

PGA - Assessment & Management

- Deutschsprachige Version -

Konsentiert und bereitgestellt durch den Interdisziplinären Arbeitskreis Geriatrische Onkologie der DGHO und DGG mit AIO, erstellt nach Dale et al. 2023

Inhalt:

A) PGA-Evaluationsformular für Patient*innen (Teil 1) bzw. Untersucher*innen (Teil 2)

B) PGA-Interpretations- und Interventionsschema für Untersucher- bzw. Behandler*innen

Praktisches Geriatrisches Assessment (PGA) - Evaluation

Name:	Geburtsdatum:		Erhebungsdatum:
-------	---------------	--	-----------------

Teil I: von Patient/in und/oder Angehörigen auszufüllen

1. Wie oft sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt? _____ mal

2. Wie sehr schränkt Ihre Gesundheit Sie aktuell ein, eine Strecke von etwa 100m außer Haus zu gehen?

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Mäßig
- ☐ Stark

3. Wie sehr schränkt Ihre Gesundheit Sie aktuell ein, ein Stockwerk hochzugehen?

- ☐ Überhaupt nicht
- ☐ Mäßig
- ☐ Stark

4. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, Verkehrsmittel zu benutzen?

- ☐ Ohne Hilfe (selbstständig Auto fahren oder Bus oder Taxi benutzen)
- ☐ Mit geringer Hilfe (Begleitung benötigt)
- ☐ Benutzung von Auto, Bus oder Taxi nicht möglich (Krankentransport benötigt)

5. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, Einkäufe zu tätigen?

- ☐ Ohne Hilfe (alle Einkäufe werden selbstständig durchgeführt, unter der Annahme, dass der Transport gewährleistet ist)
- ☐ Mit geringer Hilfe (Begleitung benötigt)
- ☐ Einkaufen gehen ist nicht möglich und muss übernommen werden

6. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, Ihre Mahlzeiten zuzubereiten?

- ☐ ohne Hilfe (Mahlzeiten werden selbstständig geplant und gekocht)
- ☐ mit geringer Hilfe (Mahlzeiten werden teilweise und in begrenztem Umfang selbstständig geplant und gekocht)
- ☐ Zubereitung von Mahlzeiten ist nicht möglich und muss übernommen werden

7. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, Hausarbeit zu erledigen?

- ☐ Ohne Hilfe (Böden reinigen, etc.)
- ☐ Mit geringer Hilfe (leichte Hausarbeiten werden selbstständig verrichtet, für schwere Hausarbeit wird Hilfe benötigt)
- ☐ Hausarbeit zu verrichten ist nicht möglich und muss übernommen werden

8. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, Ihre Medikamente einzunehmen?

- ☐ Ohne Hilfe (Medikamente werden selbstständig vorbereitet und eingenommen)
- ☐ Mit geringer Hilfe (vorbereitete Medikamente werden selbstständig eingenommen)
- ☐ Einnahme von Medikamenten ist nicht möglich

9. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, Ihre finanziellen Angelegenheiten zu erledigen?

- ☐ Ohne Hilfe (Bargeldgeschäfte und Überweisungen werden selbstständig getätigt)
- ☐ Mit geringer Hilfe (Bargeldgeschäfte werden selbstständig durchgeführt, Überweisungen benötigen Unterstützung)
- ☐ Geldangelegenheiten müssen übernommen werden

10. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, sich ins Bett zu legen bzw. daraus aufzustehen?

- ☐ Ohne Hilfe/Hilfsmittel selbstständig möglich
- ☐ Mit geringer Hilfe (mit einer Hilfsperson oder Hilfsmittel)
- ☐ Selbstständiges Hinlegen bzw. Aufstehen ist nicht möglich, von einer Hilfsperson abhängig

11. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, sich an- und auszukleiden?

- ☐ Ohne Hilfe (selbstständiges Heraussuchen, An- und Ausziehen von Kleidung)
- ☐ Mit geringer Hilfe (mit einer Hilfsperson)
- ☐ Selbstständiges An- und Ausziehen ist nicht möglich, von einer Hilfsperson abhängig

12. Wie gut sind Sie aktuell in der Lage, sich zu baden oder zu duschen?

- ☐ Ohne Hilfe
- ☐ Mit geringer Hilfe (Hilfe beim Ein- und Aussteigen in die Badewanne/Duschwanne oder Sonderzubehör wird benötigt)
- ☐ Selbstständiges Baden oder Duschen ist nicht möglich, von einer Hilfsperson abhängig

13. Wie oft in den letzten 4 Wochen haben Ihr Gesundheitszustand oder emotionale Probleme Ihre gemeinsamen Unternehmungen mit anderen Menschen beeinträchtigt (Besuch von Freunden oder Familie, etc.)?

Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
☐	☐	☐	☐	☐

14. Wie ist Ihr Sehvermögen (mit Brille oder Kontaktlinsen, falls benötigt)?

Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht	Blind
☐	☐	☐	☐	☐

15. Wie ist Ihr Hörvermögen (mit Hörgerät, falls benötigt)?

Sehr gut	Gut	Mäßig	Schlecht	Taub
☐	☐	☐	☐	☐

16. Sind Sie grundsätzlich zufrieden mit Ihrem Leben? ☐ ja ☐ nein**Wird Ihnen schnell langweilig?** ☐ ja ☐ nein**Fühlen Sie sich oft hilflos?** ☐ ja ☐ nein**Bleiben Sie lieber Zuhause, als aus dem Haus zu gehen
und Neues zu unternehmen?** ☐ ja ☐ nein**Fühlen Sie sich wertlos, so wie es Ihnen momentan geht?** ☐ ja ☐ nein

17. Unterstützung: Haben Sie...	Nie	Selten	Manchmal	Meistens	Immer
...Jemanden, der hilft, wenn Sie bettlägerig wären?	☐	☐	☐	☐	☐
...Jemanden, der Sie zum Arzt bringt, falls nötig?	☐	☐	☐	☐	☐
...Jemanden, der Ihnen Mahlzeiten zubereitet, falls Sie es selbst nicht könnten?	☐	☐	☐	☐	☐
...Jemanden, der Ihnen mit den täglichen Hausarbeiten hilft, wenn Sie krank sind?	☐	☐	☐	☐	☐
...Jemanden, mit dem Sie eine gute Zeit verbringen können?	☐	☐	☐	☐	☐
...Jemanden, an den Sie sich wenden können, wenn Sie bei persönlichen Problemen Rat suchen?	☐	☐	☐	☐	☐
...Jemanden, der Ihre Probleme versteht?	☐	☐	☐	☐	☐
...Jemanden, den Sie lieben und bei dem Sie sich angenommen fühlen?	☐	☐	☐	☐	☐

18. In den letzten 7 Tagen...	Nie	Selten	Manchmal	Oft	Immer
...Fühlte ich mich ängstlich	☐	☐	☐	☐	☐
...Fiel es mir schwer, mich auf etwas anderes, als meine Angst zu konzentrieren	☐	☐	☐	☐	☐
...Überwältigten mich meine Sorgen	☐	☐	☐	☐	☐
...Fühlte ich mich unwohl	☐	☐	☐	☐	☐

19. Ihre Gesundheit betreffend: Leiden Sie aktuell an einer der aufgeführten Krankheiten?
Falls Sie „ja“ ausfüllen, geben Sie bitte an, inwiefern die jeweilige Erkrankung Ihre Aktivitäten einschränkt.

Krankheit	Nein	Ja	Falls „ja“: Wie sehr schränkt dies Ihre Aktivität ein	Überhaupt nicht	Etwas	Sehr
Andere Krebsformen oder Blutkrebs	☐	☐	->	☐	☐	☐
Gelenkentzündung oder Rheuma	☐	☐	->	☐	☐	☐
Grüner Star (Glaukom)	☐	☐	->	☐	☐	☐
Emphysem oder chronische Bronchitis	☐	☐	->	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	->	☐	☐	☐
Herzerkrankungen	☐	☐	->	☐	☐	☐
Durchblutungsstörungen in Armen oder Beinen	☐	☐	->	☐	☐	☐
Zuckerkrankheit (Diabetes)	☐	☐	->	☐	☐	☐
Magen- oder Darmerkrankung	☐	☐	->	☐	☐	☐
Osteoporose	☐	☐	->	☐	☐	☐
Chronische Leber- oder Nierenerkrankung	☐	☐	->	☐	☐	☐
Schlaganfall	☐	☐	->	☐	☐	☐
Depression	☐	☐	->	☐	☐	☐

20. Wie viel Gewicht haben Sie in den letzten 3 Monaten verloren?

- ☐ Kein Gewichtsverlust/weniger als 1 kg
- ☐ Mehr als 3 kg
- ☐ Zwischen 1 - 3 kg
- ☐ Ich weiß es nicht genau

Teil II: von medizinischem Fachpersonal auszufüllen

Gait Speed^{a)}

Gehhilfe erlaubt, gemessene Zeit für 4m Gehstrecke in Sekunden

Benötigte Zeit für 4 Meter _____ sec

Mini-Cog^{b)}

Punkt 1: 3 Wörter merken

Version 1: Banane, Sonnenaufgang, Stuhl

Version 2: Anführer, Jahreszeit, Tisch

Version 3: Dorf, Küche, Baby

Punkt 2: Uhrentest

Punkt 3: Wiederholen der 3 Wörter

Auswertung:

Wörter erinnern: _____ (0-3 Punkte) 1 Punkt für jedes erinnerte Wort

Uhrentest: _____ (0 oder 2 Punkte) 2 Punkte für eine korrekte/0 Punkte für eine unkorrekte Uhr

Chemo-Toxizität

Mittels Risikorechner kann die Wahrscheinlichkeit von Chemotherapie-Toxizität kalkuliert werden: www.mycarg.org. Die Patient*innen-Antworten auf die Fragen 1, 2, 8, 13 und 15 sollten zum Ausfüllen des Risikorechners herangezogen werden.

a) Erläuterung zum Gait Speed: - Vorgehen und Vorschlag zur Kommunikation mit Patient*in:

„Jetzt werde ich beobachten, wie Sie normalerweise gehen. Wenn Sie eine Gehhilfe verwenden und diese beim Gehen kurzer Distanzen verwenden, können Sie diese nutzen.“

➤ „Dies ist unsere Gehstrecke. Sie sollen bis an das andere Ende in Ihrer gewohnten Gehgeschwindigkeit gehen. So als würden Sie die Straße zum Einkaufsladen entlanglaufen.“

➤ Führen Sie die Aufgabe einmal vor.

➤ „Laufen Sie bis zum Ende der Strecke. Ich laufe mit Ihnen. Fühlen Sie sich sicher?“

➤ Der Teilnehmer soll mit beiden Füßen auf der Startlinie stehen.

➤ „Wenn Sie losgehen sollen, sage ich „Fertig, los“.“ Wenn der Teilnehmer diese Anweisung verstanden hat, sagen Sie: „Fertig, los“.

➤ Drücken Sie die Starttaste in dem Moment, in dem der Teilnehmer losläuft.

➤ Laufen Sie seitlich/hinter dem Teilnehmer.

➤ Stoppen Sie die Uhr, wenn einer der Füße des Teilnehmers vollständig hinter der Ziellinie ist.

b) Erläuterungen zum Mini-Cog – Vorgehen und Vorschlag zur Kommunikation mit Patient*in:

Zu Punkt1: Schauen Sie die Person direkt an und sagen Sie: „Bitte hören Sie genau zu. Ich werde Ihnen drei Wörter nennen und ich möchte, dass Sie diese wiederholen und versuchen sich zu merken. (Suchen Sie eine der unten aufgeführten Liste aus) „Bitte zählen Sie diese jetzt auf.“

Zu Punkt 2: „Als nächstes möchte ich, dass Sie eine Uhr für mich zeichnen. Tragen Sie bitte die Ziffern ein.“

„Jetzt zeichnen Sie bitte die Uhrzeiger für die Uhrzeit 10 nach 11h.“

Wiederholen Sie die Anweisungen, falls nötig, da dies kein Gedächtnistest ist. Gehen Sie weiter zum dritten Punkt, falls die Uhr innerhalb 3 Minuten nicht vollständig ist.

Zu Punkt 3: Fordern Sie die Person auf die in Punkt 1 genannten Wörter zu wiederholen. „Was waren die 3 Wörter, die Sie sich merken sollten?“

Praktisches Geriatriches Assessment (PGA) - Interpretation und Intervention

PGA-Bereiche	PGA-Grenzwert	PGA-Handlungsempfehlungen	Hinweise zur praktischen Umsetzung in - D -
Mobilität / Körperliche Leistungsfähigkeit	Antwort auf Frage 1: ≥ 1 <i>Sturz</i> <u>oder</u> Antwort auf Frage 2 oder 3: „Mäßig/Stark eingeschränkt“ <u>oder</u> Ergebnis bei 4-Meter Gehstest: ≥ 4 <i>Sekunden</i>	☐ Abwägung von Risiken und Nutzen der onkologischen Behandlungsoptionen unter Einbeziehung der körperlichen Leistungsfähigkeit und der Mobilität ☐ Information über Sturzrisiko und -prävention, Aushändigung von Informationsmaterial ☐ Prüfung auf häusliche Sturzfallen* ☐ Installation eines Hausnotrufs* ☐ Verordnung einer Gehhilfe (z.B. Rollator)	⇒ Berechnung des individuellen Risikos für Grad 3-5 Toxizität während einer Chemotherapie unter Mitbeachtung der physischen Ressourcen mit CARG-Score https://www.mycarg.org/?page_id=2405 ⇒ Abschätzung tatsächlich erreichbarer Therapieeffekte durch Vergleichen der individuellen körperlichen Leistungsfähigkeit mit derjenigen in Studienpopulationen ⇒ z.B. mit Broschüre: „Gleichgewicht und Kraft - Einführung in die Sturzprävention“ des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit https://shop.bioeg.de/gleichgewicht-und-kraft-einfuehrung-in-die-sturzpraevention-60582360/ ⇒ Nutzung von lokalen Beratungsangeboten der Wohlfahrtsverbände (städtische, kommunale, caritative etc.) zur Wohnraumanpassung ⇒ Nutzung der Angebote der Wohlfahrtsverbände, Kostenübernahme durch Pflegekasse ab Pflegegrad 1 ⇒ Ärztliche Hilfsmittelverordnung (rotes Rezept), Einlösung im Sanitätshaus

* Zusätzliche Empfehlungen des Arbeitskreises Geriatriche Onkologie der DGHO / DGG / AIO

		☐ Verordnung von Physiotherapie mit Beweglichkeits-, Kraft- und Gleichgewichtstraining ☐ Häusliches Beweglichkeits-, Kraft- und Gleichgewichtstraining mit Fitness-App für Senioren* ☐ Prüfung auf orthostatische Dysregulation ☐ Ggf. Verordnung von Kompressionsstrümpfen* ☐ Ggf. Anpassung einer antihypertensiven Medikation ☐ Prüfung und ggf. Modifikation der Ko-Medikation bzgl. FRID („Fall Risk Inducing Drugs“, z.B. Benzodiazepin)* ☐ Bei physischer Schwäche und Anämie mit Substratmangel ggf. Substitution von Eisen (parenteral), Vitamin B12 (parenteral), Folsäure, ggf. Erythrozytentransfusion* ☐ Bei physischer Schwäche i.S. von Fatigue ggf. niedrigdosiert Dexamethason zur Roborierung*	⇒ Ärztliche Heilmittelverordnung (z.B. 8 Einheiten), bundesweit einheitliches Verordnungsmuster-formular 13, Leistungserbringung in Physiotherapiepraxis oder auch in der Häuslichkeit mit Hausbesuch ⇒ Nutzung von zahlreichen Online-Angeboten und App-Stores ⇒ Schellong-Test, ggf. Kipptisch-Diagnostik ⇒ Ärztliche Hilfsmittelverordnung (rotes Rezept), Einlösen im Sanitätshaus ⇒ Primär Absetzen/Dosisreduktion von Alpha-Blockern, zentral wirksamen Sympatolytika, HCT ⇒ z.B. nach PRISCUS-Liste (https://www.priscus2-0.de/priscus-1.html)
Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL, ADL) / Alltagskompetenz	Antwort auf Frage 4-12: mindestens eine Antwort <i>„Mit geringer Hilfe“ oder schlechter</i>	☐ Kritische Evaluation der Dosisintensität	☐ Berechnung des individuellen Risikos für Grad 3-5 Toxizität während einer Chemotherapie unter Beachtung des individuellen Aktivitätsniveaus und der Leistungsfähigkeit mit CARG-Score (https://www.mycarg.org/?page_id=2405)

		☐ Erwägung häufigerer Toxizitätskontrollen (z.B. alle 1-2 Wochen) ☐ Beantragung eines Pflegegrades* ☐ Bestellung eines Pflegedienstes* ☐ Verordnung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettensitzerhöhung, Toilettenstuhl) ☐ Verordnung von Physiotherapie mit Kraft- und Gleichgewichtstraining ☐ Verordnung von Ergotherapie	⇒ Im Krankenhaus durch Sozialdienst (Eilantrag bei Pflegekasse auf Ersteinstuung), ambulant durch Betroffene bei der Pflegekasse, ggf. unterstützt durch Hausarztpraxis (https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftig-was-nun.html , https://www.krebshilfe.de/helfen/rat-hilfe/psychosoziale-krebsberatungsstellen/) ⇒ Nutzung lokaler Online-Tools zur Suche, Kontaktierung und Installation des Dienstes ⇒ Ärztliche Hilfsmittelverordnung (Rezept), Einlösung im Sanitätshaus ⇒ Ärztliche Heilmittelverordnung (z.B. 8 Einheiten), bundesweit einheitliches Verordnungsmusterformular 13, Leistungserbringung in Physiotherapiepraxis oder auch in der Häuslichkeit mit Hausbesuch ⇒ Ärztliche Heilmittelverordnung (z.B. 8 Einheiten), bundesweit einheitliches Verordnungsmusterformular 13, Leistungserbringung in Ergotherapiepraxis oder auch in der Häuslichkeit mit Hausbesuch
Nutrition	Antwort auf Frage 20: „> 3 kg“	☐ Beachtung von möglichen Auswirkungen der onkologischen Behandlung auf die Ernährung	

* Zusätzliche Empfehlungen des Arbeitskreises Geriatrische Onkologie der DGHO / DGG / AIO

		☐ Vermeidung stark emetogener onkologischer Behandlungsregime, ggf. Verordnung antiemetischer Prophylaxen und Therapie ☐ Information über Mangelernährungsrisiko und -prävention, Aushändigung von Informationsmaterial ☐ Ernährungs- und Diätberatung ☐ Vermeidung kaloriensparender Diäten ☐ Anregung zu häufigen kleinen Mahlzeiten mit kalorien-/proteinreichen Snacks ☐ Verordnung hochkalorischer Zusatztrinknahrung* ☐ Organisation von „Essen auf Rädern“ ☐ Verordnung appetitsteigender Medikamente ☐ Logopädische Untersuchung (bei V.a. Schluckproblem)	⇒ https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/antiemese-bei-medikamentoeser-tumorthherapie/@@guideline/html/index.html ⇒ z.B. mit Blauer Ratgeber „Ernährung bei Krebs“, herausgegeben von der Deutschen Krebshilfe (https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/infothek/infomaterial-kategorie/ratgeber/) ⇒ Ärztliche Bescheinigung über die medizinische Notwendigkeit (formlos oder Musterformular 13), Übernahme von (Teil)Kosten durch Krankenversicherung, Leistungserbringung durch Praxis für Ernährungsberatung ⇒ Ärztliche Verordnung (rotes Rezept), Einlösen in Apotheke ⇒ Nutzung von online kontaktierbaren Mahlzeitendiensten oder Lebensmittel-lieferdiensten (Supermärkte), Kosten durch Betroffene zu tragen ⇒ Ärztliche Verordnung (rotes Rezept), z.B. Canabinoide, Pepsinwein, Mirtazapin, Olanzapin ⇒ Ärztliche Heilmittelverordnung, bundesweit einheitliches Verordnungsmuster-formular 13, Leistungserbringung in Logopädiepraxis
--	--	---	--

* Zusätzliche Empfehlungen des Arbeitskreises Geriatriische Onkologie der DGHO / DGG / AIO

		☐ Zahnärztliche Untersuchung (bei V.a. Gebissproblem) ☐ Verordnung von Ergotherapie und Hilfsmitteln (z.B. spezielle ergonomisches Besteck u.a.)	⇒ Ärztliche Heilmittelverordnung (z.B. 8 Einheiten), bundesweit einheitliches Verordnungsmusterformular 13, Leistungserbringung in Ergotherapiepraxis
Soziale Unterstützung	Antwort auf Frage 17: <i>„nie“, „selten“, „manchmal“</i> <u>oder</u> Antwort auf Frage 13: <i>„immer“, „meistens“, „manchmal“</i>	☐ Einrichtung häuslicher Unterstützung (z.B. Haushaltshilfe oder -dienst, Alltagsbegleitung) ☐ Unterstützung durch Seniorenberatung ☐ Festlegung eines Notfallkontakts ☐ Benennung einer vorsorgebevollmächtigen Person mit Ablage der Vorsorgevollmacht in der Krankenakte ☐ Einschaltung eines Sozialdienstes	⇒ Nutzung online kontaktierbarer kommerzieller Dienste, Entlastungsbetrag bei vorhandenem Pflegegrad möglich ⇒ Nutzung von Angeboten der Wohlfahrtsverbände, Städte und Kommunen (online auffindbar) ⇒ z.B. mit Formular des Bundesministeriums für Justiz (https://www.bmj.de/DE/service/formulare/form_vorsorgevollmacht/form_vorsorgevollmacht_node.html) ⇒ im Krankenhaus
Emotion / Affekt	Antwort auf Frage 16: <i>≥ 2x „ja“ bei Item 2-5 oder</i> <i>1x „ja“ bei Item 2-5 plus „nein“ bei Item 1</i> <u>oder</u> Antwort auf Frage 18: <i>4x „manchmal“ oder</i> <i>schwergradiger</i>	☐ Überprüfung auf Affektstörung in der Anamnese ☐ Mitbetreuung durch Psychoonkologie oder Psychotherapie ☐ Mitbetreuung durch Seelsorge ☐ Mitbetreuung durch Palliativdienste	⇒ Adresssuche für ortsnahe psychoonkologische Praxis unter https://www.krebsinformationsdienst.de/psychoonkologie-praxen ⇒ Nutzung von Krankenhausseelsorge und, Gemeindediensten ⇒ Ärztliche Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung (SAPV), einheitliches Verordnungsmusterformular 63

		☐ Kontaktherstellung zu Selbsthilfegruppen ☐ Bewertung des Suizidrisikos ☐ Ein-/Überweisung in psychiatrische Klinik oder psychiatrischer Institutsambulanz (PIA) (bei schwergradiger Symptomatik) ☐ Einleitung einer antidepressiven Medikation	⇒ Adresssuche für ortsnahe Selbsthilfegruppen unter https://www.krebsinformationsdienst.de/adressen-und-links/selbsthilfegruppen ⇒ https://www.aerzteblatt.de/archiv/suizidalitaet-fruehzeitig-erkennen-b5dfaaac-f66b-44df-a3ff-59a4ca3dd47d?tabId=figures#imgTabelle ⇒ Ärztliche Verordnung (rotes Rezept)
Komorbidität / Polypharmazie	Antwort auf Fragenkomplex 19: ≥ 3x „ja“ oder ≥ 1x „sehr“ oder ≥ 1x „ja“ bei Diabetes, Herz-, Leber- oder Nierenkrankheit oder Antwort auf Frage 14: ≥ „mäßig“, „schlecht“, „blind“ oder Antwort auf Frage 15: ≥ „mäßig“, „schlecht“, „taub“	☐ Abstimmung mit der hausärztlichen Praxis über das geplante onkologische Vorgehen ☐ Beachtung von möglichen Auswirkungen von Komorbiditäten auf die onkologische Behandlung bzw. der onkologischen Behandlung auf Komorbiditäten ☐ Erwägung von Anpassungen des Medikationsplanes und der Medikamentendosierungen	⇒ Nutzung der PRISCUS- und FORTA-Liste (https://www.priscus2-0.de/ , www.umm.de/docs/klinikum/Med_4/FORTA-Liste_2021.pdf) ⇒ Nutzung elektronischer Medikamenten-Verordnungssysteme ⇒ Nutzung einer standardisierten Medikationsberatung in Apotheken (https://www.abda.de/pharmazeutische-dienstleistungen/polymedikation/)

		☐ Vermeidung neurotoxischer Tumorthapie bei Diabetes mellitus ☐ Vermeidung einer Flüssigkeitsüberladung bei kardialer Erkrankung ☐ Anpassung von Medikamentendosierungen bei chronischer Leber- und Nierenerkrankung ☐ Tragen eines Hörgerätes, Benutzung einer Hörhilfe ☐ Vorstellung beim Akustiker ☐ Tragen einer Bille ☐ Vorstellung beim Optiker ☐ Augen- oder HNO-ärztliche Untersuchung (mit ggf. Untersuchung auf Glaukom)	
Kognition	Ergebnis bei Mini-Cog: ≤ 2 Punkte	☐ Aushändigung expliziter, schriftlicher Anweisungen zu Terminen und zur Medikation ☐ Einholung einer Fremdanamnese zu kognitiven Fähigkeiten des Patienten ☐ Beurteilung der Entscheidungsfähigkeit des Patienten, Einbeziehung einer bevollmächtigten Bezugsperson in Entscheidungen ☐ Geriatriische Untersuchung ☐ Neurologische Untersuchung in Gedächtnisambulanz bzw. -sprechstunde bzw. neuropsychologische Untersuchung (bei Demenzverdacht) ☐ Verordnung von Ergotherapie für kognitives Training	⇒ www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/empfehlungen/empfehlungen_einwilligungsfahigkeit.pdf ⇒ Stationär als geriatriisches Konsil, ambulant ggf. in geriatriischer Institutsambulanz (GIA) ⇒ https://www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/diagnose/gedaechtnisambulanz/ ⇒ Ärztliche Heilmittelverordnung, bundesweit einheitliches Verordnungsmuster-formular 13

Stand: Mai 2025