

Ulrich Grün
Dr. med.

Die Rolle des geriatrischen Screenings nach Lachs in der Funktionsdiagnostik, in der Therapie und in der Dokumentation einer geriatrischen Klinik

Geboren am 27. 11. 1966 in Neckarsulm
Reifeprüfung am 6. 6. 1986 in Neckarsulm
Studiengang der Fachrichtung Medizin vom SS 1988 bis SS 1995
Physikum am 23. 3. 1990 an der Universität Heidelberg
Klinisches Studium in Heidelberg
Praktisches Jahr in Heidelberg
Staatsexamen am 9. 5. 1995 an der Universität Heidelberg

Promotionsfach: Innere Medizin
Doktorvater: Prof. Dr. med. P. Oster

Um den Nutzen und die Verwendbarkeit eines empfohlenen geriatrischen Screenings im Bethanienkrankenhaus zu untersuchen, wurde anhand eines retrospektiven Aktenstudiums ein Kollektiv von 109 gescreenten Patienten (79 Frauen und 30 Männer) mit einem Kollektiv von 105 Patienten (76 Frauen und 29 Männer) ohne dieses Screening anhand einer deskriptiven Statistik verglichen. Das geriatrische Screening soll helfen, Funktionsstörungen geriatrischer Patienten zu erkennen und besonders gefährdete Bereiche sichtbar machen. In diesen Bereichen sollte eine geeignete Assessmentuntersuchung folgen, um den weiteren Handlungsbedarf festzulegen.

Es wurden neben den soziodemographischen Daten die folgenden Funktionsbereiche betrachtet: Sehen, Hören, Arm-/ Handfunktion, Beinfunktion/Laufen, Harn- und Stuhlkontinenz, Ernährung, kognitiver und emotionaler Status, Aktivität und soziale Unterstützung. Zudem wurden 4 wichtige Risikofaktoren untersucht: häufige Krankenhausaufenthalte, Stürze, Multimedikation und Schmerzen. In diesen Bereichen wurde erhoben, ob sie untersucht und dokumentiert waren, ob es bestehende Diagnosen und Therapien gab, ob weitere Untersuchungen inklusive Assessmenttestungen durchgeführt wurden, ob in diesen Bereichen neue Diagnosen gestellt und Therapien begonnen wurden, und ob dies den weiterbehandelnden Ärztinnen und Ärzten mitgeteilt wurde.

In einem Vergleich der beiden untersuchten Gruppen miteinander als auch mit anderen Untersuchungen zeigte sich, daß die beiden Kollektive bezüglich der Alters- und Geschlechtsverteilung und der Diagnosen gut miteinander vergleichbar waren und daß die erhobenen Daten auch mit den Daten anderer Studien vergleichbar waren.

Durch den Einsatz des Screeningfragebogens ergab sich in den Gebieten Sehen, Hören, Arm-/ Handfunktion, Beinfunktion/ Laufen, Urinkontinenz, Depression, Aktivitäten, Stürze, Multimedikation und Schmerzen eine leichte bis deutliche Verbesserung im Bereich der Diagnostik und der Therapie. In den Funktionsbereichen Stuhlkontinenz, Ernährung, kognitiver Status, soziale Unterstützung und Krankenhausaufenthalte ergab sich keine Verbesserung. Ein negativer Effekt durch das Screening konnte nicht beobachtet werden.

Obwohl das geriatrische Screening als Voruntersuchung für weiterführende Untersuchungen des geriatrischen Assessment empfohlen wird und dies in der untersuchten Klinik so gehandhabt werden sollte, läßt sich eine häufigere Benutzung von Assessmentuntersuchungen

nicht erkennen. In manchen Bereichen gab es trotz hoher Prävalenz von Funktionsstörungen keine spezifischen Untersuchungen.

Die unter 1. 3. 1. aufgestellten Hypothesen konnten also teilweise bestätigt werden, teilweise müssen sie verworfen werden.

Als Schlußfolgerung aus den erhobenen Daten ergibt sich folgende Empfehlung:

In den Bereichen, in denen es gut funktionierende Assessmentuntersuchungen gibt, die einfach und unkompliziert durchführbar sind, sollten diese ohne ein vorgeschaltetes Screening durchgeführt werden. Dies betrifft vor allem den kognitiven Bereich sowie ADL und Mobilität. Als wichtige und effektive Assessmentuntersuchungen werden zur Erfassung von kognitiven Einschränkungen der MMSE nach Folstein zur Erkennung von kognitiven Einschränkungen und neuropsychologischen Störungen der Uhrzeigentest in seinen Auswertungen nach Watson und Shulman empfohlen. Zur Bewertung von Mobilitätsstörungen sollten die Testungen nach Tinetti und Podsiadlo eingesetzt werden. Beide sind gleichzeitig gute Verlaufparameter zur Dokumentation der Therapieeffekte.

Hierzu dient auch der Barthel-Index, mit dem auch die Esslinger Transferskala erhebbar ist. Der Barthel-Index enthält als Unterpunkte bereits die Stuhl- und Urinkontinenz.

In anderen Bereichen, in denen es keine so gut anwendbaren Verfahren gibt, also z.B. im Bereich Inkontinenz, Stürze, Depression, chronische Schmerzen, erscheint das geriatrische Screening durchaus sinnvoll.

Andere Bereiche wie Sehen, Hören, Medikamentenanamnese, soziale Situation sollten bereits im Rahmen einer normalen klinischen Anamneseerhebung und klinischen Untersuchung ausführlich erhoben werden. Um die Qualität zu verbessern, muß hier vor allem die leichte und übersichtliche Dokumentation ermöglicht werden.

Aufgrund dieser Überlegungen wurde ein neuer Anamnesebogen ausgearbeitet, der eine Verbesserung der Dokumentation ermöglicht, die effektiven Screeningfragen beinhaltet und auf die geriatrischen Risikofaktoren inklusive der wichtigen Assessmenttestungen verweist (siehe Anhang 5 Seite 90). In diesen Anamnesebogen wurden weitere, als problematisch erkannte Bereiche wie ein ethisches Assessment eingebaut. Probleme der Dokumentation wurden gelöst, die Erhebung vereinfacht. In der klinischen Arbeit bewährt sich dieser Anamnesebogen inzwischen.