

# Geriatrische Mindestkompetenzen für Medizinstudenten

Der Studierende kann zum Abschluss seiner Ausbildung im Umgang mit älteren Patienten (in einer realen Situation oder in einer Übungssituation):

## Medikamentenmanagement

1. aufgrund seiner Kenntnisse über altersassoziierte Veränderungen der renalen und hepatischen Funktion, der Körperzusammensetzung und der Sensitivität des zentralen Nervensystems, den Einfluss auf eine dem Alter angepasste Medikamentenauswahl und Dosierung erklären.
2. die
  - anticholinergischen,
  - psychotropen
  - gerinnungshemmenden
  - analgetischen
  - blutzuckersenkenden
  - und herzkreislaufwirksamen

Medikamente benennen, die beim älteren Menschen vermieden oder mit Vorsicht verwendet werden sollten, und die bei diesen Medikamenten möglicherweise auftretenden Probleme, erklären.

3. bei geriatrischen Patienten den vollständigen Medikamentenplan dokumentieren, der alle rezeptierten Medikamente, die pflanzliche Medikamente und die freiverkäuflicher Pharmaka (OTC – Medikamente) umfasst. Für jede Medikation kann er die Dosierung, die Einnahmehäufigkeit, die Indikation, den Nutzen sowie die Nebenwirkungen bestimmen und ein Assessment der Therapietreue (adherence) durchführen.

## Störungen der Kognition und des Verhaltens

4. das klinischen Erscheinungsbilder von Delir, Demenz und Depression einander gegenüberstellen und die Unterschiede darstellen.
5. bei Patienten mit dem Krankheitsbild eines Delirs, einer Demenz oder einer Depression die Differentialdiagnose darstellen und eine erste Bewertung durchführen.
6. bei einem älteren Patienten mit Delir umgehend eine Diagnostik einleiten um die zugrundeliegende Ursache (Ätiologie) festzustellen.
7. bei einem älteren Patienten, bei dem der Verdacht auf eine Einschränkung der Gedächtnisleistung oder der kognitiven Funktionen besteht, ein kognitives Assessment durchführen und interpretieren.
8. bei Patienten mit einer agitierten Demenz oder einem Delir eine Evaluierung durchführen und einen nichtmedikamentösen Behandlungsplan erstellen.

## **Selbsthilfefähigkeit**

9. bei einem älteren Patienten ein geriatrisches Assessment durchführen und eine Beschreibung der aktuellen und der prämorbid vorhandenen funktionellen Fähigkeiten abgeben. Er kann dabei die Daten zur Vorgeschichte aus unterschiedlichen Quellen mit einbeziehen und sicherstellen, dass die instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) und die Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) berücksichtigt werden. Er kann eine bestätigende Untersuchung der Hör- und Sehfähigkeit durchführen.
10. einen vorläufigen Behandlungsplan für Patienten aufstellen, die funktionelle Defizite aufweisen. Dabei kann er Interventionen wie die Hilfsmittelversorgung und die Umgebungsanpassung unter der Einbeziehung von Mitgliedern des interdisziplinären Teams, wie Pflege, Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, physikalische Therapie, Geronto-Neuropsychologie, Logopädie), Sozialarbeit, Ernährungsberatung und soweit vorhanden eines Pharmakologen oder Apothekers ausarbeiten.
11. in der häuslichen Umgebung Sicherheitsrisiken identifizieren und ein entsprechendes Wohnraumassessment durchführen sowie daraus Empfehlungen ableiten, wie diese Risiken entschärft werden können.

## **Stürze, Gleichgewichts- und Gangstörungen**

12. grundsätzlich alle Patienten über 65 Jahre oder deren Betreuungspersonen zu Stürzen im letzten Jahr befragen und den Patienten beim Aufstehen vom Stuhl sowie beim Gehen (oder Transfer) mit Aufzeichnung und Interpretation der Befunde beurteilen (Assessment der Mobilität)).
13. bei Patienten, die gestürzt sind, eine Differentialdiagnose und einen Untersuchungsplan erstellen, der differenziert die vielfältigen Ursachen berücksichtigt, die durch die Vorgeschichte, die körperliche Untersuchung und das funktionelle Assessment erhoben wurden.

## **Gesundheitsvorsorge und Förderung**

14. die verschiedenen Pflege- und Versorgungsstufen, die unterschiedlichen Institutionen der Versorgung älterer Menschen im Gesundheitssystem sowie die Richtlinien zur Allokation der Patienten differenzieren und gegeneinander abgrenzen
15. klinische Situationen genau identifizieren, in denen die weitere Lebenserwartung, der funktionelle Status und die Einstellungen und Ziele des älteren Patienten gegenüber den Standardempfehlungen zu Diagnostik und Screening vorrangig zu berücksichtigen sind.
16. klinisch Situationen genau identifizieren, in denen die weitere Lebenserwartung, der funktionelle Status sowie die Einstellungen und Ziele des älteren Patienten gegenüber den Standardempfehlungen zur Therapie vorrangig zu berücksichtigen sind.

## **Atypische Krankheitsbilder**

17. für jedes Organsystem mindestens 3 alterungsbedingte physiologische Veränderungen und ihren Einfluss auf den Patienten einschließlich ihrer Auswirkungen auf die Homöostase (bzw. die altersassoziierte Verminderung der homöostatischen Reservekapazitäten) darstellen.
18. eine Differentialdiagnose unter Berücksichtigung der besonderen Symptomatik häufiger Erkrankungen, wie dem Akut-Koronarsyndrom, der Dehydratation (Exsikkose), des Harnwegsinfekts, des akuten Abdomens und der Pneumonie erstellen.

## **Palliativversorgung**

19. ausgehend von den Behandlungszielen des Patienten ein Assessment von Schmerz und anderen Schlüsselsymptomen aus der Palliativmedizin durchführen und ein Behandlungsmanagement einleiten.
20. den psychologischen, sozialen und spirituellen Versorgungsbedarf bei Patienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium und bei deren Angehörigen erkennen und den entsprechenden Mitgliedern des interdisziplinären Teams zuordnen.
21. die palliative Versorgung (inklusive der Betreuung in einem Hospiz) als positive und aktive Behandlungsoption für Patienten mit einer fortgeschrittenen Erkrankung darstellen.

## **Versorgung Älterer im Akutkrankenhaus**

22. die möglichen Gefahren der Hospitalisierung für alle älteren Patienten erkennen (einschließlich Immobilität, Delir, Medikamentennebenwirkungen, Malnutrition, Druckulcera, diagnostischer und therapeutischer Prozeduren, der per i- und postoperativen Phase, zeitweiser Urininkontinenz und nosokomial erworbener Infektionen) und mögliche Präventionsstrategien identifizieren.
23. die Risiken, Indikationen, Alternativen und Kontraindikationen bei der Verwendung von transurethralen Blasenkathetern bei älteren Patienten erklären.
24. die Risiken, Indikationen, Alternativen und Kontraindikation für eine mechanische oder pharmakologische Fixierung älterer Patienten erklären.
25. die zentralen Komponenten einer sicheren Entlassungsplanung (z. B. korrekter und vollständiger Medikamentenplan, Planung von Nachuntersuchungen) darstellen und die möglichen Entlassungsorte einander vergleichend gegenüberstellen.
26. eine orientierende Untersuchung der Hautareale durchführen, für die ein hohes Dekubitusrisiko besteht, und vorhandene Dekubitalulcera differenziert beschreiben.

**Quelle: Konsensus-Konferenz über Kompetenzen in der geriatrischen Ausbildung  
Association of American Medical Colleges und John A. Hartford Foundation .  
(July 2007)**

**Übersetzung: Dr. med. Walter Swoboda**  
Walter.swoboda@aging.med.uni-erlangen.de  
Stand: 2009-08-21