

PGA- Fragebogen

Patientennummer:

Nr.	Item / Test	Antwortoptionen / Messung
Patientenfragebogen		
1	Stürze in den letzten 6 Monaten	☐ Keine ☐ 1–2 ☐ > 2
2	Gehfähigkeit	☐ Keine Einschränkung ☐ Etwas ☐ Stark
3	Treppensteigen	☐ Keine Einschränkung ☐ Etwas ☐ Stark
4	Orte außerhalb erreichen	☐ Ohne Hilfe ☐ Mit Hilfe ☐ Nur Notfalltransport
5	Einkaufen	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
6	Mahlzeiten zubereiten	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
7	Hausarbeit	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
8	Medikamente einnehmen	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
9	Geldangelegenheiten	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
10	Ein-/Aussteigen Bett	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
11	An-/Auskleiden	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
12	Körperpflege	☐ Selbst ☐ Mit Hilfe ☐ Gar nicht
13	Soziale Aktivitäten beeinträchtigt	☐ Sehr oft ☐ Oft ☐ Gelegentlich ☐ Selten ☐ Nie
14	Sehen (mit Brille)	Hervorragend / Gut / Mittel / Schlecht / Blind
15	Hören (mit Hörgerät)	Hervorragend / Gut / Mittel / Schlecht / Taub
16	Lebenszufriedenheit & Gefühle 1. Sind Sie grundsätzlich zufrieden mit Ihrem Leben? 2. Langweilen Sie sich oft? 3. Fühlen Sie sich oft hilflos? 4. Bleiben Sie lieber zu Hause, als die Wohnung zu verlassen und neue Dinge zu unternehmen? 5. Fühlen Sie sich wertlos?	5 Ja/Nein-Fragen
17	Chronische Erkrankungen & Beeinträchtigung bei Aktivität ... Weitere Krebskrankheit oder Leukämie ... Arthritis oder Rheuma ... Glaukom ... Emphysem oder chronische	Ja/ Nein, wenn Ja: Gar Nicht/Etwas/Sehr

	... Bronchitis ... Bluthochdruck ... Herzkrankheit ... Durchblutungsstörungen von Armen oder Beinen ... Diabetes mellitus ... Magen- oder Darmbeschwerden ... Osteoporose ... Chronische Leber- oder ... Nierenerkrankung ... Schlaganfall ... Depression	
18	Unterstützung im Alltag Haben sie... ... jemanden, der Ihnen hilft, für den Fall, dass Sie ans Bett gefesselt sind? ... jemanden, der Sie bei Bedarf zum Arzt bringt? ... jemanden, der Ihre Mahlzeiten zubereitet, für den Fall, dass Sie es nicht selbst tun können? ... jemanden, der Ihnen bei der täglichen Arbeit hilft, für den Fall, dass Sie krank sind? ... jemanden, mit dem man die Zeit gut verbringen kann? ... jemanden, den Sie um einen Ratschlag bei einem persönlichen Problem ersuchen können? ... jemanden, der Ihre Probleme versteht? ... jemanden, den sie lieben und der einem das Gefühl gibt, gebraucht zu werden?	Nie / Selten / Manchmal / Oft / Immer
19	Ängstlichkeit In den vergangenen 7 Tagen... ... hatte ich Angst ... fiel es mir schwer, mich auf etwas anderes als meine Angst zu konzentrieren ... überwältigten mich meine Sorgen ... fühlte ich mich unwohl	Nie / Selten / Manchmal / Oft / Immer

Praktisches Geriatrisches Assessment (PGA) – Teil für medizinisches Personal

1. Mini-Cog-Test (kognitive Leistungsfähigkeit)

- **Schritt 1 – 3-Wort-Erinnerung:**

Sagen Sie dem Patienten 3 nicht zusammenhängende Wörter (z. B. „Banane – Uhr – Stuhl“).

Patient wiederholt die Wörter.

Notiz:

- **Schritt 2 – Uhrentest:**

Patient soll eine Uhr zeichnen (Zifferblatt) und die Zeiger so setzen, dass sie z. B. „10

nach 11“ anzeigen.

Beurteilung:

- ☐ Normal (korrekte Platzierung aller Ziffern und Zeiger)
- ☐ Auffällig

- **Schritt 3 – Erinnerungsabfrage der 3 Wörter:**

Anzahl korrekt erinnelter Wörter: ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Interpretation:

- **Kognitiv unauffällig:** Uhrentest normal **und** ≥ 3 Wörter erinnert.
- **Kognitiv auffällig:** Uhrentest auffällig **oder** ≤ 2 Wörter erinnert.

2. Mobilitätstest – Timed Up & Go (TUG)

- Ablauf: Patient sitzt auf Stuhl mit Armlehnen, steht auf, geht 3 m, dreht sich um, geht zurück, setzt sich hin.
- Zeitmessung: _____ Sekunden
- **Interpretation:**
 - ☐ ≤ 10 s: normal
 - ☐ 11–20 s: eingeschränkte Mobilität
 - ☐ > 20 s: deutlich erhöhtes Sturzrisiko

3. Gewicht & Ernährungsstatus

- **Gewichtsverlust in den letzten 6 Monaten:**
 - ☐ Nein
 - ☐ Ja – ungewollt: ____ kg (____ %)
- **BMI:** _____ kg/m²
- **Interpretation:**
 - ☐ Kein Hinweis auf Mangelernährung
 - ☐ Verdacht auf Mangelernährung (z. B. > 5 % Gewichtsverlust in 6 Monaten oder BMI < 20)

4. Polypharmazie

- **Anzahl regelmäßig eingenommener Medikamente:** _____
- **Besondere Hinweise:**

- ☐ ≥ 5 Medikamente → Risiko für Nebenwirkungen/Wechselwirkungen beachten

5. Komorbiditäten (Charlson Comorbidity Index – Kurzform)

- Herzinsuffizienz ☐
 - Chronische Lungenerkrankung ☐
 - Diabetes mellitus ☐
 - Maligne Erkrankung ☐
 - Demenz ☐
 - Niereninsuffizienz ☐
 - Schlaganfall/TIA ☐
- (Summe der Punkte notieren: ____)

6. Depressionstest (verkürzte GDS-4)

In den letzten 2 Wochen...

1. Fühlten Sie sich oft niedergeschlagen?
2. Hatten Sie oft das Gefühl, dass Ihr Leben leer ist?

3. Hatten Sie häufig wenig Hoffnung für die Zukunft?
4. Waren Sie oft ohne Freude an Dingen, die Ihnen sonst Spaß machten?

Ja = 1 Punkt, **Nein** = 0 Punkte → **Gesamt:** ____/4

Interpretation: ≥ 2 Punkte → Verdacht auf depressive Symptomatik.

7. Soziale Unterstützung

- Hat der Patient eine verlässliche Person, die im Notfall hilft?
☐ Ja ☐ Nein
- Lebt der Patient allein? ☐ Ja ☐ Nein

8. Gesamteinschätzung (durch medizinisches Personal)

- Kognitive Funktion: ☐ unauffällig ☐ auffällig
- Mobilität: ☐ unauffällig ☐ eingeschränkt
- Ernährung: ☐ unauffällig ☐ Mangelernährung vermutet
- Depression: ☐ unauffällig ☐ auffällig
- Soziale Unterstützung: ☐ ausreichend ☐ eingeschränkt
- Polypharmazie: ☐ < 5 Med. ☐ ≥ 5 Med.

Gesamtbewertung:

- ☐ Kein geriatrisches Syndrom
- ☐ Verdacht auf Gebrechlichkeit – weitere Diagnostik empfohlen
- ☐ Ausgeprägte Einschränkungen – geriatrisches Management einleiten