

Klinisches Assessment Basiswissen  
für Pflegefachpersonen und Hebammen

**zh  
aw** Gesundheit



Arbeitsheft

# Geriatric

## Impressum

### Herausgeber

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Departement Gesundheit  
Haus Adeline Favre, Katharina-Sulzer-Platz 9  
8400 Winterthur  
E-Mail [info.gesundheit@zhaw.ch](mailto:info.gesundheit@zhaw.ch)  
Web [www.zhaw.ch/gesundheit](http://www.zhaw.ch/gesundheit)

### Autorinnen und Autoren

Battaglia, Natalie; MScN, RN  
Grosse, Uta; PhD, dipl. Pflegewirtin, RN  
Häusermann, Sara; MSc Palliative Care, RN  
Musholt, Markus; MScN, RN  
Zeyer, Albert; Dr. med.

### Unter Mitarbeit von

Albert, Katharina; MScM, RM  
Badertscher, Nina; PhD, Dr. med.  
Braun, Astrid, MScN, RN  
Dennler, Susanne; Dr. med.  
Heine, Michelle; MScN, RN  
Heinrich, Ursula; MScN, RN  
Pampaluchi, Reto; Dr. med.  
Pérez Cortes, Francisca; MScN, RN  
Pfister, Anja; MScM, RM  
Rasche, Berthold; MScN, RN  
Rieder, Evelyn; MScN, RN  
Truninger, Sibylle; MScN, RN  
Uehlinger, Loris; MScN, RN  
Waldbboth, Veronika; PhD, MScN, RN

### Illustrationen

Baltensweiler, Nadja, Ebikon, [www.nadjabaltensweiler.ch](http://www.nadjabaltensweiler.ch)

### Gestaltung

Notice Design, Zürich, [www.notice.design](http://www.notice.design)  
Häusermann, Esther, Luzern, [www.estherhaeusermann.ch](http://www.estherhaeusermann.ch)

### Korrektorat

Ebnöther, Eva; Dr. med.

### Titel

Klinisches Assessment Basiswissen für Pflegefachpersonen und Hebammen  
Arbeitsheft Geriatrie

1. Auflage, März 2023

© ZHAW Departement Gesundheit

ISBN 978-3-9525256-8-5

<https://doi.org/10.21256/zhaw-2445>

# Editorial

Liebe Nutzerinnen und Nutzer

Die Arbeitshefte der Reihe Basiswissen Klinisches Assessment sind ein Beitrag der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) an die Ausbildung von qualifizierten Gesundheitsfachleuten in den Bereichen Pflege und Hebammen. Dozierende der Bachelor-, Master- und Weiterbildungsstudiengänge des Instituts für Pflege und des Instituts für Hebammen haben dieses interprofessionell ausgerichtete Lehrmittel für das klinische Assessment auf Bachelorstufe auf der Basis langjähriger klinischer und pädagogischer Erfahrung entwickelt.

Die Arbeitshefte thematisieren jeweils ein Organ, ein Organsystem oder ein Thema. Sie beschreiben das strukturierte klinische Assessment mit der Erhebung einer symptomfokussierten Anamnese, der körperlichen Untersuchung, der Analyse der gesammelten Klientinnen- beziehungsweise Patientinnen- und Patientendaten und der Planung des weiteren Vorgehens nach dem SOAP-Schema, das heisst dem Subjective-Objective-Analyse-Plan.

Wir danken allen Beteiligten für ihr Engagement bei der Entwicklung dieser interprofessionellen Lehrmittelreihe. Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre der Arbeitshefte und dem Erwerben der Kernkompetenzen im klinischen Assessment.

Prof. Dr. Katharina Fierz, Leiterin Institut für Pflege  
Beatrice Friedli, Leiterin Institut für Hebammen





# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Lernziele</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Einführung SOAP-Schema</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Subjektive Daten</b>	<b>6</b>
	3.1 Besonderheiten der geriatrischen Anamnese	6
	3.2 Grunddaten	7
	3.3 Hauptbeschwerden	7
	3.4 Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens	7
	3.5 Erweiterte Anamnese in der Geriatrie	9
	3.6 Medizinische Vorgeschichte	10
	3.7 Familienanamnese	10
	3.8 Sozialanamnese	11
	3.9 Sexual- und geburtshilfliche Anamnese	11
<b>4</b>	<b>Objektive Daten</b>	<b>12</b>
	4.1 Erfassung des allgemeinen Eindrucks	12
	4.2 Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen	13
	4.3 Körperliche Untersuchung in der Geriatrie	14
	4.3.1 Prinzipien der körperlichen Untersuchung beim alten Menschen	14
	4.3.2 Vorbereitung	14
	4.3.3 Untersuchungsablauf	15
	4.3.4 Geriatrische Untersuchungsschwerpunkte	15
	4.3.5 Zusätzliche Untersuchungen in der Geriatrie	22
<b>5</b>	<b>Analyse</b>	<b>27</b>
<b>6</b>	<b>Plan</b>	<b>29</b>
	6.1 Pflege: ISBAR-Beispiel Sturzereignis	30
<b>7</b>	<b>Übersicht Terminologie</b>	<b>31</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>34</b>
	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>35</b>
	<b>Illustrationsverzeichnis</b>	<b>35</b>

# 1 Lernziele

Die Studierenden

- können gezielt eine symptomfokussierte Anamnese und die körperliche Untersuchung durchführen, anschliessend die gesammelten Daten zusammenfassen / analysieren und das weitere Vorgehen planen, gemäss SOAP-Schema (Subjective-Objective-Analyse-Plan);
- können gezielt und systematisch eine Anamnese beim alten Menschen erheben, inklusive:
  - Grunddaten
  - Hauptbeschwerden
  - Symptomfokussierte Anamnese anhand der Leitsymptome in der Geriatrie
  - Erweiterte Anamnese in der Geriatrie
  - Medizinische Vorgeschichte
  - Familienanamnese
  - Sozialanamnese;
- führen eine systematische körperliche Untersuchung beim alten Menschen in folgender Reihenfolge durch und setzen Untersuchungshilfsmittel ein:
  - Allgemeinzustand (AZ)
  - Vitalzeichen (VZ), wichtige systemrelevante Parameter
  - Inspektion
  - Palpation;
- führen zusätzliche Untersuchungen durch, wie zum Beispiel:
  - Barthel-Index
  - Timed Up and Go-Test
  - Uhrentest;
- erkennen die physiologischen Befunde und / oder deren Abweichungen unter Berücksichtigung des physiologischen Alterungsprozesses;
- interpretieren diese und stellen eine Arbeitshypothese auf;
- beurteilen die Dringlichkeit und planen weitere Interventionen;
- rapportieren die Befunde gemäss dem Rapportraster Identifikation – Situation – Background – Assessment – Recommendation (ISBAR) in Fachsprache an das interprofessionelle Team (Ärztin / Arzt – Pflegefachpersonen / Hebammen) und
- dokumentieren die Ergebnisse des klinischen Assessments in Fachsprache.

## 2 Einführung SOAP-Schema

In der klinischen Praxis hat sich eine strukturierte Methode zur Erfassung, Dokumentation und Kommunikation der Patientinnen-/Patientendaten nach dem sogenannten SOAP-Schema (S = subjektive Daten, O = objektive Daten, A = Analyse, P = Plan) bewährt.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die vier Komponenten des SOAP-Schemas.

**Tabelle 1**

SOAP-Elemente (modifiziert nach Neurath & Lohse, 2015)

SOAP	Methodik	Ziel
<b>S</b> <b>Subjektive Daten</b>	Erhebung der subjektiven Beschwerden der Patientin/des Patienten in der Anamnese inklusive: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grunddaten</li> <li>• Hauptbeschwerden</li> <li>• Symptomfokussierter Anamnese des jetzigen Leidens</li> <li>• Erweiterter Anamnese</li> <li>• Medizinischer Vorgeschichte</li> <li>• Familienanamnese</li> <li>• Sozialanamnese</li> <li>• Sexual- und geburtshilfliche Anamnese</li> </ul>	Erfassung des subjektiven Patientinnen-/Patienten-anliegens und der -situation
<b>O</b> <b>Objektive Daten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeiner Eindruck</li> <li>• Körpermasse und Vitalzeichen</li> <li>• Körperliche Untersuchung</li> <li>• Zusatzdiagnostik (Labor, EKG etc.)</li> </ul>	Objektivierung der Symptome durch Untersuchungsbefunde
<b>A</b> <b>Analyse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zusammenfassung und Beurteilung der subjektiven und objektiven Daten</li> <li>• Priorisierung der Probleme</li> <li>• Formulierung einer Arbeitshypothese für Erkrankung</li> </ul>	Einschätzung der Gefährdung der Patientin/des Patienten (Dringlichkeitseinschätzung)
<b>P</b> <b>Plan</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sicherstellung der Patientinnen- und Patientensicherheit</li> <li>• Rapport nach Identifikation-Situation-Background-Assessment-Recommendation (ISBAR)-Schema an den ärztlichen Dienst und/oder weitere Personen des interprofessionellen Teams</li> <li>• Planung der pflegerischen Interventionen</li> <li>• Ggf. Durchführung eines Fokus-Assessments</li> </ul>	Planung weiterer Interventionen

# 3 Subjektive Daten

## S nach SOAP-Schema

Die Erhebung der symptomfokussierten Anamnese ist der erste Schritt des SOAP-Schemas und besteht aus der strukturierten Erfassung der subjektiven Patientinnen-/Patientendaten.

### 3.1 Besonderheiten der geriatrischen Anamnese

Für das Anamnesegespräch mit älteren Patientinnen und Patienten wird oft mehr Zeit benötigt. Bei Ermüdungserscheinungen kann es erforderlich sein, die Anamnese zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt fortzuführen. Zusätzlich müssen folgende Aspekte beim Gespräch mit älteren Menschen berücksichtigt werden:

- Unterstützung bei der Wahrnehmung und Kommunikation:  
Benutzt die Patientin/der Patient normalerweise Zahnersatz, Brille und/oder ein Hörgerät, so sollte sie/er diese Hilfsmittel auch während der Anamnese tragen. Eine ausreichende Beleuchtung des Raums, das Beseitigen von visuellen oder auditiven Ablenkungen sowie langsames und deutliches Sprechen können unterstützend sein.
- «Underreporting» von Symptomen:  
Die möglichen Ursachen von Seiten der Patientin/des Patienten sind:
  - Frage wird nicht verstanden (aufgrund von Schwerhörigkeit, Verwirrung, beginnender Demenz etc.)
  - Symptom wird nicht wahrgenommen (z. B. Blutauflagerung auf dem Stuhl übersehen)
  - Angst vor den Konsequenzen (z. B. Blut im Stuhl → Darmspiegelung → Spital → Operation → Sterben)
  - Symptom wird als «normales Anzeichen des Alters» ohne Krankheitswert akzeptiert (z. B. Gelenkschmerzen, Vergesslichkeit)
  - Die Beschwerden wurden vergessen
  - Scham (z. B. bei Inkontinenz oder vaginalem Pruritus)
  - Es besteht keine Motivation zur Anpassung des Lebensstils (deshalb werden z. B. Blutzuckerentgleisungen nicht erwähnt)
- Fehlende Symptome einer Erkrankung:  
Bei älteren Menschen können sich unspezifische Symptome zeigen, z. B. Müdigkeit und Verwirrtheit als Zeichen für einen Harnwegsinfekt.
- Einschränkung als einzige Manifestation:  
Erkrankungen können sich in Form von funktionellem Abbau zeigen. Beispielsweise gibt eine Patientin/ein Patient in der Anamnese keine Schmerzen oder Steifigkeit der Gelenke an; fragt man aber nach Veränderungen in der Aktivität, gibt sie/er an, dass sie/er nicht mehr spazieren gehen oder ehrenamtlich im Spital tätig sein kann.
- Einschränkung in der Kognition:  
Für ältere Patientinnen und Patienten mit eingeschränkter Kognition kann es schwierig sein, Probleme zu beschreiben, was die Beurteilung erschwert. Sie können sich häufig nicht mehr an frühere Krankheiten, Spitalaufenthalte, Operationen und/oder Medikamenteneinnahmen erinnern. Die Angaben sollten dann fremdanamnestisch oder aus Patientinnen-/Patientenakten erhoben werden.

Unter der Berücksichtigung dieser Aspekte werden bei der Anamnese folgende Daten erfasst:

## 3.2 Grunddaten

- Vor- und Nachname
- Geschlecht
- Geburtsdatum (Alter)
- Zivilstand bzw. Beziehungsstatus
- Beruf

## 3.3 Hauptbeschwerden

- Hauptgrund der Konsultation
- Beschreibung des Problems in Worten der Patientin/des Patienten

## 3.4 Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens

Die Erfassung des Leitsymptoms erfolgt nach den folgenden sieben Charakteristika (Morgan et al., 1972):

1. Lokalisation/Ausbreitung/Ausstrahlung
2. Qualität/Charakter
3. Quantität/Stärke/Intensität
4. Zeitlicher Verlauf
5. Modifizierende Faktoren (auslösende, lindernde und verschlimmernde Faktoren)
6. Begleitsymptome
7. Erklärung der Patientin/des Patienten

**Tabelle 2**

*Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens am Beispiel Vertigo (modifiziert nach Füessler & Middeke, 2018)*

Charakteristika	Leitfragen	Beispiel Leitsymptom Vertigo
<p><b>1</b></p> <p><b>Lokalisation / Ausbreitung / Ausstrahlung</b></p>	<p>Wo ist der Befund, die Veränderung? Zeigen lassen.</p> <p>→ Mögliche Beschreibungen: generalisiert, wechselnd, tief, oberflächlich</p>	<p>Wo fühlen Sie den Schwindel? Eher als ein Schwanken im Kopf oder eher als Gleichgewichtsstörung?</p>
<p><b>2</b></p> <p><b>Qualität / Charakter</b></p>	<p>Wie fühlt es sich an? Womit ist das Symptom vergleichbar?</p> <p>→ Gesten, Körpersprache mit in Befragung einbeziehen</p>	<p>Können Sie beschreiben, wie sich der Schwindel anfühlt?</p> <p>Ggf. nachfragen: Drehend wie beim Karussell fahren? Schwankend wie beim Boot fahren? Fühlen Sie sich benommen?</p>
<p><b>3</b></p> <p><b>Quantität / Stärke / Intensität / Schweregrad</b></p>	<p>Wie stark ist dieses Symptom?</p> <p>→ Einsatz einer Numerischen Rating-Skala (NRS) und/oder einer Visuellen Analog-Skala (VAS)</p>	<p>Geben Sie die Stärke des Schwindels auf einer Skala von 0 bis 10 an, wobei 0 kein Schwindel und 10 der stärkste vorstellbare Schwindel bedeutet.</p>
<p><b>4</b></p> <p><b>Zeitlicher Verlauf</b></p>	<p><u>Beginn des Symptoms:</u> Seit wann? Unter welchen Umständen ist das Symptom erstmalig aufgetreten? Plötzliches oder allmähliches Einsetzen?</p> <p><u>Dauer des Symptoms:</u> Wie lange dauert «es»?</p> <p><u>Häufigkeit und Periodik des Symptoms:</u> Wie ist der Verlauf? Wann tritt das Symptom auf? Zeitlichen Ablauf des Symptoms schildern lassen</p>	<p><u>Schwindelbeginn:</u> Seit wann tritt der Schwindel auf? Unter welchen Umständen ist der Schwindel erstmalig aufgetreten? Ist der Schwindel jetzt vorhanden? Setzt der Schwindel plötzlich oder allmählich (über Tage oder Stunden) ein?</p> <p><u>Schwindeldauer:</u> Wie lange hält der Schwindel an – Minuten? Stunden? Tage? Wochen?</p> <p><u>Schwindelhäufigkeit und -periodik:</u> Wie oft spüren Sie den Schwindel? Ist der Schwindel anhaltend? Kommt und geht der Schwindel?</p>
<p><b>5</b></p> <p><b>Modifizierende Faktoren</b> (auslösende, lindernde und verschlimmernde Faktoren)</p>	<p>Unter welchen Umständen tritt das Symptom auf? Gibt es lindernde oder verschlimmernde Faktoren?</p> <p>→ Beim Liegen oder Gehen, in Abhängigkeit von der Körperlage, Lageänderung? Tageszeit etc.</p>	<p>Welche Umstände lösen den Schwindel aus?</p> <p>Was lindert den Schwindel? Wird er besser, wenn Sie sich hinlegen oder die Augen schliessen? Ruhe?</p> <p>Was verstärkt den Schwindel?</p>
<p><b>6</b></p> <p><b>Begleitsymptome</b></p>	<p>Welche anderen Symptome oder Beschwerden sind vorhanden? Gibt es noch weitere Beschwerden?</p> <p>→ Nausea, Emesis, Tinnitus, Dysphagie, Aphasie, Kopfschmerzen etc.</p>	<p>Sind Ihnen im Zusammenhang mit dem Schwindel noch weitere Beschwerden aufgefallen? Ggf. weitere Krankheitszeichen vorschlagen: z. B. Übelkeit, Erbrechen, Ohrgeräusche, Sehstörungen, Schluck- oder Sprechstörungen, Kopfschmerzen?</p>
<p><b>7</b></p> <p><b>Erklärung der Patientin / des Patienten</b></p>	<p>Welche Erklärung hat die Patientin / der Patient für das Symptom?</p>	<p>Welche eigene Erklärung haben Sie für das Auftreten des Schwindels?</p>

## 3.5 Erweiterte Anamnese in der Geriatrie

### Mobilität, Bewegungsapparat

- Gangstörungen, -unsicherheiten
- Gehstrecke
- Treppen steigen
- Kleider und Schuhe anziehen, die Haare kämmen
- Steifigkeit der Gelenke (z. B. Arthrose)
- Störung der Sensibilität (z. B. Polyneuropathie)
- Verlust Muskelkraft
- Funktionelle Einschränkungen (Knöpfe schliessen, Besteck und Geschirr halten etc.)

### Sturzrisiko

#### intrinsisch

- Einnahme von Medikamenten, die das Sturzrisiko erhöhen
- Schwindel
- Synkope/Bewusstseinsverlust/Kollaps
- Gangunsicherheit
- Kraftverlust
- Sturzvorgeschichte, Sturzangst
- Kognitive Beeinträchtigung, chronische/akute Verwirrtheit
- Urin-/Stuhlinkontinenz
- Seheinschränkung, Höreinschränkung

#### extrinsisch

- Schuhwerk und Fussgesundheit
- Gehhilfsmittel (Gehstock, Unterarmgehstütze, Rollator, Gehbock, Gehwagen etc.)
- Umgebungsfaktoren: Lichtverhältnisse, Stolperfallen (z. B. Teppichkanten, Türschwellen)

### Ernährung und Appetit

- Ernährungsgewohnheiten
- Veränderungen des Appetits
- Mundgesundheit, Mundtrockenheit, Zahnstatus, Zahnprothesen
- Gewichtsveränderungen

### Schluckstörung

- Schwierigkeiten/Schmerzen beim Schlucken
- Aspiration
- Feucht klingende, «gurgelnde» Stimme
- Beweglichkeit der Zunge

### Ausscheidung und Kontinenz

- Miktionsstörungen
- Urin-/Stuhlinkontinenz
- Veränderung der Harnmenge
- Gewichtszunahme/Ödeme
- Farb- und Geruchsveränderungen von Urin oder Stuhl
- Frühere Beschwerden bei der Miktion/frühere Harnwegsinfektionen
- Häufigkeit des Stuhlgangs, Veränderungen beim Stuhlgang, Hilfsmittel, Einnahme von Laxantien, Schmerzen beim Stuhlgang
- Auswirkungen auf den Alltag

### Augen

- Sehhilfe
- Sehprobleme Tag/Nacht
- Letzte augenärztliche Untersuchung
- Erkrankungen der Augen, z. B. Katarakt, Glaukom

### **Ohren**

- Veränderungen des Hörvermögens, z. B. Schwerhörigkeit
- Einsatz eines Hörgerätes

### **Schmerzen**

- Jegliche Form von Schmerzen, z. B. Gelenkschmerzen/Rückenschmerzen

### **Haut**

- Hautpflege, Hautreinigung
- Bekannte Hauterkrankungen
- Pruritus
- Wunden und Dekubitus

### **Kognition**

- Vergesslichkeit
- Orientierung zu Person, Zeit, Situation und Ort
- Kurzzeitgedächtnis (die drei Wörter «Apfel, Rappen, Tisch» vorsagen und später abfragen)

### **Schlafstörungen**

- Ein-/Durchschlafstörung, Schläfrigkeit/Müdigkeit am Tag, Schlafen tagsüber

### **Stimmung und Lebensqualität**

- Gefühl, Energie zu haben
- Traurigkeit, Niedergeschlagenheit
- Belastungen (familiär, finanziell, sozial, Stress)

## **3.6 Medizinische Vorgeschichte**

### **Vorerkrankungen**

### **Operationen/Unfälle**

### **Medikamente** (Dosis, Einnahmeschema, Dauer, Grund)

- Mit oder ohne ärztliche Verordnung
- Komplementärmedizinische Massnahmen
- Kürzlich abgesetzte Medikamente, Medikationsänderungen

### **Allergien/Empfindlichkeiten**, kurze Beschreibung der Reaktion (Wann? Wie? Was hilft?)

- Umweltfaktoren (z. B. Tiere, Pflanzen, Hausstaub)
- Nahrungsmittel
- Medikamente

### **Zusätzliche Gesundheitsrisiken** (z. B. Reisen, Stress)

## **3.7 Familienanamnese**

### **Eltern, Geschwister und eigene Kinder**

- Alter
- Gesundheitszustand
- Erkrankungen
- Ggf. Todesursache

## 3.8 Sozialanamnese

### Private und soziale Situation

- Unterstützung durch Familie, Freunde, Spitex
- Mögliche Einstiegsfrage: «Wenn es Ihnen schlecht geht, wer kümmert sich dann um Sie?»

### Wohnsituation

- Mit wem? Haus oder Wohnung? Stockwerk? Treppen? Lift?
- Mögliche Einstiegsfrage: «Leben Sie alleine?» statt «Mit wem leben Sie zusammen?»

### Auswirkungen von Hauptbeschwerde auf das tägliche Leben

- Activities of daily living (ADL), z. B. auf Essen/Trinken, Bewegen
- Instrumental activities of daily living (IADL), z. B. Einkaufen, Verkehrsmittel benutzen

### Advance Care Planning (Vorsorgeauftrag, Patientinnen- und Patientenverfügung)

### Noxen

- Nikotin: Was? Wie viel? Seit wann? (bei Zigaretten: Pack Years)
- Alkohol: Was? Wie oft? Wie viel? Seit wann?
- Drogen: Was? Wie oft? Wie viel? Seit wann?

## 3.9 Sexual- und geburtshilfliche Anamnese

Bei geriatrischen Patientinnen/Patienten ggf. wenn relevant erfragen:

- Menopause
- Sexuelle Aktivität
- Schwangerschaften/Geburten

# 4 Objektive Daten

## O nach SOAP-Schema

Die Erfassung der objektiven Daten ist der zweite Schritt des SOAP-Schemas und besteht aus der Erhebung des allgemeinen Eindrucks der Patientin/des Patienten, der Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen sowie der strukturierten körperlichen Untersuchung. Im Folgenden werden die einzelnen Schritte beschrieben.

### 4.1 Erfassung des allgemeinen Eindrucks

**Tabelle 3**

Allgemeiner Eindruck (modifiziert nach Füessl & Middeke, 2018)

Kriterien	Beschreibung
<b>Vigilanz</b> (Wachheit bzw. Erregbarkeit)	Vigilanzstörungen: Somnolenz, Sopor, Koma
<b>Orientierung</b>	Örtliche, zeitliche, situative und persönliche Orientierung (Frage nach Datum, Wochentag, Jahreszeit, Ort des Gesprächs, zur Person usw.)
<b>Körperhaltung</b>	Bestimmt durch Form der Wirbelsäule und des Thorax, Symmetrie der Extremitäten, Muskulatur. Spiegelt auch die psychische Verfassung wieder, z. B. gebeugte oder aufrechte Körperhaltung
<b>Gesicht, Mimik, Gestik</b>	Ggf. charakteristische Gesichtsveränderungen durch Krankheitsbild, z. B. weinerlicher, versteinertes Gesichtsausdruck, grobe Gesichtsfalten
<b>Ernährungszustand</b>	Untergewicht (Body-Mass-Index < 18.5) Normalgewicht (Body-Mass-Index 18.5–24.9) Übergewicht (Body-Mass-Index 25.0–29.9) Adipositas (Body-Mass-Index > 30)

## 4.2 Erfassung der Körpermasse und Vitalzeichen

**Tabelle 4**

*Körpermasse und Vitalzeichen (modifiziert nach Füssli & Middeke, 2018)*

Kriterien	Einheit
Grösse	cm
Gewicht	kg
Body-Mass-Index (BMI)	Körpergewicht (kg) dividiert durch das Quadrat der Körpergrösse (m <sup>2</sup> )
Blutdruck	mmHg
Puls	Schläge pro Minute (Spm), Regelmässigkeit, Qualität
Temperatur	°C, Lokalisation der Messung (oral, axillär, rektal, aurikulär)
Atemfrequenz	Frequenz pro Minute (AF / Min.), Regelmässigkeit, Atemmuster
Sauerstoffsättigung	%, mit Angabe, ob unter Raumluft oder Sauerstoffgabe (l / Min.)

## 4.3 Körperliche Untersuchung in der Geriatrie

Viele Krankheiten kommen bei älteren Menschen gehäuft vor. Zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Alter gehören Herzinsuffizienz, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, neurokognitive Störungen wie Demenz, Depression, Erkrankungen des Bewegungsapparates wie Arthrose, Arthritis und Osteoporose, unterschiedliche Krebserkrankungen, Hör- und Sehschwäche sowie Inkontinenz. Oft leiden ältere Menschen unter mehreren chronischen Krankheiten, und die Auswirkungen der Erkrankungen auf den Alltag sind komplex. Die körperliche Untersuchung beschränkt sich deshalb meistens nicht auf ein Organsystem.

Die körperliche Untersuchung kann aufgrund des gesundheitlichen Zustands erschwert sein. Eventuell kann die untersuchte Person gewisse Bewegungen wegen funktionellen Einschränkungen nicht mehr einfach ausführen. Beeinträchtigungen von Sehen und Hören sowie kognitive Einschränkungen können die Fähigkeit zur Mitarbeit mindern, deshalb müssen Anleitungen bei der körperlichen Untersuchung mit Ruhe und Geduld gegeben werden. Zudem sind ältere Menschen oft rasch erschöpft, daher müssen bei der Untersuchung Prioritäten gesetzt werden.

### 4.3.1 Prinzipien der körperlichen Untersuchung beim älteren Menschen

1. Zu Beginn der Untersuchung stellt sich die/der Untersuchende vor und versucht, eine vertrauensvolle Beziehung mit der Patientin oder dem Patienten aufzubauen.
2. Einverständnis für die Untersuchung der Patientin/des Patienten einholen.
3. Sowohl die Hände als auch das Stethoskop sollen desinfiziert und angewärmt sein.
4. Die Handlungsschritte sollen der Patientin/dem Patienten fortlaufend und verständlich erklärt werden.
5. Der Umgebungslärm soll minimiert und genügend Licht zur Durchführung der Untersuchung vorhanden sein.
6. Die Umgebungstemperatur muss angemessen sein, da der Körper zur Untersuchung zugänglich gemacht werden muss.
7. Die Intimsphäre der Patientin/des Patienten muss zu jeder Zeit respektiert werden.

### 4.3.2 Vorbereitung

**Tabelle 5**

*Vorbereitung der körperlichen Untersuchung (modifiziert nach Füssli & Middeke, 2018)*

Schritte	Beschreibung
<b>Material</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Richtet sich nach der Art der körperlichen Untersuchung, siehe Materiallisten in den jeweiligen Arbeitsheften «Klinisches Assessment»</li></ul>
<b>Lagerung Patientin/Patient</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Je nach Untersuchung im Stehen, Sitzen oder Liegen</li></ul>
<b>Position der untersuchenden Person</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Je nach Untersuchung vor, hinter oder seitlich von der Patientin/dem Patienten.</li><li>• Die untersuchende Person sollte immer in der Nähe der älteren Patientin/des älteren Patienten sein, z. B. beim Gehen und Sitzen</li></ul>

### 4.3.3 Untersuchungsablauf

Der Untersuchungsablauf richtet sich nach den Ressourcen und Möglichkeiten der Patientin / des Patienten. Sollten diese eingeschränkt sein, beginnt die körperliche Untersuchung mit dem Organ resp. Organsystem, wo momentan das grösste Problem besteht resp. wo ein pathologischer Befund vorliegt.

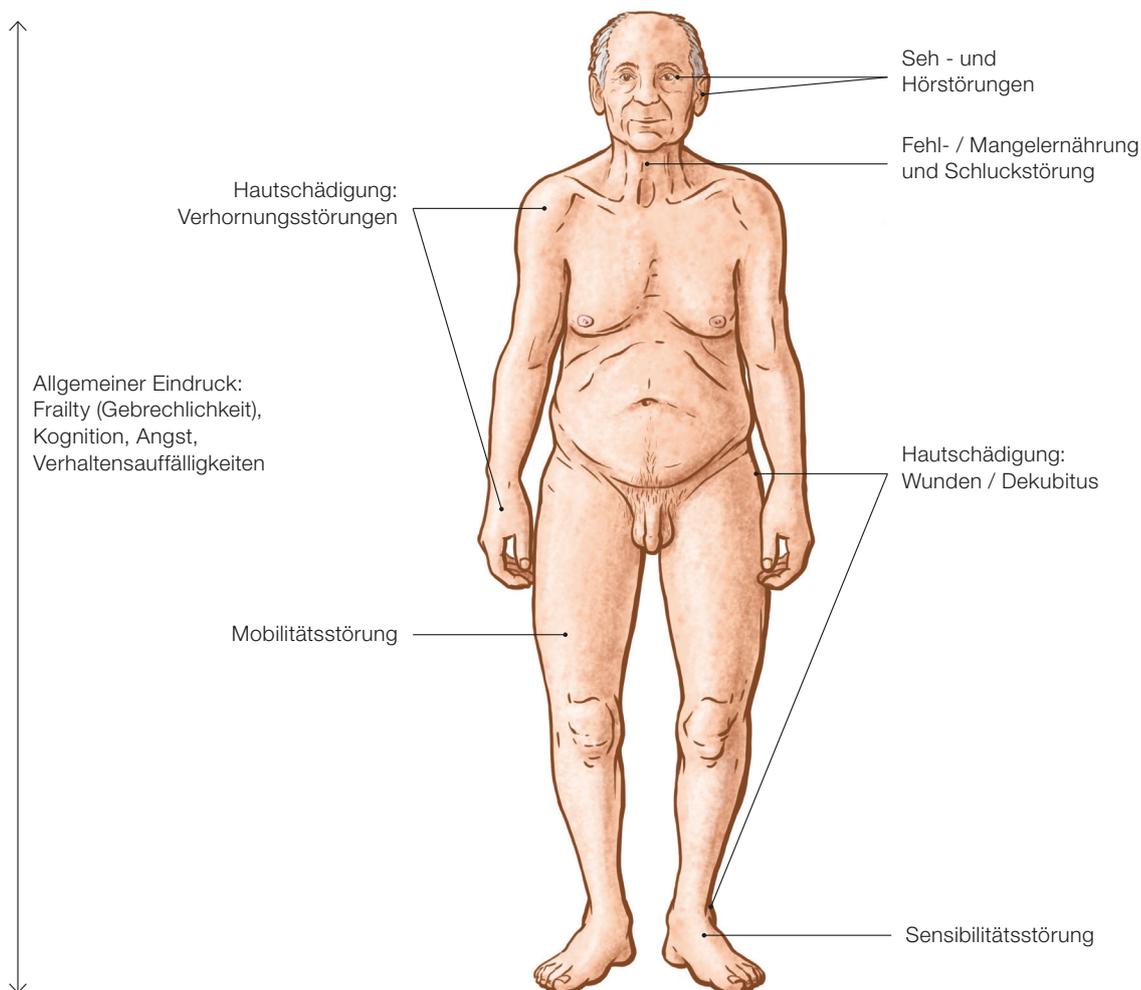
Im Folgenden wird die Untersuchung von Kopf bis Fuss vorgestellt, geordnet nach Organsystemen. Dabei wird nicht eine vollständige Darstellung aller Untersuchungsschritte angestrebt, sondern der Fokus liegt auf den wichtigsten Untersuchungsschwerpunkten in der Geriatrie.

### 4.3.4 Geriatriische Untersuchungsschwerpunkte

Die geriatriischen Untersuchungsschwerpunkte beinhalten weitestgehend die geriatriischen Merkmalkomplexe / Syndrome. Sie bezeichnen typische Symptomkonstellationen unabhängig von ihren Ursachen.

#### Illustration 1

*Geriatriche Untersuchungsschwerpunkte (modifiziert nach Willkomm, 2017)*



Die im Folgenden aufgeführten physiologischen und pathologischen Befunde sind beispielhaft; es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

**Tabelle 6**

Geriatrische Untersuchungsschwerpunkte mit möglichen Befunden (modifiziert nach Willkomm, 2017)

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) ☺ physiologisch ☹ pathologisch
<b>Allgemeinzustand</b>       → siehe Arbeitsheft Basiswissen Psychiatrie: Mentalstatus      → siehe Arbeitsheft Basiswissen Psychiatrie: Depression	<b>Körperhaltung</b>	☺ entspannt ☹ unruhig, leidend, nach vorne gebeugt
	<b>Mimik, Gestik</b>	☺ entspannt ☹ Hypomimie ☹ Hypermimie
	<b>Ernährungszustand</b>	☺ eutroph ☹ kachektisch ☹ adipös
	<b>Hydrierung / Hautturgor</b>	☺ hydriert ☹ dehydriert ☹ Ödeme
	<b>Hautkolorit</b>	☺ rosig ☹ ikterisch ☹ blass ☹ zyanotisch
	<b>Kognition</b> (z. B. Demenz, Delir)	☺ aufmerksam ☺ Erinnerungsvermögen vorhanden ☺ konzentriert ☺ Orientierung (Person, Ort, Zeit, Situation) ☹ ablenkbar ☹ Erinnerungsvermögen eingeschränkt ☹ vergesslich ☹ unkonzentriert ☹ Desorientierung (Person, Ort, Zeit, Situation)
	<b>Depression, Angst, Verhaltensauffälligkeiten</b>	☺ ausgeglichen ☺ nicht ängstlich ☺ nicht aggressiv ☺ sozial integriert ☹ apathisch / euphorisch ☹ ängstlich ☹ aggressiv ☹ sozial nicht integriert

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) ☺ physiologisch ☹ pathologisch
<b>Seh- und Hörstörung</b> → siehe Arbeitsheft Basiswissen HNO	<b>Augen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sehschärfe</li> <li>• Einsatz von Sehhilfen</li> <li>• Sehstörungen</li> </ul>	☺ normalsichtig, evtl. unter Einsatz von Sehhilfen ☺ keine Sehstörungen: z. B. Flecken, Punkte, Blitze ☹ unscharfes Sehen, evtl. trotz Einsatz von Sehhilfen ☹ Sehstörungen: z. B. Flecken, Punkte, Blitze
	<b>Ohren:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hörvermögen</li> <li>• Einsatz von Hörgeräten</li> <li>• Ohrbeschwerden</li> </ul>	☺ gutes Hörvermögen, evtl. unter Einsatz eines Hörgeräts ☺ keine Ohrerkrankungen ☹ Schwerhörigkeit, evtl. trotz Einsatz eines Hörgeräts ☹ Ohrbeschwerden: z. B. Tinnitus, Ohrenscherzen

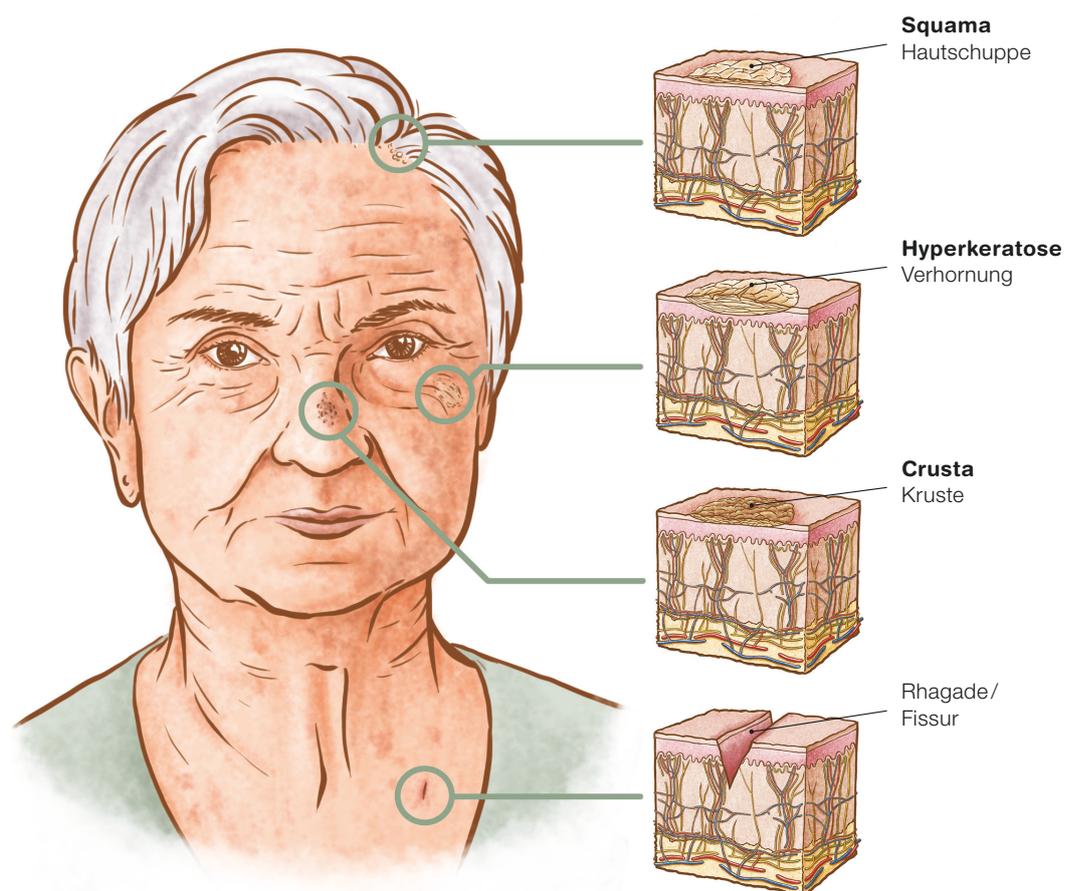
## Haut

### Verhornungsstörungen

- ☺ rosig
- ☹ Altersflecken
- ☹ Alterswarzen

### Illustration 2

Effloreszenzen auf den «Sonnenterassen»



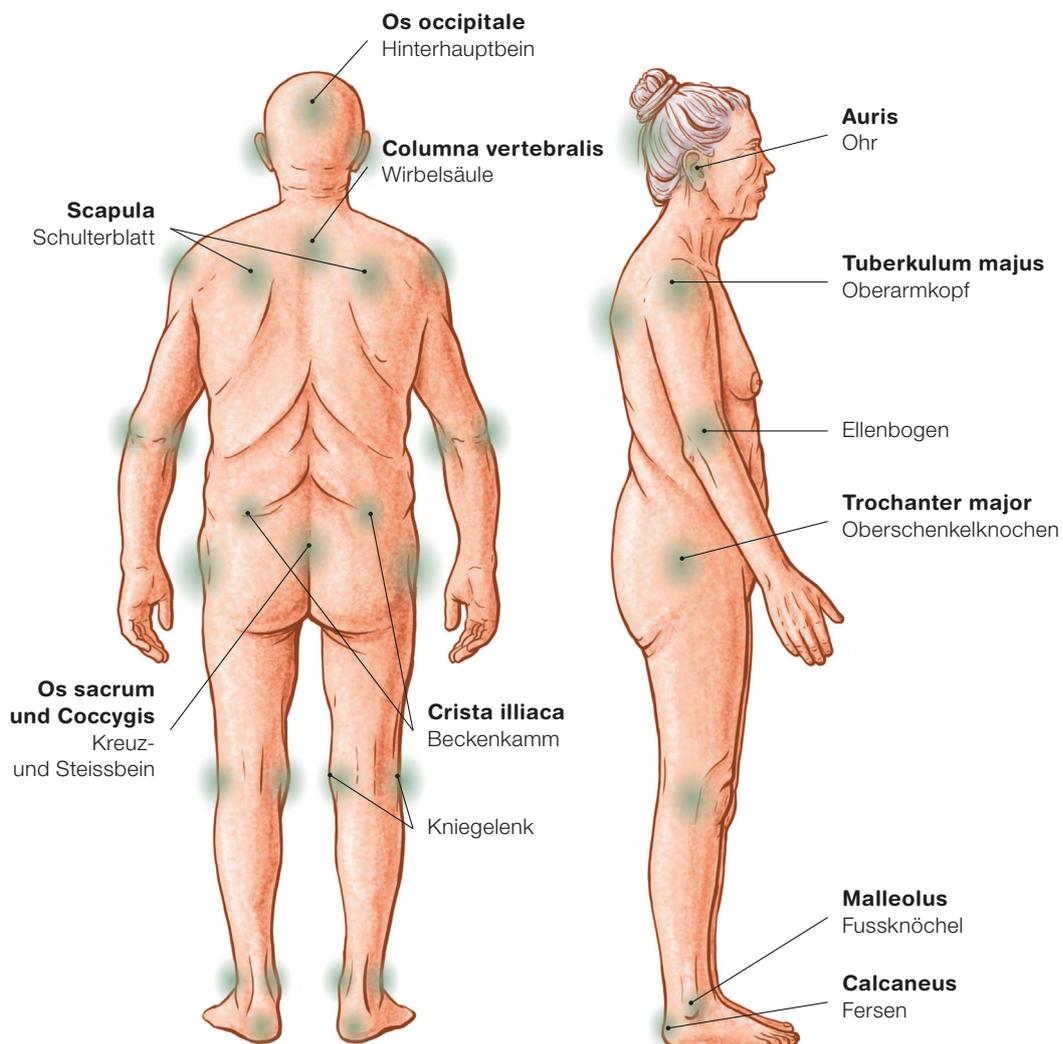
**Untersuchung****Beschreibung****Befund (Beispiele)**

😊 physiologisch ☹️ pathologisch

**Wunden / Dekubitus**

- Unterschenkel
- Fersen
- Steissbein
- Trochanter bds.
- Sitzbeinhöcker
- Ellbogen

- 😊 Haut intakt
- ☹️ Haut gerötet
- ☹️ Haut defekt (z. B. Blasen, Erosionen, Ulcera)

**Illustration 3***Risikolokalisation Dekubitus***Hautdefekte / Geruch**

- Intimbereich
- Gesäss
- Brustfalz

- 😊 Haut intakt
- 😊 geruchsarm
- ☹️ Haut defekt (z. B. Intertrigo, Hautrötungen, Juckreiz)
- ☹️ stark riechend

**Untersuchung****Fehl- / Mangelernährung und Schluckstörung**

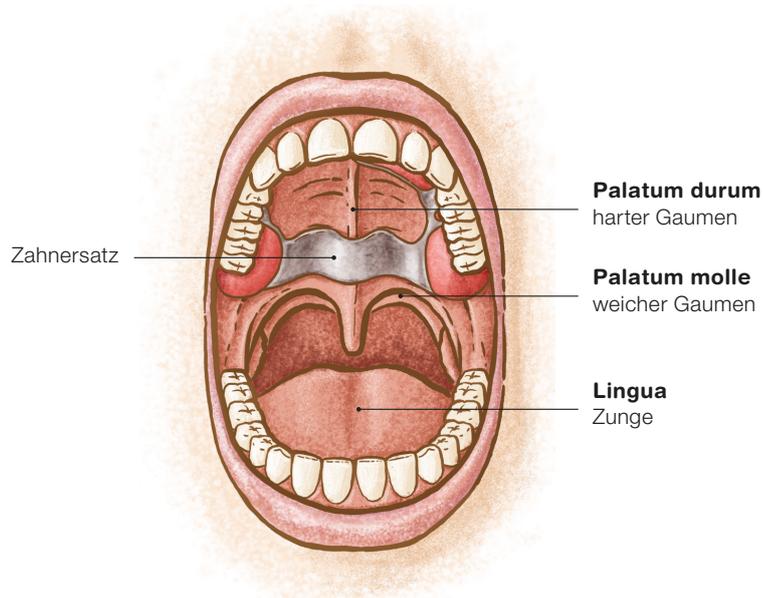
→ siehe Arbeitsheft Basiswissen Abdomen

**Beschreibung****Illustration 4**

Mundinspektion

**Befund (Beispiele)**

😊 physiologisch ☹️ pathologisch



Abfolge Mundinspektion beim alten Menschen:

1. Zähne und Zahnersatz aktiv putzen lassen
2. Dabei überprüfen, wie die Zähne gereinigt werden
3. Zähne und Zahnersatz durch Pflegefachperson reinigen lassen, inkl. Interdentalreinigung
4. Mundinspektion
5. Kontrolle, wie gut der Zahnersatz sitzt

**Mund** (Zunge, harter / weicher Gaumen, Mundboden, Schleimhäute, Zahnfleisch)

- 😊 feucht
- 😊 rosig
- 😊 keine Druckstellen von Zahnersatz
- ☹️ trocken
- ☹️ zyanotisch
- ☹️ blass
- ☹️ Druckstellen von Zahnersatz
- ☹️ Beläge

**Zähne / Zahnersatz**

- 😊 vollständiges Gebiss
- 😊 gepflegte Zähne / gepflegter Zahnersatz
- 😊 Zahnersatz sitzt fest und verursacht keine Druckstellen
- ☹️ lückenhaftes Gebiss mit / ohne Zahnersatz
- ☹️ kariös, Zahnbelag
- ☹️ Zahnersatz sitzt locker, ist unbequem oder bereitet Schmerzen

**Geruch**

- 😊 geruchlos
- ☹️ Foetor ex ore

**Schluckstörung**

- 😊 intakter Schluckvorgang
- 😊 keine Essensreste im Mundraum
- ☹️ Verschlucken
- ☹️ Essensreste im Mundraum

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) <span style="float: right;">😊 physiologisch ☹️ pathologisch</span>
<b>Mobilitätsstörung</b>  → siehe Arbeitsheft Basiswissen Neurologisches System	<b>Haltung im Stehen</b>	😊 kann selbstständig stehen 😊 aufrechte Haltung ☹️ kann nicht selbstständig stehen ☹️ gekrümmte Haltung
→ siehe Arbeitsheft Basiswissen Neurologisches System	<b>Fehlhaltungen/-stellungen</b> (Kopf, Schulter, Hände, Hüfte, Knie, Füsse)	😊 keine sichtbaren Fehlhaltungen ☹️ sichtbare Fehlhaltungen
→ siehe Arbeitsheft Basiswissen Neurologisches System	<b>Muskeltrophik</b>	😊 altersentsprechender Muskelbau/normotroph 😊 symmetrisch ☹️ hypertroph ☹️ atroph ☹️ asymmetrisch
→ siehe «Timed Up and Go-Test» unter 4.3.5 B	<b>Muskeltonus:</b> Lockerer Bewegungen aller grossen Muskelgruppen der oberen und unteren Extremitäten im Seitenvergleich	😊 normoton ☹️ hypoton ☹️ hyperton ☹️ rigide ☹️ spastisch
	<b>Muskelbewegungen</b>	😊 keine sichtbaren Muskelbewegungen in Ruhe 😊 Arme und Beine können in Position gehalten werden ☹️ Muskelzittern ☹️ Ruhetremor ☹️ Aktionstremor (Bewegungs-, Intentions- oder Haltetremor)
	<b>Aufstehen vom Stuhl</b>	😊 Aufstehen vom Stuhl in fließender Bewegung ohne Einsatz der Hände ☹️ erschwertes und verzögertes Aufstehen mit Schwung holen, umsetzen, Hilfsmitteln ☹️ Aufstehen vom Stuhl in fließender Bewegung nicht möglich ☹️ Aufstehen nur mit Schwung holen möglich ☹️ Aufstehen nur mit Unterstützung der Hände möglich ☹️ Aufstehen nicht ohne Hilfe möglich
	<b>Gangbild</b> Die Patientin/der Patient geht unter Begleitung der untersuchenden Person einige Schritte, kehrt um und geht zurück	😊 Gang flüssig, symmetrische Schrittlänge, Mitschwingen der Arme 😊 Gehen ohne Hilfsmittel 😊 Kehrbewegung flüssig ☹️ Gang breitbeinig ☹️ Gang unsicher schwankend ☹️ Gang kleinschrittig ☹️ Kehrbewegung kleinschrittig, verzögert
	<b>Beweglichkeit – Gesamteinschätzung</b>	😊 beweglich ☹️ steif

Untersuchung	Beschreibung	Befund (Beispiele) <span style="float: right;">😊 physiologisch 🙄 pathologisch</span>
<p><b>Sensibilitätsstörung</b></p> <p>→ siehe Arbeitsheft Basiswissen Neurologisches System</p>	<p>Bei der Testung an der Peripherie beginnen (Zehen, Fussrücken, Finger, Handrücken), dann zum Körperzentrum vorrücken</p> <p><b>Oberflächen-Sensibilität</b>            Testung der Dermatome im Überblick, mit geschlossenen Augen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• leichte Berührung (Wattebausch)</li> <li>• stumpf/spitz (Mikrofilament)</li> <li>• kalt/warm (Instrument zur Prüfung des Temperatursinns)</li> </ul> <hr/> <p><b>Tiefen-Sensibilität</b>            (Stimmgabel)            Testung der Tiefensensibilität von distal nach proximal, vom Zehengrundgelenk bis zum Malleolus            Normwert: Stimmgabel zwischen 6/8 bis 8/8 beim Ablesen</p>	<p>😊 symmetrisch gespürt            🙄 asymmetrisch gespürt</p> <hr/> <p>😊 distal symmetrisch 6/8 bis 8/8 gespürt            🙄 distal symmetrisch &lt; 6/8 gespürt            🙄 asymmetrisch intensiv gespürt</p>

### 4.3.5 Zusätzliche Untersuchungen in der Geriatrie

Das weit verbreitetste Standardinstrument zum Messen der Selbstständigkeit einer Patientin oder eines Patienten bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ist der Barthel-Index. Er ist fester Bestandteil eines jeden multidimensionalen geriatrischen Assessments und dient immer als Grundlage für die Zielformulierung und Massnahmenplanung im interdisziplinären Team.

#### A: Barthel-Index (Willkomm, 2017)

Das Standardinstrument zum Assessment der Selbsthilfefähigkeit ist der Barthel-Index. Er misst die Selbstständigkeit bei verschiedenen grundlegenden Aktivitäten und Funktionen des täglichen Lebens und eignet sich zur Ersterfassung und Verlaufskontrolle der Selbsthilfefähigkeiten in einer definierten Umgebung.

Zehn Funktionsbereiche werden mit Punkten bewertet. Für die Bewertung gilt:

- Kann eine Patientin/ein Patient eine Aktivität zwar selbst durchführen, muss dafür aber aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs beaufsichtigt oder motiviert werden, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.
- Sind die Fähigkeiten einer Patientin/eines Patienten je nach Tagesform unterschiedlich, ist die niedrigere Punktzahl zu wählen (vgl. Hamburger Einstufungsmanual).

#### Auswertung:

Die Summe der Punkte macht nur eine beschränkte Aussage zur Pflegeabhängigkeit und kann deren Einschätzung verzerren. Deshalb wird die Einschätzung jeder Aktivität separat angeschaut und die Selbsthilfefähigkeit bestimmt (je höher die Zahl, umso selbstständiger in dieser Aktivität) oder nach umgesetzten Massnahmen, ob eine Verbesserung stattgefunden hat (höhere Zahl als vorher).

Darüber hinaus gibt es Apps und Online-Rechner für die automatische Erfassung und Auswertung des Barthel-Index, welche unterstützend konsultiert werden können.

**Tabelle 7**

Barthel-Index mit dem Hamburger Einstufungsmanual (modifiziert nach Willkomm, 2017)

Funktion	Beschreibung	Punkte	Aufnahme	Entlassung
<b>Essen</b>	Komplett selbstständig (z. B. mit sachgerechter Anwendung des Bestecks, in angemessener Zeit) oder selbstständige Ernährung über Magensonde (MS)/perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	10		
	Hilfe bei der Vorbereitung (z. B. Brot streichen, Essen zerkleinern) nötig, aber selbstständiges zum Mund-Führen und einnehmen von Speisen und Getränken <u>oder</u> Hilfe bei Ernährung über MS/PEG	5		
	Kein selbstständiges zum Mund-Führen oder Einnehmen von Speisen und Getränken <u>und keine</u> MS/PEG Ernährung	0		
<b>Aufsetzen und Umsetzen</b>	Komplett selbstständig aus <u>liegender Position</u> in Stuhl/Rollstuhl und zurück (konkretes Vorgehen: an Bettkante sitzen, Stuhl/Rollstuhl korrekt positionieren, Transfer vom Bett zum Stuhl/Rollstuhl resp. umgekehrt Transfer, Positionierung, Bettkante und hinlegen)	15		
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10		
	Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe/professionelle Hilfe)	5		
	Wird aufgrund seiner körperlichen oder sonstigen Befindlichkeit nicht aus dem Bett transferiert	0		
<b>Sich waschen</b>	Vor Ort selbstständig (z. B. Gesicht, Hände waschen, Zähne/Prothesen reinigen, Haare kämmen, Rasur) inkl. notwendiger Vor – und Nachbereitungen	5		
	Erfüllt «5» nicht	0		
<b>Toilettenbenutzung</b>	Vor Ort komplett selbstständige Nutzung (z. B. Kleidung ausziehen) von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung. Haltegriffe selbstständig nutzen	10		
	Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenuztung oder Spülung/Reinigung erforderlich (z. B. wegen fehlenden Gleichgewichts, Kleider nicht selbstständig ausziehen, Umgang mit Toilettenpapier)	5		
	Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0		
<b>Baden/ Duschen</b>	Selbstständig (z. B. entkleiden) Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein- und Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5		
	Erfüllt «5» nicht	0		

<b>Aufstehen und Gehen</b>	Ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen selbstständig gehen (Hilfsmittel wie Gehstock selbstständig anwenden)	15		
	Ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens selbstständig gehen	10		
	Ggf. <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen, <u>alternativ</u> : Strecken im Wohnbereich komplett mit Rollstuhl selbstständig bewältigen	5		
	Erfüllt «5» nicht	0		
<b>Treppensteigen</b>	Steigt ohne Aufsicht oder Hilfen Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter (Hilfsmittel wie Gehstock selbstständig anwenden)	10		
	Steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5		
	Erfüllt «5» nicht	0		
<b>An- und Auskleiden</b>	Zieht sich in angemessener Zeit Tageskleidung und Schuhe (sowie ggf. benötigte Hilfsmittel – Antithrombosestrümpfen, Prothesen etc.) selbstständig an/aus (Anziehilfen erlaubt)	10		
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind (Anziehilfen erlaubt)	5		
	Erfüllt «5» nicht	0		
<b>Stuhlkontrolle</b>	Ist stuhlinkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmassnahmen und Anus präter-Versorgung	10		
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmassnahmen oder Anus präter-Versorgung	5		
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x/Woche stuhlinkontinent	0		
<b>Harnkontrolle</b>	Ist harnkontinent oder kompensiert Harninkontinenz/versorgt Dauerkatheter komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10		
	Kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1 x/Tag Einnässen von Kleidung, Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei seiner Harnkathetersystem-Versorgung	5		
	Ist durchschnittlich mehr als 1 x/Tag harninkontinent	0		

Datum

Unterschrift

## B: Timed Up and Go-Test (modifiziert nach Reuschenbach & Mahler, 2020)

Mit dem Timed Up and Go-Test (TUG) werden die Mobilität und die selbstständige Gehfähigkeit erfasst. Für den Test werden ein Stuhl, eine Gehstrecke und 2 – 3 Minuten Zeit benötigt. Die Testperson steht vom Stuhl auf, geht eine Strecke von drei Metern hin und zurück und setzt sich wieder in den Stuhl. Die Person, die den Test durchführt, misst die benötigte Zeit. Nutzt die Testperson bereits ein Hilfsmittel (z. B. Gehstock), darf dieses verwendet werden.

### Durchführung:

Die Testperson sitzt auf einem Stuhl mit Armlehnen (Sitzhöhe ca. 46 cm). Die Arme liegen locker auf den Armlehnen und der Rücken liegt der Rücklehne des Stuhles an. Beim Erreichen dieser Position hilft die untersuchende Person nicht mit. Nach Aufforderung soll die Testperson aufstehen, mit normalem Gang drei Meter weit gehen (z. B. bis zu einer Linie, die auf den Boden gezeichnet ist), sich dort umdrehen, zurück zum Stuhl gehen und sich wieder setzen. Die dafür benötigte Zeit wird gemessen (dafür ist keine Stoppuhr nötig) und in Sekunden erfasst. Vor der eigentlichen Zeitmessung kann die Testperson den Bewegungsablauf üben. Die untersuchende Person darf den Bewegungsablauf einmal demonstrieren.

### Auswertung:

- Weniger als 10 Sekunden: Alltagsmobilität ist uneingeschränkt
- 11 – 19 Sekunden: Geringe Einschränkung ohne Alltagsrelevanz
- 20 – 29 Sekunden: Relevante Einschränkung
- Mehr als 30 Sekunden: Ausgeprägte Einschränkung – eine Abklärung bezüglich Hilfsmitteln ist möglicherweise sinnvoll

**Tabelle 8**

*Timed Up And Go-Test*

Frage	Ergebnis
<b>Durchführung des TUG möglich?</b>	1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja <input type="checkbox"/> Patient/in hat <input type="text"/> Sekunden gebraucht
<b>Hat die/der Patient/in eine Gehilfe benutzt?</b>	a.) 1 Nein <input type="checkbox"/> 2 Ja <input type="checkbox"/> b.) Wenn ja: Patient/in hat folgende Gehilfe benutzt: .....

## C: Uhrentest (modifiziert nach Reuschenbach & Mahler, 2020)

Die Erfassung der Kognition ist besonders bei älteren Menschen essentiell. Nicht nur braucht es kognitive Fähigkeiten, um Hinweise und Anleitungen für Tests zu verstehen (siehe TUG), sondern auch für die selbstständige Ausführung von Alltagsaktivitäten. Mit dem Uhrentest können die visuell-räumlichen Fähigkeiten, das abstrakte Denken und die Konzeptbildung erfasst werden. Der Auftrag besteht darin, eine Uhr frei zu zeichnen und eine selbst definierte Uhrzeit einzutragen. Vor der Durchführung des Tests ist zu beachten, dass die Testperson gut sieht und hört resp. entsprechende Hilfsmittel nutzt. Körperliche Einschränkungen wie z. B. Schmerzen in der Hand, die das Zeichnen der Uhr beeinflussen können, werden notiert.

### Durchführung:

Es braucht für den Test ein Vorlageblatt mit einem Kreis von 10 cm Durchmesser und einem Feld für die Zeitangabe, einen Bleistift, einen Tisch und einen Stuhl. Die Testperson erhält das Blatt mit dem Kreis und wird aufgefordert, in den Kreis eine Uhr zu zeichnen. Die Testperson sollte in die Vorlage nun Zahlen und zwei Zeiger für Stunde und Minute eintragen. Danach fragt die untersuchende Person nach der eingetragenen Zeit und bittet die Testperson, diese Zeit im Feld für die Zeitangabe digital zu notieren («Zeitangabe wie im Fernsehheft oder im Fahrplan»).

### Auswertung:

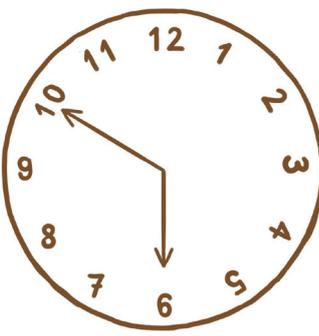
- Alle 12 Zahlen vorhanden 1 Punkt
- Zahl 12 ist oben 2 Punkte
- Zwei gut unterscheidbare Zeiger vorhanden 2 Punkte
- Gezeichnete Zeit (Zeiger) entspricht der digital erfassten Zeit 2 Punkte

Wenn die Gesamtpunktzahl 5 oder weniger beträgt, sind weitere Abklärungen notwendig.

Der Uhrentest wird häufig in Kombination mit dem Mini-Mental-Status-Test (Mini Mental State Examination, MMSE) zum Screening auf eine Demenz durchgeführt. Die Sensitivität der Kombination von MMSE und Uhrentest ist deutlich höher als die Sensitivität des MMSE allein. Der MMSE wird im Heft «Basiswissen klinisches Assessment Psychiatrie» erklärt.

## Tabelle 9

Bewertungsbeispiel Uhrentest (Universitärer Geriatrie-Verbund Zürich, 2017)

Datum: ..... Name: .....	Bewertung										
<p><b>Illustration 5</b> <i>Zeichnung einer Uhr</i></p>  <p>Bezeichnen Sie die Zeit auf Ihrer Uhr so, wie sie z. B. in einem Fahrplan stünde:</p> <p><b>10 Uhr 30</b></p>	<table> <tr> <td>Genau 12 Zahlen</td> <td>= 1 von 1 Punkten</td> </tr> <tr> <td>«12» oben</td> <td>= 2 von 2 Punkten</td> </tr> <tr> <td>Zwei Zeiger</td> <td>= 2 von 2 Punkten</td> </tr> <tr> <td>Abgelesene Zeit</td> <td>= 0 von 2 Punkten</td> </tr> <tr> <td><b>Total</b></td> <td><b>= 5 von 7 Punkten</b></td> </tr> </table>	Genau 12 Zahlen	= 1 von 1 Punkten	«12» oben	= 2 von 2 Punkten	Zwei Zeiger	= 2 von 2 Punkten	Abgelesene Zeit	= 0 von 2 Punkten	<b>Total</b>	<b>= 5 von 7 Punkten</b>
Genau 12 Zahlen	= 1 von 1 Punkten										
«12» oben	= 2 von 2 Punkten										
Zwei Zeiger	= 2 von 2 Punkten										
Abgelesene Zeit	= 0 von 2 Punkten										
<b>Total</b>	<b>= 5 von 7 Punkten</b>										

# 5

## Analyse

### A nach SOAP-Schema

Der dritte Schritt des SOAP-Schemas, die Analyse, besteht aus folgenden Schwerpunkten:

- Zusammenfassung und Beurteilung der subjektiven und objektiven Daten
- Erkennen der physiologischen Befunde und/oder deren Abweichungen unter Berücksichtigung des physiologischen Alterungsprozesses
- Priorisierung der Probleme
- Formulierung einer Arbeitshypothese für Erkrankung

Bei der geriatrischen Untersuchung ist es essentiell, zwischen dem physiologischem Alterungsprozess und den pathologischen Abweichungen zu unterscheiden. Im Folgenden wird dies an ausgewählten geriatrischen Untersuchungsschwerpunkten dargestellt.

#### 1. Frailty (Gebrechlichkeit)

Der Begriff Gebrechlichkeit (engl. frailty) beschreibt einen Zustand, der sich bei manchen Menschen im Verlauf des Älterwerdens einstellt. Die betroffenen Personen verfügen nur noch über eine minimale Funktionsreserve. Mehrbelastungen und Funktionsverschlechterungen können kaum mehr kompensiert werden. Typisch ist eine stärkere Abnahme der muskulären Leistungsfähigkeit (Koordination und Kraft) als beim physiologischen Alterungsprozess. Die Folgen sind Gangunsicherheit, eine langsame Gehgeschwindigkeit und ein erhöhtes Risiko für Stürze sowie Begleiterscheinungen wie Muskelatrophie (Sarkopenie), Muskelschwäche und Osteoporose. Die betroffenen Personen sind physisch kaum mehr aktiv und stark erschöpft, was sich wiederum negativ auf die muskuläre Leistungsfähigkeit auswirkt. Die Gebrechlichkeit wird durch eine im Alter häufig vorkommende Fehl- und Mangelernährung mit Gewichtsverlust oder auch Adipositas beeinflusst.

#### 2. Sensibilitätsstörung

Die Wahrnehmung der Sensibilität über die Haut (Oberflächensensibilität) und der Muskeln, Sehnen und Gelenke (Tiefensensibilität) wird mit zunehmendem Alter schlechter. Hier nimmt besonders die taktile und vibro-taktile Sensitivität ab. Dies in Kombination mit weiteren Schwächen des Sensoriums, wie Seh- und Hörstörungen und mit Symptomen von Erkrankungen wie Polyneuropathie oder Vertigo, führt zu einer Erhöhung des Sturzrisikos.

#### 3. Schluckstörung

Mit zunehmendem Alter verlängert sich die orale Phase und die Triggerzone für den Schluckakt verlagert sich nach hinten. Ältere Menschen benötigen für einen Bissen ein mehrmaliges Schlucken und der Bolus wird später wahrgenommen, wenn dieser schon tiefer im Pharynx angekommen ist. Schluckstörungen können ebenfalls bei im Alter häufig auftretenden Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Demenz und Xerostomie auftreten. All diese Umstände erhöhen das Risiko eine Aspirationspneumonie zu entwickeln.

#### 4. Seh- und Hörstörungen

Seh- und Hörstörungen sind im Alter sehr häufig. Werden diese nicht erkannt und bei einer Arbeitshypothese zur kognitiven Leistungsfähigkeit einer Person nicht berücksichtigt, so kann die Kognition falsch eingeschätzt werden.

#### 5. Kognition, Angst, Verhaltensauffälligkeiten

Bei vielen Menschen verändern sich die Hirnleistungen im Alter. Verschlechtert sich die Kognition, so erhöht sich das Risiko, dass die betroffene Person den Alltag und die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig bewältigen kann. Die Ursachen für eine Abnahme der Kognition sind vielfältig. Kognitive Einschränkungen sind oftmals schwierig zu erfassen. Erste Hinweise können Reaktionen auf Anamnesefragen oder auf Anweisungen bei der körperlichen Untersuchung geben, informative Tests sind der MMSE und/oder Uhrentest. Wichtig ist auch, zwischen akuter Verwirrtheit (Delir), chronischer Verwirrtheit (Demenz) und einer psychischen Erkrankung wie Altersdepression zu unterscheiden. Begleiterscheinungen einer kognitiven Einschränkung sind oft Verhaltensauffälligkeiten wie ruheloses Umhergehen oder immer wieder das Gleiche fragen oder tun wollen.

#### 6. Hautschädigung

Generell zeichnet sich die Alterung der Haut durch eine Reduktion der Hautstruktur aus. Die Haut wird dünner, und die Zellzahl, die Talgproduktion, die Anzahl der Blutgefässe und Nervenendigungen nehmen ab. Dies führt zu einer Abnahme der Elastizität, Trockenheit und einer erhöhten Verletzbarkeit der Haut. Bei alten Menschen treten deshalb Wunden, Erosionen und Dekubiti gehäuft auf, und Verletzungen der Haut heilen weniger rasch ab als bei Jüngeren. Als Folge der kumulativen UV-Exposition im Lauf des Lebens kommt es gehäuft zu Verhornungsstörungen (Keratosen), Präkanzerosen und Hauttumoren, vor allem an Kopf und Händen, den «Sonnenterassen» des Körpers.

Unter Berücksichtigung dieser Veränderungen kann die Analyse und Dringlichkeitseinschätzung erfolgen:

#### **Dringlichkeitseinschätzung Pflege:**

Priorität 1: sofort handeln – es ist ein Notfall

Priorität 2: innerhalb der nächsten zwei Stunden handeln

Priorität 3: Patientin/Patient kann länger als zwei Stunden warten bzw. gelegentlich zum Hausarzt gehen

# 6

# Plan

## P nach SOAP-Schema

Der vierte Schritt des SOAP-Schemas, der Plan, besteht aus den folgenden Schwerpunkten:

- Sicherstellung der Patientinnen- und Patientensicherheit
- Rapport nach ISBAR-Schema an den ärztlichen Dienst und/oder weitere Personen des interprofessionellen Teams
- Planung der pflegerischen Interventionen
- Ggf. Durchführung eines Fokus-Assessments

**Tabelle 10**

*ISBAR-Rapportschema (modifiziert nach Marshall et al., 2008)*

<p><b>I</b> <b>Identifikation</b></p>	<p><u>Folgende Personen identifizieren</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ich (Name, Funktion, Abteilung)</li> <li>• Ggf. Empfängerin/Empfänger (Mit wem spricht man?)</li> <li>• Patientin/Patient (Name, Geburtsdatum [Alter], ggf. Zimmernummer)</li> </ul>
<p><b>S</b> <b>Situation</b></p>	<p><u>Aktuelle Situation</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Grund der Kontaktaufnahme: Hauptbeschwerde/aktuelles Problem</li> <li>• Ggf. hohe Dringlichkeit erwähnen</li> <li>• Therapievorgaben (z. B. Therapieziel: kurativ oder palliativ, REA-Status)</li> </ul>
<p><b>B</b> <b>Background</b></p>	<p><u>Hintergrund</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eintrittsgrund und Hauptdiagnosen</li> <li>• Kurzer Überblick des aktuellen Behandlungsplans</li> <li>• Aktuelle/relevante diagnostische Resultate (z. B. Labor, Röntgen)</li> <li>• Relevantes aus der Anamnese (z. B. Allergien, Medikamente, Noxen)</li> </ul>
<p><b>A</b> <b>Assessment</b></p>	<p><u>Resultate der subjektiven und objektiven Datensammlung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ergebnisse aus der symptomfokussierten Anamnese und der körperlichen Untersuchung (z. B. nach dem ABCDE-Schema: A = Airway, B = Breathing, C = Circulation, D = Disability, E = Exposure)</li> <li>• Ggf. bereits vorgenommene Massnahmen und deren Effekt</li> <li>• Aktuellen klinischen Zustand einschätzen: Was ist aus Ihrer Sicht das Problem?</li> </ul>
<p><b>R</b> <b>Recommendations</b></p>	<p><u>Erfordernisse Dringlichkeitseinschätzung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eigenes Anliegen an Empfängerin/Empfänger formulieren</li> <li>• Mit Empfängerin/Empfänger weiteres Vorgehen abklären</li> </ul>

## 6.1 Pflege: ISBAR-Beispiel Sturzereignis

ISBAR-Beispiel aus dem Bereich der geriatrischen Langzeitpflege: Eine Pflegefachfrau ruft an einem Sonntag um 7:15 Uhr den ärztlichen Dienst eines Pflegezentrums an, nachdem sie bei einer gestürzten Patientin eine symptomfokussierte Anamnese durchgeführt und den Bewegungsapparat untersucht hat.

**Tabelle 11**

*Pflege: ISBAR-Beispiel Sturzereignis*

<b>I</b> <b>Identifikation</b>	«Grüezi Herr Suter. Hier spricht Anna Meier, Pflegefachfrau im Pflegezentrum Friesenberg. Ich rufe an wegen der Patientin Elsbeth Knecht, geboren am 30.03.1927 [Alter]. Mit ihrer Beiständin wurde das Behandlungskonzept «kurativ im Heim» vereinbart.»
<b>S</b> <b>Situation</b>	«Frau Knecht ist heute zwischen 6:00 und 7:00 Uhr gestürzt. Ich habe sie auf dem Boden liegend im Zimmer vorgefunden und sie klagt über Schmerzen bei der Bewegung und Belastung des linken Beines. Die Schmerzen sind konstant. Sie verstärken sich bei Bewegung und Ruhigstellung bringt Linderung.»
<b>B</b> <b>Background</b>	«Frau Knecht hat eine bekannte mittelschwere Demenz, eine hypertensive Herzkrankheit, eine multifaktorielle Gangstörung bei einer Polyneuropathie, eine Coxarthrose links und eine vaskuläre Enzephalopathie. Mit einem Rollator ist sie mobil. Sie nimmt als Medikation aktuell Trittico® 50 mg 0–0–0–1, Torasemid® 10 mg 1–0–0–0 und Perindopril® 4 mg 1–0–0–0.»
<b>A</b> <b>Assessment</b>	«Frau Knecht war zwischen 6:00 und 7:00 Uhr mit dem Rollator auf dem Weg zum WC. Sie sagt, dass sie Schwindel verspürt habe und dann auf die linke Hüfte gefallen sei. Nach eigenen Angaben war sie nicht bewusstlos. Beim Auffinden klagte sie über Schmerzen in der linken Hüfte und bei der Bewegung des linken Beines. Frau Knecht kann nicht mobilisiert werden und liegt noch auf dem Boden. Frau Knecht ist wach, aber örtlich und zeitlich desorientiert. Der Blutdruck ist 170/94 mmHg, sie ist tachykard mit einer Pulsfrequenz von 105 Spm. Die Atemfrequenz ist bei 23 AF/Min. Frau Knecht ist 168 cm gross und wiegt 66 kg. Die Inspektion des linken Beins zeigt eine neue Verkürzung und Aussenrotation. Bei der Palpation gibt die Patientin lokalen Druckschmerz am Trochanter Major und in der Leiste links mit NRS 6 von 10 an. Das linke Bein ist im Seitenvergleich kühler als das rechte. Die Patientin kann die Zehen nach Aufforderung bewegen und die Sensibilität ist bei bestehender Polyneuropathie unverändert. Die Kraft im linken Bein ist aufgrund der Schmerzen nicht beurteilbar.»
<b>R</b> <b>Recommendations</b>	«Es handelt sich um eine Notfallsituation, bitte kommen Sie sofort zu Frau Knecht. Welche Schmerzmedikation darf ich ihr jetzt verabreichen?»

# 7 Übersicht Terminologie

Nachfolgend eine Übersicht über die Terminologie beim Rapport bzw. zur Dokumentation der Untersuchungsbefunde Geriatrie.

**Tabelle 12**

Übersicht Terminologie der Untersuchungsbefunde der Geriatrie

Untersuchung	Physiologische Befunde (Beispiele)	Pathologische Befunde (Beispiele)	
<b>Allgemeinzustand</b>	<b>Körperhaltung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>entspannt, mit ruhiger Atmung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>unruhig, leidend, nach vorne gebeugt</li> </ul>
	<b>Mimik, Gestik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>entspannt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hypomimie</li> <li>Hypermimie</li> </ul>
	<b>Ernährungszustand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>eutroph</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kachektisch</li> <li>adipös</li> </ul>
	<b>Hydrierung/Hautturgor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hydriert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>dehydriert</li> <li>stehende Hautfalten</li> </ul>
	<b>Hautkolorit</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>rosig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ikterisch</li> <li>blass</li> <li>zyanotisch</li> </ul>
	<b>Belastbarkeit/Frailty</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>energetisch kraftvoll</li> <li>kraftvoller Händedruck</li> <li>altersentsprechende Gehgeschwindigkeit</li> <li>aktiv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>erschöpft</li> <li>kraftloser Händedruck</li> <li>verlangsamte Gehgeschwindigkeit</li> <li>antriebsarm</li> </ul>
	<b>Kognition</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>aufmerksam</li> <li>Erinnerungsvermögen vorhanden</li> <li>konzentriert</li> <li>orientiert (persönlich, zeitlich, örtlich)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>unaufmerksam</li> <li>eingeschränktes Erinnerungsvermögen, vergesslich</li> <li>unkonzentriert</li> <li>desorientiert (persönlich, zeitlich, örtlich)</li> </ul>
<b>Verhalten/psychischer Zustand</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wach und aufmerksam</li> <li>nicht ängstlich</li> <li>nicht aggressiv</li> <li>sozial angepasst</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>apathisch/euphorisch</li> <li>ängstlich</li> <li>aggressiv</li> <li>sozial nicht angepasst</li> </ul>	

Untersuchung		Physiologische Befunde (Beispiele)	Pathologische Befunde (Beispiele)
Seh- und Hörstörung	<b>Augen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• normalsichtig, evtl. unter Einsatz von Sehhilfen</li> <li>• keine Sehstörungen: z. B. Flecken, Punkte, Blitze</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• unscharfes Sehen, evtl. trotz Einsatz von Sehhilfen</li> <li>• Sehstörungen: z. B. Flecken, Punkte, Blitze</li> </ul>
	<b>Ohren</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gutes Hörvermögen, evtl. unter Einsatz eines Hörgeräts</li> <li>• keine Ohrerkrankungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schwerhörigkeit, evtl. trotz Einsatz eines Hörgeräts</li> <li>• Ohrbeschwerden: z. B. Tinnitus, Ohrenschmerzen</li> </ul>
Haut		<ul style="list-style-type: none"> <li>• rosig</li> <li>• Altersflecken</li> <li>• Alterswarzen</li> <li>• Haut intakt</li> <li>• geruchsarm</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Altersflecken</li> <li>• Alterswarzen</li> <li>• defekt (z. B. Blasen, Erosionen, Ulcera, Intertrigo, Hautrötungen, Juckreiz)</li> <li>• stark riechend</li> </ul>
Fehl- / Mangelernährung und Schluckstörung	<b>Mund</b> (Zunge, harter / weicher Gaumen, Mundboden, Schleimhäute, Zahnfleisch)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• feucht</li> <li>• rosig</li> <li>• keine Druckstellen von Zahnersatz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• trocken</li> <li>• zyanotisch</li> <li>• blass</li> <li>• Druckstellen von Zahnersatz</li> <li>• Beläge</li> </ul>
	<b>Zähne / Zahnersatz</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vollständiges Gebiss</li> <li>• gepflegte Zähne / gepflegter Zahnersatz</li> <li>• Zahnersatz sitzt fest und verursacht keine Druckstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lückenhaftes Gebiss mit / ohne Zahnersatz</li> <li>• kariös, Zahnbelag</li> <li>• Zahnersatz sitzt locker, ist unbequem oder bereitet Schmerzen</li> </ul>
	<b>Geruch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geruchlos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foetor ex ore</li> </ul>
	<b>Schluckstörung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intakter Schluckvorgang</li> <li>• keine Essensreste im Mundraum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verschlucken</li> <li>• Essensreste im Mundraum</li> </ul>
Mobilitätsstörung	<b>Haltung im Stehen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kann selbstständig stehen</li> <li>• aufrechte Haltung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kann nicht selbstständig stehen</li> <li>• gekrümmte Haltung</li> </ul>
	<b>Fehlhaltungen</b> (Kopf, Schulter, Hüfte, Knie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine sichtbaren Fehlhaltungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sichtbare Fehlhaltungen</li> </ul>
	<b>Muskeltrophik</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• altersentsprechender Muskelbau</li> <li>• symmetrisch</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hypertroph</li> <li>• atroph</li> <li>• asymmetrisch</li> </ul>

Untersuchung	Physiologische Befunde (Beispiele)	Pathologische Befunde (Beispiele)	
<b>Muskeltonus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• normoton</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• hypoton</li> <li>• hyperton</li> <li>• rigide</li> <li>• spastisch</li> </ul>	
<b>Muskelbewegungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine sichtbaren Muskelbewegungen in Ruhe</li> <li>• Arme und Beine können in Position gehalten werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muskelzittern</li> <li>• Ruhetremor</li> <li>• Aktionstremor (Bewegung-, Intention- und Haltetremor)</li> </ul>	
<b>Aufstehen vom Stuhl mit Armlehnen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aufstehen vom Stuhl in fließender Bewegung ohne Einsatz der Hände</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erschwertes und verzögertes Aufstehen mit Schwung holen, umsetzen, Hilfsmitteln</li> <li>• Aufstehen vom Stuhl in fließender Bewegung nicht möglich</li> <li>• Aufstehen nur mit Schwung holen möglich</li> <li>• Aufstehen nur mit Unterstützung der Hände möglich</li> <li>• Aufstehen nicht ohne Hilfe möglich</li> </ul>	
<b>Gangbild</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gang flüssig, symmetrische Schrittlänge, Mitschwingen der Arme</li> <li>• Gehen ohne Hilfsmittel</li> <li>• Kehrbewegung flüssig</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gang breitbeinig</li> <li>• Gang unsicher schwankend</li> <li>• Gang kleinschrittig</li> <li>• Kehrbewegung kleinschrittig, verzögert</li> </ul>	
<b>Beweglichkeit – Gesamteinschätzung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beweglich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• steif</li> </ul>	
<b>Sensibilitätsstörung</b>	<b>Fussrücken</b> (stumpf/spitz und warm/kalt)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gespürt</li> <li>• symmetrisch gespürt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• nicht gespürt</li> <li>• asymmetrisch gespürt</li> </ul>

# Literaturverzeichnis

- Füesl, H. S. & Middeke, M. (2018). *Anamnese und klinische Untersuchung* (6. Aufl.). Thieme.
- Marshall, S., Harrison, J., & Flanagan, B. (2009). The teaching of a structural tool improves the clarity and content of inter professional clinical communication. *Quality and Safety in Health Care*, 18(2), 137–140.
- Morgan, W. L., Jr., Engel, G. L., & Luria, M. N. (1972). The general clerkship: a course designed to teach the clinical approach to the patient. *Journal of Medication Education*, 47(7), 556–563.
- Neurath, M. F. & Lohse, A. W. (2015). *Checkliste Anamnese und klinische Untersuchung* (4. Aufl.). Thieme.
- Podsiadlo, D. & Richardson, S. (1991). The Timed « Up and Go »: a test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 39, 142-148.
- Reuschenbach, B. & Mahler, C. (2020). *Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und -praxis*. Hogrefe.
- Universitärer Geriatrie-Verbund Zürich (2019). 2.5.4 FO Kognition Demenz Uhrentest (Assessment). Unveröffentlichtes Dokument. Universitärer Geriatrie-Verbund Zürich.
- Willkomm, M. (2017). *Praktische Geriatrie: Klinik – Diagnostik – Interdisziplinäre Therapie*. Thieme.

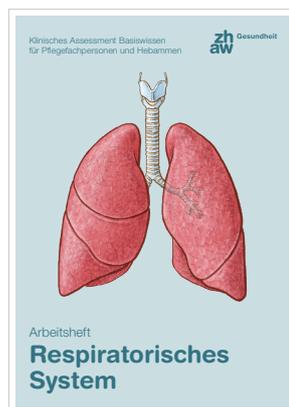
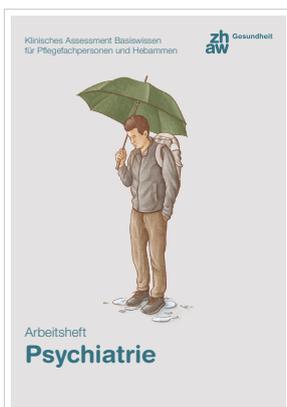
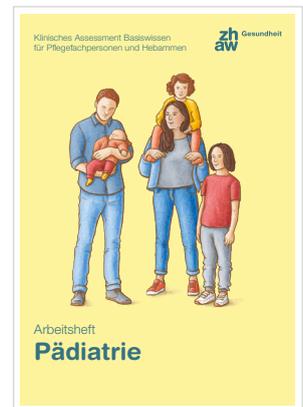
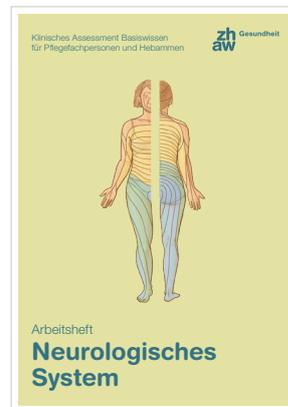
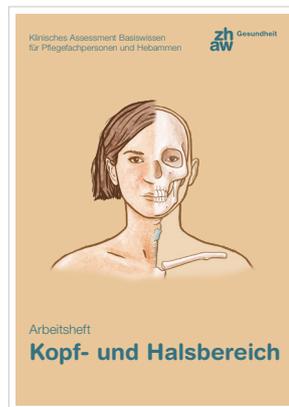
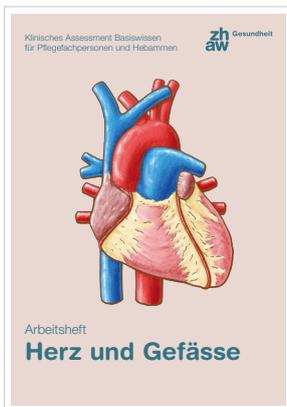
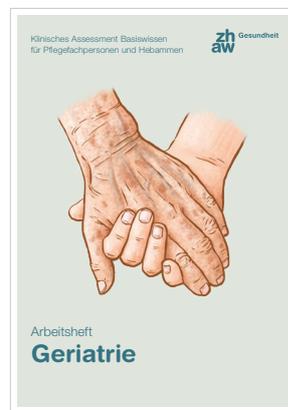
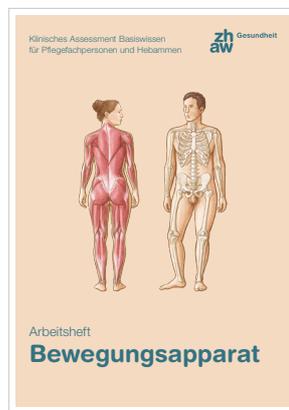
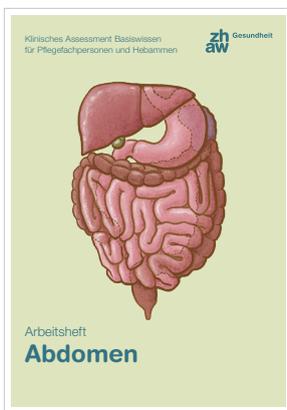
# Tabellenverzeichnis

- Tabelle 1: SOAP-Elemente
- Tabelle 2: Symptomfokussierte Anamnese des jetzigen Leidens am Beispiel Vertigo
- Tabelle 3: Allgemeiner Eindruck
- Tabelle 4: Körpermasse und Vitalzeichen
- Tabelle 5: Vorbereitung der körperlichen Untersuchung
- Tabelle 6: Geriatrische Untersuchungsschwerpunkte mit möglichen Befunden
- Tabelle 7: Barthel Index mit dem Hamburger Einstufungsmanual
- Tabelle 8: Timed Up and Go-Test
- Tabelle 9: Bewertungsbeispiel Uhrentest
- Tabelle 10: ISBAR-Rapportschema
- Tabelle 11: ISBAR-Beispiel Sturzereignis
- Tabelle 12: Übersicht Terminologie der Untersuchungsbefunde der Geriatrie

# Illustrationsverzeichnis

- Illustration 1: Geriatrische Untersuchungsschwerpunkte
- Illustration 2: Effloreszenzen auf den «Sonnenterassen»
- Illustration 3: Risikolokalisation Dekubitus
- Illustration 4: Mundinspektion
- Illustration 5: Zeichnung einer Uhr

## Als Arbeitshefte Klinisches Assessment Basiswissen sind bisher erschienen:





Zürcher Hochschule  
für Angewandte Wissenschaften

## **Gesundheit**

Haus Adeline Favre  
Katharina-Sulzer-Platz 9  
8400 Winterthur

E-Mail [info.gesundheit@zhaw.ch](mailto:info.gesundheit@zhaw.ch)  
Web [www.zhaw.ch/gesundheit](http://www.zhaw.ch/gesundheit)