

NATIONALE DEMENZSTRATEGIE – MODUL FÜR INTERDISZIPLINÄRE QUALITÄTSZIRKEL MODUL FÜR MODERIERENDE JUNI 2024



INHALT

PROLOG	3
ARBEITSZIELE	4
THEMENHINTERGRUND	5
EMPFEHLUNGEN FÜR MODERIERENDE	15
FALLBEISPIELE	22
UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN	27
KURZVERSION SITZUNGSABLAUF	28
INFORMATIONSQUELLEN	29
IMPRESSUM	32

Autoren und Mitwirkende:

Bundesärztekammer (BÄK)
Dipl.-Pfleger Christian Petzold
Bundesärztekammer, Dezernat 8
– Public Health, Berlin

**Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin (DEGAM)**
Univ.-Prof. Dr. med. Thomas Lichte Emeritus
Facharzt für Allgemeinmedizin, Palliativmedizin,
Psychotherapie, Lauenbrück

**Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
und Familienmedizin (DEGAM)**
Univ.-Prof. Dr. med. Beate Müller
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Uniklinik Köln

**Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie
und -psychotherapie e.V. (DGGPP)**
Prof. Dr. med. Hans Gutzmann
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und
Psychotherapie, Krankenhaus Hedwigshöhe, Berlin

**Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie
und Psychotherapie, Psychosomatik
und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN)**
Univ.-Prof. Dr. med. Robert Pernecky
Facharzt für Psychotherapie, Psychiatrie
und Geriatrie, LMU München

Spitzenverband ZNS (SPIZ ZNS)
Dr. med. Klaus Gehring
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie
und Psychotherapie, Klinische Geriatrie,
Physikalische Medizin, Rehabilitationswesen,
Itzehoe

Dr. med. Dr. phil. Jens Bohlken
Facharzt für Neurologie, Psychiatrie
und Psychotherapie, Berlin/Leipzig

Dr. med. Dipl.-Psych. Rita Trettin
Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie
und Psychotherapie, Hamburg-Winterhude

IN DEUTSCHLAND...

...lebten 2021 etwa 1,7 Millionen Menschen mit Demenz, laut Schätzungen des Robert Koch-Instituts wird diese Zahl bis 2070 auf bis zu 3 Millionen steigen¹. Demenz zählt zu den häufigsten Krankheitsbildern im Alter mit einem hohen Versorgungs- und Betreuungsaufwand.

Demenz ist eine der größten medizinischen, pflegerischen, sozialen, kulturellen und ökonomischen Herausforderungen unserer Zeit. Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stellt die Diagnostik und Behandlung von an Demenz Erkrankten eine komplexe Aufgabe dar, die fundiertes medizinisches Fachwissen, einen wertschätzenden Kommunikationsstil und Verständnis für die Angehörigen erfordert. In der Vergangenheit gab es bereits viele Anstrengungen, die Situation der Betroffenen und ihrer An- und Zugehörigen zu verbessern. Unter anderem hat die im Jahr 2012 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) und Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gegründete Allianz für Menschen mit Demenz in einem kooperativen Prozess zahlreiche Initiativen und Projekte entwickelt und umgesetzt. Auch lokale Aktivitäten vor Ort haben vieles auf den Weg gebracht. Diese Arbeit soll nun mit einer Nationalen Demenzstrategie² fortgesetzt werden, die am 1. Juli 2020 vom Bundeskabinett beschlossen wurde. Die Nationale Demenzstrategie wurde unter Federführung des BMFSFJ und dem BMG gemeinsam mit Ländern und Kommunen sowie einer Vielzahl von Organisationen erarbeitet. Dabei wurde auch auf vielfältige Aktivitäten einzelner Bundesländer, die nationalen Demenzstrategien anderer Länder und den Aktionsplan der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu Demenz³ zurückgegriffen. Mit der Entwicklung der Nationalen Demenzstrategie soll ein Zeichen dafür gesetzt werden, dass auf gesamtgesellschaftlicher Ebene Verantwortung für die Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Demenz und deren Angehörigen übernommen werden muss.

Auch wenn ein Fortschreiten der Erkrankung nicht verhindert werden kann, geht es darum, dem Thema mehr Aufmerksamkeit und Information zu widmen. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, soll reduziert, Diagnostik, Therapie und die Betreuung von Betroffenen sowie ihren Angehörigen verbessert werden. Die S3-Leitlinie Demenzen bildet den aktuellen Erkenntnisstand ab. Aufgrund der dynamischen Entwicklungen in Diagnostik und Therapie wird sie engmaschig aktualisiert in Form einer „Living Guideline“.

Bei der Versorgung von an Demenz Erkrankten leisten Vertragsärzte und -psychotherapeuten einen großen Beitrag. Insbesondere Hausärzte sind häufig wichtige Ansprechpartner für Familienangehörige.

Das vorliegende Qualitätszirkel-Modul wurde in Zusammenarbeit mit folgenden Partnern entwickelt:

Bundesärztekammer (BÄK)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN)

Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e. V. (DGGPP)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)

Spitzenverband ZNS (SPIZ ZNS)

Experten aus der Versorgung

Es soll Vertragsärzte und -psychotherapeuten inspirieren und motivieren, das Thema Demenz in Qualitätszirkeln (QZ) aufzugreifen, um durch den gemeinsamen Diskurs das Wissen um die Erkrankung aktuell zu halten und die Qualität der Behandlung von an Demenz Erkrankten kontinuierlich weiterzuentwickeln.

Die Versorgung von Patienten mit Demenz ist eine sehr komplexe Aufgabe und erfordert das Zusammenwirken verschiedener Professionen. Für die Zirkelarbeit empfiehlt sich daher eine interdisziplinäre und gegebenenfalls auch interprofessionelle Herangehensweise.

Das vorliegende Themen-Modul bietet Moderierenden eine Handlungsempfehlung für die strukturierte und ergebnisorientierte Vorbereitung und Durchführung von Qualitätszirkelsitzungen zum Thema Demenz.

**„ICH WILL MICH
NICHT VERGESSEN.“**

Rudi Assauer

FÜR TUTOREN

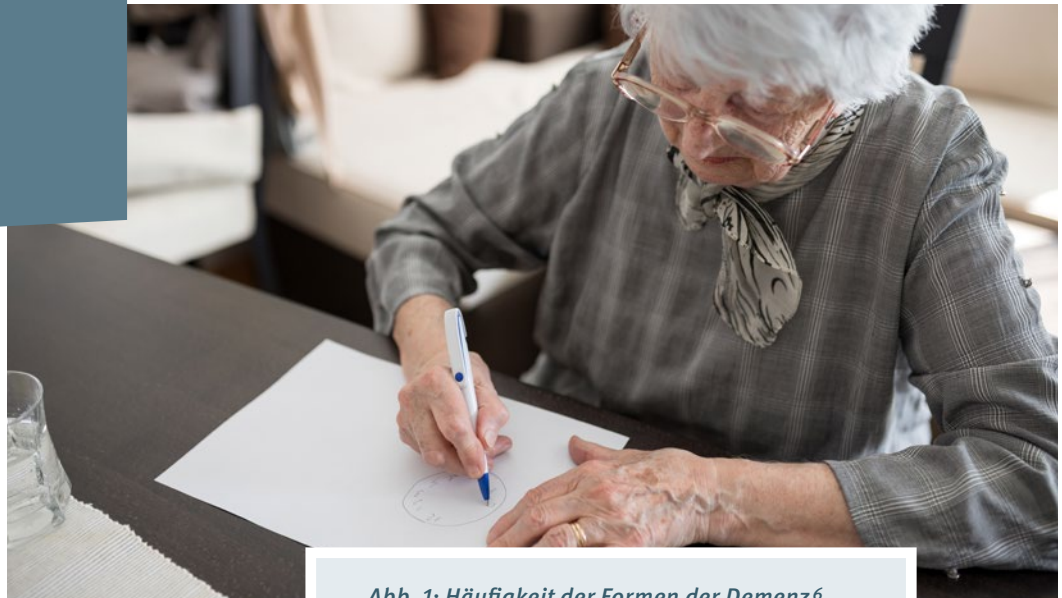
- › Tutoren kennen die Quellen für evidenzbasiertes Wissen zum Krankheitsbild Demenz, insbesondere zu Diagnostik und Therapie.
- › Sie kennen die Nationale Demenzstrategie und können Moderierenden wesentliche Inhalte daraus vorstellen.
- › Sie können einen Überblick zu Schnittstellen der ambulanten Versorgung von an Demenz Erkrankten zu anderen Versorgungsbereichen sowie zu Unterstützungsangeboten geben.
- › Sie kennen besondere Anforderungen an die Kommunikation mit Betroffenen und Angehörigen und können sie vermitteln.
- › Ihnen ist die Bedeutung der interdisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit bewusst, sie können dies den Moderierenden verdeutlichen.
- › Sie können Moderierende in der Anwendung des Moduls schulen.

FÜR MODERIERENDE

- › Die Moderierenden sind motiviert und kompetent, Zirkelsitzungen zum Thema Demenz durchzuführen.
- › Sie sind in der Anwendung des Moduls geschult und können es für die Vorbereitung und Durchführung von Qualitätszirkelsitzungen nutzen.
- › Sie können mit den Zirkel-Teilnehmenden die Versorgung von an Demenz Erkrankten reflektieren und Ansätze für mögliche Verbesserungen entwickeln. Dafür nutzen sie interdisziplinäre und gegebenenfalls interprofessionelle Expertise.
- › Sie wissen um die Notwendigkeit, Angehörige und Bezugspersonen in die Behandlung Erkrankter einzubeziehen.
- › Moderierende können den Teilnehmenden einen Überblick zu Informations- und Unterstützungsangeboten geben.

FÜR QUALITÄTSZIRKEL-TEILNEHMENDE

- › Die Teilnehmenden haben ihr Wissen um die Krankheit aktualisiert und erweitert.
- › Sie haben sich im kollegialen Kreis über die Versorgung von an Demenz erkrankten Personen ausgetauscht und gemeinsam Strategien für deren Weiterentwicklung erarbeitet.
- › Sie können ihren Patienten und deren Angehörigen Informations- und Unterstützungsangebote, auch anderer Versorgungsbereiche, empfehlensweise vermitteln.



DEFINITIONEN

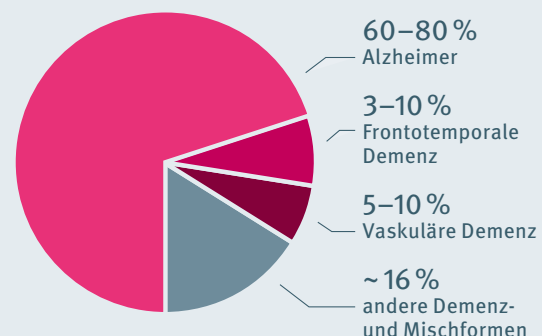
„Weg vom Geist“ oder „ohne Geist“ lautet die wörtliche Übersetzung des Begriffs „Demenz“ aus dem Lateinischen. Damit ist bereits das wesentliche Merkmal von Demenzerkrankungen beschrieben, nämlich die Verschlechterung bis hin zum Verlust der geistigen Fähigkeiten (BMG).

Der Begriff „Demenz“ umfasst zahlreiche Krankheitsbilder verschiedener Ursachen, die mit einer Minderung der geistigen Fähigkeiten und im Verlauf in vielen Fällen mit Pflegebedürftigkeit einhergehen. Gedächtnisverlust, Denkstörungen, Verhaltensänderungen, Störungen der Sprache, Depressionen und Schlafstörungen gehören zu den Symptomen im oftmals schleichenden Verlauf. Die am meisten verbreitete Demenz-Ursache ist die Alzheimer-Krankheit.⁴ Aber auch ein Schlaganfall oder eine schwere Depression können zu einer Demenz führen, um nur zwei Beispiele zu nennen.

Der ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) definiert Demenz wie folgt:

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 früher auf. Dieses Syndrom kommt bei der Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.⁵

Abb. 1: Häufigkeit der Formen der Demenz⁶



FORMEN DER DEMENZ

Es gibt verschiedene Formen der Demenz, zum Beispiel die vaskuläre oder die frontotemporale Demenz. Bei älteren Menschen treten meist gemischte Formen auf, häufig als Kombination von Alzheimer-Krankheit und vaskulärer Schädigung. Demenz kann darüber hinaus auch im Zusammenhang mit anderen schweren Erkrankungen auftreten, wie zum Beispiel bei Epilepsie, der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung oder HIV, oder als Ausdruck einer schweren Depression.

Bei vielen älteren Menschen liegt als möglichem Vorstadium einer Demenz eine sogenannte leichte kognitive Störung vor (LKS, engl. MCI – Mild Cognitive Impairment). Die LKS ist durch eine Abnahme der kognitiven Leitungsfähigkeit gekennzeichnet, bei vollständiger oder noch weitgehender Erhaltung der normalen Alltagsfunktionen. LKS ist ein Störungsbild mit erhöhtem Demenzrisiko. Unter anderem werden auch mögliche krankheitsmodifizierende Therapien, wie sie sich aktuell in klinischen Prüfungen befinden, nur in diesem Stadium der Erkrankung wirksam sein. Daher kann es in Zukunft von großer Wichtigkeit sein, bei den Betroffenen progrediente Verläufe zu identifizieren, um sie entsprechend aufzuklären, zu beraten und Präventionsmaßnahmen, wie zum Beispiel die Behandlung von Risikofaktoren, einzuleiten.⁷

HANDLUNGSFELDER DER NATIONALEN DEMENZSTRATEGIE

Demenz ist ein sehr komplexes Krankheitsbild, das mit zunehmendem Alter voranschreitet. Die Nationale Demenzstrategie hat daher verschiedene Handlungsfelder beschrieben, die Menschen mit Demenz Teilhabe sowie notwendige Betreuung und Unterstützung garantieren sollen. Handlungsfeld 3 betrifft die medizinische Versorgung. Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten übernehmen hier bereits jetzt wesentliche Aufgaben, die es strukturell weiterzuentwickeln gilt.

HANDLUNGSFELD 1

Strukturen zur gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit Demenz an ihrem Lebensort aus- und aufbauen, unter anderem Recht auf Teilhabe, Gestaltung von demenzsensiblen Sozialräumen, informelle Unterstützung, Entwicklung von Netzwerken und Strukturen, Nachbarschaftshilfe, Sensibilisierung der Öffentlichkeit, religiöse und spirituelle Angebote, Risiken für die Erkrankung an Demenz und das Voranschreiten der Erkrankung reduzieren.

HANDLUNGSFELD 2

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen unterstützen, unter anderem rechtliche Fragen, Informationen zum Krankheitsverlauf, Zugang zu Unterstützungs-, Beratungs- und Schulungsangeboten, Vereinbarkeit von Beruf und Pflege, Sterbebegleitung.

HANDLUNGSFELD 3

Die medizinische und pflegerische Versorgung von Menschen mit Demenz weiterentwickeln, unter anderem durch die Erstellung eines themenspezifischen Qualitätszirkel-Moduls, die Entwicklung von Qualitätskriterien für die Vernetzung im haus- und fachärztlichen Bereich sowie die Definition eines Versorgungspfads.

HANDLUNGSFELD 4

Exzellente Forschung zu Demenz fördern, unter anderem Stärkung der nationalen und internationalen Infrastruktur in der Demenzforschung sowie Förderung der Forschung zu Prävention und Therapie.

STADIEN

Der amerikanische Alzheimerforscher Barry Reisberg hat folgende Verlaufsstadien definiert⁸:

STADIUM 1 Normale Funktion

Entwicklung der Krankheit aus einer normalen geistigen Leistungsfähigkeit heraus.

STADIUM 2 Sehr leicht vermindertes Wahrnehmungsvermögen

Die Betroffenen haben leichte kognitive Störungen, Merkfähigkeit und Gedächtnis sind beeinträchtigt. Namen und Termine werden vergessen, Dinge verlegt. Ab diesem Stadium kann ein Prophylaxe-Training beginnen.

STADIUM 3 Leicht vermindertes Wahrnehmungsvermögen

Nun bemerkt auch das Umfeld erste kognitive Ausfälle. Arbeitsleistung, Wortwahl und Namensfindung sind beeinträchtigt. Kürzlich gelesene Inhalte werden vergessen. Die Planung und Organisation des Alltags fallen zunehmend schwerer. Bei der räumlichen Orientierung zeigen sich Probleme und Gegenstände werden öfter verlegt. Diese Symptome können einerseits Anzeichen einer beginnenden Demenz sein, aber auch andere Ursachen haben.

STADIUM 4 Beginnende Demenz

Der Beginn einer Demenz wird durch den Eintritt in das Stadium 4 gekennzeichnet. Kognitive Störungen sind deutlich erkennbar. Die betroffene Person hat Probleme, komplexe Aufgaben (z. B. Planung eines Essens für Gäste) selbstständig zu erledigen. Auch das Kochen, der Umgang mit Geld oder die Bedienung von Elektrogeräten kann Schwierigkeiten bereiten. Die erkrankte Person leidet unter dem Verlust ihrer Fähigkeiten und ihrer Selbstständigkeit. Daraus können eine schlechte Stimmung und Zurückgezogenheit sowie Depressionen resultieren. Zur Stärkung des Selbstbewusstseins sollten selbstständige Aktivitäten und noch vorhandene Fähigkeiten gefördert werden. Nach der Theorie der Retrogenese entspricht der Leistungsgrad in diesem Stadium einem Kind/Jugendlichen von acht bis zwölf Jahren.

STADIUM 5 Mittelschwere Demenz

Die erkrankte Person kommt im Alltag zunehmend nicht mehr ohne Unterstützung zurecht, zum Beispiel wird Hilfe bei der Kleiderauswahl benötigt und die Körperhygiene lässt nach. Die Erinnerung an wichtige, persönliche Daten (z. B. Adresse, Telefonnummer, Geburtsdatum) fällt schwer. Betroffene sind manchmal orientierungslos in Bezug auf Zeit und Ort, sie leiden unter unspezifischen Ängsten und reagieren unter Umständen zornig auf den Verlust bestimmter Fähigkeiten. Nach der Theorie der Retrogenese entspricht das Leistungsniveau in diesem Stadium ungefähr einem Kind zwischen fünf und sieben Jahren.

STADIUM 6 Schwere Demenz

Basisaktivitäten (waschen, Toilettengang, anziehen) können nicht mehr selbst durchgeführt werden. Betroffene können Schwierigkeiten haben, kurz zurückliegende Ereignisse und ihre Umgebung bewusst wahrzunehmen. Der Tag-Nacht-Rhythmus kann gestört sein. Verhaltensauffälligkeiten und Inkontinenz können auftreten. Die Namen nahestehender Personen können meist nicht benannt werden. Auf die wahrgenommenen Defizite wird sehr emotional, zum Beispiel mit Zorn, Auflehnung oder Verzweiflung, reagiert. Nach dem retrogenetischen Modell entspricht eine Person ihrem Leistungsniveau nach einem zwei- bis vierjährigem Kind.

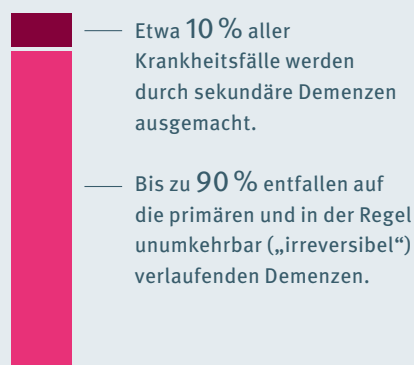
STADIUM 7 Sehr schwere Demenz

Die Sprech- und Gehfähigkeit reduziert sich zunehmend. Im Verlauf ist es unter anderem nicht mehr möglich, aufrecht zu sitzen und den Kopf aufrecht zu halten. Die Fähigkeit zu lächeln geht verloren. Die Erkrankten entwickeln ein Harmoniebedürfnis, sind sowohl emotional als auch körperlich sehr verletzlich und ihrer Umwelt völlig ausgeliefert. Die nonverbale Kommunikation wird Grundlage der Pflegebeziehung. Durch geeignete Stimulation und Training kann die Bettlägerigkeit lange Zeit verhindert und so Lebensqualität gewonnen werden. Die Leistungsfähigkeit der Betroffenen nach der Retrogenesetheorie ist vergleichbar mit einem Kind von zwölf Monaten bis hin zur Geburt.

EINFLUSSFAKTOREN

Für Demenzerkrankungen wird eine Vielzahl verschiedener Ursachen beschrieben. Grundsätzlich wird zwischen primären und sekundären Formen der Demenz unterschieden. Letztere sind Folgeerscheinungen anderer, meist außerhalb des Gehirns angesiedelter Grunderkrankungen wie etwa Bluthochdruck, Stoffwechselerkrankungen, Vitaminmangelzustände und chronische Vergiftungserscheinungen durch Alkohol oder Medikamente. Diese Grunderkrankungen sind behandelbar und zum Teil sogar heilbar. Somit ist teilweise eine Rückbildung der Symptome der Demenz möglich. Zur Abgrenzung und rechtzeitigen Behandlung dieser Demenzerkrankungen ist eine frühzeitige Diagnose besonders wichtig, da nur bei frühzeitiger Intervention ein irreversibler Hirnschaden vermieden werden kann.

Abb. 2: Anteile sekundärer und primärer Demenzen⁹



Bildung

Bildung ist ein wesentlicher Faktor im frühen Lebensabschnitt. Ein geringes Bildungsniveau erklärt basierend auf den vorhandenen Daten weltweit rund sieben Prozent aller Demenzerkrankungen. „... Die Politik sollte daher vor allem anderen auf die Bildung von Kindern setzen“, schreiben die Autoren des Reports. Geringe Bildung geht mit einem um 60 Prozent erhöhten Demenzrisiko einher.¹⁰

Schädel-Hirn-Traumata

Schädel-Hirn-Traumata (SHT) wurden in den vergangenen Jahren zunehmend als Risikofaktor erkannt und daher neu in die Liste aufgenommen. Ein SHT im mittleren Alter geht ebenfalls mit einem circa doppelt so hohem Risiko für eine Demenz einher; global lassen sich 3,4 Prozent aller Demenzfälle auf ein SHT zurückführen.

Luftverschmutzung

Luftverschmutzung scheint das alternde Gehirn zusätzlich zu belasten. Vor allem für Feinstaub und Stickoxide wird ein Zusammenhang mit Demenzerkrankungen gesehen, in Tiermodellen ließ sich damit die Amyloid-Ablagerung beschleunigen.

Schwerhörigkeit

Schwerhörigkeit ist der wichtigste Risikofaktor im mittleren Lebensalter. Tritt sie bei 45- bis 65-Jährigen auf, ist das Risiko für eine Demenz im Alter verdoppelt. Insgesamt lassen sich nach den Berechnungen der Forscher um Livingston etwa acht Prozent aller Demenzerkrankungen auf Schwerhörigkeit zurückführen. Hörgeräte könnten Abhilfe schaffen: Langzeitstudien deuten darauf hin, dass Menschen mit Hörproblemen kein erhöhtes Demenzrisiko haben, wenn sie Hörgeräte tragen.

Blutdruck über 140 mmHg systolisch

Ein Blutdruck über 140 mmHg systolisch im mittleren Alter erhöht das Demenzrisiko den Daten zufolge um 60 Prozent. Rund zwei Prozent aller Demenzfälle lassen sich darauf zurückführen. Eine Hypertonie geht mit einer beschleunigten Hirnalterung einher, was sich über einen verstärkten Hirnvolumenverlust, gesteigerte Amyloid Deposition und eine Schädigung der weißen Substanz bemerkbar macht. Studien wie SPRINT MIND deuten auf ein reduziertes Demenzrisiko bei medikamentös gut eingestellten Hypertonikern hin.

Übermäßiger Alkoholkonsum

Übermäßiger Alkoholkonsum (mehr als 24 Gramm täglich) geht in der Summe der verfügbaren Studien mit einem um 20 Prozent erhöhten Demenzrisiko einher und erklärt 0,8 Prozent aller Demenzerkrankungen. Experten sind sich einig, dass möglichst wenig Alkohol konsumiert werden sollte für einen gesunden Lebensstil.

Adipositas

Adipositas geht mit einem um 60 Prozent erhöhten Demenzrisiko einher, dennoch sind nach Auffassung der Studienautoren nur 0,7 Prozent aller Demenzerkrankungen auf ein stark erhöhtes Gewicht zurückzuführen. Die Studienautoren legen hierbei eine Adipositasprävalenz von 3,4 Prozent zugrunde.

Rauchen

Rauchen ist im Alter über 65 Jahren der wichtigste Demenzrisikofaktor und geht mit einem um 60 Prozent erhöhten Risiko einher. Studien zufolge nützt auch noch der Tabakverzicht im Alter: Das Demenzrisiko ist dann deutlich geringer als bei fortgesetztem Tabakkonsum.

Depressionen und psychischer Stress

Depressionen und psychischer Stress im Alter scheinen das Demenzrisiko zu verdoppeln. Insgesamt lassen sich 3,9 Prozent aller Demenzerkrankungen auf diesen Faktor zurückführen. Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer konnten in Tierexperimenten die Amyloidablagerungen reduzieren, einzelne Studien deuten zudem auf eine normalisierte Demenzinzidenz bei medikamentös behandelten an Depression Erkrankten, allerdings wird die Evidenz hier als recht gering beurteilt.

Soziale Isolation

Soziale Isolation im Alter wird mit einem um 60 Prozent erhöhten Demenzrisiko assoziiert, global sorgt dieser Faktor nach den Berechnungen der internationalen Experten für 3,5 Prozent aller Demenzerkrankungen. Studien haben ein deutlich höheres Demenzrisiko für lebenslange Singles (+ 40 Prozent) und Verwitwete (+ 20 Prozent) ergeben. Allerdings kann soziale Isolation auch die Folge einer beginnenden Demenz sein. Studien deuten auf eine bessere Hirnfunktion durch soziale Interventionen bei Älteren hin, Langzeitstudien dazu liegen jedoch nicht vor.

Körperliche Inaktivität

Körperliche Inaktivität im Alter hat sich in vielen Langzeitstudien als Risikofaktor herauskristallisiert. „Couchpotatoes“ haben danach ein um rund 40 Prozent erhöhtes Demenzrisiko. Auch dieser Faktor dürfte in Industrieländern mit einem hohen Anteil komplett inaktiver Menschen ein starkes Gewicht haben. Aus einigen kontrollierten Studien gibt es Hinweise, dass regelmäßige körperliche Aktivität die Hirnleistung verbessert und eine Demenz verzögert, die Evidenz ist aber eher gering.

Altersdiabetes

Ein Altersdiabetes geht mit einem um 50 Prozent erhöhten Demenzrisiko einher, bei einer Prävalenz von rund sechs Prozent lassen sich rund 1,1 Prozent aller Demenzerkrankungen darauf zurückführen. In Deutschland haben rund zehn Prozent aller Menschen Diabetes, bei den über 80-Jährigen sind es mehr als ein Drittel – entsprechend dürfte dieser Risikofaktor bei uns größere Bedeutung haben. Relevant sind auch Dauer und Schwere des Diabetes. Studiendaten zur Risikoreduktion durch Antidiabetika liefern bislang widersprüchliche Resultate.

Präventive Maßnahmen

Präventive Maßnahmen können den Beginn von Demenzerkrankungen verzögern. Das sind zum Beispiel ein strukturierter Tagesablauf, gesunde Ernährung, Verzicht auf Alkohol und Nikotin, Kontrolle von Blutzucker- und Blutdruck-Werten, mögliche Behandlung von Schwerhörigkeit und Depression, Gedächtnistraining, Bewegung, Aktivitäten mit der Familie oder Freunden, Besuch von Alten- und Service-Zentren (ASZ), musische, aber auch spirituelle Beschäftigungen (siehe hierzu auch Präsentation unter www.kbv.de/qz).

DIAGNOSTIK

Bei der Diagnose von Demenzerkrankungen geht es zunächst darum, erste Symptome durch eine Differenzialdiagnostik (siehe hierzu auch Qualitätszirkel Modul „Differenzialdiagnostik“ unter www.kbv.de/qz) von anderen möglichen zeitweiligen Beeinträchtigungen oder Erkrankungen abzugrenzen. Das schrittweise Vorgehen ist in der KBV-Broschüre „PraxisWissen Demenz“ beschrieben. Neben der Anamnese kann ein kurzer psychometrischer Test zur Objektivierung der kognitiven Störung für das weitere diagnostische Vorgehen zielführend sein.

Zur Basisdiagnostik gehören unter anderem Eigen- und Fremdanamnese (Angehörige), Familienanamnese, biografische und soziale Anamnese, Fragen zu bisherigen Krankheiten und zur Medikamenteneinnahme, psychopathologische Fragen (auch zu Ängsten/ Stimmung etc.), körperliche Untersuchungen (auch neurologisch), Labor-Diagnostik, gegebenenfalls bildgebende Verfahren zum Ausschluss potenziell reversibler Ursachen einer Demenz. Wenn es aufgrund der Anamnese, dem klinischen Befund oder der Labor-diagnostik Hinweise auf eine spezifische Ursache gibt, ist eine Bildgebung indiziert sowie umfangreichere psychometrische beziehungsweise neuropsychologische Testungen zur differentialdiagnostischen Zuordnung und Schweregradabschätzung¹¹.

Unter Umständen sollte eine Liquordiagnostik durchgeführt werden. Die Indikation, die zu untersuchenden Biomarker und die daraus abzuleitenden therapeutischen Konsequenzen können der S3-Leitlinie Demenzen entnommen werden.

Die Diagnostik sollte zu einem Zeitpunkt erfolgen, der eine bestmögliche weitere Behandlung und Versorgung der betroffenen Person ermöglicht.

Eine Diagnosemitteilung soll entsprechend einer individuell an die persönliche Situation und Verfassung von Betroffenen und Angehörigen orientierten Vorgehensweise erfolgen. Hierbei ist das Recht auf Uninformiertheit der Patienten (s. u.) zu berücksichtigen (Gefahr der Erhöhung von Suizidalität beziehungsweise negative Auswirkungen auf die Lebensqualität).

KOGNITIVE TESTS

Zur Früherkennung von Demenzerkrankungen existieren verschiedene standardisierte Testverfahren, mit deren Hilfe zwischen einem normwertigen kognitiven Leistungsniveau, einer leichten kognitiven Beeinträchtigung oder einer Demenzerkrankung unterschieden werden kann.¹² Für eine sichere Diagnose kommen meist mehrere Test-Verfahren und eventuell weitergehende medizinische Untersuchungen zum Einsatz.

Am häufigsten werden derzeit unter Routinebedingungen, der MMST, der Uhrentest und die IADL-Skala nach Lawton und Brody verwendet. Für einen ersten klinischen Eindruck können diese Tests sinnvoll sein. Zur genaueren Früherkennung von Demenzerkrankungen ist der MoCA-Test besser geeignet und soll zu Beginn von Testverfahren eingesetzt werden.

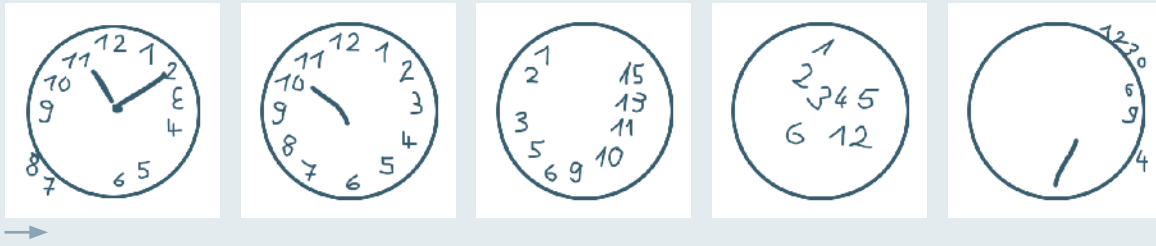
MoCA-Test – Montreal Cognitive Assessment, siehe Abschnitt „Unterstützende Materialien“

Der MoCa-Test ist – im Gegensatz zum Mini-Mental-Status-Test – empfindlicher, um den Übergang von einer normalen Kognition zu einer LKS beziehungsweise beginnenden Demenz zu erkennen. Der etwa 15 Minuten dauernde Test umfasst Fragen zur Orientierung, Erinnerung, Sprache, Aufmerksamkeit und kognitive Fähigkeiten zur Kontrolle und Selbstregulierung des Verhaltens (Exekutivfunktionen).¹³

Mini-Mental-Status-Test – MMST, siehe Abschnitt „Unterstützende Materialien“

Dieser Test zählt zu den wichtigsten Screening-Tests bei der Einteilung von Demenzstadien. Er beinhaltet ein Interview mit Handlungsaufgaben und praxisnahen Fragen. Dabei geht es um die räumliche Orientierung, Merkfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit und Sprache.¹⁴ Der MMST ist weniger treffsicher bei gering ausgeprägten Einschränkungen (also im Stadium der LKS), aber gut zur orientierenden Einteilung in Schweregrade geeignet¹⁵.

Abb. 3: Uhrentest nach Shulman –
Beispiele für Fehler im Verlauf einer Demenzerkrankung¹⁷



Uhrentest nach Shulman (1993)

Die Testperson wird aufgefordert, in einen vorgegebenen Kreis die Zahlen 1 bis 12 wie auf dem Ziffernblatt einer Uhr einzutragen. Zusätzlich sollen der Minuten- und Stundenzeiger so eingezeichnet werden, dass sie eine vorgegebene Uhrzeit anzeigen. Mit dem Uhrentest werden Instruktionsverständnis, Ausführungsplanung, visuelles Gedächtnis und die sogenannte visuokonstruktive Ausführung getestet. Unter letzterem versteht man die Fähigkeit, ein komplexes Muster – hier ein Ziffernblatt mit einer bestimmten Zeitangabe – zu erfassen und zu reproduzieren.¹⁶

IADL-Skala nach Lawton und Brady (instrumental activities of daily living)

Die Skala erfasst wichtige Aktivitäten des täglichen Lebens. Es wird geprüft, inwieweit Patienten fähig sind, die Aktivität selbstständig auszuüben beziehungsweise bis zu welchem Grad sie dazu fähig sind. Dazu zählen:¹⁸

- › Umgang mit Finanzen, zum Beispiel Überweisungen vornehmen, Liquidität planen
- › Nutzung von Verkehrsmitteln
- › Kommunikation via Telefon/E-Mail/Apps
- › Umgang mit Medikamenten von der Beschaffung bis zur korrekten Einnahme
- › Haushaltsführung
- › Einkaufen von Lebensmitteln, Artikeln des täglichen Bedarfs und Kleidung
- › Kochen
- › Wäschewaschen vom Sortieren über das Waschen und Trocknen bis zum Bügeln

DemTect-Test (Demenz Detection)¹⁹

Dies ist ein systemisches Testverfahren zur Früherkennung von Demenz; die Testperson muss verschiedene Aufgaben zu folgenden Themenbereichen bewältigen:

- › Wortliste wiederholen
- › Zahlen und Zahlwörter umwandeln
- › Supermarktaufgabe (innerhalb einer Minute möglichst viele Supermarktprodukte nennen)
- › Zahlenfolge rückwärts wiederholen
- › Wortliste aus Aufgabe 1 wiederholen

Cornell Scale for Depression in Dementia (CSDD), Geriatrische Depressionsskala (GDS) und Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Zur differenzialdiagnostischen Abklärung einer Depression bei Demenz und leichter kognitiver Störung beziehungsweise zu deren Ausschluss können diese Skalen eingesetzt werden. In der allgemeinmedizinischen Praxis sollte man eine eventuell allein auftretende symptomatische Depression mit Gedächtnis- beziehungsweise Konzentrationsstörungen ausschließen.

Die Vorgehensweise zur Demenzabklärung ist der S3-Leitlinie Demenzen (Living Guideline) zu entnehmen.

THERAPIE

Die Versorgung von Menschen mit Demenz ist komplex. Sie ist stadienabhängig und wird durch verschiedene Berufsgruppen erbracht. Sie umfasst neben pharmakologischen und nichtpharmakologischen Behandlungen beispielhaft auch Beratungen der Angehörigen zum Umgang mit der Erkrankung, zu sozialrechtlichen Fragen, zur Pflege und zu Betreuungsmöglichkeiten. In der Versorgungsrealität ist häufig das Wissen um verfügbare Angebote und die Koordination der Versorgung unzureichend, sodass Betroffene erforderliche und vorhandene Angebote nicht adäquat in Anspruch nehmen können. Eine Koordinierung der Versorgung durch eine hierfür zuständige Person oder Institution kann potenziell die Inanspruchnahme vorhandener Angebote verbessern und damit positive Effekte für die Betroffenen erzielen. Unter dem Begriff „Dementia Care Management“ werden Ansätze zusammengefasst, die eine solche Koordinierung bieten.

Der Begriff der antidementiven Therapie bezieht sich auf die Behandlung kognitiver Symptome sowie auf die Behandlung von Einschränkungen von Alltagsfunktionen. Unterschieden werden psychosoziale (nichtpharmakologische) Interventionen und pharmakologische Behandlung. Beides sollte im Regelfall gemeinsam angewendet werden.

NICHTMEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Die Therapie von Demenzen wird wesentlich durch die Art der Demenzerkrankung sowie das Stadium der Erkrankung bestimmt. In allen Stadien der Erkrankung sollen nichtmedikamentöse Therapien zur Anwendung kommen, um den voranschreitenden Verlauf der Erkrankung zu verlangsamen beziehungsweise zu stabilisieren. Zu den nichtmedikamentösen Therapien zählen unter anderem Soziotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie und Rehasport. Ziel ist es, den Patienten durch das Trainieren von Alltagsfertigkeiten möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu erhalten, Beschwerden zu lindern und die Lebensqualität möglichst lange und gut zu sichern.

Psychosoziale, nichtpharmakologische Interventionen zur antidementiven Behandlung umfassen Therapien in Form von Trainings oder Aktivierungen in Einzel- oder Gruppenangeboten:

-
- › **Kognitives Training:** Üben spezifischer kognitiver Funktionen durch Aufgaben, einzeln oder in Gruppen.

 - › **Kognitive Stimulation:** Anregung durch angenehme Aktivierungen, die häufig in Gruppen angeboten werden, einen Fokus auf sozialer Interaktion haben und auf eine breite kognitive Aktivierung abzielen. Kognitive Stimulation kann Elemente von Reminiszenztherapie enthalten.

 - › **Reminiszenztherapie:** Aktivierung von Altgedächtnis in Verbindung mit positiven Emotionen durch biografiebezogenes Arbeiten.

 - › **Realitätsorientierung:** Hilfestellungen zur Orientierung.

 - › **Kognitive Rehabilitation:** Training von beeinträchtigten komplexen kognitiven Fähigkeiten, die für die Alltagsgestaltung und Partizipation wichtig sind, meistens in Form von Einzeltherapie.
-

Oben genannte Therapiemöglichkeiten stabilisieren beziehungsweise verbessern vor allem bei leichten bis mittelschweren Demenzen Kognition, Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktion. Dies sollte auch mit körperlichem Training (Kraft- und/oder aerobes Training) verbunden werden.

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Neben der nichtmedikamentösen Therapie gibt es auch medikamentöse Therapieansätze; die unten aufgeführten Maßnahmen sind nicht „off label use“. Für die medikamentöse Behandlung der Alzheimer-Demenz stehen Acetylcholinesterase-Hemmer und Memantin zur Verfügung.

Ginkgo biloba kann ebenfalls zur Behandlung der Kognition und Erhalt der Alltagsfunktionen bei leichter bis mittelgradiger Alzheimer-Demenz oder vaskulärer Demenz mit nicht psychotischen Verhaltenssymptomen eingesetzt werden.

Krankheitsmodifizierende Medikamente sind in Entwicklung. Den aktuellen Stand bildet die Leitlinie ab, die als Living Guideline regelmäßig überarbeitet wird.

THERAPIE VON BEGLEITSYMPTOMEN

Wichtig bei der Behandlung ist, auch Begleitsymptome, wie zum Beispiel Depression, Agitation, Aggression, Angst, Schlafstörungen oder psychotische Symptome, medikamentös oder nichtmedikamentös zu therapieren (siehe Empfehlungen in der Leitlinie).

Nichtpharmakologisch

- › **Depressionen:** Bei Depressionen sollen kognitive Verhaltenstherapie, eventuell auch psychodynamische beziehungsweise systemische Verfahren empfohlen werden; ebenso Stimulation oder Reminiszenztherapie oder Ergotherapie, Musik- oder Tanztherapie.
- › **Leichte kognitive Störungen:** Körperliche Aktivierung und/oder kognitives Training sowie eventuell Tanztherapie sollen angeboten werden.
- › **Agitiertes Verhalten:** Personalisierte Aktivierung oder Musik- oder Berührungstherapie sollen eingesetzt werden.

Pharmakologisch

- › **Depressionen:** Mirtazapin oder Sertralin sollte versucht werden (Alzheimer D.).
- › **Angst (-Störungen):** Escitalopram, Paroxetin, Venlafaxin Dulexlin (A-Empfehlung S3-LL).
- › **Psychotische Symptome:** (Wahn, Halluzinationen) Risperidon (nur bei aggressivem Verhalten, Risiko für Eigen- oder Fremdgefährdung). Haloperidol (2. Wahl: zeitlich begrenzt/geringe Dosis).
- › **Schlafstörungen:** Melperon oder Pipamperon (siehe auch S2k-Leitlinie „Notfallpsychiatrie“).

WEITERE ASPEKTE ZUR VERSORGUNG VON DEMENZERKRANKTEN UND BEGLEITUNG DER ANGEHÖRIGEN

Für die gute Versorgung der Patientinnen und Patienten ist ein hohes Maß an Kooperation mit medizinischen und nichtmedizinischen Fachberufen erforderlich. Im Rahmen eines Qualitätszirkels können sich Teilnehmende aus verschiedenen Berufen vernetzen und austauschen, um die Patientenversorgung zu verbessern. Aktuelle Therapiestandards sind in der S3-Leitlinie Demenzen²⁰ beschrieben (Hinweise zu Diagnostik und Therapie, vor allem medikamentöse, nichtmedikamentöse Therapie, Ergo- und Physiotherapie, psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung).

Praxen sollten regionale Adressen, zum Beispiel von spezialisierten Fachärzten, Selbsthilfegruppen, lokalen Alzheimer-Gesellschaften, ASZ, Beratungsstellen und Informationen zur Gedächtnissprechstunde am Krankenhaus vorhalten.

Patientinnen und Patienten haben nach § 630e Abs. 3 BGB das Recht, auf Aufklärung ausdrücklich zu verzichten. Dieses „Recht auf Nichtwissen“ kommt insbesondere bei Krankheiten mit weitreichenden Konsequenzen für das weitere Leben zum Tragen. Daher sollten sich Patientinnen und Patienten vor der Durchführung weiterer Diagnostik mit den Folgen beschäftigen und überlegen, ob und wie sie damit umgehen wollen²¹.

Wichtig ist es auch, dass die Patientinnen und Patienten frühzeitig rechtliche Vorsorge treffen, zum Beispiel in Form von Betreuungen, Vormundschaften, einer Vorsorgevollmacht und einer Patientenverfügung mit einer Vollmacht für medizinische Angelegenheiten.

› Formulierungshilfen und Textbausteine für Patientenverfügungen stellt das Bundesministerium für Gesundheit bereit:
www.bundesgesundheitsministerium.de/patientenverfuegung.html

› Auch die Ärztekammern halten Musterdokumente bereit. Die Bundesärztekammer hat zudem Hinweise und Empfehlungen zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patientinnen und Patienten mit einer Demenzerkrankung veröffentlicht:
www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Patientenverfuegung_Demenz.pdf



Advance Care Planning (ACP) bezeichnet einen Kommunikationsprozess der Betroffenen und Angehörigen mit professionellen, idealerweise in ACP geschulten Personen, in dem medizinische, pflegerische und weitere Aspekte, die zukünftig im Verlauf der Erkrankung auftreten können, diskutiert und Vorgehensweisen festgelegt werden. ACP dient dazu, im Fall der fehlenden Einwilligungsfähigkeit bei Fortschreiten der Erkrankung im Sinne des Betroffenen zu handeln.

Für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stellt die Diagnostik und Behandlung von an Demenz Erkrankten eine komplexe Herausforderung dar, die fundiertes medizinisches Fachwissen, einen wertschätzenden Kommunikationsstil und Verständnis für die Angehörigen erfordert. Dem Gespräch mit betroffenen Patientinnen und Patienten sowie der Einbeziehung von Familienmitgliedern oder nahestehenden Bezugspersonen kommt dabei eine große Bedeutung zu. Angehörige sind unter Umständen durch einen sehr anstrengenden Alltag und den Eindruck, einen nahestehenden Menschen zu „verlieren“, belastet. Sie leisten jedoch einen wichtigen Beitrag die Betroffenen zu betreuen, zu unterstützen, ihnen ein angemessenes Lebensumfeld zu gestalten, ihnen Lebensqualität zu sichern und auch ihre Rechte zu vertreten. Pflegende Angehörige von Menschen mit Demenz sind häufig psychisch und auch körperlich stark belastet. Sie sind gefährdet, selbst psychisch oder körperlich zu erkranken, häufig mit entsprechenden Symptomen. Sachliche Informationen zur Erkrankung und zu unterstützenden Angeboten, zum Beispiel zur Pflege, zu Informationsportalen oder Selbsthilfe- und Angehörigengruppen, sind daher notwendig und hilfreich.

DATEN- UND INFORMATIONSBESCHAFFUNG

› **S3-Leitlinie Demenzen**, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN) und der Deutschen Gesellschaft für Neurologie e. V. (DGN): register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013

Die Leitlinie umfasst allgemeine Grundlagen, zum Beispiel zur Syndromdefinition, zur Epidemiologie sowie zu Verlauf und Prognose und gibt Empfehlungen zu Diagnostik, Therapiemethoden und psychosozialer Intervention. Ausgehend von identifizierten Risikofaktoren, insbesondere bei der Alzheimer-Demenz, gibt sie auch Empfehlungen für präventive Ansätze.

› **Informationsblätter** von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V. Selbsthilfe Demenz: www.deutsche-alzheimer.de

› **Serviceheft „PraxisWissen Demenz“** von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: www.kbv.de/html/publikationen.php#content31532

› **Kurzinformation Demenz und Kurzinformation Demenz Angehörige** vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin: www.patienten-information.de/@@search?SearchableText=Demenz

› **Informationen zur Alzheimer-Demenz** vom IQWiG: www.gesundheitsinformation.de/alzheimer-demenz.html

› **Arbeitshilfe „bessere Kommunikation 8“, Kommunikation bei Demenz²²** von der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e. V. (GQMG): www.gqmg.de/media/redaktion/Publikationen/Arbeitshilfen/GQMG_ABK_08._Kommunikation_bei_Demenz_12.07.20.pdf

› **Hinweise und Empfehlungen zu Patientenverfügungen und anderen vorsorglichen Willensbekundungen bei Patienten mit einer Demenzerkrankung** von der Bundesärztekammer: www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/Recht/Patientenverfuegung_Demenz.pdf

› **Vorsorgevollmacht, Betreuungs- und Patientenverfügung** vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: www.bmjv.de/DE/Themen/VorsorgeUndPatientenrechte/Betreuungsrecht/Betreuungsrecht_node.html

SETTING UND ABLAUF

SETTING

Für einen neu gegründeten Zirkel zum Thema Demenz wird zu Beginn der Arbeit die Vereinbarung von Settingregeln empfohlen. Näheres dazu beschreibt das Modul Qualitätszirkel-Gründung unter www.kbv.de/qz, Stichwort „QZ-Module“.

Bestehende Zirkel sollten prüfen, ob es sinnvoll ist, für die Arbeit am Thema Demenz spezifische Settingregeln zu definieren. Das könnte eine Begrenzung der Teilnehmerzahl sein oder die Verpflichtung aller Teilnehmenden, Fälle beziehungsweise Behandlungsdaten aus ihrer Praxis in den Zirkel mitbringen.

In jedem Fall ist ein datenschutzkonformer Umgang mit Patientendaten erforderlich.

Die Komplexität der Demenzerkrankung erfordert eine interdisziplinäre Herangehensweise, die entweder durch die Zusammensetzung des Zirkels oder durch die regelmäßige Einladung von Experten in die Zirkelsitzungen erreicht werden kann. Relevante Fachgebiete sind insbesondere die Allgemeinmedizin, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Gerontopsychiatrie, aber auch Radiologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Urologie, Gynäkologie und andere zur Behandlung von Komorbiditäten. Experten für die Zirkelarbeit sollten auch Logo-, Ergo- oder Physiotherapeuten, Vertreter der Pflege oder Juristen sein.

Es wird empfohlen, mindestens zwei Zirkelsitzungen für das Thema einzuplanen.

ABLAUF DER SITZUNGEN

Der folgende Phasenablauf kann in zwei Qualitätszirkelsitzungen à 120 Minuten umgesetzt werden. Die Fallarbeit in der zweiten Sitzung kann auf Wunsch der Teilnehmenden auch einen größeren Raum einnehmen.



SCHRITT 1: RELEVANZ DES THEMAS VERDEUTLICHEN

Begrüßen Sie die Teilnehmenden und erläutern Sie kurz die Relevanz und die Zielstellung der Zirkelarbeit zum Thema Demenzen.

Qualitätszirkel können einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität für Betroffene leisten. So können sie zum Beispiel Entscheidungsbäume für die Diagnostik und Therapie der Erkrankung anhand von Falldiskussionen erarbeiten. Im Zirkel können Handouts entwickelt werden, die Erkrankten helfen, mit der Einschränkung ihrer kognitiven Fähigkeiten umzugehen. Oder es können Optionen für die Einbeziehung von Familienangehörigen entwickelt und Gesprächssituationen simuliert werden.

Vereinbaren Sie mit den Teilnehmenden anschließend Settingregeln für die Zusammenarbeit im Zirkel.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Kurzvortrag
- › Flipchart

Methodische Hinweise

Halten Sie diesen Teil der Einführung möglichst kurz. Dokumentieren Sie die gemeinsam definierten Settingregeln auf dem Flipchart. Alternativ kann das entsprechende Moderationsplakat (MP) aus dem Modul „Qualitätszirkel-Gründung“ Verwendung finden (www.kbv.de/qz).

SCHRITT 2: ÜBERBLICK ZUM THEMA GEBEN

Geben Sie nun einen Überblick zu den Demenz-Erkrankungen: Definition, Krankheitsbilder, Symptome, Diagnostik

Grenzen Sie den Schritt bewusst ab. Falldiskussionen, Therapieansätze und die Einbindung von Angehörigen sollen in einer späteren Zirkelsitzung besprochen werden.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Einführungsvortrag/-präsentation (Muster-Präsentation: www.kbv.de/qz)

Methodische Hinweise

Mit diesem Arbeitsschritt sollen die Teilnehmenden von unterschiedlichen Erfahrungsebenen abgeholt und aktuelles Wissen vermittelt werden. In dieser ersten Phase soll Basiswissen vermittelt werden. Diskussionen dazu sollten möglichst kurzgehalten werden.

SCHRITT 3: STRUKTUREN AUFZEIGEN

Geben Sie einen kurzen Überblick zu den formellen Strukturen der Versorgung von Demenzkranken (ambulante Versorgung und Pflege, teilstationäre Betreuung, stationäre Pflege und Versorgung im Krankenhaus, gerontopsychiatrische Institutsambulanzen usw.). Daneben gibt es informelle Strukturen wie die Pflege durch Angehörige.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Kurzvortrag

Methodische Hinweise

Fokussieren Sie dabei auf lokale bzw. regionale Angebote.

ZIELE PHASE A



- › Die Teilnehmenden haben einen Überblick zum Thema Demenzen.
- › Sie kennen relevante Versorgungsstrukturen in der Region.
- › Sie wissen um die Möglichkeiten der Zirkelarbeit zu diesem Thema.



SCHRITT 1: RISIKOFAKTOREN ANALYSIEREN

Diskussion von Risikofaktoren für eine Demenzerkrankung bzw. deren Voranschreiten. Lassen Sie die relevanten Faktoren zusammentragen und besprechen Sie gemeinsam, wie die einzelnen Faktoren wirken und wie sie für die Verbesserung des Krankheitsverlaufs berücksichtigt werden müssen.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Flipchart
- › Pinnwand

Methodische Hinweise

Alle Beiträge sollen zunächst kommentarlos dokumentiert werden. Sie können hierfür eine Person bitten, Sie zu entlasten. Anschließend sollen die Themenfelder bzw. Fragen priorisiert werden. In dieser Phase findet ein erster Wissensaustausch statt, von dem alle Teilnehmenden profitieren, ganz gleich, ob aktiv oder passiv. Die Inhalte der weiteren Zirkelarbeit zum Thema sollen geschärft werden. Es ist wichtig, dazu einen Konsens im Zirkel herzustellen.

SCHRITT 2: BEDARF ABFRAGEN

In der nächsten Sitzung soll das Thema Demenz anhand konkreter Beispiele vertieft werden. Führen Sie dazu eine Bedarfsabfrage durch, welche Aspekte (Diagnose, medikamentöse/nichtmedikamentöse Therapie, Pflege, Kommunikation usw.) für die Teilnehmenden dabei von besonderer Relevanz sind und wo sie weitergehenden Fortbildungsbedarf sehen.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Flipchart

Methodische Hinweise

Dokumentation der Auswahlergebnisse als Konsens der Teilnehmenden im Protokoll

ZIELE PHASE B



- › Die Teilnehmenden haben ihr Wissen auf der Grundlage des Erfahrungsschatzes der Kolleginnen und Kollegen erweitert.
- › Themen und Aufgaben für weitere Qualitätszirkelsitzungen sind aus der Bedarfsabfrage abgeleitet.
- › Die Ergebnisse sind dokumentiert.



SCHRITT 1: SITZUNG 2 VORBEREITEN

Legen Sie die Zielstellung und Arbeitsinhalte der nächsten Zirkelsitzung(en) gemeinsam fest. Welche Fälle sollen bearbeitet werden, soll ein Experte in die Sitzung eingeladen werden? Mit welcher Methode möchte der Zirkel arbeiten?

Empfohlene Moderationsmedien

- › Flipchart (ggf. Moderationsplakat entwickeln)
- › Module im Handbuch Qualitätszirkel der KBV mit didaktischen Anregungen

Methodische Hinweise

Jeder Teilnehmende soll zu Wort kommen und seine Vorstellungen einbringen können. Bewerten und diskutieren Sie diese jedoch nicht.

SCHRITT 2: FEEDBACK EINHOLEN

Holen Sie sich abschließend ein Feedback zu den Inhalten und zur Moderation der Sitzung ein.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Blitzlichtrunde oder Muster-Feedbackbogen im Abschnitt „Unterstützende Materialien“

Methodische Hinweise

Bei der Blitzlichtrunde soll jeder Teilnehmende nur ein oder zwei Sätze sagen. Bei Verwendung eines Fragebogens legen Sie ein Datum für die Rückgabe an Sie fest.

Achten Sie darauf, von jedem Teilnehmer ein Feedback zu erhalten.

Sie können aber auch nach der Sitzung einen Online-Fragebogen versenden. Dafür stehen im Internet vielfältige Tools zur Verfügung, die zum Teil kostenfrei genutzt werden können.

ZIELE PHASE C



- › Die weitere Arbeit am Thema ist mit den Teilnehmenden vereinbart. Es ist geklärt, wer Fälle vorstellt und ob externe Experten beteiligt werden sollen.
- › Es besteht Klarheit darüber, mit welchen didaktischen Methoden der QZ arbeiten will.
- › Der Moderator hat ein Feedback zur Sitzung erhalten.

PHASE A: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA – FALLBESPRECHUNGEN



SCHRITT 1: FÄLLE BESPRECHEN

Die Teilnehmenden sollen über konkrete Situationen oder Patientenfälle aus ihrer Praxis berichten. Alternativ können die Diskussionsbeispiele aus der Muster-Präsentation herangezogen werden. Es geht darum, Diagnostik und Therapie zu reflektieren und mit dem Erfahrungswissen der Gruppe abzugleichen.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Fallbeispiele
- › Modul Patientenfallkonferenz

Methodische Hinweise

Für die Falldiskussion stehen unterstützend die QZ-Module Patientenfallkonferenz und Differenzialdiagnostik sowie ein Video-Tutorial zur Durchführung einer Patientenfallkonferenz unter www.kbv.de/qz zur Verfügung.

Achten Sie bei der Arbeit mit konkreten Patientenfällen auf die unbedingte Einhaltung des Datenschutzes. Die Fälle dürfen nur anonymisiert diskutiert werden. Ein Rückschluss auf Personen, auch solcher, die an der Behandlung beteiligt sind, ist auszuschließen.

SCHRITT 2: EVIDENZ ABGLEICHEN

In einem zweiten Schritt sollen klinische Fragestellungen aus den präsentierten Behandlungsfällen mit den Empfehlungen der S3-Leitlinie Demenzen oder anderen Evidenzquellen abgeglichen werden. Es besteht auch die Möglichkeit, einen Experten zu noch offenen Fragen zu befragen.

Empfohlene Moderationsmedien

- › S3-Leitlinie
- › Recherche und Bewertung weiterer Evidenzquellen
- › Lesearbeit

Methodische Hinweise

Sie können zum Beispiel einen externen Experten per Videokonferenz zur Sitzung hinzuschalten. Das muss jedoch organisatorisch und technisch vorbereitet sein. Alternativ besteht die Möglichkeit, in einer weiteren Zirkelsitzung ein Experteninterview durchzuführen. Hierzu können Sie das entsprechende Modul aus dem Handbuch Qualitätszirkel nutzen: www.kbv.de/qz.

»

SCHRITT 3: GESPRÄCHSSITUATIONEN ÜBEN

Anhand der Beispielfälle kann der Zirkel in einem nächsten Schritt Gesprächssituationen mit Patienten und Angehörigen reflektieren und/oder simulieren. Angehörigen kommt in der Betreuung der Erkrankten eine wichtige Rolle zu. Meist ist die gesamte Familie betroffen. Die Kommunikation mit Betroffenen soll wertschätzend und achtsam sein. Wichtig ist das bewusste Wahrnehmen der kommunikativen Asymmetrie zwischen Arzt und Patient, insbesondere bei fortgeschrittener Erkrankung.

Zusätzlich können die Teilnehmenden ihnen bekannte Informationsquellen, -materialien sowie Informationen zu regionalen Unterstützungsangeboten für Patienten und Angehörige zusammentragen. Dokumentieren Sie die Ergebnisse in geeigneter Weise (Laptop, Flipchart, Pinnwand), damit sie allen zur Verfügung gestellt werden können.

Empfohlene Moderationsmedien

- › Training Gesprächssituationen (siehe hierzu auch QMG: Kommunikation bei Demenz und Modul Arzt-Patienten-Kommunikation unter www.kbv.de/qz)

Methodische Hinweise

Simulationsübungen und deren Analyse sind zeitaufwändig. Dies müssen Sie entsprechend einplanen.

ZIELE PHASE A



- › Die Teilnehmenden haben ihr Wissen auf der Grundlage der Fallarbeit erweitert.
- › Sie haben Handlungshilfen für die Umsetzung in der Praxis entwickelt.
- › Sie haben komplizierte Gesprächssituationen reflektiert bzw. simuliert und ihre Gesprächsführungskompetenz erweitert.
- › Sie können Angehörige von Patienten zu Informationsquellen und Unterstützungsangeboten beraten



SCHRITT 1: HILFEN FÜR DIE PRAXIS ENTWICKELN

Anhand der bearbeiteten Fälle können Entscheidungs- oder Gesprächshilfen für die künftige Praxis entwickelt und alternative Therapieansätze diskutiert werden.

Fragen Sie die Teilnehmenden anschließend, wie sie die gewonnenen Erkenntnisse im Praxisalltag umsetzen wollen. Es sollen möglichst viele praktikable Ansätze eingebracht werden.

Empfohlene Moderationsmedien

› ggf. Flipchart

Methodische Hinweise

Bewerten Sie die Antworten nicht. Die Praxen sind individuell aufgestellt und müssen für sich selbst praktikable Lösungen finden.

SCHRITT 2: MIT BEDARFSABFRAGE ABGLEICHEN

Führen Sie einen kurzen Abgleich mit den Punkten aus der Erwartungsabfrage durch und vereinbaren Sie, wie mit noch offenen Punkten umgegangen wird.

Empfohlene Moderationsmedien

› Dokumentierte Abfrageergebnisse (Flipchart/Laptop) aus Sitzung 1

Methodische Hinweise

Am Ende der Zirkelarbeit sollten alle Aspekte bearbeitet sein oder es soll vereinbart sein, wie mit noch offenen Punkten verfahren werden soll (zum Beispiel Beantwortung im Umlaufverfahren, Fortführung der Diskussion in einem Online-Qualitätszirkel).

SCHRITT 3: EVALUATION

Holen Sie von den Teilnehmenden ein Feedback zur Zirkelsitzung ein.

Empfohlene Moderationsmedien

› Blitzlichtfeedback oder Verwendung des Muster-Feedbackbogens (siehe Abschnitt „Unterstützende Materialien“)

Methodische Hinweise

Jeder Teilnehmende sollte ein Feedback abgeben. Bei Verwendung des Papierfragebogens empfiehlt es sich, einen Termin für die Rückgabe festzulegen. Sie können aber auch nach der Sitzung einen Online-Fragebogen versenden (siehe Sitzung 1).

ZIELE PHASE B



- › Die Teilnehmenden haben Entscheidungshilfen für die Praxis entwickelt.
- › Sie haben Ideen zum Praxistransfer der Arbeitsergebnisse zusammengetragen.
- › Der Moderator hat ein Feedback zur Sitzung erhalten.

Die allgemeinärztlichen Fallbeispiele sind durch ein A vor der Fallnummer gekennzeichnet, die fachärztlichen Beispiele durch ein F. Informationen zu Laborwerten und weiterer Diagnostik finden Sie in den Präsentationen „Allgemeinärztliche Fallbeispiele“ und „Fachärztliche Fallbeispiele“.

ALLGEMEINÄRZTLICHE FALLBEISPIELE

FALL A1: PATIENT MIT ZUNEHMENDER VERGESSLICHKEIT UND ORIENTIERUNGSPROBLEMEN

BEISPIEL VON PROF. LICHTER/PROF. MÜLLER

In Ihrer Hausarztpraxis stellt sich ein 75-jähriger Mann vor, der von seiner 72-jährigen Ehefrau begleitet wird; diese berichtet von zunehmender Vergesslichkeit und neu aufgefallenen Orientierungsproblemen. Der Patient würde immer häufiger Wege innerhalb und außerhalb der Wohnung nicht mehr finden. Vor einigen Tagen hätte er als Fahrer mit seiner Frau im Auto nicht mehr nach Hause gefunden. Beide Eheleute erzählen noch von Schwierigkeiten beim Helfen im Haushalt. Besonders die Ehefrau macht sich Sorgen, dass ihr Mann dement würde.

Erste Maßnahmen: In der hausärztlichen Praxis veranlassen Sie neben einer gründlichen Anamnese und körperlichen Untersuchung (Sturzgefährdung, Inkontinenz, neurologische Untersuchung) ein Gespräch zwischen den Beteiligten unter Berücksichtigung der psychischen Verfassung, dann mit weiteren Maßnahmen:

- › Fragebogen
- › Labor
- › Technik

-
- › Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie?
 - › Wie ist das weitere Vorgehen zur Abklärung?
Insbesondere bei Einverständnis beziehungsweise Unentschlossenheit des Patienten.
-

FALL A2: PATIENTIN MIT PARKINSON- SYNDROM UND ZUNEHMENDEN KOGNITIVEN PROBLEMEN

BEISPIEL VON PROF. LICHTER/PROF. MÜLLER

In Ihrer Hausarztpraxis stellt sich eine 69-jährige Frau zusammen mit ihrer Tochter vor. Sie hat seit acht Jahren eine Parkinson'sche Erkrankung mit leichtem Zittern und schlechter Schrift sowie kleinschrittigem Gang trotz einer ständig angepassten Therapie. Seit einigen Wochen fallen Probleme mit der Hausarbeit auf; sie könne nicht mehr richtig kochen und vergesse, wo die Zutaten stehen. Sie hat auch schon mal die Herdplatte angelassen.

Wegen häufigem Vergessens von Aufgaben würde sie überall Zettel schreiben und diese wieder ständig verlegen. Die Tochter ist sehr besorgt, auch wegen Brandgefahr und ihrer Hilflosigkeit.

Erste Maßnahmen: In der allgemeinärztlichen Praxis führen Sie zunächst eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung durch; da die Patientin schon seit über 20 Jahren bei ihnen behandelt wird, können Sie schnell vergleichend im Sinne einer erlebten Anamnese feststellen, dass ihre Mimik schlechter und der Gang unsicherer geworden sind. Außerdem kann sie auf einfache Fragen nicht mehr adäquat antworten.

-
- › Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie?
 - › Wie ist das weitere Vorgehen zur Abklärung?
-

**FALL A3:
PATIENT MIT HYPERTONUS,
UNREGELMÄßIGEM PULS UND
ORIENTIERUNGSPROBLEMEN**

BEISPIEL VON PROF. LICHTER/PROF. MÜLLER

Als Allgemeinarzt besuchen Sie einen 82 Jahre alten Mann zu Hause nach Anruf der Ehefrau; seit vier Wochen beobachtet sie eine Unsicherheit beim Gehen, Orientierungsprobleme im Haus und zunehmende Verwirrtheit bei starker Vergesslichkeit. Der Patient weigert sich den lange bekannten Arzt in seiner Praxis zu besuchen, deswegen bieten Sie dem langjährigen Patienten einen Hausbesuch an; er willigt ein. Sie befragen ihn und stellen fest, dass er Sie fast nicht erkennt.

Er fühle sich sehr unwohl mit Schwindel nach rechts. Bisher waren nur ein Hypertonus und neuerdings gelegentlich subjektiv empfundene Herzrhythmusstörungen bekannt. Bei der Untersuchung fällt ein bisher unbekannter unregelmäßiger Puls auf. Ein umgehend angefertigtes EKG zeigt die vermutete Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern. Der Patient wird gegen anfänglichen Widerstand nach geduldigem Zureden stationär eingewiesen. Das Ehepaar wünscht Informationen zu den möglichen Maßnahmen in der Klinik. Eine vorliegende Patientenverfügung belegt, dass der Patient keinerlei Wiederbelebungsmaßnahmen wünscht; dies wird auch von der Ehefrau bestätigt.

-
- › Welche Verdachtsdiagnose stellen Sie?
 - › Wie ist das weitere Vorgehen zur Abklärung?
 - › Was wird am ehesten stationär umgesetzt?
-

Der eigentlich bis vor drei Monaten altersentsprechende Mann mit gut eingestelltem Hypertonus bei regelmäßigem Puls war nach Aussagen der Ehefrau bis dahin zwar etwas „tüdelig“; bei seinem Alter wurde die Entwicklung toleriert – auch wegen Widerstand des Patienten gegen intensivere medizinische Maßnahmen. Die Ehefrau und die drei Kinder machten sich zwar große Sorgen, lehnten aber auch eine maximale Diagnostik und Therapie im Sinne des Vaters ab.

-
- › Welche Maßnahmen treffen Sie für den Transport?
 - › Was erwarten Sie für den stationären Aufenthalt?
 - › Was könnten die Angehörigen nach Einweisung fragen?
-

**FALL A4:
PATIENTIN MIT GEDÄCHTNIS-/
KONZENTRATIONSTÖRUNGEN
SORGT SICH: DEMENZ?**

BEISPIEL VON PROF. LICHTER/PROF. MÜLLER

Die 64-jährige verwitwete Frau ist Ihnen, als Allgemeinärztin, seit über 10 Jahren bekannt. Sie ist leicht übergewichtig (BMI 29) und hat dabei ein metabolisches Syndrom sowie einen Hypertonus. Neben einer mäßigen Diät, Metformin 1000 mg 1-0-0 und Ramipril 5 mg 1-0-1 machte sie regelmäßig Wanderungen und Fahrradtouren mit einer Freundin, die dies leider seit einigen Monaten wegen einer Demenz nicht mehr mitmachen könne.

Sie selbst macht sich jetzt auch Sorgen demenz zu werden, da sie immer häufiger Telefonnummern und Verabredungen vergisst. Auch selbst gekaufte Gingko-Tabletten hätten kaum geholfen.

Da sie mit ihren Vorerkrankungen auch gefährdet sei eine Demenz zu bekommen, holt sie sich bei Ihnen einen Termin zur Abklärung. Sie teilt Ihnen ihre Sorgen direkt mit und äußert Angst vor einer dementiellen Erkrankung mit Hilflosigkeit und Autonomieverlust.

Maßnahmen: Zunächst erörtern Sie mit ihr das weitere Vorgehen.

-
- › Welche Verdachtsdiagnose wird vermutet?
 - › Was könnte man der Patientin mitteilen?
 - › Wie ist das weitere Vorgehen zur Abklärung?
-

**FALL A5:
PATIENT MIT SCHNELL
VERSCHLIMMERTER
KOGNITIVER STÖRUNG**

BEISPIEL VON PROF. LICHTER/PROF. MÜLLER

Als Allgemeinarzt bekommen Sie einen Anruf von Ihrer 46-jährigen Patientin, da ihr Vater (72), der circa 100 km entfernt in einer Großstadt lebt, seit drei Monaten schnell demenzwürdig. Sie habe zwei Arztpraxen aufgesucht, die beide nach Fragebogentests und orientierenden Befragungen mit körperlichen, auch neurologischen Untersuchungen einen M. Alzheimer diagnostizierten. Von diesen Ärzten wurde ihr empfohlen, schnellstmöglich ein Pflegeheim für demenziell Erkrankte zu finden; eine Therapie wäre in diesem Stadium der Erkrankung wenig erfolgreich und hätte eventuell starke Nebenwirkungen. So käme nur eine spezielle stationäre Pflege in Frage.

-
- › Welche Verdachtsdiagnose ist möglich?
 - › Wie ist das weitere Vorgehen zur Abklärung?
-

Der Ihnen lange bekannten Tochter des vermutlich demenziell erkrankten Vaters ermöglichen Sie noch am selben Tag spätmittags einen gemeinsamen Termin. Nach Vorlage von Berichten der Voruntersuchungen erfolgt zunächst eine gründliche (Fremd-)Anamnese, in der die Tochter von einem Sturz des Vaters auf den Kopf mit einer kleineren Platzwunde vor 5 Monaten beim Skifahren erzählt.

-
- › Welche Verdachtsdiagnosen können daraus abgeleitet werden?
 - › Welche Maßnahmen sind sinnvoll?
-

Sie bekommen nach Schilderung der Problematik von einer Ihnen näher bekannten Neurologin den Rat den Patienten im nächsten Krankenhaus umgehend vorzustellen, um als Ursache der Problematik eine Sturzfolge zum Beispiel mittels bildgebender Verfahren auszuschließen.

Die Tochter fuhr von der Praxis mit ihrem Vater in die neurologische Ambulanz. Von dort wurde sofort eine cranielle CT veranlasst, welches den dringenden Verdacht auf ein ausgeprägtes subdurales Hämatom zeigte. Anschließend erfolgte die Verlegung in eine große Neurochirurgische Klinik, in der das Hämatom ausgeräumt werden konnte.

Der Patient erholte sich nach Angaben der Tochter sehr rasch; drei Wochen nach dem Eingriff erschien er in Ihrer Praxis mit einem Blumenstrauß.

**FALL A6:
PATIENT ERKRANKT
WIE SEIN BRUDER MIT
DEMENZIELLEN SYMPTOMEN**

BEISPIEL VON PROF. LICHTER/PROF. MÜLLER

In Ihrer Hausarztpraxis erscheint ein Ehepaar nach schlechteren kognitiven Leistungen des Mannes; dem Mann würden im gemeinsam geführten kleinen Dorfladen immer mehr Fehler beim Rechnen, Aufräumen und auch bei der Kundenbetreuung unterlaufen. Vor einigen Tagen hätte er sogar als Fahrer seines Autos nicht mehr den Weg nach Hause gefunden.

Beide Eheleute machen sich Sorgen, dass er wie sein Bruder „einen Alzheimer entwickle“.

In der Vorgeschichte des 56 Jahre alten übergewichtigen Mannes sind ein Diabetes mellitus, eine Hypercholesterinämie und Hypertonus bekannt. Die Ehefrau meint hinter vorgehaltener Hand, dass ihr Mann – wie sein Bruder – eine medikamentöse Therapie nur halbherzig durchführe und eigentlich keine empfohlenen Änderungen des Lebenswandels umsetzen wolle.

-
- › Welche Verdachtsdiagnosen sind wahrscheinlich?
 - › Welche Maßnahmen werden ambulant umgesetzt?
 - › Was wäre sinnvoll zu tun nach Bestätigung der Diagnose „M. Alzheimer in Kombination mit den Folgen von Stoffwechselstörungen“?
-

**FALL A7:
PATIENT MIT NEUER
KOGNITIVER BEEINTRÄCHTIGUNG**

BEISPIEL VON PROF. LICHTER/PROF. MÜLLER

Der 58-jährige Patient kommt an einem Donnerstagmorgen in Begleitung seiner Frau in Ihre Praxis. Beide berichten über seine zunehmende Vergesslichkeit und Verwirrtheit, er verlege seine Brille und seinen Haustürschlüssel mittlerweile täglich. Immer häufiger fehlen ihm einzelne Worte, einen Vortrag auf der Arbeit musste er letzte Woche abbrechen, da er nicht mehr wusste, was er sagen wollte. Außer einem gut eingestellten Hypertonus hat er keine relevanten Vorerkrankungen. Der Vater entwickelte mit 80 Jahren eine nicht näher diagnostizierte Demenz. Nächste Woche Mittwoch steht eine Dienstreise nach Asien an und er fragt Sie, ob er sie antreten kann.

-
- › Welche Verdachtsdiagnosen kommen in Frage?
 - › Wie gehen Sie weiter vor?
-

FACHÄRZTLICHE FALLBEISPIELE

FALL F1: ALZHEIMER-BIOMARKER BEI VERGESSLICHEM ÄLTEREM PATIENTEN

BEISPIEL VON PROF. PERNECZKY

Es stellt sich ein 84-jähriger berenteter Anwalt bei Ihnen vor, der über eine zunehmende Vergesslichkeit seit etwa zwei Jahren berichtet. Seine ebenfalls anwesende Ehefrau bestätigt seinen Eindruck. Der Patient kann sich zunehmend schlecht Termine merken, verlegt Brille und Schlüssel und vergisst häufig Namen von Bekannten. Ansonsten ist er in seinen normalen Alltagsaktivitäten nicht eingeschränkt. Das Ehepaar macht sich Sorgen, dass eine Alzheimer-Krankheit vorliegen könnte und wünscht eine umfassende Diagnostik. Sie erklären sich dazu bereit und es ergeben sich die folgenden Befunde:

- › Mini-Mental-Status Test (MMST) 29/30 Punkten, DemTect 11 von 18 Punkten.
- › In der cMRT im Wesentlichen unauffälliger Befund, v. a. keine fokale Atrophie, keine ausgeprägte vaskuläre Schädigung.
- › Blut Routinelabor: außer leichtgradigem Vitamin B12 Mangel unauffällig.
- › Liquor Routinelabor: unauffällig.
- › Liquor Speziallabor: Amyloid-beta42 erniedrigt, Amyloid-beta42:40 Ratio erniedrigt, gesamt-tau: unauffällig, phospho-tau181 grenzwertig erhöht.

-
- › Wie wahrscheinlich ist das Vorliegen einer Alzheimer-Krankheit?
 - › Wie schätzen Sie den Vitamin B12 Mangel ein in Bezug auf die Kognition?
 - › Über was (und wie) klären Sie den Patienten auf?
 - › Veranlassen Sie weitere Untersuchungen oder andere Maßnahmen?
-

FALL F2: GENETIK BEI ALZHEIMER-VERDACHT

BEISPIEL VON PROF. PERNECZKY

Es stellt sich eine 60-jährige Verwaltungsangestellte bei Ihnen vor, die über keine kognitiven Beschwerden berichtet. Da ihr 85-jähriger Vater jedoch kürzlich eine Alzheimer-Diagnose erhalten habe, mache sie sich jetzt Sorgen über ihr eigenes Demenzrisiko. Alzheimer sei doch erblich, meint sie. Die Patientin bittet Sie darum, eine genetische Testung zu veranlassen, um ihr Risiko für eine Demenz zu bestimmen. Vom Hausarzt bringt sie bereits folgende Befunde mit:

- › Uhrentest unauffällig (Punktwert 1 auf der Shulman-Schulnotenskala).
- › cCT ohne wesentliche Auffälligkeiten, insbesondere keine Zeichen für Atrophie oder ausgeprägte vaskuläre Schädigung.
- › Spontanblutdruck 155/85 mmHg.
- › Blut Routinelabor: kompensierte Hypothyreose, leichtgradige Anämie, sonst unauffällig.

-
- › Welche Fragen stellen Sie der Patienten, um die Notwendigkeit einer genetischen Testung abzuschätzen?
 - › Wie schätzen Sie das genetische Risiko für eine Demenz insgesamt ein und wie erklären Sie das der Patientin?
 - › Empfehlen Sie eine genetische Untersuchung, wenn eine monogenetische Ursache eher unwahrscheinlich ist?
-

FALL F3: MOTORISCHE SYMPTOME BEI DEMENZVERDACHT

BEISPIEL VON DR. GEHRING

Es stellt sich eine 73-jährige Patientin vor, die in den letzten 2 Jahren zunehmend unter einer Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses leidet, auch das Gehen werde kleinschrittiger.

- › In der Untersuchung psychomotorisch verlangsamt.
- › Störung von Kurz- aber auch Langzeitgedächtnis ohne Versuch, dies zu überdecken.
- › neurologisch unauffälliger HN-Status, insbesondere keine Blickparese.
- › Gangbild kleinschrittig schlurfend, unsicher, breite Spur. Posturale Instabilität. Beineigenreflexe erloschen, Babinski links pathologisch. Keine Paresen, keine Tonusanomalien. Pallanästhesie bimalleolär.

-
- › Welche zusätzlichen Informationen wären hilfreich?
 - › Wie gehen Sie weiter vor?
-

FALL F4: DIAGNOSENSTELLUNG BEI FEHLENDER EIGENANAMNESE

BEISPIEL VON DR. GEHRING

Es stellt sich eine 74-jährige Patientin in Begleitung ihres Sohnes vor, sie selbst kann keine Angaben über den Grund der Vorstellung machen. Fremdanamnestisch seit über 1 Jahr zunehmende Vergesslichkeit. Sie schreibe häufig Notizzettel, man müsse ihr alles fünf Mal erzählen. Ein MRT vom Kopf sei schon gemacht. Die Patientin lebe allein im eigenen Haus, bekommt seit sechs Monaten Essen auf Rädern, Frühstück und Abendessen mache sie selbst. Sie putze selbst und kaufe allein ein. Fahre noch kurze Strecken allein Auto, keine größeren Strecken mehr.

- › Weitere Eigenanamnese leer.
- › In der Untersuchung neurologisch keine herdförmige Störung, psychisch verlangsamt, deutliche mnestiche Defizite, die durch Konfabulieren fragmentarisch versucht werden, zu überdecken.

-
- › Wie heißt Ihre Diagnose?
 - › Welche Therapie leiten Sie ein?
 - › Welche zusätzlichen Maßnahmen müssen getroffen werden?
-

UNTERSTÜTZENDE MATERIALIEN

BITTE NACH
ABSCHLUSS DER
ZIRKELSITZUNG
AUSFÜLLEN UND DEN
MODERIERENDEN
ZURÜCKGEBEN

MUSTER-FEEDBACKBOGEN QUALITÄTSZIRKEL

Bezeichnung QZ:

Thema:

Datum:

Ort:

Moderator/-in:

BEWERTUNG DER ZIRKELSITZUNG	++	+	+/-	-	--
Die Praxisrelevanz der Inhalte war ...					
Der Informationsgehalt war ...					
Die Moderation gefiel mir ...					
Das Arbeitsklima war ...					
Die Organisation der Sitzung war ...					
Der Zeitrahmen wurde eingehalten ...					
Mein eigener Erkenntnisgewinn war ...					
Der Benefit durch die gemeinsame Arbeit mit den anderen Teilnehmern war für mich ...					
Die Gelegenheiten zum Erfahrungsaustausch waren ...					
Meine Gesamtbewertung der Sitzung ist ...					

Weiteres Feedback zur Sitzung:

Name (Diese Angabe ist freiwillig.):

Quelle: nach Ak Berlin

ISBN

Muster-Feedbackbogen

Alle Materialien stehen unter www.KBV.de/qz zum Download zur Verfügung



Muster-Präsentation



Präsentation – Allgemeinärztliche Fallbeispiele



Präsentation – Fachärztliche Fallbeispiele

KURZVERSION SITZUNGSABLAUF

SITZUNG 1

PHASE A: EINFÜHRUNG UND THEMENAUSWAHL



- › Relevanz des Themas und Ziele der gemeinsamen Arbeit erläutern
- › Settingregeln vereinbaren
- › Überblick zu Demenzen und Versorgungsstrukturen vermitteln

PHASE B: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA



- › Diskussion von Risikofaktoren
- › Bedarfsabfrage zu relevanten Aspekten des Themas (Diagnostik, Therapie, Kommunikation usw.)

PHASE C: PRAXISTRANSFER



- › Auswahl der Schwerpunkte für die nächste Sitzung sowie geeigneter Methoden für die Bearbeitung
- › Feedback zur Sitzung einholen

SITZUNG 2

PHASE A: PRAKTISCHE ARBEIT AM THEMA – FALLDISKUSSIONEN



- › Fallarbeit: Präsentation von Fällen aus dem Praxisalltag und Reflektion in der Gruppe
- › Abgleich mit Evidenzquellen, insbesondere mit der S3-Leitlinie Demenzen
- › Reflektion und/oder Simulation von Gesprächssituationen mit Patienten und Angehörigen

PHASE B: PRAXISTRANSFER



- › gemeinsame Entwicklung von Entscheidungshilfen für die Praxis auf der Grundlage der Fallarbeit
- › Ideensammlung für die Umsetzung in der Praxis
- › Abgleich der Ergebnisse mit der Erwartungsabfrage, Vereinbaren der weiteren Arbeit am Thema
- › Feedback einholen

ZIELE DER SITZUNGEN



- › Durch die Fortbildung im Qualitätszirkel zum Thema Demenz haben die Teilnehmenden ihr Wissen aktualisiert und erweitert.
- › Sie haben Ihre Kompetenz für die Behandlung und Betreuung von Erkrankten und Angehörigen gestärkt und leisten so einen Beitrag zur Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.
- › Sie haben ihre Kommunikationskompetenz in Bezug auf Demente weiterentwickelt.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Georges D, Rakusa E, Holtz AV, Fink A, Doblhammer G. Demenzerkrankungen in Deutschland: Epidemiologie, Trends und Herausforderungen. *J Health Monit.* 2023;8(3): 32–52. <https://doi.org/10.25646/11566>
- 2 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bundesministerium für Gesundheit. Nationale Demenzstrategie [Internet]. Juli 2020 [zitiert am 12. Oktober 2022]. Verfügbar unter: www.nationale-demenzstrategie.de/fileadmin/nds/pdf/2020-07-01_Nationale_Demenzstrategie.pdf
- 3 Weltgesundheitsorganisation (WHO). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 [Internet], 7. Dezember 2017 [zitiert am 13. Oktober 2022]. Verfügbar unter: www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017--2025
- 4 Alzheimer Gesellschaft Baden-Württemberg e. V. Welche Formen von Demenzerkrankungen gibt es? [Internet]. Ohne Jahr [zitiert am 02. August 2022]. Verfügbar unter: www.alzheimer-bw.de/grundwissen-demenz/formen-von-demenzerkrankungen
- 5 ICD 10-Code [Internet]. Ohne Jahr [zitiert am 13. Oktober 2020]. Verfügbar unter: www.icd-code.de/suche/icd/code/F02.-*.html?sp=SDemenz
- 6 Gagler J, James B, Johnson T, Reimer J, Solis M, Weuve J, et al. 2022 Alzheimer's disease facts and figures. *Alzheimers & Dementia.* 2022;18(4):700-89. <https://doi.org/10.1002/alz.12638>
- 7 Frölich L, v. Arnim C, Bohlken J, Pantel C, Peters O, Förstl H, Leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI) in der Praxis: Patientenorientierung, Diagnostik und Ethik. *Z Gerontol Geriatr.* 2022. doi.org/10.1007/s00391-022-02098-4
- 8 Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz Österreich. Demenz: Die verschiedenen Stadien [Internet]. 14. Januar 2021 [zitiert am 26. Juni 2022]. Verfügbar unter: www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/demenz/verlauf
- 9 Bundesministerium für Gesundheit. Online-Ratgeber Demenz [Internet]. Ohne Jahr [zitiert am 22. September 2020]. Verfügbar unter: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-demenz.html
- 10 Müller, T, Bildung am wichtigsten – Diese zwölf Faktoren können das Demenzrisiko senken [Internet]. 30. Juli 2020 [zitiert am 13. Oktober 2022]. Verfügbar unter: www.aerztezeitung.de/Medizin/12-vermeidbare-Faktoren-senken-das-Demenzrisiko-411695.html
- 11 Kassenärztliche Bundesvereinigung. PraxisWissen Demenz [Internet]. 2015 [zitiert am 22. September 2020]. Verfügbar unter: www.kbv.de/media/sp/Praxiswissen_Demenz.pdf
- 12 Barth S et al. Neuropsychologische Profile in der Demenzdiagnostik: Eine Untersuchung mit der CERAD-NP-Testbatterie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2005; 73: 1-9
- 13 Müller T, Screeningtest „MoCA“ spürt leichte kognitive Defizite auf [Internet]. 7. April 2017 [zitiert am 13. Oktober 2022]. Verfügbar unter: www.aerztezeitung.de/Medizin/Screeningtest-MoCA-spuert-leichte-kognitive-Defizite-auf-305127.html
- 14 Alzheimer Forschung Initiative e. V. MMST – ein Screening-Instrument [Internet]. Ohne Jahr [zitiert am 22. September 2020]. Verfügbar unter: www.alzheimer-forschung.de/alzheimer/diagnose/psychometrische-tests/mmst
- 15 Perneczky R et al. Mapping scores onto stages: minimal state examination and clinical dementia rating. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2006 Feb; 14(2):139-44
- 16 Allgemeines Krankenhaus Celle. Diagnostik und Behandlung [Internet]. Ohne Jahr [zitiert am 27. September 2020]. Verfügbar unter: www.akh-celle.de/medizinwelten-experten/stationaer-ambulant/geriatrie-neurogeriatrie/diagnostik-behandlung
- 17 Kassenärztliche Bundesvereinigung. PraxisWissen Demenz [Internet]. 2015 [zitiert am 22. September 2020]. Verfügbar unter: www.kbv.de/media/sp/Praxiswissen_Demenz.pdf

»

-
- 18 Krupp S für die AG Assessment der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V., S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline, Version 15.10.2021, AWMF-Register-Nr. 084-002LG
-
- 19 Perneczky R. Die Eignung einfacher klinischer Tests für die Erkennung der leichten kognitiven Störung und der leichtgradigen Demenz. Aktuelle Neurologie. 2003. 30(3):114-117
-
- 20 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie Demenzen. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3_Demenzen-2023-11_1.pdf
-
- 21 Bundesarbeitsgemeinschaft der Patient*innenstellen (BAGP). Patientenrechte, Ärztepfllichten. 2022. 2015 [zitiert am 08. Februar 2024]. Verfügbar unter: www.bagp.de/images/bagp/web2-BAGP_PRAP_2022_A4.pdf
-
- 22 Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG). Kommunikation bei Demenz [Internet]. 12. Juli.2020 [zitiert am 26. Juli 2020]. Verfügbar unter: www.gqmg.de/downloads
-

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN

Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften (AWMF):

- › S2k-Leitlinie Einwilligung von Menschen mit Demenz in medizinische Maßnahmen und S3-Leitlinie Pflegende Angehörige von Erwachsenen, www.awmf.org/leitlinien/leitlinien-suche.html

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ (Hrsg):

- › Patienteninformation Demenz, www.patienten-information.de/medien/kurzinformationen/demenz-kip.pdf
- › Patienteninformation Demenz – Angehörige: patienten-information.de/medien/kurzinformationen/demenz-angehoerige-kip.pdf

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg):

- › Wegweiser Demenz, www.wegweiser-demenz.de/startseite.html
- › Was ist eine Demenz? (2014), www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/was-ist-eine-demenz-96074

Deutsche Alzheimergesellschaft e. V. (DAIzG) – Selbsthilfe Demenz (Hrsg):

- › Informationsblätter, www.deutsche-alzheimer.de/unser-service/informationsblaetter-downloads.html

Gemeinsamer Bundesausschuss:

- › z. B. Medikation bei Demenz, www.g-ba.de

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):

- › Gesundheitsinformationen, www.gesundheitsinformationen.de

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):

- › KBV-Broschüre PraxisWissen Demenz (2015), www.kbv.de/media/sp/Praxiswissen_Demenz.pdf
- › KBV-Themenseite Demenz, www.kbv.de/html/demenz.php

Nationales Gesundheitsportal:

- › gesund.bund.de
-

NOTIZEN

• • • •

• • • •

• • • •

• • • •

• • • •

• • • •

• • • •



IMPRESSUM

Herausgeberin und Copyright

Kassenärztliche Bundesvereinigung
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
Telefon 030 4005-1208
qqp@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion

Dezernat Versorgungsqualität, Abteilung Qualitätsmanagement, Qualitätszirkel, Patientensicherheit

Ansprechpartnerinnen

Tanja Reick, treick@kbv.de
Ulrike Schmitt, uschmitt@kbv.de

Stand

Juni 2024

Wichtige Hinweise

Die Medizin und das Gesundheitswesen unterliegen einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Inhalte immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Erarbeitung des Moduls entsprechen können. Alle Angaben wurden sorgfältig geprüft. Dennoch können die KBV und die Autoren keine Gewähr für die Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte geben. Der Nutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. Autoren und Herausgeber übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und Haftung für Schäden, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entstehen.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Genehmigung der KBV. Das gilt gleichermaßen für Präsentationen und andere Moderationsmedien, die ergänzend zu dem Modul auf der Website der KBV zum Download zur Verfügung stehen.

Das Modul ist für Vertragsärzte und -psychotherapeuten gleichermaßen entwickelt worden. Sofern im Text nur von Ärzten beziehungsweise Vertragsärzten gesprochen wird, sind immer beide Berufsgruppen gemeint. Aus Gründen der Lesbarkeit wurde meist nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.