



Nationale Demenzstrategie
Stratégie nationale en matière de démence
Strategia nazionale sulla demenza
2014-2019



mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

Teilprojekt NDS 6.1.

Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung

Uli Hemmeter¹, Jindrich Strnad¹, Hedi Decrey-Wick², Christina Affentranger^{3,10}, Esther Bättig⁴, Stephanie Becker⁵, Markus Bürge⁶, Anne Eschen⁷, Marlies Petrig⁹, Marianne Schenk¹¹, Samuel Vögeli¹², Flurina Manz¹³

¹ Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) – Projektleitung

² Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) – Projektleitung

³ CURAVIVA Schweiz, Verband Heime und soziale Institutionen Schweiz

⁴ Spitex Verband Schweiz

⁵ Alzheimer Schweiz

⁶ Swiss Memory Clinics (SMC)

⁷ Schweizer Fachgesellschaft für Gerontologie (SGG), Fachgruppe der Gerontopsycholog/innen (SFGP)

⁸ Schweizerische Gesellschaft für allgemeine innere Medizin (SGAIM)

⁹ Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)

¹⁰ INSOS, nationaler Branchenverband für Menschen mit Behinderung

¹¹ Schweizerischer Verband medizinischer Praxisfachpersonen (SVA)

¹² Ademische Fachgesellschaften des Schweizer Vereins für Pflegewissenschaften (VPS), psychiatrische Pflege und gerontologische Pflege

¹³ Gerontologin MAS, Projektmitarbeiterin

Inhaltsverzeichnis

<u>1.</u>	<u>Einleitung</u>	<u>3</u>
<u>2.</u>	<u>Bedarfsanalyse</u>	<u>3</u>
<u>3.</u>	<u>Themenfelder</u>	<u>4</u>
<u>3.1.</u>	<u>Früherkennung</u>	<u>4</u>
<u>3.2.</u>	<u>Diagnosestellung</u>	<u>6</u>
<u>3.3.</u>	<u>Therapien</u>	<u>11</u>
<u>3.4.</u>	<u>Beratung und Entlastung</u>	<u>13</u>
<u>3.5.</u>	<u>Vernetzung und Koordination</u>	<u>14</u>
<u>3.6.</u>	<u>Aus-, Fort-, und Weiterbildung</u>	<u>15</u>
<u>3.7.</u>	<u>Ethische Aspekte</u>	<u>17</u>
<u>3.8.</u>	<u>Finanzen und Qualität</u>	<u>18</u>
<u>4.</u>	<u>Fazit und Ausblick</u>	<u>20</u>
<u>5.</u>	<u>Literaturverzeichnis</u>	<u>21</u>
<u>Anhang 1</u>	<u>Red Flag Liste</u>	<u>23</u>
<u>Anhang 2</u>	<u>Abklärungen in der Hausarztpraxis</u>	<u>24</u>

1. Einleitung

In der Schweiz leben heute nach Schätzungen von Alzheimer Schweiz (2018) 148 000 Menschen mit einer Demenzerkrankung. Jährlich erkranken über 28 000 Menschen neu. Aufgrund der Alterung der Gesellschaft werden Demenzerkrankungen in den nächsten Jahrzehnten stark zunehmen. Bis ins Jahr 2045 dürfte die Zahl der Menschen mit Demenz auf 330 000 anwachsen.

Dieser Entwicklung und den daraus entstehenden Herausforderungen wollen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) mit der Nationalen Demenzstrategie 2014–2019 (NDS) begegnen. Die Nationale Demenzstrategie 2014–2019 wurde in vier Handlungsfeldern definiert, aus denen Teilprojekte mit unterschiedlichen Zielsetzungen generiert wurden.

Der vorliegenden Teilbericht NDS 6.1. (Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung) siedelt sich im Handlungsfeld 3 (Qualität und Fachkompetenz) der NDS an, in dem die Gewährleistung der Versorgungsqualität entlang des gesamten Krankheitsverlaufs im Zentrum steht. Das Ziel des Berichts ist es, Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung zu formulieren. Die Schweizerische Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) und der Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) haben für dieses Teilprojekt den Lead übernommen. Die Anliegen der Partnerverbände, aktuelle Literatur und Erkenntnisse aus den bereits fertiggestellten Teilprojekten der NDS wurden eruiert und einbezogen. Sie bilden die Grundlage für die untenstehenden Empfehlungen.

2. Bedarfsanalyse

Um die Erfahrungen, Sichtweisen und Bedürfnisse aus der Grundversorgung aktuell und praxisnah zu eruieren, wurden verschiedene Partnerorganisationen angesprochen. Zehn davon waren bereit, am Teilprojekt NDS 6.1. mitzuarbeiten. Im September 2016 wurden die Partnerorganisationen eingeladen, in einem Workshop Verbesserungen in der Grundversorgung zu diskutieren. Auf der Grundlage dieser Sitzung wurden Leitfragen erarbeitet, anhand derer die Partnerorganisationen ihre Anliegen und Lösungsmöglichkeiten zur Früherkennung, Diagnose und Behandlung in der Grundversorgung beschreiben konnten. Alle zehn Partnerorganisationen haben sich zudem schriftlich dazu geäußert. Die Resultate aus dem Workshop und die schriftlichen Rückmeldungen wurden in einem Text thematisch zusammengefasst und mit Erkenntnissen aus der Literatur und aus Studien ergänzt. Dabei wurde darauf geachtet, dass sowohl internationale Forschungsergebnisse, wie auch Erkenntnisse aus Studien und Projekten aus der Schweiz berücksichtigt werden.

Aus den Rückmeldungen der Partnerorganisationen konnten die thematischen Kategorien Früherkennung, Diagnosestellung, Therapien, Beratung und Entlastung, Aus- und Weiterbildung, ethische Aspekte sowie Finanzen und Qualität extrahiert werden. Die Empfehlung für die Grundversorgung am Ende jedes thematischen Abschnitts basieren auf den Rückmeldungen der Partnerorganisationen und auf der spezifischen Fachliteratur.

3. Themenfelder

3.1. Früherkennung

Notwendigkeit der Früherkennung und daran beteiligte Berufsgruppen

Die Früherkennung der Demenz ist allen Partnerorganisationen ein wichtiges Anliegen. Man ist sich einig, dass diese verbessert werden muss. Durch das Erkennen von Demenzen im frühen Stadium können allfällig reversible Ursachen kognitiver Störungen erkannt und behandelt werden. Auch erhalten die Betroffenen und ihre Familien dadurch wertvolle Zeit, um sich Gedanken zu wichtigen Themen wie Unterstützung im Alltag, künftigen Wünschen nach Betreuung und Wohnformen, aber auch zu finanziellen und rechtlichen Konsequenzen zu machen. Die Angehörigen erhalten durch eine Diagnose Zugang zu Beratung im Umgang mit ihrer eigenen Belastung, den Veränderungen in der Familie und zur Kommunikation mit dem erkrankten Familienmitglied. Dadurch kann ein Demenzverlauf mit erheblich weniger Belastung gemeistert werden (Ehrensperger, 2015).

Für die Früherkennung sind die Hausärztinnen und Hausärzte von grosser Bedeutung, da sie häufig als erste Fachpersonen mit den Symptomen der Demenz konfrontiert werden. Auch andere Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen wie z.B. Spitex Mitarbeitende, Pflegepersonen in Akutspitälern oder auch Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten oder Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, sowie sozialpädagogisch geschulte Mitarbeitende in Behinderteninstitutionen müssen für die Symptome der Demenz sensibilisiert werden, um die möglicherweise erkrankten Menschen einer angemessenen Diagnostik und Therapie zuführen zu können. Sie haben stärker als der Hausarzt oder die Hausärztin Einblick in den Alltag der Betroffenen und können das Nachlassen von alltagspraktischen Fähigkeiten frühzeitig erkennen. Auch psychiatrisch und psychologisch-psychotherapeutisch Tätige müssen für die Thematik sensibilisiert werden. Menschen mit beginnender Demenz nehmen teilweise Psychotherapie in Anspruch, da sie oder ihr Umfeld die Krankheitssymptome fälschlicherweise als Ausdruck von psychischer Belastung oder einer psychischen Krankheit betrachten. Heute sind sogenannte «red flags»¹ bekannt, die Hinweise auf die Entwicklung einer möglichen Demenz geben (Anhang 1; Bürge et al., 2018). Diese «red flags» sollen interdisziplinär erfasst und besprochen werden und den Hausärztinnen und Hausärzten, ihren medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten sowie allen Fachpersonen im medizinischen und sozialen Umfeld bekannt gemacht werden. So erhalten Menschen mit frühen Anzeichen von Demenz Zugang zu einer diagnostischen Klärung. Bei Menschen mit potenziell hoher kognitiver Reserve (z.B. hoher Bildungsstand) lohnt es sich auch eine Abklärung einzuleiten, wenn noch keine «red flags» sichtbar sind, sondern nur subjektiv erlebte Leistungseinschränkungen (Ehrensperger, 2015).

Viele Menschen mit einer Demenz fallen nicht innerhalb des Gesundheitssystems, sondern im öffentlichen oder privaten Kontext auf. Vor allem Alzheimer Schweiz aber auch anderen Partnerorganisationen ist es deshalb ein Anliegen, dass auch eine breite Öffentlichkeit für Anzeichen von Demenz sensibilisiert wird. Im Teilprojekt 1.1. der Nationalen Demenzstrategie wurde eine Sensibilisierungskampagne erarbeitet, die diese Ziele verfolgt.

¹ «red flags» sind klinische Warnhinweise, die auf eine mögliche Demenz hindeuten, vgl. Anhang 1

Die Rückmeldungen diverser Berufsgruppen, aber auch jene von Angehörigen oder aus der Öffentlichkeit sollen von den Hausärztinnen und Hausärzten als Hinweise ernst genommen und in den Diagnoseprozess einbezogen werden. Zum Erkennen, zum Sammeln und Ergänzen solcher Hinweise können medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten mit demenzspezifischer Weiterbildung in der Hausarztpraxis eine grosse Hilfe sein. Besonderes Augenmerk soll auf jüngere Erkrankte und ihre Angehörigen gelegt werden. Jüngere Menschen werden oft erst spät diagnostiziert und stehen in einem besonders belastenden Spannungsfeld, da sie beruflich und familiär aktiv eingebunden sind. Bei dieser Zielgruppe sind eine erhöhte Sensibilität sowie zusätzliche und exakte Informationen notwendig, da hier beginnende Demenzsymptome häufig als Burnout oder Leistungs- und Befindlichkeitsstörungen im Rahmen der Menopause verkannt werden. Daher müssen auch Gynäkologinnen und Gynäkologen, die die Patientinnen im Rahmen der Grundversorgung regelmässig sehen, besonders auf diese Thematik sensibilisiert werden.

Alle diese Bestrebungen sind wichtig, da heute lediglich etwa 50% der Demenzen diagnostiziert und benannt werden. Wobei die meisten Diagnosen erst in einem späten Stadium der Erkrankung gestellt werden (Schäufele et al., 2006; Schönemann-Gieck, 2012; Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014). Das seitens der Partnerorganisationen betonte Anliegen einer frühen Diagnosestellung entspricht den Empfehlungen der Fachwelt. Heute wird auf internationaler Ebene (Samsi & Manthorpe, 2012), in Deutschland (DGPPN & DGN, 2016) und in der Schweiz (Monsch et al., 2012) eine Strategie der Frühdiagnose bei Demenz verfolgt.

Empfehlungen Früherkennung

- Bei Verdacht auf eine Demenzerkrankung soll eine betroffene Person möglichst früh Zugang zu einer Demenzabklärung bekommen.
- Es sollen **keine** flächendeckenden standardisierten Demenzscreenings vorgenommen werden.
- Damit Demenzen frühzeitig erkannt werden, sollen die Frühwarnzeichen «red flags» allen Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen bekannt sein.
- Alle Berufsgruppen sollen im Erkennen der «red flags» geschult werden (vgl. Teilprojekt NDS 6.2. Förderung der interdisziplinären Assessments und Teilprojekt NDS 7.1. Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung).
- Um die Früherkennung zu verbessern, sollten Früherkennungstools entwickelt werden, die für alle beteiligten Berufsgruppen nutzbar sind.
- Da die Basisabklärungen primär in der Hausarztpraxis stattfinden, müssen v.a. die Hausärztinnen und Hausärzte die «red flags» kennen, sowohl bei der Begutachtung von Patientinnen und Patienten, die ihnen dafür zugewiesen werden, als auch bei Patientinnen und Patienten, die sie wegen anderer Beschwerden in der Praxis sehen. Die medizinischen Praxisfachpersonen können dabei gute Unterstützung leisten.
- Die Liste der «red flags» wird in der Hausarztpraxis ergänzt durch eine strukturierte Fremdanamnese, letztere allenfalls standardisiert z.B. mittels IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) oder «BrainCheck» (siehe Teilprojekt NDS 3.1. Bürge et al., 2018).
- Falls ein Patient oder eine Patientin mit «red flag»-Symptomen nicht zu einem Hausarztbesuch zu motivieren ist, sollte eine Abklärung anlässlich eines hausärztlichen Hausbesuches oder eines anderen aufsuchenden Demenzabklärungs- und Beratungsangebotes angestrebt werden.
- Bei Patienten oder Patientinnen mit «red flag»-Symptomen im Heim wird der Zuzug von geriatrischem oder alterspsychiatrischem Wissen empfohlen (z.B. alterspsychiatrischer oder geriatrischer Konsiliardienst oder alterspsychiatrisches Wissen in-house, siehe auch Empfehlungen Teilprojekt NDS 3.1. Bürge et al., 2018).

- Hausärztinnen und Hausärzte und andere involvierte Berufsgruppen sollen im Kontext Demenz die dabei notwendigen längeren Konsultationszeiten abrechnen können. Zudem braucht es die Möglichkeit, Leistungen in Abwesenheit des Patienten oder der Patientin in ausreichendem Umfang abzurechnen (z.B. Fremdanamnese, Koordination, vgl. hierzu auch Teilprojekt NDS 4.1 Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen).

3.2. Diagnosestellung

Inhalte und Ort der Diagnosestellung

Bei Hinweisen aus der «red flag» Liste und anderen Frühindikatoren (s.o.), müssen weitere Abklärungen erfolgen. Die Partnerorganisationen sind sich einig, dass nach dem Case Finding im Rahmen der Früherkennung die Diagnose grundsätzlich ärztlich gestellt werden muss. Die Empfehlungen des Teilprojekts NDS 3.1. der Nationalen Demenzstrategie sowie auch die deutschen «S3 Leitlinien»² zur Diagnostik und Therapie von Demenzen äussern sich dahingehend, dass eine Demenz-Diagnose im mittleren und späten Demenzstadium sowohl in der Memory Clinic, als auch in der Hausarztpraxis gestellt werden kann (DGPPN & DGN, 2016; Bürge et al., 2018). Für eine Abklärung in der Hausarztpraxis benötigt der Hausarzt oder die Hausärztin allerdings fundiertes Wissen und ausreichende Erfahrung. Zu den Diagnoseprozessen gibt es sowohl in der Schweiz, als auch in Deutschland Konsenspapiere und Behandlungsempfehlungen, die hierbei als Vorgabe dienen können (DGPPN & DGN, 2016; Monsch et al., 2012; Bürge et al., 2018). Die Stellung der spezifischen Demenzdiagnose in einem frühen Stadium übersteigt jedoch die Möglichkeiten der Diagnostik in der Hausarztpraxis. Hierzu benötigt es Kenntnisse spezialisierter Fachärztinnen und Fachärzte³ bzw. einer Memory Clinic. Auch die Zuordnung der Demenz zu einer bestimmten Ätiologie ist in einer Hausarztpraxis sehr schwierig vorzunehmen (Kochen, 2012; Bürge et al., 2018).

Sowohl die frühe Diagnose, als auch die Bestimmung der Ätiologie sind aber zugunsten von früher spezifischer Therapie sowie frühzeitiger und umfassender Beratung der Betroffenen erstrebenswert. Auf ihrer Grundlage kann eine Behandlung eingeleitet werden, die dem aktuellen medizinisch-therapeutischen Wissenstand entspricht. Hausärztinnen oder Hausärzte sollen die Möglichkeit haben, Patientinnen und Patienten nach Case Finding und (Basis-)Abklärung direkt zur weiteren Abklärung in die Memory Clinic zu überweisen. Die oben genannten Leitlinien (Bürge et al., 2018) nennen Kriterien, aufgrund derer eine Hausärztin oder ein Hausarzt die Patientin oder den Patienten zu einem Facharzt oder in die Memory Clinic überweisen sollte. Auf keinen Fall darf lediglich aufgrund eines Screeningtestes eine verbindliche Diagnose gestellt werden. Weitere Abklärungen sind für eine gesicherte Demenzdiagnose unerlässlich (Ehrensperger, 2015), weshalb eine Abklärung in einer Memory Clinic, wenn immer möglich, anzustreben ist. Die Abklärungskapazitäten in den Memory Clinics in der Schweiz sind noch nicht voll ausgebaut.

² Die «S Leitlinien» sind in Deutschland entwickelte Medizinische Leitlinien. Sie sind *evidenz- und konsensbasiert und werden von einer multidisziplinären* Expertengruppen entwickelt. Sie sind – anders als Richtlinien – nicht bindend und müssen an den Einzelfall angepasst werden. Sie enthalten in der Regel keine Wertung hinsichtlich des erreichbaren Behandlungsergebnisses. «S3 Leitlinien» haben alle Elemente einer systematischen Entwicklung durchlaufen (Logik-, Entscheidungs- und Outcome-Analyse, Bewertung der klinischen Relevanz wissenschaftlicher Studien und regelmässige Überprüfung). Die «S3-Leitlinie Demenz» wurde 2016 neu überprüft und angepasst (DGPPN&DGN, 2016).

³ Spezialisierte Fachärztinnen und Fachärzte kommen aus den Fachgebieten Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Neurologie

Aufgrund der zu erwartenden zunehmenden Zahl der Demenzerkrankungen muss vor allem in ländlichen Gebieten mit Engpässen und Wartezeiten für die Abklärung in einer Memory Clinic gerechnet werden.

Weiter schlagen die Partnerorganisationen vor, bereits bestehende Instrumente wie zum Beispiel die Bedarfsabklärung der Spitex im häuslichen Bereich oder andere fremdanamnestic Hinweise in den Abklärungsprozess zu integrieren. Von den Partnerorganisationen wird auch angeregt, Assessments vermehrt interdisziplinär zu gestalten. Das Teilprojekt NDS 6.2. (Förderung der interdisziplinären Assessment) bearbeitet diese Thematik der Nutzung von interdisziplinär erarbeiteten Instrumenten im Rahmen der interprofessionellen Zusammenarbeit und wird dazu konkrete Vorschläge erarbeiten.

Personengruppen mit bisher eingeschränktem Zugang zur Demenzabklärung

Den Partnerorganisationen ist es ein grosses Anliegen, dass Menschen mit besonderen Einschränkungen, die bisher einen erschwerten Zugang zur Demenzabklärung hatten, nicht vergessen gehen. Genannt werden Menschen in Pflegeheimen, Menschen mit eingeschränkter Mobilität, Menschen mit Migrationshintergrund und auch Menschen mit einer geistigen Behinderung, die besonders häufig an Demenz erkranken, beispielsweise Trisomie 21. Aber auch jüngere Menschen, die zum Teil deutlich vor Erreichen des AHV-Alters eine Demenz entwickeln, werden oft sehr spät abgeklärt. Bei all diesen Bevölkerungsgruppen sind «red flags» schwieriger zu erkennen oder es wird trotz wegleitenden Symptomen häufig keine Demenzdiagnostik durchgeführt und somit auch keine entsprechende Therapie, Pflege und Betreuung eingeleitet.

Die Gefahr, übersehen zu werden, gilt auch für spezielle Risikogruppen, wie zum Beispiel für ältere Patientinnen und Patienten mit gegebenenfalls bereits vorbestehender (aber nicht erkannter) Demenz nach einem Delir. Diese müssen systematisch nachuntersucht werden, um eine mögliche Demenz zu erkennen. Aber auch bei jüngeren Patientinnen und Patienten, bei denen beginnende Demenzsymptome oft durch andere unspezifische Symptome kaschiert sind, muss die Sensibilität für eine mögliche Demenzentwicklung erhöht und die Diagnostik spezifiziert werden (vgl. auch www.rhapsody-projekt.eu).

Diagnosevermittlung

Ist die Diagnose einer Demenz gestellt, muss geklärt werden, wer diese dem Patienten oder der Patientin und wenn möglich den Angehörigen mitteilt. Dies kann eine Fachperson der Memory Clinic, die Fachärztin, der Facharzt oder der Hausarzt bzw. die Hausärztin tun.

Es ist bekannt, dass die Art und Weise der Diagnosevermittlung entscheidend ist für die Kooperation und den weiteren Behandlungsverlauf (Samsi & Manthorpe, 2014; Bopp-Kistler, 2015). Wichtig ist, dass die diagnosevermittelnde Fachperson trotz der Schwere der Erkrankung Wege aufzeigen kann, wie eine Verbesserung der Lebensqualität mit einer Demenzerkrankung möglich ist und auf entsprechend existierende Angebote hinweist. Es reicht keinesfalls, nur die Diagnose zu übermitteln. Eine weitere Begleitung muss angeboten oder vermittelt werden. Daher sollten, vorausgesetzt der oder die Betroffene ist einverstanden, die Angehörigen oder andere wichtige Bezugspersonen in den Aufklärungsprozess einbezogen werden (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010; Bopp-Kistler, 2015). Darüber hinaus sollten – gegebenenfalls in einem Anschlusstermin – notwendige weitere Schritte gemeinsam besprochen werden. Der Patient oder die Patientin sollte auf weiterführende Beratungsstellen aufmerksam gemacht und, falls gewünscht, vermittelt werden.

Denn nur wenn Patienten oder Patientinnen nach der Diagnose nicht allein gelassen werden, können sie die von der Nationalen Demenzstrategie erarbeitete und geforderte Unterstützung auch tatsächlich in Anspruch nehmen.

Hindernisse bei der Diagnosestellung

In den Rückmeldungen der Partnerorganisationen werden Faktoren genannt, welche das Erkennen von «red flags» und somit auch eine frühe Diagnostik behindern. Es wurde deutlich, dass längst nicht alle Hausärztinnen und Hausärzte motiviert sind, Demenzen zu diagnostizieren und weiter abzuklären. Nationale und internationale Studien, die die Demenzbetreuung in der Hausarztpraxis untersuchen, decken Faktoren auf, die zu einer teilweise zögerlichen bis ablehnenden Haltung bei Hausärztinnen und Hausärzten im Hinblick auf eine Diagnosestellung führen. Hausärztinnen und Hausärzte kennen zwar die Hauptsymptome der Alzheimerkrankheit und verfügen über ein fundiertes Wissen im Bereich medikamentöse Therapie, es fehlen ihnen aber sensitive Abklärungs-Tools und die Zeit für die aufwändigen Gespräche, um das Vorliegen möglicher «red flags» zu entdecken und diese auch zu validieren. Ausserdem weist ihr Wissen in der Früh- und der möglichen Differenzialdiagnostik Mängel auf. Zudem befürchten die Hausärztinnen und Hausärzte, ihre Patientinnen und Patienten durch die Thematisierung der Demenzerkrankung zu stigmatisieren, zu beschämen oder auch zu verlieren. Nicht zuletzt zweifelt ein Teil der Hausärztinnen und Hausärzte daran, dass Demenzen therapeutisch beeinflussbar sind. Medikamentöse Therapien werden eher skeptisch betrachtet. Damit verliert die Diagnosestellung für die Hausärztinnen und Hausärzte an Bedeutung. Hinzu kommt, dass Hausärztinnen und Hausärzten bewusst ist, dass die Diagnose Demenz Konsequenzen für die Betroffenen hat, diese sehr unangenehm sind und die Beziehung belasten können. Genannt seien hier Themen wie die Infragestellung der Fahreignung, Annehmen von Hilfe, Abnahme der Urteilsfähigkeit (Kaduszkiewicz et al. 2008; Manz, 2016; Pentzek et al., 2005; Pentzek et al., 2009; Pentzek et al., 2009a; Schoenmakers et al., 2008; Stoppe, 2013).

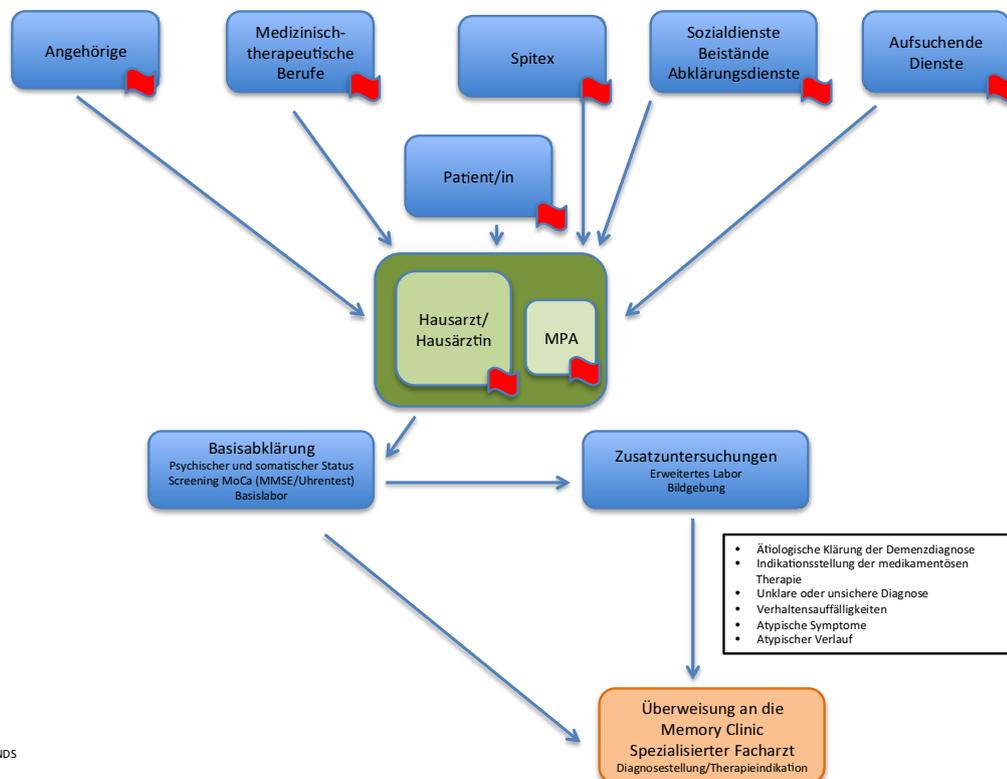
Für die Betroffenen selbst ist der Verlust der kognitiven Fähigkeiten oft sehr bedrohlich. Was bisher selbstverständlich war, fällt zunehmend weg und die autonome Lebensführung ist gefährdet. Ihre Angst oder auch die Angst der Angehörigen vor einer möglichen Erkrankung kann zur Verweigerung einer vertieften Abklärung führen. Die Praxis zeigt, dass gewisse Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen keine Abklärung in der Memory Clinic wünschen. Auch die Grundversorger und Grundversorgerinnen halten dies nicht in jedem Falle für nötig, vor allem nicht im mittleren oder späten Stadium der Demenz. Gründe sind in erster Linie die befürchtete Belastung der von Demenz betroffenen Menschen durch die umfassende neuropsychologische Abklärung, die zu weite Entfernung der Memory Clinic vom Wohnort, die teilweise langen Wartezeiten und der vermutete geringe Nutzen aufgrund vermeintlich geringer Konsequenzen für die Therapie (Manz, 2016). Zudem werden auch finanzielle Argumente gegen die vorgeschlagenen Abklärungen genannt.

Um diese Hindernisse zu überwinden und die Motivation bei allen Beteiligten zu erhöhen, ist die Aufklärung über den Nutzen einer exakten Diagnosestellung und das Wissen über mögliche spezifische Therapien sowie die erst mit vorliegender Diagnose möglichen Zugänge auch zu finanziellen Unterstützung und einer damit verbesserten Lebensqualität für die Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen essenziell. Entscheidend dabei ist, dass alle beteiligten Akteure (betreuende Personen und Hausarzt/Hausärztin) eine gemeinsame Haltung entwickeln und das Vertrauen der Patientin oder des Patienten gewinnen. Ist die Patientin oder der Patient dennoch nicht bereit, Abklärungen durchführen zu lassen, kann sie oder er bei erhaltener Urteilsfähigkeit nicht dazu gezwungen werden. Auch nicht, wenn das betreuende Umfeld vom Nutzen dieser Massnahme überzeugt ist. Hier gilt das Recht auf Nichtwissen, das jedem Menschen zukommt, wie es auch die DeutschenS3 Leitlinien für Demenz beschreiben (DGPPN & DGN, 2016). In solchen Situationen ist es unabdingbar, weiter mit den Betroffenen in Kontakt zu bleiben, ihr Vertrauen zu gewinnen, die Situation zu beobachten und Gefährdungssituationen zu erkennen.

Empfehlungen Diagnosestellung

- Nach positivem Case-Finding (Verdacht auf eine kognitive Störung aufgrund von «red flags» und Fremdanamnese) erfolgt die Basisabklärung in der Regel durch den Hausarzt oder die Hausärztin. Als neuropsychologischer Test wird hierfür der MoCa-Test (www.mocatest.org) empfohlen, der bisher in der Hausarztpraxis nur sehr selten eingesetzt wird. Als Alternative können MMSE + Uhrentest oder DemTect angewendet werden. Zudem sollten spezifische Laboruntersuchungen und eine strukturelle Bildgebung gemacht werden. Zur ätiologischen Klärung, bei unklarer oder unsicherer Diagnose, Verhaltensauffälligkeiten, psychische und behaviorale Symptome der Demenz (BPSD), atypischen Symptomen und Verlauf, sowie zur Indikationsstellung einer medikamentösen Therapie, sollte die Überweisung in eine Memory Clinic oder an einen spezialisierten Facharzt oder eine spezialisierte Fachärztin erfolgen (Teilprojekt NDS 3.1. Bürge et al., 2018). Falls keine Überweisung erfolgt, soll in jedem Fall zur Diagnostik in der Hausarztpraxis eine neuropsychologische Abklärung gemacht werden, damit kognitive Defizite eruiert und spezifiziert werden können. Die Empfehlungen für die Basisabklärung in der Hausarztpraxis finden sich im Anhang 2.
- In der Memory Clinic, beim Facharzt oder bei der Fachärztin erfolgt neben der Indikationsstellung für eine medikamentöse Therapie auch die Empfehlung für nicht-medikamentöse Behandlungen und andere Unterstützungsmöglichkeiten im Alltag.
- Die empfohlene medikamentöse Behandlung wird durch den Hausarzt oder die Hausärztin weitergeführt.
- Die Memory Clinic und die Fachärztinnen und -ärzte sind im weiteren Verlauf für den Hausarzt oder die Hausärztin Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner betreffend der Anpassung der medikamentösen Therapie.
- Bei mittelgradigen und schweren Demenzen kann die Diagnosestellung auch durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen. Dazu braucht die Hausärztin oder der Hausarzt allerdings fundiertes Wissen und Erfahrung. Zur ätiologischen Klärung der Diagnose, die jedoch – wenn die Umstände es erlauben – anzustreben ist sowie bei atypischem Verlauf oder bei Vorliegen von Verhaltensstörungen BPSD sollte auch hier ein Facharzt oder eine Fachärztin und ein Neuropsychologe bzw. eine Neuropsychologin oder eine Memory Clinic beigezogen werden.
- Bisher vernachlässigte Personengruppen (vgl. S. 7) haben Anspruch auf eine fachkompetente Diagnosestellung und therapeutische Massnahmen. Für diese Gruppen müssen spezifische Massnahmen zur Wahrnehmung der «red flags» und Tools zur Diagnosestellung entwickelt werden, die interprofessionell angewendet werden können.
- Für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund und nicht ausreichenden Sprachkenntnissen in den Landessprachen müssen Tools zur Früherkennung und Diagnostik entwickelt oder in Herkunftsländern bezogen werden. Allenfalls sind Dolmetscher oder Dolmetscherinnen beizuziehen.
- Für schwer erreichbare Patientengruppen, aber auch für Menschen mit ausgeprägter Anosognosie muss das Case finding und die Einleitung von Diagnostik, Therapie und Betreuung weitgehend aufsuchend erfolgen. Es existieren bereits erste interdisziplinär ausgestattete aufsuchende Dienste (die Gerontologische Beratungsstelle «SiL» in der Stadt Zürich, «Aufsuchende Individuelle Demenz-Abklärung und Beratung» AIDA-Care im Kanton Zürich, «Zugehende Demenberatung» im Kanton Aargau und Zürich). Diese sollen wie in anderen Regionen ebenfalls aufgebaut und finanziert werden. Die aufsuchenden Dienste haben die Möglichkeit, mit demenzerkrankten Menschen, die keiner Diagnosestellung zustimmen und Unterstützung ablehnen, niederschwellig in Kontakt zu bleiben. Sie können ausserdem Menschen mit Demenz und deren Angehörige im Rahmen einer Beratung durch den Krankheitsprozess begleiten und Care Koordinationsfunktionen übernehmen.

- In Alters- und Pflegeheimen sollen vermehrt Screening-Tests vor Ort durchgeführt werden. Damit sollen auch im stationären Rahmen Menschen mit Demenz erkannt werden, damit sie Zugang zu geeigneten Therapien erhalten.
- Die Screeningtests müssen immer in Zusammenarbeit mit einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt und ausgewertet werden. Ihr Resultat darf den Betroffenen und den Angehörigen keinesfalls als Diagnose vermittelt werden, sondern dient lediglich als Grundlage und Arbeitshypothese für weitere Abklärungen.
- Zur Sicherung der Diagnose im Behandlungsverlauf sowie zur Evaluation des Verlaufs sind regelmässige Verlaufsuntersuchungen angezeigt.
- Die Diagnosevermittlung wird durch diejenige ärztliche Fachperson vorgenommen, die die Diagnose gestellt hat. Es sollen, wenn immer möglich und der Patient oder die Patientin zustimmt, Angehörige oder andere nahestehende Bezugspersonen, gegebenenfalls auch betreuende Fachpersonen, einbezogen werden.
- Die weitere Begleitung und der Zugang zu möglichen medikamentösen und nicht-medikamentösen Behandlungen soll zeitnah, gegebenenfalls mit Hilfe von Beratungsstellen, organisiert werden.
- In der Aus-, Fort und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte sollen folgende Themen integriert werden: Kenntnisse und Durchführung von Screeningtests, Demenzformen und ihre Bedeutung für die Behandlung und den Alltag der Patientinnen und Patienten und Angehörigen, Differenzialdiagnosen, v.a. Kenntnisse zu Mild Cognitive Impairment MCI, Diagnosevermittlung (inkl. der Thematik Suizid und Suizidprävention), Verlauf der Behandlung, Umgang mit BPSD, Möglichkeiten und Grenzen von medikamentöser und nichtmedikamentöser Therapie sowie Beratung, Nutzen von umfassender Abklärung in einer Memory Clinic, Kenntnisse der entsprechenden regionalen Angebote.



TP 6.1. NDS

Abbildung 1 «Case Finding und Diagnosestellung» (angelehnt an Abbildung 1 «Algorithmus Hausarzt Demenzabklärung» Bürge et al. 2018, 438)

3.3. Therapien

Eine optimale Demenzbehandlung und -betreuung muss immer interdisziplinär und multiprofessionell sein. Eine gute Kommunikation zwischen Fachpersonen und Betreuenden aus Familien- und Bekanntenkreis ist dabei essenziell. Man ist sich einig, dass die medikamentöse Therapie der kognitiven Kernsymptome und der nicht-kognitiven Begleitsymptome, BPSD, in ärztlicher Hand liegt. Auch wenn Leitlinien bei fast allen Demenzformen medikamentöse Therapien empfehlen (DGPPN & DGN, 2016; Monsch et al., 2012; Savaskan et al., 2014), zeigen Untersuchungen, dass nur etwa ein Drittel der demenzkranken Menschen mit Antidementiva behandelt wird. Hausärztinnen und Hausärzte bezweifeln deren Wirksamkeit und befürchten Nebenwirkungen (Schoenmakers et al., 2009; Stoppe, 2013). Erste Ergebnisse einer Studie des Teilprojekts NDS 8.1. (Versorgungsmonitoring) zeigen, dass dies heute noch so ist. Folglich verschreibt nur ein geringer Teil der Hausärztinnen und Hausärzte nach einer frühen Demenzdiagnose Antidementiva. Auch Psychotherapie, die in einer frühen Demenzphase Betroffenen bei der Krankheitsverarbeitung und generell beim Verhaltensmanagement helfen kann, wird heute noch wenig vermittelt.

Die sekundären Symptome, BPSD, die für den Patienten oder die Patientin selbst und für die betreuenden Personen sehr belastend sind, können durch medikamentöse und nicht-medikamentöse Massnahmen oft wesentlich verbessert werden. Darauf weisen die Behandlungsempfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Alterspsychiatrie und -psychotherapie (SGAP) zur Therapie der BPSD hin (Savaskan et al., 2014). Dabei sind nicht-medikamentöse Therapien wie z.B. kognitive Stimulation, Musik-, Ergo-, Milieu-, Reminiszenz- oder Aromatherapie, Snoezelen oder körperliche Bewegung den medikamentösen Therapien vorzuziehen und sollten auf jeden Fall vor oder zumindest gleichzeitig mit der medikamentösen Therapie eingesetzt werden. Dadurch können Alltagsfähigkeiten erhalten, positive Erlebnisse gefördert, der Selbstwert und die Identität gestärkt und Strategien im Umgang mit der Krankheit erlernt werden, um im sozialen Umfeld eingebunden zu bleiben. Körperliche und soziale Aktivitäten sind wesentliche Faktoren, die die Progredienz der Erkrankung verlangsamen und zu einer Stabilisierung im Alltag führen, wodurch die Lebensqualität verbessert werden kann (Kitwood, 2013; Monsch et al., 2012; Müller, 2016; Savaskan et al., 2014). Angehörige, aber auch Pflegenden, können zur Bewältigung der belastenden Situation und zur Burnoutprophylaxe durch psychotherapeutische Angebote unterstützt werden.

Während die Pharmakotherapie in den Händen des Arztes oder der Ärztin bleibt, werden die nicht-medikamentösen Therapien durch andere Fachpersonen durchgeführt. Diese Therapieangebote müssen jedoch vielerorts erst aufgebaut werden. Sie sollten für alle Betroffenen zugänglich sein. Dabei sollten vulnerable Gruppen wie Menschen mit eingeschränkter Mobilität, geistiger oder psychischer Behinderung besonders beachtet werden. Auch für jüngere Menschen mit Demenz sollen Angebote geschaffen werden.

Hausärztinnen, Hausärzte und andere Fachpersonen in der Grundversorgung kennen die Möglichkeit von nichtmedikamentösen Therapien noch nicht ausreichend. Dies zeigt sich auch in ersten Ergebnissen der Studie des Teilprojekts NDS 8.1. (Versorgungsmonitoring), in der die befragten Hausärztinnen und Hausärzte zwar bei einem Teil der diagnostizierten Fälle ein Gedächtnistraining verordneten, weitere nicht-medikamentöse Therapieoptionen wurden bei den Verordnungen jedoch nicht genannt. Es ist daher notwendig, dieses Thema in der Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen, gegebenenfalls im Rahmen von interprofessionellen Weiter- und Fortbildungen, als Schwerpunkt zu behandeln.

Empfehlungen Therapien

- Therapeutische Massnahmen bei Menschen mit Demenz müssen interprofessionell aufgebaut werden. Der Hausarzt oder die Hausärztin steht im Kontakt mit den notwendigen Fachpersonen, initiiert, koordiniert und überprüft die Wirkung der therapeutischen Massnahmen.
- Die Durchführung und das Monitoring der medikamentösen Therapie liegen in der Hand des Hausarztes oder der Hausärztin. Die Behandlung der BPSD erfolgt in Absprache mit einem in der Demenzbehandlung erfahrenem Facharzt, einer erfahrenen Fachärztin oder der Memory Clinic.
- Der Lead der Gesamtbehandlung (Care Koordination) liegt beim Hausarzt oder der Hausärztin. Er oder sie kann diesen auch an eine demenzspezialisierte Beratungsstelle bzw. Fachstelle abgeben, muss dann aber weiter eng in die Behandlung eingebunden sein und über alle therapeutischen und psychosozialen Massnahmen Bescheid wissen.
- Der Hausarzt oder die Hausärztin klärt den Patienten oder die Patientin umfassend über die therapeutischen Möglichkeiten auf. Dabei sollen sowohl medikamentöse als auch nichtmedikamentöse Therapien und ihre Anwendung und Wirkung erklärt werden. Er oder sie ist verantwortlich für das gesamte Behandlungspaket.
- Der Hausarzt oder die Hausärztin braucht umfassende Kenntnisse zum aktuellen Stand der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten, sowohl für die kognitive Kernsymptomatik der Demenz wie auch für die BPSD.
- Zur Indikation und Anwendung von nichtmedikamentösen Therapien ist ein interprofessioneller Ansatz notwendig, indem der Hausarzt oder die Hausärztin Informationen von den daran beteiligten Fachpersonen erhält.
- Bei der Behandlung der nicht-kognitiven Begleitsymptome, BPSD, sollen nichtmedikamentöse Therapien vor medikamentösen Therapien angewendet werden. Sie können durch verschiedene nicht ärztliche Fachpersonen an unterschiedlichen Orten durchgeführt werden. Voraussetzung dazu ist ein differenziertes Assessment und das Erkennen der Ursache bzgl. BPSD. Diese Thematik wird derzeit im Teilprojekt NDS 6.2. (Förderung der interdisziplinäres Assessments) erarbeitet.
- Die nichtmedikamentösen Angebote müssen auch Personen mit eingeschränkter Mobilität (in Pflegeheimen und Spitälern, Patienten und Patientinnen mit geistiger und psychischer Behinderung, ambulant und stationär) zu Verfügung stehen.
- Die Behandlung und der Umgang v.a. mit BPSD in Heimen (und bei der ambulanten Spitex) stellen eine besondere Herausforderung dar und müssen daher intensiv, interprofessionell unter Beizug aller Fachpersonen behandelt werden. Die Zusammenarbeit mit einem konstant verfügbaren und ansprechbaren Gerontopsychiater oder einer Gerontopsychiaterin, von ihnen delegierten Gerontopsychologinnen oder Gerontopsychologen und pflegerischen Fachexpertinnen und -experten könnte Pflege- und Betreuungsteams entlasten und Hospitalisierungen verhindern. Hier sollen Supervision und Coaching für die Teams verfügbar sein. Erste solche gerontopsychiatrische interprofessionelle Liaisondienste bestehen bereits. Sie sollen weiter ausgebaut und bezüglich fachlicher und finanzieller Effizienz evaluiert werden.
- Bei leichteren Demenzen sind auch kognitive Stimulationstherapien sowie Psychotherapien indiziert, insbesondere bei Patienten und Patientinnen mit sekundärer Depressions- oder Angstsymptomatik.
- Die Aufklärung über die Palette der Therapiemöglichkeiten (v.a. auch die Behandlung der BPSD) soll bei Hausärztinnen und Hausärzten und allen beteiligten Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen bekannt sein und muss daher in die Aus- und Weiterbildung zentral integriert werden.
- Nichtmedikamentöse Therapien müssen gefördert und deren Finanzierung sichergestellt werden.

3.4. Beratung und Entlastung

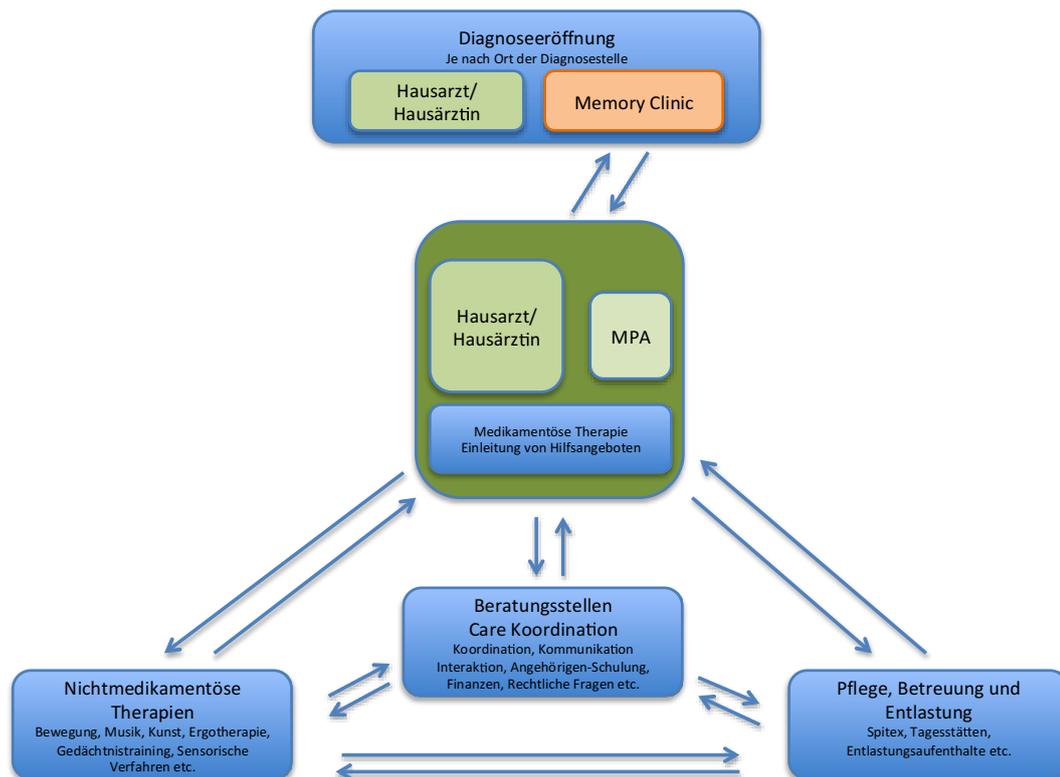
Sowohl die Betroffenen als auch die Angehörigen brauchen nach der Diagnose und während des gesamten Krankheitsverlaufs Beratung, Begleitung und Entlastung. Es ist bekannt, dass Angehörige, die eine demenzerkrankte Person pflegen, in besonderem Ausmass belastet sind und ein wesentlich erhöhtes Risiko haben, selbst zu erkranken (Schönemann-Gieck, 2012). Dabei ist Beratung und Entlastung in Form von Edukation, Psychotherapie, Gruppenangeboten, Einzel- und Familienberatungen, Stressmanagement oder Entlastungsdiensten notwendig. Betroffene brauchen zudem Unterstützung durch alltagsgestaltende Angebote und müssen in gesellschaftlicher und kultureller Teilhabe gefördert werden. Auch rechtliche Aspekte (Erstellung von Patientenverfügung, Vorsorgeauftrag und Testament) und finanzielle Fragestellungen (IV, Ergänzungsleistungen, Pflegebeiträge, Finanzierung von Dienstleistungen) müssen Inhalte von Beratungen sein (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010). Wo es möglich und notwendig ist, sollen die genannten Angebote auch aufsuchend verfügbar sein. Wichtige Beratung und Begleitung geschieht auch auf gegenseitiger Basis in geleiteten Angehörigen-Gruppen (Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010). Die Notwendigkeit der Beratung und Unterstützung von Angehörigen wird durch verschiedene Studien belegt. Ältere, aber auch aktuelle Untersuchungen zeigen jedoch, dass Hausärztinnen und Hausärzte wenig Kenntnisse über die Unterstützungsangebote für Demenzbetroffene und ihr Umfeld haben (Hesemann et al., 2013; Manz, 2016; Schönemann-Gieck, 2012; Stoppe, 2013). Dabei ist zentral, dass Hausärztinnen und Hausärzte diese Angebote kennen, darüber aufklären und die Kontakte vermitteln und weiterempfehlen können.

Verschiedene Berufsgruppen weisen Kompetenzen auf, um Unterstützungsangebote anzubieten und beratend tätig zu sein. Die Hausärztinnen und Hausärzte selbst engagieren sich ebenfalls in der Beratung von Angehörigen, kommen dabei aber zeitlich an ihre Grenzen (Riedel-Heller et al., 2000). Es zeigt sich allerdings, dass sich Angehörige oft allein gelassen fühlen und wenig bis keine Informationen zum Krankheitsverlauf und zu Unterstützungsangeboten aus der Hausarztpraxis mitnehmen können (Hesemann et al., 2013; Schönemann-Gieck, 2012; Samsi & Manthorpe, 2014). Die Hausärztinnen und Hausärzte wünschen sich ebenfalls mehr Beratungsstellen, denen sie Demenzbetroffene und Angehörige zuweisen können und auch selbst Beratung finden (Manz, 2016). Der stärkere Einbezug von gut ausgebildeten medizinische Praxisassistentinnen und Praxisassistenten, die über die Unterstützungs- und Beratungsangebote umfassend informiert sind, könnte diese Lücken schliessen.

Empfehlungen Beratung und Entlastung

- Bestehende demenzspezialisierte Beratungsstellen wie beispielsweise diejenige von Alzheimer Schweiz sollen bekannter gemacht und ihre Angebote finanziell gesichert werden.
- Ein aufsuchendes Beratungsangebot soll gefördert werden.
- Wo noch keine demenzspezialisierten Beratungsstellen existieren, sollen diese geschaffen werden. Deren Aufbau soll durch staatliche, vorwiegend kantonale, Gelder gesichert werden.
- Demenzspezialisierte Beratungsstellen und auch Memory Kliniken sollten Beratung zu allen Aspekten der Erkrankung (Umgang mit Erkrankung und Symptomen, Beziehungsgestaltung, Veränderungen im Leben, Mobilitätsfragen, rechtliche und finanzielle Fragen, Zukunftsgestaltung, Betreuung, Angehörigenentlastung etc.) anbieten. Sie sollen in Rücksprache mit dem Hausarzt oder der Hausärztin auch Care-Koordinations-Aufgaben übernehmen, die Betroffenen und die Angehörigen über den ganzen Krankheitsverlauf hinweg beraten und begleiten.
- Zusammen mit dem Wissen über nichtmedikamentöse Therapien sollen auch Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige in Aus-, Fort- und Weiterbildung bekannt gemacht werden.

- Für demenzspezialisierte Beraterinnen und Berater muss ein Kompetenzprofil erstellt werden. Geeignet sind grundsätzlich die Kernberufe im Umgang mit Demenz aus dem Gesundheits-, Sozial-, Psychologie- und Medizinalbereich, wie sie im Teilbericht NDS 7.1. (econcept, 2016) genannt werden. Da dies sehr unterschiedliche Berufsausbildungen sind, muss gewährleistet sein, dass im Curriculum der jeweiligen Ausbildung «Beratung» ein Ausbildungsinhalt ist, in dem Grundkenntnisse und Praxiserfahrung erworben werden. Ist dies innerhalb der Ausbildung nicht gewährleistet, sollte eine adäquate Weiterbildung in Beratung ergänzt werden. Für alle Fachpersonen ist spezifische Weiterbildung und Erfahrung im Demenzbereich notwendig.



TP 6.1. NDS

Abbildung 2 «Therapie und Betreuung»

3.5. Vernetzung und Koordination

Hausärztinnen und Hausärzte nehmen eine zentrale Funktion in der Demenzversorgung ein (siehe Abbildungen 1 und 2). Sie stellen in der Regel den Eingang ins Versorgungssystem dar und sind im gesamten Verlauf präsent. Da die Demenzbetreuung und -behandlung im interdisziplinären Setting stattfindet, muss die Koordination besonders beachtet werden. Man ist sich einig, dass hier Handlungsbedarf besteht. Welche Berufsgruppe oder Organisation die Koordinationsfunktion in welchem Stadium des Krankheitsverlaufs übernehmen soll, wird von den Partnerorganisationen unterschiedlich beurteilt.

Für alle ist aber klar, dass gerade in komplexen Situationen oder bei Menschen ohne familiäre Anbindung eine sofortige und klar zugeordnete Fallführung notwendig ist und der Informationsfluss unter den Betreuungspersonen gewährleistet werden muss. Die Notwendigkeit von lokalen Informations- und Vernetzungsstellen wird ebenfalls gesehen. Auch ist zu bedenken, dass Hausärzte und Hausärztinnen in kurzen Konsultationen nur teilweise die Möglichkeit haben, Demenzsymptome zu erkennen. Um ihre zentrale Rolle ausfüllen zu können, sind sie daher auf Hinweise aus dem Umfeld angewiesen.

Das Teilprojekt NDS 3.2. «Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarfs» (Bättig et al., 2017) zeigt auf, dass in der ersten Phase der Demenz meist Angehörige die Koordinationsaufgabe wahrnehmen. Hier ist es wichtig, dass den Angehörigen der Zugang zu den nötigen Informationen vermittelt wird. Ist diese Koordinationsaufgabe für die nahestehenden Bezugspersonen nicht oder nicht mehr möglich, erhalten diese Unterstützung durch Fachpersonen. Erst im letzten Schritt übernimmt eine Fachperson die Care-Koordination. Im Rahmen von Beratungsangeboten müssen Coaching- und Koordinationsaufgaben für Betroffene und Angehörige angeboten werden. Je nach Region und gewachsenen Strukturen kann dieses Angebot unterschiedlich aussehen. Die verschiedenen Berufsgruppen brauchen Kenntnisse über die jeweiligen Angebote, Kompetenzen und Grenzen und müssen sich zu gemeinsamen Fallbesprechungen treffen. Die Frage ist jedoch, wie dies koordiniert wird, wer den Lead dabei hat (Bättig et al., 2017) und wer für die Kosten aufkommt. Für Alleinstehende und für Menschen, deren Angehörige, die keine Koordinationsfunktion übernehmen können, muss bereits ab der Diagnosestellung eine zentrale fallführende Koordinationsstelle zur Verfügung stehen

Empfehlungen Vernetzung und Koordination

- Der Hausarzt oder die Hausärztin koordiniert die Behandlung und ist zu jedem Zeitpunkt der Behandlung über den aktuellen Stand der Therapien, Beratung und Unterstützung informiert. Er oder sie dokumentiert diese Informationen zentral.
- Die nichtärztlichen Fachpersonen geben Rückmeldungen über den Stand der Therapien, Beratung und Unterstützung an den Hausarzt oder die Hausärztin und werden ihrerseits informiert.
- Eine definierte fallführende Fachperson koordiniert, hält den roten Faden, sammelt Rückmeldungen der involvierten Fachpersonen und gewährleistet den Austausch. Besonders wichtig ist die fallführende Fachperson bei demenzerkrankten Menschen ohne familiäre Anbindung.
- Der Hausarzt oder die Hausärztin kann die Koordinationsaufgaben selbst übernehmen (wird empfohlen). Er oder sie kann diese aber auch an eine Care-Koordinatorin oder –Koordinatoren, eine demenzspezifischen Beratungs- oder Fachstelle übergeben. Der Hausarzt oder die Hausärztin bleibt mit dieser Stelle in Kontakt und bleibt dafür verantwortlich, dass die Patientinnen und Patienten Zugang zu adäquaten Therapie- und Beratungsmöglichkeiten erhalten.
- Insbesondere bei Meilensteinen, wie Entscheidungen über den Eintritt in eine Tagesstätte bzw. Wechsel in eine Behinderteninstitution oder in ein Pflegeheim, sollten interprofessionelle Abstimmungen im Sinne eines Runden Tisches erfolgen, bei denen der Hausarzt oder die Hausärztin einbezogen ist.
- Diese Leistungen des Hausarztes oder der Hausärztin, die Koordination durch eine entsprechende Fachpersonen, wie auch die Zeit, die für den interprofessionellen Austausch notwendig ist, muss angemessen vergütet werden (siehe Teilprojekt NDS 4.1. Abbildung und angemessene Abgeltung von Leistungen).

3.6. Aus-, Fort- und Weiterbildung

Fachgesellschaften und kantonale Ärztesgesellschaften müssen demenzspezifische Fortbildungen für Grundversorger und Grundversorgerinnen anbieten. Zudem muss das Curriculum des Facharztstitels für «Allgemeine Innere Medizin» um das Thema «Demenz» ergänzt werden, dabei müssen neben den pharmakologischen Therapien auch die nichtmedikamentösen Behandlungsmassnahmen einbezogen werden. Weiterbildungen für Hausärztinnen und Hausärzte müssen das Erkennen von «red flags», Basisabklärung und erweiterte Demenzabklärung beinhalten. Auch sollen sie mehr über BPSD wissen, deren gute Behandlungsmöglichkeiten kennen (medikamentös und nicht-medikamentös) und auf Risikopatienten sensibilisiert werden.

Nicht nur die Hausärztinnen und Hausärzte sollen mehr Wissen und Kompetenz zu Demenz erlangen. Auch Ärztinnen und Ärzte in somatischen Spitälern (Ecoplan, 2016; Schlapbach & Ruffin, 2017), sowie weitere an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sollen demenzspezifische Weiterbildungen besuchen, ihre Curricula in den Ausbildungen sollen entsprechend ergänzt werden.

In Langzeitinstitutionen inklusive Institutionen für Menschen mit Behinderung sollen angepasste interne Weiterbildungen für alle Mitarbeitenden zum Thema Kommunikation, Einschätzung von Symptomen, Umgang mit Demenzerkrankten und Angehörigen stattfinden. Ganz generell soll in der Pflegeausbildung neben der Akutpflege vermehrt und schwerpunktmässig auch die ambulante Langzeitpflege (mit demenzspezifischen Inhalten) gefördert werden. Die bestehenden Kompetenzen, wie jene der Gerontopsychologen und -psychologinnen oder Fachpersonen mit einem demenzbezogenen MAS sollen vermehrt genutzt werden. Auch Mitarbeitende in Dienstleistungsbereichen, in der Verwaltung oder bei der Polizei sollen vermehrt auf «red flags» sensibilisiert und ausgebildet werden. Im Teilprojekt NDS 7.1. (Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung) wurde eine umfassende Bestandsaufnahme zur demenzspezifischen Weiterbildungslandschaft in der Schweiz erstellt (Econcept, 2016). Es wurde festgestellt, dass im Pflege- und Betreuungsbereich eine grosse Lücke an demenzspezifischen Kompetenzen besteht. Auch in der medizinischen Grundversorgung und in Akutspitälern fehlen diese vielerorts. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten muss Wissen und Demenzkompetenz weiter aufgebaut werden. Häufig sind Grundlagen zu Demenz und Diagnostik vorhanden, das spezifische Wissen, insbesondere aber die Erfahrung und damit die Kompetenz im Erkennen von Demenzsymptomen und im Umgang mit Menschen mit Demenz fehlen jedoch bei einem grossen Teil der Hausärztinnen und Hausärzte, wenngleich es auch eine Gruppe von Hausärzten mit sehr guten Kenntnissen und Kompetenz in der Thematik gibt. Der Bericht zeigt auch auf, dass das Bildungsangebot zu Demenz in der Schweiz gross und vielfältig ist. Es wird aber zu wenig genutzt, da personelle und finanzielle Ressourcen fehlen. Hier wird vorgeschlagen, vermehrt in-house Schulungen durchzuführen und Weiterbildungen durch kantonale Gelder zu fördern. Hervorgehoben wird, dass Aus- und Weiterbildungen interprofessionell und interdisziplinär angeboten werden sollen, da die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Demenzbereich besonders gefördert werden muss. Weiterbildungen haben jedoch nur unter bestimmten Bedingungen einen hinreichenden und nachhaltigen Einfluss auf die Kompetenzen und das Verhalten von Mitarbeitenden von Langzeitinstitutionen. Neben Wissensvermittlung sind Aspekte wie Veränderungen von Kontextfaktoren (Organisationsaspekte, Führungsstil) oder die kontinuierliche Unterstützung der Mitarbeitenden im Erfahrungslernen, Trainings z.B. mittels Fallbesprechungen, Rollenspielen von grosser Bedeutung (Boersma, van Weert, Lakerveld, & Droes, 2015; Rapaport, Livingston, Murray, Mulla, & Cooper, 2017).

Die im Teilprojekt NDS 7.1 (Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung) formulierten Grundsätze decken sich in vieler Hinsicht mit der Bedarfsaufnahme durch die Partnerorganisationen. Ergänzend ergibt sich aus den Rückmeldungen der Partnerorganisationen, dass Schwerpunkte sowohl im ärztlichen Bereich (v.a. hinsichtlich Erkennen und Behandlungsmöglichkeiten von BPSD in somatischen Spitälern und im Hausarztbereich), wie auch in Institutionen (Pflegeheime, Heime für geistig und psychisch Behinderte und Menschen mit chronischen Erkrankungen) und in der ambulanten Pflege gesetzt werden sollten. Insbesondere müssen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass bereits bestehende Fort- und Weiterbildungsangebote genutzt und interprofessionell vernetzt angeboten werden.

Empfehlungen Aus-, Fort- und Weiterbildung

- Ergänzung der medizinischen Curricula mit demenzspezifischem Wissen.
- Entwicklung von Schulungen, z.B. in Qualitätszirkeln von Hausärztinnen und Hausärzten.
- Besonderes Gewicht bei neuen Schulungsinhalten soll auf folgende Themen gelegt werden: «red flags», Screeningtests, Diagnose, Differenzialdiagnose, v.a. Kenntnisse in MCI, Diagnoseprozess, Diagnosevermittlung, medikamentöse- und nichtmedikamentöse Therapie der kognitiven Störungen und BPSD, Verlauf der Behandlung (Möglichkeiten und Grenzen der Therapie), umfassende Kenntnisse zu regionalen Angeboten in Therapie, Beratung und Entlastung. Besonders wichtig ist bei den Schulungen, dass der Hausarzt oder die Hausärztin erkennt, warum eine Diagnosestellung wichtig ist.
- Zusammen mit dem Wissen über nichtmedikamentöse Therapien sollen auch Beratungsangebote für Betroffene und Angehörige in Aus-, Fort- und Weiterbildung bekannt gemacht werden.)
- Die Aufklärung über die Palette der Therapiemöglichkeiten sollen nicht nur bei Hausärztinnen und Hausärzten, sondern bei allen beteiligten Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen bekannt sein und müssen daher in die Aus- und Weiterbildung zentral integriert werden .
- Interprofessionelle Entwicklung der Schulungen für Hausärztinnen und Hausärzte, organisiert durch die kantonalen oder regionale Ärztesellschaften oder die lokalen Schwerpunktkliniken mit umfassendem Weiterbildungsauftrag (evtl. als gesamtschweizerisches Konzept, das in die Kantone gegeben werden kann).
- Veranstaltungen der Memory Clinics, um den Hausärztinnen und Hausärzten updates zu geben und Kontakt mit ihnen zu pflegen.
- Schulungen in einem interdisziplinären Setting durchführen, um nicht nur Wissen zu vermitteln, sondern auch Kontakt und Zusammenarbeit zwischen den Professionen zu fördern.
- Neben Schulungen – v.a. in-house, sollen in stationären Institutionen auch Trainings angeboten werden. Diese helfen mit geeigneten didaktischen und translationalen Methoden den Pflege- und Betreuungspersonen die erlernten Inhalte in die Praxis umzusetzen.

3.7. Ethische Aspekte

Viele Rückmeldungen der Partnerorganisationen betonen das Recht auf eine fundierte und exakte Diagnose. Dies bedeutet gleichzeitig ein Recht auf professionelle Begleitung und wirksame, evidenzbasierte Therapie nach der Diagnose – sowohl für die Betroffenen als auch für Angehörige. Verschiedene Studien zeigen, dass ein sehr grosser Teil der Bevölkerung über eine mögliche Demenzerkrankung aufgeklärt werden möchte (Bopp-Kistler, 2015; Iliffe et al., 2009; Schönemann-Gieck, 2012). Die deutschen S3-Richtlinien thematisieren aber auch das Recht auf Nichtwissen.

Eine Demenz-Diagnostik soll nur mit Einverständnis und nach Information der Betroffenen durchgeführt werden (DGPPN & DGN, 2016). Daher ist die Weigerung eines urteilsfähigen Patienten bzw. einer urteilsfähigen Patientin hinsichtlich der Durchführung einer Demenzdiagnostik, wie auch der Vermittlung der Diagnose zu respektieren. Die mit der Diagnosestellung betrauten Fachpersonen befinden sich daher in einem ethisch heiklen Gebiet, welches eine vertiefte Reflexion erfordert. Ethisches Handeln bedeutet auch, sensible und individuelle Zugangswege zu besonders vulnerablen Betroffenen wie Menschen mit Migrationshintergrund, behinderten Menschen, Betroffenen im Heim oder multimorbiden und immobilen Demenzerkrankten zu schaffen. Auch sie haben ein Recht auf eine korrekte Diagnose, Therapie und Pflege. Von den Partnerorganisationen wurde zudem betont, dass Menschen mit Demenz auch ein Recht auf eine adäquate Begleitbehandlung bei somatischen Komorbiditäten, wie z.B. Schmerztherapie haben. Konzepte der Palliativ-Care sollen in diesem Kontext konsequent umgesetzt und an die besondere Situation von Menschen mit Demenz angepasst werden.

Besondere Beachtung gebührt der Frage der Urteilsfähigkeit. Der Einbezug in medizinische Entscheidungen und die Anordnung von freiheitseinschränkenden Massnahmen müssen gut abgewogen und reflektiert werden. Nicht zuletzt hat jeder Mensch, der an Demenz erkrankt ist, das Recht, gehört zu werden und zwar in jener Ausdrucksform, die ihm entspricht und möglich ist. Alle hier von den Partnerorganisationen genannten Punkte wurden im Teilprojekt NDS 5.1. (Verankerung von ethischen Leitlinien) aufgegriffen und erörtert (SAMW, 2017).

Empfehlungen zu ethischen Aspekten

- Jeder Mensch hat im Krankheitsfall ein Recht auf eine adäquate Diagnose und Behandlung. Dies gilt auch für Menschen, die schwer erreichbar sind oder bei denen es schwierig ist, eine Diagnose zu stellen, z.B. bei Menschen mit einer geistigen Behinderung.
- Jeder Mensch hat das Recht, genauere Abklärungen zu verweigern.
- Individuelle und personenzentrierte Zugänge zu Betroffenen sollen gesucht werden.
- Alle Menschen mit Demenz haben das Recht auf adäquate Begleitbehandlungen.
- Menschen mit Demenz sollen gemäss ihren Möglichkeiten in die Behandlung miteinbezogen und in ihren Ausdrucksformen angehört zu werden.
- Die Empfehlungen des Teilprojekts NDS 5.1. (Verankerung ethischer Leitlinien) sind zu beachten.

3.8. Finanzen und Qualität

Ob die oben genannten Anregungen verwirklicht werden können, hängt stark von den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln ab. Mit ihnen entscheidet sich, was, in welcher Qualität und wie schnell, d.h. welche Abklärung, Dienstleistung, Unterstützungsmassnahme, Koordinationsaufgabe oder Wissensvermittlung umgesetzt werden kann. Diese Handlungen und Dienstleistungen müssen in den Tarifsystemen wie TARMED (die ärztliche Versorgung und deren Delegationsmöglichkeiten) abgebildet oder alternativ (i.S. von gemeinwirtschaftlichen Leistungen oder anderen noch zu eruiierenden Möglichkeiten) finanziert werden.

Auch sollen Hausärztinnen und Hausärzte gewisse Tätigkeiten an andere Berufsgruppen wie Pflegefachpersonen, Neuro- und Gerontopsychologinnen und -psychologen, Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Gerontologinnen und Gerontologen oder Sozialarbeitende kostendenkend delegieren können.

Die heute gängigen Dokumentationsinstrumente (wie RAI, BESA und PLAISIR) liefern keine ausreichenden Informationen über den tatsächlich bei Menschen mit Demenz anfallenden Betreuungsaufwand und müssen daher an die besonderen Umstände der Pflege von Menschen mit Demenz angepasst werden. Nur so können die erbrachten Leistungen auch adäquat abgegolten werden. Menschen mit Demenz benötigen vor allem Betreuungsleistungen, die durch das KVG nicht vergütet werden.

Auch die Beratungs- und Therapieangebote für Angehörige können heute nicht über die Grundversicherung abgerechnet werden. Gleiches gilt für die Finanzierung von pflegenden Angehörigen, die durch die intensive Betreuungsarbeit Stellenprozentreduzierungen müssen und dadurch mit weniger Einkommen und Altersversorgung auskommen müssen. Alzheimer Schweiz hat bereits 2007 eine Studie publiziert, die aufzeigt, dass die durch die pflegenden Angehörigen erbrachten Leistungen indirekte Kosten in der Höhe von etwa 2.8 Mrd. Franken betragen. Allein bis ins Jahr 2009 wurde eine Kostensteigerung um 9% auf 3 Mrd. Franken berechnet (Ecoplan, 2010).

Weitere Themen, die geklärt werden müssen, sind die Anpassung des Erfassungsinstrumentes der Hilflosenentschädigung auf die Situation der Demenzerkrankten (im Moment ist dieses lediglich auf Menschen mit körperlichen Krankheiten ausgerichtet), die Armutssituationen von Partnerinnen und Partnern durch Heimeintritte (die gesunden Partnerinnen oder Partner kommen zum Teil bis ans fürsorgliche Existenzminimum), die finanziellen Konsequenzen der Erkrankung bei jüngeren Betroffenen und die Bezahlung der interdisziplinären Koordinationsarbeit (z.B. Runde Tische).

Um die Qualität der Behandlung, Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz wirksam und nachhaltig zu entwickeln, ist die Nutzung der wissenschaftlichen Evidenzlage zu medikamentösen und nichtmedikamentösen Interventionen unabdingbar. Evidenzbasierte Praxisentwicklung ist ein anspruchsvoller und komplexer Prozess (Harvey & Kitson, 2016). Deshalb muss die Tätigkeit von Fachpersonen, welche über Kompetenz in der Implementation von evidenzbasierter Praxis verfügen (z.B. Advanced Practice Nurses APN), gefördert und vergütet werden (Harvey & Lynch, 2017). Dies erfordert nicht zuletzt eine entsprechende Anpassung der Finanzierungsmodelle (z.B. bei TARMED-Leistungen von nichtärztlichem Personal).

Um eine adäquate Vergütung für die erbrachten Leistungen zu erhalten, ist Qualitätssicherung und Evaluation notwendig. Zur Sicherstellung der Qualität in den demenzspezifischen Angeboten fehlen zum Teil noch breit abgestützte Instrumente. Diese könnten im Teilprojekt NDS 9.1. (Vernetzung von Forschung und Praxis) entwickelt werden.

Die Themen, die sich aus den Anforderungen an eine demenzgerechte Versorgung aus den Rückmeldungen der Partnerorganisationen und aus der verfügbaren Literatur ergeben, werden im Teilprojekt NDS 4.1. (Abbildung und angemessene Abgeltung der Leistungen) aufgenommen. Das Teilprojekt NDS 6.2. (Förderung des interdisziplinären Assessment) sollte zudem Informationen zur Weiterentwicklung der genannten Dokumentationsinstrumente liefern, um eine angemessene Abgeltung der Leistungen in der Versorgung von Patienten und Patientinnen mit Demenz zu ermöglichen, wobei die bereits bestehende Evidenz bezüglich der Wirksamkeit medikamentöser und nicht-medikamentöser Methoden insbesondere auch bezüglich der Behandlung der BPSD einbezogen werden muss.

Empfehlungen zu Finanzen und Qualität

- Die bei der Demenzbehandlung notwendige Beratungs- und Koordinationsarbeit soll durch ein staatlich angepasstes und adäquates Finanzierungssystem abgegolten werden.
- Diese Leistungen des Hausarztes oder der Hausärztin, die Koordination durch eine entsprechende Fachpersonen, wie auch die Zeit, die für den interprofessionellen Austausch notwendig ist, muss angemessen vergütet werden (siehe Teilprojekt NDS 4.1.).
- Nichtmedikamentöse Therapien müssen gefördert und deren Finanzierung im ambulanten und stationären Rahmen (Kliniken und Pflegeheime) sichergestellt werden.
- Bisherige Erfassungsinstrumente mit Auswirkungen auf finanzielle Abgeltung, v.a. im Bereich der Betreuung, sollen demenzspezifische Leistungen in ihrer Auswirkung auf die finanzielle Abgeltung besser erfassen und müssen daher angepasst werden.
- Pflegende und betreuende Angehörige sollen finanziell entlastet werden.
- Es sollen Qualitäts- und Evaluationssysteme entwickelt werden, die die Qualität von demenzspezifischen Angeboten unterstützen und sicherstellen.
- Die Empfehlungen des Teilprojekts NDS 4.1. (Abbildung und angemessene Abgeltung von Leistungen) sind zu beachten.

4. Fazit und Ausblick

Die vorliegenden Empfehlungen wurden auf der Grundlage der Anliegen der an der Demenzversorgung beteiligten Partnerorganisationen sowie der aktuell verfügbaren Literatur zu den identifizierten Themen erstellt. Zudem wurden bereits vorliegende Resultate anderer Teilprojekte der Nationalen Demenzstrategie (NDS) einbezogen.

Die Empfehlungen präzisieren bei Themen wie Früherkennung, Diagnostik und Therapie die Vorgehensweise für die Praxis. Sie tragen damit zu einer Verbesserung der Qualität und Effizienz der Behandlung bei und sollen ein früheres Erkennen von Demenzen auch bei Patienten und Patientinnen, die diesbezüglich vergessen wurden, ermöglichen. Bei anderen Themen weisen die Empfehlungen auf noch bestehende Lücken, Defizite und Unklarheiten hin (z.B. Finanzen, interprofessionelles Assessment) und liefern somit Themen, die in anderen, noch laufenden Teilprojekten der NDS, wie auch in weiteren, zukünftigen Projekten zur Demenzversorgung aufgegriffen und bearbeitet werden müssen.

5. Literaturverzeichnis

- Alzheimer Schweiz (2018). Prävalenz 2017 in der Schweiz. Bern. [LINK](#) 03.05.2018
- Bättig, E. et al. (2017). Nationale Demenzstrategie. Förderung der Koordination von Leistungen zur Deckung des individuellen Versorgungsbedarf 2014 – 2017. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit BAG. [LINK](#) 03.05.2018
- Boersma, P., van Weert, J. C., Lakerveld, J. & Droes, R. M. (2015). The art of successful implementation of psychosocial interventions in residential dementia care: a systematic review of the literature based on the RE-AIM framework - CORRIGENDUM. *Int Psychogeriatr*, 27(1), 37.
- Bopp-Kistler, I. (2015). Diagnoseeröffnung und Begleitung. In: R.W. Kressig. Demenz. Therapeutische Umschau, Band 72, Heft 4, 225–231.
- Bürge M. et al. (2018). Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen, *Praxis* 107, 435–451.
- DGPPN & DGN. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2016). S3-Leitlinie «Demenzen». Langversion (1. Revision August 2015). [LINK](#) 03.05.2018
- Econcept (2016). Ausbau der demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildungen. Eine explorative Standortbestimmung zum Bedarf und zu mifischen Aus-, Weiter- und Fortbildungen. Eine somatik und Nervenheilkunde & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (–2017. [LINK](#) 03.05.2018
- Ecoplan (2017). Demenz im Akutspital. Ergebnisse einer Online-Umfrage bei Schweizer Akutspitalern und einer schriftlichen Umfrage bei Angehörigen von Menschen mit Demenz. Bern: Alzheimer Schweiz. [LINK](#) 03.05.2018
- Ecoplan (2010). Kosten der Demenz in der Schweiz. Schlussbericht. Bern. [INK](#) 03.05.2018
- Ehrensperger, M. (2015). Früherkennung bei kognitiven Störungen. Fragen und Tests. *Hausarztpraxis* Vol 10, Nr. 1, 30–35.
- Harvey, G. & Lynch, E. (2017). Enabling Continuous Quality Improvement in Practice: The Role and Contribution of Facilitation. *Front Public Health*, 5, 27.
- Harvey, G. & Kitson, A. (2016). PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci*, 11, 33.
- Hesemann, H., Petermann, F. & Reif, K. (2013). Diagnosemitteilung und Aufklärungsgespräch bei Demenz. Retrospektive Wahrnehmung aus der Sicht von Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 658–662.
- Iliffe, S. et al. (2009). Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International journal of geriatric psychiatry*, 24, 895–901.
- Kaduszkiewicz, H., Bachmann, C. & van den Bussche (2008). Telling «the truth» in dementia – Do attitude and approach of general practitioners and specialists differ? *Patient Education and Counseling*, 70, 220–226.
- Kitwood, T. (2013). Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. (6. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Kochen, M. (2012). Allgemeinmedizin und Familienmedizin (4. überarb. Aufl.) Stuttgart: Thieme.
- Manz, F. (2016). Demenz. Eine Herausforderung für Hausärzte. Masterarbeit. Bern: Berner Fachhochschule, Institut Alter.
- Monsch, A.U. et al., (2012). Konsensus 2012 zur Diagnostik und Therapie von Demenzerkrankungen in der Schweiz. *Praxis*, 101 (19), 1239–1249.
- Müller, T. (2016). S3-Leitlinie überarbeitet. Mehr kognitive Stimuli für Demenzkranke gefordert. *DNP - Der Neurologe und Psychiater*, 17 (3), 19–21.

- Rapaport, P., Livingston, G., Murray, J., Mulla, A., & Cooper, C. (2017). Systematic review of the effective components of psychosocial interventions delivered by care home staff to people with dementia.
- Pentzek, A., Fuchs, A. & Abholz, H.H. (2005). Die Einstellungen der Hausärzte zu Demenzen. *Nervenheilkunde*, 6, 499–506.
- Pentzek, A. et al. (2009). Apart from Nihilism and Stigma: What Influences General Practitioners Accuracy in Identifying Incident Dementia? *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol 7, Issue 11, 965–975.
- Pentzek, A. et al. (2009a). Dementia knowledge among general practitioners: first results and psychometric properties among a new instrument. *International Psychogeriatrics* Vol 21, Issue 6, 1105–1115.
- Riedel-Heller S.G. et al. (2000). Demenzkranke in der Hausarztpraxis. Ergebnisse einer Befragung. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, H. 4, S. 300–306.
- Samsi, K. & Manthorpe, J. (2014). Care pathways for dementia: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 2055–2063.
- SAMW. Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften (2017). Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz. Medizinisch-ethische Richtlinien. [LINK](#) 03.05.2018
- Savaskan, E. et al. (2014). Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis*, 103, 135–148.
- Savaskan, E. (2015). Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz (BPSD): Was tun?. In: R.W. Kressig. *Demenz. Therapeutische Umschau*, Band 72, Heft 4, 255–260.
- Schönemann-Gieck, P. (2012). Vermittlung und Inanspruchnahme häuslicher Hilfe- und Unterstützungsangebote bei Menschen mit Demenz. Dissertation. Heidelberg: Ruprecht-Karls-Universität.
- Schäufele, U., Köhler, L., Teufel, S. & Weyerer, S. (2006). Betreuung von dementiell erkrankten Menschen in Privathaushalten: Potentiale und Grenzen. In: U. Schneekloth & H.W. Wahl (Hrsg). *Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten: Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schlapbach, M. & Ruffin, R. (2017). Koordinierte Versorgung für psychisch erkrankte Personen an der Schnittstelle «Akut somatik – Psychiatrie resp. Psychiatrische Klinik». Situationsanalyse und Handlungsbedarf. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG. [LINK](#) 03.05.2018
- Schoenmakers, B., Buntinx, F. & Delepeleire, J. (2009). What is the role of the general practitioner towards the family caregiver of a community-dwelling demented relative? *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 27, 31–40.
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2014). Angehörige von Menschen mit Demenz geben Auskunft. Infoblatt [LINK](#) 03.05.2018
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2011). Mit nichtmedikamentösen Therapien Lebensqualität fördern. Infoblatt. [LINK](#) 03.05.2018
- Schweizerische Alzheimervereinigung (2010). Finanzielle Ansprüche bei Demenzkrankheiten. Infoblatt. [LINK](#) 03.05.2018
- Stoppe G. (2013). Leitliniengerechtes Verhalten in der Demenzversorgung: Eine Untersuchung von niedergelassenen Ärzten in der Schweiz. Abschlussbericht.
- Van Hout, H.P., Vernooij-Dassen, M.J., Jansen, D.A. & Stalman, W.A. (2006). Do general practitioners disclose correct information to their patients suspected of dementia and their caregivers? A prospective observational study. *Aging Ment Health*, 10, 151–155.

Anhang 1

Red Flag Liste

Vergesslichkeit, die den Alltag behindert	Termine vergessen, Dinge nicht mehr finden, Misstrauen
Schwierigkeiten mit alltäglichen, vertrauten Abläufen	z.B. Waschmaschine bedienen, Ticket lösen, Fernbedienung TV, Einzahlungen
Schwierigkeiten in Planung und Problemlösung	z.B. Kochen, Ausflug planen, Umgang mit unerwarteten Ereignisse
Schwierigkeiten mit der Sprache	Wortfindungsstörungen, Sätze nicht beenden, Gespräche vermeiden
Schwierigkeiten bei der Orientierung	v.a. an unbekanntem Orten, Wochentage, Uhrzeit
Motorische Schwierigkeiten	Stürze, erschwerte Koordination
Schwierigkeiten bei der Administration	Einschränkung der administrativen Fähigkeiten, Mahnungen
Veränderung der Persönlichkeit	misstrauisch, ängstlich, reizbar, aggressiv, Stimmungsschwankungen, Missverständnisse, Halluzinationen, unbekannte Verhaltensweisen z.B. übertrieben, peinlich, unangemessen, unempathisch
Antriebslosigkeit und sozialer Rückzug	Aufgeben von Hobbies und Kontakten, depressive Stimmung
Hinweise	von Angehörigen, anderen Berufsgruppen und Dienstleistern

Diese Kennzeichen sind als (nicht vollständige Beispielliste für) «red flags» zu beachten, wenn sie bei Patientinnen und Patienten neu auftreten (modifiziert nach Bürge et al. 2018).

Anhang 2

Abklärungen in der Hausarztpraxis

Basisabklärung durch den Hausarzt oder die Hausärztin

Evaluation Red Flag Liste	Vgl. Anhang 1
Screening Test	MoCa-Test (Alternativen: MMSE/Uhrentest, DemTec)
Kleiner Status	Somatisch, neurologisch und psychisch
Strukturierte Fremdanamnese	Allenfalls standardisiert BrainCheck und IQCODE
Laborwerte standard	<ul style="list-style-type: none"> • Blutbild, C-reaktives Protein • Glukose, HbA1c • Natrium, Kalium, Kalzium • Kreatinin • GOT (Glutamat-Oxalacetat-Transaminase), GPT (Glutamat-Pyruvat-Transaminase), γ-GT (Gamma-Glutamyl-Transferase) • TSH (Thyreidea-stimulierendes Hormon) • Vitamin B12, Folsäure, Vitamin D • Cholesterin, HDL-Cholesterin, Triglyceride (Lipidstatus bei unter 80-Jährigen) • Lues und Borrelien (bei Verdacht)
Elektrokardiogramm	

Zusatzuntersuchungen durch den Hausarzt oder die Hausärztin

Erweiterter Status	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturierte Erhebung der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD) • Psychopathologie • Neurologische Untersuchung (für genauere Informationen siehe Bürge et al., 2018)
Erweiterte Labordiagnostik	Bei spezialisierter Fragestellung siehe Bürge et al., 2018
Strukturelle Bildgebung	MRI (empfohlen, wenn keine Kontraindikation; alternativ CT)

Nach Bürge et al., 2018