

Patientenname:

Datum:

# MAGIC<sup>★</sup>

## Manageable Geriatric Assessment, Version 2016

Was ist MAGIC?

MAGIC deckt die Inhalte des Geriatrischen Basisassessments ab. Es ist eine praktikable Kurzversion des STEP-Assessments.

- Überblick über relevante Probleme älterer Patienten
- evidenzbasierte Fragen und Tests für hausärztliches Setting
- in ca. 10 Minuten durchführbar
- kann durch MFA durchgeführt werden
- kurze Schulung für Uhrentest empfehlenswert
- **zusätzlich empfehlenswert: Prüfung des Medikamentenplans**

Wie kann man MAGIC den Patienten erklären?

„Sind Sie einverstanden, dass ich eine Befragung zu Ihrer Gesundheit durchführe? Es geht darum, wichtige Probleme im Alter frühzeitig zu beachten. Die Befragung dauert ca. 10 min und enthält Fragen zu Ihrer Leistungsfähigkeit im Alltag, zur körperlichen Gesundheit und Ihrer Stimmung. Zum Schluss bieten wir einen kurzen Leistungstest zur räumlichen Orientierung an. Die Fragen haben vorgegebene Antworten. Ich werde Sie Ihnen zunächst vorlesen. Dann bitte ich Sie, sich für die Antwort zu entscheiden, die am ehesten auf Sie zutrifft.“

*Zur Durchführung:*

*Ist die Antwort des Patienten grau unterlegt, triggert die Antwort, das heißt, es liegt ein Problem vor (Achtung: Besonderheit bei Frage 6). In diesem Fall kreuzen Sie das Kästchen „Problem vorhanden“ in der rechten Randleiste an.*

Weiterführende Literatur:

Junius-Walker U, Daether-Kracke N, Krause O. It's MAGIC –einfaches geriatrisches Basisassessment für die Hausarztpraxis validiert. Z Allg Med 2016;92:169-175.

Barkhausen T, Müller C, Theile G, Bruns A, Heim S, Junius-Walker U, Dörr C, Hummers-Pradier E. „...it's MAGIC!“ – Entwicklung eines kurzen geriatrischen Assessments für die Hausarztpraxis. Z Allg Med 2012; 88 (ZFA Abstractband 2012):103.

Junius U, Fischer G für die STEP-Gruppe. Geriatrisches Assessment für die hausärztliche Praxis. Ergebnisse einer konzertierten Aktion aus sieben europäischen Ländern. ZS Geriat Gerontol 2002; 35:210-23.

Junius-Walker.Ulrike@mh-hannover.de, Christiane.Mueller@med.uni-goettingen.de, Barkhausen.Tanja@mh-hannover.de, Eva.Hummers-Pradier@med.uni-goettingen.de, Gudrun.Theile@usz.ch

Patientenname:

Datum:

**Problem  
vorhanden**

## 1. Leistungsfähigkeit

Während der letzten zwei Wochen:  
Hatten Sie Schwierigkeiten, Ihre alltäglichen Arbeiten innerhalb und außerhalb des Hauses zu erledigen?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überhaupt keine Schwierigkeiten	wenig Schwierigkeiten	einige Schwierigkeiten	viele Schwierigkeiten	habe nichts geschafft

## 2. Sehen

2.1	Haben Sie Probleme, Zeitungsschrift zu erkennen - auch mit Brille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
2.2	Haben Sie Probleme, Personen auf der anderen Straßenseite zu erkennen - auch mit Brille?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**mind. 1 Antwort grau triggert**

## 3. Hören

3.	Fällt es Ihnen schwer, Gespräche zu verstehen (ggf. auch mit Hörgerät)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
----	---	-----------------------------	-------------------------------

## 4. Stürze

4.	Sind Sie in den letzten 6 Monaten gestürzt? Wie oft sind Sie gestürzt?	<input type="checkbox"/> nicht gestürzt oder nur 1-mal	<input type="checkbox"/> 2-mal oder mehr
----	---	--	--

Patientenname:

Datum:

### 5 . Harninkontinenz

5.6	Sind beim Husten, Niesen, Lachen, Laufen oder Bücken schon einmal Tropfen aus der Blase abgegangen?				
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer
5.7	Kommt es vor, dass Sie die Toilette nicht mehr rechtzeitig erreichen können?				
	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> immer

mind. 1 Antwort grau triggert

### 6. Depressivität

6.1	Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen oft niedergeschlagen, deprimiert oder hoffnungslos gefühlt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6.2	Hatten Sie in den letzten 4 Wochen weniger Interesse oder Freude daran, etwas zu unternehmen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

mind. 1 Antwort grau triggert

### 7. Soziales Umfeld

7.1	Haben Sie jemanden, der sich im Notfall um Sie kümmert, z.B. bei Sturz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fraglich
7.2	Haben Sie jemanden, auf den Sie sich verlassen und dem Sie sich anvertrauen können?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> fraglich

mind. 1 Antwort grau triggert

### 8. Impfschutz

Junius-Walker.Ulrike@mh-hannover.de, Christiane.Mueller@med.uni-goettingen.de, Barkhausen.Tanja@mh-hannover.de, Eva.Hummers-Pradier@med.uni-goettingen.de, Gudrun.Theile@usz.ch

**Problem vorhanden**

**Problem vorhanden**

Patientenname:

Datum:

Nun folgen Fragen zu Ihren Impfungen. Falls Sie Ihr Impfbuch dabei haben, bitte ich Sie, es mir zu geben. Sonst bitte ich Sie, sich so gut es geht zu erinnern.

8.0 Impfbuch dabei:  ja  nein

8.1	Sind Sie innerhalb des letzten Jahres gegen <b>Grippe</b> (Influenza) geimpft worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
8.2	Sind Sie in den vergangenen 10 Jahren gegen <b>Wundstarrkrampf</b> (Tetanus) geimpft worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
8.3	Sind Sie in den vergangenen 10 Jahren gegen <b>Diphtherie</b> geimpft worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht

mind. 1 Antwort grau triggert

### 9. Orientierungstest zur räumlichen Wahrnehmung

1. Geben Sie dem Patienten die letzte Seite des Fragebogens (vorgezeichneter Kreis).

2. Geben Sie dem Patienten folgende Anweisungen:

**„Dies soll eine Uhr sein. Ich möchte Sie bitten, in diese Uhr die fehlenden Ziffern/ Zahlen zu schreiben. Zeichnen Sie danach die Uhrzeit „11.10“ ein“.**

3. Sie können die Anweisung wiederholen, bevor der Test begonnen wird, während des Testes jedoch nicht mehr.

4. Bewerten Sie die angefertigte Zeichnung gemäß der Kriterien (Score) im Anhang.

Score:

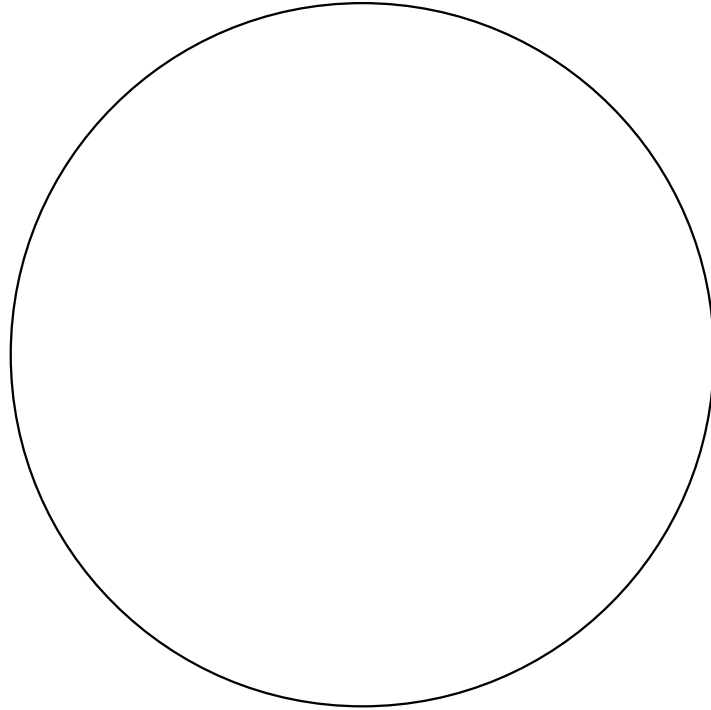
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Der Patient lehnt ab

### Anlage: Kreis für den Uhrentest

Patientenname:

Datum:



Patientenname:


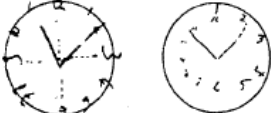



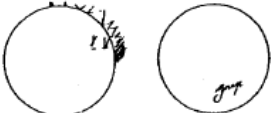
Datum:

**Der Uhren-Test (modifiziert nach Shulman 1993)**

Anweisungen zur Durchführung:

1. Geben Sie dem Patienten ein Blatt Papier mit einem vorgezeichneten Kreis. Zeigen Sie ihm, wo oben und unten ist.
2. Geben Sie dem Patienten folgende Anweisung: „Dies soll eine Uhr sein. Ich möchte Sie bitten, in diese Uhr die fehlenden Ziffern zu schreiben. Zeichnen Sie danach die Uhrzeit ‚10 nach 11‘ ein.“
3. Machen Sie sich Notizen zur Ausführung der gestellten Aufgabe (Reihenfolge, Korrekturen etc.).
4. Bewerten Sie die angefertigte Zeichnung gemäß der unten stehenden Kriterien. Notieren Sie den Score zusammen mit Datum und Namen des Patienten auf dem Zeichenblatt.
5. Der validierte Cut-Off zur Unterscheidung zwischen Normalbefund einerseits und kognitiver Beeinträchtigung im Sinne einer evtl. vorliegenden Demenz andererseits liegt zwischen 2 und 3. Anders ausgedrückt: Ein Score von  $\geq 3$  Punkten ist als pathologisch anzusehen.

Bewertung (1 = ohne Fehler, 6 = keine Uhr erkennbar)

Score	Beschreibung	Beispiele
<b>1</b>	<b>„Perfekt“</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziffern 1–12 richtig eingezeichnet</li> <li>• zwei Zeiger, die die richtige Uhrzeit (11:10 Uhr) anzeigen</li> </ul>	
<b>2</b>	<b>Leichte visuell-räumliche Fehler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstände zwischen den Ziffern nicht gleichmäßig</li> <li>• Ziffern außerhalb des Kreises</li> <li>• Blatt wird gedreht, so dass die Ziffern auf dem Kopf stehen</li> <li>• Pat. verwendet Linien („Speichen“) zur Orientierung</li> </ul>	
<b>3</b>	<b>Fehlerhafte Uhrzeit bei erhaltener visuell-räumlicher Darstellung der Uhr</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nur ein Zeiger</li> <li>• „10 nach 11“ (o. ä.) als Text hingeschrieben</li> <li>• keine Uhrzeit eingezeichnet</li> </ul>	
<b>4</b>	<b>Mittelgradige visuell-räumliche Desorganisation, so dass ein korrektes Einzeichnen der Uhrzeit unmöglich wird</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• unregelmäßige Zwischenräume</li> <li>• Ziffern vergessen</li> <li>• Perversveration: wiederholt den Kreis, Ziffern jenseits der 12</li> <li>• Rechts-links-Umkehr (Ziffern gegen den Uhrzeigersinn)</li> <li>• Dysgraphie – keine lesbare Darstellung der Ziffern</li> </ul>	
<b>5</b>	<b>Schwergradige visuell-räumliche Desorganisation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wie unter (4) beschrieben, aber stärker ausgeprägt</li> </ul>	
<b>6</b>	<b>Keinerlei Darstellung einer Uhr (cave: Ausschluss Depression/Delir!)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kein wie auch immer gearteter Versuch, eine Uhr zu zeichnen</li> <li>• keine entfernte Ähnlichkeit mit einer Uhr</li> <li>• Patient schreibt Worte oder Name</li> </ul>	

Literatur:

1. Shulman KI, Shedletsky R, Silver IL. **The challenge of time: Clock-drawing and cognitive function in the elderly.** *Int J Geriatr Psychiatry* 1986, 1:135-140.
2. Shulman KI, Gold DP *et al.* **Clock-drawing and dementia in the community: a longitudinal study.** *Int J Geriatr Psychiatry* 1993, 8:487-496.
3. Brodaty H, Moore CM. **The Clock Drawing Test for dementia of the Alzheimer's type: a comparison of three scoring methods in a memory disorders clinic.** *Int J Geriatr Psychiatry* 1997, 12:619-627.