

Demenz

DEGAM – Leitlinie Nr. 12

 **omikron publishing Düsseldorf 2008**

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Leitlinien sind systematisch entwickelte Empfehlungen, die Grundlagen für die gemeinsame Entscheidung von Ärzten und deren Patienten zu einer im Einzelfall sinnvollen gesundheitlichen Versorgung darstellen.

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin, zielen auf die Beschreibung angemessenen, aufgabengerechten Handelns im Rahmen hausärztlicher bzw. allgemeinmedizinischer Grundversorgung.

Unbenommen bleibt dabei, dass Hausärzte auch Spezialgebiete beherrschen können und dann dementsprechend in Einzelbereichen eine Spezialversorgung anbieten können; diese hat dann allerdings den Leitlinien einer spezialisierten Versorgung zu folgen.

Zur Weiterentwicklung sind Kommentare und Ergänzungen von allen Seiten herzlich willkommen und sollten bitte gesandt werden an die:

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Geschäftsstelle Leitlinien

c/o Abteilung für Allgemeinmedizin - Universitätsklinikum Düsseldorf

Moorenstraße 5

40225 Düsseldorf

Telefon: 0211-81-17771

Telefax: 0211-81-18755

E-mail: anja.wollny@med.uni-duesseldorf.de

ISBN-10: 3-936572-16-X

ISBN-13: 978-3-936572-16-2

© omikron publishing / DEGAM 2008

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), Düsseldorf

Herstellung: Geschäftsstelle Leitlinienverbreitung und -implementierung der DEGAM
c/o Institut für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt

Umschlaggestaltung: MeseDesign, Budapest

Druck: Zimmermann Druck, Balve

Stand: 2008

Revision geplant: 31.12.2011

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen

Alle in diesem Werk enthaltenen Angaben, Ergebnisse usw. wurden von den Autoren und der Herausgeberschaft nach bestem Wissen erstellt. Sie erfolgen ohne jede Verpflichtung oder Garantie des Verlages. Er übernimmt deshalb keinerlei Verantwortung und Haftung für etwa vorhandene inhaltliche Unrichtigkeiten.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Die Drucklegung dieser Leitlinie wurde durch eine Garantieabnahme des AQUA - Instituts für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, Göttingen, unterstützt, das die vorliegende Leitlinie in den Qualitätszirkeln zur hausärztlichen Pharmakotherapie verbreitet.

Codierung der Fragestellung

Code	Fragestellung
T	Therapie – Prävention – Versorgung – Implementierung
K	Kausalität/Ätiologie – Risikofaktoren – Nebenwirkungen von Therapie
P	Prognose
D	Diagnose
S	Symptomevaluation – Differentialdiagnose

Codierung des Studiendesigns

Die Einstufung des Studiendesigns als ein Qualitätsmerkmal beruht bei therapeutischen, ätiologischen und prognostischen Fragestellungen überwiegend auf dem Studientyp (z.B. randomisierte kontrollierte Studie, Kohortenstudie usw.). Bei Untersuchungen zu diagnostischen Tests und Symptomen werden auch andere Elemente des Studiendesigns herangezogen. Grundsätzlich steht "I" für die höchste Stufe [z.B. (Metaanalyse) randomisierte(r) kontrollierte(r) Studien bei therapeutischen Fragestellungen], "IV" für die durch systematische Studien am wenigsten belegten Empfehlungen (Expertenmeinung, Konsensuskonferenzen; Extrapolation von Ergebnissen der Grundlagenforschung). Zur besseren Lesbarkeit werden diese „level of evidence“ im Literaturverzeichnis angegeben (abgekürzt als „LE“).

Zur Vereinfachung und besseren Übersicht werden daraus Stufen der „Stärke der Empfehlung“ (A bis C) abgeleitet (Einzelheiten siehe Kapitel 8 dieser Leitlinie sowie im Autorenmanual auf der Internetseite www.degam-leitlinien.de).

Diese Einstufungen beziehen sich ausschließlich auf die Belegbarkeit von Empfehlungen mit Hilfe von systematischen publizierten Studien. Der Gesichtspunkt der Bedeutung einer Empfehlung ist davon strikt zu trennen.

Inhaltsverzeichnis

1	Ziele und Epidemiologie des Beratungsanlasses	7
1.1	Sinn und Ziele dieser Leitlinie	7
1.2	Versorgungsproblem	8
1.2.1	Kosten	9
1.2.2	Hausärztliche Perspektive	10
2	Definition und Epidemiologie	11
2.1	Definition der Demenz	11
2.2	Epidemiologie	13
2.3	Abwendbar gefährliche Verläufe	16
3	Diagnose	17
3.1	Symptome und Risikofaktoren	17
3.1.1	Frühe Symptome bei Demenz	17
3.1.2	Zeitverlauf der Symptome	20
3.1.3	Potenzielle Risikofaktoren	21
3.1.4	Prävention	21
3.1.5	Differentialdiagnosen	22
3.2	Eigen- und Fremdanamnese	28
3.2.1	Aufklärung	28
3.2.2	Einwilligungsfähigkeit und Patientenverfügung	31
3.2.3	Gesprächsführung bei Demenz	32
3.2.4	Strategien zur Gesprächsführung	33
3.3	Körperliche Untersuchung	38
3.4	Mentale Leistungstests	38
3.4.1	Geriatrisches Basisassessment	43
3.5	Labor	43
3.6	Bildgebende Verfahren	45
3.6.1	Strukturelle bildgebende Verfahren	45
3.6.2	Funktionelle bildgebende Verfahren	46
3.7	Elektrophysiologische Diagnostik	48
3.7.1	Elektro-Enzephalogramm (EEG)	48
3.7.2	Elektrokardiographie (EKG)	48
3.8	Schnittstellen	48
4	Therapie	50
4.1	Betreuung und Pflege bei Demenz	51
4.1.1	Beurteilung der Pflegebedürftigkeit	53
4.1.2	Pflege-Leistungs-Ergänzungs-Gesetz (PfLEG)	54
4.1.3	Weitere Hilfen	54

4.1.4	Wohnraumgestaltung	55
4.1.5	Sondenernährung	56
4.2	Nichtmedikamentöse Therapien bei Demenz	58
4.2.1	Einführung	58
4.2.2	Physiotherapie	60
4.2.3	Ergotherapie	61
4.2.4	Verhaltenstherapie	62
4.2.5	Weitere nichtmedikamentöse Therapieformen	64
4.2.6	Angehörigengruppen	66
4.2.7	Case-Management	68
4.3	Medikamentöse Therapie der Demenz	69
4.3.1	Medikamentöse Therapie der Alzheimer Demenz	70
4.3.2	Medikamentöse Therapie der vaskulären Demenz	79
4.3.3	Medikamentöse Therapie gemischter Demenzformen	80
4.4	Nicht empfohlene Medikamente	80
4.4.1	Ginkgo biloba	80
4.4.2	Lezithin	82
4.4.3	Nichtsteroidale Antirheumatika	82
4.4.4	Nimodipin	83
4.4.5	Östrogen	83
4.4.6	Piracetam	84
4.4.7	Sekalealkaloide	84
4.4.8	Selegelin	84
4.4.9	Statine	84
4.4.10	Vinpocetine	85
4.4.11	Vitamine	86
5	Therapie nichtkognitiver Störungen	87
5.1	Agitiertheit, Aggression oder Psychose bei Demenzkranken	90
5.2	Schlafstörungen bei Demenzkranken	95
5.3	Depression bei Demenzkranken	95
6	Besonderheiten	96
6.1	Autofahren und Demenz	96
6.2	Spezielle Aspekte der Pharmakotherapie bei geriatrischen Patienten	97
6.2.1	Kreatinin-Clearance	97
7	Zusammenfassung der Empfehlungen	98
8	Methodik und Auswahlkriterien	101
8.1	Evidenzbewertung	102
9	Verbreitungs- und Implementierungsplan	104

10	Evaluation und vergleichbare Leitlinien	107
10.1	Evaluation dieser Leitlinie	107
10.2	Qualitätsindikatoren	107
10.3	Vergleichbare andere Leitlinien oder Empfehlungen	108
11	Gültigkeitsdauer und Fortschreibung	110
12	Autoren, Kooperationspartner, Sponsoren und Konsensusverfahren	111
12.1	Erarbeitung der Leitlinie für die DEGAM	111
12.2	Konzeption der Patienten-information, Redaktion	111
12.3	Konsensusverfahren	112
12.4	Kooperationspartner und Rückmeldungen	114
12.4.1	Rückmeldungen zur Leitlinie durch Einzelpersonen	114
12.4.2	Teilnehmer an der Panelbefragung	115
12.4.3	Patent der Leitlinie	115
12.4.4	Teilnehmer am Praxistest	116
12.4.5	Rückmeldungen zur Leitlinie durch Fachgesellschaften, Verbände und Institutionen	117
12.5	Sponsoren	118
12.6	Interessenskonflikte	118
13	Anhang: ICD-Codierung	119
14	Anhang: Psychometrische Testverfahren	123
14.1	Demenz-Detektion-Test (DemTect)	123
14.2	Test zur Früherkennung mit Depressionsabgrenzung (TFDD)	123
14.3	Mini-Mental-Status-Test (MMST)	124
14.4	Uhrzeit-Zeichnen-Test (UZT)	129
14.5	Geriatrisches Basisassessment	130
14.5.1	Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)	132
15	Literatur	135

1 Ziele und Epidemiologie des Beratungsanlasses

1.1 Sinn und Ziele dieser Leitlinie

Alle Personen, die mit dem Krankheitsbild Demenz konfrontiert werden – Betroffene, Angehörige, Pflegende und Ärzte – stehen vor vielfältigen Herausforderungen. Ziele der therapeutischen und pflegerischen Bemühungen sind

- die Progredienz der Demenzerkrankung möglichst zu verlangsamen und die kognitiven Leistungen und die Alltagsfähigkeit möglichst lange aufrecht zu erhalten,
- die bestmögliche Gestaltung der Versorgungssituation von Patienten und Angehörigen.

Dabei liegen die medizinische und psychosoziale Versorgung und Koordination Demenzkranker und ihrer Angehörigen oft in den Händen der Hausärzte und bedürfen meist nur in speziellen Situationen einer weitergehenden Betreuung im Sinne von fachspezialistischer oder stationärer Versorgung [491].

Diese Leitlinie soll den in der Primärversorgung tätigen Ärzten wissenschaftlich begründete Anleitungen für das Erkennen der verschiedenen Demenzformen, die sich hieraus ergebenden Therapien und für die Versorgung von Patienten mit Demenz geben. Ferner werden Schnittstellen zur fachspezialistischen Versorgung und zu dem wichtigen Bereich der Pflege beschrieben. Schließlich soll diese Leitlinie dazu beitragen,

- die Qualität und Sicherheit der Diagnosestellung zu verbessern,
- frühzeitig eine angemessene Therapie zu beginnen und ggf. – bei Therapieversagern – zu beenden,
- nichtkognitive Symptome der Demenz adäquat zu therapieren,
- Nebenwirkungen und Folgeerscheinungen der Therapie zu minimieren,
- die Lebensqualität der Demenzkranken und deren Angehörigen zu verbessern,
- Komplikationen zu vermeiden und Komorbiditäten zu senken,
- Patienten und Angehörigen sinnvolle Hilfestellungen an die Hand zu geben,

- eine gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making) zwischen Ärzten, Angehörigen und – soweit möglich – Patienten zu unterstützen,
- den Erkrankten und ihren Angehörigen Zugang zu wissenschaftlich begründeten, angemessenen, wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Verfahren der Diagnostik, Behandlung, Pflege und Betreuung zu ermöglichen,
- eine Senkung der Morbidität, manchmal der Mortalität, der Pflegebedürftigkeit und den daraus resultierenden sozialen und gesamtwirtschaftlichen Folgen zu erreichen.

Diese Leitlinie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit; sie fokussiert auf die Diagnostik und Therapie der Alzheimer Demenz (DAT). Vaskuläre Demenzformen (DVT) und Mischformen werden kurz beschrieben, seltene Formen werden erwähnt, sofern es für die Differentialdiagnose bestimmter Symptome von Bedeutung ist (z. B. bei abwendbar gefährlichen Verläufen). Einzelne Themenkomplexe mussten ausgespart werden (z.B. Demenz im jüngeren Lebensalter, Demenzsymptome bei Morbus Parkinson, Lewy-Body-Demenz etc.), um den Umfang dieser Leitlinie überschaubar zu halten.

1.2 Versorgungproblem

Die Demenz ist ein großes Versorgungsproblem, das sich auf Grund der demografischen Entwicklung in den nächsten Jahren weiter verschärfen wird. Gründe sind [34, 66, 179]:

- die Demenzerkrankung wird tabuisiert und als Variante des Älterwerdens klassifiziert,
- die Aus-, Weiter- und Fortbildungscurricula weisen Defizite auf,
- das Wissen über diagnostische Verfahren und adäquate Behandlungsmöglichkeiten ist nicht ausreichend vorhanden,
- eine Diagnosestellung erfolgt oft spät,
- viele Pflegeeinrichtungen sind für Demenzerkrankte nicht ausreichend eingerichtet und/oder leiden unter personellen Engpässen,
- (Pfleger) Angehörige und professionell Pfleger werden physisch und psychisch stark belastet,
- Demenzkranke können naturgemäß nur schwer ihre Beschwerden und Wünsche vorbringen,

- es fehlt ein therapeutisches Gesamtkonzept und nur eine Minderheit der Erkrankten erhält eine für sie adäquate Therapie,
- eine kausale Behandlung zum Umkehren des Krankheitsverlaufes existiert nicht,
- aus Kostengründen (Budgetierung) besteht Zurückhaltung bzgl. einer nichtmedikamentösen oder pharmakologischen Therapie, deren Wirksamkeit zudem kontrovers diskutiert wird und wo valide Langzeitdaten weitgehend fehlen,
- die Demenz ist – bei sorgfältiger Therapie und Betreuung – eine der kostenintensivsten Erkrankungen überhaupt [35, 180].

1.2.1 Kosten

Nach der Krankheitskostenrechnung des Statistischen Bundesamtes für das Jahr 2002 entfielen 5,6 Mrd. Euro auf die Demenz, wobei Kosten für stationäre und teilstationäre Pflege mit 3,6 Mrd. Euro die größte Rolle spielten [431].

Für Deutschland wurden in einer Modellrechnung für das Jahr 1993 (neuere Daten fehlen leider) die mit der Pflege von rund 1 Million Demenzpatienten in den verschiedenen Bereichen – Altenpflegeheime, psychiatrische Fachkrankenhäuser, Pflege zu Hause – verbundenen Gesamtkosten auf rund 30 Milliarden Euro jährlich geschätzt. Dies entspricht Einzelfallkosten pro Patient und Jahr von rund 30.000 Euro. Dabei entfielen 72 % der Kosten auf die Pflege durch die Angehörigen, weitere 22 % auf die institutionelle Versorgung. Der Produktivitätsverlust der pflegenden Angehörigen und der Patienten selbst sowie nicht erstattungsfähige Direktauslagen machten dabei einen erheblichen, oft unterschätzten Anteil aus [180]. Für England und Nordamerika fielen ähnlich hohe Kosten an [130, 198]. Alle drei Studien zeigten, dass die finanzielle Hauptlast meist von den Angehörigen getragen wird (siehe auch DEGAM-Leitlinie „Pflegerische Angehörige“ [265]). Aus diesem Grunde sollten Angehörige frühzeitig auf Informations- und Hilfsangebote aufmerksam gemacht werden (siehe auch 4.2.6).

1.2.2 Hausärztliche Perspektive

Die Demenz ist ein typisches allgemeinmedizinisches Krankheitsbild, wobei die Literatur das allgemeinmedizinische Setting oft unzureichend berücksichtigt [43, 55, 89, 90, 123, 125, 206, 220, 276, 318, 336, 337, 367, 430, 471, 491, 494, 495, 515]. Wagner und Abholz stellen fest: „Die medizinische und psychosoziale Versorgung Demenzkranker liegt weitgehend in den Händen der Hausärzte. [...] Er kennt den Patienten, die Angehörigen und das Umfeld. Er ist deshalb am besten in der Lage, schon leichte Veränderungen der geistigen Leistungsfähigkeit wahrzunehmen“. In der gleichen Veröffentlichung wird darauf hingewiesen, dass Hausärzte – auf Grund von postulierten fehlenden therapeutischen Konsequenzen – eine Diagnose nicht aktiv anstreben [491]. Gleichzeitig empfinden Hausärzte es als unangenehm, mit Patienten über die belastende Diagnose „Demenz“ zu sprechen [471]. Es ist daher wichtig, adäquate Instrumentarien zu entwickeln und zu evaluieren, die Wissen, Einstellungen und Handlungskompetenz bei Hausärzten im Umgang mit dem Krankheitsbild „Demenz“ nachhaltig fördern und zu einer Verbesserung der Versorgungssituation beitragen.

Einige Studien untersuchen, mit welcher Sensitivität und Spezifität Demenzerkrankungen von Hausärzten erkannt werden – mit heterogenen Ergebnissen [220]. Eine in England und Wales durchgeführte Studie mit mehr als 1000 befragten Hausärzten ergab, dass nur 52 % aller Befragten eine frühe Diagnosestellung überhaupt als nützlich ansehen [364]. Eine australische Studie von 1992 beobachtete einen geringen Wissensstand bei Primärversorgern zum Themenkomplex Demenz [55]. In Deutschland stellen Hausärzte eine Diagnose häufig erst dann, wenn bereits eine Pflegebedürftigkeit vorliegt [391]. Bei Hausärzten liegen also möglicherweise Wissensdefizite vor oder vorhandenes Wissen wird nicht umgesetzt, bzw. es wird bewusst nach Abwägung möglicher individueller Vor- und Nachteile auf eine Diagnosestellung verzichtet.

Bisher gibt es keine ausreichenden Daten, die belegen würden, dass ein generelles Demenz-Screening in älteren Bevölkerungsgruppen mit nachfolgender spezifischer Intervention empfohlen werden sollte [185].

2 Definition und Epidemiologie

2.1 Definition der Demenz

Der Begriff Demenz wird synonym mit dem Begriff Hirnleistungsstörungen gebraucht. Er beschreibt ein ätiologisch heterogenes klinisches Syndrom, das durch erworbene Einbußen von intellektuellen Fähigkeiten und Gedächtnis imponiert. Die Demenz ist eine Erkrankung des höheren Lebensalters; sie spiegelt aber nicht den natürlichen Alterungsprozess wider.

In den folgenden Tabellen wird die Definition der Demenz anhand des internationalen Standards "Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen" (DSM, Tabelle 1) und die Einteilung anhand der ICD-Klassifikation (Tabelle 2) erläutert [115, 394]. Den Autoren ist bewusst, dass die Einteilung für die hausärztliche Praxis nur bedingt geeignet ist; sie stellt jedoch den Maßstab für alle bisherigen Studien und Leitlinien dar. Die Begriffe präsenile bzw. senile Demenz sind missverständlich und sollten nicht mehr verwendet werden.

Tabelle 1: Definition der Demenz nach DSM IV

Eine Demenz wird diagnostiziert, wenn mehrere kognitive Defizite vorliegen, die sich zeigen in:

Gedächtnisbeeinträchtigung plus *mindestens eine* der folgenden Störungen

- Aphasie: Störung der Sprache
- Apraxie: beeinträchtigte Fähigkeit, motorische Aktivitäten auszuführen
- Agnosie: Unfähigkeit, Gegenstände zu identifizieren bzw. wiederzuerkennen
- Störung der Exekutivfunktionen, d.h. Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge

Diese kognitiven Defizite verursachen eine signifikante Beeinträchtigung der *sozialen* und *beruflichen* Funktionen und stellen eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.

Die Defizite treten nicht als Teil einer rasch einsetzenden *Bewusstseins-eintrübung* (= Delir) auf.

Die Störung kann nicht einem anderen primären psychischen Leiden, wie endogene Depression oder Schizophrenie, zugeschrieben werden.

Adaptiert aus [394]

Tabelle 2: Einteilung der Demenz (ICD 10-Kurzfassung)

F00 Demenz bei Alzheimer-Krankheit

F01 Vaskuläre Demenz

F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

F03 Nicht näher bezeichnete Demenz

(Langfassung vgl. Kapitel 13)

2.2 Epidemiologie

In Deutschland leben zurzeit ca. eine Million Menschen, die an einer Demenz leiden [40, 41, 66]. Davon haben rund 700.000 eine Alzheimer Demenz (Tabelle 3) [40].

Tabelle 3: Häufigkeitsverteilung der Demenzformen

bei Alzheimer Demenz (ca. 70 %):	bei vaskulärer Demenz (ca. 20 %):	bei anderen Demenzformen (ca. 10 %):
<p>Verlauf schleichend und durch fortgesetzten kognitiven Abbau gekennzeichnet</p> <p>Andere substanzinduzierte, systemische oder ZNS-Erkrankungen ausgeschlossen</p>	<p>Neurologische Fokalsymptome oder Laborbefunde deuten auf zerebrovaskuläre Erkrankung hin</p>	<p>Hinweise aus Anamnese, Untersuchung und Labor auf andere Ursachen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lewy-Body - HIV - Schädel-Hirn-Trauma - Parkinson - Chorea Huntington - Creutzfeldt-Jakob - Andere

Jährlich treten 200.000 Neuerkrankungen auf. Nach Vorausberechnungen, die die Bevölkerungsentwicklung berücksichtigen, wird sich die Zahl der Demenzpatienten bis zum Jahre 2050 auf über zwei Millionen erhöhen [40, 41]. Die Tabellen 5 und 6 zeigen die Daten für Deutschland. Die Angaben zu Prävalenz und Inzidenz beruhen auf – meist älteren – Schätzungen und nicht auf statistisch gesicherten Ergebnissen. Dies liegt zum einen an der Schwierigkeit, leichte Demenzen zu diagnostizieren. Zum anderen werden bei empirischen Erhebungen oft relativ kleine Stichproben untersucht, Personen aus der Langzeitpflege nicht miteinbezogen, und die Bereitschaft, an solchen Untersuchungen teilzunehmen, ist in der Regel gering. Damit erklärt sich auch, warum die Ergebnisse aus verschiedenen statistischen Erhebungen zum Teil sehr unterschiedlich ausfallen.

Tabelle 4: Prävalenz der Demenz in Deutschland (2000) [40]

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate (%)	Schätzung der Krankenzahl in Deutschland
65-69	1,2	48.000
70-74	2,8	99.000
75-79	6,0	171.000
80-84	13,3	173.000
85-89	23,9	272.000
90 und älter	34,6	172.000
65 und älter	7,2	935.000

Abhängig von der Ätiologie treten dementielle Krankheitsbilder in jedem Lebensalter auf, zeigen jedoch eine kontinuierlich zunehmende Prävalenz jenseits eines Alters von 60 Jahren. Während die Erkrankungshäufigkeit bei den 65-69-Jährigen unter 2 % der Altersgruppe liegt, steigt sie auf 10-17 % bei den 80-84-Jährigen und umfasst bei den über 90-Jährigen einen Anteil von über 30 % [42].

Tabelle 5: Inzidenz der Demenz in Deutschland (1999) [40].

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate (%)	Schätzung der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland
65-69	0,4	17.000
70-74	0,9	30.000
75-79	1,9	50.000
80-84	4,1	46.000
85-89	6,5	56.000
90 und älter	10,1	32.000
65 und älter	1,9	231.000

Weiteren Daten zufolge beträgt die mittlere Überlebenswahrscheinlichkeit nach der Diagnosestellung nur 3,3 Jahre [517]. Werden progressive Verläufe ausgeschlossen, so liegt das mittlere Überleben bei 6,6 Jahren [517]. Andere Arbeitsgruppen kommen zu ähnlichen Ergebnissen, wobei die Lebenserwartung stark abhängig ist vom Alter bei Erkrankungsbeginn und der Komorbidität [251]. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch diese Studien selektionierte Patienten in kleinen Kollektiven untersucht haben. Bezogen auf Deutschland existieren keine aktuellen Daten; es ist also nicht bekannt, ob und wie sich durch eine frühere (oder spätere) Diagnosestellung, die Lebenserwartung von Demenzpatienten verändert.

2.3 Abwendbar gefährliche Verläufe

Reversible Demenzursachen oder therapierbare Differentialdiagnosen bedürfen oft einer raschen Intervention (siehe 3.1.5). Das Risiko von Auto-unfällen und tödlichen Verletzungen steigt mit der Dauer und dem Schweregrad einer Demenz (vgl. Kapitel 6.1) [5, 119, 271, 370, 479]. Oft leiden Demenzpatienten unter einer Mangel- oder Fehlernährung sowie einer zunehmenden Abwehrschwäche und werden besonders in Pflegeheimen häufig mit Sondenkost ernährt (vgl. Kapitel 4.1.5) [498]. Sie haben ein höheres Risiko, an einer Pneumonie zu erkranken und an dieser zu versterben [36, 465, 490]. Ebenso ist das Risiko für Krampfanfälle und Dekubitalulzera erhöht [190, 311]. Von etlichen Medikamenten ist bekannt, dass sie eine Demenz-Symptomatik verschlechtern können. Sämtliche zuletzt eingenommenen Medikamente sollten deshalb notiert werden; ihre Wirkungen und Nebenwirkungen sind zu beachten.

Auf potenziellen Drogenmissbrauch, insbesondere auf Dauer und Intensität von Alkoholkonsum (auch Konsum sog. Kräutertonika), sollte ausführlich eingegangen werden. Einzelheiten sind der – in Entwicklung befindlichen – DEGAM-Leitlinie „Alkoholprobleme in der Hausarztpraxis“ zu entnehmen. Nach Hinweisen auf metabolische und systemische Erkrankungen, die als Ursache bzw. Auslöser einer Demenz in Betracht kommen (vgl. Kapitel 3.1.5), sollte gezielt gesucht werden: Hypothyreose, Diabetes mellitus, Vitamin B12-Mangel, Niereninsuffizienz, AIDS, Neoplasmen mit ZNS-Beteiligung [70, 100, 111, 116].

3 Diagnose

3.1 Symptome und Risikofaktoren

Viele der demenzbedingten Symptome werden im alltäglichen Umgang dem natürlichen Alterungsprozess zugeschrieben [35]. Die kognitive Leistungsfähigkeit nimmt jedoch im Alter nicht automatisch ab, sondern unterliegt einem Wandel: die so genannte fluide Intelligenz (angeborene Fähigkeiten, die kaum durch die Umwelt beeinflussbar sind, z.B. Auffassungsgabe) nimmt ab, während die kristalline Intelligenz (Fähigkeiten, die im Laufe des Lebens erworben werden, z.B. sprachlicher Ausdruck) weitgehend erhalten bleibt, ggf. sogar zunehmen kann [397]. Dieser Wandel führt normalerweise nicht zu größeren Einschränkungen im täglichen Leben. Eine Demenz sollte in Erwägung gezogen werden, wenn der Rückgang der kognitiven Leistung die beruflichen, sozialen bzw. alltäglichen Fähigkeiten beeinträchtigt [288].

3.1.1 Frühe Symptome bei Demenz

Bei Menschen mit Demenz nimmt nicht nur das Erinnerungsvermögen ab, sondern auch die Fähigkeit, klar zu denken und Zusammenhänge zu erfassen. Bei vielen Betroffenen verliert gleichzeitig die Sprache an Präzision. Anspruchsvolle Tätigkeiten können nicht – oder nur unter großen Anstrengungen – ausgeübt werden. Ein solches Nachlassen der Leistungsfähigkeit fällt am Arbeitsplatz in der Regel schneller auf als in häuslicher Umgebung. Die Ausprägungen des Krankheitsbildes sind höchst variabel, manchmal wird zunächst der soziale Rückzug auffällig (und „täuscht“ eine Depression vor). Die folgende Tabelle kann deshalb nur eine grobe Orientierung bieten. Sie nimmt eine Einteilung in drei Schweregrade vor, die sich im klinischen Alltag etabliert hat. Aber: die Übergänge zwischen den Schweregraden sind fließend und variabel, so dass eine genaue Abgrenzung oft nicht möglich ist. Weiterhin können verschiedene Bereiche unterschiedlich betroffen sein (z.B. „der Patient zeigt neu aufgetretene aggressive Tendenzen, während die Kognition nur leicht eingeschränkt ist“). Ebenso kann die Entwicklungsgeschwindigkeit in den Bereichen unterschiedlich rasch voranschreiten. Um den Krankheitsverlauf gut beurteilen zu können, ist also nicht die Einordnung in ein Schema ausschlaggebend, sondern die Beschreibung der Defizite in den einzelnen Bereichen.

Tabelle 6: Schweregrade der Demenz

Schweregrad	Kognition/ Tätigkeiten	Lebensführung	Störungen von Antrieb und Affekt
leicht	Komplizierte tägliche Aufgaben oder Freizeitbeschäftigungen können nicht (mehr) ausgeführt werden.	Die selbständige Lebensführung ist zwar eingeschränkt, ein unabhängiges Leben ist aber noch möglich.	<ul style="list-style-type: none"> - Fehlende Spontanität - Depression - Antriebsmangel - Reizbarkeit - Stimmungs-labilität
mittel	Nur einfache Tätigkeiten werden beibehalten; andere werden nicht mehr vollständig oder unangemessen ausgeführt.	Ein unabhängiges Leben ist nicht mehr möglich. Patienten sind auf fremde Hilfe angewiesen, eine selbständige Lebensführung ist aber noch teilweise möglich.	<ul style="list-style-type: none"> - Unruhe - Wutausbrüche - aggressive Verhaltensweisen
schwer	Es können keine Gedankengänge mehr nachvollziehbar kommuniziert werden.	Die selbständige Lebensführung ist gänzlich aufgehoben.	<ul style="list-style-type: none"> - Unruhe - Nesteln - Schreien - Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus

Hat der Patient beginnende oder zunehmende Schwierigkeiten mit folgenden Aktivitäten – ist also eine Veränderung im Vergleich zu früher eingetreten –, so sollte eine dementielle Erkrankung in Betracht gezogen werden [239, 339, 389, 464]:

- Neue Informationen aufnehmen und behalten
 - Patient wiederholt sich
 - hat häufiger Mühe, Gespräche, Ereignisse, Verabredungen zu erinnern, selbst wenn diese nicht lange zurückliegen

- findet abgelegte Gegenstände nicht wieder
- Komplexere Handlungen durchführen
 - Patient hat Mühe, einem komplexeren Gedanken zu folgen, oder eine Aufgabe zu erledigen, die mehrere Schritte beinhaltet: z.B. eine Mahlzeit zu kochen, ein Scheckbuch zu führen oder Türen mit komplizierten Öffnungsmechanismen zu öffnen
- Vernunft und Urteilskraft
- Patient hat Mühe, vernünftig und praktisch mit neu auftretenden Problemen umzugehen: z.B. wenn das Essen anbrennt, das Badewasser überläuft oder der Strom ausfällt
- Patient kümmert sich nicht um ansonsten übliche soziale Umgangsformen
- Räumliche Orientierung
 - Patient hat Schwierigkeiten beim Autofahren (verfährt sich häufiger, Bagatellschäden, z.B. durch die Garageneinfahrt, treten vermehrt auf)
 - findet sich in schlecht vertrauter Umgebung nicht gut zu Recht (z.B. im neuen Einkaufszentrum oder im Parkhaus)
- Sprache
 - Patient hat Mühe, die „richtigen“ Worte zu finden
 - kann einem Gespräch (mit komplexen Sachverhalten) nicht mehr ohne weiteres folgen
- Verhalten
 - Patient ist passiver als sonst und reagiert langsamer
 - ist misstrauischer und leichter erregbar
 - missinterpretiert visuelle und akustische Stimuli

3.1.2 Zeitverlauf der Symptome

Für eine sorgfältige Diagnosestellung und eine realistische Einschätzung des Verlaufes ist es wichtig, sowohl den Beginn der Symptome als auch den weiteren Verlauf möglichst genau zu erfragen [464]:

- kontinuierlich verschlechternd
- intermittierend
- stabil

Auch hier gilt, dass nicht in allen Bereichen, die die Demenz betreffen kann, der Ausgangszustand und die Progression gleich sind und gleich verlaufen. Diese Multidimensionalität sollte immer berücksichtigt werden, damit auch für therapeutische Ansätze differenziell vorgegangen werden kann.

Insgesamt ist es schwierig, eine Demenz in der präklinischen Phase zu erfassen. Allerdings weist ein Drittel aller Demenzpatienten bereits drei Jahre vor der Diagnosestellung kognitive Defizite auf [328]. Ein mit dem „normalen“ Altern noch vereinbarer Rückgang der kognitiven Fähigkeiten (z.B. der Schnelligkeit der Abstraktionen, niemals jedoch der Orientierung im unmittelbaren Lebensumfeld) wird im Englischen als „age associated memory impairment“ (AAMI) bezeichnet. Bei sehr niedrigem Ausgangsniveau (Minderbegabung) kann ein „normaler“ Altersverlauf der kognitiven Leistungen als Demenz verkannt werden.

Ein darüber hinausgehender Abbau der geistigen Leistungsfähigkeit, der zwar das Gedächtnis, jedoch noch keine anderen höheren geistigen Leistungen betrifft (z.B. Handlungsplanung, Sprache), wird als „mild cognitive impairment“ (MCI) beschrieben. Ein „mild cognitive impairment“ kann (muss aber nicht!) ein Vorstadium einer dementiellen Erkrankung sein und stellt einen Risikofaktor dar [48, 176, 339].

3.1.3 Potenzielle Risikofaktoren

Hier sind die Risikofaktoren für eine Demenz aufgeführt, die in epidemiologischen Studien gefunden wurden. Sie sollten bei der Anamneseerhebung immer – soweit nicht bekannt oder offensichtlich – erfragt werden [50, 66]:

- Alter [40, 149, 526]
- Weibliches Geschlecht [149, 261, 526]
- evtl. niedriges Körpergewicht bei weiblichen Patienten [240]
- Demenz bei Verwandten ersten Grades [52, 148, 214, 469]
- vorangegangene Kopfverletzung (Schädel-Hirn-Trauma) [298]
- niedriges Bildungsniveau [149, 218, 261, 526]
- Abbau geistiger Leistungen („mild cognitive impairment“) [48, 176, 339]
- bestimmte neurologische oder genetisch bedingte Erkrankungen (z.B. Morbus Parkinson, funikuläre Myelose, Down Syndrom) [148, 469, 474]
- vorangegangener Schlaganfall, insbesondere in Kombination mit weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren [503]

Zu den potenziell beeinflussbaren Risikofaktoren zählen:

- riskanter Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit [21, 148, 395]
- vaskuläres Risikoprofil (z.B. arterielle Hypertonie, Hypercholesterinämie, Nikotinabusus, Diabetes mellitus etc.) [178, 201, 236, 249, 327, 331, 347, 385, 386, 412, 472]

3.1.4 Prävention

Das Risiko, eine Demenz zu entwickeln, kann wahrscheinlich durch folgende Maßnahmen vermindert werden:

- kognitive Leistungen (z.B. Schach spielen, Kreuzworträtsel lösen etc.) [475]
- körperliche Aktivität [252, 253, 382]
- komplexe Tätigkeiten im Beruf [19]
- geringen (!) Alkoholkonsum [154, 387]
- Senkung der vaskulären Risikofaktoren, z.B. des Blutdrucks [145, 386]

Die Studien haben jedoch häufig nur kleine Fallzahlen und wurden retrospektiv durchgeführt. Weiterhin existieren keine überzeugenden Studien zur Prävention mittels Nahrungsergänzungen oder Pharmazeutika, so dass Vitamine oder Phytotherapeutika zur Prävention nach dem gegenwärtigen Stand nicht empfohlen werden.

Die Frage, ob Statine die Entwicklung und Progredienz einer Demenz günstig beeinflussen, ist mit der derzeitigen Studienlage nicht zu beantworten (vgl. Kapitel 4.4.9). Ob Östrogene eine protektive Wirkung hinsichtlich einer Demenzentwicklung haben, kann ebenfalls durch die vorliegenden Studienergebnisse nicht beantwortet werden [195, 300, 417]. Wegen der unerwünschten Wirkungen (erhöhtes Schlaganfallrisiko u.a.) sollten sie nicht zur Demenzprophylaxe eingesetzt werden [381, 482]. Bei über 65-jährigen Frauen erhöhte die kombinierte Gabe von Östrogen und Gestagen sogar die Demenzrate [417].

Es gibt experimentelle Ansätze für eine Impfung gegen Beta-Amyloid, in einer Phase-II-Studie traten jedoch vermehrt Meningoenzephalitiden auf [260].

3.1.5 Differentialdiagnosen

Demenzen oder demenz-ähnliche Symptome können durch zahlreiche Erkrankungen sowie toxische Schädigungen ausgelöst oder vorgetäuscht werden. Dies ist nicht selten durch Zusatzsymptome, durch die Tatsache, dass man Vorbefunde vom Patienten hat oder dass die scheinbare Demenzentwicklung extrem schnell geht, nahe gelegt. Besonders wichtig sind die Differentialdiagnosen Depression („Pseudodemenz“) und Delir, da beide Erkrankungen kausal behandelbar sind (vgl. Kapitel 2.4.3). Ein Delirium kann durch eine Intoxikation mit Medikamenten oder Drogen, aber auch durch Elektrolyt-Verschiebungen oder Narkosen verursacht werden. Besonders wenn die Vorgeschichte nicht bekannt ist (z.B. beim Hausbesuch im Notdienst), erschwert dies die Abgrenzung zu einer Demenz oder zu einer Depression (Tabelle 7) [16]. Wenn ein Patient ausschließlich subjektive Beschwerden ohne nachweisbare Defizite bzw. ohne bestätigende Fremdanamnese angibt, sollte vor allem eine Depression oder eine Angststörung in Betracht gezogen werden [357, 358]. Neben einer Demenz können andere psychiatrische Symptome bzw. Erkrankungen vorliegen, die eine Diagnosestellung ebenfalls erschweren [239, 339, 453].

Tabelle 7: Wichtige Differentialdiagnosen

Hinweise auf ein Delirium	Hinweise auf eine Depression
<p>Eintrübung des Bewusstseins (z.B. bei Fieber)</p> <p>Gedächtnis- oder Sprachstörung</p> <p>Desorientiertheit</p> <p>Störungsbild entwickelt sich innerhalb kurzer Zeit und fluktuiert im Tagesverlauf</p> <p>Intoxikation (Medikamente, Drogen) kommt in Betracht</p> <p>Entzug von Medikamenten bzw. Drogen kommt in Betracht</p>	<p>an fast allen Tagen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Depressive Verstimmung - Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf - Müdigkeit oder Energieverlust - Gefühle von Wertlosigkeit - Unangemessene Schuldgefühle - Verminderte Denk- bzw. Entscheidungsfähigkeit - Wiederkehrende Todes- bzw. Suizidvorstellungen <p>oft:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychomotorische Unruhe - Deutlich vermindertes Interesse an fast allen Aktivitäten - Deutlicher Gewichtsverlust ohne Diät oder Gewichtszunahme

Adaptiert aus [16]

Schlaganfall

Die Prävalenz einer vaskulären Demenz liegt bei Überlebenden eines Schlaganfalls bei ca. 30 % [264]. Ein Schlaganfall wird zu ca. 85% durch Hirninfarkte und zu ca. 15% durch intrazerebrale Blutungen verursacht [356]. Das klinische Bild präsentiert sich zumeist mit einer akuten Hemiplegie, Bewusstseins- und Sprachstörungen sowie sensiblen Ausfällen. Häufig finden sich transitorisch-ischämische Attacken (TIA) in der Vorgeschichte. Eine adäquate Therapie des Schlaganfalls und der vaskulären Risikofaktoren sollte unmittelbar (< sechs Stunden, bei Thrombolyse < drei Stunden, „Time is Brain“) erfolgen. Näheres findet sich in der Degam-Leitlinie „Schlaganfall“ [186].

Normaldruck-Hydrozephalus

Der Normaldruck-Hydrozephalus ist gekennzeichnet durch die Trias Gangstörung, Demenz und Inkontinenz, wobei diese Symptomtrias nicht zwingend ist. Die Diagnose erfolgt per CT oder MRT, therapiert wird in der Regel mit einer Shunt-Anlage. Die Prävalenzdaten sind widersprüchlich, eine kanadische Studie fand bei 4 von 196 Patienten (2%) einer Memory-Klinik einen Normaldruck-Hydrozephalus als Ursache für eine Demenz [152].

Tumorerkrankung

Auch hier existieren keine Prävalenzdaten für Deutschland, eine kanadische Studie fand bei 2 von 196 Patienten (1 %) einer Memory-Klinik einen Hirntumor als Demenzursache [152].

Weitere Differentialdiagnosen

Weitere Erkrankungen, die ein rasches Einschreiten erforderlich machen, sind beispielsweise Infektionen, die eine Meningitis oder Enzephalitis verursachen. Hierbei sind jedoch immer auch weitere Symptome zu erwarten (z.B. Fieber, schlechter Allgemeinzustand etc). Die Tabellen 8 und 9 listen mögliche – teilweise seltene – Differentialdiagnosen auf.

Tabelle 8: Ursachen für eine potentiell reversible Demenz

Neoplasmen

- Gliome
- Meningiome
- Hirn-metastasierende Tumore: Karzinome, Lymphome, Leukämien
- Fernwirkungen von Karzinomen (z.B. paraneoplastisches Syndrom)

Metabolische Erkrankungen

- Schilddrüsenerkrankungen (Hyperthyreose und Hypothyreose)
- Hypoglykämie
- Hyponatriämie und Hyponatriämie
- Hyperkalzämie
- Nieren- oder Leberversagen
- Morbus Cushing
- Morbus Addison
- Hypopituitarismus
- Morbus Wilson

Trauma

- Zerebrales Trauma
- Akutes und chronisches subdurales Hämatom

Toxine

- Alkoholismus
- Schwermetalle (Blei, Mangan, Quecksilber, Arsen)
- Organische Gifte, inklusive Lösungsmittel und Insektengifte

Infektionen

- Bakterielle oder parasitäre Meningitis und Enzephalitis
- Meningitis und Enzephalitis durch Pilze, Kryptokokkenmeningitis
- Virale Meningitis und Enzephalitis
- Hirnabszesse
- Neurosyphilis: meningovaskulär, Tabes dorsalis, generalisierte Parese

Autoimmunerkrankungen

- Systemische Vaskulitis mit ZNS-Beteiligung, temporale Arteriitis
- Systemischer Lupus Erythematosus mit ZNS-Beteiligung
- Multiple Sklerose

Pharmaka

- Antidepressiva
- Anxiolytika
- Hypnotika
- Sedativa
- Antiarrhythmika
- Antihypertensiva
- Antikonvulsiva
- Kardiale Medikamente, inklusive Digitalis und Derivaten
- Drogen mit anticholinergen Effekten

Mangelernährung

- Thiamin Mangel
(Wernicke Enzephalopathie und Wernicke-Korsakoff Syndrom)
- Vitamin B 12 Mangel (Pernizöse Anämie)
- Folsäure Mangel
- Vitamin B 6 Mangel (Pellagra)

Psychiatrische Erkrankungen

- Depression
- Schizophrenie und andere Psychosen

Andere Erkrankungen

- Normaldruck-Hydrozephalus
- Morbus Whipple
- Sarkoidose

Adaptiert aus [232]

Tabelle 9: Ursachen für eine irreversible Demenz

Degenerative Erkrankungen

- Alzheimer Demenz
- Morbus Pick
- Morbus Huntington
- Progressive supranukleäre Paralyse
- Morbus Parkinson
- Lewy Body Demenz
- Olivopontozerebelläre Atrophie
- Amyotrophe Lateralsklerosis (ALS)
- ALS-Parkinson-Demenz Komplex
- Hallervorden-Spatz Syndrom
- Kufs Syndrom
- Morbus Wilson (wenn nicht früh genug therapiert)
- Metachromatische Leukodystrophie
- Adrenoleukodystropie

Vaskuläre Demenz/Metabolische Störung

- Morbus Binswanger
- Okklusive zerebrovaskuläre Erkrankungen
- Zerebrale Embolien
- Arteriitis
- Anoxie infolge eines Herzstillstandes, eines Herzfehlers oder einer Kohlenmonoxydvergiftung

Traumatische Demenz

- Schweres zerebrales Trauma
- Dementia pugilistica

Infektionen

- Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS)
- Primäre AIDS-Enzephalopathie
- Opportunistische Infektionen

- Creutzfeldt-Jakob Erkrankung
(Subakute Spongiforme Enzephalopathie)
- Progressive multifokale Leukoenzephalopathie
- Postenzephalitische Demenz

Adaptiert aus [232]

3.2 Eigen- und Fremdanamnese

Gedächtnisleistung, Reflexionsfähigkeit und Einsicht lassen bei fortschreitender Demenz nach: die Eigenanamnese des Patienten wird weniger verlässlich [242, 282]. In frühen Phasen gelingt es zudem den Patienten recht gut, eigene Defizite zu verstecken, sich für fehlendes Erinnern Geschichten als Ersatz auszudenken, so dass man ein intaktes Funktionieren vorgetäuscht bekommen kann [3]. Insofern kommt der Fremdanamnese eine erhebliche Bedeutung zu. Das Problem hierbei ist, dass dies von den Patienten wahrscheinlich deswegen geschieht, weil sie den Anderen gegenüber ein intaktes Selbstbild aufrechterhalten wollen. Daher ist es manchmal wichtig, eine Fremdanamnese auch ohne den Patienten zu erheben, weil ansonsten es zu einer „Entkleidung“ des Patienten vor Dritten kommen muss, was erhebliche Belastung für Patient und Angehörigen bedeuten kann [3, 135, 461].

Bei der Eigen- und Fremdanamnese sollten folgende Punkte auf jeden Fall berücksichtigt werden: (C)

- Verhaltens-/Persönlichkeitsveränderungen
- Medikamenten- und Alkoholkonsum
- Depression und Begleiterkrankungen
- bestehende Risikofaktoren

3.2.1 Aufklärung

Es scheint, dass Hausärzte – u.a. auf Grund von postulierten fehlenden therapeutischen Konsequenzen – die Diagnose Demenz oft nicht aktiv anstreben [491]. Gleichzeitig empfinden viele Hausärzte es als unangenehm, mit Patienten über die belastende Diagnose „Demenz“ zu sprechen [471]. Allerdings zeigte eine weitere Untersuchung, dass sowohl Hausärzte als auch Neurologen und Psychiater in der subjektiven Bewertung davon

ausgehen, dass eine frühzeitige Diagnosestellung dem Patienten nützt [220, 222]. Nach einer Befragung von Familienangehörigen von Demenzpatienten, ziehen es 83 % der Familienangehörigen vor, dem Patienten die Diagnose nicht mitzuteilen, um Sorgen und Ängste zu vermeiden. Paradoxerweise wollen 71 % derselben Befragten über die Diagnose aufgeklärt werden, wenn es sie selber betrifft [120]. Häufig werden Angehörige im Gespräch sehr viel offener und umfassender aufgeklärt als die Patienten, was rechtlich ein Problem darstellt [222].

Folgende praktische, rechtliche und ethische Gründe sprechen für eine frühzeitige Diagnosestellung:

- Für Patienten und Angehörige kann die Ungewissheit beim Umgang mit den bestehenden Symptomen beendet werden: Diese Unsicherheit kann genauso schwer handhabbar sein wie der Umgang mit der Diagnose selbst. So berichten Angehörige, dass sie nach der Diagnosestellung „viele Dinge, die so unerklärlich waren, besser einordnen und verstehen“ konnten [12]. Auch bei Patienten scheinen Angst und Sorge nach Besprechung der Diagnose abzunehmen [71].
- Es kann frühzeitig mit einer multimodalen und multidisziplinären Therapie begonnen werden, die eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Entlastung der Angehörigen bewirken kann.
- Eine vorausschauende, unterstützende Langzeitplanung kann die Anzahl der zu bewältigenden Krisen der Patienten und insbesondere der Angehörigen reduzieren [151].
- Rechtliche Regelungen können frühzeitig nach dem Willen des Patienten organisiert werden (Betreuung, Patientenverfügung, Testament).
- Einer Eigen- oder Fremdgefährdung durch die aktive Teilnahme am Straßenverkehr kann evtl. entgegengewirkt werden [5, 119, 271].

Dies bedeutet, dass bei hinweisenden Symptomen oder Problemen im Umgang mit dem Patienten eine Diagnosestellung sinnvoll ist, ebenso bei der Frage nach der weiteren Lebensplanung.

Aber es existieren auch Gründe, einem Demenzverdacht nicht nachzugehen:

- Multimorbidität des Patienten,
- Patienten und Angehörigen lehnen therapeutische Hilfe ab,
- eine Stigmatisierung des Patienten oder der Familie (z.B. in dörflichen Gemeinden) wird befürchtet,

- der Patient „kämpft“ ganz offensichtlich gegen das „Erfahren der Wahrheit“ seiner Demenz (hier ist wie bei einer malignen Erkrankung zu handeln: soviel Aufklärung wie gewünscht – wobei dies immer wieder neu auszuloten ist) [3]

Voraussetzungen für eine solche Entscheidung sind die erlebte Anamnese und die ethische Beurteilung sowie ggf. der Konsens mit den Angehörigen.

Die Herausforderung für den Arzt besteht darin, von Fall zu Fall abzuwägen, ob zum gegebenen Zeitpunkt eine Aufklärung indiziert ist und wie viele Informationen in der jeweiligen Arzt-Patienten-Angehörigen-Situation zu übermitteln sind.

Die vorhandene Studienlage stützt nicht die Forderung nach einem generellen Demenzscreening ohne konkrete Verdachtsmomente.

Tabelle 10: Gründe, einem Verdacht auf Demenz nach- bzw. nicht nachzugehen (C)

Pro	Kontra
<ul style="list-style-type: none"> • Therapeutische Maßnahmen rasch einleiten, insbesondere bei reversiblen Formen • Überforderung (bis zum Burn-Out) von Pflegenden und Bezugspersonen vermeiden • Lebensplanung ermöglichen, u.a. wegen erhöhtem Sterberisiko im Vergleich zur Altersgruppe • Erkrankung enttabuisieren 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient und Angehörige lehnen therapeutische Hilfe ab • Arzt oder Angehörige befürchten eine Stigmatisierung der Familie • Multimorbidität • Cave: Voraussetzungen für eine solche Entscheidung sind erlebte Anamnese, ethische Beurteilung, Konsens mit Angehörigen

Kein generelles Demenz-Screening bei älteren Personen, sondern Entscheidung im Einzelfall (C)

3.2.2 Einwilligungsfähigkeit und Patientenverfügung

Die häufigsten rechtlichen Probleme im Zusammenhang mit der Demenzerkrankung entstehen daraus, dass die Patienten immer weniger im Stande sind, persönliche Angelegenheiten zu besorgen, Rechtsgeschäfte abzuschließen und Willenserklärungen abzugeben, während gleichzeitig ihre Fähigkeit schwindet, die eigenen Leistungsgrenzen zu erkennen. Solange der Betroffene noch seinen Willen äußern kann, sollte er aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden werden. Eine frühzeitige Diagnose erlaubt die rechtzeitige Planung von Patientenverfügungen, Patiententestament und Vorsorgevollmacht.

Geschäftsfähigkeit

Wer an Demenz leidet, kann durchaus geschäftsfähig sein. Es kommt darauf an, ob der Patient die Art und Tragweite seiner Entscheidung in Bezug auf das jeweilige Rechtsgeschäft einschätzen kann. Von besonderer Bedeutung ist die Frage der Geschäftsfähigkeit bei der Abfassung eines Testaments. Um späteren Anfechtungen vorzubeugen, ist es ratsam, die so genannte Testierfähigkeit durch einen Facharzt (Psychiater) prüfen und bestätigen zu lassen.

Willensfähigkeit

Auch die Willensfähigkeit ist durch die Demenzerkrankung nicht automatisch aufgehoben, beispielsweise in Bezug auf die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie [49]. Auch bei der Diagnostik, z.B. bei Eingriffen wie der Liquordiagnostik und der Einleitung von Therapien müssen Ärzte sich damit auseinandersetzen. Wichtig ist, ob der Patient Vorteile und Nachteile gegeneinander abwägen und zu einer Willensentscheidung kommen kann. Hilfreich kann z.B. eine frühzeitig erstellte Patientenverfügung sein [363].

Nähere Informationen erhalten Patienten und Angehörige bei der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, bei den Demenz-Servicezentren NRW oder unter <http://www.patientenleitlinien.de/Demenz/demenz.html>.

Weiterhin bietet das Bundesministerium der Justiz einen Leitfaden zur Patientenverfügung an:

Patientenverfügung: Leiden, Krankheit, Sterben. Wie bestimme ich, was medizinisch unternommen werden soll, wenn ich entscheidungsunfähig bin. Broschüre des Bundesministeriums der Justiz.

Die Broschüre ist kostenlos erhältlich über:

GVP Gemeinnützige Werkstätten, Maarstraße 98a, 53227 Bonn

Bestellung per E-Mail: bmj@gvp-bonn.de oder als kostenloser Download im Internet: http://www.bmj.de/files/-/1512/Patvfg_160108.pdf.

Solange Betroffene noch ihren Willen äußern können, sollten sie aktiv in Entscheidungsprozesse eingebunden werden (C).

3.2.3 Gesprächsführung bei Demenz

Aufgrund der frühen kognitiven Einschränkungen entstehen Schwierigkeiten bei der Kommunikation, die gerade im Dialog Arzt-Patient zunehmender Aufmerksamkeit bedürfen. Da es zu frühen krankheitsbedingten Einschränkungen der sprachlichen Ausdrucksfähigkeit und des Sprachverständnisses kommt, können Demenzpatienten ihr Anliegen nicht klar kommunizieren, können Gesprächen weniger gut folgen und werden schnell durch Informationen überfordert. Diesen Defiziten sollte im ärztlichen Gespräch durch die Vermittlung von Ruhe, Geduld und Wiederholungen sowie durch Vermeidung von Ablenkungen oder Störungen Rechnung getragen werden [245].

Im Gespräch mit Demenzpatienten verschieben sich die Schwerpunkte von inhaltlichen Aspekten hin zu Beziehungsaspekten, so dass es weniger darauf ankommt, *was* gesagt wird, als vielmehr darauf, *wie* etwas gesagt wird [245].

Die Diagnose Demenz kann bei den Betroffenen oft Reaktionen wie Schock, Panik, Angst, Depression und Zukunftsängste auslösen, was ein besonders sensibles Vorgehen bei Gesprächen mit ihnen und ihren Angehörigen erfordert [245].

Insgesamt ist es bei allen Gesprächen sehr wichtig, den Kranken in seinen erhaltenen Kompetenzen zu bestätigen und Anklagen, Kritik, Demütigungen oder Verletzungen seiner Würde unter allen Umständen zu vermeiden [88].

Wenn der Hausarzt ein fortschreitendes Nachlassen geistiger Leistungsfähigkeit feststellt, sollten auch rechtliche Aspekte angesprochen werden wie Fahreignung und Betreuung. Wenn eine Beratung zu spezifischen Problemen über das vom Hausarzt zu Leistende hinausgeht, sollte er jedoch die Thematik an den Patienten und seine Angehörigen herantragen, damit diese andere Hilfsangebote wahrnehmen.

3.2.4 Strategien zur Gesprächsführung

In Anlehnung an Erfahrungen über „schwierige“ Gespräche, die bislang vornehmlich im onkologischen Bereich wissenschaftlich untersucht wurden, kann das sog. SPIKES-Schema (Tabelle 10) als 6-Stufen-Plan hilfreich sein [30]:

- Im ersten Schritt geht es darum, das Gespräch so zu planen, dass auf eine ruhige patientenzentrierte Umgebung geachtet wird.
- Im zweiten Schritt gilt es, die Wahrnehmung des Patienten über seine Erkrankung zu erfahren und durch offene Fragen Klarheit darüber zu gewinnen, was er bereits weiß und wie er die Situation interpretiert.
- In einem dritten Schritt ist es von Vorteil, eine Art „Einladung“ des Patienten zu erhalten, um die Diagnose mitteilen zu können. Daher kann es hilfreich sein, bereits vor der Durchführung der Untersuchungen mit dem Patienten und Angehörigen zu besprechen, wie mit den Ergebnissen verfahren werden soll.
- Im vierten Schritt kann dann eine portionsweise, patientengerechte Wissensvermittlung stattfinden. Dabei sollte durch offene Nachfragen geprüft werden, ob wichtige Inhalte verstanden wurden (zu beachten ist, dass manchmal auch nicht verstanden werden will).
- Im fünften Schritt kommt es darauf an, durch eine akzeptierende Grundhaltung Verständnis für die Gefühlsregungen des Patienten und der Angehörigen zu zeigen (z.B. „Ich verstehe, dass das jetzt erst einmal schwer für Sie ist“).
- Im letzten Schritt haben sich eine Zusammenfassung und eine richtungsweisende Zukunftsplanung bewährt. Es kommt darauf an, die gegenseitig vermittelten Informationen zusammenzufassen und Konsequenzen für die weitere Vorgehensweise zu ziehen [30]. Wichtig ist zudem, eine Perspektive zu eröffnen (z.B. „Ich stehe Ihnen als Ihr Arzt/Ihre Ärztin zur Seite“).

3.2.4.1 Besonderheiten der Gesprächsführung

Folgende Besonderheiten sollten berücksichtigt werden [15, 245, 345]:

Die Atmosphäre

Zu den ersten Zeichen einer Demenzerkrankung gehört die eingeschränkte Fähigkeit, mit Ungewohntem umzugehen. Deshalb sollten Gespräche am besten immer in vertrauter Umgebung stattfinden – möglichst zu Hause

oder in einem bekannten Raum in der Praxis/Ambulanz – und auf jeden Fall in Ruhe und ohne Ablenkungen. Eingeschränkte Seh- und Hörfähigkeiten gilt es zu berücksichtigen.

Gesprächsatmosphäre und Gesprächsverlauf hängen wesentlich davon ab, ob ein Patient von sich aus zur Untersuchung kommt (Eigenmotivation) oder von seinen Angehörigen dazu gedrängt wurde (Fremdmotivation). Im letztgenannten Fall sollte der Arzt versuchen, das Vertrauen des Patienten zu gewinnen, zum Beispiel durch den Hinweis, dass kognitive Störungen eine behebbare Ursache haben können, was nicht übersehen werden sollte, und dass eine frühzeitige Behandlung die Erfolgsaussichten erhöhen kann [245].

Der Patient

Die Standardsituation zwischen Arzt und Patient ist das Einzelgespräch. Auch ein Demenzkranker fühlt sich in dieser Zweiersituation am ehesten ernst genommen. Er erfährt das ungeteilte Interesse des Arztes und muss seine Aufmerksamkeit nicht auf weitere Personen richten, was vielen Demenzkranken ohnehin schwer fällt.

Generell haben sich zwar offene Fragen zu Beginn einer Anamnese bewährt. Allerdings muss bei der Formulierung von Fragen an Demenzkranke deren kognitive Leistungsfähigkeit berücksichtigt werden. Während offene Fragen im Frühstadium der Erkrankung in der Regel von den Betroffenen zu beantworten sind, bieten sich im mittleren Stadium eher Fragen an, die mit Ja oder Nein beantwortet werden können.

Oft erweist es sich als günstig, eine Unterhaltung mit Fragen nach dem körperlichen Befinden des Patienten zu beginnen und auf geäußerte Beschwerden einzugehen. Kognitive Störungen können anschließend angesprochen werden. Dabei fällt es den Patienten leichter, über erhaltene Fähigkeiten zu reden ("Das mache ich alles noch selber!") als über Defizite [365]. Insgesamt ist es bei allen Gesprächen wichtig, den Kranken in seinen erhaltenen Kompetenzen zu bestätigen und konstruktiv zu unterstützen.

Die Angehörigen

Bei einem ersten Gespräch zur (möglichen) Diagnose Demenz hilft den Patienten oft die Anwesenheit ihrer Angehörigen. Gleichzeitig lassen sich dadurch das Umfeld des Kranken und seine Versorgungssituation einschätzen [245]. Eine qualitative Arbeit von Connell und Kollegen befragte Angehörige und Ärzte von Demenzpatienten. Dabei zeigte sich, dass viele Ärzte zwar der Meinung waren, die Angehörigen könnten gut mit der Diagnose und Informationen umgehen; diese fühlten sich jedoch vielfach

überfordert und nicht ausreichend mit einbezogen [88]. Angehörige können die oft notwendige Überzeugungsarbeit mittragen. Als hilfreich erweisen sich häufig die Argumente, dass viele ältere Menschen unter ähnlichen Problemen leiden oder dass vorsorgliche Untersuchungen auch für andere Krankheiten, wie zum Beispiel Diabetes, durchgeführt werden. Wichtig ist es, den Angehörigen zu vermitteln, dass erhaltene Kompetenzen unterstützt werden können, während Kritik oder Anklagen im Umgang mit dem Patienten zu vermeiden sind. Wenn die Angehörigen und nicht der Patient die Untersuchung wünschen, muss der Patient selbstverständlich mit allen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen einverstanden sein.

Die „emotionale Intelligenz“

Die „emotionale Intelligenz“ – ein Sammelbegriff für Persönlichkeitseigenschaften und Fähigkeiten, welche den Umgang mit eigenen und fremden Gefühlen betreffen – ist bei demenzkranken Menschen oft besonders gut erhalten und führt zu erhöhter Sensibilität und Empfindsamkeit. Wenn dies im Gespräch mit einem Demenzkranken berücksichtigt wird, kann das auch neue Zugangsmöglichkeiten eröffnen.

Besondere Sensibilität des Arztes erfordert die Mitteilung von Befunden. Manche Patienten wollen das Ergebnis, z.B. eines psychometrischen Testes, unmittelbar erfahren. Mitteilungen, die ehrlich sind, zugleich jedoch eine Perspektive bestehen lassen, haben sich bewährt (z.B. „Sie haben sich prima angestrengt; einige Aufgaben waren für Sie schwerer, bei anderen ist Ihnen die Aufgabe gut gelungen“). Andere fühlen sich damit überfordert oder angegriffen, weil sie die Testergebnisse nicht einordnen können [365]. In solchen Fällen ist es besser, dem Patienten nur zu vermitteln, dass man auf seiner Seite steht und ihn unterstützen wird. Details können gegebenenfalls mit den Angehörigen besprochen werden.

Die Perspektive

Hinsichtlich der Prognose besteht die Möglichkeit, ein Spektrum der verschiedenen Verlaufsformen aufzuzeigen. So kann für Patienten und Angehörige gleichermaßen Hoffnung gelassen werden, ohne die möglichen Verläufe zu leugnen. Hilfreich kann es zudem sein, auf unterstützende Angebote für den Patienten und/oder für den Angehörigen zu verweisen (z.B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft oder speziell in Nordrhein-Westfalen auf die Demenz-Service-Zentren). Diese Angebote können sowohl den Umgang mit der Erkrankung als auch den Umgang miteinander erleichtern.

Im Gespräch mit Demenzpatienten verschieben sich die Schwerpunkte von inhaltlichen Aspekten hin zu Beziehungsaspekten. Im ärztlichen Gespräch sind die Vermittlung von Ruhe, Geduld und didaktische Wiederholungen sinnvoll (C).

Tabelle 11: Zusammenfassung zur Gesprächsführung

Setting	<ul style="list-style-type: none"> - Geeignete ruhige Umgebung (Geben Sie sich, dem Patienten und ggf. den Angehörigen Ruhe und Zeit fürs Gespräch) - Vertrauensvolle Atmosphäre
Perception	<ul style="list-style-type: none"> - Kontakt herstellen - Was weiß der Patient/Angehörige? - Wie werden die Symptome/Untersuchungen interpretiert? - Was kann er/sie verstehen („before you tell, ask!“)?
Invitation	<ul style="list-style-type: none"> - Gibt es eine „Einladung“ seitens des Patienten/Angehörigen zur Aufklärung?
Knowledge	<ul style="list-style-type: none"> - Patientengerechte Wissensvermittlung (Sprechen Sie langsam, deutlich und in einfachen Worten/kurzen Sätzen) - Erklären Sie die Erkrankung mit einfachen Worten (wenn möglich auch dem begleitenden Angehörigen) - Vermeiden Sie widersprüchliche Aussagen - Sprechen Sie einen Punkt nach dem anderen an - Verständnis durch offene Nachfragen prüfen
Emotion/ Empathie	<ul style="list-style-type: none"> - Geben Sie Ihrem Gegenüber Zeit zu antworten, unterbrechen Sie nicht - Machen Sie deutlich, dass Sie die geschilderten Beschwerden als faktisch vorhanden akzeptieren - Achten Sie auf den Gesichtsausdruck und die Körpersprache Ihres Gegenübers - Sichern Sie sich die Aufmerksamkeit Ihres Gegenübers, eventuell durch eine leichte Berührung - Halten Sie Augenkontakt - Gehen Sie auf emotionale Zeichen ein. Akzeptanz und Umgang mit Gefühlsregungen: „Ich verstehe, dass das jetzt erst einmal schwer für Sie ist“
Strategy/ Summary	<ul style="list-style-type: none"> - Zusammenfassung der gegenseitig vermittelten Informationen - Aufzeigen von Konsequenzen und einer Perspektive - Zeigen Sie Zuversicht und Konstanz

8 Methodik und Auswahlkriterien

Die Empfehlungen in der vorliegenden Leitlinie beruhen auf einer sorgfältigen Recherche zur Erhebung der vorhandenen Evidenz, wobei als Zugangswege zur Informationssammlung verschiedene Medien und Methoden genutzt wurden.

Die vorliegende Leitlinie wurde mit der größtmöglichen wissenschaftlichen Sorgfalt gemäß den methodischen Forderungen der evidenzbasierten Medizin im Allgemeinen und dem Autorenmanual „Levels of Evidence“ der DEGAM sowie der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (ÄZQ) im Besonderen erstellt [24, 105]. Im fortgeschrittenen Stadium der Leitlinie wurde auch das „Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (DELBI)“ in der Fassung 2005/2006 berücksichtigt [27].

Die hier vorliegende Version der Leitlinie basiert auf der Leitlinie Demenz des medizinischen Wissensnetzwerks evidence.de der Universität Witten/Herdecke in der Version 05/2005 [489]. Diese wiederum nimmt Bezug auf andere nationale und internationale Leitliniendokumente, die übersetzt, inhaltlich und formell überarbeitet und an hausärztliche Erfordernisse angepasst wurden (vgl. Kapitel 10.2). Sie wurde erstmalig 3/2001 erstellt und 12/2001, 10/2003 und zuletzt 05/2005 aktualisiert und überarbeitet. Das Vorgehen beim Update-Prozess wurde der wissenschaftlichen Öffentlichkeit 2004 auf dem DEGAM-Kongress und der 5. Jahrestagung des DNEbM vorgestellt und diskutiert (http://www.ebm-netzwerk.de/netzwerkarbeit/jahrestagungen/pdf/vollmar_Kongress04.pdf) [488].

Im Rahmen des modifizierten 10-Stufen-Plans zur Entwicklung von Leitlinien der DEGAM erfolgte eine erneute Aktualisierung und Literaturrecherche zu einzelnen Fragestellungen.

Trotzdem sind sich die Autoren bewusst, dass die Literaturrecherche und die Generierung der Evidenz Verbesserungspotential aufweist.

Weitere Einzelheiten finden sich im separaten Methodenteil (www.degam-leitlinien.de).

8.1 Evidenzbewertung

Bei der Angabe von „levels of evidence“ (abgekürzt mit „LE“) im Literaturverzeichnis dieser Leitlinie geht es darum, auf transparente und verlässliche Weise die Grundlage zu dokumentieren, auf der die vorliegenden Empfehlungen beruhen. Mit einem Großbuchstaben wird die Fragestellung der Originalarbeit charakterisiert:

Tabelle 22: Kodierungen der Literatur

Code	Fragestellung
T	Therapie – Prävention – Versorgung – Implementierung
K	Kausalität/Ätiologie – Risikofaktoren – Nebenwirkungen von Therapie
P	Prognose
D	Diagnose
S	Symptomevaluation – Differentialdiagnose

Die Einstufung der Qualität des Studiendesigns orientiert sich bei Therapie, Kausalität, Prognose überwiegend am Studientyp, während bei Diagnose und Symptomevaluation noch andere Kriterien des Studiendesigns berücksichtigt werden müssen. Als Beispiel sind die Kriterien für Therapiestudien dargelegt. (Ausführlich zu Einzelheiten und Definitionen der „Levels of evidence“ siehe Autorenmanual der DEGAM:

http://www.degam.de/leitlinien_gestalt/S5_ameinl.html) [105].

Tabelle 23: Evidenzlevel und Grad der Empfehlungen

Level	Empfehlung	Definition
T1a	A	Meta-Analysen, Systematische Reviews von randomisiert-kontrollierten Studien, Megatrials
T1b		Randomisierte kontrollierte Studien
T2a	B	Nicht-randomisierte Studien, Kohortenstudien mit Kontrollgruppen
T2b		Fall-Kontroll-Studien
T3		Querschnittsstudie, ökologische Studie, Kohorte ohne Kontrollgruppe
T4	C	Expertenmeinung, Grundlagenforschung

Zur besseren Lesbarkeit werden die „levels of evidence“ im Literaturverzeichnis angegeben, die Stärken der Empfehlung sind sowohl in der Kurzfassung als auch der Langfassung zu finden.

9 Verbreitungs- und Implementierungsplan

Untersuchungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass eine einfache Veröffentlichung von Leitlinien nicht ausreicht, um neue Erkenntnisse dauerhaft in der Praxis zu verankern [69, 103, 150, 172-174, 324]. Für die Akzeptanz von Leitlinien sind meist multiple bzw. gezielte Interventionen notwendig, die individuell auf die jeweilige Nutzergruppe zugeschnitten sein sollten; jedoch ist auch damit eine erfolgreiche Implementierung nicht garantiert [69, 103, 118, 150, 172-174, 324]. Zur Disseminierung und Implementierung einer kalifornischen Alzheimer-Leitlinie existiert z.B. der sog. RAND-Report, der dezidierte Empfehlungen abgibt [293].

Eine randomisiert-kontrollierte Studie mit 417 Neurologen zeigte eine verbesserte Implementierung von Inhalten einer Demenz-Leitlinie in der Gruppe, die ein umfangreiches Schulungsprogramm erhielt [157]. Eine US-amerikanische Studie befragte 200 Klinikmitarbeiter, darunter auch 34 Allgemeinärzte nach der Integration von Empfehlungen zur Demenz in den praktischen Alltag. Lediglich die Hälfte der Allgemeinärzte hatte für jeweils die Hälfte ihrer Demenzpatienten supportive Maßnahmen eingeleitet [378]. Eine Untersuchung aus dem skandinavischen Raum mit 727 teilnehmenden Hausärzten zeigte, obwohl die Hausärzte eine hohe Zustimmung zum Leitlinieninhalt angaben, keine signifikante Verhaltensänderung (gemessen wurde die Anzahl der TSH- und Vitamin B12-Bestimmungen) [494].

Eine Studie aus Großbritannien verglich drei Interventionen, um Wissen über die Diagnostik und Therapie der Demenz bei Hausärzten zu verankern [118]:

- ein in die Praxissoftware integriertes Programm zur Entscheidungsunterstützung
- praxisbasierte Workshops
- ein elektronisches Tutorial auf CD-ROM

Die beiden erstgenannten Interventionen führten zu einer höheren Erkennungsrate von Demenzkranken in der Praxis. Die Distribution eines elektronischen Tutorials auf CD-ROM wies hingegen keine signifikanten Effekte auf, was den Ergebnisse einer deutschen Studie entspricht [68, 118].

Die DEGAM versucht eine erfolgreiche Implementierung der Leitlinie Demenz durch folgende Strategien zu erreichen:

- Erst-Veröffentlichung der Leitlinie in der „Zeitschrift für Allgemeinmedizin (ZFA)“
- direkte Einbindung von hausärztlich tätigen Ärzten in die Leitlinienentwicklung (Panel- und Praxistest)
- Vorstellung der Leitlinie in hausärztlichen Qualitätszirkeln, Fortbildungsmaßnahmen mit Zertifizierungsmöglichkeit (CME/CPD)
- innerhalb von Studien (z.B. in der vom BMBF geförderten WIDA-Studie) auch durch komplexere Interventionen [486, 487]

Auch spezielle leitlinienbasierte Schulungsmaterialien für die Aus-, Weiter- und Fortbildung sowie eine sukzessive Integration der Leitlinieninhalte in die entsprechenden Curricula (Gegenstandskatalog, Kursbuch Weiterbildung) wird angestrebt. Neue didaktische Konzepte zur problem- und handlungsorientierten Vermittlung der Leitlinieninhalte könnten hier ebenfalls unterstützend wirken. Für Angehörige sind auf die Leitlinieninhalte abgestimmte Schulungsprogramme möglicherweise ein geeignetes Implementierungsmodul.

In die Praxis-EDV integrierte oder auf Internet- bzw. Intranettechnologie basierende Programme sollen ebenfalls zukünftig dazu beitragen, die Leitlinienempfehlungen im Augenblick der klinischen Entscheidung über diagnostische oder therapeutische Wege verfügbar zu machen [463]. Im Sinne eines medizinischen Controllings, z.B. der eigenen Verordnungen (Audit), könnten leitlinienorientierte Feedbacksysteme die Umsetzung fördern.

Eine weitere Chance zur Implementierung der Leitlinien bieten insbesondere die innerhalb von „vernetzten Praxen“ durch die Beteiligten selbst entwickelten „Versorgungspfade“. Hier werden die Leitlinienempfehlungen an lokale Besonderheiten angepasst. Dabei werden u. a. konkrete Zuständigkeiten, Verantwortliche und Indikationen zur Überweisung und Rücküberweisung an Schnittstellen zur spezialärztlichen bzw. stationären Versorgung benannt.

Die aktuelle Entwicklung in Hinblick auf „Disease-Management-Programme“ hat eine weitere Anpassung erforderlich gemacht, so dass neben dem Fokus der Leitlinienimplementierung die Integration von Patienteninformationen, ein Verweis auf Schulungsprogramme und Dokumentationshilfen erfolgt. Ein multimodaler Ansatz zeigte nachweislich positive Auswirkungen auf die Versorgungssituation [266]. In einer nächsten Stufe ist die stärkere Einbindung von pflegerischen Aspekten geplant, um ein umfassenderes Case-Management zu gewährleisten [422]. Ähnlich wie von

einer britischen Arbeitsgruppe exemplarisch dargestellt, soll die hier vorliegende Leitlinie mit ihren zugehörigen Materialien zu einer frühzeitigeren Diagnosestellung und einem verbesserten Management führen [463].

- Neben der hier vorliegenden Langfassung sind bisher folgende Module verfügbar:
- Kurzfassung als Schreibtischvorlage
- Gekürzte Langversion zum Download im Internet
- Patienteninformationen als Faltblatt

10 Evaluation und vergleichbare Leitlinien

10.1 Evaluation dieser Leitlinie

Eine zukünftige Evaluation dieser Leitlinie könnte sich z.B. an folgenden Fragestellungen orientieren:

- Inwieweit wird die Leitlinie durch die Anwender berücksichtigt?
- Wird sie im Praxisalltag genutzt?
- Werden die Empfehlungen akzeptiert?
- Zeigt die Leitlinie Wirkungen (Verordnungsverhalten, Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und Angehörigen etc.)?

Die Evaluation der Leitlinie Demenz kann in verschiedenen Stufen erfolgen. Zur Messung von Veränderungen können z.B. Qualitätsindikatoren zum Einsatz kommen.

10.2 Qualitätsindikatoren

Qualitätsindikatoren oder klinische Messgrößen messen Eigenschaften der medizinischen Versorgung (z.B. von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen), die im Rahmen des Qualitätsmanagement bewertet werden sollen [26].

In dem US-amerikanischen Projekt ACOVE (Assessing Care of Vulnerable Elders) wurden z.B. 14 Qualitätsindikatoren für Menschen mit Demenz durch eine Expertengruppe benannt [77, 499]. In einem geriatrischen Setting wurden diese dann erfolgreich eingesetzt [423]. Vor einem Einsatz wäre also zu prüfen, inwieweit sich die Qualitätsindikatoren auf den hausärztlichen Versorgungskontext in Deutschland anpassen lassen.

10.3 Vergleichbare andere Leitlinien oder Empfehlungen

Die DEGAM-Leitlinie Demenz nimmt Bezug auf andere nationale und internationale Leitliniendokumente. Die wichtigsten sind:

- Medizinisches Wissensnetzwerk evidence.de der Universität Witten/Herdecke. Leitlinie Diagnose, Therapie und Versorgung bei Demenz Version 3/2001, 12/2001, 10/2003 und 05/2005 [489]
- ÄZQ, Leitlinien-Clearingbericht "Demenz". ÄZQ Schriftenreihe Band 20, 2005, Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Gemeinsame Einrichtung von BÄK und KBV) [25, 338]
- Canadian Medical Association (CMA): The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia, 1999 [332]
- North of England evidence based guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia, 1998 [124]
- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR): Clinical Practice Guideline. Recognition and Initial Assessment of Alzheimer's Disease and Related Dementias, 1996 [16]
- New Zealand Guideline Group (NZGC): Guidelines for the Support and Management of People with Dementia, 1997 [316]
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDÄ): Demenz. Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, 2004 [10]
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN): Behandlungsleitlinie Demenz, 2000 [112].
- Bund Deutscher Allgemeinmediziner (BDA): Manual Demenz, 1999 [35]
- Bund Deutscher Allgemeinmediziner (BDA): Case-Management Demenz, 1999 [34]
- National Institute for Clinical Excellence (NHS): Guidance on the use of donepezil, rivastigmine, and galantamine for the treatment of alzheimer's disease, 2001 [308]
- CPMC. Note for guidance on medicinal products in the Treatment of Alzheimer's Disease. Committee for Proprietary Medicinal Products, 1997 [94]

- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Interventions in the management of behavioural and psychological aspects of dementia, 1998. [418]
- Howard R, Ballard C, O'Brien J, Burns A. Guidelines for the management of agitation in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001;16(7):714-7 [202]
- Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part I. Assessment. *Am Fam Physician* 2002;65(11):2263-72 [100]
- Cummings JL, Frank JC, Cherry D, Kohatsu ND, Kemp B, Hewett L, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment. *Am Fam Physician* 2002;65(12):2525-34 [101]
- New Zealand Guideline Group (NZGC). Guidelines for the Use of Acetylcholinesterase Inhibitor Drugs in the Treatment of People With Alzheimer's Disease, 2000 [315]
- DGGPP: Empfehlungen zur Therapie dementieller Erkrankungen, 2004 [107]
- DGN: Diagnose und Therapie der Alzheimer-Demenz (AD) und der Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB), in: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie, 2003 und 2005 [110, 111]
- NICE: Appraisal Consultation Document: Alzheimer's disease – donepezil, rivastigmine, galantamine and memantine (review). 2005, National Institute of Clinical Excellence (NICE) [309]

Weitere Leitlinien, Health Technology Reports (HTA), Empfehlungen sowie Reviews aus der Cochrane Library [7, 46, 47, 61, 108, 109, 116, 140, 207, 208, 239, 268, 299, 310, 321, 339, 351, 392, 422, 458, 497, 509].

11 Gültigkeitsdauer und Fortschreibung

Die Leitlinie „Demenz“ wurde 2008 veröffentlicht und ist bis zur nächsten Überarbeitung bzw. spätestens bis zum 31.12.2011 gültig. Eine förmliche Überarbeitung ist vorgesehen bis zum Jahre 2011.

Verantwortlich für die kontinuierliche Fortschreibung, Aktualisierung und Bekanntmachung ist der Arbeitskreis Leitlinien (AKLL) der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM).

12 Autoren, Kooperationspartner, Sponsoren und Konsensusverfahren

12.1 Erarbeitung der Leitlinie für die DEGAM

- Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin, Medizinische Informatik, Sportmedizin
(Recherche, Langfassung, Kurzfassung, Faltblatt, Koordination, Überarbeitung der Versionen, Methodenreport)
Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Universität Witten/Herdecke sowie Fraunhofer Institut für System- und Innovationsforschung, Karlsruhe
- Dr. med. Peter Mand, MPH
(Teile der bildgebenden Verfahren und der nichtmedikamentösen Therapieverfahren)
Institut für Allgemeinmedizin, Medizinische Hochschule Hannover
- PD Dr. med. Martin E. Butzlaff, MPH, Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Witten/Herdecke
(Vorarbeiten, anfängliche Koordination, Korrekturen)
Dekanat für Medizin, Universität Witten/Herdecke

in Zusammenarbeit mit:

- dem Arbeitskreis Leitlinien und der Sektion Qualitätsförderung der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

12.2 Konzeption der Patienteninformation, Redaktion

- Dr. med. Horst Christian Vollmar, MPH
- PD Dr. med. Martin E. Butzlaff, MPH

12.3 Konsensusverfahren

Die DEGAM hat einen standardisierten Zehn-Stufenplan zur Leitlinienentwicklung verabschiedet:

Tabelle 24: DEGAM-10-Stufenplan

1.	Interessierte Autoren aus allgemeinmedizinischen Universitäts-einrichtungen werden durch Beschluss des DEGAM-Arbeitskreises 'Leitlinien' in der Sektion Qualitätsförderung mit der Entwicklung eines Leitlinienentwurfs für ein definiertes Thema beauftragt. Die beauftragte Einrichtung übernimmt die Funktion eines koordinierenden Zentrums und ruft zur Gründung einer themenbezogenen Arbeitsgruppe auf. Durch öffentliche Bekanntmachungen (insbesondere Mailings an DEGAM-Mitglieder bzw. bekannte Qualitätszirkel, Publikationen im Forum Qualität der ZFA etc.), die von der DEGAM-Geschäftsstelle 'Leitlinienentwicklung' sowie dem koordinierenden Zentrum veranlasst werden, wird um die Bereitstellung von bereits vorhandenen Arbeitsergebnissen sowie um Mitwirkung gebeten. Auf diese Weise werden Empfehlungen, Leitlinienentwürfe, Literaturhinweise etc. gesammelt sowie interessierte Personen zur Mitarbeit gewonnen.
2.	Nach Konstituierung der themenbezogenen interdisziplinären Arbeitsgruppe durch das koordinierende Zentrum wird auf der Basis der vorliegenden Materialien eine systematische Literatur-Review zum Thema durchgeführt, die der Ermittlung bestehender Leitlinien (z. B. Leitlinien von NHG, AHCP, SIGN) sowie der vorhandenen Evidenz (in Literaturdatenbanken, der Cochrane Library, Best Evidence etc.) dient. Die Arbeitsgruppe sollte auch Patienten, Vertreter des Berufsverbandes sowie je nach Thema auch Vertreter anderer Berufsgruppen einbeziehen.
3..	Die Arbeitsgruppe erstellt auf der Basis der vorliegenden Informationen einen Erstentwurf der Leitlinie, der sich inhaltlich nach den festgelegten Anforderungen richtet und formal dem vorgegebenen Musterformat entspricht.
4.	Der Leitlinien-Erstentwurf geht über die Geschäftsstelle Leitlinienentwicklung an ein Panel von etwa fünfundzwanzig erfahrenen All-

	gemeinärzten (aus Forschung, Lehre und Praxis), die nicht an der Leitlinienerstellung beteiligt waren und eine strukturierte Stellungnahme zu Inhalten, Umsetzbarkeit, Relevanz und Akzeptanz abgeben.
5.	Aufgrund der Stellungnahmen der Panel-Ärzte erstellt die Arbeitsgruppe einen Zweitentwurf der Leitlinie. Dieser wird mit einzelnen externen Experten diskutiert und ggf. ein modifizierter Drittentwurf der Leitlinie erarbeitet.
6.	Über die Geschäftsstelle werden die Fachgesellschaften, die ebenfalls mit der Betreuung des jeweiligen Beratungsanlasses befasst sind, um eine abgestimmte Kommentierung gebeten. Gleichzeitig werden auch der Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands (BDA) und Patienten- bzw. Verbraucherorganisationen beteiligt. Die eingehenden Kommentare werden an die Arbeitsgruppe weitergeleitet. Diese prüft deren Relevanz und erstellt einen Viertentwurf.
7.	Der Viertentwurf (ggf. auch der Drittentwurf) wird von interessierten Qualitätszirkeln, einzelnen Allgemeinpraxen oder Praxisnetzen erprobt. Ziel dieses explorativen Praxistests ist die Feststellung der Akzeptanz und Praktikabilität der Leitlinie unter Praxisbedingungen. Die Implementierungs-Erfahrungen von Ärzten/innen, Praxismitarbeitern/innen und Patienten/innen werden mit Hilfe verschiedener Instrumente festgehalten.
8.	Aufgrund der Ergebnisse des Praxistests wird von der Arbeitsgruppe ein Fünftentwurf der Leitlinie erstellt. Die Geschäftsstelle prüft – u. a. anhand der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ – ob die von der DEGAM beschlossenen formalen Anforderungen erfüllt sind.
9.	Vertreter der Arbeitsgruppe stellen den Leitlinienentwurf abschließend dem DEGAM-Arbeitskreis 'Leitlinien' in der Sektion Qualitätsförderung vor. Das Präsidium der DEGAM autorisiert durch formellen Beschluss die Leitlinie schließlich als Empfehlung der Fachgesellschaft.
10.	Die Erstveröffentlichung der Leitlinie erfolgt im „Forum Qualität“ der 'ZFA – Zeitschrift für Allgemeinmedizin'.

12.4 Kooperationspartner und Rückmeldungen

12.4.1 Rückmeldungen zur Leitlinie durch Einzelpersonen

Folgende Einzelpersonen haben zusätzlich durch Anregungen und Kritik zur Erarbeitung der Leitlinie beigetragen:

- Prof. Dr. med. Erika Baum
- Günther Egidi
- Dr. med. Hanna Kaduszkiewicz
- Dr. med. Cornelia-Christine Schürer-Maly
- Prof. Dr. med. Eva Hummers-Pradier
- Dr. med. Silke Brockmann
- Prof. Dr. Michael Kochen, MPH, FRCGP
- Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach, MPH
- Dr. Uwe Popert
- Dr. Klaus-Heinrich Bründel
- Dipl.-Psych. Michael Pentzek
- Prof. Dr. med. Stefan Wilm

Bereits bei der Erstellung der unterschiedlichen Versionen des medizinischen Wissensnetzwerks evidence.de der Universität Witten/Herdecke waren Fachspezialisten aus unterschiedlichen Disziplinen mit eingebunden (http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinien-intern/Demenz_Start/DemenzImpressum/demenzimpresum.html).

12.4.2 Teilnehmer an der Panelbefragung

Der Paneltest wurde zwischen September 2006 und Januar 2007 mit Teilnehmern des Arbeitskreises Leitlinien durchgeführt. Für die Konzeption, Durchführung und Auswertung zeichnen Anja Wollny und Dr. Silke Brockmann verantwortlich. Folgende Ärzte nahmen an dem Paneltest teil:

- Günther Egidi
- Prof. Dr. med. Erika Baum
- Dr. Jean-Francois Chenot, MPH
- Dr. Martin Scherer
- Dr. E. Plat
- Prof. Dr. Heinz Harald Abholz
- Dr. Attila Altiner
- Dr. Detmar Jobst
- Dr. M. Mühlenfeld
- Dr. Bernd Hemming
- Dr. Til Uebel

Die Ergebnisse des Paneltests finden sich im Methodenteil (www.degam-leitlinien.de).

12.4.3 Paten der Leitlinie

Nach der Modifikation des 10-Stufen-Plans der DEGAM durch den Arbeitskreis Leitlinien 2006 stellten sich folgende zehn Paten für die weitere Betreuung der Leitlinie zur Verfügung:

- Dr. E. Plat
- Günther Egidi
- Prof. Dr. med. Erika Baum
- Dr. Til Uebel
- Dr. Attila Altiner
- Dr. Jean-Francois Chenot, MPH
- Dr. Martin Scherer
- Dr. Detmar Jobst
- Dr. M. Mühlenfeld
- Prof. Dr. Heinz Harald Abholz

12.4.4 Teilnehmer am Praxistest

Der Praxistest wurde zwischen Oktober und Dezember 2007 am Lehrbereich Allgemeinmedizinisch der Universität Tübingen durchgeführt und ausgewertet. Verantwortlich waren

- Prof. Dr. med. Gernot Lorenz
- Dr. med. Julia Hermes, MScPH
- Dr. med. Dirk Moßhammer, MPH
- cand. med. Jan Peter Jessen

Unterstützt wurde die Auswertung von Anja Wollny, M.Sc., Düsseldorf.

Folgende Ärzte nahmen an dem Praxistest teil:

- Dr. med. Franz Ailinger
- Dr. med. Markus Böbel
- Dr. med. Ingeborg Dabrunz
- Dr. med. Friedrich Feurer
- Dr. med. Udo-Frank Gundel
- Dr. med. Martin Hermann
- Dr. med. Michael Heuser
- Dr. med. Ulrich Ikker
- Dr. med. Ulrich Meinhof
- Peter Oelhafen
- Dr. med. Jürgen Schreyeck
- Dr. med. Karl Weitnauer
- Dr. med. Ulf-Michael Werner
- Dr. med. Uwe Zimmermann

Die Ergebnisse des Praxistests finden sich im Methodenteil (www.degam-leitlinien.de).

12.4.5 Rückmeldungen zur Leitlinie durch Fachgesellschaften, Verbände und Institutionen

Folgende Fachgesellschaften, Verbände, Institutionen wurden um eine Stellungnahme zu der Leitlinie gebeten:

- Berufsverband der Allgemeinärzte Deutschlands - Hausärzteverband (BDA), Köln
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN), Kiel
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Düsseldorf
- Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPN), Berlin
- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG), Berlin
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKDÄ), Berlin
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ), Berlin
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Medizin (IQWiQ), Köln
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Düsseldorf
- Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE), Karlsbad
- Deutsche Expertengruppe Demenzbetreuung (DED), Rieseby
- Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung im Gesundheits- und Pflegewesen (BUKO-QS), Hamburg
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück
- Patientenvertreter/Verbraucherorganisationen, insbesondere:
 - Deutsche Alzheimer Gesellschaft (DAIzG), Berlin
 - Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA), Köln
 - Alzheimer Angehörigen Initiative (AAI), Berlin

Die Nennung der Verbände bedeutet nicht, dass diese tatsächlich Stellung bezogen haben bzw. notwendigerweise mit den Inhalten der Leitlinie übereinstimmen.

Die Stellungnahmen der Verbände/Fachgesellschaften und die Antworten der Autoren finden sich im Methodenteil (www.degam-leitlinien.de).

12.4.6 Konsensusgespräche

Die DEGAM nahm – zusammen mit Vertretern von DGN, DGPPN und ggf. weiteren Fachvertretern – an verschiedenen Konsensusgesprächen unter Moderation von PD Dr. Ina Kopp und Prof. Dr. Selbmann, AWMF, Düsseldorf teil. (siehe Teil 2)

Als Vertreter für die DEGAM wurden benannt:

- Dr. Horst Christian Vollmar, MPH, Witten
- Prof. Dr. Harald Abholz, Düsseldorf

Die vorläufigen Ergebnisse der Konsensusgespräche sind im Methodenteil zu finden (www.degam-leitlinien.de).

12.5 Sponsoren

Das Kompetenzzentrum für Allgemeinmedizin und ambulante Versorgung der Universität Witten/Herdecke (seit 15.08.07 Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) erhielt als federführende Institution durch die DEGAM einen Zuschuss von rund 14.000 Euro zur Fertigstellung der Leitlinie.

Die restlichen Kosten wurden durch die universitären Abteilungen getragen.

12.6 Interessenskonflikte

Hiermit erklären die Autoren, dass keine Interessenskonflikte vorliegen. Insbesondere gab es – außer dem beschriebenen DEGAM-Zuschuss – keine finanziellen Zuwendungen an die Autoren.

Die aufgeführte Quell-Leitlinie wurde an der Universität Witten/Herdecke (UWH) durch das medizinische Wissensnetzwerk evidence.de entwickelt. Die nicht an die Demenz-Leitlinie gebundene Förderung der UWH respektive von evidence.de ist auf der Internetseite transparent dargestellt (http://www.evidence.de/Leitlinien/leitlinienintern/Demenz_Start/DemenzImpressum/demenzimpresum.html).

13 Anhang: ICD-Codierung

Psychische Störungen und Verhaltensstörungen (F00-F99)

Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)

Dieser Abschnitt umfasst eine Reihe psychischer Krankheiten mit nachweisbarer Ätiologie in einer zerebralen Krankheit, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt. Die Funktionsstörung kann primär sein, wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen; oder sekundär, wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen.

Demenz (F00-F03) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei der Alzheimer Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

F00	<p>Demenz bei Alzheimer-Krankheit (G30.-+) Die Alzheimer-Krankheit ist eine primär degenerative zerebrale Krankheit mit unbekannter Ätiologie und charakteristischen neuropathologischen und neurochemischen Merkmalen. Sie beginnt meist schleichend und entwickelt sich langsam aber stetig über einen Zeitraum von mehreren Jahren</p>
F00.0	<p>Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2) (G30.0+) Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit Beginn vor dem 65. Lebensjahr. Der Verlauf weist eine vergleichsweise rasche Verschlechterung auf, es bestehen deutliche und vielfältige Störungen der höheren kortikalen Funktionen. Alzheimer-Krankheit, Typ 2 Präsenile Demenz vom Alzheimer-Typ (Anm. der LL-Autoren: nicht mehr verwenden) Primär degenerative Demenz Alzheimer-Typ, präseniler Beginn</p>

F00.1	<p>Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1) (G30.1+)</p> <p>Demenz bei Alzheimer-Krankheit mit Beginn nach dem 65. Lebensjahr, meist in den späten 70er Jahren oder danach, mit langsamer Progredienz und mit Gedächtnisstörungen als Hauptmerkmal.</p> <p>Alzheimer-Krankheit, Typ 1</p> <p>Primär degenerative Demenz vom Alzheimer-Typ, seniler Beginn</p> <p>Senile Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT) (Anm. der LL-Autoren: nicht mehr verwenden)</p>
F00.2	<p>Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form (G30.8+)</p> <p>Atypische Demenz vom Alzheimer-Typ</p>
F00.9	<p>Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet (G30.9+)</p>
F01	<p>Vaskuläre Demenz</p> <p>Die vaskuläre Demenz ist das Ergebnis einer Infarzierung des Gehirns als Folge einer vaskulären Krankheit, einschließlich der zerebrovaskulären Hypertonie. Die Infarkte sind meist klein, kumulieren aber in ihrer Wirkung. Der Beginn liegt gewöhnlich im späteren Lebensalter.</p> <p><i>Inkl.:</i> Arteriosklerotische Demenz</p>
F01.0	<p>Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn</p> <p>Diese entwickelt sich meist sehr schnell nach einer Reihe von Schlaganfällen als Folge von zerebrovaskulärer Thrombose, Embolie oder Blutung. In seltenen Fällen kann eine einzige massive Infarzierung die Ursache sein.</p>
F01.1	<p>Multiinfarkt-Demenz</p> <p>Sie beginnt allmählich, nach mehreren vorübergehenden ischämischen Episoden (TIA), die eine Anhäufung von Infarkten im Hirngewebe verursachen.</p> <p>Vorwiegend kortikale Demenz</p>
F01.2	<p>Subkortikale vaskuläre Demenz</p> <p>Hierzu zählen Fälle mit Hypertonie in der Anamnese und ischämischen Herden im Marklager der Hemisphären. Im Gegensatz zur Demenz bei Alzheimer-Krankheit, an die das klinische Bild erinnert, ist die Hirnrinde gewöhnlich intakt.</p>

F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	<p>Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet F02 Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten Formen der Demenz, bei denen eine andere Ursache als die Alzheimer-Krankheit oder eine zerebrovaskuläre Krankheit vorliegt oder vermutet wird. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, selten jedoch im höheren Alter.</p>
F02.0	<p>Demenz bei Pick-Krankheit (G31.0+) Eine progrediente Demenz mit Beginn im mittleren Lebensalter, charakterisiert durch frühe, langsam fortschreitende Persönlichkeitsänderung und Verlust sozialer Fähigkeiten. Die Krankheit ist gefolgt von Beeinträchtigungen von Intellekt, Gedächtnis und Sprachfunktionen mit Apathie, Euphorie und gelegentlich auch extrapyramidalen Phänomenen.</p>
F02.1	<p>Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (A81.0+) Eine progrediente Demenz mit vielfältigen neurologischen Symptomen als Folge spezifischer neuropathologischer Veränderungen, die vermutlich durch ein übertragbares Agens verursacht werden. Beginn gewöhnlich im mittleren oder höheren Lebensalter, Auftreten jedoch in jedem Erwachsenenalter möglich. Der Verlauf ist subakut und führt innerhalb von ein bis zwei Jahren zum Tode.</p>
F02.2	<p>Demenz bei Chorea Huntington (G10+) Eine Demenz, die im Rahmen einer ausgeprägten Hirndegeneration auftritt. Die Störung ist autosomal dominant erblich. Die Symptomatik beginnt typischerweise im dritten und vierten Lebensjahrzehnt. Bei langsamer Progredienz führt die Krankheit meist innerhalb von 10-15 Jahren zum Tode.</p>
F02.3	<p>Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom (G20+) Eine Demenz, die sich im Verlauf einer Parkinson-Krankheit entwickelt. Bisher konnten allerdings noch keine charakteristischen klinischen Merkmale beschrieben werden. Demenz bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paralysis agitans - Parkinsonismus oder Parkinson-Krankheit

F02.4	<p>Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit] (B22.0+)</p> <p>Eine Demenz, die sich im Verlauf einer HIV-Krankheit entwickelt, ohne gleichzeitige andere Krankheit oder Störung, die das klinische Bild erklären könnte.</p>
F02.8	<p>Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern</p> <p>Demenz bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enzephalopathie (G93.4+) - Epilepsie (G40.-+) - hepatolentikulärer Degeneration [M. Wilson] (E83.0+) - Hyperkalziämie (E83.5+) - Hypothyreose, erworben (E01+, E03.-+) - Intoxikationen (T36-T65+) - Multipler Sklerose (G35+) - Neurosyphilis (A52.1+) - Niazin-Mangel [Pellagra] (E52+) - Panarteriitis nodosa (M30.0+) - Schädelhirntrauma (einschließlich "Dementia pugilistica") (T90.-+) - systemischem Lupus erythematoses (M32.-+) - Trypanosomiasis (B56.-+, B57.-+) - zerebraler Lipidstoffwechselstörung (E75.-+) - Vitamin-B12-Mangel (E53.8+)
F03	<p>Nicht näher bezeichnete Demenz</p> <p>Präsenil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demenz o.n.A. - Psychose o.n.A. <p>Primäre degenerative Demenz o.n.A.</p> <p>Senil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demenz: <ul style="list-style-type: none"> - depressiver oder paranoider Typus - o.n.A. - Psychose o.n.A. <p><i>Exkl.:</i> Senile Demenz mit Delir oder akutem Verwirrheitszustand (F05.1)</p> <p>Senilität o.n.A. (R54)</p>

Adaptiert aus [115]

14 Anhang: Psychometrische Testverfahren

14.1 Demenz-Detektion-Test (DemTect)

Einfach durchzuführender Test, der 5 Leistungsbereiche abbildet, die schon im Frühstadium einer Demenz beeinträchtigt sein können [233, 338]:

- Neugedächtnisbildung
- mentale Flexibilität
- Sprachproduktion
- Aufmerksamkeit
- Gedächtnisabruf

Durchführungsdauer: 8 Minuten

Durchzuführen durch: Geschultes medizinisches Hilfspersonal

Da die Teilleistungen im DemTect zum Teil alterssensitiv sind, wird eine separate Auswertung für 60-Jährige und Ältere sowie für unter 60-Jährige vorgenommen. Die Ergebnisse der Einzelaufgaben werden in Punkte umgerechnet. Die Summe der Punkte (max. 18) ergibt entweder Hinweise auf einen Demenzverdacht, oder aber weist darauf hin, dass altersentsprechende Leistungen vorliegen. Patienten unter 40 Jahren sollten mit dem Test nicht getestet werden.

14.2 Test zur Früherkennung mit Depressionsabgrenzung (TFDD)

Der Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) eignet sich zur Demenzdiagnostik und zur Abgrenzung von depressiven Syndromen [35]. Beschreibung:

Zweigeteilter Test: Neun Items des Früherkennungstestteils von Demenzen erfassen direktes und verzögertes Erinnern, Orientierung zum Datum und zur Jahreszeit, eine Anweisungsaufgabe, den Uhrentest und die Wortflüssigkeit. Die Items resultieren aus Voruntersuchungen zu besonders früh auftretenden Symptomen der Demenz. Dieser Teil umfasst 50 Punkte.

Durch seine Zusammenstellung soll dieser kognitive Testteil bereits gut zur Abgrenzung von Demenz und Depression geeignet sein, da depressive Patienten die Aufgaben noch relativ gut bewältigen können.

Die zwei Depressionsitems (Fremd- und Selbstbeurteilung, 20 Punkte) dienen der Quantifizierung der depressiven Symptomatik.

Durchführungsdauer: 5-7 Minuten

Diagnosekriterium: Eine Punktzahl von 35 und weniger Punkten im Demenzteil weist auf eine Demenz hin. Punktzahlen von mehr als 8 im Depressionsteil sprechen für ein depressives Syndrom.

Durchzuführen durch: Geschultes medizinisches Hilfspersonal.
Depressionsitems durch den Arzt.

14.3 Mini-Mental-Status-Test (MMST)

Eignung: Der Mini-Mental-Status-Test (MMST) eignet sich zur Schweregradmessung bei mittlerer bis schwerer Demenz.

Beschreibung: Der MMST erfasst mit 30 Punkten (Orientierung 10, Merk- und Erinnerungsfähigkeit 6, Aufmerksamkeit und Rechenfähigkeit 5, Sprache 4, Anweisungen befolgen 4, Nachzeichnen 1) kognitive Beeinträchtigungen. Der MMST wurde 1975 als erster Test zur Erfassung von Hirnleistungsstörungen entwickelt. Dadurch erreichte er eine weite Verbreitung.

Diagnosekriterium: Maximal sind 30 Punkte zu erreichen. Eine Demenz wird bei 23-24 Punkten und weniger diagnostiziert. Grenzwerte für die Diagnose einer Demenz werden zwischen 24 und 26 Punkten angegeben. Unter 20 Punkten handelt es sich um eine mittelgradige Demenz, unter 10 Punkten um eine schwere Demenz.

Hinweis: Cholinesterasehemmer werden von der gesetzlichen Krankenkasse nur bezahlt, wenn ein Patient unter 24 und über 10 Punkte aufweist. Der Test weist eine Sensitivität von 87 % und eine Spezifität von 82 % auf [53]. Problematisch sind die geringe Sensitivität zur Erfassung früher Demenzstadien (20 %) und die erheblich unterschiedliche Wertigkeit der Punkte.


Durchführungsdauer: 15 Minuten

Durchzuführen durch: Geschultes medizinisches Hilfspersonal

Fehler	Richtig	Nicht be- urteil- bar	Aufgabe	Bemerkung
„Nun möchte ich Ihnen einige Fragen stellen, um Ihr Gedächtnis und Ihre Konzentration zu prüfen. Einige Fragen mögen einfach, andere schwieriger sein.“				
0	1	9	1) „Welches Jahr haben wir?“	
0	1	9	2) „Welche Jahreszeit?“	
0	1	9	3) „Den Wievielten des Monats?“	
0	1	9	4) „Welcher Wochentag ist heute?“	
0	1	9	5) „Welcher Monat?“	z.B. Juli oder 7.
0	1	9	6) „In welchem Land sind wir?“	
0	1	9	7) „In welchem Bundesland?“	
0	1	9	8) „In welcher Ortschaft?“	
0	1	9	9) „Auf welchem Stockwerk?“	
0	1	9	10) „An welchem Ort (Name oder Adresse) befinden wir uns hier?“	
				Punkte: _ _

11) „Ich werde Ihnen nun drei Wörter nennen. Nachdem ich Ihnen diese gesagt habe, möchte ich Sie bitten, sie zu wiederholen. Versuchen Sie, sich diese Wörter zu merken; in einigen Minuten werde ich Sie bitten, sich wieder an diese Wörter zu erinnern.“				
0	1	9	„Zitrone“	
0	1	9	„Schlüssel“	
0	1	9	„Ball“	
<p>Bitte wiederholen Sie die Wörter!</p> <p>(Die erste Wiederholung ergibt die Punktzahl [1 Punkt pro genanntes Wort]. Werden nicht alle drei Wörter im ersten Versuch nachgesprochen, wiederholen Sie die drei Begriffe bis zu 3 mal, bis alle Wörter gelernt sind.)</p> <p style="text-align: right;">Punkte: _ _</p>				
<p>12) „Nun werde ich Ihnen ein Wort nennen und bitte Sie, dieses vorwärts und rückwärts zu buchstabieren. Das Wort ist ‚RADIO‘. Können Sie es vorwärts buchstabieren?</p> <p>Bitte buchstabieren Sie es jetzt rückwärts!“</p> <p>(Wiederholen Sie das Wort, wenn nötig, und helfen Sie, wenn nötig, beim Vorwärtsbuchstabieren.)</p> <p>Bewertung: Anzahl richtiger Buchstaben in der korrekten Reihenfolge:</p> <p>_____</p> <p>(0 bis 5; 9 = nicht durchführbar). Punkte: _ _</p>				
			„Welches sind die drei Wörter, die Sie sich merken sollten?“ TP=Testperson	Bemerkung:
0	1	9	13) „Zitrone“	
0	1	9	14) „Schlüssel“	
0	1	9	15) „Ball“	

0	1	9	16) (Zeigen Sie der TP Ihre Armbanduhr) „Was ist das?“	
0	1	9	17) (Zeigen Sie der TP einen Bleistift) „Was ist das?“	
0	1	9	18) „Sprechen Sie mir nach: (Der Satz lautet:) ,BITTE KEINE WENN UND ABER'.“ Es ist nur ein Versuch erlaubt!	
0	1	9	19) „Lesen Sie bitte, was auf diesem Blatt steht und führen Sie es aus!“ (Auf dem Blatt steht:) „SCHLIEßEN SIE IHRE AUGEN“ Richtig ist, wenn die TP die Augen schließt!	
<p>20) „Ich werde Ihnen ein Blatt Papier geben. Wenn ich es Ihnen gebe, nehmen Sie es bitte mit der rechten Hand, falten Sie es mit beiden Händen und legen es dann auf Ihren Schoß!“</p> <p>Lesen Sie zuerst die vollständige Instruktion und reichen Sie erst dann der TP das Blatt mit beiden Händen. Wiederholen Sie weder die Instruktion noch leiten Sie die TP an.</p>				
0	1	9	Rechte Hand	
0	1	9	Falten	
0	1	9	Auf Schoß	

0	1	9	21) „Schreiben Sie bitte irgendeinen vollständigen Satz auf dieses Blatt Papier!“	
0	1	9	22) „Hier ist eine Figur. Bitte zeichnen Sie diese Figur auf dem gleichen Blatt Papier ab!“ Richtig ist, wenn die zwei sich überlappenden Fünfecke ein Viereck bilden und alle Ecken der Fünfecke vorhanden sind.	
				
				Punkte: _ _
(Summe aller Punkte der 22 Fragen, ausgeschlossen sind Scores von '9'.)				
Gesamtpunkte: _____				

Adaptiert aus [35]

14.4 Uhrzeit-Zeichnen-Test (UZZT)

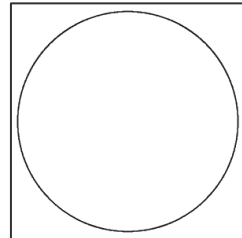
Alltagspraktischer Test (syn. CCT=Clock Completion Test, CDT=Clock Drawing Test), der sich besonders gut zur Erfassung visuell-räumlicher und konstruktiver Defizite eignet [204, 436].

Durchführungsdauer: 5 Minuten

Durchzuführen durch: Geschultes medizinisches Hilfspersonal

Der Proband wird aufgefordert, das Zifferblatt einer Uhr mit Zahlen, Stunden- und Minutenzeiger laut einer vorgegebenen Uhrzeit, z.B. „zwanzig Minuten nach acht“, korrekt einzuzeichnen. Meist ist der Kreis vorgedruckt, manche Tester lassen sich aber auch den Kreis zeichnen.

Als Arbeitsanweisung soll der Proband/Patient ein Zifferblatt mit 2 Zeigern und einer bestimmten Uhrzeit, z.B. 8.20 Uhr einzeichnen.



Auswertung:

<input type="checkbox"/>	3 Punkte	Die Zahl 12 steht oben
<input type="checkbox"/>	2 Punkte	Die Uhr hat 2 Zeiger
<input type="checkbox"/>	2 Punkte	Es sind 12 Ziffern
<input type="checkbox"/>	2 Punkte	Die korrekte Zeit wird angezeigt
<input type="checkbox"/>	Summe	Bei einer Punktzahl < 6 liegt der Verdacht auf eine Störung vor.

Anmerkung: Die Beaufwertung variiert je nach Autor und Arbeitsgruppe

Beispiele:

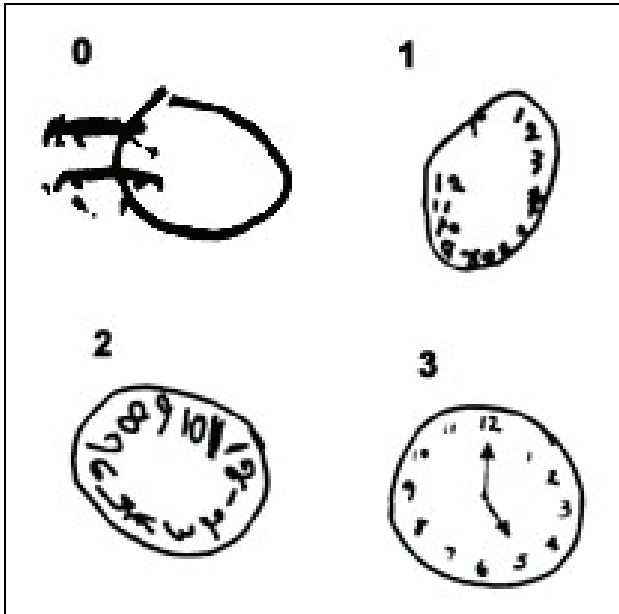


Bild 0: 0-2 Punkte (je nachdem, ob man die 2 Striche als Zeiger wertet oder nicht)

Bild 1: 2 Punkte

Bild 2: 5 Punkte (Zifferblatt etwas nach rechts verschoben)

Bild 3: 7 Punkte (Zeit nicht richtig eingetragen)

14.5 Geriatrisches Basisassessment

Hier folgt eine modifizierte Zusammenfassung aus dem EbM 2000plus (Nr. 03341) der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 87 Abs. 3 SGB V 24.07.2005 (Tabelle 12).

Tabelle 25: Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment

Obligater Leistungsinhalt		
Beurteilung von Hirnleistungsstörungen mittels standardisierter Testverfahren	Untersuchung von Funktions- und Fähigkeitsstörungen unter Berücksichtigung des kardiopulmonalen und/oder neuromuskulären Globalindrucks mit Quantifizierung der Störung mittels standardisierter qualitätsgesicherter Testverfahren	Beurteilung der Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren
z. B.: MMST DemTect TFDD Syndrom-Kurztest (SKT)	z. B.: Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) Barthel-Index Pfleagesetz-adaptiertes Basis-Assessment (PGBA) nach Lawton/Brody Geriatrisches Screening nach LACHS	z. B.: Timed „up & go“ Tandem-Stand Esslinger Sturzrisikoassessment
Fakultativer Leistungsinhalt		
Anleitung zur Anpassung des familiären und häuslichen Umfeldes an die ggf. vorhandene Fähigkeits- und Funktionsstörung Anleitung zur Anpassung des Wohnraumes, ggf. Arbeitsplatzes Abstimmung mit dem mitbehandelnden Arzt		

Die Leistung nach der Nr. 03341 erbringt einmal im Behandlungsfall 350 Punkte. Sie ist im Krankheitsfall höchstens zweimal berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 03341 ist nicht neben der Leistung nach der Nr. 03313 (orientierende Erhebung des psychopathologischen Status) berechnungsfähig. Die Leistung nach der Nr. 03341 ist im Behandlungsfall nicht neben der Leistung nach der Nr. 03314 berechnungsfähig.

14.5.1 Instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL)

Syn.: Instrumental Activities of Daily Living-International Scale (IADL) [361].
Eignung: Die Instrumental Activities of Daily Living Scale (IADL) eignet sich insbesondere zur Verlaufsuntersuchung von Verhaltensauffälligkeiten im Bereich der Alltagsaktivitäten Demenzkranker. Sie eruiert zudem Verhaltensbereiche, die besonderer Interventionen bedürfen.

Beschreibung: Mit 26 Items wird auf einer achtstufigen Skala eingestuft, welche Alltagsprobleme bei den Patienten nachweisbar sind. Die Einschätzung erfolgt anhand der Angaben der primären Bezugs- oder Betreuungsperson (z. B. Angehörige oder Personal im Altenheim). Das Spektrum erfasster Symptome reicht von Schwierigkeiten bei der Körperpflege, über Probleme sich an einer Unterhaltung zu beteiligen, bis zu der Organisation des Haushaltes.

Durchführungsdauer: 10 Minuten

Durchzuführen durch: Ärztin/Arzt während der Anamnese, geschultes medizinisches Hilfspersonal.

Aktivität		Score
1. Telefon	Benutzt Telefon aus eigener Initiative, wählt Nummern	1
	Wählt einige bekannte Nummern	1
	Nimmt ab, wählt nicht selbständig	1
	Benutzt das Telefon überhaupt nicht	0

2. Einkaufen	Kauft selbständig die meisten benötigten Sachen ein	1
	Tätigt wenige Einkäufe	0
	Benötigt bei jedem Einkauf Begleitung	0
	Unfähig zum Einkaufen	0
3. Kochen	Plant und kocht erforderliche Mahlzeiten selbständig	1
	Bestellt erforderliche Mahlzeiten selbständig bei einem mobilen sozialen Hilfsdienst	1
	Kocht selbständig, hält aber erforderliche Diät nicht ein	0
	Benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0
4. Haushalt	Hält Haushalt instand oder benötigt zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	1
	Führt selbständig kleine Hausarbeiten aus	1
	Führt selbst kleine Hausarbeiten aus, kann Wohnung aber nicht reinhalten	1
	Benötigt Hilfe in allen Haushaltsvorrichtungen	0
	Nimmt an täglichen Verrichtungen im Haushalt nicht teil	0
5. Wäsche	Wäscht sämtliche Wäsche	1
	Wäscht kleine Sachen	0
	Wäsche muss auswärtig versorgt werden	0

6. Transportmittel	Benutzt öffentliche Transportmittel unabhängig/Taxi	1
	Benutzt öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung	1
	Beschränkte Fahrten im Taxi bzw. Auto nur in Begleitung	0
	Reist überhaupt nicht	0
7. Medikamente	Nimmt Medikamente in genauer Dosierung und zum korrekten Zeitpunkt eigenverantwortlich	1
	Nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	0
	Kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	0
8. Geldhaushalt	Regelt finanzielle Geschäfte selbständig	1
	Erledigt tägliche kleine Ausgaben, benötigt Hilfe bei Bankgeschäften	1
	Ist nicht mehr fähig, selbständig mit Geld umzugehen	0
Gesamtpunktzahl _____		
		(max. 8)
Bemerkung		

Adaptiert aus [35, 361]