und/oder – Wiederholte Stürze und/oder – Gehhilfe/Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Selbständigkeit	– Hilfe beim Waschen/Anziehen und/oder – Inkontinenz und/oder – Unter-/Mangelernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kognition	– Gedächtnisprobleme und/oder – Desorientiertheit/Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Psyche	– Anhaltende Niedergeschlagenheit und/oder – Anhaltende Antriebslosigkeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krankenhaus-aufenthalte	≥ 2 Krankenhausaufenthalte in den letzten 12 Monaten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Anzahl ja-Antworten (=Punktesumme)		
≥ 2 ja-Antworten		<input type="checkbox"/> wahrscheinlich geriatriischer Patient	

Der folgende Abschnitt ist krankenhausindividuell anzupassen:

Optionen der möglichen Weiterbehandlung, wenn gemäß A oder B wahrscheinlich geriatriischer Patient	
<input type="checkbox"/> Geriatrisches Screening <input type="checkbox"/> Geriatrisches Konsil/geriatriische Mitbehandlung <input type="checkbox"/> Akutgeriatrie <input type="checkbox"/> Geriatriische Rehabilitation <input type="checkbox"/> _____	Unterschrift des Arztes: _____

Manual zum Geriatrie-Check

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)

Selbständigkeit

Hilfe beim Waschen/Anziehen und/oder	Patient benötigte 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/m ² 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)

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)
--	---

* Hierbei handelt es sich um eine Fähigkeitsstörung, die vor Eintreten des Akutereignisses bestand und nicht erst in Zusammenhang mit diesem aufgetreten ist.

Notizen

[illegible]

Herausgeber:

Baden-Württembergische
Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG)

Verband der Krankenhäuser,
Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen
in Baden-Württemberg

Birkenwaldstraße 151
70191 Stuttgart
www.bwkg.de