

Multidimensionales Geriatriches Assessment

Das multidimensionale Assessment hat seine Wurzeln in England wo die junge Marjorie Warren im Jahre 1930 forderte, dass kein alter Mensch ohne systematische Evaluation der Ressourcen und Defizite in eine Langzeitinstitution verlegt werden soll. Sie selbst führte solche Evaluationen durch und konnte viele Patienten wieder aus dem Pflegeheim nach Hause entlassen. Im Laufe der Zeit wurden für die Geriatrie viele Assessmentinstrumente entwickelt, validiert und deren Effektivität in klinischen Studien überprüft. Wissenschaftstheoretisch liegt dem multidimensionalen Assessment das bio-psycho-soziale Konzept von Gesundheit und Krankheit zugrunde. Das bedeutet die Integration der biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen eines Menschen in Diagnose und Behandlung. Gerade in der Geriatrie wo Lebensgeschichte und biologisches Altern für den Menschen von grosser Tragweite sind, ist diese Form der Evaluation wichtig.

Unter multidimensionalem geriatrichem Assessment versteht man eine standardisierte, strukturierte und umfassende, Organsysteme übergreifende Untersuchung alter Menschen. Durch das Assessment werden reversible aber auch irreversible Risikofaktoren für den Verlust der Selbständigkeit eines alten Menschen identifiziert. Diese sind durch den Verlust von Funktionen (Aktivitäten des täglichen Lebens, Mobilität) gekennzeichnet.

Das Assessment führt zu einem Behandlungsplan, der die Verbesserung der bestehenden Funktionsdefizite und die Prävention weiterer Beeinträchtigungen zum Ziel hat. Hierbei werden Patientenfähigkeiten (interne und externe Ressourcen) erfasst und mit in den Behandlungsplan einbezogen. Eine wichtige Funktion des Assessments ist die Koordination der Ziele aller am Behandlungsprozess beteiligten Dienste. Somit hat das Assessment integrativen Charakter und dient als Grundlage für die Interprofessionelle Eintrittsbesprechung (Teil der interprofessionellen Behandlungsbesprechung IBB) die als Arbeitsmittel in allen geriatriischen Abteilungen im Kanton St. Gallen eingeführt und umgesetzt ist. Grundvoraussetzung für das geriatriche Assessment und den Behandlungsprozess ist die Interprofessionalität.

Im Folgenden werden einige grundsätzliche Aspekte des Assessments nach Berufsgruppen vorgestellt. Hierbei sind Überlappungen möglich:

Vorwiegend ärztliche Aufgaben

Erfassung von:

- Derzeitigen Symptomen, Erkrankungen und deren Auswirkung.
- Medikamenten, deren Indikation und Nebenwirkungen inklusive Ophthalmologika und OTC (over the counter)-Medikamente.
- Kognition und der emotionalen Gesundheit.
- Orale Gesundheit und der Ernährung.
- Hör und Sehfähigkeit.
- bisheriger ärztlichen Gesundheitsversorgung.
- Biographie und der Formen der Krankheitsverarbeitung.
- Wünschen bezüglich Massnahmen am Lebensende und deren Dokumentation.

Vorwiegende Aufgaben Pflege und Sozialdienstes

Erfassung von:

- Aktuellem Pflegebedarfes und der Pflegeziele
- Bisheriger Gesundheitsversorgung im weiteren Sinne (SPITEX etc.)
- Physischer, psychischer und sozialer Funktion und deren Integration
- Basalen und instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL)
- Lebensstil und nichtmedizinischer Verpflichtungen.
- Ressourcen in unterschiedlichen Domänen.
- Schmerzen (Schmerzkonzept).
- Bedürfnissen für eine optimale Vorbereitung auf die Entlassung und Koordination unter an der Nachbetreuung beteiligten Personen.

Vorwiegende Aufgaben therapeutischer Teams

Erfassung von:

- Funktionellen Ressourcen und Defizite auf motorischer, sensorischer und neuropsychologischer Ebene
- Sturzrisiko (timed get up and go, Tinetti-Test)
- Wohnumgebung in Bezug auf Funktion und Prognose
- Sprach, Ess-und Schluckkompetenzen
- Bedarf an Hilfsmitteln und Hilfsmittelberatung

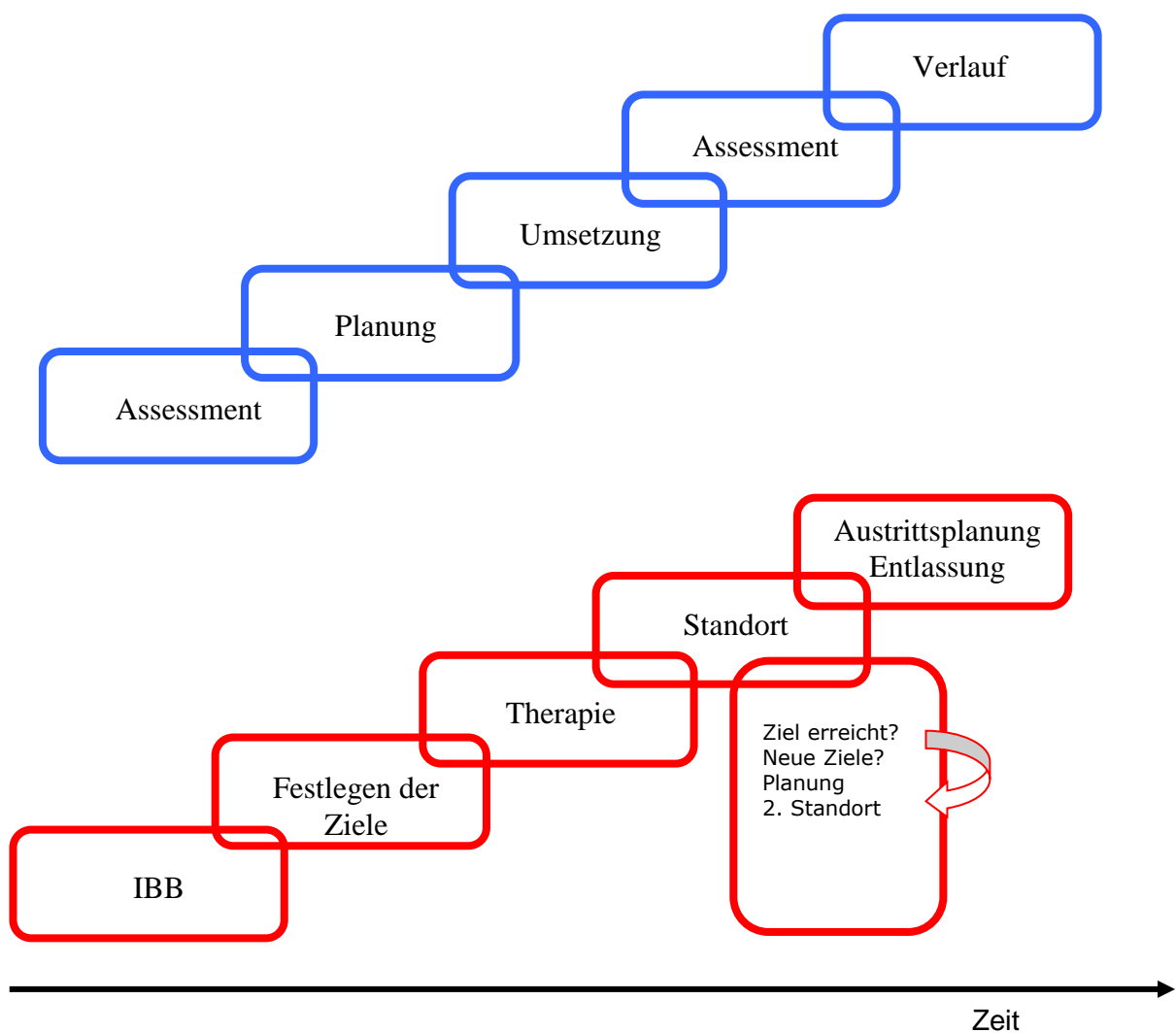
Der Assessment-Prozess ist interprofessionell gestaltet, dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Aufträge und Funktionen einzelner Dienste überschneiden. So kann die Pflege zusätzlich zur hauptsächlich hierfür verantwortlichen Physiotherapie beim Ziel „Verbesserung der Gangsicherheit“ therapeutisch mitwirken. Die Ergotherapie unterstützt im Rahmen des Selbsthilfetrainings bei ursprünglich rein pflegerischen Massnahmen. Da unterschiedliche Berufsgruppen am gleichen Ziel arbeiten ist eine Koordination dieser Ziele über eine gemeinsame Plattform besonders wichtig. Die dafür geeigneten Instrumente sind die interprofessionelle Eintrittsbesprechung und die Standortbestimmung im Behandlungsrapport (IBB).

Im Folgenden werden Bestandteile des Assessment dem jeweiligen Schritt einer Behandlungskette tabellarisch gegenübergestellt.

<p><i>Assessment</i> Findet unmittelbar nach Aufnahme statt. Jeder Dienst führt anhand des strukturierter Prozess eine aktuelle Bestandsaufnahme des Ist-Zustandes durch (Ressourcen/Defizite).</p>	<p><i>IBB</i> Die Ergebnisse des Assessments werden besprochen und auf einem für alle zugänglichen Dokument erfasst.</p>
<p><i>Planung</i> Diskussion über die wahrscheinliche Aufenthaltsdauer, Koordination der Termine</p>	<p><i>Festlegen der Ziele</i> Bestimmung eines integrativen, übergeordneten Ziels. In allen Bereichen werden realistische und während einer definierten Frist überprüfbare Teilziele festgelegt.</p>
<p><i>Umsetzung</i> Hier müssen die im Assessment erhobenen Ressourcen und Defizite berücksichtigt</p>	<p><i>Therapie</i> In den jeweiligen Sitzungen arbeiten die beteiligten Dienste am gesetzten Ziel und</p>

werden.	dokumentieren den Fortschritt
<i>Assessment</i> Das Re-Assessment dient der Dokumentation des Fortschritts oder zur Definition von neuen Zielen, falls das ursprüngliche Ziel nicht erreicht wird oder bereits erreicht wurde.	<i>Standort</i> Jeder Dienst berichtet über den Fortschritt in seinem Bereich. Die abgegebene Information wird dokumentiert. Gegebenenfalls müssen Ziele neu formuliert werden oder neue Ziele kommen hinzu.
<i>Verlauf</i> Je nach Verlauf (zum Beispiel nach einem akut eintretenden Ereignis) muss das Ziel neu formuliert und noch einmal angepasst werden. Die Teammitglieder haben die Möglichkeit, Verzögerungen oder schnelle Verbesserungen rück zu melden.	<i>Austrittsplanung/Austritt</i> Besprechung des Austrittstermines für die Koordination der Austrittsplanung anhand des Verlaufes. Ggf. ambulante oder teilstationäre Nachbehandlung. Koordination der Information im Zusammenhang mit dem Austritt.

Unten stehende Grafik zeigt die einzelnen Glieder einer geriatrischen Behandlungskette auf.



Ziel ist eine möglichst umfängliche Erfassung aktueller und potenzieller Probleme. Das Re-Assessment dient der Verlaufsbeurteilung in der Klinik und kann sich auf alle oder einzelne Domänen beziehen. Häufig werden während einer Hospitalisation Ziele nicht erreicht oder neue Ziele müssen formuliert werden. Dabei ist es wiederum wichtig, für alle Bereiche überprüfbare Ziele zu definieren. Assessment und Re-Assessment finden je nach beteiligter Berufsgruppe täglich (Pflege) oder im Rahmen einer Therapiesitzung oder Visite statt.

Beispiele für Assessment und Re-Assessment

Beispiel 1: Eine Patientin befindet sich im Delir und wird medikamentös und mittels Tagesstruktur mit dem Ziel der Verbesserung des Delirs behandelt. Zu Beginn hat sie ein Ergebnis im Mini-Mental Test von 14/30 Punkten, nach Delirbehandlung steigt das Ergebnis auf 27/30 Punkten.

Beispiel 2: Die Pflegenden erfassen eine Einschränkung der ADL weil die Patientin inkontinent ist. Diese Information führt zur medizinischen Abklärung. Als Ursache findet sich ein Uterusprolaps. Nach dessen Behandlung mit einem Pessar ist die Inkontinenz nicht mehr nachweisbar; die Einschränkung in den ADL ist behoben.

Beispiel 3: Eine Physiotherapeutin hat den Auftrag, nach einer Humerusfraktur mit Pendelübungen zu beginnen. Sie findet während des Assessments des Patienten eine muskuläre Dysbalance und nimmt diese noch in ihr Behandlungskonzept auf.

Wahl der Instrumente

Bei der Wahl des Instrumentes sollen einige wichtige Gütekriterien berücksichtigt werden. Das Instrument muss validiert und international anerkannt sein und/oder den Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften entsprechen. Es existiert eine Vielzahl von Instrumenten, die diese Kriterien erfüllen für den stationären und ambulanten Bereich. Einige geriatrische Kliniken führen daher alle Patienten einer ausgedehnten Assessment-Batterie zu. Dieser Ansatz ist systematisch korrekt aber personell sehr aufwändig. Wir empfehlen neben einem einfachen Basisassessment einen bedarfs- und ressourcenorientierten Ansatz. Weitere Assessmentinstrumente werden dann eingesetzt, wenn ein Mitglied des Teams den Bedarf einer Abklärung formulieren/klinisch begründen kann. In allen geriatrischen Abteilungen muss jedoch ein Grundset eingeführt und geschult sein. Über die Wahl dieses Basisassessments entscheiden die für die jeweilige Geriatrieabteilung verantwortlichen Leiter/Innen. Ein Basisassessment besteht beispielsweise aus:

Assessment (in Klammern empfohlene Instrumente)

1. **B:** Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL/IADL, Barthel Index)
2. **B:** Kognition (Mini-Mentaltest/Uhrentest, Fremdanamnese)
 - a. Weiterführend
 - i. halbstrukturiertes Interview
 - ii. neuropsychologische Abklärung
3. **B:** Sturzrisiko (timed get up and go test)
 - a. Weiterführend
 - i. Tinetti Test
4. **B:** Zahngesundheit (orale Inspektion)
 - a. Weiterführend

i. Ernährungsassessment (Mini-Nutritional Assessment)

5. **B:** Hörstörungen (Otoskopie und Flüsterstest)
6. **B:** Depression (klinische Zeichen und geriatrische Depressionsskala)
7. **B:** Sehstörung (Sehtafeln)
8. Schmerzen (gemäss Schmerzkonzept Geriatrische Klinik St. Gallen)
9. Delir (Confusion Assessment Method, CAM, in Kombination mit dem MMT)

Assessments 1-7 werden auf der Ebene **B:** in der Geriatrischen Klinik St. Gallen als Basisassessment bei allen Patienten durchgeführt, Assessments 8 und 9 nach Bedarf eingesetzt.

Zusammenfassung

Das Assessment ist ein wichtiges Werkzeug in der multiprofessionellen Erfassung von geriatrischen Patienten mit komplexen Problemen. Es kann und soll die klinische Beurteilung geriatrischer Patienten aber nicht ersetzen. Das Assessment bietet zudem die Möglichkeit systematisch Ressourcen und Defizite zu erfassen und ist Grundlage für Diagnostik und Behandlung in der Geriatrie. Es hilft die vorhandenen Ressourcen optimal zu nutzen. Das Assessment in den einzelnen Bereichen ist Voraussetzung für die interprofessionelle Behandlungsbesprechung als Koordinationsplattform für Steuerung des geriatrischen Behandlungsprozesses.

Literatur

1. Reuben DB, Borok GM, Wolde-Tsadik G, et al. A randomized trial of comprehensive geriatric assessment in the care of hospitalized patients. *N Engl J Med.* May 18 1995;332(20):1345-1350.
2. Perell KL, Nelson A, Goldman RL, Luther SL, Prieto-Lewis N, Rubenstein LZ. Fall risk assessment measures: an analytic review. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* Dec 2001;56(12):M761-766.
3. Cohen HJ, Feussner JR, Weinberger M, et al. A controlled trial of inpatient and outpatient geriatric evaluation and management. *N Engl J Med.* Mar 21 2002;346(12):905-912.
4. Grob D. Geriatrie: Siebzig Jahre geriatrisches Assessment – wo stehen wir heute? *Schweiz Med Forum.* 2005;5:1280–1282.