



Stakeholderkonferenz Nationale Strategien NCD und Sucht «Gesund altern – ein Widerspruch?»

Workshop 8: Vorbeugung und Früherkennung von Demenz



Ablauf

Einführung

Facia Marta Gamez, BAG

Kann man einer Demenz vorbeugen?

*Prof Dr. Med. Stefan Klöppel, Alterspsychiatrie, Interdisziplinäre
Memory Clinic Bern*

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

*Prof. Dr. med. Ulrich Hemmeter, Chefarzt Alters- und
Neuropsychiatrie, Psychiatrie St. Gallen Nord und Vorstand SGAP*



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG

Direktionsbereich Gesundheitspolitik



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



Nationale Demenzstrategie

2014 – 2019



Ziel der Nationalen Demenzstrategie (NDS) 2014-2019

Menschen mit Demenz haben während des gesamten Krankheitsverlaufs – von der Früherkennung bis zur Palliative Care – Zugang zu qualitativ hochstehenden, finanziell tragbaren und vernetzten und nachhaltigen Angeboten.





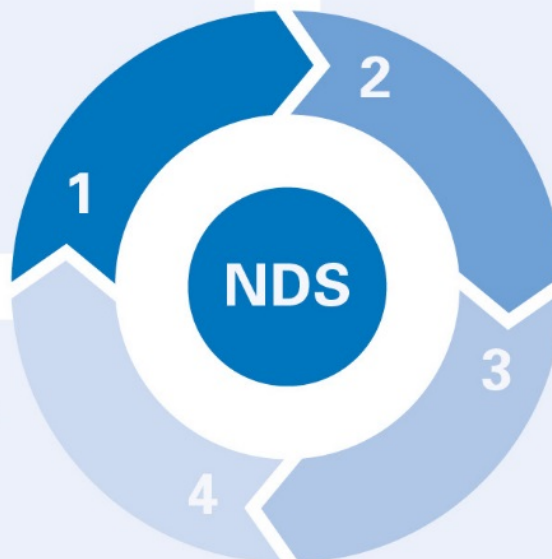
Nationale Demenzstrategie 2014–2019: 4 Handlungsfelder – 9 Ziele

Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation Gesamtbevölkerung

- Erhöhung der Sensibilität und Abbau von Vorurteilen
- Stärkung Partizipation und umfassende Information für Betroffene

Daten und Wissensvermittlung

- Bereitstellung von Informationen zur aktuellen und zukünftigen Versorgungssituation
- Förderung des Austauschs zwischen Forschung und Praxis



Bedarfsgerechte Angebote

- Bereitstellung flexibler, qualitativ hochstehender und bedarfsgerechter Angebote
- Sicherstellung der Finanzierung von bedarfsgerechten Leistungen

Qualität und Fachkompetenz

- Qualitätssicherung entlang des gesamten Krankheitsverlaufs
- Berücksichtigung ethischer Aspekte
- Förderung und Stärkung von Handlungskompetenzen



Umsetzung: Wer übernimmt Verantwortung?

Bund (EDI/BAG) und Kantone (GDK)

- Prozess- und Koordinationsverantwortung
- Spezifische Projektbeiträge
- Kommunikation
- Evaluation und Berichterstattung

Stakeholder in Projektleitung

- Vertreterinnen und Vertreter Leistungsanbieter, Fachorganisationen, Betroffenenorganisationen
- Finanzielle und personelle Eigenverantwortung für Projektumsetzung



Projektübersicht NDS 2014-2019

1 Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation	2 Bedarfsgerechte Angebote	3 Qualität und Fachkompetenz	4 Daten und Wissensvermittlung
<p>1.1 Sensibilisierung Bevölkerung</p> <ul style="list-style-type: none"> Sensibilisierungskampagne Webseite www.memo-info.ch Mobilisierungskampagne «#vollpersönlich – Stricken gegen das Vergessen» MEMO-BOX 	<p>3.1 Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> Label „SwissMemoryClinics – empfohlene Veranstaltung“ Qualitätsstandards Verankerung Qualitätsstandards & Etablierung Label 	<p>5.1 Ethik</p> <ul style="list-style-type: none"> Medizin-ethische Richtlinien Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz 	<p>8.1 Monitoring</p> <ul style="list-style-type: none"> Machbarkeitsanalyse Faktenblätter (Prävalenz, Sterbefälle, Spitalpatient/innen, Kosten, Demenzversorgung in den Kantonen, Wissen/Einstellung Bevölkerung, Personen mit Demenzverdacht in der Spitex und in Alters- und Pflegeheime) Hausärztinnen und Hausärztebefragung «Demenzbarometer II» Befragung der Swiss Memory Kliniken
<p>1.2 Sensibilisierung Branchen</p> <ul style="list-style-type: none"> Evaluation bestehende Broschüren und Identifikation weiterer Berufsgruppen Überarbeitung Broschüre für Coiffeure und Optiker Sensibilisierungsmaterialien für Mitarbeitende verschiedener Branchen 	<p>3.2 Koordination</p> <ul style="list-style-type: none"> Bericht «Empfehlungen für die Praxis der ambulanten Grundversorgung» Dokumentation Modelle guter Praxis <p>3.3 Entlastung</p> <ul style="list-style-type: none"> Synthesebericht «betreuende Angehörige von Menschen mit Demenz» 	<p>6.1 Grundversorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> Bericht «Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung» Verbreitung der Resultate und Erkenntnisse 	<p>8.2 Begleitforschung</p>
<p>2.1 Information und Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorstudie zu Modellen «guter Praxis» Definition Schnittstellen Informations- und Beratungsangebot 	<p>3.4 Spital</p> <ul style="list-style-type: none"> Bericht «Demenzgerechte Versorgung in Spitälern und Kliniken» Erste Weiterentwicklung SwissDRG 8.0 Entwicklungsschwerpunkt Demenz bei SwissDRG Version 9.0/2020 	<p>6.2 Assessments</p> <ul style="list-style-type: none"> Empfehlungen zur Nutzung interdisziplinären Instrumenten Verbreitung der Resultate und Erkenntnisse 	<p>9.1 Vernetzung Forschungs-Praxis</p> <ul style="list-style-type: none"> Fachtagung NDS Umfrage zum Bedarf der Praxis an relevantem Wissen Veranstaltungen «Demenz im Gespräch» (Living Library) Aufbau Wissensplattform des Netzwerk Demenz beider Basel
<p>Legende</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Laufende Projekte ■ Begleitende Forschungsprojekte (Förderprogramme der Fachkräfteinitiative plus) ■ Erreichte Resultate ■ Erwartete Resultate bis Ende 2019 	<p>3.5 stationäre Langzeitpflege</p> <ul style="list-style-type: none"> Demenzbox Empfehlungen für Alters- und Pflegeheime» 	<p>6.3 Krisensituationen</p> <ul style="list-style-type: none"> Integration in andere Projekte 	
	<p>4.1 Finanzierung</p> <ul style="list-style-type: none"> Grobanalyse der Finanzierungssysteme in der Langzeitpflege Antrag Anpassung der Krankenpflege-Leistungsverordnung KLV (Art. 7) 	<p>7.1 Aus-/Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorstudie: Analyse inwiefern die demenzspezifischen Aus-, Weiter- und Fortbildung ausgebaut bzw. angepasst werden sollen und welche Lösungsmöglichkeiten sich bieten <p>7.2 Angehörige/ Freiwillige</p>	



Prävention und Früherkennung in der NDS 2014-2019

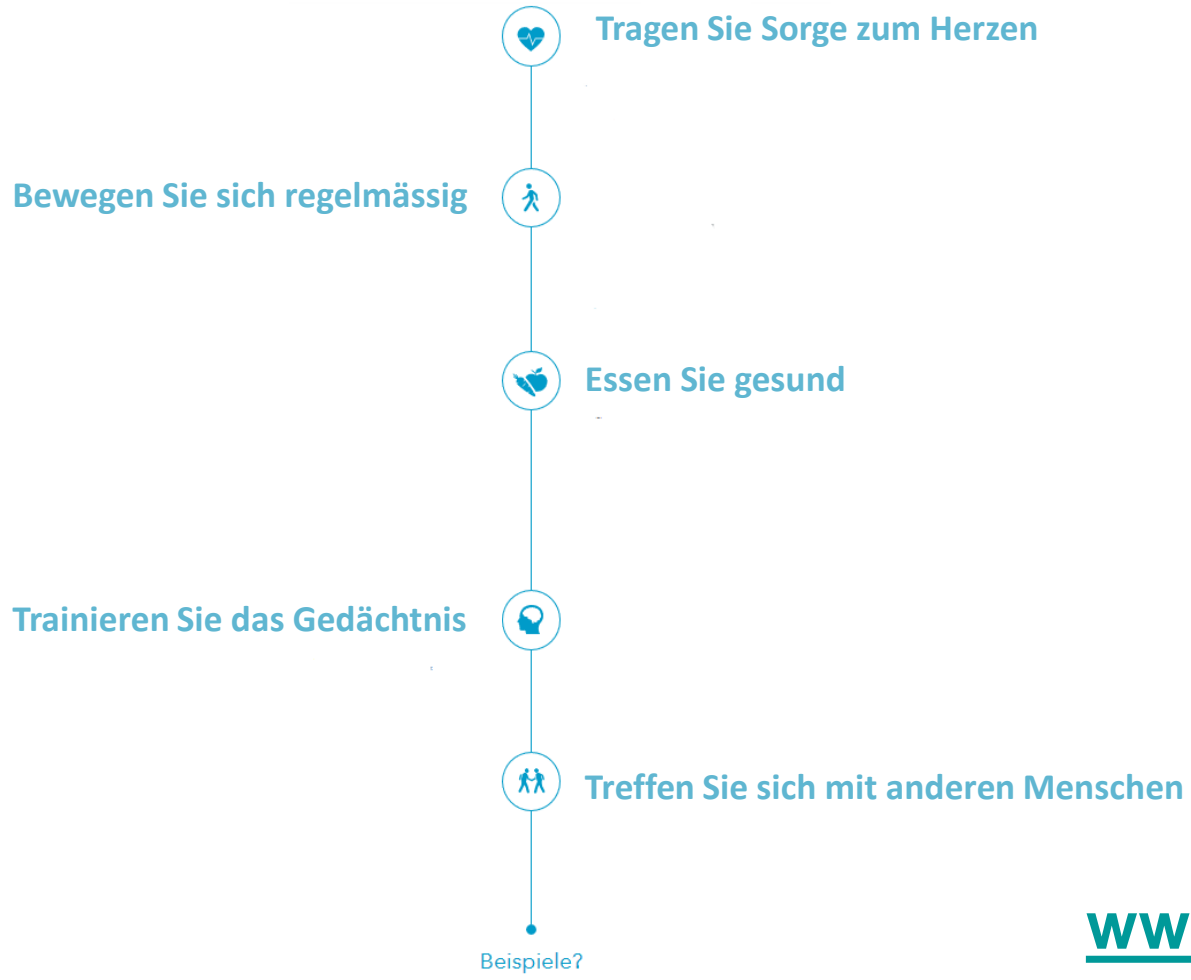
Entwicklung

- 2012 Strategieentwicklung: fehlende Evidenz
- 2016 Standortbestimmung: Evidenz vorhanden, Abdeckung durch NCD

NDS-Projekte & Prävention/Früherkennung

- Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung
- Befragung von Hausärztinnen und –ärzten durch das Universitäre Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel
- Handlungsfeld 1: Partizipation, Information, Gesundheitskompetenz

#vollpersönlich



www.memo-info.ch



Demenzbarometer 2018

Wissen, Einstellungen und Erfahrungen der Schweizer Bevölkerung

Meinungen über wirksame Präventionsmassnahmen

Kann man in jüngeren Jahren, bevor die ersten Symptome auftreten, etwas tun, um einer Alzheimer-Krankheit oder einer anderen Demenzform vorzubeugen?

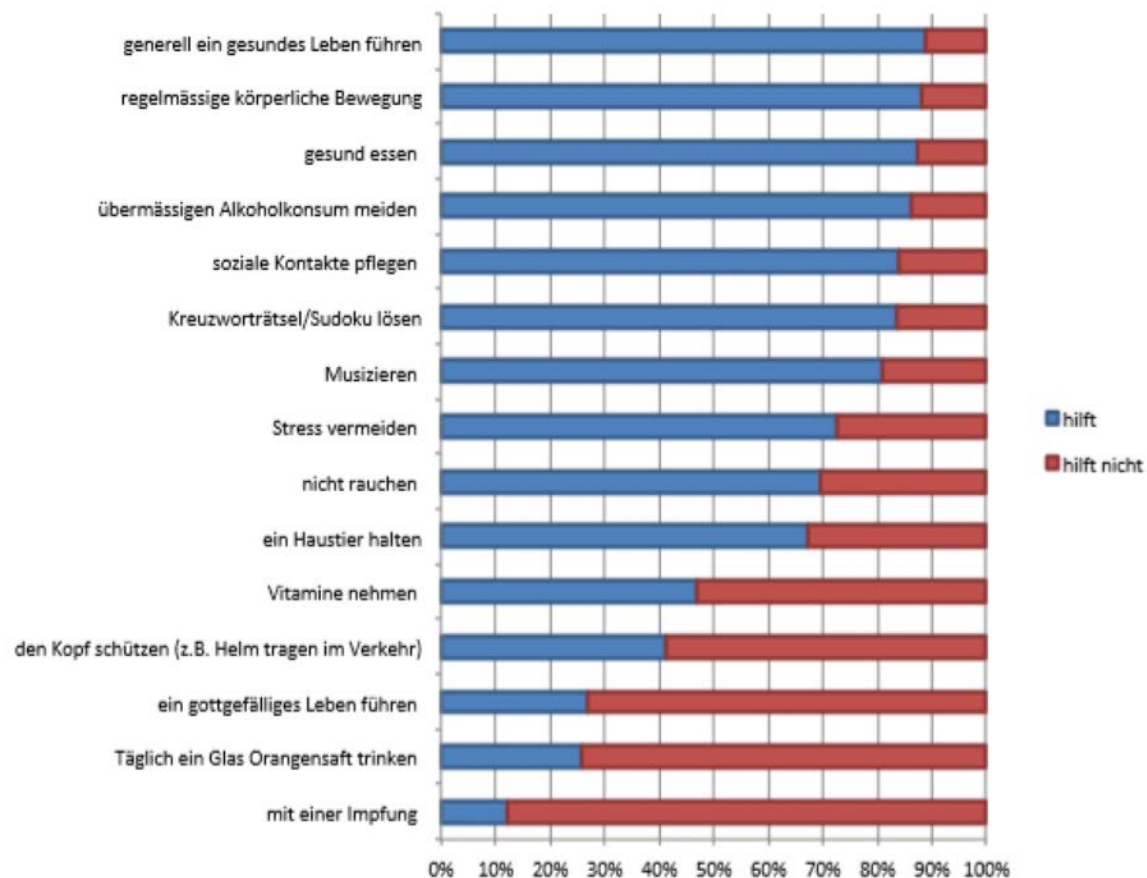
- 66% Ja
- 34% Nein



Demenzbarometer 2018

Wissen, Einstellungen und Erfahrungen der Schweizer Bevölkerung

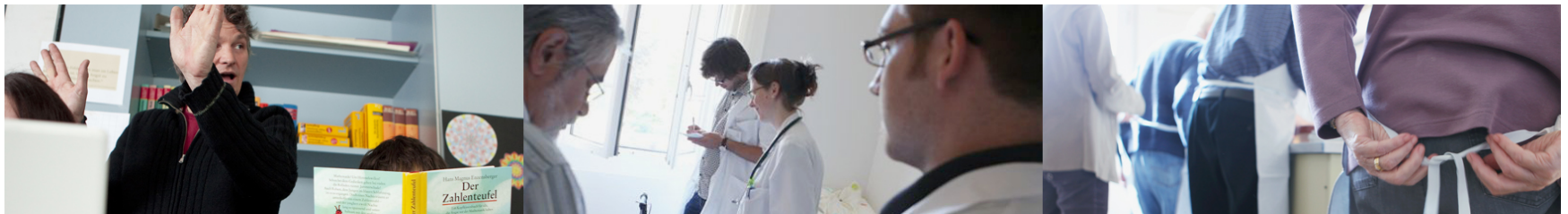
Welche Präventionsmassnahmen können helfen, Alzheimer/Demenz vorzubeugen?



Kann man einer Demenz vorbeugen

Stefan Klöppel

Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie



Aufbau des Vortrags

u^b

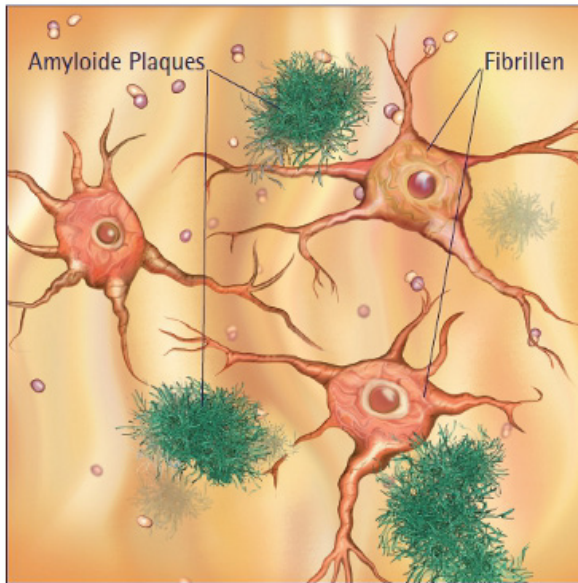
b
UNIVERSITÄT
BERN



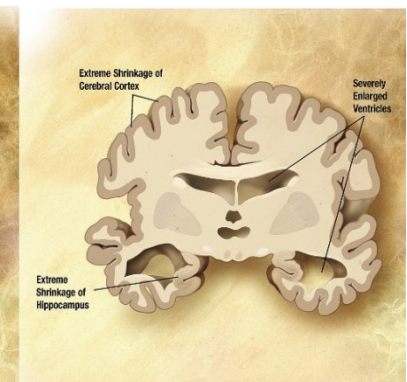
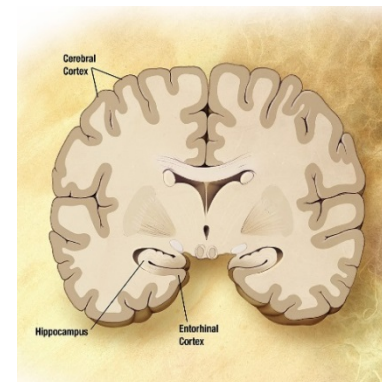
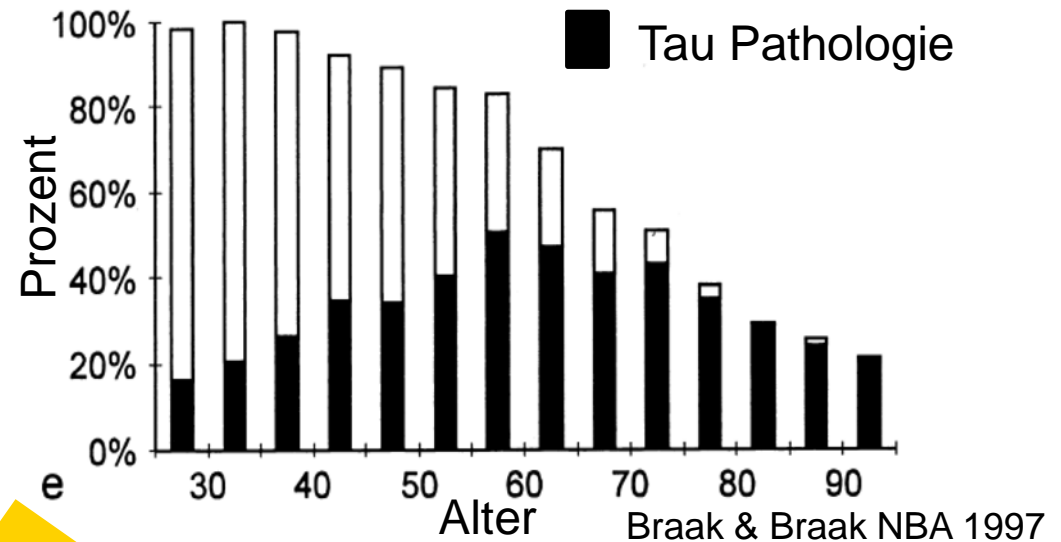
UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Vorbemerkungen
 - Nachweis der Vorbeugung
 - Entstehung von Demenz
- Risikofaktoren einer Demenzen
- Häufigkeit und Beeinflussbarkeit der Risikofaktoren
- Konsequenzen und Zusammenfassung

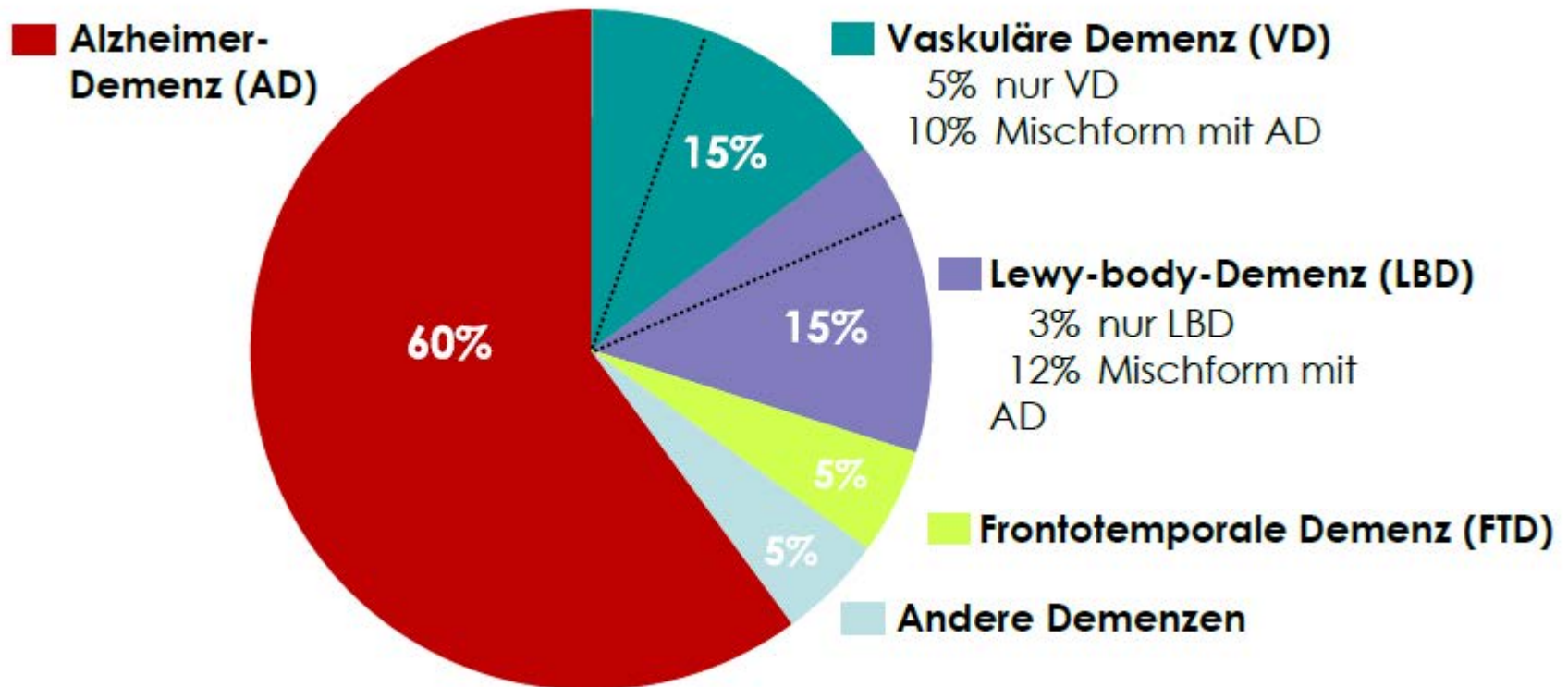
Hirnveränderungen bei der Alzheimer Krankheit



Anteil Fälle ohne Amyloidpathologie nach Alter



Warum Alzheimer Krankheit und vask. Demenz?



Primäre Demenzen

-> zurückzuführen auf neurodegenerative Erkrankung

Sekundäre Demenzen

-> zurückzuführen z.B. Hydrocephalus, Tumor, entzündl. Krankheit, etc.

Quelle: Lieb et al., 2008

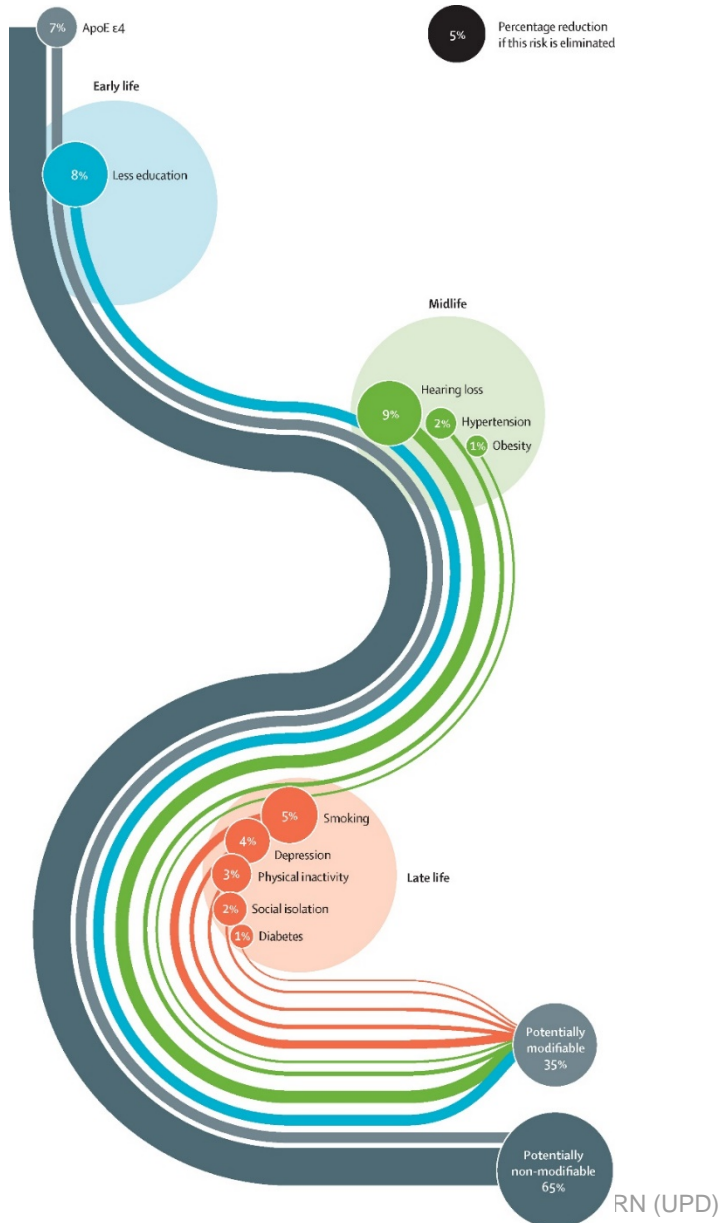
Effekte von Maßnahmen auf Demenzhäufigkeit in Population

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



	Relative risk for dementia (95% CI)	Prevalence	Communality	PAF	Weighted PAF*
Early life (age <18 years)					
Less education (none or primary school only)	1.6 (1.26-2.01)	40.0%	64.6%	19.1%	7.5%
Midlife (age 45-65 years)					
Hypertension	1.6 (1.16-2.24)	8.9%	57.3%	5.1%	2.0%
Obesity	1.6 (1.34-1.92)	3.4%	60.4%	2.0%	0.8%
Hearing loss	1.9 (1.38-2.73)	31.7%	46.1%	23.0%	9.1%
Later life (age >65 years)					
Smoking	1.6 (1.15-2.20)	27.4%	51.1%	13.9%	5.5%
Depression	1.9 (1.55-2.33)	13.2%	58.6%	10.1%	4.0%
Physical inactivity	1.4 (1.16-1.67)	17.7%	26.6%	6.5%	2.6%
Social isolation	1.6 (1.32-1.85)	11.0%	45.9%	5.9%	2.3%
Diabetes	1.5 (1.33-1.79)	6.4%	70.3%	3.2%	1.2%

Data are relative risk (95% CI) or %. Total weighted PAF adjusted for communality=35.0%. PAF=population attributable fraction. *Weighted PAF is the relative contribution of each risk factor to the overall PAF when adjusted for communality.

Table 1: Potentially modifiable risk factors for dementia

Livingston et al.; Lancet 2017

Zeitpunkt kog. Störungen und Risikofaktoren

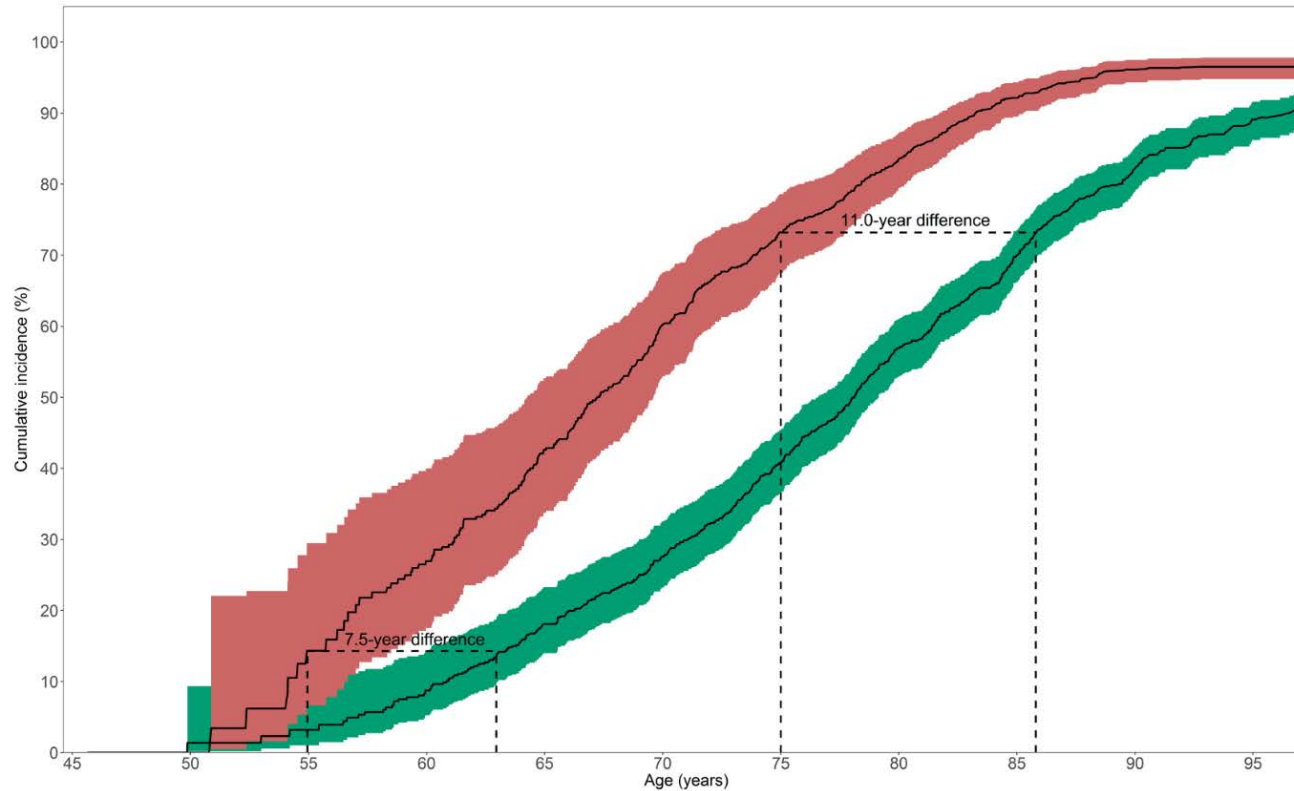
Hypertonie, Übergewicht, Rauchen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



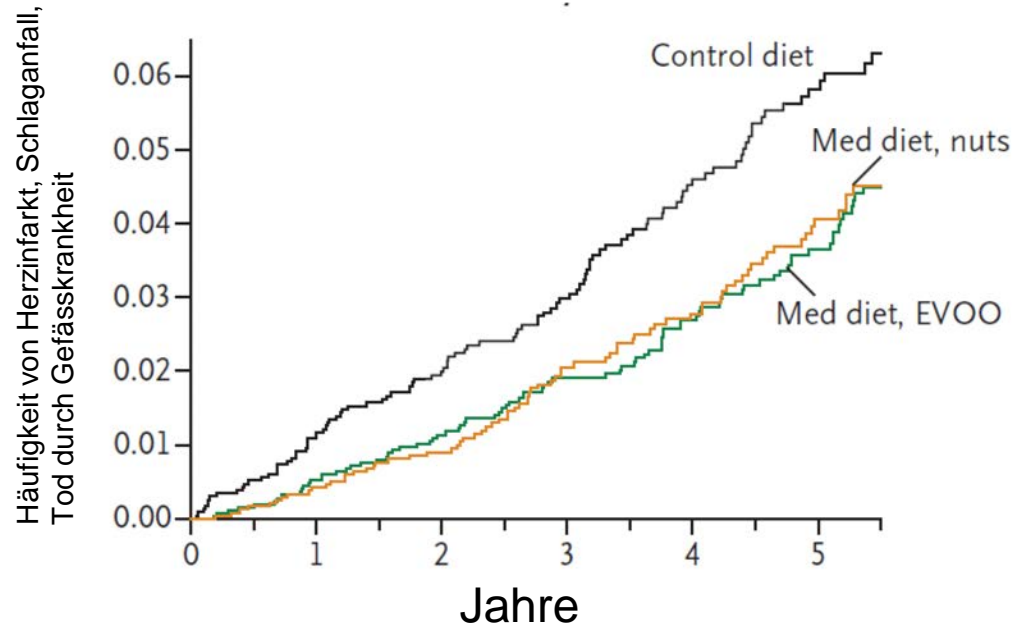
UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



		Risk factors										
		All three					None					
Number at risk		50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	
All three risk factors		1	20	48	163	223	196	151	107	42	8	3
None of the three risk factors		1	76	108	391	531	514	440	292	173	71	14

Stark protektive Effekte der sog. mediterranen Diät

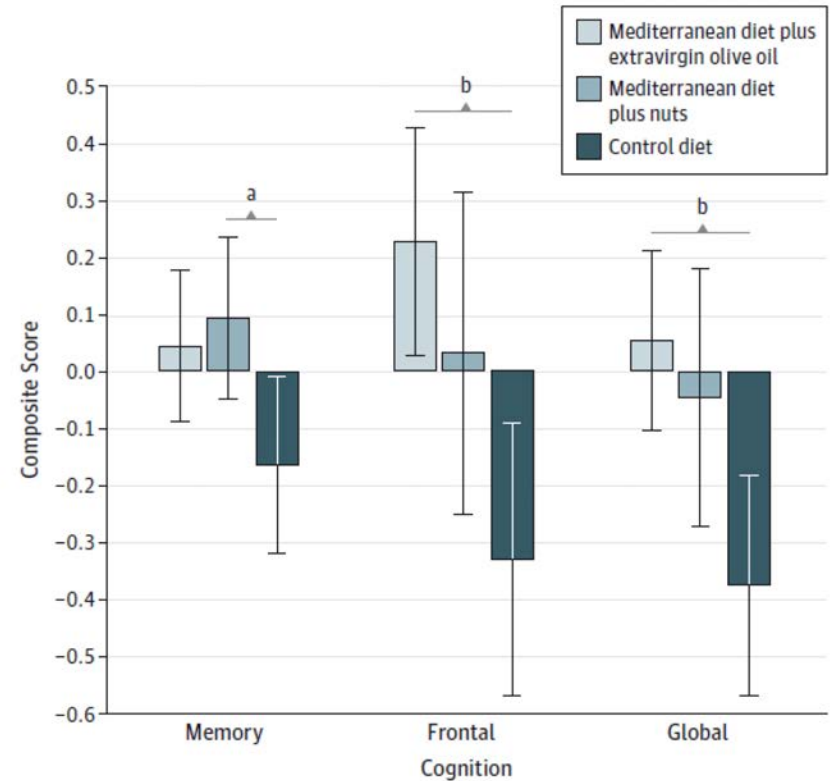
Die PREDIMED Studie



Mediterrane Kost mit Nüssen oder mit Olivenöl. Dauer 4-5 Jahre

Estruch et al., NEJM 2013

u^b



Error bars indicate 95% CIs. *P* values by analysis of covariance were adjusted for sex, baseline age, years of education, marital status, *APOE* $\epsilon 4$ genotype, ever smoking, baseline body mass index, energy intake, physical activity, type 2 diabetes mellitus, hyperlipidemia, ratio of total cholesterol to high-density lipoprotein cholesterol, statin treatment, hypertension, use of anticholinergic drugs, and time of follow-up, with the Bonferroni post hoc test. For each cognitive composite, the changes between the 2 Mediterranean arms were not statistically different ($P > .99$ for all). The changes for memory between the Mediterranean diet plus olive oil and control groups and for frontal and global cognition between the Mediterranean diet plus nuts and control groups had values of $P < .25$.

Valls-Pedret Jama Int Med 2015⁸

Mediterrane Diät



^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Table 1. Summary of Dietary Recommendations to Participants in the Mediterranean-Diet Groups and the Control-Diet Group.

Food	Goal
Mediterranean diet	
Recommended	
Olive oil*	≥4 tbsp/day
Tree nuts and peanuts†	≥3 servings/wk
Fresh fruits	≥3 servings/day
Vegetables	≥2 servings/day
Fish (especially fatty fish), seafood	≥3 servings/wk
Legumes	≥3 servings/wk
Sofrito‡	≥2 servings/wk
White meat	Instead of red meat
Wine with meals (optionally, only for habitual drinkers)	≥7 glasses/wk
Discouraged	
Soda drinks	<1 drink/day
Commercial bakery goods, sweets, and pastries§	<3 servings/wk
Spread fats	<1 serving/day
Red and processed meats	<1 serving/day

Low-fat diet (control)

Recommended

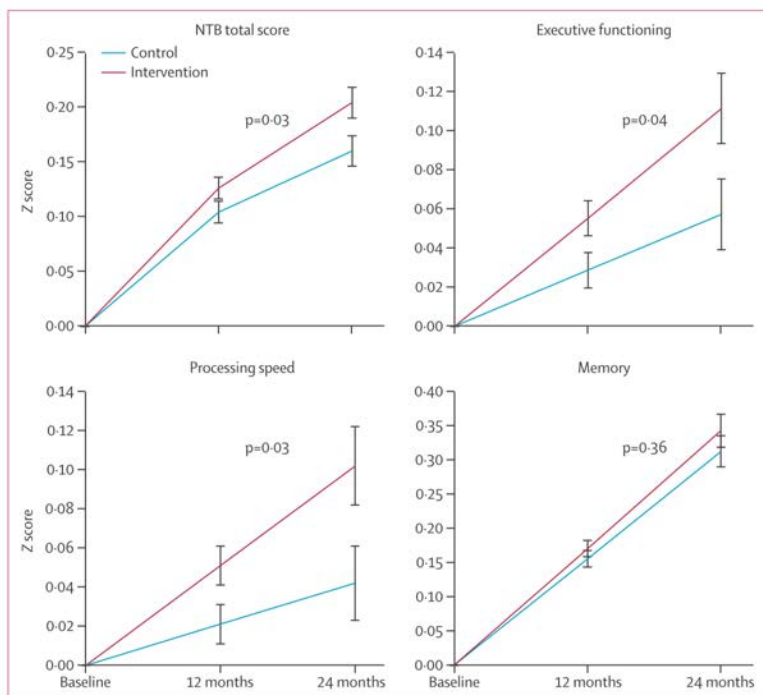
Low-fat dairy products	≥3 servings/day
Bread, potatoes, pasta, rice	≥3 servings/day
Fresh fruits	≥3 servings/day
Vegetables	≥2 servings/day
Lean fish and seafood	≥3 servings/wk

Discouraged

Vegetable oils (including olive oil)	≤2 tbsp/day
Commercial bakery goods, sweets, and pastries§	≤1 serving/wk
Nuts and fried snacks	≤1 serving/wk
Red and processed fatty meats	≤1 serving/wk
Visible fat in meats and soups¶	Always remove
Fatty fish, seafood canned in oil	≤1 serving/wk
Spread fats	≤1 serving/wk
Sofrito‡	≤2 servings/wk

Kombinierte zweijährige Interventionen bei 60+

FINGER Studie (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability), n=1260, Dementia Risk Score ≥ 6 (Alter, BD, BMI, Aktivität), CERAD Werte im Normbereich oder leicht darunter



NTB = neuropsychological test-battery

	Odds ratio (95% CI)		p value
	Intervention (n=554)	Control (n=565)	
Overall cognitive decline			
NTB total score	1 (reference)	1.31 (1.01-1.71)	0.04
Cognitive decline per domain			
NTB memory score	1 (reference)	1.23 (0.95-1.60)	0.12
NTB executive functioning score	1 (reference)	1.29 (1.02-1.64)	0.04
NTB processing speed score	1 (reference)	1.35 (1.06-1.71)	0.01

Kontrollgruppe:

- Schulung in gesunder Lebensweise

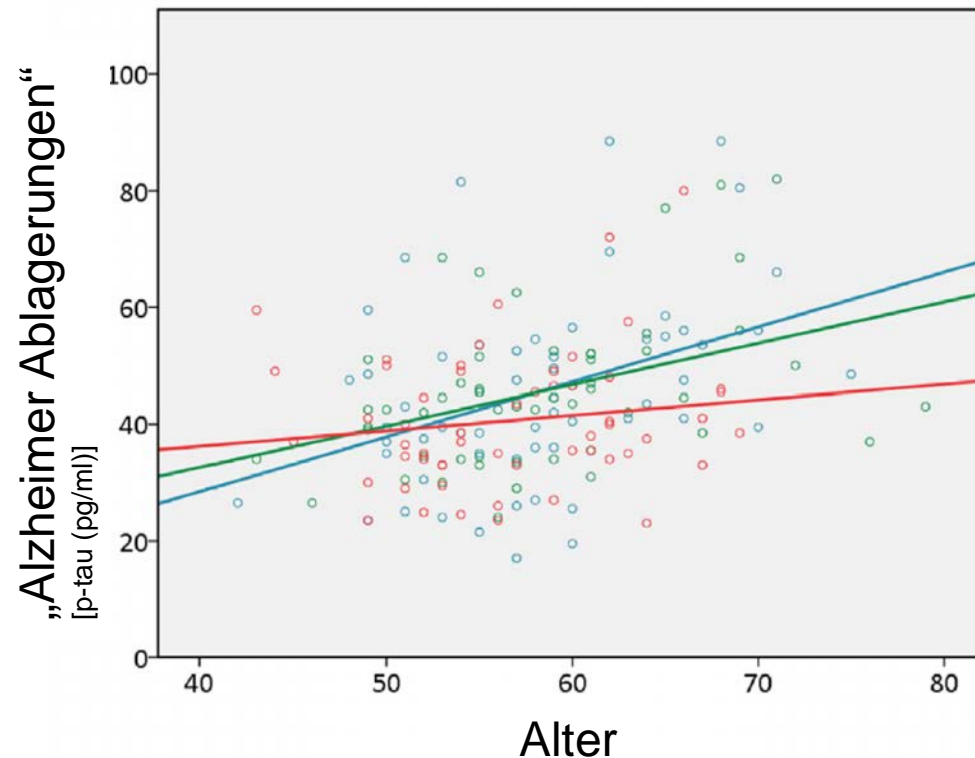
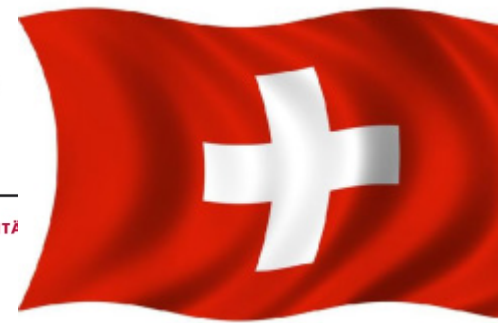
Experimentalgruppe:

- Ernährungsberatung
- Anleitung zu regelmäßiger körperlicher Betätigung
- kognitives Training (142 Sessions von 15 min)
- Behandlung vaskulärer Risikofaktoren

Ngandu et al. Lancet 2015

Mehrsprachigkeit

- Hirnveränderungen mit etwa 60 Jahren



- Einsprachig
- Zweisprachig (nach 6.LJ)
- Zweisprachig (vor 6.LJ)

- Bessere kog. Leistung
- Weniger „Alzheimer Ablagerungen“

Insb. wenn 2. Sprache vor dem 6 LJ erlernt

Gesundheitsstrategien

- Beispiel UK

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- “What is good for your heart is good for your brain”
Living Well with Dementia: A National Dementia Strategy (2009)
- Einige lokale Strategien erwähnen spezifischere Präventionsansätze
(soziale Integration; Behandlung von Depression; Vermeidung von Kopfverletzungen; Ausbildung)

Collins et al; JAD; in press

Zusammenfassung

- „Take-home message“

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Etwa 1/3 der Fälle von Demenz ist verhinderbar
- Kardio-vaskulär: Blutdruck, Ernährung, Gewicht, Diabetes
- Hirnfunktion: Ausbildung, Schwerhörigkeit, soziale Kontakte, bei Gebrechlichkeit eher hoher Blutdruck gut
- Integrierung demenz-spezifischer Präventionsmaßnahmen in nationale Strategien. Hirn ≠ Herz
- Integrierung ehrenamtlich tätige Senioren in Betreuung Dementer

Danke fürs Zuhören

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



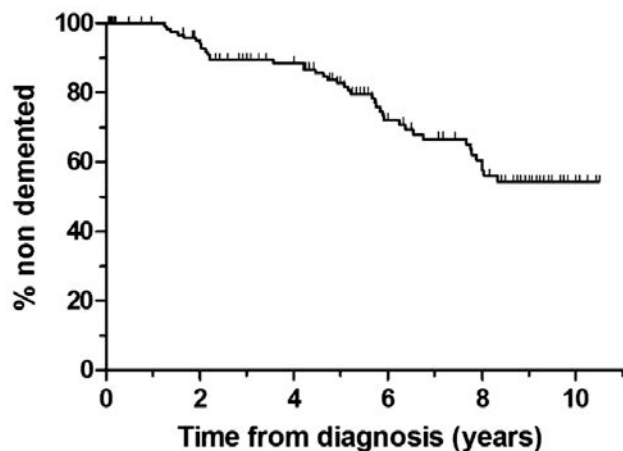
Prof. Dr. med. Stefan Klöppel
Direktor und Chefarzt
Universitätsklinik für Alterspsychiatrie
und Psychotherapie
Murtenstrasse 21, 3008 Bern

stefan.kloepfel@upd.ch
www.upd.ch
<http://www.app.unibe.ch/>

Risk factors for non-motor symptoms in Parkinson's disease

Johan Marinus, Kangdi Zhu, Connie Marras, Dag Aarsland, Jacobus J van Hilten

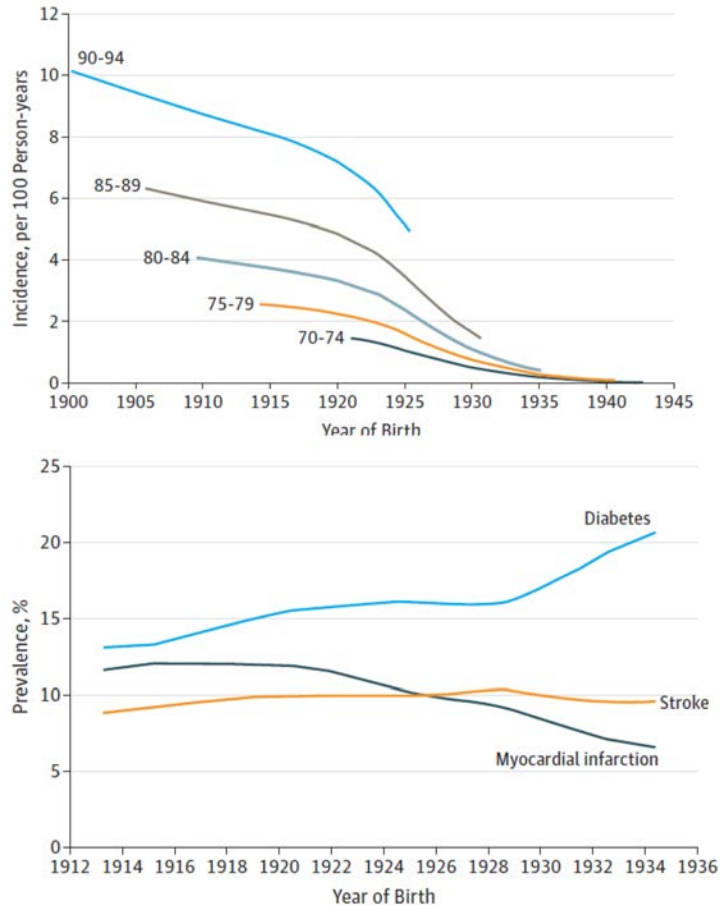
Non-motor symptoms (NMS) of Parkinson's disease can be predominant as the disease advances, thereby constituting *Lancet Neurol* 2018; 17: 559-68



	Number of studies in which risk factor was assessed	Number of studies in which risk factor was significant	Quality-weighted sum score of risk factor	Weighted average per risk factor (Z score)
Cognitive impairment and dementia				
Hallucinations	6	3	50.00	8.3
Older age*	15	7	69.75	7.8
Overall severity of motor impairment†	11	6	82.50	7.5
Speech impairment	3	1	21.00	7.0
Older age at onset of disease*	7	2	39.00	5.6
Bradykinesia severity	3	1	15.75	5.3
Higher Hoehn and Yahr stage	9	2	26.00	2.9
Axial impairment	9	3	25.75	2.9
Low level of education	11	2	21.75	2.0
Depression	13	2	20.50	1.6
Male sex	15	2	14.75	1.0

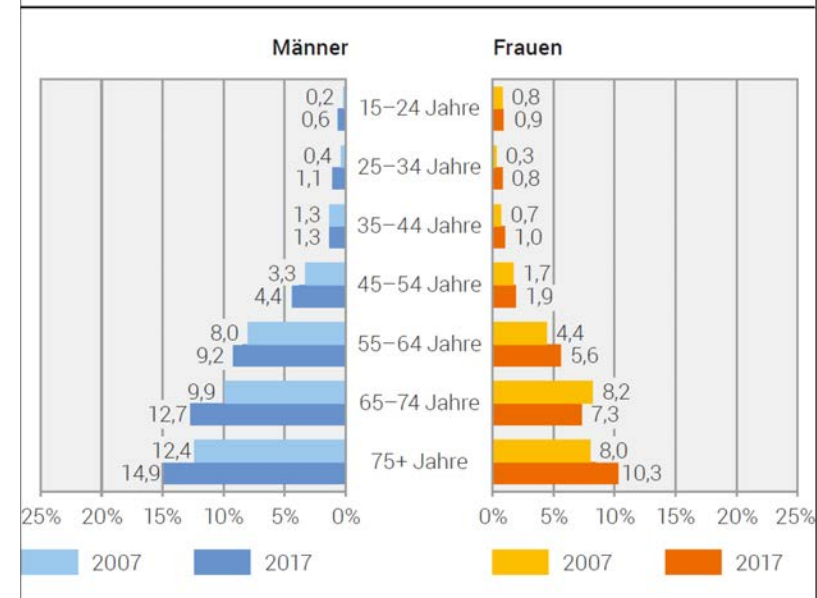
Caroline H Williams-Gray et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013;84:1258-1264

Zunahme der Demenzzfälle vs. Rückgang der Inzidenzraten



Personen mit Diabetes

Bevölkerung ab 15 Jahren in Privathaushalten



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

© BFS 2018

- Rückgang nicht hauptsächlich durch kardio-vask. Faktoren und formale Bildung erklärt
- Rückgang der Inzidenzen nach 1990 deutlich beschleunigt

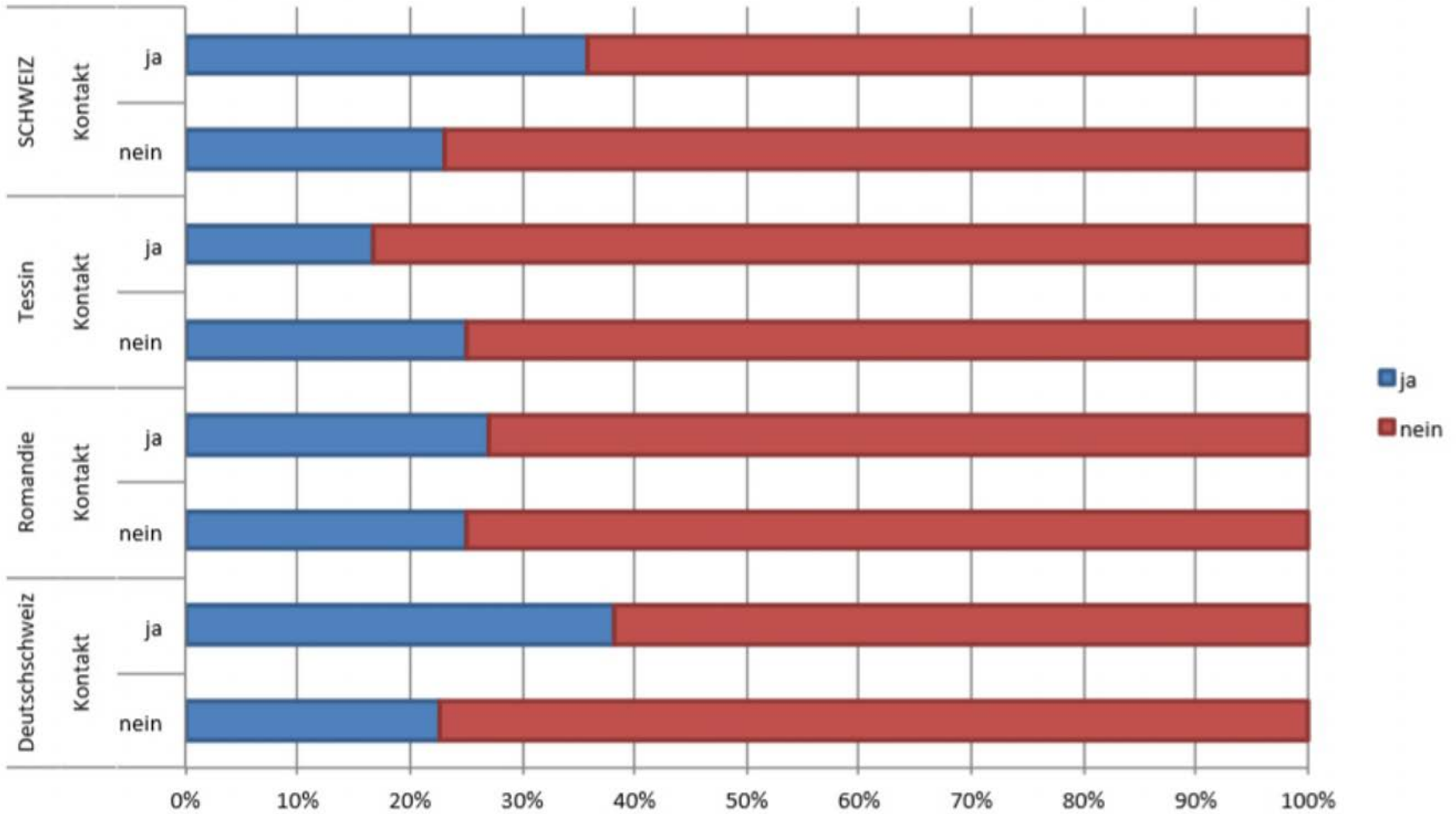


Abb.14: Vorhandensein einer Vorsorgevorkehrung

Fragen?



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

(Teilprojekt 6.1.)

Uli Hemmeter, Jindrich Strnad, Hedi Decrey-Wick, Flurina Manz

Schweizer Gesellschaft für Alterspsychiatrie und –psychotherapie (SGAP)

Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)

PD Dr. Dr. Ulrich Michael Hemmeter,

Chefarzt, Psychiatrie St. Gallen Nord,

Bern, Nationale Demenzstrategie 6. Mai 2019

- Swiss Memory Clinics (SMC)
- Schweizer Fachgesellschaft für Gerontologie (SGG)
- Schweizerische Alzheimervereinigung
- Schweizerische Fachgesellschaft für Gerontopsychologie (SFGP)
- Schweizer Berufsverb. der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)
- Akad. Fachges. des Schweizer Vereins für Pflegewissenschaften (VPS),
psychiatrische Pflege und gerontologische Pflege
- INSOS, nationaler Branchenverband für Menschen mit Behinderung
- Curaviva Schweiz
- Spitex Verband Schweiz
- Schweizerischer Verband medizinischer Praxis Assistentinnen SVA /
Association romande des assistantes médicales (ARAM)

Vorgehen – Methodik und Meilensteine

- Anfrage an mögliche Partnerorganisationen (10)
- Partnertreffen – 9. September 2016
 - Verbesserung der Grundversorgung
 - Erarbeitung von Leitfragen zu den Bedürfnissen und mögl. Lösungen
- Thematische Zusammenfassung der Antworten der Partner auf die Leitfragen (8 Themenfelder) - Bedarfsanalyse
- Vernehmlassung bis Dezember 2016 / Januar 2017
- Einarbeitung der Rückmeldungen
- Vernehmlassung bis September 2017
- Ergänzungen der Anliegen der Partner durch Literatur und Inputs aus den anderen TPs und daraus abgeleitete Empfehlungen für die acht Themenfelder – Version 1 – Mitte Januar 2018
- Vernehmlassung Version 1 – bis Ende Februar 2018
- Einarbeitung der Rückmeldungen bis 4. April 2018
- Vernehmlassung Version 2 bis Juni 2018
- Übersetzung bis August 2018
- Finalisierung und Publikation Herbst 2018

Bedarfsanalyse - Themengebiete:

1. Früherkennung
2. Diagnostik
3. Therapie
4. Beratung und Entlastung
5. Zusammenarbeit / Vernetzung / zentrale Funktion des Hausarztes
6. Aus-, Weiter-, Fortbildung
7. ethische Aspekte
8. Finanzen und Qualität

Empfehlungen Früherkennung I

- 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. Diese dienen dem Hausarzt oder der Hausärztin als Frühwarnsignale und helfen bei der Ersteinschätzung.
- Da die Basisabklärungen primär in der Hausarztpraxis stattfinden, müssen v.a. die Hausärzte die „red flags“ kennen, sowohl für Patienten, die ihnen dafür zugewiesen werden, als auch für Patienten, die sie wegen anderer Beschwerden in der Praxis sehen,
- Die Liste der „red flags“ wird in der Hausarztpraxis ergänzt durch die Anwendung des „Brain check“ und des IQCODE (siehe Teilprojekt 3.1.)

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

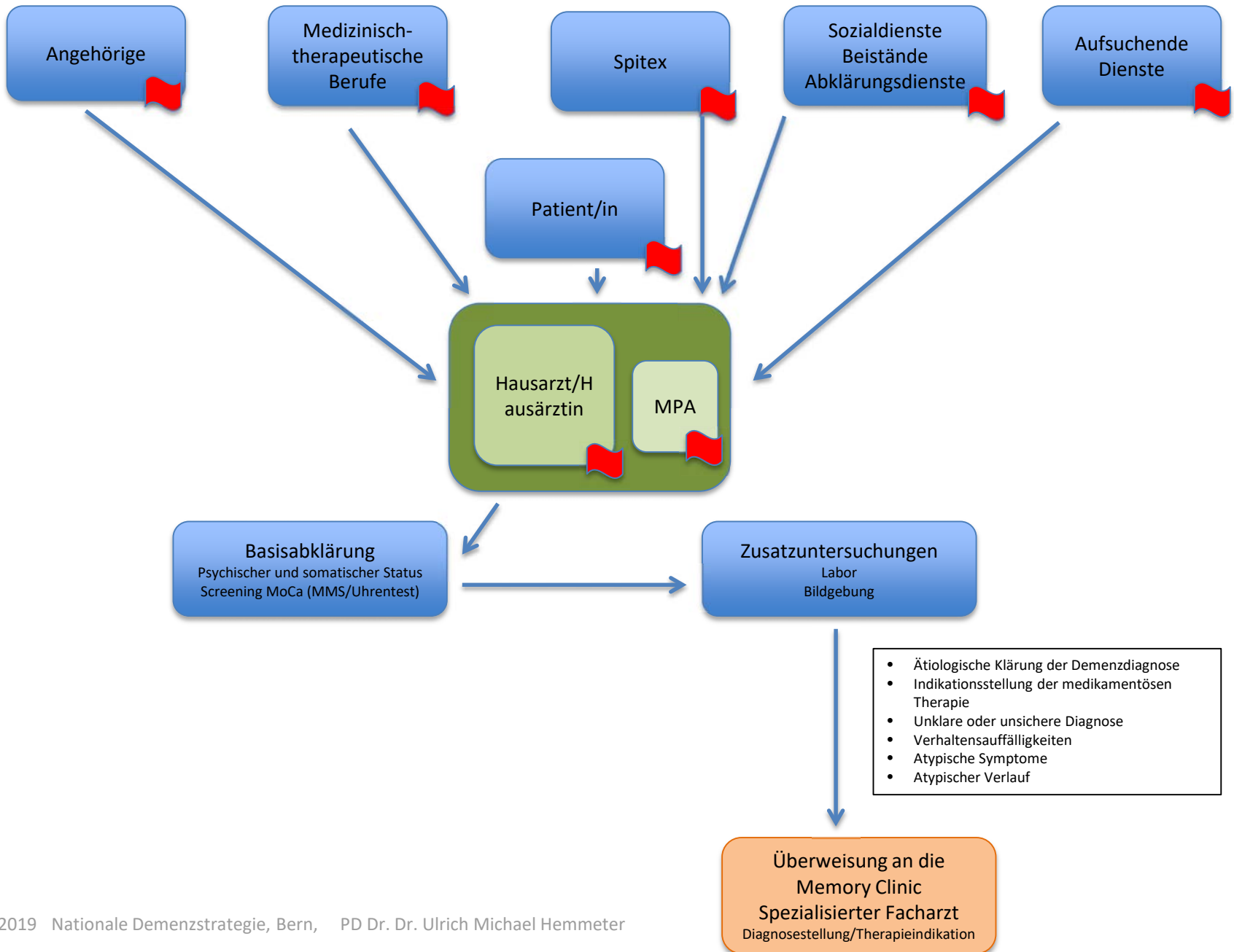
- Falls ein Patient mit «red flag»-Symptomen nicht zu einem Hausarztbesuch zu motivieren ist, sollte die Abklärung anlässlich eines hausärztlichen Hausbesuches **oder eines anderen aufsuchenden Demenzabklärungs- und Beratungsangebotes erfolgen.**
Diese aufsuchenden Betreuungs- und Beratungsangebote bestehen in der Schweiz erst vereinzelt (z.B. AIDA care in ZH).
Sie sollen weiter ausgebaut und ihre Finanzierung geklärt werden.
- Bei Patienten mit «red flag»-Symptomen im Heim wird der Zuzug von geriatrischem oder alterspsychiatrischem Wissen empfohlen (z.B. alterspsychiatrischer Konsiliardienst oder alterspsychiat. Wissen inhouse) (siehe auch Empfehlungen Teilprojekt 3.1 .)
- Um die Früherkennung zu verbessern, sollten Früherkennungstools entwickelt werden, die für alle beteiligten Berufsgruppen nutzbar sind. Alle Berufsgruppen sollen im Erkennen der „red flags“ geschult werden (Link zu Teilprojekt 6.2. interprofessionelles Assessment und zu Teilprojekt. 7.1. Fort- und Weiterbildung).
- Hausärztinnen und Hausärzte und andere involvierte Berufsgruppen sollen im Kontext Demenz, die dabei notwendigen längere Konsultationszeiten abrechnen können. Zudem braucht es Leistungen in Abwesenheit des Patienten (z.B. Fremdanamnese, Koordination) vgl. hierzu auch Teilprojekt 4.1. Finanzen)

- Nach positivem Screening soll bei Verdacht auf eine Demenz oder eine MCI die Basisdiagnostik beim Hausarzt durchgeführt werden. Neben der Verifizierung der Symptome aus der „red flag“ Liste ,sowie aus Braincheck und IQCODES sowie einer strukturierten Fremdanamnese wird der MoCa Test empfohlen (Alternativen MMSE und Uhrentest oder DemTect).
Hinzu kommen spezifische Laboruntersuchungen und eine strukturelle Bildgebung
Zur ätiologischen Klärung, bei unklarer/unsicherer Diagn., Verhaltensauffälligkeiten, atypischen Symptomen und Verlauf, sowie zur Indikationsstellung einer medikamentösen Therapie sollte die Überweisung in eine Memory Clinic oder an einen spezialisierten Facharzt erfolgen (s. auch Teilprojekt 3.1.). Falls keine Überweisung erfolgt, soll in jedem Fall in diesem Rahmen eine neuropsychologische Abklärung gemacht werden, damit kognitive Defizite eruiert und spezifiziert werden können
- In der Memory Clinic oder beim spezialisierten Facharzt 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 spezialisierte Fachärztinnen- und Ärzte sind im weiteren Verl. für den Hausarzt oder die Hausärztin Ansprechpartner betreffend Anpassung der medikamentösen Therapie.
- Bei mittelgradigen und schweren Demenzen kann die Diagnosestellung auch durch den Hausarzt oder die Hausärztin erfolgen (fundiertes Wissen und Erfahrung notwendig).
Zur ätiologischen Klärung der Diagnose Demenz sowie bei atypischem Verlauf oder bei Vorliegen von Verhaltensstörungen sollte jedoch auch hier der spezialisierte Facharzt oder eine Memory Clinic beigezogen werden.
- Es existieren Patientengruppen, die bisher vernachlässigt wurden. Auch diese haben einen 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 und ggf. ein Dolmetscher beigezogen werden.
- In Alters- und Pflegeheimen sollen vermehrt Screening-Tests durchgeführt werden. Damit sollen auch im stat. Rahmen Menschen mit Demenz erkannt werden und Zugang zu geeigneten Therapien erhalten.

- Screeningtests müssen immer in Zusammenarbeit mit einem Arzt oder einer Ärztin durchgeführt und ausgewertet werden. Ihr Resultat darf den Betroffenen und Angehörigen keinesfalls als Diagnose vermittelt werden, sondern dient lediglich als Grundlage für weitere Abklärungen.
- 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 Bezugspers. gegebenenfalls auch betreuende Fachpersonen einbezogen werden.
- In der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte sollen folgenden 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, Mild Cognitive Impairment MCI, Diagnosevermittlung (inkl. der Thematik Suizid und Suizidprävention), Verlauf der Behandlung, Möglichkeiten und Grenzen von medikamentöser und nichtmedik. Therapie sowie Beratung, Nutzen von umfassender Abklärung in einer Memory Clinic, Kenntnisse der entsprechenden regionalen Angebote .

Case finding und Diagnosestellung



Empfehlungen Therapie I

- Therapeutische Massnahmen bei Menschen mit Demenz sind interprofessionell aufzubauen. Der Hausarzt 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 Demenzbehandlung erfahrenem Facharzt/Fachärztin oder der Memory Clinic.
- **Der Lead der Gesamtbehandlung (Case Management) liegt beim Hausarzt. Er/sie kann das Case Management auch an eine demenzspezialisierte Beratungsstelle/Fachstelle abgeben**, muss dann aber weiter eng in die Behandl. eingebunden sein und über alle therapeutischen und psychosozialen Massn. 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 Wirkung erklärt werden. Er/sie ist verantwortlich für das gesamte Behandlungspaket.
- Der Hausarzt oder die Hausärztin braucht umfassende Kenntnisse zum aktuellen Stand der medikamentösen und nichtmedikamentösen Therapiemöglichkeiten.

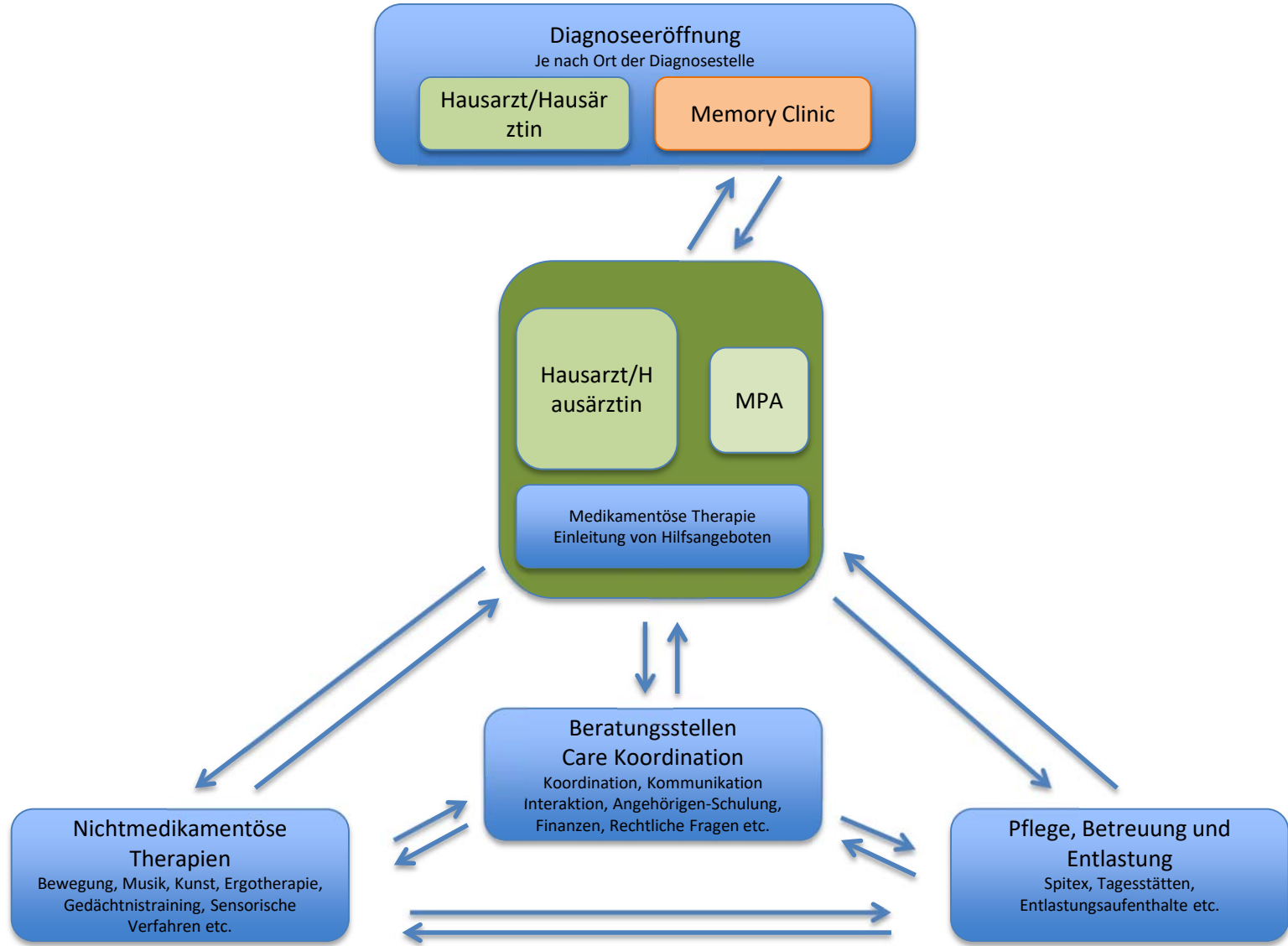
- Bei der Behandlung der nicht-kognitiven Begleitsymptome (BPSD) sollen nichtmedikamentöse Therapien vor med. Therapien angewendet werden. Sie können durch verschiedene nicht ärztliche Fachpersonen an unterschiedlichen Orten durchgeführt werden. Voraussetzung dazu ist ein differenziertes Assessment bzgl. BPSD. (s. TP 6.2. interdisziplinäres Assessment)
- Die nichtmedikamentösen Angebote müssen auch Pers. mit eingeschränkter Mobilität (in Pflegeheimen und Spitälern, Patienten mit geistiger und psych. 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 verfüg- und ansprechbaren Psychiater und pflegerischen Fachexpertinnen könnte Pflege- und Betreuungsteams entlasten und Hospitalisationen verhindern. Erste solche gerontopsychiatrische interprofessionelle Liaisondienste bestehen. Sie sollen weiter ausgebaut und finanziert werden.

- Bei leichteren Demenzen sind auch kognitive Stimulationstherapien sowie Psychotherapien indiziert.
- Die Aufklärung über die Palette der Therapiemöglichkeiten sollen bei Hausärzten und allen beteiligten Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialwesen in die Aus- und Weiterbildung zentral integriert werden.
- Nichtmedikamentöse Therapien müssen gefördert und deren Finanzierung sichergestellt werden.

Funktion des Hausarztes I

- Der Hausarzt/die Hausärztin koordiniert die Behandlung und ist zu jedem Zeitpunkt der Behandlung über den aktuellen Stand der Therapien, Beratung und Unterstützung informiert. Er/sie dokumentiert diese Informationen zentral.
- Die nichtärztlichen Fachpers. geben Rückmeldungen über den Stand der Therapien, Beratung und Unterstützung an den Hausarzt und werden von diesem informiert
- Es muss eine fallführende Fachperson definiert werden. Diese 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 kann die Koordinationsaufgaben selbst übernehmen. Er/sie kann diese aber auch an eine Care-Koordinator/in in einer demenzspezifischen Beratungsstelle/Fachstelle übergeben. Er bleibt mit dieser Stelle im 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 ein Pflegeheim, sollten interprofess. Abstimmungen im Sinne eines runden Tisches erfolgen bei denen der Hausarzt oder die Hausärztin einbezogen ist.
- Diese Leistungen des Hausarztes, die Koordination durch entsprechende Fachpersonen wie auch die Zeit, die für den interprofessionellen Austausch notwendig ist, muss angemessen vergütet werden (siehe Teilprojekt 4.1.)

Therapie und Betreuung



Empfehlungen Beratung und Entlastung

- Bestehende demenzspezialisierte Beratungsstellen (wie beispielsweise von Alzheimer Schweiz) sollen bekannter gemacht und ihre Angebote finanziell gefördert werden.
- Für demenzspezialisierte Beraterinnen und Berater ist ein Kompetenzprofil zu erstellen.
Geeignet sind grundsätzlich die Kernberufe im Umgang mit Demenz aus dem Gesundheits-, Sozial-, Psychologie- und Medizinalbereich, wie sie im Bericht 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 erworben und Praxiserfahrung vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall, sollte eine adäquate Weiterbildung in Beratung ergänzt werden.
Für alle Fachpersonen ist spezifische Weiterbildung und Erfahrung im Demenzbereich notwendig.

Empfehlungen ethische Aspekte

- Jeder Mensch hat ein Recht auf eine adäquate Diagnose und Behandlung.
- Dies gilt auch für Menschen, die schwerer erreichbar sind oder bei denen es schwierig ist, eine Diagnose zu stellen, wie z.B. bei Menschen mit einer geistigen Behinderung
- Jeder Mensch hat gleichzeitig auch das Recht, keine genaueren Abklärungen zu wollen
- Es sollen individuelle und personenzentrierte Zugänge zu Betroffenen gesucht werden
- Der Mensch mit Demenz hat das Recht auf adäquate Begleitbehandlungen.
- Der Mensch mit Demenz wird gemäss seinen Möglichkeiten in die Behandlung miteinbezogen und hat das Recht, in seiner Ausdrucksform angehört zu werden.
- Die Empfehlungen des Teilprojektes 5.1. sind zu beachten.

Empfehlungen Finanzen und Qualität

- Die bei der Demenzbehandlung notwendige Beratungs- und Koordinationsarbeit soll durch ein staatliches Finanzierungssyst. abgegolten werden.
- Bisherige Erfassungsinstrumente mit Auswirkungen auf Finanzen sollen an demenzspezifische Auswirkungen angepasst werden.
- Pflegende Angehörige sollen finanziell entlastet werden.
- Es sollen Qualitäts- und Evaluationssysteme entwickelt werden, die die Qualität von demenzspezifischen Angeboten unterstützen und sicherstellen.
- Die Empfehlungen des Teilprojektes 4.1. sind zu beachten.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

psychiatrie
st.gallen
nord



**Psychiatrische Klinik Wil,
Lehrspital der
Universitätsklinik Zürich**

**Psychiatrie St. Gallen – Nord
Standort Wil**

Standort St. Gallen



Fragen?





Diskussion



- Welche Präventions- und Früherkennungsmassnahmen im Bereich Demenz sind nötig?
- Welche Botschaften könnten noch besser kommuniziert werden?
- Wo sehen Sie noch Handlungsbedarf?