

Diagnose nach ICD-10	F00-F03 Demenz		
Definition	Neurobiologisches Syndrom verursacht durch eine fortschreitende neurodegenerative oder/ und vaskuläre Erkrankung des Gehirns. Initial überwiegen Störungen kognitiver Funktionen: Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die Symptomatik muss seit mindestens 6 Monaten bestehen. Im Verlauf kommt es zu einer Verschlechterung der kognitiven Funktion und dadurch zu einer Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen sowie von Veränderungen von Sozialverhalten, emotionaler Kontrolle und Motivation (Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz, bzw. «Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia» = BPSD). Im fortgeschrittenen Stadium sind auch vegetative und motorische Funktionen betroffen.		
Case-Finding	Kein Screening, sondern gezielte Suche nach Betroffenen bei neu aufgetretenen Auffälligkeiten oder Risikofaktoren . <ul style="list-style-type: none"> • Auffälligkeiten: in der Praxis, beim Fahreignungstest, Hinweise Angehöriger oder Dritter, Klagen des Patienten. • Risikofaktoren: Alter, Genetik, Mild Cognitive Impairment (MCI), St. n. Delir, kardiovaskuläre Risikofaktoren mit Beginn bereits im mittleren Alter, Depression, Schlafstörung, Gangstörung, Schwerhörigkeit, wenig soziale Interaktion, wenig physische und mentale Aktivität. Cave: Ausschluss akut gefährlicher und/oder behandelbarer Ursachen (5 %) mittels mednetbern Clinical Decision Support (CDS)-Tool Kognitive Störung .		
Kognitive Ersttestung	Das Case-Finding muss durch den Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA) (erhältlich unter www.mocatest.org) bestätigt werden. Hohe Sensitivität im Frühstadium. Bei < 26 Punkten: abklärungsbedürftige kognitive Störung.		
3-teilige diagnostische Weiterabklärung der kognitiven Störung	1. Demenzkriterien <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Ersttests pathologisch: MoCA \leq 21 Punkte bzw. Mini-Mental-Status-Test (MMST) (erhältlich unter www.testzentrale.ch) $<$ 27 Punkte. • Verschlechterung im Verlauf: IQ-Code (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) \geq 23 Punkte. • Beeinträchtigung der Alltagsfunktion: FAQ (Functional Activities Questionnaire) \geq 10 Punkte. 	2. Ausschluss potentiell gefährlicher und reversibler Erkrankungen und Medikamenten-NW <ul style="list-style-type: none"> • Gem. mednetbern CDS-Tool Kognitive Störung. • Untersuchungen: Medikamentenanamnese, internistischer und Neurostatus (achten auf Schlaganfallresiduen, Gangstörung, Parkinsonismus, Verlangsamung). • Labor: Hämatogramm V, Na, K, Ca, Glukose, TSH, TPO-Antikörper, CRP/BSR, Leberwerte, Kreatinin, Harnstoff, B12, evtl. HIV, Lues. Genetische Testung in Spezialfällen. • Bildgebung: MRI (Atrophie im medialen Temporallappen/ vaskuläre Läsionen?), evtl. CT. Für FDG-PET Kostengutsprache. 	3. Psychische Erkrankungen und Ressourcen <ul style="list-style-type: none"> • Vervollständigung des Psychostatus: Bewusstseinsstörung, depressive Symptomatik, psychotische Symptome (Wahnsymptome, Halluzinationen). Therapierelevant. • NPI (Neuropsychiatrisches Inventar): Erfassen der BPSD (Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz). Therapierelevant. • Psychosoziales Assessment: Wohnsituation, Angehörige. • Ressourcen: Bildungsniveau, kultureller Background, Hobbies.
Diagnose	Alle drei Demenzkriterien müssen erfüllt sein: Pathologische Kognition <i>UND</i> Verschlechterung im Verlauf <i>UND</i> Beeinträchtigung der Alltagsfunktion.		
Differentialdiagnose	<ul style="list-style-type: none"> • Gem. mednetbern CDS-Tool Kognitive Störung. • Leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment MCI): Alltagsfunktionen <i>NICHT</i> beeinträchtigt <i>UND</i> MoCA: 19–25. MMST ungeeignet. Es gibt eine Überlappung der MoCA-Punktezahl im Grenzbereich zwischen MCI (19–25) und Demenz (\leq 21). Entscheidend ist die Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen (Demenzkriterium). Progression von MCI zur Demenz möglich. Verlaufsbeobachtung. • Beeinträchtigte Alltagsfunktionen bei normaler kognitiver Testung (MoCA \geq 26, MMST \geq 27): andere Ursache suchen (z. B. psychiatrisches Leiden). • Klagen über eine kognitive Beeinträchtigung bei normaler kognitiver Testung (MoCA \geq 26), gehäuft bei zunehmendem Alter (30 %) und bei depressiven, ängstlichen Pat., die sich selbst für eine kognitive Abklärung zugewiesen haben. Verlaufsbeobachtung. <div data-bbox="1294 874 2114 1082" style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Delir: Akut aufgetretene, im Verlauf fluktuierende Störung des Bewusstseins mit Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Orientierung und Wahrnehmung. Die Abgrenzung zur Demenz gelingt in der Regel durch die Anamnese mit den Risikofaktoren Alter, Multimorbidität, Polymedikation, Alkohol, Drogen, Hospitalisation, Operation. Demenz ist selber auch ein Risikofaktor für ein Delir! Notfallsituation! Hohe Mortalität, behandelbare Ursachen suchen.</p> </div>		
Ätiopathologische Unterteilung der Demenzen (nur häufigste)	Unterscheidungen zwischen den Demenzformen sind zu Beginn der Erkrankung oft schwierig, jedoch therapierelevant: <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer-Demenz (50–70 %): Neurodegenerativ. Amyloidmarker. Meist ab 65 Jahren. Vor 65 oft genetisch autosomal-dominante Variante. • Vaskuläre Demenz (15–25 %): Mikro- oder makrovaskuläre Hirnschädigung oft vorbekannt. Spätes Lebensalter. Häufig Gangstörung, Stürze, Blasenstörung, Pseudobulbärparalyse, Persönlichkeits- und Stimmungsveränderungen. Demenz bei chronischer Niereninsuffizienz meist vaskulär. • Gemischte Demenz: Alzheimer Demenz + Vaskuläre Demenz (16–20 %), Alzheimer Demenz + Lewy-Körper-Demenz. • Frontotemporale Demenz ($<$ 10 %): Verhaltensvariante und Variante der primär progressiven Aphasie. Mittleres Lebensalter. • Demenz bei Morbus Parkinson (20–40 % aller an M. Parkinson Erkrankten): Kognitive Beeinträchtigung bei Diagnose eines M. Parkinson. • Lewy-Körper-Demenz ($<$ 10 %): Initial noch erhaltenes Gedächtnis bei Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen. Nach 65 Jahren. Parkinson-Symptome. Optische Halluzinationen, REM-Schlaf-Störung mit Schreien, motorisches Ausagieren von Träumen. Neuroleptikaüberempfindlichkeit! 		
Assessment	Das kombinierte Assessment der Demenz ist therapierelevant. Es besteht aus einer Synthese der folgenden Parameter: <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad der Demenz gem. Beeinträchtigung der kognitiven und Alltagsfunktionen. <ul style="list-style-type: none"> • Leicht: MoCA 10–21 oder MMST 20–26 Punkte. Beeinträchtigung der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens gem. FAQ \geq 10. • Mittel: MoCa $<$ 10 oder MMST 10–19. Zusätzlich Beeinträchtigungen der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Trinken, Aufstehen, Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung. Harn- und Stuhlinkontinenz. • Schwer: MMST $<$ 10 (MoCA nicht geeignet). Sehr schwer: MMST $<$ 3. (MoCA nicht geeignet). Vollständige Abhängigkeit. • Ursache der Demenz. • Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD) gem. NPI. 		

Therapieziel	Sicherung einer optimalen Lebensqualität und Verlangsamung der Progredienz durch Erhalt der kognitiven Funktionen durch pharmakologische und psychosoziale Interventionen, Erhalt der Autonomie durch gezielte Unterstützung bei den Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie der Partizipation am familiären und gesellschaftlichen Leben.			
Behandlungsstrategie	Das Therapieziel wird erreicht durch individualisierte allgemeine und pflegerische Massnahmen , sowie durch psychosoziale und pharmakologische Interventionen . Co-Morbiditäten werden angemessen behandelt. Cave sedierende Medikamente oder Medikamente mit anticholinerg NW!			
Therapie der Demenz	<p>Allgemeine und pflegerische Massnahmen</p> <p>Frühzeitige Aufklärung der Pat. UND Angehörigen zu Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlung in verständlicher Sprache. Betonen, dass der Aufbau eines multiprofessionellen Helfernetzes unerlässlich ist. Abgabe von Informationsbroschüren, Info zu Beratungsstellen. Anmeldung an die IV für Hilflosenentschädigung, Involvierung KESB (Beistandschaft).</p> <p>Psychoedukation: Vermittlung wissenschaftlich fundierter Informationen zu Diagnose und Verlauf mit dem Ziel, bei Pat. und Angehörigen Verständnis, Akzeptanz und Mitarbeit zu verbessern.</p> <p>Partizipative Entscheidungsfindung: Gemeinsam Behandlungsoptionen besprechen, Erwartungen und Befürchtungen explorieren, Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag ausarbeiten und das Procedere festlegen. So können die Vorstellungen der Patienten auch bei weiterer Verschlechterung der kognitiven Funktionen optimal berücksichtigt und Konflikte vermieden werden.</p> <p>Tagesstruktur: Förderung von regelmässigen körperlichen und mental stimulierenden Aktivitäten, sozialen Kontakten und einer ausgewogenen Ernährung. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens durch gezielte Massnahmen vermeiden: z. B. Mobilität in der Wohnung und ausserhalb: (Rollator, Rollstuhl, Fahrdienst); Verordnung Spitex, Ergotherapie.</p> <p>Geriatrische Tagesklinik: Entlastung der Angehörigen. Durchführung der unten beschriebenen psychosozialen Interventionen.</p> <p>Eigen- und Fremdschutz: Korrektur von Hör- und Sehstörungen wenn noch möglich. Empfehlung Rauchstopp oder nur unter Aufsicht (Brandgefahr!) und Alkoholstopp.</p>			
Psychosoziale Interventionen (Empfehlungsgrad: A= Soll, B= Sollte, 0= Kann)	Schweregrad	Leicht MoCA 10–21 od. MMST 20–26	Mittelschwer MoCA < 10 od. MMST 10–19	Schwer MMST < 10
	Kognitive Verfahren	Kognitive Stimulation (B)		Keine Empfehlung
		Reminiszenztherapie (Autobiographische, emotinal positiv besetzte Altgedächtnisinhalte aktivieren) (B)		
	Körperliche Aktivität	Körperliche Aktivierung und leichtes körperliches Training 1 Std/Woche (B)		
	Ergotherapie	Einbezug der Bezugspersonen im häuslichen Umfeld (B)		Keine Empfehlung
	Sensorische Verfahren	Keine Empfehlung	Aromatherapie (0) Berührung/Körperkontakt (Cave: Distanz/Privatsphäre beachten) 0 Multisensorische, biographiebezogene Stimuli, Snoezelen (0)	
Musiktherapie	Keine Empfehlung	Aktive Musiktherapie (0)		
Psychosoziale Interventionen (bei definierten Symptomen)	<p>Agitation / Aggression: Aromatherapie, rezeptive Musiktherapie (0).</p> <p>Depressive Symptome: Strukturierte, angenehme Aktivitäten (B).</p> <p>Störung des Tag-/Nachtrhythmus: Strukturierte Aktivierung während des Tages (B).</p> <p>Mangelnde Nahrungsaufnahme: Verbale Unterstützung, positive Verstärkung, familienähnliche Esssituation (B).</p>			
Pharmakotherapie der Demenz (Empfehlungsgrad: A= Soll, B= Sollte, 0= Kann)	Schweregrad	Leicht MoCA 10–21 od. MMST 20–26	Mittelschwer MoCA < 10 od. MMST 10–19	Schwer MMST < 10
	Alzheimer (AD)/ gemischte Demenz (GD)	AD: Donepezil (B), Galantamin (B), Rivastigmin (B) GD: Donepezil (0), Galantamin (0), Rivastigmin (0) Off-Label: AD/GD: Ginkgo Biloba (0)		Off-Label: AD: Donepezil (B), Galantamin (B), Donepezil+Memantin: (0) Off-Label: GD: Donepezil (0), Galantamin (0)
		Kein Einsatz von Memantin (A)	AD: Memantin (B)/GD: Memantin (0)	
	Vaskuläre Demenz	Off-Label: Donepezil (0), Galantamin (0), Rivastigmin (0), Memantin (0)		
		Off-Label: Ginkgo Biloba (0)		
	Frontotemporale Demenz	Keine Empfehlung		
Lewy-Körper-Demenz	Off-Label: Donepezil (0) Bei Verhaltenssymptomen (NPI): Rivastigmin (0), Memantin (0)			
Demenz bei M. Parkinson	Rivastigmin Kps: B (Off-Label: Rivastigmin Pflaster (B) Off-Label: Donepezil (B)		Keine Empfehlung	

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

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

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

Basisliteratur:

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

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

Name Vorname Datum

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

Name

Vorname

Datum


IQ-Code Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the elderly für Bezugspersonen
Wie ist das Verhalten in folgenden Situationen verändert im Vergleich zu vor 2 Jahren?

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

Punkte

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

Auswertung: Bei einer Summe aller beantworteten Fragen ≥ 23 Punkten ist die Verschlechterung pathologisch.

FAQ Functional Activities Questionnaire für Bezugspersonen
Wie kommt die Patientin / der Patient in folgenden Bereichen zurecht?

Kein Problem

Findet es schwierig, kommt aber allein zurecht

Braucht Hilfe

Von andern abhängig

Punkte

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

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

NPI Neuropsychiatrisches Inventar für die Beurteilung des Zeitraums der letzten vier Wochen durch Bezugspersonen
Erfassen der therapierelevanten Psychischen und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD)

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