

# Separatdruck

erschienen in PHC 5/23

## Guidelines für Grundversorgende: Demenz

Amato Giani, Ursula Frey, Stefan Schäfer, Marzio Sabbioni



## Richtlinie von mednetbern

# Guidelines für Grundversorgende: Demenz

In der Schweiz sind im Jahr 2020 144 337 [1] von 8 637 000 Menschen – ca. 1,67% der Bevölkerung – an Demenz erkrankt. Die Inzidenz steigt mit dem Alter, weshalb die Zahl weiter zunehmen wird [2]. Da bisher keine Therapie zur Verhinderung der Progression bzw. zur Heilung existiert, ist die Prognose der Betroffenen schlecht und mit fortschreitender Pflegebedürftigkeit assoziiert. Diese Guideline [3] soll der Hausärzteschaft helfen, die Patientinnen und Patienten zu Hause oder im Alters- und Pflegeheim bestmöglich zu behandeln [4].

Amato Giani<sup>a</sup>, Ursula Frey<sup>a</sup>, Stefan Schäfer<sup>a</sup>, Marzio Sabbioni<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> mednetbern, Bern; <sup>b</sup> beratender Arzt

## Definition

Die Demenz ist ein neurobiologisches Syndrom, verursacht durch eine fortschreitende neurodegenerative und/oder vaskuläre Erkrankung des Gehirns. Initial überwiegen Störungen kognitiver Funktionen: Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die Symptomatik muss seit mindestens 6 Monaten bestehen. Im Verlauf kommt es zu einer Verschlechterung der kognitiven Funktion und dadurch zu einer Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen sowie Veränderungen von Sozialverhalten, emotionaler Kontrolle und Motivation (psychische und Verhaltenssymptome der Demenz, bzw. «behavioral and psychological symptoms of dementia» = BPSD). Im fortgeschrittenen Stadium sind auch vegetative und motorische Funktionen betroffen.

## Case-Finding

Kriterien für eine Testung sind neu aufgetretene Auffälligkeiten (z.B. in der Praxis, beim Fahreignungstest, Hinweise Angehöriger) oder Risikofaktoren (z.B. Alter, Genetik, St. n. Delir). Das Montreal Cognitive Assessment (MoCA) [5] gibt wegen seiner hohen Sensitivität im Frühstadium gute Hinweise auf eine kognitive Störung. Bei einem Score von <26 Punkten ist die kognitive Störung abklärungsbedürftig. Ein MoCA zwischen 21 und

26 Punkten ist ein Hinweis auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI). Fünf Prozent der Fälle mit kognitiver Störung haben jedoch nicht eine Demenz, sondern eine akut gefährliche und/oder behandelbare Krankheit (z.B. Delir, Depression etc.) als Ursache.

## Dreiteilige diagnostische Abklärung

### 1. Teil: Demenzkriterien.

- Die **Kognitiven Ersttests müssen pathologisch sein**: MoCA  $\leq 21$  Punkte, bzw. Mini-Mental-Status-Test (MMST) [6]  $< 27$  Punkte.
- **Im Verlauf** muss eine **Verschlechterung** stattfinden: IQ CODE [7] (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)  $\geq 23$  Punkte.
- Die **Alltagsfunktion** muss **beeinträchtigt** sein: FAQ [8] (Functional Activities Questionnaire)  $\geq 10$  Punkte.

(MoCA und MMST sind urheberrechtlich geschützt und müssen erworben werden. IQ CODE, FAQ und NPI sind dieser Guideline als Kopiervorlagen beigelegt.)

### 2. Teil: Ausschluss potenziell gefährlicher und reversibler Erkrankungen und Medikamenten-Nebenwirkungen.

Das beiliegende CDS (Clinical Decision Support)-Tool von *mednetbern* hilft, mit einfachen Beispielfragen die wichtigsten behandelbaren Differentialdiagnosen zu erkennen. Sedierende Medikamente und somatische Erkrankungen, welche Symptome einer Demenz vortäuschen kön-

nen, müssen erfasst werden. Im internistischen und Neurostatus achten wir auf Schlaganfall-Residuen und Parkinsonismus. Im Labor sind Differentialblutbild, CRP, BSR, Elektrolyte, Schilddrüsen-, Leber- und Nierenfunktionswerte, Vitamin B<sub>12</sub>, HIV und Lues sinnvoll. *mednetbern* empfiehlt bei allen Patientinnen und Patienten mit kognitiver Störung ein MRI des Gehirns.

3. Teil: **Psychische Erkrankungen und Ressourcen.** Im Psychostatus achten wir auf eine Störung des Bewusstseins und depressive oder psychotische Symptome (Wahn, Halluzinationen). Das NPI [9] (Neuropsychiatrisches Inventar) dient der Erfassung der BPSD. Das psychosoziale Assessment gibt Informationen zu Ressourcen, Bildungsniveau und Umfeld.

## Diagnose

Um die Diagnose Demenz stellen zu können, müssen alle drei Demenzkriterien seit 6 Monaten vorhanden sein: **Pathologische Kognition UND Verschlechterung im Verlauf UND Beeinträchtigung der Alltagsfunktion.**

## Differenzialdiagnose

Eine präzise durchgeführte Diagnostik erlaubt die Abgrenzung zum Delir, der leichten kognitiven Störung (MCI) und den übrigen im CDS-Tool aufgeführten Erkrankungen. Wenn bei normaler kognitiver Testung die Alltags-

funktionen beeinträchtigt sind, soll nach psychiatrischen Leiden gesucht werden.

### Assessment [10]

Das Demenz-Assessment ist die Grundlage für unsere therapeutischen Entscheidungen und erfolgt in drei Schritten:

1. Schritt: Beurteilung des **Schweregrades** der Demenz.

- **Leicht:** Score im MoCA 10–21 oder MMST 20–26 Punkte [11] UND Beeinträchtigung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens im FAQ  $\geq 10$  Punkte.
- **Mittel:** Bei einem Score im MoCA  $< 10$  oder MMST 10–19 Punkte finden sich zusätzliche Beeinträchtigungen der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Trinken, Aufstehen, Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung. Die Betroffenen leiden unter Harn- und Stuhlinkontinenz.
- **Schwer:** MMST  $< 10$ .
- **Sehr schwer:** MMST  $< 3$ , verbunden mit vollständiger Abhängigkeit.

2. Schritt: **Ätiopathologische** Unterteilung der Demenz [12].

Die diagnostische Festlegung der Demenzform soll durch Spezialisten erfolgen (Memory-Klinik, Neurologe).

Die häufigsten Formen sind [13]:

- **Alzheimer-Demenz** (50–70%). Sie tritt als neurodegenerative Erkrankung meist im Alter ab 65 Jahren auf. Bei jüngeren Patientinnen und Patienten handelt es sich meist um die autosomal-dominante genetische Variante.
- **Vaskuläre Demenz** (15–25%). Sie tritt im späten Lebensalter auf und manifestiert sich durch Gangstörung, Stürze, Blasenstörung, Persönlichkeits- und Stimmungsveränderungen.
- **Gemischte Demenz:** Alzheimer-Demenz und Vaskuläre Demenz kommen in 16–20% als Mischformen vor.
- **Frontotemporale Demenz** ( $< 10\%$ ): Bereits im mittleren Lebensalter. Verhaltensvariante und Variante der primär progressiven Aphasie.
- **Demenz bei Morbus Parkinson:** Kognitive Beeinträchtigungen betreffen 20–40% aller an M. Parkinson Erkrankten.
- **Lewy-Körper-Demenz** ( $< 10\%$ ): Bei initial noch erhaltenem Gedächtnis treten im Alter ab 65 Jahren Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen auf. Wegen Neuroleptika-Überempfindlichkeit ist bei dieser Demenzform Risperidon zur Behandlung der BPSD kontraindiziert.

3. Schritt: Erfassen der psychischen und Verhaltenssymptome der Demenz (**BPSD**) mittels NPI. Der Zeitraum der letzten vier Wochen

wird durch Befragung der Bezugspersonen beurteilt hinsichtlich des Schweregrads von Apathie, Depression, Agitation, Aggressivität und Angst.

### Therapieziel, Behandlungsstrategie, Therapiemassnahmen

Die Behandlung resultiert aus den Erkenntnissen des Assessments. Ihr Ziel ist die Sicherung einer optimalen Lebensqualität und Verlangsamung der Progredienz. Grundsätzlich soll jede Patientin und jeder Patient in den Genuss der allgemeinen und pflegerischen Massnahmen kommen. Die weiteren Therapiemassnahmen sind psychosoziale Interventionen und die Pharmakotherapie.

### Allgemeine und pflegerische Massnahmen

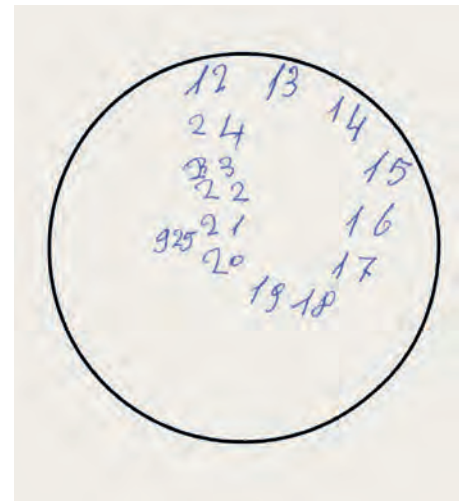
Patientinnen, Patienten und Angehörige müssen früh über Symptome und Verlauf der Erkrankung aufgeklärt werden. Anmeldung an die IV für die Hilflosenentschädigung, ggf. Meldung an die KESB für eine Beistandschaft, aber auch Ansprechen von Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag sind Grundkompetenzen der Hausärztinnen und -ärzte. Die Entscheidungsfindung zu Behandlungsoptionen und Zukunftsplanung muss partizipativ erfolgen, damit die Vorstellungen der Patientinnen, Patienten und Angehörigen bestmöglich umgesetzt werden können. Die Tagesstruktur und die Aufrechterhaltung von Aktivitäten müssen sorgfältig organisiert werden. Auf Hilfsangebote (z.B. Spitex, Mahlzeitendienst, Transportdienst) und Hilfsmittel (z.B. Rollator) wird hingewiesen. Zum Eigen- und Fremdschutz sollen die Korrektur von Seh- und Hörstörungen und eine Rauch- und Alkoholabstinenz empfohlen werden.

### Psychosoziale Interventionen

Psychosoziale Interventionen sollten in Abhängigkeit vom Schweregrad der Demenz und definierten Symptomen (Agitation, Depressivität, gestörter Tag-/Nachtrhythmus, mangelnde Nahrungsaufnahme) versucht werden.

### Pharmakotherapie der Demenz

Die Pharmakotherapie der Demenz übertrifft leider nicht den Empfehlungsgrad B («sollte»), oft sogar nur Off-Label. Der therapeutische Nutzen muss alle 3–6 Monate mit dem MMST überprüft werden. Medikamentöse Nebenwirkungen können erheblich sein. Bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz und gemischter Demenz kommen die Acetylcholinesterase-Hemmer Donepezil, Galantamin und Rivastigmin zum Einsatz. Memantin hat seinen Platz in der Behandlung der mittel-



**Abbildung 1:** Uhrentest eines Patienten mit leichtgradiger Alzheimer-Demenz.

schweren und schweren Alzheimer-Demenz. Die leichte bis mittelschwere Demenz bei M. Parkinson sollte mit Rivastigmin-Kapseln behandelt werden.

### Management der psychischen und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD)

Je nach Ausprägung der BPSD wird deren Behandlung zu einer Herausforderung. Medizinische Ursachen, fehlende Abdeckung von Grundbedürfnissen und personen- und umgebungsbedingte Faktoren müssen gesucht und nach Möglichkeit verbessert werden.

Zur medikamentösen Therapie der BPSD werden neben Acetylcholinesterase-Hemmern, Memantin und Ginkgo-Präparaten besonders Risperidon (gegen Agitation, Reizbarkeit, Aggressivität, Wahn), Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (gegen Depression und Angst) und Antiepileptika (Off-Label) empfohlen. Zur Behandlung von Schlafstörungen bei der BPSD gibt es keine evidenzbasierte Pharmakotherapie. Benzodiazepine sind wegen der Neigung zu Stürzen, Delir und kognitiver Verschlechterung zu vermeiden. Da die Neuroleptika das Risiko für Mortalität und kognitive Verschlechterung erhöhen, müssen Patientinnen, Patienten und ihre Vertreter darauf hingewiesen werden. Sie sind bei Lewy-Körper-Demenz und M. Parkinson kontraindiziert.

### Verlaufskontrolle

Zur Überprüfung der Therapie wird alle 3–6 Monate eine Verlaufskontrolle durchgeführt. Die kognitiven Funktionen werden mit MoCA oder MMST erfasst, die Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens mit dem FAQ und das Ausmass der BPSD mit dem NPI.

Frailty muss erkannt und behandelt werden. Frailty ist ein Symptomenkomplex: rasche



Erschöpfbarkeit, Gewichtsverlust, Muskelabbau, unsichere Fortbewegung, Stürze, reduzierte Aktivität im Alltag, Isolation und Vereinsamung, Inkontinenz.

### Arbeitsfähigkeit, Fahreignung

Bei Erkrankungsbeginn vor der Pensionierung besteht Arbeitsunfähigkeit: Anmeldung für IV-Rente.

Die Fahreignung muss spätestens ab MMST <21 Punkte (entspricht etwa MoCA <12 Punkte) und Trail-Making-Test B (TMTB) [14] >180 Sekunden in Frage gestellt werden.

### Urteilsfähigkeit

«Art. 16 ZGB: Urteilsfähig im Sinne dieses Gesetzes ist jede Person, der nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln.»

Ab einer mittelschweren Demenz (MoCA <10 Punkte, MMST 10–19 Punkte) soll die Urteilsfähigkeit in Frage gestellt werden (Weiterweisung). Bei schwerer Demenz (MMST <10 Punkte) ist die Urteilsfähigkeit klar nicht gegeben.

Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung müssen im Stadium der leichten Demenz formalisiert werden, solange noch Urteilsfähigkeit besteht.

### Verlauf und Prognose

Neurodegenerative Demenzen verlaufen bei variabler Dauer über mehrere Jahre progredient. Bei vaskulären Demenzen sind stufenförmige Verläufe mit Phasen ohne Progredienz oder mit leichter Besserung möglich.

Frailty beschleunigt die Abnahme der kognitiven Funktionen.

### Prävention (kognitiv Gesunde und MCI) [15]

Folgende Massnahmen wirken präventiv gegen Demenz: Fördern einer guten Ausbildung in der Jugend; Behandlung der Risikofaktoren arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie und Depression [16]; Behandlung von Hör- und Sehstörungen; Reduktion des Alkoholkonsums; Rauchstopp; Vermeiden von Luftverschmutzung; genügend physische, soziale und mental stimulierende Aktivitäten. Bei Frauen ist Lohnarbeit ausser Haus im frühen und mittleren Erwachsenenalter ein Schutzfaktor [17].

### Ausblick

Jüngste Entwicklungen wie Labortests in Kombination mit hirnvolumetrischen MRI-Untersuchungen zur Früherkennung von Alzheimer-Demenz sowie Medikamente aus

der Gruppe der Antikörper geben Anlass zur Hoffnung. Vom Durchbruch scheinen wir noch weit entfernt.

### Korrespondenz

Dr. med. Amato Giani  
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin  
Sidlerstrasse 4  
CH-3012 Bern  
amato.giani[at]hin.ch

### Literatur

- 1 bag.admin.ch [Internet]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG; c2021. Factsheet\_Prävalenzschätzung\_Demenzkrankung\_DE\_2021. Available from: [https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html#:~:text=In%20der%20Schweiz%20leben%20sch%C3%A4tzungsweise,200%20Neuerkrankungen%20hinzu%20\(2022\)](https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-demenz.html#:~:text=In%20der%20Schweiz%20leben%20sch%C3%A4tzungsweise,200%20Neuerkrankungen%20hinzu%20(2022).).
- 2 who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2019. Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/guidelines\\_risk\\_reduction/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/)
- 3 mednetbern.ch [Internet]. Lenburg: mednetbern; c2021. Guideline Demenz. Available from: <https://www.mednetbern.ch/publications/guideline-demenz.pdf>
- 4 who.int [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2018. Towards a dementia plan: a WHO guide. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/policy\\_guidance/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/policy_guidance/en/)
- 5 mocatest.org [Internet]. Québec: MoCA Test Inc.; c2023. Available from: <https://www.mocatest.org/>
- 6 testzentrale.ch [Internet]. Bern: Hogrefe; c2023. Available from: <https://www.testzentrale.ch/>
- 7 nceph.anu.edu.au [Internet]. Canberra: The Australian National University. Informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. Available from: <https://nceph.anu.edu.au/research/tools-resources/informant-questionnaire-cognitive-decline-elderly>
- 8 alz.org [Internet]. Chicago: Alzheimer's Association; c2023. Use of the Functional Activities Questionnaire in Older Adults with Dementia. Available from: <https://www.alz.org/careplanning/downloads/functional-activities-questionnaire.pdf>
- 9 Cummings JL. The Neuropsychiatric Inventory Questionnaire: Background and Administration. Los Angeles: c1994. Available from: [https://download.lww.com/wolterskluwer\\_vitalstream\\_com/permalink/cont/a/cont\\_21\\_3\\_2015\\_02\\_26\\_kaufar\\_2015-10\\_sdc2.pdf](https://download.lww.com/wolterskluwer_vitalstream_com/permalink/cont/a/cont_21_3_2015_02_26_kaufar_2015-10_sdc2.pdf)
- 10 Bürge M, Bieri G, Brühlmeier M, Colombo F, Demonet JF, Felbecker A, et al. Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen [Recommendations of Swiss Memory Clinics for the Diagnosis of Dementia]. Praxis (Bern 1994). 2018 Apr;107(8):435–51. German. doi: 10.1024/1661-8157/a002948. PMID: 29642795.
- 11 Fasnacht JS, Wueest AS, Berres M, Thomann AE, Krumm S, Gutbrod K, et al. Conversion between the Montreal Cognitive Assessment and the Mini-Mental Status Examination. J Am Geriatr Soc. 2023 Mar;71(3):869–79. Epub 2022 Nov 8. Available from: <https://www.mocatest.ch/de/umrechnung>
- 12 Sorbi S, Hort J, Erkinjuntti T, Fladby T, Gainotti G, Gurvit H, et al.; EFNS Scientist Panel on Dementia and Cognitive Neurology. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. Eur J Neurol. 2012 Sep;19(9):1159–79. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-1331.2012.03784.x>
- 13 Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Demenzen. Aktualisierung 2016, AWMF-Register-Nummer: 038-013. Berlin: DGN; 2016. Available from: <https://dnvp9c1uo2095.cloudfront.net/wp-con->

tent/uploads/2012/12/038013\_LL\_Demenzen\_2016.pdf 14 memoryclinic.ch [Internet]. Basel: Memory Clinic. Available from: <https://www.memoryclinic.ch/de/main-navigation/neuropsychologen/login-registrieren/>

15 Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. Lancet. 2020 Aug 8;396(10248):413–46. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30367-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30367-6/fulltext)

16 mednetbern.ch [Internet]. Lenburg: mednetbern; c2021. Guidelines und Publikationen. Available from: <https://www.mednetbern.ch/guidelines-publication.html>

17 Mayeda ER, Mobley TM, Weiss RE, Murchland AR, Berkman LF, Sabbath EL. Association of work-family experience with mid- and late-life memory decline in US women. Neurology. 2020 Dec 8;95(23):e3072–e3080. Available from: <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000010989>

# Guideline Demenz

<b>Diagnose nach ICD-10</b>	<b>F00-F03 Demenz</b>		
<b>Definition</b>	Neurobiologisches Syndrom verursacht durch eine fortschreitende neurodegenerative oder/ und vaskuläre Erkrankung des Gehirns. Initial überwiegen Störungen kognitiver Funktionen: Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die Symptomatik muss seit mindestens 6 Monaten bestehen. Im Verlauf kommt es zu einer Verschlechterung der kognitiven Funktion und dadurch zu einer Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen sowie von Veränderungen von Sozialverhalten, emotionaler Kontrolle und Motivation (Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz, bzw. «Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia» = BPSD). Im fortgeschrittenen Stadium sind auch vegetative und motorische Funktionen betroffen.		
<b>Case-Finding</b>	Kein Screening, sondern gezielte Suche nach Betroffenen bei neu aufgetretenen <b>Auffälligkeiten</b> oder <b>Risikofaktoren</b> . <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Auffälligkeiten:</b> in der Praxis, beim Fahreignungstest, Hinweise Angehöriger oder Dritter, Klagen des Patienten.</li> <li>• <b>Risikofaktoren:</b> Alter, Genetik, Mild Cognitive Impairment (MCI), St. n. Delir, kardiovaskuläre Risikofaktoren mit Beginn bereits im mittleren Alter, Depression, Schlafstörung, Gangstörung, Schwerhörigkeit, wenig soziale Interaktion, wenig physische und mentale Aktivität.</li> </ul> <b>Cave:</b> Ausschluss akut gefährlicher und/oder behandelbarer Ursachen (5 %) mittels <b>mednetbern Clinical Decision Support (CDS)-Tool Kognitive Störung</b> .		
<b>Kognitive Ersttestung</b>	Das Case-Finding muss durch den <b>Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA)</b> (erhältlich unter <a href="http://www.mocatest.org">www.mocatest.org</a> ) bestätigt werden. Hohe Sensitivität im Frühstadium. <b>Bei &lt; 26 Punkten: abklärungsbedürftige kognitive Störung.</b>		
<b>3-teilige diagnostische Weiterabklärung der kognitiven Störung</b>	<b>1. Demenzkriterien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kognitive Ersttests pathologisch:</b> MoCA <math>\leq</math> 21 Punkte bzw. <b>Mini-Mental-Status-Test (MMST)</b> (erhältlich unter <a href="http://www.testzentrale.ch">www.testzentrale.ch</a>) <math>&lt;</math> 27 Punkte.</li> <li>• <b>Verschlechterung im Verlauf:</b> IQ-Code (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) <math>\geq</math> 23 Punkte.</li> <li>• <b>Beeinträchtigung der Alltagsfunktion:</b> FAQ (Functional Activities Questionnaire) <math>\geq</math> 10 Punkte.</li> </ul>	<b>2. Ausschluss potentiell gefährlicher und reversibler Erkrankungen und Medikamenten-NW</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gem. <b>mednetbern CDS-Tool Kognitive Störung</b>.</li> <li>• <b>Untersuchungen:</b> Medikamentenanamnese, internistischer und Neurostatus (achten auf Schlaganfallresiduen, Gangstörung, Parkinsonismus, Verlangsamung).</li> <li>• <b>Labor:</b> Hämatogramm V, Na, K, Ca, Glukose, TSH, TPO-Antikörper, CRP/BSR, Leberwerte, Kreatinin, Harnstoff, B12, evtl. HIV, Lues. Genetische Testung in Spezialfällen.</li> <li>• <b>Bildgebung:</b> MRI (Atrophie im medialen Temporallappen/ vaskuläre Läsionen?), evtl. CT. Für FDG-PET Kostengutsprache.</li> </ul>	<b>3. Psychische Erkrankungen und Ressourcen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vervollständigung des Psychostatus:</b> Bewusstseinsstörung, depressive Symptomatik, psychotische Symptome (Wahnsymptome, Halluzinationen). Therapierelevant.</li> <li>• <b>NPI (Neuropsychiatrisches Inventar):</b> Erfassen der BPSD (Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz). Therapierelevant.</li> <li>• <b>Psychosoziales Assessment:</b> Wohnsituation, Angehörige.</li> <li>• <b>Ressourcen:</b> Bildungsniveau, kultureller Background, Hobbies.</li> </ul>
<b>Diagnose</b>	Alle drei Demenzkriterien müssen erfüllt sein: Pathologische Kognition <i>UND</i> Verschlechterung im Verlauf <i>UND</i> Beeinträchtigung der Alltagsfunktion.		
<b>Differentialdiagnose</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gem. <b>mednetbern CDS-Tool Kognitive Störung</b>.</li> <li>• <b>Leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment MCI):</b> Alltagsfunktionen <i>NICHT</i> beeinträchtigt <i>UND</i> MoCA: 19–25. MMST ungeeignet. Es gibt eine Überlappung der MoCA-Punktezahl im Grenzbereich zwischen MCI (19–25) und Demenz (<math>\leq</math> 21). Entscheidend ist die Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen (Demenzkriterium). Progression von MCI zur Demenz möglich. Verlaufsbeobachtung.</li> <li>• <b>Beeinträchtigte Alltagsfunktionen bei normaler kognitiver Testung</b> (MoCA <math>\geq</math> 26, MMST <math>\geq</math> 27): andere Ursache suchen (z. B. psychiatrisches Leiden).</li> <li>• <b>Klagen über eine kognitive Beeinträchtigung bei normaler kognitiver Testung</b> (MoCA <math>\geq</math> 26), gehäuft bei zunehmendem Alter (30 %) und bei depressiven, ängstlichen Pat., die sich selbst für eine kognitive Abklärung zugewiesen haben. Verlaufsbeobachtung.</li> </ul> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p><b>Delir:</b> Akut aufgetretene, im Verlauf fluktuierende Störung des Bewusstseins mit Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Orientierung und Wahrnehmung. Die Abgrenzung zur Demenz gelingt in der Regel durch die Anamnese mit den Risikofaktoren Alter, Multimorbidität, Polymedikation, Alkohol, Drogen, Hospitalisation, Operation. Demenz ist selber auch ein Risikofaktor für ein Delir! <b>Notfallsituation!</b> Hohe Mortalität, behandelbare Ursachen suchen.</p> </div>		
<b>Ätiopathologische Unterteilung der Demenzen (nur häufigste)</b>	Unterscheidungen zwischen den Demenzformen sind zu Beginn der Erkrankung oft schwierig, jedoch therapierelevant: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alzheimer-Demenz</b> (50–70 %): Neurodegenerativ. Amyloidmarker. Meist ab 65 Jahren. Vor 65 oft genetisch autosomal-dominante Variante.</li> <li>• <b>Vaskuläre Demenz</b> (15–25 %): Mikro- oder makrovaskuläre Hirnschädigung oft vorbekannt. Spätes Lebensalter. Häufig Gangstörung, Stürze, Blasenstörung, Pseudobulbärparalyse, Persönlichkeits- und Stimmungsveränderungen. Demenz bei chronischer Niereninsuffizienz meist vaskulär.</li> <li>• <b>Gemischte Demenz:</b> Alzheimer Demenz + Vaskuläre Demenz (16–20 %), Alzheimer Demenz + Lewy-Körper-Demenz.</li> <li>• <b>Frontotemporale Demenz</b> (<math>&lt;</math> 10 %): Verhaltensvariante und Variante der primär progressiven Aphasie. Mittleres Lebensalter.</li> <li>• <b>Demenz bei Morbus Parkinson</b> (20–40 % aller an M. Parkinson Erkrankten): Kognitive Beeinträchtigungen bei Diagnose eines M. Parkinson.</li> <li>• <b>Lewy-Körper-Demenz</b> (<math>&lt;</math> 10 %): Initial noch erhaltenes Gedächtnis bei Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen. Nach 65 Jahren. Parkinson-Symptome. Optische Halluzinationen, REM-Schlaf-Störung mit Schreien, motorisches Ausagieren von Träumen. <b>Neuroleptikaüberempfindlichkeit!</b></li> </ul>		
<b>Assessment</b>	Das kombinierte Assessment der Demenz ist therapierelevant. Es besteht aus einer Synthese der folgenden Parameter: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Schweregrad der Demenz</b> gem. Beeinträchtigung der kognitiven und Alltagsfunktionen. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Leicht:</b> MoCA 10–21 oder MMST 20–26 Punkte. Beeinträchtigung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens gem. FAQ <math>\geq</math> 10.</li> <li>• <b>Mittel:</b> MoCa <math>&lt;</math> 10 oder MMST 10–19. Zusätzlich Beeinträchtigungen der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Trinken, Aufstehen, Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung. Harn- und Stuhlinkontinenz.</li> <li>• <b>Schwer:</b> MMST <math>&lt;</math> 10 (MoCA nicht geeignet). <b>Sehr schwer:</b> MMST <math>&lt;</math> 3. (MoCA nicht geeignet). Vollständige Abhängigkeit.</li> </ul> </li> <li>• <b>Ursache der Demenz.</b></li> <li>• <b>Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD)</b> gem. NPI.</li> </ul>		

<b>Therapieziel</b>	Sicherung einer optimalen Lebensqualität und Verlangsamung der Progredienz durch <b>Erhalt der kognitiven Funktionen</b> durch pharmakologische und psychosoziale Interventionen, <b>Erhalt der Autonomie</b> durch gezielte Unterstützung bei den Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie <b>der Partizipation</b> am familiären und gesellschaftlichen Leben.			
<b>Behandlungsstrategie</b>	Das Therapieziel wird erreicht durch individualisierte <b>allgemeine</b> und <b>pflegerische Massnahmen</b> , sowie durch <b>psychosoziale</b> und <b>pharmakologische Interventionen</b> . Co-Morbiditäten werden angemessen behandelt. <b>Cave sedierende Medikamente oder Medikamente mit anticholinerg NW!</b>			
<b>Therapie der Demenz</b>	<p><b>Allgemeine und pflegerische Massnahmen</b></p> <p><b>Frühzeitige Aufklärung der Pat. UND Angehörigen</b> zu Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlung in verständlicher Sprache. Betonen, dass der Aufbau eines multiprofessionellen Helfernetzes unerlässlich ist. Abgabe von Informationsbroschüren, Info zu Beratungsstellen. Anmeldung an die IV für Hilflosenentschädigung, Involvierung KESB (Beistandschaft).</p> <p><b>Psychoedukation:</b> Vermittlung wissenschaftlich fundierter Informationen zu Diagnose und Verlauf mit dem Ziel, bei Pat. und Angehörigen Verständnis, Akzeptanz und Mitarbeit zu verbessern.</p> <p><b>Partizipative Entscheidungsfindung:</b> Gemeinsam Behandlungsoptionen besprechen, Erwartungen und Befürchtungen explorieren, Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag ausarbeiten und das Procedere festlegen. So können die Vorstellungen der Patienten auch bei weiterer Verschlechterung der kognitiven Funktionen optimal berücksichtigt und Konflikte vermieden werden.</p> <p><b>Tagesstruktur:</b> Förderung von regelmässigen körperlichen und mental stimulierenden Aktivitäten, sozialen Kontakten und einer ausgewogenen Ernährung. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens durch gezielte Massnahmen vermeiden: z. B. Mobilität in der Wohnung und ausserhalb: (Rollator, Rollstuhl, Fahrdienst); Verordnung Spitex, Ergotherapie.</p> <p><b>Geriatrische Tagesklinik:</b> Entlastung der Angehörigen. Durchführung der unten beschriebenen psychosozialen Interventionen.</p> <p><b>Eigen- und Fremdschutz:</b> Korrektur von Hör- und Sehstörungen wenn noch möglich. Empfehlung Rauchstopp oder nur unter Aufsicht (Brandgefahr!) und Alkoholstopp.</p>			
<b>Psychosoziale Interventionen</b> (Empfehlungsgrad: A= Soll, B= Sollte, O= Kann)	<b>Schweregrad</b>	<b>Leicht</b> MoCA 10–21 od. MMST 20–26	<b>Mittelschwer</b> MoCA < 10 od. MMST 10–19	<b>Schwer</b> MMST < 10
	<b>Kognitive Verfahren</b>	Kognitive Stimulation (B)		Keine Empfehlung
		Reminiszenztherapie (Autobiographische, emotinal positiv besetzte Altgedächtnisinhalte aktivieren) (B)		
	<b>Körperliche Aktivität</b>	Körperliche Aktivierung und leichtes körperliches Training 1 Std/Woche (B)		
	<b>Ergotherapie</b>	Einbezug der Bezugspersonen im häuslichen Umfeld (B)		Keine Empfehlung
	<b>Sensorische Verfahren</b>	Keine Empfehlung	Aromatherapie (O) Berührung/Körperkontakt (Cave: Distanz/Privatsphäre beachten) O Multisensorische, biographiebezogene Stimuli, Snoezelen (O)	
<b>Musiktherapie</b>	Keine Empfehlung	Aktive Musiktherapie (O)		
<b>Psychosoziale Interventionen (bei definierten Symptomen)</b>	<p><b>Agitation / Aggression:</b> Aromatherapie, rezeptive Musiktherapie (O).</p> <p><b>Depressive Symptome:</b> Strukturierte, angenehme Aktivitäten (B).</p> <p><b>Störung des Tag-/Nachtrhythmus:</b> Strukturierte Aktivierung während des Tages (B).</p> <p><b>Mangelnde Nahrungsaufnahme:</b> Verbale Unterstützung, positive Verstärkung, familienähnliche Esssituation (B).</p>			
<b>Pharmakotherapie der Demenz</b> (Empfehlungsgrad: A= Soll, B= Sollte, O= Kann)	<b>Schweregrad</b>	<b>Leicht</b> MoCA 10–21 od. MMST 20–26	<b>Mittelschwer</b> MoCA < 10 od. MMST 10–19	<b>Schwer</b> MMST < 10
	<b>Alzheimer (AD)/ gemischte Demenz (GD)</b>	AD: Donepezil (B), Galantamin (B), Rivastigmin (B) GD: Donepezil (O), Galantamin (O), Rivastigmin (O) Off-Label: AD/GD: Ginkgo Biloba (O)		Off-Label: AD: Donepezil (B), Galantamin (B), Donepezil+Memantin: (O) Off-Label: GD: Donepezil (O), Galantamin (O)
		Kein Einsatz von Memantin (A)	AD: Memantin (B)/GD: Memantin (O)	
	<b>Vaskuläre Demenz</b>	Off-Label: Donepezil (O), Galantamin (O), Rivastigmin (O), Memantin (O)		
		Off-Label: Ginkgo Biloba (O)		
	<b>Frontotemporale Demenz</b>	Keine Empfehlung		
<b>Lewy-Körper-Demenz</b>	Off-Label: Donepezil (O) Bei Verhaltenssymptomen (NPI): Rivastigmin (O), Memantin (O)			
<b>Demenz bei M. Parkinson</b>	Rivastigmin Kps: B (Off-Label: Rivastigmin Pflaster (B) Off-Label: Donepezil (B)		Keine Empfehlung	

<b>Management der Psychischen und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD)</b>	Suche nach medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Faktoren: <b>Medizinisch:</b> Psycho- und internistischer Status, Labor, Delir, Schmerzen, Medikamente (anticholinerge NW!). Sind die <b>Grundbedürfnisse</b> adäquat abgedeckt: psychologisch (Orientierungslosigkeit, Angst, Langweile), physiologisch (Hunger, Durst, Schlaf), sozial (Einsamkeit)? <b>Personen- und umgebungsbezogene Faktoren:</b> Achten auf Überforderung und dysfunktionale Bewältigungsstrategien von Pat., Angehörigen und Fachpersonen. Anpassen der internistischen Behandlung, der psychosozialen Interventionen, der pharmakologischen Behandlung. Beizug von zusätzlicher Unterstützung durch Ausbau der Helfernetzes.					
<b>Pharmakotherapie der Psychischen und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD)</b>		<b>ACHE-Hemmer</b>	<b>Memantin</b>	<b>Gingko biloba</b>	<b>SSRI</b>	<b>Risperidon*</b>
	<b>Schweregrad</b>	MMST 10–26	MMST 3–19 Punkte	MMST 10–26		
	<b>Apathie / Gleichgültigkeit</b>	×		×		
	<b>Depression</b>	×		×	×	
	<b>Agitation, Aggressivität</b>		×			×
	<b>Reizbarkeit</b>	×		×		×
	<b>Angst</b>	×		×	×	
	<b>Motorische Unruhe</b>					(×)
	<b>Wahn, Halluzination</b>		×			×
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bei Schlafstörungen, motorischer Unruhe, Euphorie und Enthemmung gibt es KEINE evidenzbasierte Pharmakotherapie.</li> <li><b>Off-Label:</b> Quetiapin, Trazodon, Trimipramin, Pimpamperon, Lamotrigin, Gabapentin, Clozapin (Blutbildkontrolle).</li> <li><b>Benzodiazepine vermeiden!</b> Stürze, Delir, kognitive Verschlechterung. (ggf. kurzwirksame Präparate bei speziellen Indikationen).</li> </ul> <p>* Neuroleptika: Pat. und ihre Vertreter müssen darauf hingewiesen werden, dass Antipsychotika das Risiko für Mortalität und kognitive Verschlechterung erhöhen. Sie sind bei Lewy-Körper-Demenz und Demenz bei M. Parkinson kontraindiziert (ggf. Versuch mit Clozapin oder Quetiapin).</p>					
<b>Verlaufskontrolle</b>	<b>Alle 3–6 Monate.</b> Überprüfung der Therapie: Erfassen der kognitiven Funktionen (MoCA/MMST), der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (FAQ), der BPSD (NPI). Erfassen der Belastung der Angehörigen, des Pflege- und Betreuungsaufwandes (multiprofessionelles Helfernetz). <b>Erkennen und Behandeln von Frailty</b> (prognostisch relevant): Rasche Erschöpfbarkeit, Gewichtsverlust, Muskelabbau, unsichere Fortbewegung, Stürze, reduzierte Aktivität im Alltag, Isolation und Vereinsamung. Inkontinenz.					
<b>Wann Weiterweisung? Wohin?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Unsichere Diagnose, atypische Symptome, atypischer Verlauf → <i>Memory-Klinik, Neurologe, Geriater</i></li> <li>Aetiopathologische Klärung (Frontotemporale Demenz, Lewy-Körper-Demenz, Demenz bei M. Parkinson, MCI?) → <i>Memory-Klinik, Neurologe</i></li> <li>Indikationsstellung einer medikamentösen Therapie → <i>Memory-Klinik, Neurologe</i></li> <li>Nicht therapierbare Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD) → <i>Gerontopsychiatrie, Geriater</i></li> <li>Akutes Auftreten oder Verschlechterung der kognitiven Störung, Delir-Verdacht → <i>Akutspital</i></li> </ul>					
<b>Prävention (kognitiv Gesunde und MCI)</b>	Fördern einer guten Ausbildung in der Jugend. Behandlung der Risikofaktoren (s. Case Finding!): Implementieren der mednetbern-Guidelines Hyperlipidämie, Hypertonie und Diabetes mellitus. Hör- und Sehstörungen behandeln. Reduktion des Alkoholkonsums. Rauchstopp. Vermeiden von Luftverschmutzung. Achten auf Depression. Genügend physische, soziale und mental stimulierenden Aktivitäten. Bei Frauen ist Lohnarbeit ausser Haus im frühen und mittleren Erwachsenenalter ein Schutzfaktor.					
<b>Arbeitsfähigkeit</b>	Bei Erkrankungsbeginn vor der Pensionierung besteht in der Regel Arbeitsunfähigkeit: Anmeldung für IV Rente.					
<b>Fahreignung</b>	Spätestens ab <b>MMST &lt; 21 Punkte</b> (entspricht etwa <b>MoCA &lt; 12 Punkte</b> ) und <b>Trail-Making-Test B</b> (erhältlich unter <a href="http://www.memoryclinic.ch/de/main-navigation/neuropsychologen/cerad-plus/">www.memoryclinic.ch/de/main-navigation/neuropsychologen/cerad-plus/</a> ) <b>&gt; 180 Sekunden</b> soll die Fahreignung in Frage gestellt werden. Bei leichter Demenz und MCI kann die Fahreignung in besonders günstigen Fällen noch bejaht werden (Untersuchungsintervall auf ein Jahr begrenzen, evtl. Verkehrsmedizin Stufe 3 oder 4).					
<b>Urteilsfähigkeit</b>	<b>Schweregrad</b>	<b>Leicht</b> (MoCA 10–21 od. MMST 20–26)	<b>Mittelschwer</b> (MoCA < 10 od. MMST 10–19)	<b>Schwer</b> (MMST < 10)		
	<b>Urteilsfähigkeit</b>	Meist noch gegeben.	In Frage stellen (weiterweisen).	Klar nicht mehr gegeben.		
	<b>Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung</b> möglichst im Stadium der leichten Demenz formalisieren, solange noch Urteilsfähigkeit besteht.					
<b>Verlauf und Prognose</b>	Neurodegenerative Demenzen: Variable Dauer, über mehrere Jahre progredient. Vaskuläre Demenz: stufenförmige Verläufe mit Phasen ohne Progredienz oder leichter Besserung möglich. Die Abnahme der kognitiven Funktionen wird durch Frailty beeinflusst. Da bisher keine Therapie zur Verhinderung der Progression bzw. zur Heilung existiert, ist die Prognose mit fortschreitender Pflegebedürftigkeit und reduzierter Lebenserwartung assoziiert.					



# Medikamente

Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Empfehlung	Kontraindikationen / Cave / Nebenwirkungen
<b>Acetylcholinesterasehemmer</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Donepezil (Aricept®) 5–10 mg CHF 2.15	Galantamin (Reminyl®) 8–24 mg CHF 2.55	Rivastigmin (Exelon®) 3–12 mg Kps. CHF 1.35–2.70 Patch CHF 1.80–2.10	Limitatio: Leichte und mittelschwere Demenz. Zu Therapiebeginn MMST. Erste Zwischenevaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden. Es soll die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden.	KI: Überempfindlichkeit. NW: Nausea, Erbrechen und Diarrhöe. Gewichtsverlust. Sick-Sinus-Syndrom, sinuatriale Blockierung, AV-Block, Gastritis oder duodenale Ulzera. Unerwünschte Wirkungen durch erhöhte cholinerge Aktivität: Harnverhalt, Krampfanfälle, Asthma, obstruktive Lungenerkrankung, extrapyramidale Symptome, Tremor.
<b>NMDA-Rezeptorantagonist</b> Tagesdosis Kosten / Tag CHF	Memantin (Axura®, Ebixa®) (5)–20 mg CHF 2.50			Limitatio: mittelschwere bis schwere Alzheimer-Demenz. Zu Therapiebeginn MMST. Erste Zwischen-evaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden. Die Kombinationstherapie mit Donepezil erfordert eine Kostengutsprache. Dosisreduktion auf 10 mg bei GFR < 50ml/min.	KI: Epilepsie. Amantadin, Ketamin. NW: Schläfrigkeit. Arzneimittelüberempfindlichkeitsreaktionen, Schwindel. Hypertonie. Dyspnoe, Verstopfung, Kopfschmerzen.
<b>Ginkgo Biloba</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Ginkgo-biloba-Trockenextrakt (Symfona®, Tebokan®) 240 mg CHF 1.45			Off-Label bei Demenz leichten und mittleren Grades.	Allergien. Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden. Blutungsrisiko.
<b>Neuroleptika</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Risperidon (WHO) (Risperdal®) 0.5–2 mg CHF 0.50–1.50	Clozapin (WHO) (Leponex®) 12.5–36 mg CHF 0.20–0.40 Spezialfälle, GCP	Quetiapin (Seroquel®) 12.5–300 mg CHF 0.50–2.00 Spezialfälle, GCP	Therapie der BPSD mit Risperidon: hilfreich bei Agitation, Reizbarkeit, Aggressivität, Wahn, Halluzinationen, (evtl. bei motorischer Unruhe). Clozapin und Quetiapin als Therapieversuch der BPSD bei M. Parkinson- oder Lewy-Körper-Demenz (GCP).	Cave: Zahlreiche, auch schwere Nebenwirkungen! Erhöhte Gesamtmortalität, beschleunigte kognitive Verschlechterung. KI für Risperidon: Morbus Parkinson, Lewy-Körper-Demenz. Clozapin: anticholinerge Nebenwirkungen. Blutbildkontrolle obligatorisch (Gefahr der Agranulozytose). Bei Lewy-Körper-Demenz Neuroleptikaüberempfindlichkeit.
<b>Antidepressiva</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Escitalopram (Ciprallex®) 10 mg CHF 0.60	Sertralin (Zoloft®) 50–100 mg CHF 1.50	Fluoxetin (WHO) (Fluctine®) 20 mg CHF 0.80	Therapie der BPSD: hilfreich bei Depression und Angst	Kombination mit MAO-Hemmern, schwere Leberinsuffizienz. Cave KHK, DM, Manie, instabile Epilepsie, Gewichtszunahme, EKG-Kontrolle (keine Gabe bei Verlängerung des QT-Intervalls).
<b>Antiepileptika</b> Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Carbamazepin (WHO) (Tegretol®) 300–400 mg CHF 0.20–0.30			BPSD: evtl. hilfreich bei Agitation, Aggressivität. Zu versuchen, wenn keine Verbesserung durch Neuroleptika. Off-Label	Interaktionen häufig.

**Projektteam:** Dres. med. Amato Giani, Stefan Schäfer, Ursula Frey, – Beratender Arzt: Dr. med. Marzio Sabbioni

**Basisliteratur:**

1. WHO Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia WHO Guidelines. [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/guidelines\\_risk\\_reduction/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/)
2. Towards a dementia plan: a WHO guide. [https://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/policy\\_guidance/en/](https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/policy_guidance/en/)
3. EFNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. j.1468-1331.2012.03784.x.pdf
4. DGN Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie Demenzen Aktualisierung 2016, AWMF-Register-Nummer: 038-013.
5. Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen. [https://boris.unibe.ch/114777/1/1661-8157\\_a002948.pdf](https://boris.unibe.ch/114777/1/1661-8157_a002948.pdf)



# mednetbern CDS-Tool Kognitive Störung

Die kognitiven Störungen durch Delir, Depression und andere Erkrankungen (s. diese Tabelle!) müssen erkannt werden, bevor die Arbeitsdiagnose Demenz (neurodegenerativ oder vaskulär) gestellt wird. **Wichtig: mednetbern empfiehlt bei allen Pat. mit kognitiver Störung ein MRI (evtl. CT) des Gehirns. In 5% besteht eine nicht-degenerative und nicht-vaskuläre, potenziell behandelbare Ursache der kognitiven Störung!**

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Differentialdiagnose, Verdacht auf	Anamnese / Klinische Symptome	Beispielfragen	Diagnostik / Procedere
<b>Delir</b>	Akute kognitive Verschlechterung mit fluktuierendem Verlauf. Aufmerksamkeit und Orientierung <b>gestört</b> . Fluktuierendes Bewusstsein, evtl. Somnolenz. Sprache inkohärent. Medikamentenanamnese: z.B. Benzodiazepine und Anticholinergika. Delir und Demenz können gemeinsam vorhanden sein. <b>Suchtmittelanamnese</b> .	<input type="checkbox"/> Seit wann? <input type="checkbox"/> Bekanntes Grundleiden (Diabetes mit Insulintherapie, Alkohol(entzug), Schlaganfall, Schilddrüse, Medikamente, Infekt etc.)?	<b>Notfall. Sofortige Klinikeinweisung.</b>
<b>Chronisches subdurales Hämatom</b>	Trauma (cave: oft kein Trauma eruierbar). Schleichendes Auftreten zusammen mit Kopfschmerzen, Benommenheit, evtl. Anfällen. Meist ältere Menschen, Alkoholiker, früheres SHT.	<input type="checkbox"/> Haben Sie vor dem Auftreten Ihrer (kognitiven) Störung den Kopf angeschlagen, oder hatten Sie früher ein Schädel-Hirn-Trauma? <input type="checkbox"/> Haben Sie Kopfschmerzen?	<b>Notfall. Sofortige Klinikeinweisung.</b> Operation.
<b>Depression</b>	Schlafstörung, frühmorgendliches Erwachen, Appetitminderung, allgemeine Müdigkeit oder Erschöpfung, anhaltende Schmerzen.	Zwei-Fragen-Test: <input type="checkbox"/> Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig bedrückt oder hoffnungslos? <input type="checkbox"/> Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?	Werden beide Fragen mit JA beantwortet, dann hat eine weitergehende Abklärung zu erfolgen. Therapie bei diagnostizierter Depression gem. mednetbern-Behandlungsalgorithmus.
<b>Alkohol</b>	Trinkgewohnheiten, Wernicke-Encephalopathie (Desorientierung, Entzugsdelir, Nystagmus, Gangstörung), Korsakoff-Syndrom (Konfabulation), symmetrische Polyneuropathie.	<input type="checkbox"/> Trinken oder tranken Sie Alkohol, wieviel? <input type="checkbox"/> Waren Sie wegen Ihres Alkoholproblems bereits in ärztlicher Behandlung oder hospitalisiert? <input type="checkbox"/> Verspüren Sie ein Brennen und Stechen in Ihren Füßen?	Neurolog. Untersuchung, Blutbild, GPT, Gamma-GT Abstinenz anstreben, Thiaminsubstitution.
<b>Intoxikationen</b>	Alkohol, Drogen, Benzodiazepine und Neuroleptika. Luftverschmutzung. Chemische Kampfstoffe.	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext. Hausärztlich meist bekannt. <input type="checkbox"/> Waren/sind Sie verschmutzter Luft oder Chemiewaffen ausgesetzt?	Abstinenz anstreben. Symptomatische Therapie.
<b>Vitamin-B12- und Folsäuremangel</b>	Anämie (oft makrozytär), Zungenbrennen, Bauchschmerzen, Diarrhoe, Parästhesien, Taubheitsgefühl, Gangstörung. Manchmal assoziiert mit Darm-erkrankungen, veganer Ernährung, Metformineinnahme, Autoimmun-erkrankungen (Vitiligo, Hashimoto), Anorexie, bariatrische Op.	<input type="checkbox"/> Verspüren Sie ein Brennen und Stechen in Ihren Füßen und Händen? <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter Zungenbrennen, Bauchschmerzen oder Durchfall? <input type="checkbox"/> Ernähren Sie sich vegan? <input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext. Hausärztlich meist bereits bekannt.	Blutbild, Vitamin B12 (evtl. Holotranscobalamin), Folsäure. Substitution.
<b>Hypothyreose</b>	Fatigue, Kälteempfindlichkeit, trockene Haut, Obstipation.	<input type="checkbox"/> Fühlen Sie sich müde, haben Sie immer kalt?	TSH, fT3, fT4, TPO-Ak. Substitution.
<b>Autoimmunerkrankungen (Systemischer Lupus erythematodes, Sjögren-Syndrom, Hashimoto-Encephalopathie)</b>	Gelenkschmerzen, Fatigue, Hautsymptome.	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext. Hausärztlich meist bereits bekannt.	BSR, CRP, ANA. Spezifische (immunsuppressive) Therapie (Überweisung an Rheumatologen).
<b>Epilepsie</b>	in 9–17% mit Demenz assoziiert.	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext. Hausärztlich meist bekannt.	Antiepileptische Therapie, Überweisung an Neurologen, evtl. Klinikeinweisung.
<b>Krebs</b>	als paraneoplastische Encephalitis, aber auch nach Chemotherapie («chemobrain»)	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext. Hausärztlich meist bekannt.	In Zusammenarbeit mit Onkologe (Allg. Massnahmen, Psychosoziale Interventionen, Donepezil).
<b>Infektiös: HIV-assoziiert, Neuroleues, Hepatitis-C, Neuroborreliose, M. Whipple, Trypanosomiasis</b>	Expositionsanamnese, Reiseanamnese.	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext. Hausärztlich meist bereits bekannt.	Infektionsserologie. Spezifische antiinfektiöse Therapie (Überweisung an Konsiliararzt).
<b>Kupfermangel und Kupferüberladung (M. Wilson)</b>	Parästhesien der UE. Pathologische Leberwerte. Malabsorption b. entzündl. Darmerkrankungen oder St.n. bariatrischer Operation, Zinküberladung. Überbehandelter M. Wilson.	<input type="checkbox"/> Verspüren Sie ein Brennen und Stechen in Ihren Füßen? <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Zinktabletten? <input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext. Hausärztlich meist bereits bekannt.	GPT, Gamma-GT, Kupfer, Kaiser-Fleischer-Ring? Bei Mangel: Kupfersubstitution. Bei Überladung: D-Penicillamin.
<b>Hyperkalzämie</b>	Meist Hyperparathyreoidismus oder Malignome (Multiples Myelom, Mamma, Prostata). Dialysepatienten.	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext (bekannte Krebserkrankung, Nierensteinerkrankung, Dialyse).	Calcium albuminkorrigiert. Therapie der Grunderkrankung. Je nach Symptomatik <b>notfallmässige Klinikeinweisung</b> , evtl. Intensivmedizin.
<b>Normaldruck-Hydrocephalus</b>	Trias mit Gangschwierigkeit, Urininkontinenz und kognitive Beeinträchtigung. (Im Unterschied zu M. Parkinson ist der Gang breitbasig). Sehr selten.	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext.	<b>Klinikeinweisung.</b> Shuntoperation
<b>Chronische traumatische Encephalopathie</b>	Kampf- und Kontaktsportarten, Krieg, Folter.	<input type="checkbox"/> Haben Sie wiederholt Schläge auf den Kopf bekommen?	Symptomatische Therapie.
<b>Creutzfeldt-Jacob-Krankheit</b>	Sehr seltene Prionen-Erkrankung. Schneller neuropsychiatrischer Verlauf. Motorische Störungen.	<input type="checkbox"/> Gem. klinischer Kontext.	Symptomatische Therapie, Überweisung an Neurologen, Klinikeinweisung.

Name

Vorname

Datum

**IQ-Code Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly für Bezugspersonen**

**Wie ist das Verhalten in folgenden Situationen verändert im Vergleich zu vor 2 Jahren?**

1= viel besser, 2= ein bisschen besser, 3= unverändert, 4= ein bisschen schlechter, 5= viel schlechter

Punkte

1. Sich an Dinge erinnern, die Familienmitglieder und Freunde betreffen (z. B. Geburtstage, Adressen, Berufe).	1	2	3	4	5	
2. Sich an vor kurzem stattgefundenere Ereignisse erinnern.	1	2	3	4	5	
3. Sich an vor einigen Tagen stattgefundenere Unterhaltungen erinnern.	1	2	3	4	5	
4. Wissen, welcher Tag und Monat es ist.	1	2	3	4	5	
5. Sachen wiederfinden, die an einem anderen Ort als üblich aufbewahrt werden.	1	2	3	4	5	
6. Neue Dinge im Allgemeinen zu lernen.	1	2	3	4	5	
7. Finanzielle Dinge zu regeln wissen (Rente, Überweisungen, Bankgeschäfte usw.).	1	2	3	4	5	
<b>Total</b>						

**Auswertung:** Bei einer Summe aller beantworteten Fragen  $\geq 23$  Punkten ist die Verschlechterung pathologisch.

**FAQ Functional Activities Questionnaire für Bezugspersonen**

**Wie kommt die Patientin / der Patient in folgenden Bereichen zurecht?**

Kein Problem

Findet es schwierig, kommt aber allein zurecht

Braucht Hilfe

Von andern abhängig

Punkte

1. Finanzielle Angelegenheiten, Bezahlen von Rechnungen	0	1	2	3	
2. Steuererklärung, geschäftliche Angelegenheiten, Verträge	0	1	2	3	
3. Selbständiges Einkaufen von Dingen des persönlichen Bedarfs wie Lebensmittel oder Kleidung	0	1	2	3	
4. Hobbies oder Spiele	0	1	2	3	
5. Tee/Kaffee zubereiten	0	1	2	3	
6. Eine ausgewogene Mahlzeit kochen	0	1	2	3	
7. Wahrnehmung des Tagesgeschehens	0	1	2	3	
8. Verstehen und diskutieren von Inhalten aus Büchern, Magazinen, Fernsehen	0	1	2	3	
9. Sich an Termine und die Einnahme von Medikamenten erinnern	0	1	2	3	
10. Wegfahren mit dem eigenen Auto oder mit den öffentlichen Verkehrsmitteln	0	1	2	3	
<b>Total</b>					

**Auswertung:** Bei  $\geq 10$  Punkten besteht eine Beeinträchtigung in den Alltagsfunktionen. (Die Fragen können eine geschlechtsspezifische Verzerrung beinhalten).

**NPI Neuropsychiatrisches Inventar für die Beurteilung des Zeitraums der letzten vier Wochen durch Bezugspersonen**

**Erfassen der therapierelevanten Psychischen und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD)**

Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)	Wie häufig tritt das Symptom auf					Wie schwer und störend ist das Symptom?			Wie seelisch belastend ist das Symptom?					Punkte	
	Nicht vorhanden	Selten	1-2 x/ Woche	Häufig	täglich	Gering	Belastend, aber beeinflussbar	Kaum mehr beeinflussbar	Gar nicht	Minimal	Leicht	Mässig	Schwer		sehr schwer
Apathie/Gleichgültigkeit	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Depression	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Agitation Aggressivität	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Reizbarkeit	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Angst	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Motorische Unruhe	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Schlafstörung	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Wahn, Halluzination	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Euphorie	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
Enthemmung	0	1	2	3	4	1	2	3	0	1	2	3	4	5	
<b>Total</b>															



