

äzq Schriftenreihe
Band 20



Leitlinien- Clearingbericht „Demenz“

**Leitlinien-Clearingverfahren
von Bundesärztekammer
und Kassenärztlicher Bundesvereinigung
in Kooperation mit
Deutscher Krankenhausgesellschaft
Spitzenverbänden der Krankenversicherungen
und Gesetzlicher Rentenversicherung**



ISBN 3-89906-911-0

ISSN 1611-4906

© 2005 by

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung von BÄK und KBV)
Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz - 10623 Berlin
Postfach 12 02 64 - D-10592 Berlin

Schmiedestr. 11 - 25899 Niebüll
Tel.: 04661 - 90010, Fax: 04661 - 900179
E-Mail: info@videel.de
<http://www.videel.de>

Gesamtherstellung: videel, Niebüll

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht immer kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Alle Rechte, insbesondere das Recht zur Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Herausgebers oder des Verlages reproduziert werden. Der Herausgeber hat das Recht, Teile des Werkes oder das Gesamtwerk elektronisch zu publizieren.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by Die Deutsche Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the Deutsche Nationalbibliografie; detailed bibliographic data are available in the Internet at <http://dnb.ddb.de> .

Impressum

Herausgeber:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung der
Bundesärztekammer und der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

LEITLINIEN-CLEARINGSTELLE

im Auftrag von:

Bundesärztekammer
Kassenärztlicher Bundesvereinigung
Deutscher Krankenhausgesellschaft
Spitzenverbänden der Krankenversicherungen
Gesetzlicher Rentenversicherung

Autoren:

- Professor Dr. med. Manfred E. Beutel, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Mainz
- Professor Dr. med. Dr. rer. nat. Ekkehard Haen, Klinische Pharmakologie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Regensburg
- Dr. med. Bernd Ibach, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg
- Dr. med. Norbert Lübke, MDK Hamburg
- PD Dr. med. Gereon Nelles, niedergelassener Facharzt für Neurologie, Köln
- Professor Dr. med. Ludger Pientka, Medizinisch-Geriatriischen Klinik Marienhospital der Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Herne
- Professor Dr. med. Hagen Sandholzer, Selbständige Abteilung für Allgemeinmedizin der Universität Leipzig
- Fr. Professor Dr. med. Elisabeth Steinhagen-Thiessen, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin

Moderation:

- Dr. med. Johann Wilhelm Weidringer, Geschäftsführender Arzt, Bayrische Landesärztekammer, München

Redaktion:

- Lothar Heymans (Ärztlicher Referent), Leitlinien-Clearingstelle des ÄZQ
- Olaf Weingart (Ärztlicher Referent des ÄZQ bis 03/2004)

Anschrift des Herausgebers:

Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
(Gemeinsame Einrichtung von BÄK und KBV)
Leitlinien-Clearingstelle
Wegelystr. 3 / Herbert-Lewin-Platz - 10623 Berlin
Postfach 12 02 64 - D-10592 Berlin

Telefon 030 – 4005 – 2500
Telefax 030 – 4005 – 2550
E-Mail: clearingstelle@azq.de
Internet: <http://www.leitlinien.de>

©2005 Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin

Das Ärztliche Zentrum für
Qualität in der Medizin ist
Gründungsmitglied des



Beteiligte am Vertrag zum Leitlinien-Clearingverfahren

Bundesärztekammer

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Deutsche Krankenhausgesellschaft

AOK-Bundesverband

Bundesverband der Betriebskrankenkassen

IKK-Bundesverband

Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.

AEV-Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.

Bundesknappschaft

See-Krankenkasse

Verband der privaten Krankenversicherung

Verband Deutscher Rentenversicherungsträger e.V.

Bundesversicherungsanstalt für Angestellte

Wichtige Hinweise

Dieser Bericht enthält Beispiele und Zitate aus nationalen und internationalen Leitlinien und anderen Quellen, in denen Verfahren (z. B. Diagnostik, Präparate und Dosierungen oder andere Therapien) genannt werden, die u. U. nicht für den deutschen Verordnungsraum gültig oder zugelassen sind.

Für Angaben zu Verfahren und deren Anwendung kann vom Verlag oder den Autoren keine Gewähr übernommen werden.

Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Verfahren die zulässige Indikation, Kontraindikationen oder Anwendung festzustellen, insbesondere, ob diese gegenüber der Angabe in diesem Werk abweichen.

Jede Anwendung oder Dosierung erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Die Beispiele in den einzelnen Kapiteln sind z. T. redaktionell überarbeitet oder gekürzt. Maßgeblich sind die Darstellungen der Original-Leitlinien in der hier zitierten Fassung. Die innerhalb der Beispiele ggf. aufgeführten Literaturangaben beziehen sich auf das Literaturverzeichnis der jeweiligen Original-Leitlinie (Version und Fassung s. Quellenangabe).

Inhaltsverzeichnis:

Übersicht 1: Bewertete Leitlinien	9
Übersicht 2: Beispiele (vorbildliche Textbausteine)	13
Übersicht 3: Abbildungen	14
Übersicht 4: Tabellen	14
Übersicht 5: Verwendete Abkürzungen	15
A. Zusammenfassung (Abstract)	16
B. Zusammenstellung der Vorschläge (Executive Summary)	20
B.1 Versorgungsorganisation.....	20
B.1.1 Versorgungsstrukturen und -ebenen.....	20
B.1.2 Beteiligte Akteure	20
B.1.3 Sozialmedizinische Aspekte	21
B.2 Ätiopathogenese / Klinische Epidemiologie	21
B.2.1 Definition / Klassifikation	21
B.2.2 Ätiopathogenese (Risikofaktoren)	21
B.2.3 Klinische Epidemiologie	21
B.2.3.1 Klassische Epidemiologie - Inzidenz und Prävalenz der Krankheiten.....	22
B.2.3.2 Krankheitsfolgen	22
B.2.3.3 Versorgungsforschung.....	22
B.2.4 Prognose (Krankheitsprognose).....	22
B.2.5 Prognosefaktoren der leichten kognitiven Störung.....	23
B.2.6 Verlaufsbeurteilung	23
B.2.7 Responder und Therapieabbruch	23
B.3 Screening / Diagnose.....	23
B.3.1 Stufenplan (Diagnostik)	23
B.3.2 Frühsymptome und Verdachtsdiagnose.....	24
B.3.3 Diagnose.....	24
B.3.4 Diagnose somatischer Komorbidität	25
B.3.5 Diagnose von psychiatrischer und neurologischer Komorbidität	25
B.4 Prävention	25
B.5 Therapie	26
B.5.1 Patientenorientiertes Therapiemanagement.....	26
B.5.2 Ethische Aspekte der Therapie	26
B.5.3 Nichtmedikamentöse Therapieformen	26
B.5.4 Pharmakologische Therapie	27
B.5.5 Notfallmedizin.....	28
B.5.5.1 Nichtmedikamentöse Aspekte	28
B.5.5.2 Medikamentöse Aspekte.....	28
B.5.6 Experimentelle Therapieformen.....	29
B.5.7 Rehabilitation	29
B.6 Langzeitversorgung	29
B.6.1 Versorgungsstrukturen	29
B.6.2 Pflege	29
B.6.3 Betreuung / Unterstützung pflegender Angehöriger	30
B.7 Rechtliche Aspekte	30
B.8 Methodik und Fortentwicklung	31
B.8.1 Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung	31
B.8.2 Maßnahmen des ärztl. Qualitätsmanagements.....	31
B.8.3 Qualitätsanforderungen / -sicherung in der Pflege	32
B.8.4 Sektorenübergreifende Implementierung von Leitlinien	32
B.8.5 Aktualisierungsmodalitäten für die Leitlinie	33

C. Clearingverfahren Demenz – Methodik und Durchführung	35
C.1 Hintergrund und Ziele des Leitlinien-Clearingverfahrens.....	35
C.2 Methodik des Leitlinien-Clearingverfahrens	36
C.3 Durchführung des Clearingverfahrens.....	37
C.3.1 Priorisierung von Leitlinienthemen.....	38
C.3.2 Einrichtung und Aufgaben eines themenbezogenen Expertenkreis.....	39
C.3.3 Auswahlkriterien für die Zusammensetzung der Expertenkreise.....	39
C.3.4 Zusammensetzung des Expertenkreises „Demenz“	40
C.3.5 Recherche und Selektion von Leitlinien	41
C.3.6 Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien	44
C.3.7 Bewertung der inhaltlichen Qualität von Leitlinien.....	44
C.4 Ergebnisse des Clearingverfahrens „Demenz“	45
C.4.1 Ergebnisse der Leitlinienrecherche und Auswahl der Leitlinien.....	45
C.4.2 Ergebnisse der methodischen Bewertung:.....	46
C.5 Endprodukte und Umsetzung der Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens „Demenz“	48
C.6 Ablauf der Arbeit des Expertenkreises „Demenz“	49
D. Hauptdokument	50
Vorschläge zu den Inhalten einer nationalen Leitlinie „Demenz“	50
D.1 Versorgungsorganisation	51
D.1.1 Grundlagen zur Interaktion der Versorgungsstrukturen	51
D.1.2 Beteiligte Akteure	54
D.1.3 Sozialmedizinische Aspekte.....	56
D.2 Ätiopathogenese / Klinische Epidemiologie.....	59
D.2.1 Definition / Klassifikation	59
D.2.2 Ätiopathogenese / Risikofaktoren	62
D.2.3 Klinische Epidemiologie	63
D.2.3.1 Klassische Epidemiologie - Inzidenz und Prävalenz der Krankheiten	64
D.2.3.2 Krankheitsfolgen.....	72
D.2.3.3 Versorgungsforschung.....	73
D.2.4 Prognose (Krankheitsprognose)	74
D.2.5 Prognosefaktoren der leichten kognitiven Störung	75
D.2.6 Verlaufsbeurteilung.....	79
D.2.7 Responder und Therapieabbruch.....	83
D.3 Screening / Diagnose	90
D.3.1 Stufenplan (Diagnostik).....	90
D.3.2 Frühsymptome und Verdachtsdiagnose.....	94
D.3.3 Diagnose.....	97
D.3.4 Diagnose somatische Komorbidität	101
D.3.5 Diagnose von psychiatrischer und neurologischer Komorbidität „Begleitprobleme“	103
D.4 Prävention	105
D.4.1 Primär- / Sekundär- / Tertiär-Prävention	105
D.5 Therapie.....	107
D.5.1 Patientenorientiertes Therapiemanagement	107
D.5.2 Ethische Aspekte der Therapie	108
D.5.3 Nichtmedikamentöse Therapieformen.....	108
D.5.4 Pharmakologische Therapie	116
D.5.5 Notfallmedizin	130
D.5.5.1 Nichtmedikamentöse Aspekte in der Notfallversorgung von Demenzkranken	130
D.5.5.2 Medikamentöse Aspekte.....	131
D.5.6 Experimentelle Therapieformen.....	131
D.5.7 Rehabilitation	132
D.6 Langzeitversorgung.....	135

D.6.1	Versorgungsstrukturen	135
D.6.2	Pflege	136
D.6.3	Betreuung / Unterstützung pflegender Angehöriger	136
D.7	Rechtliche Aspekte	138
D.8	Methodik und Fortentwicklung	141
D.8.1	Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung	141
D.8.2	Maßnahmen des Qualitätsmanagements	142
D.8.3	Qualitätsanforderungen / -sicherung in der Pflege	143
D.8.4	Sektorenübergreifende Implementierung von Leitlinien	143
D.8.5	Aktualisierungsmodalitäten für die Leitlinie	147
E.	Anhang.....	148
E.1	Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung	148
E.2	Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (2. Vers., Fassung 8/1999)....	152
E.3	Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien.....	155
E.4	Strukturierte Leitlinien-Abstracts der Bewertung der methodischen Qualität	156
E.4.1	Alberta Medical Association. Cognitive impairment. 2002	156
E.4.2	American Academy of Neurology.	159
E.4.3	Amercian Medical Directors Association / American Health Directors Association.....	162
E.4.4	Amercian Psychiatric Association	165
E.4.5	Arzneimittelkommision der Deutschen Ärzteschaft.....	168
E.4.6	Canadian Medical Association / Consensus Conference on Dementia	171
E.4.7	Canadian Task Force on Preventive Health Care	174
E.4.8	Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. (Journal of the AAFP).....	177
E.4.9	Deutsche Gesellschaft für Neurologie.....	180
E.4.10	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde	183
E.4.11	Duodecim Finish Medical Society	186
E.4.12	New Zealand Guidelines Group (NZZG)	189
E.4.13	North of England Evidence Based Guideline Development Project.....	192
E.4.14	NSW Department of Health – Royal Australian College of General Practitioners	195
E.4.15	Scottish Intercollegiate Guidelines Network	197
E.4.16	Singapore Ministry of Health	200
E.4.17	U.S. Preventive Services Task Force	203
E.4.18	WHO Guide to Mental Health in Primary Care	206
E.5	Recherche-Datenbank „Demenz“	209

Übersicht 1: Bewertete Leitlinien

1. Alberta Medical Association. Guidelines for cognitive impairment. Part 1: Symptoms to diagnosis. Part 2: Diagnosis to management. 2002.
Internet: <http://www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-website.nsf/AllDoc/3EA50DCC10AAD9F187256E1A0067025A?OpenDocument>
2. American Academy of Neurology
 - a. American Academy of Neurology. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review); Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review); Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review); Assessment: neuropsychological testing of adults. Neurology 2001;56(9):1133-66.
Internet:
Early detection: <http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1133.pdf>
Diagnosis: <http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1143.pdf>
Management: <http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1143.pdf>
Assessment:
http://aan.com/professionals/practice/pdfs/pdf_1995_thru_1998/1996.47.592.pdf
 - b. American Academy of Neurology. Practice parameter: risk of driving and alzheimer`s disease. Neurology 2000;54(12):2205-11.
Internet: <http://www.neurology.org/cgi/reprint/54/12/2205.pdf>
3. American Medical Directors Association
 - a. American Medical Directors Association. Altered mental states. 1998.
Internet (ordering information):
<http://www.amda.com/inf/cpg/alteredmentalstates.htm>
 - b. American Medical Directors Association. Dementia. 1998.
Internet (ordering information): <http://www.amda.com/inf/cpg/dementia.htm>
4. American Psychiatric Association, Rabins P. Practice guideline for the treatment of patients with alzheimer`s disease and other dementias of late life. Am J Psychiatry 1997;154(5 Suppl 1):1-39.
Internet: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_dementia_32701.cfm
5. Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie der Demenz. 2000.
Internet: http://www.akdae.de/35/10Hefte/91_Demenz_2000_2Auflage.pdf
Patienteninformation wurde 1998 in Zusammenarbeit mit der TKK erstellt
6. Canadian Medical Association, Patterson C. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. Can J Neurol Sci 2001;28 Suppl 1:S3-S16.

7. Canadian Task Force on Preventive Health Care, Patterson CJ, Gass DA. Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly. *Can J Neurol Sci* 2001;28 Suppl. 1:S42-S51.
Internet: http://www.ctfphc.org/Sections/Cog_impair.htm
8. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al.
Publiziert im Journal der American Academy of Family Practice.
 - a. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part I. Assessment. *Am Fam Phys* 2002;65(11):2263-72.
Internet: <http://www.aafp.org/afp/20020601/2263.html>
 - b. Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment. *Am Fam Phys* 2002;65(12):2525-34.
Internet: <http://www.aafp.org/afp/20020615/2525.html>
9. Deutsche Gesellschaft für Neurologie
 - a. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Diagnose und Therapie der Alzheimer-Demenz (AD) und der Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB). In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2003. p. 96-9.
Internet: <http://www.dgn.org/34.0.html> (Version 02.05.2002)
 - b. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Pick Komplex (frontotemporale Lobärdegeneration) . In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2003. p. 100-3.
Internet: <http://www.dgn.org/34.0.html> (Version 15.08.2002)
 - c. Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Vaskuläre Demenz. In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2003. p. 201-8.
Internet: <http://www.dgn.org/34.0.html> (Version 01.05.2002)
10. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde. Demenz. Darmstadt: Steinkopff; 2000.
Internet (summary): <http://www.dgppn.de/leitlinien/041050.pdf> oder <http://www.uni-duesseldorf.de/WWW/AWMF/II/psypn06.htm>

11. Finnish Medical Society Duodecim

- a. Finnish Medical Society Duodecim. Memory disorders and dementia. 2004.
Internet: <http://www.ebm-guidelines.com>

Verlinktes Material: Examination of patients with memory disorders and dementia, Assessment of functional ability and cognitive functioning, Treatable causes of dementia and memory disorder, Neurological complications of alcoholism, Syphilis, Encephalitis, Lyme borreliosis, Delirium in the elderly, Alzheimer´s disease, Vascular dementia, Other conditions leading to dementia, Slow viral infections of central nervous system, Neuropsychological disorders, Aphasia and dysphasia, Differential diagnostics of praxysmal loss of consciousness, Examination of patients with epileptic symptoms, Transient ischaemic attack (TIA), Symptoms of arrhythmia and examination of an arrhythmia patient, Syncope, Vertigo, Migraine, Panic disorder, Sleep disorders; Evidence summaries

- b. Finnish Medical Society Duodecim. Treatment of dementia. 19-5-2004.
Internet: <http://www.ebm-guidelines.com>

Verlinktes Material: Organisation of elder care - Intermediate services; Evidence summaries

12. New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the support and management of people with dementia. 1997.

Internet:

http://www.nzgg.org.nz/guidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineCatID=32&guidelineID=45

[Guidelines for the use of acetylcholinesterase inhibitor drugs in the treatment of people with alzheimer´s disease. 2000.] ¹

13. North of England Evidence Based Guideline Development Project and Department of Primary Care and Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne. The primary care management of dementia. 1998.

Internet:

<http://www.ncl.ac.uk/pahs/research/services/publications/guide/dementia.pdf>

Methodenartikel: Eccles M, Clarke J, Livingstone M, et al. North of England evidence base guidelines development project: guideline for the primary care management of dementia. *BMJ* 1998;317:802-8.

(http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/317/7161/802?ijkey=808088540126e77894578609aeab8eee09989c04&keytype2=tf_ipsecsha)

14. NSW Department of Health, Royal Australian College of General Practitioners. Care of patients with dementia in general practice. 2003.

Internet: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/c/pdf/care_dementia_guide.pdf

¹ Zusatzmaterial ohne Kommentierung von der Organisation bzw. Herausgeber zurückgezogen; Stand: November 2004.

15. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Interventions in the management of behavioural and psychological aspects of dementia. A national clinical guideline. 1998. p. 1-25.
Internet: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign22.pdf>
16. Singapore Ministry of Health. Dementia. 2001.
Internet:
http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/Dementia_PDF.pdf
17. United States Preventive Services Task Force. Screening for dementia. Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med* 2003;138(11):925-6.
Internet: <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsdeme.htm>
Companion documents: Summary article:
<http://www.annals.org/cgi/reprint/138/11/925.pdf>
18. WHO Collaborating Centre for Mental Health Research & Training IoP, Royal Society of Medicine. WHO guide to mental health in primary care. London: The Royal Society of Medicine Press; 2000.
Internet (ordering information): <http://www.roysocmed.ac.uk/pub/bkwhopdf.htm>

Übersicht 2: Beispiele (vorbildliche Textbausteine)

Beispiel 1: Zuordnung von Behandlungsinstitutionen in Abhängigkeit vom Schweregrad.....	52
Beispiel 2: Kommunalen Versorgungsstrukturen	53
Beispiel 3: Day Care	53
Beispiel 4: Forschungsdefizite	54
Beispiel 5: Checkliste für die Aufgaben des Hausarztes als Casemanager	55
Beispiel 6: Die Rolle von Spezialisten.....	56
Beispiel 7: Fahrerlaubnis	57
Beispiel 8: Grundsätze zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen.....	58
Beispiel 9: Soziokulturelle Aspekte	58
Beispiel 10: Diagnosekriterien Demenz nach DSM-IV.....	59
Beispiel 11: Weitere Klassifikationen.....	60
Beispiel 12: Klassifikation nach Ätiologie	60
Beispiel 13: MCI-Kriterien	62
Beispiel 14: Klassifikation nach Schweregraden.....	62
Beispiel 15: Is cognitive impairment hereditary?	64
Beispiel 16: AD and genetic risks.	64
Beispiel 17: Estimated overall annual incidence of dementia and Alzheimer's disease	65
Beispiel 18: Modellrechnungen für Deutschland	66
Beispiel 19: Was bedeutet Hirnleistungsschwäche oder Demenz?.....	66
Beispiel 20: Hirnleistungsstörungen als Folge anderer Erkrankungen.	66
Beispiel 21: Krankheitsdauer.....	67
Beispiel 22: Vererbungsrisiko.	67
Beispiel 23: Survival, Normal ageing and memory.	68
Beispiel 24: Incidence and prevalence of dementia in New Zealand.....	68
Beispiel 25: General practice workload, Classification category.....	69
Beispiel 26: Background, Burden of Suffering, Epidemiology, Risk.....	69
Beispiel 27: Behavioural disorders in patients with dementia.....	72
Beispiel 28: Alzheimer' disease and health service resources.....	73
Beispiel 29: Lebenserwartung von Demenzpatienten.....	74
Beispiel 30: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment	76
Beispiel 31: Progression of Cognitive Impairment to Dementia.....	77
Beispiel 32: Mild cognitive impairment criteria.....	78
Beispiel 33: Ansprechen auf Cholinesterasehemmer	80
Beispiel 34: „Responder“ - Verlangsamung der Symptomprogression	81
Beispiel 35: Algorithmus zur antidementiven Therapie.....	83
Beispiel 36: Cross-sectional data of instruments used in detection of dementia.....	85
Beispiel 37: Synopsis zur Diagnostik und Therapie der Demenz.....	86
Beispiel 38: Testpsychologische Untersuchung.....	87
Beispiel 39: Vaskuläre Demenz, Kognitive Störungen.....	89
Beispiel 40: Behandlungsdauer	89
Beispiel 41: Therapiedauer empfohlen.....	89
Beispiel 42: Benennung von Warnzeichen.....	91
Beispiel 43: Stufenplan zur Diagnostik	92
Beispiel 44: Diagnostisches Restaging	93
Beispiel 45: Mild cognitive impairment and the development of dementia.....	95
Beispiel 46: Capacity of System to accommodate screening.....	96
Beispiel 47: What comorbidities should be screened for in elderly patients?.....	97
Beispiel 48: Diagnose und Therapie der AD und der DLB.....	98
Beispiel 49: Diagnosestellung und Kriterien der VD	99
Beispiel 50: Relevante Komorbiditäten	102
Beispiel 51: Relevanz der Komorbidität	102
Beispiel 52: Komorbidität und Verhaltensstörungen.....	103
Beispiel 53: Psychiatrische und neurologische Komorbiditäten.....	104
Beispiel 54: Gefäßrisikofaktoren bei primärer Prävention VD	105
Beispiel 55: Specific Psychotherapies/ Psychosocial Treatments	109
Beispiel 56: Psychosoziale Behandlung und Rehabilitation.....	110
Beispiel 57: Non-pharmacologic Interventions.....	111

Beispiel 58: Nonpharmacologic Interventions for Reducing Behavioral Disturbances	113
Beispiel 59: Nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren bei Demenzen	114
Beispiel 60: Educational interventions, nonpharmacologic interventions	115
Beispiel 61: Nichtmedikamentöse Therapie	116
Beispiel 62: Pharmakotherapie Antidementiva	120
Beispiel 63: Weitere medikamentöse Ansätze	121
Beispiel 64: Wirksamkeitsnachweis	121
Beispiel 65: Zusammenfassende Empfehlungen zu Antidementiva	121
Beispiel 66: Behandlungsdauer	122
Beispiel 67: Antidementiva und UAW	122
Beispiel 68: Zusammenfassende Empfehlungen zur Pharmakotherapie mit Antidementiva	123
Beispiel 69: Other agents	123
Beispiel 70: Ansätze zur Prophylaxe oder Therapie	124
Beispiel 71: Therapieangebote mit „sensationellen Erfolgsaussichten“	124
Beispiel 72: Treatment of Behavior and Mood Disorders	124
Beispiel 73: Management of Agitation in Dementia	128
Beispiel 74: Research Directions	129
Beispiel 75: National Center on Elder Abuse	130
Beispiel 76: Development of a treatment plan	133
Beispiel 77: Site-Specific Issues	135
Beispiel 78: Betreuungsrecht	139
Beispiel 79: Verantwortungsvoller Umgang mit Zwangsmaßnahmen	140

Übersicht 3: Abbildungen

Abbildung 1: Arbeitsschritte des Leitlinien-Clearingverfahrens	36
Abbildung 2: Einsatzmöglichkeiten des Clearingberichtes	49

Übersicht 4: Tabellen

Tabelle 1: Übersicht der zitierten Beispiele und Bewertungsergebnisse	18
Tabelle 2: Durchführung des Leitlinien-Clearingverfahrens	37
Tabelle 3: Zusammensetzung des Expertenkreises Demenz	40
Tabelle 4: Ergebnisse der methodischen Bewertung	46
Tabelle 5: Inhaltliche Eckpunkte* im Leitlinien-Clearingverfahren „Demenz“	50
Tabelle 6: Evaluierten Implementierungsinstrumenten und Arbeitshilfen	146

Übersicht 5: Verwendete Abkürzungen

AAN	American Academy of Neurology
AKdÄ	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
AMA	Alberta Medical Association
AMDA	American Medical Directors Association
APA	American Psychiatric Association
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
ÄZQ	Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin
BÄK	Bundesärztekammer
BMGS	Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung
CJD	Creutzfeldt-Jakob disease (Creutzfeld-Jakob-Krankheit)
CMA	Canadian Medical Association
CTFPH	Canadian Task Force on Preventive Health Care
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EbM	Evidenzbasierte Medizin
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FMS	Finnish Medical Society (Duodecim)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (AIDS-Erreger, menschliches Immundefizienzvirus)
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	International Classification of Functioning Disability and Health
ICSI	Institute for Clinical Systems Integration
ISBN	International Standard Book Number
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LL	Leitlinie
MCI	Minimal Cognitive Impairment
MOH	Singapore Ministry of Health
NNT	Number needed to treat
NOENGL	North of England Evidence Based Guideline Development Project and Department of Primary Care and Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne
NSW	New South Wales Department of Health, Royal Australian College of General Practitioners
NZGG	New Zealand Guidelines Group
PEG	Perkutanen Endoskopischen Gastrostomie
PQsG	Pflege-Qualitätssicherungsgesetz
QM	Qualitätsmanagement
QS	Qualitätssicherung
RACGP	Royal Australian College of General Practitioners, s. NSW
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
SGB	Sozialgesetzbuch
USPSTF	United States Preventive Services Task Force
VaD, VD	Vascular dementia
WHO	World Health Organization, WHO Collaborating Centre for Mental Health Research & Training

A. Zusammenfassung (Abstract)

Hintergrund und Zielsetzung

Zur Qualitätsförderung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Demenz verabredeten die Partner des Leitlinien-Clearingverfahrens im März 2003 die Durchführung eines Clearingverfahrens zu deutsch- und englischsprachigen Leitlinien zur Behandlung der Demenz.

Ziel dieses Clearingverfahrens ist die vergleichende Qualitätsdarlegung von Methodik und Inhalt von Leitlinien und daraus resultierend die Entwicklung von Empfehlungen, die bei der Entwicklung einer nationalen, evidenzbasierten Leitlinie zur Behandlung der Demenz beachtet werden sollen.

Recherche

Systematische Datenbankrecherche nach deutsch- und englischsprachigen ärztlichen Leitlinien zur Behandlung der Demenz im Angebot des Leitlinien-Informationssystems des ÄZQ unter <http://www.leitlinien.de> und in Literaturdatenbanken für den Zeitraum von 1993 bis 2003. Die Gesamttrefferzahl belief sich auf 1245. Nach Ausschluss von Dubletten bzw. Literaturzitate wurden 167 Titel gesichtet. Im November 2004 wurde in einer Aktualisierungsrecherche geprüft, ob für die bewerteten Leitlinien aktualisierte Fassungen (Updates) erschienen sind.

Bewertung

Unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien (u.a. überregionaler Anbieter, aktuelle und gültige Version) wurden 24 deutsch- bzw. englischsprachige Leitlinien zur Therapie der Demenz in das Clearingverfahren eingeschlossen.

Die Bewertung der methodischen Aspekte der Leitlinien und ihrer Erstellung erfolgte anhand der Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien" (2. Version, 8/1999). Ein multidisziplinär aus Leitlinienanwendern und Methodikern zusammengesetzter Expertenkreis konsentiert die Auswahl der Leitlinien und überprüfte die Bewertung der Methodik. Die inhaltliche Bewertung der Leitlinien erfolgte hinsichtlich ihrer Angemessenheit und Praktikabilität für das deutsche Gesundheitssystem.

I. Ergebnisse der Bewertung der methodischen Qualität

Keine der Leitlinien erfüllt vollständig die Kriterien der Checkliste "Methodische Qualität von Leitlinien". Neun Leitlinien dokumentieren eine systematische Literaturrecherche und weisen gleichzeitig eine Verknüpfung der Leitlinienempfehlungen mit der jeweils zugrunde liegenden Evidenz auf. Einige dieser Leitlinien setzen außerdem ein formalisiertes Konsensusverfahren bei der Entscheidungsfindung ein.

Künftigen deutschen Leitlinienprogrammen zur Behandlung der Demenz wird insbesondere die Berücksichtigung folgender methodischer Aspekte empfohlen:

(1) Formulierung der Empfehlungen auf der Grundlage systematisch recherchierter und bewerteter Evidenz, (2) Verknüpfung von Evidenz und Empfehlungen, (3) Verwendung standardisierter, transparenter Konsensusprozesse, (4) Angaben zur Zusammensetzung des Leitliniengremiums unter Berücksichtigung von relevanten Anwendern und Betroffenen, (5) Darlegung von möglichen Interessenkonflikten, (6) Festlegung von Gültigkeitsdauer und Konkretisierung des Verfahrens für Aktualisierung und Fortschreibung,

(7) Definition des Anwendungsbereiches, (8) Berücksichtigung des Handlungskontextes der angesprochenen Nutzer und der Schnittstellen zwischen den Behandlungsebenen, (9) Einbindung von Patientinnen in Entscheidungsprozesse, (10) Erarbeitung unterschiedlicher, an die Zielgruppen angepassten Versionen für Anwender, Patientinnen und / oder Angehörige, (11) Darlegung eines Implementierungskonzeptes, (12) Beschreibung von Verfahren, wie der Nutzen der Leitlinie sowohl für Patientinnen als auch für das Gesundheitssystem ermittelt werden soll.

II. Ergebnisse der Bewertung der Inhalte

Der Expertenkreis definierte inhaltliche Eckpunkte, die bei Erstellung einer überregionalen deutschen Leitlinie zur Behandlung der Demenz berücksichtigt werden sollen.

Das Ausmaß, in dem die Inhalte der bewerteten Leitlinien den Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems gerecht werden, wurde identifiziert und sich daraus ergebende Probleme benannt. Der Expertenkreis entwickelte entsprechende Vorschläge, die bei der Entwicklung der Struktur und dem Inhalt einer nationalen Leitlinie zur Behandlung der Demenz berücksichtigt werden sollten.

Durch die Auswahl von vorbildlichen Textbausteinen aus den zugrunde liegenden Leitlinien wurden diese Forderungen konkretisiert.

Keine der bewerteten Leitlinien entspricht vollständig den inhaltlichen Eckpunkten, die die Fokusgruppe für eine überregionale Leitlinie zur Therapie der Demenz empfiehlt.

Die Bewertung der nationalen und internationalen Leitlinien im Clearingverfahren Demenz zeigte jedoch, dass diese bei der Entwicklung einer nationalen Leitlinie zur Behandlung der Demenz, die methodisch und inhaltlich definierten Qualitätskriterien gerecht wird, genutzt werden können.

Schlussfolgerung

Die in diesem Clearingverfahren methodisch und inhaltlich bewerteten Leitlinien verfügen über eine große Menge hochwertiger Informationen. Diese sollten zusammen mit dem vorgelegten Clearingbericht zur Entwicklung einer Leitlinie zur Therapie der Demenz, die den Qualitätskriterien des Clearingberichtes entspricht, genutzt werden.

Der Pflegebereich wurde als eine definierte Schnittstelle aufgefasst, die nicht Thema des Leitlinien-Clearingverfahrens ist, das ausschließlich auf die Analyse und Bewertung ärztlicher Leitlinien ausgerichtet und entsprechend validiert ist.

Bei der Entwicklung und Erstellung einer zukünftigen Leitlinie „Demenz“ wird angeraten, dass die Schnittstelle zum Pflegebereich überprüft werden muss, eine Festlegung getroffen werden soll, inwieweit eine Leitlinie „Demenz“ inhaltlich den Pflegebereich mit zu umfassen hat und die Notwendigkeit der Hinzuziehung entsprechender fachlicher Expertise des ambulanten und/ oder stationären Pflegebereichs geprüft werden muss.

Tabelle 1: Übersicht der zitierten Beispiele und Bewertungsergebnisse

Listung und Zuordnung der Beispiele (Anzahl 79) aus den bewerteten 18 Leitlinien																			
Leitlinie / Kapitel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	Lit 2.
D.1 Versorgungsorganisation																			
D.1.1		4		3						1		2							
D.1.2												6		5					
D.1.3						7						8							
						9													
D.2 Klinische Epidemiologie / Ätiopathogenese																			
D.2.1	10	13			11						14								
					12														
D.2.3.1	15	16			18						23	24	25					26	
		17			19														
					20														
					21														
					22														
D.2.3.2													27						
D.2.3.3													28						
D.2.4														29					
D.2.5		30					31												
		32																	
D.2.6					34			33		35									
D.2.7		36			37				39	38									
					40					41									
D.3 Screening / Diagnose																			
D.3.1	43	42	44																
D.3.2		45				46													
D.3.3		47							48										
									49										
D.3.4			51										52	50					
D.3.5		53																	
D.4 Prävention																			
D.4.1						54													
D.5 Therapie																			
D.5.4		57		55	61			58		56									59
		60																	
D.5.5				69	62			72											
				74	63			73											
					64														
					65														
					66														
					67														
					68														
					70														
					71														
D.5.6.1								75											
D.5.8				76															
D.6 Langzeitversorgung																			
D.6.1				77															
D.7 Rechtliche Aspekte																			
D.7					78							79							
Summe	3	13	2	6	21	4	1	5	3	5	2	5	4	3	0	0	1	0	1

² Anmerkung zur Literaturquelle, s. Kapitel D.5.3 bzw. Beispiel 59.

„Methodische Qualität von Leitlinien“ gemäß Checkliste																			
Leitlinie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Evidenz-basiert		ja		ja	ja	ja	ja		ja		ja	ja	ja		ja	ja	ja		
Block I	1	9	7	9	9	7	8	3	6	3	3	5	14	5	7	5	9	3	
Block II	10	9	12	12	12	12	9	10	7	11	8	13	13	10	9	8	10	9	
Block III	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	2	
Gesamt	12	19	20	24	24	20	18	14	14	15	12	19	28	16	19	15	20	14	
Ergebnisse der Bewertung der methodischen Qualität der Leitlinien entsprechend der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (erreichte Punktwerte). Block 1: Qualität der Leitlinienentwicklung (max. 17 Punkte) Block 2: Qualität von Format und Darlegung der Inhalte (max. 17 Punkte) Block 3: Qualität der Anwendbarkeit (max. 6 Punkte)																			

B. Zusammenstellung der Vorschläge (Executive Summary)

B.1 Versorgungsorganisation

B.1.1 Versorgungsstrukturen und -ebenen

An der Behandlung und Betreuung Dementer sind unterschiedlichste institutionelle Strukturen und Versorgungssektoren beteiligt, deren Zusammenarbeit den bekannten Schnittstellenproblemen des deutschen Gesundheitswesens unterliegt. Hierbei spielen Faktoren des regionalen Angebots, des Wettbewerbs der Anbieter, aber auch leistungsrechtliche Aspekte (beispielsweise der Grundsatz „ambulant vor stationär“) derzeitiger und fortzuschreibender (bzw. integrierter) Versorgungsverfahren eine Rolle.

Eine Leitlinie sollte:

- eine Übersicht der an der Betreuung dementer Patienten und ihrer Angehörigen beteiligten Versorgungsstrukturen geben,
- die Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Versorgungsebenen und –bereiche für das Behandlungsmanagement dementer Patienten benennen,
- diesen Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der vorhandenen Evidenz ihren Platz in einem gestuften Gesamtbehandlungskonzept im Sinne eines allgemeinen Casemanagements mit Benennung genereller Umsetzungsverantwortlichkeiten (i.S. eines Casemanagers) und spezieller Umsetzungsverantwortlichkeiten (für einzelne Interventions-/Unterstützungsmaßnahmen) zuordnen,
- Anforderungen an das zugehörige Schnittstellenmanagement formulieren,
- Forschungsdefizite benennen.

B.1.2 Beteiligte Akteure

An der Behandlung und Betreuung Dementer sind zahlreiche unterschiedliche Berufsgruppen, Angehörige und Laien (z. B. Selbsthilfevereine) beteiligt, deren Zusammenarbeit ebenfalls Schnittstellenproblemen unterliegt. Ein zweckmäßiges und effizientes Betreuungsmanagement ist auf umfassende Informationen und koordinierte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure angewiesen.

Eine Leitlinie sollte:

- eine Übersicht der an der Betreuung dementer Patienten und ihrer Angehörigen beteiligten Professionen geben,
- die spezifischen Aufgabenschwerpunkte und Grenzen der beteiligten Professionen und Akteure für das Versorgungsmanagement dementer Patienten benennen,
- den beteiligten Professionen unter Berücksichtigung der vorhandenen Evidenz ihren Platz in einem gestuften Gesamtbehandlungskonzept im Sinne eines allgemeinen Casemanagements mit Benennung genereller Umsetzungsverantwortlichkeiten (i.S. eines Casemanagers) und spezieller Umsetzungsverantwortlichkeiten (für einzelne Interventions-/Unterstützungsmaßnahmen) zuordnen und Durchführungsverantwortlichkeiten benennen,
- Anforderungen an das zugehörige Schnittstellenmanagement formulieren,
- Forschungsdefizite benennen.

B.1.3 Sozialmedizinische Aspekte

Spezifische sozialmedizinische Aspekte hinsichtlich der Versorgung Dementer betreffen eine Reihe besonderer rechtlicher Fragen (Einwilligungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit, Betreuung, Fahrerlaubnis, Forschungsethik, Missbrauch von und durch Demente), die es im Rahmen des Betreuungsmanagements Dementer zu klären gilt.

Eine Leitlinie sollte:

- Aussagen zur Problematik der Einwilligungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit / partiellen Einwilligungsfähigkeit Dementer und deren Beurteilung treffen,
- hierbei die gesetzlichen Regelungen des deutschen Betreuungsrechts berücksichtigen,
- Aussagen zu den rechtlichen Voraussetzungen des Einbezugs dementer Patienten in Studien in Deutschland formulieren,
- Aussagen zur Problematik der Fahrerlaubnis und des Managements von Patienten mit isolierten kognitiven Einschränkungen (MCI) und Demenz treffen,
- Aussagen zur Problematik von physischem, psychischem, rechtlichem, finanziellen und sexuellen Missbrauch dementer Patienten mit Hinweisen auf vorbeugende Maßnahmen einschließen,
- Grundsätze zum verantwortungsvollem Umgang mit Zwangsmaßnahmen formulieren,
- auf soziokulturelle Aspekte der Demenzdiagnostik hinweisen,
- auf die spezifischen Probleme der Patienten mit Demenz mit frühem Krankheitsbeginn in der Phase der Erwerbstätigkeit eingehen.

B.2 Ätiopathogenese / Klinische Epidemiologie

B.2.1 Definition / Klassifikation

Einer Leitlinie Demenz sind hinreichende Definitionen und Klassifikationen und Abgrenzungen des von ihr behandelten Erkrankungsbildes voranzustellen.

Eine Leitlinie sollte:

- eine allgemeine Definition des Demenzsyndroms anhand standardisierter Klassifikationssysteme treffen,
- eine Klassifikation nach Schweregraden vornehmen,
- eine Abgrenzung zu MCI vornehmen,
- eine Klassifikation der Demenzen nach Ätiologie (mit Differentialsymptomatik) treffen.

B.2.2 Ätiopathogenese (Risikofaktoren)

Für Demenzerkrankung gibt es Risikofaktoren, auf die sich die Frühdiagnostik und das Screening beziehen können.

Eine Leitlinie sollte z. B. auf das Risiko bei

- (genetisch-) familiärer Prädisposition,
- Stoffwechselstörungen,
- bereits vorbestehenden, neurologischen, internistischen oder vaskulären Erkrankungen
- und den sozialen Status eingehen.

B.2.3 Klinische Epidemiologie

Epidemiologische Aussagen sind zu folgenden Faktoren für eine Reihe von Fragestellungen notwendig:

- Risikofaktoren: Identifikation von Risikogruppen und Entwicklung möglicher präventiver Ansätze,

- Häufigkeit der verschiedenen Stadien der Demenz (Prävalenz, Inzidenz): Schätzung für gesundheitsplanerische Aktivitäten sowie zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Demenz bei diagnostischen Tests im Alltag,
- Häufigkeit des natürlichen Krankheitsverlaufs: Schätzung des potentiellen Nutzens von Interventionen,
- Häufigkeit „komplikativer“ Verläufe und Krankheitsfolgen (z. B. Aggressivität): Abschätzung des Versorgungsaufwandes und Schätzung des potentiellen Nutzens von Interventionen,
- Spezifische Problematik der Demenzen mit frühem Krankheitsbeginn.

B.2.3.1 Klassische Epidemiologie - Inzidenz und Prävalenz der Krankheiten

Um den Stellenwert einer Erkrankung im Umfeld anderer Krankheit beurteilen zu können, müssen Daten zur Rate von Neuerkrankungen (Inzidenz) und zur bestehenden Häufigkeit (Prävalenz) in der Leitlinie angegeben werden.

Eine Leitlinie sollte:

- Informationen zur Inzidenz und Prävalenz der verschiedenen Demenzformen und
- Informationen über die evidenzbasierten Risikofaktoren und deren Vermeidbarkeit enthalten.

B.2.3.2 Krankheitsfolgen

Für eine adäquate Beurteilung der Folgen dementieller Erkrankungen gehören Informationen zum natürlichen Verlauf einschließlich Mortalität sowie der Häufigkeit von Krankheitsfolgen, die für die Versorgung relevant sind, in eine Leitlinie.

Eine Leitlinie sollte:

- quantitative Angaben über den natürlichen Krankheitsverlauf enthalten,
- sich mit den Häufigkeiten von medizinischen und psychosozialen Leistungen auseinandersetzen,
- sich in Abhängigkeit vom Lebensalter bei Krankheitsbeginn mit den medizinischen und psychosozialen Krankheitsfolgen auseinandersetzen.

B.2.3.3 Versorgungsforschung

Fragen des Krankheitsmanagements müssen über alle Versorgungsbereiche einschließlich des Angehörigenbereichs angesprochen werden.

Eine Leitlinie sollte:

- sich mit den wichtigsten Versorgungsfragen wie Häufigkeit von Arztbesuchen, Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen auseinandersetzen,
- Angaben zur Häufigkeit und Intensität der pflegerischen Versorgung im institutionellen und ambulanten Bereich einschließlich der Angehörigenarbeit und
- Schätzungen der dabei entstehenden Kosten enthalten.

B.2.4 Prognose (Krankheitsprognose)

Aussagen zur Prognose einer Erkrankung ist für Betroffene, Angehörige sowie Ärzte und Therapeuten von zentraler Bedeutung.

Eine Leitlinie sollte beinhalten:

- Angaben zum Krankheitsverlauf,
- Durchschnittliche Dauer bis Pflegebedürftigkeit, Heimeinweisung oder Tod,

- Angaben, ob und wie die Prognose durch Therapie verändert werden kann,
- Angaben, mit welcher Wahrscheinlichkeit Komplikationen auftreten.

B.2.5 Prognosefaktoren der leichten kognitiven Störung

In der aktuellen klinisch-wissenschaftlichen Diskussion spielt die „leichte kognitive Störung“ (= mild cognitive impairment = MCI) eine wichtige Rolle.

Eine Leitlinie sollte konkrete Informationen:

- zu diagnostischen Kriterien,
- zur Abgrenzung der MCI gegenüber einer manifesten Demenz,
- zu den Untersuchungsmethoden und deren Wertigkeit,
- zur Differentialdiagnose,
- zu möglichen Ursachen,
- zur Epidemiologie,
- zur Prognose und
- zum Management dieser Patienten in Praxis und Klinik (Beratung, Nachuntersuchung, Beurteilung erster Behandlungsansätze) beinhalten.

B.2.6 Verlaufsbeurteilung

Die Verlaufsdiagnostik ist ein wichtiges Instrument zur Beurteilung des natürlichen Verlaufes und der Therapie von leichten und mittelschweren Demenzen.

Eine Leitlinie sollte:

- Methoden und Kriterien der Verlaufsdiagnostik sowie deren Grenzen klar nennen,
- Forschungs- und Entwicklungsbedarf definieren,
- Therapie-Responder und –Versager anhand dieser Methoden eindeutig definieren,
- Ergebnisse der Verlaufsdiagnostik müssen Entscheidungen zur Fortsetzung oder zum Abbruch von Therapien ermöglichen.

B.2.7 Responder und Therapieabbruch

Wichtige Grundlage einer effektiven pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapie ist deren Wirksamkeit, die messbar sein sollte.

Eine Leitlinie sollte:

- die verwendeten Begrifflichkeiten (z. B. Therapie-Response, -Erfolg und -Abbruch, Erfolgskontrolle) eindeutig definieren.
- Die allgemeinen und spezifischen Verfahren und eingesetzten Indikatoren für eine Therapie-Evaluation benennen (z. B. Anamnese, Patient/Partner/Betreuer, klinischer Gesamteindruck, Kognitives Screeningverfahren, nicht-kognitive Symptome) und Hilfen zu deren Interpretation geben.
- Die Definition des „Therapieerfolges“ sollte möglichst stadienabhängig den unterschiedlichen natürlichen Krankheitsverlauf berücksichtigen.

B.3 Screening / Diagnose

B.3.1 Stufenplan (Diagnostik)

Die Betreuung dementer Patienten hat sich im Interesse einer qualitätsgesicherten Versorgung an den Kriterien einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen, das Maß

des Notwendigen jedoch nicht überschreitenden Leistungserbringung zu orientieren. Dies setzt Standards in der Diagnostik voraus, die sich am (therapeutischen) Nutzen und den hieraus entstehenden Kosten orientieren und unnötige Untersuchungen und Belastungen des dementen Patienten vermeiden.

Es ist ein evidenzbasierter Stufenplan der Diagnostik zu den Stadien

- Screening / Früherkennungsverfahren,
- Diagnosesicherung und differentialdiagnostische Abklärung,
- Verlaufskontrolle und Komplikationen zu erstellen.

Der Stufenplan soll

- für das jeweilige diagnostische Stadium definieren,
 - Was,
 - wann (ggf. unter welchen „Red flags“ bzw. mit welcher Kontrollfrequenz),
 - von welchem Leistungserbringer,
 - in welchem Umfang eine Diagnostik zweckmäßig ist, und
- hierbei sollte eine Risikostratifizierung erfolgen.

B.3.2 Frühsymptome und Verdachtsdiagnose

Frühdiagnostik und Screening

Prävalenz und Inzidenz von Demenzen nehmen mit steigendem Alter exponentiell zu. In der Fachliteratur wird regelmäßig auf die Notwendigkeit des Einsatzes von kognitiven Screening-Verfahren (= psychometrische Untersuchungsverfahren) zur Unterstützung der Diagnose von Demenzen, deren Frühstadien sowie der Erkennung von Patienten mit leichter kognitiver Störung (= mild cognitive impairment = MCI) hingewiesen.

Eine Leitlinie sollte darstellen, aus welchen Gründen:

- eine genaue und frühe Diagnose von Demenzen (bzw. MCI) sinnvoll und ein anzustrebendes Ziel ist.

Anhand der ausgezeichneten epidemiologischen Datenlage zu Demenzen und MCI kann die Evidenz herausgearbeitet werden,

- ob und unter welchen Bedingungen, sowie
- bei welcher Risikogruppe (mit und ohne subjektive Beschwerden) die Durchführung von kognitiven Screeningverfahren bzw. weiteren Untersuchungen sinnvoll ist.

Wichtig ist die Erörterung, welche Möglichkeiten

- in der ambulanten Praxisversorgung genutzt werden können und sollen und
- welche Maßnahmen in den Bereich der Spezialambulanzen oder Kliniken fallen.

=> siehe auch Kapitel B.1.1 Versorgungsstrukturen und -ebenen , Seite 20

Des Weiteren ist eine Stellungnahme zur Frage sinnvoll, ob

- ab einem bestimmten Alter und/oder
- bei Vorliegen von Risikofaktoren grundsätzlich ein kognitives Screening durchgeführt werden soll.

B.3.3 Diagnose

Die Liste der Differentialdiagnose von Demenzsyndromen ist lang. Entscheidend für den Kliniker ist zu wissen, welche Maßnahmen bzw. Methoden zur Differenzierung eingesetzt werden können oder sollen.

Eine genaue Diagnosestellung ist für eine adäquate Beratung über die Erkrankung, zur Prognosestellung und zur Therapie unentbehrlich. Für die Leitlinie bedeutet das:

- Minimalvoraussetzung ist eine klare Beschreibung aller wichtigen Demenzformen.
- Es ist eine genaue Beschreibung der obligaten, operationalisierten, diagnostischen Kriterien für Demenzen notwendig.
- Hilfreich für den Kliniker und Praktiker sind klare Flussdiagramme/Entscheidungsbäume und ein abgestuftes differentialdiagnostisches Programm.

B.3.4 Diagnose somatischer Komorbidität

Demenzen gehen besonders im Alter häufig mit einer Vielzahl von Komorbiditäten einher, die es zu erfassen, eigenständig zu behandeln oder in ihren Wechselwirkungen mit der Demenzerkrankung zu berücksichtigen gilt, um zusätzliche Risiken zu vermeiden.

Es sind:

- Komorbiditäten zu benennen, die differentialdiagnostisch als eigenständige Krankheitsbilder von den Symptomen einer Demenz abzugrenzen sind,
- Komorbiditäten zu benennen, die direkt oder indirekt den Verlauf und die Klinik einer Demenz beeinflussen können
 - als Risikofaktor,
 - über ihre Begleitmedikation,
 - als Auslöser typischer, insbesondere deliranter Komplikationen,
 - durch zusätzliche funktionelle Beeinträchtigungen.

B.3.5 Diagnose von psychiatrischer und neurologischer Komorbidität

Nicht selten leiden Patienten mit Demenzen zusätzlich an anderen psychiatrischen und/oder neurologischen Erkrankungen („Begleitprobleme“). Das Erkennen dieser Komorbiditäten ist für die Differenzialdiagnose, die Einschätzung des Krankheitsverlaufes (Prognose, s.u.), aber auch für die Therapie wichtig.

Die Diagnostik dieser psychiatrischen und neurologischen Komorbidität ist wichtig, da sich daraus unter Umständen Möglichkeiten einer wirksameren (und kausalen) Behandlung der Demenz ergeben können.

Eine Leitlinie sollte berücksichtigen:

- Angaben, welche psychiatrischen und neurologischen Komorbiditäten häufig anzutreffen sind,
- Angaben, welche Diagnostik in Bezug auf psychiatrische und neurologische Komorbidität sinnvoll ist,
- Information, welche Bedeutung die psychiatrische und neurologische Komorbidität für die Therapie von Demenzen hat.

B.4 Prävention

Primär- / Sekundär- / Tertiär-Prävention

Die Erforschung möglicher Ursachen von Demenzen zieht unmittelbar die Frage nach der Prävention nach sich. Aussagen zur Wirksamkeit der Prävention von Demenzen sind gerade vor dem Hintergrund noch immer eingeschränkter pharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten wichtig. Wegen der enormen gesundheitsökonomischen Relevanz von präventiven Ansätzen für dieses Krankheitsbild sollte dieser Komplex in einer Leitlinienentwicklung berücksichtigt werden.

Eine Leitlinie sollte beinhalten:

- klare Stellungnahme zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bezogen auf die unterschiedlichen Demenzformen (z. B. Behandlung von Gefäßrisikofaktoren bei vaskulärer Demenz, aggregations-hemmende Medikamente),
- Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärmaßnahmen konkret nennen,
- Angaben, welche Präventivmaßnahmen zurzeit in klinischen Studien erforscht werden und möglicherweise Aussicht auf Erfolg haben.

B.5 Therapie

B.5.1 Patientenorientiertes Therapiemanagement

- Eine Leitlinie sollte aufeinander abgestimmte Module für die Primärversorgung (z. B. Hausärzte) sowie die weitere ambulante und stationäre Versorgung enthalten.
- Eine Leitlinie und ihre Module sollten eine globale Behandlungsstrategie für die kontinuierliche Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsphasen darstellen.
- Es sollten Ziele einer Maßnahme und die Kriterien für die Auswahl (z. B. die Art der Begleitsymptome / funktionellen Beeinträchtigung) einer bestimmten Behandlung und Beratung des Patienten genannt werden.
- Basierend auf Verlaufskriterien sollten Empfehlungen zur Langzeitbetreuung und -behandlung gegeben werden.
- Diese sollten insbesondere für Hausärzte, Patienten und ggf. Angehörige eine ausgewogene Darstellung der Prognose beinhalten und Kriterien und Vorgehen bei Verschlechterung nennen.

B.5.2 Ethische Aspekte der Therapie

Eine Leitlinie sollte

- sich mit den aus einer Geschäftsunfähigkeit ergebenden Problemen bei Demenz-Patienten auseinandersetzen,
- dem Nutzer Hinweise auf Informationsquellen, wie z. B. die Internet-Links zu den Betreuungsgesetzen bzw. -verfahren der einzelnen Bundesländer geben,
- sich mit dem Thema der Patienten-Verfügungen und -Testamente auseinandersetzen,
- zu den Problemen von Ermessensentscheidungen zur individuellen Prognose des Patienten Stellung nehmen und
- wesentliche Folgen einer hochgradigen Demenz wie Trink- und Ernährungsprobleme, insbesondere einschließlich der PEG-Ernährung, Akutbehandlung wie z.B. bei Pneumonie, etc. benennen und Möglichkeiten des Managements aus ethischer und medizinischer Sicht aufzeigen,
- sich mit dem Einschluss und der Teilnahme von einwilligungsunfähigen Demenzkranken in wissenschaftliche Untersuchungen auseinandersetzen.

=> siehe auch Kapitel B.1.3 Sozialmedizinische Aspekte, Seite 21

=> siehe auch Kapitel B.7 Rechtliche Aspekte, Seite 30

B.5.3 Nichtmedikamentöse Therapieformen

Zielpersonen sind sowohl die Betroffenen selbst als auch die Bezugspersonen und Pflegepersonen.

Eine Vielzahl von nichtmedikamentösen Behandlungs-/Betreuungsformen mit Demenzkranken hat eine weite Verbreitung in Kliniken, Seniorenheimen und ambulanten Settings gefunden.

Nichtmedikamentöse Verfahren umfassen ein breites Spektrum von Maßnahmen:

- Gestaltung der Umwelt (Milieuthherapie),
- edukative und Trainings-Maßnahmen (kognitives Training, kompensatorische Therapie),
- Selbsthilfegruppen, auch für Angehörige,
- psychotherapeutische Verfahren (Selbsterhaltungstherapie, Validation) und
- soziotherapeutischen (Realitätsorientierungstherapie) Verfahren.

Eine Leitlinie sollte berücksichtigen:

- eindeutige Klassifikation nichtmedikamentöser Verfahren, die damit Eigenständigkeit als Behandlungsbausteine gewinnen,
- kritische Bewertung der Methoden bzw. Maßnahmen, für die Studien oder Erfahrungswerte vorliegen,
- klare Benennung von Forschungsbedarf,
- Zuordnung von Interventionen zu Krankheitsstadien,
- klarere Trennung der Adressaten (Erkrankte, Angehörige, Pflegepersonen).

B.5.4 Pharmakologische Therapie

Eine Leitlinie sollte einen bewertenden Vergleich der zur Verfügung stehenden Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe bieten. Dazu gehören:

- eine Übersicht, welcher Nutzen für welche Wirkstoffe belegt ist,
- ein Vergleich der wirksamen Wirkstoffgruppen und der dazugehörigen einzelnen Wirkstoffe hinsichtlich ihrer Eigenschaften,
- eine Zusammenstellung der Präparate bzw. Stoffe deren Nutzen nicht belegt ist,
- oder deren Anwendung obsolet ist.

Diese Zusammenstellungen sollten in einem fest vorgegebenen Rhythmus von (1-) 2 Jahren aktualisiert werden.

Eine Leitlinie sollte die zahlreichen klinischen Studien sichten und in für den Anwender transparente Empfehlungen zur Pharmakotherapie umsetzen.

Dabei sollten in erster Linie:

- Bewertungen verschiedener Wirksamkeitsparameter vorgenommen werden,
- die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie auch hinsichtlich klinischer Langzeitendpunkte bewertet werden; hierzu gehören
 - Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen,
 - Morbidität und Mortalität;
- ökonomische Gesichtspunkte zusammengestellt werden und
- Forschungs- und Entwicklungsbedarf erarbeitet werden.

Die nachfolgend aufgeführten Einzelaspekte der antidemenziellen Pharmakotherapie sollten in einer nationalen Leitlinie "Demenz" berücksichtigt werden:

- Therapiebeginn,
- Erstellung und Begründung eines Stufenplans,
- Kontraindikationen / Unverträglichkeiten,
- Kombinationstherapie (Kombination mehrerer Antidementivgruppen bzw. mehrerer Antidementiva-Wirkstoffe),
- Darstellung anderer Antidementiva:
- Motivation und Compliance bzgl. der Pharmakotherapie,

- Unerwünschte Arzneimittelwirkungen,
- Arzneimittelinteraktionen,
- Begleitmedikation zur Pharmakotherapie mit Antidementiva (z. B. Behandlung somatischer und pharmakogener Ursachen eines Demenzsyndroms, Behandlung somatischer Begleiterkrankungen oder Behandlung demenzbedingter Verhaltensstörungen).

B.5.5 Notfallmedizin

B.5.5.1 Nichtmedikamentöse Aspekte

Nichtmedikamentöse Maßnahmen sind Bestandteil der primären Interventionen.

Eine Leitlinie sollte unter Einbeziehung der Notfallsituation Stellung zu

- Delirien,
- Erregungszuständen und
- suizidalen Krisen nehmen

und Empfehlungen abgeben, welche Maßnahmen im direkten Umgang mit den Betroffenen, den Angehörigen und professionell Tätigen möglich und stadienspezifisch angemessen sind.

Es sollten in einer Leitlinie folgende Gesichtspunkte zur notfallmäßigen Therapie Berücksichtigung finden:

- Deeskalation,
- engmaschige Betreuung,
- protektive Maßnahmen,
- Reorientierung,
- Gespräch.

Außerdem sollten Indikatoren und Maßnahmen genannt werden bei Verdacht auf:

- Misshandlung durch körperliche Gewalt oder
- durch massive Vernachlässigung der Grundbedürfnisse von Demenzkranken.

B.5.5.2 Medikamentöse Aspekte

Die vorliegenden Leitlinien enthalten bislang wenig Hinweise darauf, mit welchen Notfällen im Verlauf der Erkrankung und/oder unter der Therapie gerechnet werden muss und welche evidenzbasierten Empfehlungen zum Umgang mit diesen Notfällen gegeben werden können. Auch enthalten sie keine übersichtlichen Stufenpläne für die Therapie von Demenzerkrankungen.

Eine Leitlinie sollte eine Zusammenstellung von Maßnahmen für Situationen enthalten, die im Verlauf bzw. bei der Therapie von Demenzsyndromen notfallmäßig entstehen können, z. B.

- Auftreten von arzneimittelbedingten Schäden wie
 - Blutdruckabfall (Stürze),
 - arzneimittelbedingte Delire,
 - arzneimittelbedingtes Koma,
 - Dyskinesien wegen Überempfindlichkeit auf Neuroleptika,
 - Kardiovaskuläre Ereignisse;
- und Empfehlungen abgeben, welche Maßnahmen im direkten Umgang mit den Betroffenen, den Angehörigen und den medizinischen Professionen möglich und stadienspezifisch angemessen sind.

B.5.6 Experimentelle Therapieformen

Wegen des zunehmenden Alters der Bevölkerung und der unbefriedigenden Wirkung der zur Verfügung stehenden Wirkstoffe steigt der Bedarf an neuen Wirkstoffen, d. h. weitere Präparate werden in absehbarer Zeit entwickelt werden.

Eine Leitlinie sollte zum Entwicklungsstand neuer und experimenteller Therapieformen Stellung beziehen.

B.5.7 Rehabilitation

Bei der Demenz handelt es sich um eine chronisch-progrediente Erkrankung. Eine Heilung ist aus heutiger Sicht nicht erreichbar, d. h. Therapieziele liegen aus dieser Perspektive im weitestmöglichen Erhalt von Aktivitäten und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bei größtmöglicher Minderung von Behinderung und Behinderungsfolgen.

In diesem Kontext sollte eine Leitlinie folgende Punkte behandeln:

- konsequente Formulierung rehabilitativer Zielsetzungen in Abhängigkeit der Krankheitsschwere,
- Stellungnahme zu Rehabilitationszielen, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose dementer Patienten im Hinblick auf Komorbiditäten und andere Erkrankungen,
- Kostenträger für rehabilitative Leistungen für Demente unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele benennen,
- Rehabilitation für Angehörige (zur Unterstützung pflegender Angehöriger),
- Möglichkeiten der Verbesserung der Versorgung Dementer durch Rehabilitation von Angehörigen.

B.6 Langzeitversorgung

B.6.1 Versorgungsstrukturen

Obgleich sich die Frage nach dem Zusammenwirken und den Übergängen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Langzeitversorgung (einschließlich Heimunterbringung) bei Erkrankten regelmäßig stellt, fehlen vielfach Übersichten zu den differenzierten Angebotsstrukturen.

Eine Leitlinie sollte berücksichtigen:

- klare Beschreibung von Strukturen der Langzeitversorgung und ihrer Vernetzung,
- Analyse von Schnittstellenproblemen.

B.6.2 Pflege

Eine Leitlinie sollte:

- die Schnittstellen oder Kriterien für den Übergang zum Pflegebereich definieren,
- eine Festlegung treffen, inwieweit eine Leitlinie „Demenz“ inhaltlich den Pflegebereich mit zu umfassen hat,
- die Notwendigkeit der Hinzuziehung entsprechender fachlicher Expertise des ambulanten und/ oder stationären Pflegebereichs prüfen.

Sind die Pflegeaspekte Inhalt einer Leitlinie, sollte eine Leitlinie

- die Rahmenbedingungen, unter denen die ambulante und stationäre Pflege geleistet wird eingehen und die aktuelle Gesetzgebung beachten,
- auf die Maßnahmen zur gebotenen Qualitätssicherung in der Pflege eingehen,
- sich auf die abgestimmten Qualitätsindikatoren für den Pflegebereich beziehen,
- ggf. kompatibel sein zum Qualitätsmanagement der Pflege,

- die Anliegen der Pflegenden und die Weiterentwicklung der Pflegequalität bei der Erstellung einer Leitlinie angemessen berücksichtigen.

=> siehe Kapitel B.1.3 Sozialmedizinische Aspekte, Seite 21

=> siehe Kapitel B.8.3 Qualitätsanforderungen / -sicherung in der Pflege, Seite 32

=> siehe Kapitel B.8.4 Sektorenübergreifende Implementierung von Leitlinien, Seite 32

B.6.3 Betreuung / Unterstützung pflegender Angehöriger

Auf die Einbeziehung der Angehörigen von Demenzkranken wird in Leitlinien oft nur am Rande eingegangen. Bei der Langzeitversorgung nehmen die Angehörigen oft eine entscheidende Rolle ein, sowohl in der häuslichen Betreuung und Pflege der Demenzkranken als auch in der Funktion des gesetzlichen Vertreters des Erkrankten.

Eine Leitlinie sollte für alle Stadien der Erkrankung Hinweise geben,

- wann unter Berücksichtigung der rechtlichen Voraussetzungen die Familie in die Therapie durch den Arzt einzubeziehen ist, und wann welche Maßnahmen durch diese zu ergreifen sind.
- Auf Unterstützungsangebote bzw. auf die Erstellung entsprechender Organisationshilfen zur Anwendung in der Praxis oder Klinik und Adressensammlungen zur Verbesserung der Zugänglichkeit dieser Angebote ist hinzuweisen. Dies betrifft sowohl klinikinterne und externe Sozialdienste bei der Vermittlung von Pflegeangeboten und Heimplätzen als auch Beratungsstellen (z.B. von Kostenträgern, Vormundschaftsgerichten und Selbsthilfeverbänden).
- Es sind Hinweise zu geben, wie insbesondere pflegende Angehörige durch entsprechende Angebote langfristig unterstützt werden können und welche Maßnahmen bei Dekompensation zu ergreifen sind. Dabei sollte die Unterstützung und möglicher Therapiebedarf der Angehörigen, die Vermittlung von Hilfen, die psychosoziale Beratung und andere Maßnahmen (z. B. durch „Alzheimer“ – Selbsthilfegruppen) unterschieden werden.
- Spezielle, für betroffene Angehörige geschriebene Informationen und Handlungsanweisungen in einer nichtmedizinischen „Umgangssprache“ sollten erstellt werden. Diese sollen neben der Information über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten eine Anleitung für das Gespräch mit dem Hausarzt geben, die Angabe von (überörtlichen) Kontaktadressen mit Telefonnummern kann hilfreich sein.

=> siehe auch Kapitel B.5.7 Rehabilitation, Seite 29

B.7 Rechtliche Aspekte

Die Autoren einer Leitlinie „Demenz“ sollen

- die für die diagnostische und therapeutische Tätigkeit relevanten rechtlichen Aspekte praxisnah und handlungsanleitend darstellen.
- Hierbei sind in einer nationalen Leitlinie die spezifischen Anforderungen des föderalen deutschen Rechtssystems zu berücksichtigen. Dies kann z. B. auch durch Empfehlungen erfolgen, wie die relevanten Gesetze der Bundesländer bei der regionale Anpassung einer Leitlinie Berücksichtigung finden sollten.
- Es sind die Kriterien zu benennen, die ein gesetzliches Betreuungsverfahren erforderlich machen und bei welchen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen (z. B. Änderung des Therapieziels) ein bestellter gesetzlicher Betreuer bzw. das zuständige Vormundschaftsgericht vom Arzt hinzuzuziehen ist.

In einer Leitlinie sollten folgende Punkte einschließlich der Darstellung der Schnittstellen zu Bereichen, die außerhalb des Gesundheitswesens liegen, ausgeführt und bei der Entwicklung berücksichtigt werden:

- Versorgungsstruktur des Gesundheits- und Sozialwesens,
- Hilfen zur richtigen Inanspruchnahme sozialer u.a. Leistungen durch Patienten,
- stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation, in Ausnahmefällen auch über die berufliche Rehabilitation.

=> siehe auch Kapitel B.5.2 Ethische Aspekte der Therapie, Seite 26

B.8 Methodik und Fortentwicklung

B.8.1 Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung

Eine Leitlinie sollte:

- Anforderungen zu den Anwendungsbereichen und zum Schnittstellenmanagement aufzeigen,
- das Problem der Versorgungscoordination benennen,
- Angaben zur Einbeziehung der pflegenden Angehörigen enthalten,
- Möglichkeiten und Grenzen eines Früherkennungskonzeptes adressieren, interdisziplinär ausgerichtet sein und
- die gerontopsychiatrische und gerontopsychotherapeutische Kompetenz im haus- und fachärztlichen sowie ambulanten und stationären Bereich zusammenführen.

B.8.2 Maßnahmen des ärztl. Qualitätsmanagements

Eine Leitlinie sollte:

- konkrete Angaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der behandelnden Einrichtungen enthalten.
- für folgende Bereiche Qualitätsindikatoren zusammenzustellen:
 - Aspekte der Strukturqualität,
 - Aspekte der Prozessqualität,
 - Aspekte der Ergebnisqualität.³
- die Dokumentation durch einfache und einheitliche Dateneingabemasken unterstützen und dabei den notwendigen Umfang nicht übersteigen. Die zu erhebenden Parameter sollen auch in der Praxis einfach und reproduzierbar zu erfassen sein.
- Aussagen zu Inhalt und Umfang der Dokumentation und zum Austausch von Daten treffen.
- Angaben darüber vorsehen, wie die gewonnenen Informationen aufbereitet, ausgewertet und sowohl dem Patienten und dem Behandler als auch der Selbstverwaltung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften zur Verfügung gestellt werden. Für die Gewinnung zuverlässiger Daten ist dabei zu gewährleisten, dass eine hohe „Dokumentationscompliance“ erzielt wird.
- bei der Überarbeitung der Leitlinie die Ergebnisse der Evaluation heranziehen.
- in Empfehlungen zur Dokumentation die wesentlichen praxisrelevanten Parameter beim Management der Folgeerkrankungen strukturiert angeben.
- Hinweise zum Zeit- bzw. Personalbedarf für die Durchführung und Dokumentation von qualitätssichernden Maßnahmen enthalten.

³ Zorn U, Ollenschläger G. Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung – ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 1999;93(2):123-8.

B.8.3 Qualitätsanforderungen / -sicherung in der Pflege

=> siehe Kapitel B.6.2 Pflege, Seite 29

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden durch die Sozialgesetzgebung (SGB XI) und das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) festgelegt, die auch Qualitätssicherungsmaßnahmen und ein Qualitätsmanagement im Pflegebereich verbindlich fordern. Eine Leitlinie sollte kompatibel sein zu den dort ausgewählten Qualitätsindikatoren.

B.8.4 Sektorenübergreifende Implementierung von Leitlinien

Implementierung⁴, Evaluation, Aktualisierung

Eine Leitlinie sollte:

- gezielte Implementierungsstrategien benennen,
- Angaben darüber enthalten, wer welche Maßnahmen durchführt, welcher Zeitrahmen der Durchführung und welche Zielgruppe erreicht werden soll,
- periodisch überprüft und angepasst werden. Dazu gehört auch die Überprüfung der Effektivität von Implementierungsmaßnahmen,
- die Weiterentwicklung des Implementierungsprozesses als Teil der Qualitätsentwicklung enthalten,
- darüber hinaus festlegen, wann, durch wen und anhand welcher Indikatoren der Erfolg dieser Maßnahmen überprüft wird,
- Ansätze für wissenschaftliche Begleituntersuchungen darstellen, welche die Kenntnis der Faktoren für die Förderung der Verbreitung und Anwendung von Leitlinien und ihren Einfluss auf die Versorgung vertiefen,
- bei der Formulierung von Leitlinien die Sicht der Anwender berücksichtigen,
- sowohl als Kurz- als auch als Langversion erhältlich sein und Arbeitshilfen zur Verfügung stellen wie Ablaufdiagramme, Fragebögen, Patientenversionen, damit rasch und ohne großen Aufwand konkrete Entscheidungshilfe geleistet werden kann,
- berücksichtigen, dass der Umgang mit Leitlinien, die Anwendung von Informationshilfsmitteln und die Umsetzung in den klinischen Alltag aktives Üben erfordert,
- die Möglichkeit von Fallbeispielen prüfen, da narrative Elemente die Lesbarkeit fördern und die Identifizierung mit Leitlinien erleichtern können,
- bei überregionalen Leitlinien methodische Empfehlungen zur Anpassung an lokale Gegebenheiten aufzeigen,
- soweit verfügbar, quantitative Maßzahlen zu Kernaussagen mit Angabe der RRR, ARR sowie NNT/NNH einschließlich der zugehörigen Zeiträume und Konfidenzintervalle aufführen,
- eine übersichtliche Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen enthalten,
- einen Appendix oder ähnliches mit einer Auflistung häufig gestellter Fragen aufweisen oder Hinweise auf entsprechende Internetadressen geben,
- ihre Inhalte sowohl unter Ärzten und anderen nicht ärztlichen Berufsgruppen verbreiten und Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Kostenträger berücksichtigen,
- auf die Notwendigkeit qualitätsgesicherter Patienteninformationen im Internet eingehen und Hinweise auf Informationsquellen und Kontakte bzw. Organisationen geben, z. B. durch Mitteilung relevanter Internetadressen,
- die Erstellung einer Computerversion berücksichtigen. Hilfreich wäre dabei die direkte Erreichbarkeit und benutzerfreundliche Einbindung der Leitlinie in die Praxis-EDV.

⁴ In Anlehnung an: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Diabetes mellitus Typ 1“. Niebüll: videel; 2003. äzq-Schriftenreihe; 15. Available from: www.leitlinien.de

Darüber hinaus ist die Verknüpfung der in der Praxis-EDV vorhandenen Daten über Diagnose, Alter, Geschlecht etc. mit der Leitlinie zu entwickeln, um durch Auswahl gezielter Empfehlungen spezifische und fallbezogene Entscheidungshilfe leisten zu können,

- die Leitlinienanwender dabei unterstützen, ihre Erfahrungen an die Leitlinienersteller rückzumelden, z. B. durch entsprechende Formulare.

B.8.5 Aktualisierungsmodalitäten für die Leitlinie

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte:

- sich mit der Fortentwicklung und Aktualisierung der zentralen wissenschaftlichen und strukturellen Ziele auseinandersetzen und
- die Konzepte und Vorschläge überregionaler Zentren in Deutschland, wie z. B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP), Kompetenznetz Demenz, berücksichtigen.

Die Aktualisierungsmodalitäten einer nationalen Leitlinie „Demenz“ sollen die zentralen Ziele unterstützen, zu denen gehören (modifiziert nach I. Heuser, 2003):

- den Wissensaustausch zwischen Forschung und medizinischem Alltag wirksam zu verbessern und praktische Hilfe für die Umsetzung anzubieten,
- die zukünftig erreichte Entwicklung nachweislich wirksamer Therapien weiterzutragen, durch die der Verlauf der Erkrankung stärker als bisher zeitlich hinaus geschoben oder im günstigsten Fall ganz aufgehalten werden kann,
- die Identifizierung von Frühsymptomen und Risikofaktoren zu unterstützen und dabei neue Erkenntnisse über die Entstehung und den Verlauf dementieller Erkrankungen zu integrieren,
- sofern verfügbar, gesicherte Marker bzw. die Detektion von Risikokonstellationen anzugeben, ab wann welche (neuroprotektiven) Substanzen wie lange eingesetzt werden sollen,
- bundesweit einheitliche Maßnahmen für die Diagnostik und Therapie dementieller Erkrankungen vorzusehen,
- interdisziplinäre Kooperationen übersichtlich darzustellen und Abläufe zu regeln,
- den Hausärzten die Früherkennung und Therapie dementieller Erkrankungen zu erleichtern und das Wissen in der hausärztlichen Versorgung anzuwenden,
- den Anliegen der verschiedenen Partner gerecht zu werden und in geeigneter Abfassung und Sprache klar aufzuzeigen, an wen sich die Leitlinie richtet (z.B. Gedächtnisambulanz, Allgemeinkrankenhäuser, Hausärzte, Fachärzte, Allgemeinärzte, Patientenorganisationen, Patienten, Angehörige),
- experimentelle Therapieformen unter dem jeweils aktuellen Stand des Wissen zu berücksichtigen,
- auf diskutierte Einflussfaktoren auf die Demenzentwicklung wie z.B. Cholesterin, Bluthochdruck und Änderungen des Lebensstils („Lifestyle“) einzugehen.

C. Clearingverfahren Demenz – Methodik und Durchführung

C.1 Hintergrund und Ziele des Leitlinien-Clearingverfahrens

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhaus-Gesellschaft und die Spitzenverbände der Gesetzlichen Krankenversicherungen (im folgenden „Partner“ genannt) haben im Frühjahr 1999 eine Kooperation zur Förderung von Leitlinien im Gesundheitswesen beschlossen^[5]. Im Dezember 2001 ist die Gesetzliche Rentenversicherung (vertreten durch VDR und BfA) als weiterer Partner dem Leitlinien-Clearingverfahren beigetreten. Im Juni 2002 erfolgte der Beitritt des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV-Verband) zur Bank der Krankenversicherungen im Leitlinien-Clearingverfahren.

Die Partner sehen Leitlinien an:

- als Hilfe für ärztliche Entscheidungsprozesse im Rahmen einer leistungsfähigen Versorgung der Patienten und Patientinnen,
- als wesentliche Bestandteile von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement,
- als Instrumente aller Versorgungsbereiche zur Verbesserung der Ergebnisse, zur Minimierung von Handlungsrisiken und zur Erhöhung der Wirtschaftlichkeit,
- als integratives Mittel zur Vernetzung der Versorgungsbereiche,
- als Hilfen für die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung,
- als Instrument kontinuierlichen Lernens aus Wissenschaft und Praxis.

Zwischen den Partnern besteht Konsens über die Notwendigkeit eines institutionellen Verfahrens zur „kritischen Bewertung von Leitlinien“. Sie beteiligen sich an dem Leitlinien-Clearingverfahren bei dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (gemeinsame Einrichtung von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung).

Dieses Clearingverfahren:

- zielt auf die Darstellung von Transparenz, Praktikabilität, Wissenschaftlichkeit und Wirtschaftlichkeit im Bereich der Leitlinien,
- dient der Förderung und Unterstützung wissenschaftlich begründeter und praktikabler Leitlinienprogramme in der Medizin und
- ist Voraussetzung für die Nutzung und Propagierung von Leitlinien in den Verantwortungsbereichen der Partner.

Die Partner arbeiten im Rahmen der „Erweiterten Planungsgruppe“ des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (= Steuergruppe des Clearingverfahrens) zusammen.

Folgende Aufgaben halten die Partner für vorrangige Bestandteile des Leitlinien-Clearingverfahrens:

- Bewertung von wichtigen Leitlinien anhand vorab festgelegter Kriterien, ggf. Empfehlungen zur Verbesserung,
- Kennzeichnung der für gut befundenen Leitlinien,
- Monitoring des Fortschreibens von Leitlinien,
- Information über Leitlinien,
- Unterstützung bei der Verbreitung von Leitlinien,
- Koordination von Erfahrungsberichten über bewertete Leitlinien,
- Unterstützung bei der Evaluation von Leitlinien.

⁵ Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Das Leitlinien-Clearingverfahren. Ziele und Arbeitsplan. Dtsch Arztebl 1999;96(33):A-2105-6.

C.2 Methodik des Leitlinien-Clearingverfahrens

Der Ablauf des Clearingverfahrens ist standardisiert und wurde von der Steuergruppe des Clearingverfahrens beschlossen. Die einzelnen Arbeitsschritte sind in Abbildung 1 dargestellt.

Abbildung 1: Arbeitsschritte des Leitlinien-Clearingverfahrens

	Projektabschnitte	Arbeitsschritte	Zuständigkeiten
1.	Prioritätensetzung	Sammlung von Vorschlägen zur kritischen Bewertung von Leitlinien	Erweiterte Planungsgruppe / Clearingstelle
		Beschluss über die Themenauswahl	Erweiterte Planungsgruppe
2.	Einrichtung eines Themenbezogenen Expertenkreises	Auswahl des Moderators und der Experten	Erweiterte Planungsgruppe
		Planung der Arbeitsziele und der Arbeitsschritte	Erweiterte Planungsgruppe / Clearingstelle
3.	Clearingverfahren	Recherche vergleichbarer LL, Evidenzrecherche, formale Bewertung	Clearingstelle
		Zusammenfassende, kritische Bewertung von Literatur / publizierten Leitlinien, Evidenzbewertung	Clearingstelle / Experten / wiss. Partner
		Formulierung / Verabschiedung eines Berichtes über das Ergebnis des Clearingverfahrens	Experten / Clearingstelle
		Diskussion und Bewertung des Abschlussberichtes, Formulierung der Empfehlungen über das weitere Vorgehen an die Gremien der Partner	Erweiterte Planungsgruppe
		Veröffentlichung der Ergebnisse des Clearingverfahrens	Clearingstelle

C.3 Durchführung des Clearingverfahrens

Auf die einzelnen Schritte des Clearingverfahrens, die in Tabelle 2 dargestellt sind, wird im Folgenden näher eingegangen.

Tabelle 2: Durchführung des Leitlinien-Clearingverfahrens

Schritte des Leitlinien- Clearingverfahren	Beschreibung
Themenauswahl	Prioritätensetzung unter Berücksichtigung <ul style="list-style-type: none"> • der Bedeutung eines Gesundheitsproblems für den Einzelnen und die Bevölkerung, • der Existenz unangemessener Qualitätsunterschiede in der ärztlichen Betreuung, • der Möglichkeit einer Verbesserung der Versorgungsqualität
Auswahl der Experten	<ul style="list-style-type: none"> • LL-Nutzer (nicht LL-Ersteller) • Unabhängigkeit (Deklaration) • Ausgewogenheit hinsichtlich der relevanten Fachgebiete / Versorgungsbereiche
Recherche und Selektion von Leitlinien	<ul style="list-style-type: none"> • Standardisiertes Verfahren • Suche in Literatur- und LL-Datenbanken • Recherchezeitraum: 10 Jahre • Berücksichtigung von Ein-/ Ausschlusskriterien: u.a. • ärztliche Therapieleitlinie • LL mit überregionaler Gültigkeit, • Sprachen: deutsch und englisch, • aktuelle Version
Methodische Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“, 2. Version 8/1999 • Erstellen eines Methodikabstracts mit ausführlicher Kommentierung für jede eingeschlossene LL • Tabellarische Darstellung der Ergebnisse der methodischen Bewertung
Inhaltliche Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> • Übereinstimmung / Unterschiede • Angemessenheit der Themenschwerpunkte • Angemessenheit der Empfehlungen • Angemessenheit der Korridore (Indikation / Kontraindikation)
Beratung und Beschlussfassung	<ul style="list-style-type: none"> • Steuergruppe des Clearingverfahrens diskutiert und verabschiedet Abschlußbericht: Clearingbericht • Ggf.- Disk. des Berichts mit Leitlinien-Autoren
Veröffentlichung	Veröffentlichung <ul style="list-style-type: none"> • des Clearingberichtes in der „äzq-Schriftenreihe“ und im Internet, • Einstellung der Leitlinienbewertung im Internet im Leitlinien-Recherche-System (Re-Sys) auf www.leitlinien.de, • Einbindung von Links, die zu den bewerteten Leitlinien führen, • eines Maßnahmenkataloges zur Umsetzung der Empfehlungen des Clearingberichtes.

C.3.1 Priorisierung von Leitlinienthemen

Auf der Grundlage eines Konzeptpapiers zur Priorisierung von Leitlinien-Themen^[6] einigten sich die Partner des Clearingverfahrens auf die vorrangige Bearbeitung der Themenbereiche: „Hypertonie“, „Tumorschmerz“, „Akuter Rückenschmerz“, „Asthma bronchiale“, „Diabetes mellitus Typ 2“, „KHK“, „Herzinsuffizienz“, „Depression“, „COPD“, „Diabetes mellitus Typ 1“, „Mammakarzinom“, „Chronischer Rückenschmerz“, „Demenz“, „Kolorektales Karzinom“ und „Schlaganfall“.

Es wurden folgende Kriterien für die Priorität von Leitlinienthemen berücksichtigt ^[7, 8, 9]:

1. Gesundheitsprobleme, für das eine wirksame Prävention oder Therapie wissenschaftlich belegt ist, mit deren Hilfe vorzeitige, vermeidbare Todesfälle oder hohe Morbidität, Behinderung oder eingeschränkte Lebensqualität reduziert werden können,
2. Gesundheitsprobleme, bei dem die als wirksam erkannten präventiven oder therapeutischen Maßnahmen mit klinisch relevanten, vermeidbaren Qualitätsunterschieden der Betreuungsergebnisse verbunden sind,
3. iatrogene Gesundheitsprobleme mit signifikanten medizinischen oder ökonomischen Folgen,
4. medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hoher Varianz der klinischen Praxis, bei denen ein Fachkonsens notwendig und möglich erscheint,
5. medizinische Betreuungsmaßnahmen mit hohem Kostenaufwand,
6. Gesundheitsproblem bzw. Betreuungsmaßnahmen, für welche die Entwicklung einer Konsensusleitlinie unter Berücksichtigung der wissenschaftlich-medizinischen Belege (Evidenz) möglich erscheint.

Das Clearingverfahren „Demenz“ ist nach den oben genannten Kriterien ausgewählt worden. Im Jahre 2003 wurden neben der Durchführung eines Leitlinien-Clearingverfahrens zum Thema „Demenz“ zusätzlich auch Verfahren für die Themen „Chronischer Rückenschmerz, Demenz, Schlaganfall Kolorektales Karzinom“ durch die Erweiterte Planungsgruppe beschlossen.

Anmerkung:

Anfang 2002 wurde ein neues Priorisierungsverfahren etabliert. Damit sollen Akzeptanz, Transparenz, Effizienz und Machbarkeit bei der Festlegung von Themen für Leitlinien-Clearingverfahren verbessert werden. Für den Prozess der Themenfindung wird der bisherige diagnoseorientierte Ansatz um einen problemorientierten Ansatz erweitert. Ebenso erfolgt eine stärkere Einbeziehung von Betroffenen – z.B. Leitlinien-Anwender, -Entwickler und Patienten – in die Themennennung.

Dies wird durch ein offenes Meldeverfahren unterstützt:

(http://www.leitlinien.de/clearingverfahren/meldeverfahren_cv/view)^[10].

⁶ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Prioritäre Gesundheits- oder Versorgungsprobleme als Themen internationaler Leitlinien-Programme. Vorschlag der Leitlinien-Clearingstelle zur Bewertung von Leitlinien gemäß § 3 des Vertrages über die Beteiligung an einem Leitlinien-Clearingverfahren. 1999 [cited 2004 Nov 10]. Available from: <http://www.leitlinien.de>

⁷ Helou A, Perleth M, Schwartz FW. Prioritätensetzung bei der Entwicklung von Leitlinien. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2000;94(1):53-60.

⁸ Field MJ, editor. Setting priorities for clinical practice guidelines. Washington D.C.: National Academy Press; 1995.

⁹ Battista RN, Hodge MJ. Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines. CMAJ 1995;153(9):1233-7.

¹⁰ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Priorisierung von Gesundheits- oder Versorgungsproblemen als Themen des Leitlinien-Clearingverfahrens. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2002;96(5 Anlage):16-24.

C.3.2 Einrichtung und Aufgaben eines themenbezogenen Expertenkreis

Das Leitlinien-Clearingverfahren sieht die Einrichtung von Expertenkreisen vor, deren Aufgabenstellung in:

- der Überprüfung und ggf. Korrektur der von der Clearingstelle recherchierten Leitlinien, ihrer Auswahl und der methodischen Bewertung,
- der Entwicklung von Empfehlungen für Struktur und Inhalt einer nationalen Leitlinie unter Bezugnahme auf die recherchierten Leitlinien,
- Konkretisierung der Empfehlungen anhand von vorbildlichen Textbausteinen aus bewerteten Leitlinien und
- dem Monitoring des Fortschreibens von Leitlinien besteht.

C.3.3 Auswahlkriterien für die Zusammensetzung der Expertenkreise

Die Expertenkreise setzen sich aus Leitlinienanwendern und Methodikern zusammen und werden von Moderatoren unterstützt. Bei der Zusammensetzung dieser Expertenkreise sollen folgende Punkte erfüllt sein:

- Leitlinien-Nutzer (nicht Leitlinien-Ersteller),
- Darlegung von Interessenkonflikten (formale Deklaration),
- Ausgewogenheit hinsichtlich der relevanten Fachgebiete / Versorgungsbereiche,
- medizinisch-fachliche Expertise und Expertise in Konzepten der evidenzbasierten Medizin.

Die Expertenkreise sollen multidisziplinär und ausgewogen in Bezug auf das zu bearbeitende Thema zusammengesetzt sein. Folgende Fach- und Versorgungsbereiche sind zu berücksichtigen:

- hausärztliche Versorgung,
- fachärztliche Versorgung (ambulant),
- fachärztliche Versorgung (stationär, in der Regel Benennung von je einem Experten aus den Bereichen Akutkrankenhaus und universitäre Versorgung),
- Rehabilitation / Sozialmedizin,
- Klinische Epidemiologie / Biometrie und Statistik,
- weitere Fach- oder Versorgungsbereiche nach Anforderung des Themas, z. B. Gesundheitsökonomie oder Pharmakologie.

C.3.4 Zusammensetzung des Expertenkreises „Demenz“

Der Expertenkreises „Demenz“ wurde auf Beschluss der Erweiterten Planungsgruppe folgendermaßen zusammengesetzt:

Tabelle 3: Zusammensetzung des Expertenkreises Demenz

Fachbereich / Aufgabe	Name
Allgemeinmedizin	Herr Prof. Dr. med. H. Sandholzer, Selbständige Abteilung Allgemeinmedizin, Universitätsklinik Leipzig
Innere Medizin, Geriatrie	Frau Prof. Dr. med. E. Steinhagen-Thiessen, Evangelisches Geriatriezentrum Berlin
Innere Medizin, Geriatrie	Herr Dr. med. N. Lübke, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, MDK Hamburg
Klinische Epidemiologie/ Biometrie und Statistik	Herr Prof. Dr. med. L. Pientka, Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Marienhospital Herne, Medizinisch-Geriatriische Klinik, Herne
Klinische Pharmakologie	Herr Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. E. Haen, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg
Neurologie / Nervenheilkunde	Herr PD Dr. med. G. Nelles, Universitätsklinikum Essen, Klinik und Poliklinik für Neurologie; Praxis in Köln
Psychiatrie und Psychotherapie	Herr Dr. med. B. Ibach, Bezirksklinikum, Abteilung Psychiatrie der Universität Regensburg
Rehabilitation / Sozialmedizin	Herr Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. M. E. Beutel, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Mainz
Moderation	Dr. med. J.W. Weidringer, Bayerische Landesärztekammer, München

C.3.5 Recherche und Selektion von Leitlinien

Zu Beginn eines jeden Clearingverfahrens erfolgt zunächst eine systematische Leitlinienrecherche im Angebot des Leitlinien-Informationssystems des ÄZQ unter <http://www.leitlinien.de> (s. Kapitel E.5 Recherche-Datenbanken). In erster Linie zählen dazu Leitlinien-Datenbanken aus dem In- und Ausland. Ergänzend wird eine Recherche in medizinischen Fachliteratur-Datenbanken, weiteren Literatur-Datenbanken und Katalogen sowie Datenbanken mit dem Schwerpunkt Evidenzbasierte Medizin durchgeführt, um weitere Publikationen für den jeweiligen Themenbereich zu identifizieren.

Abgrenzung des Themas vor der Recherche

Diagnose	Deutsch	Englisch ^(aus 2)
F 00.x (G30.x) Demenz bei Alzheimer Krankheit	Alzheimer Krankheit Morbus Alzheimer	Alzheimer-Disease
F 01.x Vaskuläre Demenz	Vaskuläre Demenz Multiinfarktdemenz Binswanger Enzephalopathie	Dementia-Vascular
F 02.0 (G31.0+) Demenz bei Pick-Krankheit	Pick-Krankheit	Pick-Disease-of-the-Brain
F 02.1 (A81.0+) Demenz bei Creutzfeld Jakob-Krankheit		Creutzfeld Jakob-Syndrome
F02.2 (G10+) Demenz bei Huntington-Krankheit	Huntington-Krankheit Chorea Huntington	Huntington-Disease Huntington Chorea
F02.3 (G20+) Demenz bei Parkinson-Krankheit	Parkinson Syndrom Lewy-Körperkrankheit Steele-Richardson-Olzewski-Syndrom	Parkinson Disease Lewy-Body-Disease
03	nicht näher bezeichnete Demenz Präsenil: - Demenz o.n.A. - Psychose o.n.A. Primäre degenerative Demenz o.n.A. Senil: Demenz: - depressiver oder paranoider Typus - o.n.A. - Psychose o.n.A.	
	Exkl.: Senile Demenz mit Delir oder akutem Verwirrheitszustand (F05.1) Senilität o.n.A. (R54)	

Recherche mit folgenden Form-Schlagwörtern:

Guideline/s; Practice Guideline/s; Clinical Guidelines; Leitlinie/n; Recommendation/s; Consensus statement/s; Consensus Development Conference/s; Standard/s; Empfehlung/en; Richtlinie/n.

Dokumenttypen aller Datenbanken, die dieses Feld haben:

Guideline; practice guideline; consensus development conference/, NHI; standard; statement/s; recommendation.

Schlagwörter (Controlled terms, CTs) aller Datenbanken, die dieses Feld haben:

Guideline/s; guideline, health planning; guidelines, practice; clinical guideline; clinical practice guideline/s; clinical practice guideline (PT); practice guideline/s; recommendation/s; standard/s; consensus development conference/s; consensus development conferences, NIH; consensus statement; Leitlinie; Empfehlung; Richtlinie.

Recherche mit folgenden Themen-Schlagwörtern:**MESH-Terms (Medline)**

Dementia (Entry Terms: Dementias, Amentia, Amentias, Familial Dementia(s), Dementia(s), familial, Frontotemporal Lobar Degeneration(s), Degeneration(s), frontotemporal lobar, Semantic Dementia(s), Dementia(s), semantic, Senile Paranoid Dementia(s), Dementia(s), senile paranoid)

Alzheimer disease (Entry Terms: Disease, Alzheimer; Alzheimer Type Senile Dementia; Alzheimer´s disease; Dementia, Alzheimer Type; Dementia, Primary Senile Degenerative; Dementia(s), senile; Senile Dementia, Alzheimer Type; Presenile Alzheimer Dementia; Acute Confusional Senile Dementia; Alzheimer Disease, early onset; Alzheimer disease, late onset; Alzheimer´s disease, focal onset, Dementia(s), presenile)

Creuzfeldt-Jakob Syndrome

Dementia, vascular

Dementia, multi-infarct

Lewy Body Disease

Pick disease of the brain

Mögliche Kombinationen:

Memory disorders AND Dementia

Huntington disease AND Dementia

Parkinson Disease AND Dementia

Cognitive impairment im Freitext

Entree Terms (Embase)

Dementia

Alzheimer disease

Senile dementia

Mixed depression and dementia

Multiinfarct dementia

Pick presenile dementia
Presenile dementia
Frontotemporal dementia
Diffuse lewy body disease
Huntington chorea
Prion disease/creutzfeldt jakob disease

Mögliche Kombinationen:

Cognitive defect AND Dementia
Parkinson disease AND Dementia

Cognitive impairment im Freitext

Die Auswahl der Themenschlagworte orientierte sich am ICD 10^[11, 12].

Die sich aus dem ICD ergebenden Vorgaben wurden mit den Angaben und Suchbegriffen zu Electronic Searches der Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group^[13] abgeglichen (cross check).

Weitere Einschränkungen

Sprache: deutsch, englisch
Recherchezeitraum: 1993-2003

Aktualisierungsrecherche

Im November 2004 wurde in einer Aktualisierungsrecherche geprüft, ob für die bewerteten Leitlinien aktualisierte Fassungen (Updates) erschienen sind. Dies war bei fünf Leitlinien der Fall. Eine zunächst ins Verfahren aufgenommene Zusatzinformation zur Leitlinie der New Zealand Guidelines Group wurde von der Organisation ohne Kommentierung von der Website heruntergenommen. Grundlage der Bewertungen sind die jeweils in der Recherche identifizierten aktuellsten Fassungen.

Die vollständige Recherche ist im Internet unter <http://www.leitlinien.de> abrufbar.

¹¹ Weltgesundheitsorganisation, Dilling H, editor. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD 10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. 4th ed. Bern: Huber; 2002. ISBN 3-456-82424-6.

¹² Deutsches Institut für Medizinische Information und Dokumentation, editor. Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision Version 1.3 [cited 2004 Nov 18]. Available from: <http://www.dimdi.de/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm>

¹³ Grimley EJ, Birks J, Hermans D. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. In: The Cochrane Library, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software.

C.3.6 Bewertung der methodischen Qualität von Leitlinien

Im Sinne einer möglichst großen wissenschaftlichen–politischen Akzeptanz ist die Methodik der Erstellung einer Leitlinie und deren transparente Darstellung von zentraler Bedeutung. Die Bewertung erfolgt - Analogie zu ähnlichen publizierten Verfahren^[14, 15] - unter Bezug auf die „Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung“ von BÄK und KBV^[16] mit Hilfe der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“^[17] – (siehe Kapitel E.2, Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (2. Version, Fassung 8 / 1999), Seite 148).

Zwei unabhängig arbeitende Reviewer (ärztliche Mitarbeiter der Clearingstelle bei dem ÄZO) führen die Bewertung durch. Die „ja-“ bzw. „unklar-Antworten“ werden inhaltlich von den Reviewern begründet. Für die Darstellung der Endbewertungen der ins Clearingverfahren Demenz eingeschlossenen Leitlinien wurde mit dem „strukturierten Leitlinien-Abstract“ eine standardisierte Form gewählt.

Die Darstellung aller Abstracts findet sich im Kapitel E.4, Strukturierte Leitlinien-Abstracts der Bewertung der methodischen Qualität, Seite 152.

C.3.7 Bewertung der inhaltlichen Qualität von Leitlinien

Bei der inhaltlichen Bewertung der ins Clearingverfahren eingeschlossenen Leitlinien werden zum einen deren Empfehlungen untereinander verglichen. Zum anderen wird überprüft, in welchem Ausmaß sie den Anforderungen des deutschen Gesundheitssystems erfüllen und in diesem auch praktikabel sind. Für diese Beurteilung wird Fachexpertise benötigt, die durch den (unter C.3.2 bis C.3.4) genannten Expertenkreis repräsentiert wird. In einem weiteren Schritt werden durch die Experten Vorschläge formuliert, die bei der Erstellung einer nationalen Leitlinie berücksichtigt werden sollen. Diese Empfehlungen werden anhand von ausgewählten Beispielen in Form von vorbildlichen Textstellen, Tabellen oder Grafiken konkretisiert.

Ergebnis dieser inhaltlichen Qualitätsprüfung ist eine Auflistung von Einzelempfehlungen, die in vorbildlicher Weise die Erfordernisse des deutschen Gesundheitssystems erfüllen. Sie stellt keine Hervorhebung einer einzelnen Leitlinie oder die Rangfolge der inhaltlichen Güte von Leitlinien dar, wie sie aus einem Bewertungsverfahren auf der Grundlage eines aus verschiedenen inhaltlichen Qualitätsindikatoren verdichteten „Gesamt-Scores“ resultieren würde.

Die Ergebnisse der inhaltlichen Beurteilung finden sich in Kapitel Kapitel B Zusammenstellung der Vorschläge (Executive Summary) sowie ausführlich im nachfolgenden Kapitel D Hauptdokument.

¹⁴ Cluzeau F, Littlejohns P, Grimshaw J, Feder G, Moran S. Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999;11(1):21-8.

¹⁵ Shaneyfelt TM, Mayo-Smith MF, Rothwangl J. Are guidelines following guidelines? The methodological quality of clinical practice guidelines in the peer-reviewed literature. *JAMA* 1999;281(20):1900-5.

¹⁶ Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. *Dtsch Arztebl* 1997;94(33):A-2154-5,B-1622-3,C-1754-5. Available from: <http://www.leitlinien.de>

¹⁷ Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“. *Dtsch Arztebl* 1998;95(41):A-2576-8, C-1838-40. Available from: <http://www.leitlinien.de>

C.4 Ergebnisse des Clearingverfahrens „Demenz“

C.4.1 Ergebnisse der Leitlinienrecherche und Auswahl der Leitlinien

Anhand der oben beschriebenen Methodik ergab sich eine Trefferzahl von insgesamt (inkl. Literatur und Dubletten) 1245. Nach Vorauswahl (manuelle Sichtung zur Trennung der Leitlinien von Literatur und Dubletten) verblieben 167 Zitate, die im Volltext gesichtet wurden. Nach Überprüfung der Recherche und Konsentierung der nachfolgend dargestellten Einschlusskriterien durch den Expertenkreis wurden 24 Leitlinien in das Clearingverfahren aufgenommen.

Im Clearingverfahren Demenz sind einige bibliographisch als Einzelpublikation geführte Leitlinien zur Therapie der Demenz zusammengefasst bewertet worden, da sie im Rahmen von Leitlinienprogrammen nach der gleichen Methodik und inhaltlich abgestimmt von einem Herausgeber erstellt wurden (siehe Übersicht 1: Bewertete Leitlinien).

In der Bewertung berücksichtigt wurden die Leitlinien und deren beigeordneten Dokumente, die folgende Einschlusskriterien erfüllten:

- Sprachen: Deutsch und Englisch oder Übersetzungen in diese Sprachen,
- Leitlinien mit überregionaler Gültigkeit,
- ärztliche Therapieleitlinie zur Therapie oder Screening der „Demenz“,
- keine spezifische Einschränkung des Versorgungsbereiches, (z.B. nur für Versicherte einer Versicherung),
- Leitlinien sind gültig und nicht älter als 10 Jahre,
- aktuellste Version bei mehreren Leitlinien eines Herausgebers.

C.4.2 Ergebnisse der methodischen Bewertung:

Die Ergebnisse der Bewertung der methodischen Qualität der eingeschlossenen Leitlinien sind in Tabelle 4 aufgeführt. Analog zu den drei Blöcken der Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ sind die Ergebnisse der Bewertung, jeweils blockweise als Summation der Ja-Antworten aufgeführt (siehe E.3, Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien).

Tabelle 4: Ergebnisse der methodischen Bewertung

Fortlaufende Nummerierung in alphabetischer Reihenfolge der Herausgeber / Jahr	Land	Lit.-Zitate	Block I: Entwicklung 17 Pkt.	Block II: Form+ Inhalt 17 Pkt.	Block III: Anwendung 6. Pkt.	Gesamt: 40 Pkt	Sonstiges	
01	AMA / 2002	CA	24	1	10	1	12	PV
02	AAN / 2001	US	212	9	9	1	19	LI, EB, PV
03	AMDA / 1998	US	42	3	7	0	10	
04	APA / 1997	US	243	7	12	1	20	LI, EB, PV
05	AKdÄ / 2001	DE	68	9	12	3	24	LI, EB, PV, QI
06	Can. Med. A. / 2001	CA	118	7	12	1	20	LI, EB
07	CTFPHC / 2001	CA	94	8	9	1	19	LI, EB
08	Cummings JL / 2002	US	55	3	10	1	14	LI
09	DGN / 2002	DE	70	6	7	1	14	LI, EB
10	DGPPN / 2000	DE	103	3	11	1	15	
11	FMS / 2000-2001	FI		3	8	1	12	LI, EB
12	New Zeal. GG / 1997	NZ	116	5	13	1	19	LI, EB
13	NoEng / 1998	GB	168	14	13	1	28	LI, EB
14	NSW D. H. / 2003	AU	29	5	10	1	16	LI
15	SIGN / 1998	GB	76	7	9	3	19	LI, EB, PV
16	SMOH / 2001	SI	33	5	8	2	15	QI, EB
17	USPSTF /2001	US	119	9	10	1	20	LI, EB
18	WHO / 2001	-	3	3	9	1	14	PV

LI Empfehlungen sind mit Quellenangaben verknüpft

EB Es erfolgte eine methodische Bewertung der Qualität der Evidenzquellen

QI Leitlinie nennt Qualitätsindikatoren

PV Angehörigen / Patienteninformation vorhanden

Nachfolgend werden diejenigen Fragen angesprochen, zu denen in vielen der bewerteten Leitlinien zu wenige Informationen vorlagen, als dass eine Punktvergabe (Ja-Antwort) gerechtfertigt gewesen wäre. Aufgeführt werden an dieser Stelle die den Block I der Checkliste (Qualität der Leitlinienentwicklung) und z. T. auch den Block II (Qualität von Format und Darstellung der Inhalte) betreffende Aspekte.

Im Sinne einer möglichst großen wissenschaftlich-politischen Akzeptanz ist die Methodik der Erstellung einer Leitlinie und deren transparente Darstellung von zentraler Bedeutung. Die zu berücksichtigenden Formen und Inhalte der Methodik sind im Leitlinien-Manual von AWMF und ÄZQ aufgeführt^[18]. Aus den Angaben in den bewerteten Leitlinien geht häufig jedoch nicht ausreichend hervor, welche methodischen Grundlagen angewendet wurden.

Die Leitlinien legen meist unvollständige Angaben zur Zusammensetzung der Gruppe der Leitlinienersteller hinsichtlich der vertretenen Fachgebiete, zur individuellen Expertise der Mitglieder und zu deren möglichen Interessenskonflikten vor. Sie lassen meist keine Rückschlüsse zu, wie mit divergierenden Wertvorstellungen der Mitglieder der Leitlinienkommission umgegangen wurde. Verwendete Konsensusprozesse und deren Einfluss auf die Erstellung der Leitlinie werden in seltenen Fällen aufgeführt.

Nur in einigen Leitlinien werden systematische Literaturrecherchen aufgeführt. Auch wenn diese dokumentiert sind, wird nicht immer klar, welche Qualitätsmerkmale bei der Evidenzbewertung angelegt wurden; eine Klassifizierung der Evidenzstärke wird nicht durchgängig vorgenommen.

Aus der Darstellung der Methodik in allen Leitlinien geht nicht hervor, warum bestimmte Empfehlungen Eingang in eine Leitlinie erhalten und andere wiederum nicht (z. B. Gründe für die Aufnahme von Empfehlungen, für die keine hohe Evidenzen vorliegen bzw. für den Ausschluss von Empfehlungen, obwohl gute Evidenzen dafür existieren). In einigen Leitlinien sind die Empfehlungen nicht mit Literaturbelegen verknüpft, in vielen Fällen erfolgen Verknüpfungen von Empfehlungen mit Literaturzitatens, ohne dass die Literaturrecherche dargestellt wurde. Einige Leitlinien nehmen eine Einteilung der Empfehlungen in Klassen vor, die sich an der Hierarchisierung der Evidenz anlehnen, andere wählen Kriterien, die sich u.a. an den Begriffen der medizinischen Akzeptanz und Nützlichkeit orientieren.

¹⁸ Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung. Das Leitlinien Manual von AWMF und ÄZQ. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2001;95 Suppl 1:1-84.

Zusammenfassend sollte eine nationale Leitlinie „Demenz“ Angaben zur Methodik ihres Erstellungsprozesses enthalten. Die Darlegung kann gesondert in der Leitlinie selbst oder in einem separaten Hintergrunddokument erfolgen. Wichtig ist v.a., dass Angaben zu dem Sponsoring, zu möglichen Interessenskonflikten der beteiligten Personen und zur Zusammensetzung des Leitliniengremiums unter Beachtung der notwendigen Multidisziplinarität, der Beteiligung der relevanten Anwender und der Zielgruppe der Leitlinie vorliegen. Die Leitlinie sollte darlegen, wie divergierende Wertvorstellungen in der Leitlinienkommission unter Bezug auf formale Konsensverfahren gelöst werden.

Damit die wissenschaftliche Absicherung der Empfehlungen nachvollziehbar wird, sollte in der nationalen Leitlinie die Literaturrecherche dokumentiert, die Methodik der Evidenzbewertung offengelegt und die ausgewählten Empfehlungen verknüpft mit den zugrundegelegten Evidenzquellen dargestellt werden. Die Methodik bzw. Auswahlkriterien, nach denen Empfehlungen in die Leitlinie aufgenommen bzw. von der Aufnahme ausgeschlossen wurden, sollen unter Verwendung des Prinzips der „best available evidence“ benannt werden. Die eingesetzten Kriterien, die der Klassifizierung der Leitlinien-Empfehlungen dienen, sollen dargelegt werden. Weiterhin sollen Gültigkeitsdauer, Verantwortlichkeit für die Fortschreibung und ein Vergleich von relevanten Empfehlungen mit inhaltsverwandten nationalen oder internationalen Leitlinien aufgezeigt werden. Eine nationale Leitlinie sollte auch darlegen, wie mit aktuellen Veröffentlichungen umgegangen werden soll, wenn diese zu einer relevanten Änderung des bisher empfohlenen Vorgehens führen.

C.5 Endprodukte und Umsetzung der Ergebnisse des Leitlinien-Clearingverfahrens „Demenz“

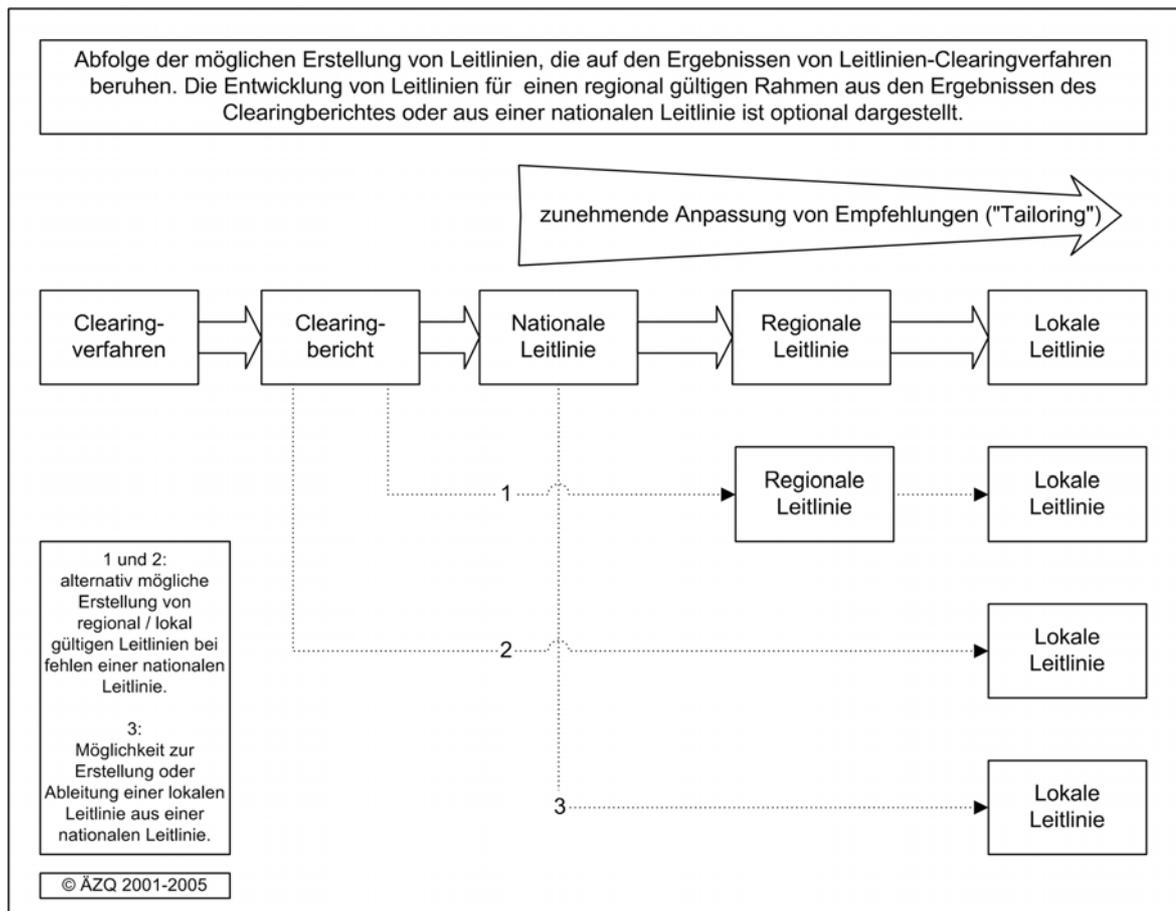
Den Abschluss der Arbeit des Expertenkreises stellt der Leitlinien-Clearingbericht dar. Nach Verabschiedung des Berichtes durch die „Erweiterte Planungsgruppe“ erfolgt seine Veröffentlichung in der Schriftenreihe des ÄZQ und die Einstellung ins Internet (www.leitlinien.de). Er ist zu verstehen als Empfehlung für die Schwerpunktsetzung für das methodische und inhaltliche Vorgehen bei der Entwicklung zukünftiger Leitlinien zur Therapie der Demenz.

Die methodischen Bewertungen der Leitlinien werden in eine Datenbank eingegeben, die eine vergleichende Gegenüberstellung der methodischen Qualitätskriterien ermöglicht (einzusehen unter Leitlinien-Re-Sys auf www.leitlinien.de).

Mit dem Clearingbericht erhält der Nutzer eine differenzierte Darlegung von methodischen und inhaltlichen Aspekten in Form eines Vergleichs der Empfehlungen verschiedener Leitlinien zu einem Versorgungsproblem. Er kann sich Leitlinien oder Teile davon heraussuchen, die ihm für seine individuelle Fragestellung geeignet erscheinen. Die Ergebnisse des Clearingverfahrens erlauben, auf nationaler Ebene die Weiter- oder Neuentwicklung einer Leitlinie zu initiieren (s. Abbildung 2).

Die Darstellung des Clearingverfahrens ermöglicht, bestimmte Bausteine einzelner Leitlinien auch zu Steuerungszwecken zu identifizieren. Zu diesem Zweck entwickeln die Partner im Clearingverfahren den so genannten Maßnahmenkatalog. Dieser enthält an die Organe und Gremien der Selbstverwaltung, an Fachgesellschaften und Berufsverbände etc. gerichtete Empfehlungen zur Umsetzung der Ergebnisse des Clearingverfahrens auf den verschiedenen Ebenen des bundesdeutschen Versorgungssystems.

Abbildung 2: Einsatzmöglichkeiten des Clearingberichtes



C.6 Ablauf der Arbeit des Expertenkreises „Demenz“

Zur Formulierung der Inhalte des Clearingberichtes lagen den Experten die methodisch bewerteten Leitlinien sowohl als Printversion als auch auf CD im Volltext vor. Nach angemessenem zeitlichen Vorlauf zum Studium der Leitlinien wurden in der konstituierenden Sitzung des Expertenkreises die inhaltlichen Eckpunkte benannt und die zugeordneten Bereiche den einzelnen Experten zur Bearbeitung zugewiesen. Die Konsentierung der Formulierungen von Problemen und Vorschlägen sowie der Auswahl der Beispiele erfolgte in Diskussionen während der nachgenannten Sitzungen und Telefonkonferenzen.

Sitzungen: am 26.1.2004, 26.04.2004, 30.06.2004 und 23.09.2004
Telefonkonferenz am 27.05.2004.

Die Redaktion erfolgte durch die Geschäftsführung des Clearingverfahrens. Der im November 2004 fertiggestellte Entwurf wurde von den Experten gegengelesen, korrigiert und in der vorliegenden Version beschlossen.

D. Hauptdokument

Vorschläge zu den Inhalten einer nationalen Leitlinie „Demenz“

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte sich an den inhaltlichen Eckpunkten orientieren, wie sie der Expertenkreis dieses Leitlinien-Clearingverfahrens festgelegt hat (siehe Tabelle 5, Seite 50).

Tabelle 5: Inhaltliche Eckpunkte* im Leitlinien-Clearingverfahren „Demenz“

I.) Versorgungsorganisation	
	Grundlagen zu Interaktion der Versorgungsstrukturen
	Beteiligte Akteure
	Sozialmedizinische Aspekte
II.) Ätiopathogenese / Klinische Epidemiologie	
	Definition / Klassifikation
	Ätiopathogenese / Risikofaktoren
	Klinische Epidemiologie
	Prognose
	Prognosefaktoren der leichten kognitiven Störung
	Verlaufsbeurteilung
	Responder und Therapieabbruch
III.) Screening / Diagnose	
	Stufenplan der Diagnostik
	Frühsymptome / Verdachtsdiagnose
	Diagnose
	Diagnose (internistische / geriatrische) Komorbidität
	Diagnose (psychiatrische / neurologische) Komorbidität
IV.) Prävention der Demenz	
	Primäre Prävention / Prävention Alzheimer Demenz
	Sekundäre Prävention / Prävention der vaskulären Demenz
	Tertiäre Prävention / Prävention Demenz anderer (seltener) Ursachen
V.) Therapie	
	Therapiemanagement
	Ethische, medizinrechtliche Aspekte
	Patientenführung
	Nichtmedikamentöse Therapie
	Pharmakologische Therapie
	Notfallmedizin
	Experimentelle Therapieformen
	Rehabilitation
	Experimentelle Therapieformen
VI.) Langzeitversorgung	
	Versorgungsstrukturen
	Schnittstelle zum Pflegebereich [ambulante und stationäre Pflege]
	Betreuung / Unterstützung pflegender Angehöriger
VII.) Methodik und Fortentwicklung	
	Rechtliche Aspekte
	Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung
	Qualitätsmanagement / Qualitätssicherung
	Implementierung und Evaluation von Leitlinien
	Aktualisierungsmodalitäten
* Die Auswahl und die Inhalte der Eckpunkte für eine nationale Leitlinie Demenz beruhen auf (1) den Inhalten der bewerteten Leitlinien, (2) der aktuell verfügbaren externen Evidenz und (3) dem Wissen und der Erfahrung der Experten.	

D.1 Versorgungsorganisation

D.1.1 Grundlagen zur Interaktion der Versorgungsstrukturen

An der Behandlung und Betreuung Dementer sind unterschiedlichste institutionelle Strukturen und Versorgungssektoren beteiligt, deren Zusammenarbeit den bekannten Schnittstellenproblemen des deutschen Gesundheitswesens unterliegt. Hierbei spielen Faktoren des regionalen Angebots, des Wettbewerbs der Anbieter, aber auch leistungsrechtliche Aspekte (beispielsweise der Grundsatz „ambulant vor stationär“) derzeitiger und fortzuschreibender (bsw. integrierter) Versorgungsverfahren eine Rolle.

Zur Übersicht der an der Betreuung dementer Patienten beteiligten Strukturen gehören die ambulante, die teilstationäre und die stationäre Versorgungsebene jeweils im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich, sowie die beratenden und unterstützenden Strukturen, die kommunalen Angebote und die Hilfen für Angehörige.

Problem:

Viele Leitlinien beschreiben oft komplexe Behandlungsleistungen, treffen jedoch keine Aussagen zur institutionellen Verortung dieser Leistungen unter dem Gebot einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Erbringung. Es sind Strukturen der ambulanten, der teilstationären und der stationären Versorgungsebene jeweils im medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Bereich beteiligt. Ferner stehen beratende und unterstützende Strukturen von Sozialdiensten, über Betreuer bis zu Selbsthilfevereinigungen in der Versorgung Dementer zur Verfügung. Es sind weiterhin kommunale Beratungs- und Unterstützungsangebote zu berücksichtigen und der Unterstützungsbedarf Angehöriger von dementen Patienten einzubeziehen.

Die Einbindung in ein Versorgungskonzept ist außerdem am System der Sozialgesetzgebung und privatrechtlicher Versorgungsregelungen (u.a. Betreuungsrecht) auszurichten, dabei sind häufig auch im Alltag übergreifende, teilweise konkurrierende Regelungen (z. B. SGB V und SGB XI) vom behandelnden Arzt zu beachten (s. Kapitel D.7, 138).

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- eine Übersicht der an der Betreuung dementer Patienten und ihrer Angehörigen beteiligten Versorgungsstrukturen geben,
- die Möglichkeiten und Grenzen der beteiligten Versorgungsebenen und –bereiche für das Behandlungsmanagement dementer Patienten benennen,
- diesen Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung der vorhandenen Evidenz ihren Platz in einem gestuften Gesamtbehandlungskonzept im Sinne eines allgemeinen Casemanagements mit Benennung genereller Umsetzungsverantwortlichkeiten (i.S. eines Casemanagers) und spezieller Umsetzungsverantwortlichkeiten (für einzelne Interventions-/Unterstützungsmaßnahmen) zuordnen,
- Anforderungen an das zugehörige Schnittstellenmanagement formulieren,
- Forschungsdefizite benennen.

Beispiel 1: Zuordnung von Behandlungsinstitutionen in Abhängigkeit vom Schweregrad

LL 10 DGPPN [S. 23, 47]

Ausgewählt wegen der stadienabhängigen Zuordnung von Versorgungsaufträgen zu ambulanten und institutionellen Versorgungsstrukturen.

Tabelle 6. Schweregradeinteilung (SG) Demenz nach der Global Deterioration Scale (GDS) mit typischen Symptomen		
SG	Symptomatik	
1	Unauffällig. Keine Beschwerden	
2	Subjektive Beschwerden über Vergesslichkeit, Verlegen von Gegenständen , Wortfindungsschwierigkeiten, Schwierigkeiten genauso schnell zu lesen oder zu verstehen wie früher. Es gibt keine objektivierbaren Auffälligkeiten .	
3	Erste objektivierbare Beeinträchtigung. Vergißt gelegentlich den Wochentag, was es zum Mittagessen gab oder welches Buch gerade gelesen wurde. Einige „weiße Flecken“ in der persönlichen Vorgeschichte. Verwirrung, wenn mehr als eine Sache gleichzeitig zu erledigen ist. Wiederholtes Fragen. Gelegentlich Verstimmung und um die eigene Gesundheit besorgtes Nachfragen. Die Defizite zeigen sich auch in psychometrischen Tests .	
4	Mäßige Beeinträchtigungen. Schwierigkeiten, den eigenen Lebenslauf zu erinnern, Gesprächen zu folgen, bei einfachen Haushaltstätigkeiten außer An- und Ausschalten, bei Bankgeschäften oder dem Kauf von Briefmarken . Probleme, Bekannte am Telefon wiederzuerkennen. Die Schwierigkeiten spiegeln sich in allen psychometrischen Tests wieder.	
5	Mittelschwere Beeinträchtigung. Kennt die eigene Adresse und wessentliche Inhalte seines Lebenslaufes nicht mehr. Unsicher zu Tag, Monat und Jahr sowie zum herrschenden Wetter. Schlafstörungen. Wahnvorstellungen wie: es wurde mir etwas weggenommen.	
6	Schwere Beeinträchtigung. Unsicher zu Zeit, Aufenthaltsort und eigenem Namen. Häufig wird der Name des Lebenspartners nicht mehr erinnert. Geringe Kenntnisse aktueller Ereignisse. Hilfe beim Waschen, Baden und Anziehen nötig. Blasen- und Darminkontinenz. Beim Besteck kann nur noch der Löffel adäquat verwendet werden. Tag- Nacht- Umkehr. Zielloses Umherlaufen. Verbale oder physische Aggressivität.	
7	Sehr schwere Beeinträchtigung. Sprache auf 1 bis zwei Worte reduziert. Häufig Bettlägrigkeit. Keine Vorstellung vom eigenen Namen. Unfähig, von 1 bis 10 zu zählen. Durchgängige Hilfe erforderlich. Zum Ende nicht mehr in der Lage, den Kopf zu heben. Ernährung nur noch i.v. oder über Katheter möglich.	
Krankheitsschweregrad und Behandlungsinstitutionen		
Schweregrad	Ambulante Hilfen	Institutionelle Versorgung
1	Bei anderen Erkrankungen gegebenenfalls erforderlich	Bei anderen Erkrankungen gegebenenfalls erforderlich
2	Wie 1	Wie 1
3	Die meisten Pflegenotwendigkeiten können in der Familie geregelt werden. Unterstützung durch Physiotherapie und gegebenenfalls Essen auf Rädern etc. Selbsthilfegruppe für Angehörige	Wie 1. Gegebenenfalls Anbindung an eine Tagesstätte mit aktivierenden und physio- und ergotherapeutischen Übungen
4	Ambulante Dienste (z.B. Pflege, Physiotherapie und Essen auf Rädern) meist erforderlich. Häufig Beaufsichtigung und Hilfe erforderlich. Angehörigenunterstützung	Tagespflege, Tagesklinik oder Altentagestätte meist erforderlich. Fortführung Physio- und Ergotherapie sowie aktivierender Übungen

5	4 ständig erforderlich	Wie 4. Häufig lässt sich eine Heimeinweisung nicht mehr umgehen. Häufige Klinikaufenthalte durch Komorbidität Heimpflege
6	Rund-um-die-Uhr Betreuung durch ambulante Fachpflege und Angehörige, soweit ambulante Versorgung so sicherzustellen.	
7	Lediglich Einzelfälle können noch unter Zuhilfenahme von Fachpflege zuhause gepflegt werden	Alle Aktivitäten des Lebens müssen durch Pflegepersonal unterstützt werden

Beispiel 2: Kommunalen Versorgungsstrukturen

LL 12 NZGG [S. 22, 23]

Ausgewählt als Beispiel von Versorgungsstrukturen aus dem kommunalen Bereich.

Community Service

- Information on the available community services can be obtained from the Alzheimers Society, Age Concern or local assessment, treatment and rehabilitation (AT&R) Unit.
- Information, education and support – Alzheimers Society / ADARDS.
- Social work support.
- Counselling.
- Day care.
- Respite: sitters, short-term care.
- Home support: personal care including showering/bathing, administering and monitoring medication domestic assistance, including cleaning, cooking, assistance with shopping.
- District nursing.
- Meal services.
- Laundry service.
- Gardening and lawns.
- Volunteers.
- Total Mobility.
- Incontinence aids and advice.
- Occupational therapy.
- Physiotherapy.
- Diversional therapists.
- Domiciliary dentists, hairdressers, podiatrists.
- Financial advice (eg, Income Support Services).
- Personal alarms (may have limited use for a person with dementia).

Beispiel 3: Day Care

LL 04 APA [S. 29-30]

Ausgewählt als Beispiel der Beschreibung einer Versorgungsstruktur in ihren Möglichkeiten und Grenzen.

V. Factors Modifying Treatment Decisions

B. Site-Specific Issues

2. Day care

Ideally, day care provides a protected environment and appropriate stimulation to patients during the day and gives caregivers a needed break to attend to other responsibilities. Some centers

specialize in the care of individuals with dementia and may thus offer more appropriate activities and supervision. Anecdotal reports and practice support the benefit to patients of scheduled activities. However, behavioral symptoms can be precipitated by overstimulation as well as understimulation, so activities must be selected with care and participation should be adjusted according to each patient's response. Of note, problems can arise when patients with different levels of severity are expected to participate together in the same activities.

Beispiel 4: Forschungsdefizite

LL 02a AAN [S. 1162]

Ausgewählt wegen klarer Benennung von Defiziten der Versorgungsforschung als Grundlage der Empfehlungen.

Special issues regarding the management of patients with dementia.

First, more research is needed to define the roles of various types of practitioners (e.g., neurologists, psychiatrists, geriatricians, primary care physicians) in the care of patients with dementia. The benefits of an interactive care approach involving multiple practitioners, including cost– benefit assessments, must be studied. Research leading to guidelines for the cooperation between clinicians is needed because AD is a chronic illness requiring coordinated and changing management over its course.

Second, studies should explore the impact of different models of health care delivery (e.g., HMO, Standard Medicare, and other fee-for-service) specifically on persons with dementia. These health economic

studies must consider the differential approach of different payers to coverage for prescription drugs in their models. Such studies should also examine the shifts in health care costs that occur over the course of the disease (e.g., family costs, third-party payer costs, government costs) and should seek equitable solutions that benefit patients and families but do not overburden one portion of the health care sector (e.g., Medicaid).

Finally, more evidence-based studies must explore the benefits of various assessments for predicting capacity to consent for patients with dementia.^{174,175} These should include prospective studies of elderly at risk individuals prior to the development of dementia, as well as studies designed to guide routine clinical care and research involving patients with dementia. Guidance in these areas is critical for therapeutic research to continue effectively in this country.

D.1.2 Beteiligte Akteure

An der Behandlung und Betreuung Dementer sind zahlreiche unterschiedliche Berufsgruppen, Angehörige und Laien (z.B. Selbsthilfvereine) beteiligt, deren Zusammenarbeit ebenfalls Schnittstellenproblemen unterliegt. Ein zweckmäßiges und effizientes Betreuungsmanagement ist auf umfassende und koordinierte Zusammenarbeit der beteiligten Akteure angewiesen.

Übersicht zu den an der Versorgung beteiligten Professionen:

Auf medizinischer Seite v.a. hausärztlich tätige Ärzte (Allgemeinmediziner, Geriater, Internisten) und Fachärzte (Geriater, Internisten, Neurologen, Psychiater), ferner Psychologen und Neuropsychologen, verschiedene therapeutischen Professionen (insb. Ergotherapeuten), Professionen aus dem Pflegebereich (teilweise mit spezifischen Zusatzqualifikationen) sowie in der sozialen und rechtlichen Beratung tätige Professionen.

Problem:

Viele Leitlinien beschreiben oft komplexe Versorgungsleistungen, treffen jedoch keine Aussagen zur fachlichen Verortung dieser Leistungen unter dem Gebot einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Erbringung. Es sind auf medizinischer Seite v.a.

hausärztlich tätige Ärzte (Allgemeinmediziner, Geriater, Internisten) und Fachärzte (Geriatiker, Internisten, Neurologen, Psychiater), ferner Psychologen und Neuropsychologen, verschiedene therapeutischen Professionen (insb. Ergotherapeuten), Professionen aus dem Pflegebereich (teilweise mit spezifischen Zusatzqualifikationen) sowie in der sozialen und rechtlichen Beratung tätige Professionen beteiligt. Vielfach sind die Beiträge der beteiligten Berufsgruppen an der Versorgung dementer Patienten nicht klar genug adressiert. Insbesondere fehlen in vielen Leitlinien Hinweise auf die Notwendigkeit eines abgestimmten Behandlungskonzepts mit einer klaren Aufgabenteilung.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- eine Übersicht der an der Betreuung dementer Patienten und ihrer Angehörigen beteiligten Professionen geben,
- die spezifischen Aufgabenschwerpunkte und Grenzen der beteiligten Professionen und Akteure für das Versorgungsmanagement dementer Patienten benennen,
- den beteiligten Professionen unter Berücksichtigung der vorhandenen Evidenz ihren Platz in einem gestuften Gesamtbehandlungskonzept im Sinne eines allgemeinen Casemanagements mit Benennung genereller Umsetzungsverantwortlichkeiten (i.S. eines Casemanagers) und spezieller Umsetzungsverantwortlichkeiten (für einzelne Interventions-/Unterstützungsmaßnahmen) zuordnen und Durchführungsverantwortlichkeiten benennen,
- Anforderungen an das zugehörige Schnittstellenmanagement formulieren,
- Forschungsdefizite benennen.

Beispiel 5: Checkliste für die Aufgaben des Hausarztes als Casemanager

LL 14 NSWDPH-RACGP [S. 7]

Ausgewählt wegen der checklistenartigen Beschreibung der Rolle des Hausarztes.

Audit of care for persons with dementia		
An audit checklist for the general practice management of a person with dementia is useful (see p7).		
Audit of care for persons with dementia		
These questions are suggested as an audit for the general practice management of a person with dementia.		
Circle yes or no to each item:	YES	NO
Does this person have a definite diagnosis?	Y	N
Have reversible causes of confusion been excluded?	Y	N
Is co-morbidity managed optimally?	Y	N
Have the person and their family been:		
1. Consulted throughout the process?	Y	N
2. Told about available services?	Y	N
3. Told about sources of education?	Y	N
4. Given the contact phone number of their State branch of Alzheimer's Australia?	Y	N
Have medications been reviewed:		
1. At the time of diagnosis?	Y	N
2. Three-monthly?	Y	N
3. Six-monthly?	Y	N

Has psychiatric co-morbidity been assessed?	Y	N
Have measures such as driving, enduring power of attorney, enduring Guardianship and will been discussed?	Y	N
Have arrangements been made for a three-monthly review of Support needs of carers?	Y	N
(Adapted from NZ Guidelines, 6:41)		
Referral		
Referral should be considered when:		
<ul style="list-style-type: none"> • progress with any of the problems is unsatisfactory to doctor, patient, family or carer • there are multiple unresolved problems • symptoms are causing acute distress • there are difficult behavioural problems • respite care or other community support services are needed. 		
Referrals should be made with specific stated objectives.		

Beispiel 6: Die Rolle von Spezialisten

LL 12 NZGG [S. 10-11]

Ausgewählt wegen der (partiellen) Benennung spezifischer Aufgaben einzelner Professionen.

<p>The role of the specialist dementia assessment and intervention team</p> <p>When to refer to specialist services</p> <p>(...) Every New Zealand citizen should have access, when necessary, to expert specialist advice on dementia from a publicly funded service. This may be from an Old Age Psychiatry service, from Geriatric Medicine or from General Psychiatry or General Medicine. Neurologists also provide diagnostic and management advice, especially for presenile or atypical dementias.</p> <p>Comprehensive dementia assessment requires multidisciplinary input; medical assessment alone is seldom adequate. Other key personnel are: specialist nurses, social workers and occupational therapists. Depending on the particular case, there is often a role for clinical psychology, physiotherapy and speech-language therapy.</p>
--

D.1.3 Sozialmedizinische Aspekte

Aus sozialmedizinischer Sicht spielen für das Versorgungsmanagement neben Aspekten der Interaktion von Versorgungsstrukturen und Akteuren (s. D.1.1 und D.1.2) Fragen der Prävention (s. D.4), der Rehabilitation (s. D.5.7) und der Langzeitpflege (s. D.6) sowie deren Leistungsträgerschaft eine wesentliche Rolle. Spezifische sozialmedizinische Aspekte hinsichtlich der Versorgung Dementer betreffen eine Reihe besonderer rechtlicher Fragen (Einwilligungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit, Betreuung, Fahrerlaubnis, Forschungsethik, Missbrauch von und durch Demente), die es im Rahmen des Betreuungsmanagements Dementer zu klären gilt. Ferner sind in der Demenzdiagnostik soziokulturelle Aspekte zu berücksichtigen.

Problem:

Für die tägliche Praxis in der Versorgung dementer Menschen hochrelevante rechtliche, ethische und soziokulturelle Fragen werden nur teilweise i. R. einzelner Leitlinien aufgegriffen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- Aussagen zur Problematik der Einwilligungsfähigkeit / partiellen Einwilligungsfähigkeit Dementer und deren Beurteilung umfassen,
- hierbei die gesetzlichen Regelungen des deutschen Betreuungsrechts berücksichtigen.
- Aussagen zu den rechtlichen Voraussetzungen des Einbezugs dementer Patienten in Studien in Deutschland formulieren,
- Aussagen zur Problematik der Fahrerlaubnis und des Managements von Patienten mit isolierten kognitiven Einschränkungen (MCI) und Demenz enthalten,
- Aussagen zur Problematik von physischem, psychischem, rechtlichem, finanziellen und sexuellen Missbrauch dementer Patienten mit Hinweisen auf vorbeugende Maßnahmen umfassen,
- Grundsätze zum verantwortungsvollem Umgang mit Zwangsmaßnahmen formulieren,
- auf soziokulturelle Aspekte der Demenzdiagnostik hinweisen,
- auf die spezifischen Probleme der Patienten mit Demenz mit frühem Krankheitsbeginn in der Phase der Erwerbstätigkeit eingehen.

Beispiel 7: Fahrerlaubnis

LL 06 CMA [Suppl 1 – S 9]

Ausgewählt wegen der regionalen Vorschriften angepasster Empfehlungen mit Angabe der Empfehlungsgrade.

Driving and Dementia

The risk of motor vehicle collisions and fatal injury increases with the duration and severity of dementia.⁷² Reporting concerns about driving to provincial Ministries of Transport is mandatory in many but not all provinces. Physicians' assessment of driving safety in the office setting is inaccurate.⁷³ The exception is where the patient is so severely demented that an increased driving risk is obvious. Performance-based evaluations of driving are preferable for accurate assessment especially in uncertain cases.^{73,74} The physician should ask about driving problems, accidents or infractions and look for significant deficits in visuospatial abilities, attention and judgement. Lesser degrees of impairment in combination may be equally hazardous. Other conditions that may affect the patient's level of consciousness or abilities (e.g. syncope, hypoglycemia, seizures, transient ischemic attacks) as well as medications that can affect cognition should also be considered. Long half-life benzodiazepines substantially increase the risk of motor vehicle collision in older individuals.⁷⁵ Descriptions of how patients actually drive should be sought from observers. Asking about behaviour (eg. anger) and abilities in daily function (eg. getting lost) are potentially useful for assessing driving risk. Even if the risk is currently considered acceptable, review at periodic intervals (to be determined by the patient's rate of decline or onset of new symptoms) is recommended. Physicians who have concerns regarding a patient's capacity to drive, should communicate their concern to the patient and caregiver and suggest an evaluation of driving competency.

a) While caring for patients with cognitive impairment, physicians should consider risks associated with driving. Focused medical assessments (including specific details in the medical history and physical examination) are recommended in addition to the general medical evaluation. (B, III, consensus)⁷³

b) Physicians should be aware that driving difficulties may indicate other cognitive/functional problems that need to be addressed. (B, III, consensus)⁷³

c) Physicians should encourage patients with Alzheimer's disease and their caregivers to plan early for eventual cessation of driving privileges and provide continuing support for those who lose their capacity to drive. (B, III, consensus)⁷³

d) Primary care physicians should notify licensing bodies of concern regarding incompetence to drive even in those provinces that have not legislated mandatory reporting by physicians, unless the patient gives up driving voluntarily. (A, III, consensus)⁷³

e) Physicians should advocate strongly for the establishment and access to affordable validated performance-based driving assessments. (B,III, consensus)^{73,74}

Beispiel 8: Grundsätze zum Einsatz von Zwangsmaßnahmen

LL 12 NZGG [S. 12]

Ausgewählt wegen knapper Benennung wesentlicher Aspekte.

Managing behavioural concomitants of dementia

(...)

Non-drug management strategies

(...)

The role of physical restraints (bedrails, chair-belts etc.) for managing severe agitation or aggression is controversial. These should only be used as a last resort, in the interests of safety; the indications for, and amount of use should be accurately documented and regularly audited.

Beispiel 9: Soziokulturelle Aspekte

LL 06 CMA [Suppl. 1 – S 9, S 10]

Ausgewählt wegen der Berücksichtigung soziokultureller Aspekte der Demenzdiagnostik.

Cultural issues in Dementia

In a multicultural society such as Canada, physicians need to be aware that the concept of dementia is essentially a Western one. In many cultures this diagnostic label does not even exist.⁷⁹ In making diagnoses, cultural sensitivity must be observed. One must avoid over-reliance on mental status instruments that may not be valid in other cultural groups. Standard cognitive testing measures frequently contain items which are biased for educational attainments or ethnicity.^{80,81} It can be extremely difficult to assess individual whose language of communication is different from the examiner. Different cultural or ethnic groups may have different proportions of the various causes of dementia. For example, VaD is the most common type in Japan but when Japanese men migrate to Hawaii they appear to be more susceptible to the development of AD.⁸² Decisions about management may be affected by cultural differences in, for example, willingness to seek institutional care.

a) Family physicians need to be aware of the cultural impact on families` recognition and acceptance of dementia in a family member and that more in-depth questioning about symptoms and the meaning of aging may be required. (B, III, consensus)⁷⁹

b) Physicians should recognize that measures of cognitive abilities (eg MMSE) will often overestimate cognitive impairments in many cultural and/or linguistic groups. (B, III, consensus)^{80,81}

c) The care and management of patients from specific cultural groups should take into account the risk of isolation, the importance of culturally appropriate services and special issues that arise in providing caregiver support. (B, III, consensus)⁷⁹

D.2 Ätiopathogenese / Klinische Epidemiologie

D.2.1 Definition / Klassifikation

Demenz ist ein Syndrombegriff, der eine Vielzahl unterschiedlicher Krankheitsbilder mit einer Abnahme von Gedächtnis und Denkvermögen umfasst. Diese Krankheiten können sich in ihrer Symptomzusammensetzung, ihrem Schweregrad, ihrer Prognose und ihren Therapieoptionen unterscheiden. Hiervon abzutrennen sind isolierte kognitive Einschränkungen (MCI), die zwar eine altersentsprechende Leistungsnorm unterschreiten, jedoch weder als Demenz definiert, noch zwangsläufig in eine solche übergehen müssen.

Problem:

Eine Reihe von Leitlinien beziehen sich nur auf bestimmte Demenzformen. Manche Leitlinien setzen die Diagnose einer Demenz bereits voraus. Insoweit Fragen der Diagnostik und Früherkennung von Demenzen einbezogen werden, sind die Abgrenzungen zu nicht als Demenz definierten kognitiven Einschränkungen deutlich zu machen. Die Darstellung von Diagnostik, Therapie und Management hat sich – zumindest im Hinblick auf die Unterschiede – an einer initial getroffenen Definition und Klassifikation zu orientieren.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- eine allgemeine Definition des Demenzsyndroms anhand standardisierter Klassifikationssysteme enthalten,
- eine Klassifikation nach Schweregraden vornehmen,
- eine Abgrenzung zu MCI vornehmen,
- eine Klassifikation der Demenzen nach Ätiologie (mit Differentialsymptomatik) enthalten.

Beispiel 10: Diagnosekriterien Demenz nach DSM-IV

LL 01 AMA [S. 5]

Ausgewählt wegen standardisierter Definition des Demenzbegriffs.

Diagnosis of Dementia (DSM-IV)³

1. A syndrome characterized by:

a. Memory impairment (difficulty learning new information or recalling previously learned information)

b. One of the following:

i. Aphasia (language disturbance)

ii. Apraxia (difficulty in carrying out previously learned motor activities despite intact motor function)

iii. Agnosia (difficulty recognizing people, places or objects that were previously familiar to the individual despite intact sensory function)

iv. Disturbance in executive functioning (sequencing, organizing, abstracting, planning)

2. The cognitive deficits above cause significant impairment in functioning and represent a decline from previous functioning.

3. Symptoms do not occur exclusively during delirium and are not better accounted for by another mental illness.

Beispiel 11: Weitere Klassifikationen

LL 05a AKdÄ [S. 5, 7]

Ausgewählt wegen standardisierter Definition des Demenzbegriffs nach ICD –10 und der Abgrenzungskriterien Alzheimer-Typ / Vaskulärer Typ.

Tabelle 2: Definition der Demenz nach ICD-10³

Die Störung von 1 und 2 müssen schwer genug sein, um eine wesentliche Beeinträchtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens nach sich zu ziehen.

Dauer: mehr als 6 Monate

1. Störungen des Gedächtnisses
 - Aufnahme und Wiedergabe neuerer Informationen
 - Verlust früher erlernter und vertrauter Inhalte (in späteren Stadien)
2. Störungen des Denkvermögens
 - Störung der Fähigkeit zu vernünftigen Urteilen
 - Verminderung des Ideenflusses
 - Beeinträchtigung der Informationsverarbeitung
3. Störungen der emotionalen Kontrolle
 - Störungen des Sozialverhaltens
 - Störungen der Motivation

Tabelle 4: Diagnostische Kriterien für die Demenz vom Alzheimer-Typ ICD-10

1. Vorliegen einer Demenz
2. Schleichender Beginn mit langsamer Verschlechterung
3. Fehlen klinischer Hinweise oder spezieller Untersuchungsbefunde, die auf eine System- oder Hirnkrankheit hinweisen, welche ihrerseits eine Demenz verursachen kann
4. Fehlen eines plötzlichen apoplektischen Beginns oder neurologischer Herdzeichen

Tabelle 5: Diagnostische Kriterien für vaskuläre Demenz NINCDS-AIREN¹⁵

1. Demenzsyndrom
2. Nachweis einer zerebrovaskulären Erkrankung
3. Zusammenhang zwischen 1. und 2. durch zeitlichen Bezug zwischen Infarkt und Manifestation der Demenz (Demenzbeginn innerhalb von 3 Monaten nach Schlaganfall)

Beispiel 12: Klassifikation nach Ätiologie

LL 05a AKdÄ [S. 5, 7]

Ausgewählt wegen Übersichtlichkeit der ätiologischen Klassifikation.

Tabelle 1: Der Demenz zugrunde liegende Erkrankungen bei 675 autopsierten Patienten²

Ursachen	Häufigkeit (%)
Demenz vom Alzheimer Typ	60
Vaskuläre Demenz	16
Demenz vom Alzheimer Typ + Vaskuläre Demenz	8

Demenz vom Alzheimer Typ + Morbus Parkinson	8
Morbus Parkinson	1
Frontotemporale Demenz (Morbus Pick)	1
Lewy-Körper-Demenz	1
Creutzfeld-Jakob-Erkrankung	1
Andere Ursachen	4

Tabelle 6: Weitere Ursachen dementieller Syndrome

1. Endokrinopathien
 - Hypothyreose
 - Hyperthyreose
 - Hypoparathyreoidismus
 - Hyperparathyreoidismus
2. Vitaminmangelkrankheiten
 - B12-Mangel
 - Folsäuremangel
 - B1-Mangel
 - B6-Mangel
3. Metabolische Enzephalopathien
 - chronisch hypoxische Zustände
 - chronische Lebererkrankungen (M. Wilson, Hämochromatose, Leberzirrhose)
 - chronische Nierenerkrankungen (Dialyse-Enzephalopathie)
4. Intoxikationen
 - Industriegifte (Kohlenmonoxid, Quecksilber, Blei, Perchlorethylen)
 - Medikamente (z.B. Kardiaka, Antihypertensiva, Psychopharmake)
 - Alkoholabhängigkeit
5. Elektrolytstörungen
 - Hyponatriämie (z.B. diuretische Behandlung)
 - Hypernatriämie
6. Rheologische bedingte Störungen
 - Polyzythämie, Hyperlipidämie, multiples Myelom
7. Chronische Infektionskrankheiten
 - bakteriell: M. Whipple, Neurosyphilis, Neuroborreliose
 - viral: Zytomegalie, HIV-Enzephalitis, progressive multifokale Leukenzephalitis
7. Spätformen der Leukodystrophien, z.B. Zeroidlipofuszinose

Beispiel 13: MCI-Kriterien

LL 02a AAN [S. 1134, Tab.1]

Ausgewählt wegen standardisierter Definition der MCI.

Table1 Mild cognitive impairment criteria

Memory complaint, preferably corroborated by an informant
 Objective memory impairment
 Normal general cognitive function
 Intact activities of daily living
 Not demented

Beispiel 14: Klassifikation nach Schweregraden

LL 11a FMS [S. 1]

Ausgewählt wegen Schweregradklassifikation.

Dementia classified by severity**- Mild**

Although the ability to work and social competence are markedly deteriorated, the patient is still capable of independent living and moderate judgment.

- Moderate severity

The patient's ability to function independently is threatened, and some degree of supervision is necessary.

In most patients the ability to drive a care has deteriorated.

Legal competence is compromised.

- Severe

The patient's daily activities are affected to such an extent that continuous supervision is required

D.2.2 Ätiopathogenese / Risikofaktoren

Einerseits gehört die Demenzerkrankung weltweit zu den häufigsten Erkrankungen im Alter, andererseits ist sie mit

- hohen Kosten für die Gesellschaft verbunden und mit
- außergewöhnlichen Belastungen für die Betroffenen, Pflegenden und Angehörigen
- schwierigen Bedingungen für eine gezielte Frühdiagnostik inhaltlicher und gesellschaftlich politischer Art verbunden.

Problem:

Mangelndes Wissen und auch Akzeptanz über das normale und pathologische Altern, insbesondere über das kognitive Altern in der Bevölkerung und in der Fachwelt ist ein enormer Nachteil bei der Etablierung der Frühdiagnostik.

Allerdings dauert es 10 bis sogar 30 Jahre bis klinische Frühzeichen der Demenz auftreten. Diesem pathologischen Leistungswandel gehen ein pathologischer Strukturwandel mit Abbau neurologischer Funktionskapazitäten voraus. Für diese vorausgehenden Prozesse gibt es noch keine Parameter der Frühdiagnostik.

Heutige Diagnoseerstellung in Deutschland liegen meist erst Jahre nach Beginn der Krankheit, dadurch entstehen alle negativen Folgen für Betroffene, Fachleute und Angehörige mit wiederum einer negativen Wechselwirkung.

Vorschlag:

Für Demenzerkrankung gibt es hinsichtlich der Ätiopathogenese Risikofaktoren, auf die sich die Frühdiagnostik und das Screening beziehen sollte.

Eine Leitlinie sollte auf das Risiko bei (genetisch-) familiärer Prädisposition, bei Stoffwechselstörungen, bei bereits vorbestehenden, neurologischen, internistischen oder vaskulären Erkrankungen und sozialem Status eingehen.

Im Einzelnen sollte eine Leitlinie Risikofaktoren benennen, die für die Ätiopathogenese als gesichert angesehen werden können und für ein Screening geeignet sind. In diesem Zusammenhang sollte eine Leitlinie Stellung beziehen zu:

- Patienten, von denen man weiß, dass Verwandte 1. Grades bereits an einer Demenz litten, egal welche Form,
- der Relevanz des Screenings der Angehörigen 1. Grades von derjenigen Patienten, die vor Einweisung in ein Pflegeheim wegen Demenz untersucht werden,
- Patienten mit Apolipoprotein E4 (Apo E4),
- Patienten mit kardiovaskulären Risiken,
- Schnittstellen zu anderen Leitlinien, wie z.B. Hypertonus, Fettstoffwechsel usw., einschließen,
- Patienten aus niedrigen sozialen Schichten und eingeschränkter Schulbildung, Patienten mit chronischem Alkoholmissbrauch, Patientenzustand nach Schädelverletzungen, Patienten mit neurologischen Erkrankungen wie:
 - M. Parkinson,
 - Down Syndrom,
 - Multiinfarktsyndrom

D.2.3 Klinische Epidemiologie

Problem:

Sowohl von den Leistungsanbietern als auch von den Betroffenen und Angehörigen werden Informationen zur Häufigkeit, zu Risikofaktoren und zum natürlichen Verlauf (z. B. Verhaltensauffälligkeiten als wesentliche Determinante einer Altenheimversorgung) benötigt. Des Weiteren gehören zumindest Schätzungen der gesellschaftlichen und individuellen Kosten (z. B. Angehörigenpflege) in eine Demenz-Leitlinie.

Vorschlag:

Epidemiologische Aussagen sind zu folgenden Faktoren für eine Reihe von Fragestellungen notwendig:

- Risikofaktoren: Identifikation von Risikogruppen und Entwicklung möglicher präventiver Ansätze,
- Häufigkeit der verschiedenen Stadien der Demenz (Prävalenz, Inzidenz): Schätzung für gesundheitsplanerische Aktivitäten sowie zur Abschätzung der Wahrscheinlichkeit einer Demenz bei diagnostischen Tests im Alltag,
- Häufigkeit des natürlichen Krankheitsverlaufs: Schätzung des potentiellen Nutzens von Interventionen,

- Häufigkeit „komplikativer“ Verläufe und Krankheitsfolgen (z.B. Aggressivität): Abschätzung des Versorgungsaufwandes und Schätzung des potentiellen Nutzens von Interventionen,
- Spezifische Problematik der Demenzen mit frühem Krankheitsbeginn.

Im folgenden (s. Unterkapitel D.2.3.1, D.2.3.2, D.2.3.3) werden einige Beispiele aus vorhandenen Leitlinie angeführt, die diese Forderungen exemplarisch besonders adäquat behandeln.

D.2.3.1 Klassische Epidemiologie - Inzidenz und Prävalenz der Krankheiten

Problem:

Um den Stellenwert einer Erkrankung im Umfeld anderer Krankheit beurteilen zu können, müssen Daten zur Rate von Neuerkrankungen (Inzidenz) und zur bestehenden Häufigkeit (Prävalenz) in Leitlinie angegeben werden. Dadurch wird die Akzeptanz einer Leitlinie bei den Leistungsanbietern im weitesteten Sinne wesentlich beeinflusst. Des Weiteren sollten Risikofaktoren benannt werden, die für die Identifizierung von Risikogruppen, für die Aufklärung im Patientengespräch und für die Prävention von Bedeutung sind.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- Informationen zur Inzidenz und Prävalenz der verschiedenen Demenzformen und
- Informationen über die evidenzbasierten Risikofaktoren und deren Vermeidbarkeit enthalten.

Beispiel 15: Is cognitive impairment hereditary?

LL 01 AMA [S. 7]

Ausgewählt, weil die Vererbbarkeit der Erkrankung vor allem für Angehörige eine wichtige Fragestellung darstellt.

Is cognitive impairment hereditary?

First degree relatives of Alzheimer patients have a 2- to 4-fold increase in their personal risk of this disease. Almost all individuals with Down Syndrome develop the neuropathological hallmarks of AD after the age of 35. A small number of Alzheimer cases (less than 10%) have autosomal dominant inheritance. If there is a family history suggestive of autosomal dominant inheritance of AD, consider referral to a genetic clinic. There is a well-described susceptibility gene on chromosome 19. While it increases the risk of the development of AD by certain ages, it does not mean that all individuals who carry this susceptibility gene will develop the condition.

Screening people for the genetic risk factors is not currently indicated. Without any doubt additional susceptibility genes will be found.

Beispiel 16: AD and genetic risks.

LL 02a AAN [S. 1148]

Ausgewählt, weil das genetische Risiko der Demenz, in diesem Beispiel für die Alzheimer-Erkrankung, differenziert zur Darstellung kommt.

AD and genetic risks.

In a large neuropathologically confirmed cohort of patients with dementia, the use of apolipoprotein E4 slightly increased the positive predictive value of the AD diagnosis (Class II).¹⁸

These authors showed that relative to the neuropathologic diagnosis of AD, the sensitivity of the clinical

diagnosis of AD was 92%, whereas sensitivity of having at least one APOE E4 allele was only 65%. However, in patients with clinical diagnoses of AD, the addition of APOE testing increased the positive predictive value (using the prevalence of AD in this dementia autopsy series) of a diagnosis of AD by approximately 4% (from 90 to 94%) if an APOE E4 allele was present. In patients with a clinical diagnosis of non-AD, the absence of an APOE E4 allele increased the negative predictive value by 8% (from 64 to 72%).

FTD and genetic risks. A relatively high prevalence of tau mutations was found in a Dutch population (17.8% of all FTD cases and 40.3% of all familial FTD cases).⁸² In contrast, no tau mutations were found in a large U.S. clinical non-AD dementia sample.⁸³ The yield of diagnostic and prognostic information from screening of sporadic cases of suspected FTD for the known mutations of the tau gene is likely to be very low.

DLB and genetic risks. There are no clinically relevant associations between any genetic markers and DLB.

CJD and genetic risks. Although familial CJD has been linked to a number of different mutations in the prion gene,⁸⁴ and a polymorphism at one codon has been shown to be more common in sporadic CJD,^{85,86} there is no evidence currently that genetic analysis of the prion gene is of value in the diagnosis of suspected CJD

Beispiel 17: Estimated overall annual incidence of dementia and Alzheimer's disease

LL 02a AAN [S. 1135, 1136]

Ausgewählt, weil konkrete Daten zur Häufigkeit und zur Übergangswahrscheinlich von MCI und Demenz angegeben werden.

Analysis of evidence. Does the presence of mild cognitive impairment predict the development of dementia?

The work group assessed longitudinal studies of persons with mild cognitive impairment to determine whether classification of such persons leads to an increased risk of developing AD relative to the general age-matched population. Overall ("crude") estimates are less than adequate for comparison among studies because study cohorts may vary in their age structures. Even when using age specific or age-adjusted incidence rates, varying diagnostic/inclusion criteria affect comparability of studies. For example, some studies include persons with incipient dementia, others include mild dementia, and still others only included individuals with moderate to severe dementia.^{5,6}

(...)

They are distinct from the concept of mild cognitive impairment as used in the current article. Age associated memory impairment refers to the concept of increasing memory impairment with age and references memory function in the elderly cohort to young normal adult subjects. As such, there can be an overinclusion of neurologically normal individuals in this concept, and it has been critiqued as such.¹³ Age-associated cognitive decline refers to the concept of mild impairments in multiple cognitive domains but not of sufficient severity to constitute the diagnosis of dementia. This is a useful concept; however, few longitudinal studies have been conducted using this nomenclature, and this classification scheme also includes many normal elderly persons. Each of these terms either includes a segment of the normal population and represents extremes of normal aging and/or is more inclusive than the current definition of mild cognitive impairment. As such, they are not directly germane to the current discussion. Individuals with mild cognitive impairment meet criteria similar to those shown in table 1. There are differences in the literature with respect to the sources of subjects, age, education, and criteria, but a general pattern of clinical progression has emerged. These studies are summarized in table 5. The conversion criteria refer to either the development of dementia or AD.

Table 4 Estimated overall annual incidence of dementia and Alzheimer's disease from 12 studies

Age group	Annual rate for Dementia, % (95% CI)	Annual rate for AD, % (95% CI)
55-59		
60-64	0.11 (0.08-0.16)	0.06 (0.02-0.13)
65-69	0.33 (0.25-0.43)	0.19 (0.11-0.30)
70-74	0.84 (0.65-1.08)	0.51 (0.35-0.74)
75-79	1.82 (1.38-2.38)	1.17 (0.81-1.70)
80-84	3.36 (2.52-4.47)	2.31 (1.61-3.31)
85-89	5.33 (3.87-7.30)	3.86 (2.70-5.47)
90-94	7.29 (4.87-10.77)	5.49 (3.41-8.72)
95+	8.68 (4.97-14.72)	6.68 (3.03-14.10)

Adapted from Bachman et al.⁸

Table 5 Studies demonstrating outcome of persons with mild cognitive impairment (MCI) or similar condition

Study	Subjects no. Class	Mean age, y	Source	Criteria	Duration follow up, y	Annual conversion rate to dementia or AD, %	
Mayo ²	66	81	Community practice	MCI	4	12	II
Toronto ^{14,15}	107	74	Family practice	Memory impairment	2	14	II
Columbia ¹⁶	127	66	Memory disorders clinic	Questionable dementia	2.7	15	II
MGH ¹⁷	123	72	Community advertising	CDR 0.5	3	6	III
Seattle ¹⁸	21	74	Health Maintenance Organization	Isolated memory loss	3.8	12	III
NYU ¹⁹	32	71	Dementia clinic	GDS 3	2.2	25	III

CDR = Clinical Dementia Rating; GDS = Global Deterioration Scale.

Beispiel 18: Modellrechnungen für Deutschland

LL 05a AKdÄ [S. 4]

Ausgewählt, weil hier zumindest ansatzweise die epidemiologische Dimension der Erkrankung kursorisch dargestellt wird.

Modellrechnungen (1) für Deutschland weisen darauf hin, dass die absolute Zahl von Demenzpatienten im Alter von 65 Jahren und darüber kontinuierlich zunehmen wird. »Im Vergleich zu 1997 mit geschätzten 1,18 bis 1,59 Millionen Demenzpatienten ist 2030 mit 1,89 Millionen bis 2,53 Millionen Demenzpatienten zu rechnen. Die Zunahme beträgt damit rund 60 %, bezogen auf die untere Grenze der angegebenen Bandbreite und das Jahr 1997« (1). Diese Prävalenz einer schweren Erkrankung ist eine Herausforderung, der die Therapie, wie aus klinischen Studien, aber auch aus den Alltagserfahrungen von Ärzten, Patienten und Angehörigen ersichtlich, bislang noch nicht im wünschenswerten Maße gerecht werden kann. Andererseits ist es bei der medikamentösen Behandlung der Demenz wie auch bei anderen schweren Erkrankungen, für die noch keine ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, so z. B. für Tumorerkrankungen, ärztliches Gebot, auch mögliche kleine Verbesserungen und Erleichterungen anzustreben.

Beispiel 19: Was bedeutet Hirnleistungsschwäche oder Demenz?

LL 05a AKdÄ [S. 6]

Ausgewählt, weil auch für Laien verständlich die epidemiologische Dimensionen deutlich werden.

Ein hohes Alter hat seinen „Preis“.

Das höhere Risiko für solche Erkrankungen ist sozusagen der Preis für die gestiegene Lebenserwartung. In der Bundesrepublik Deutschland sind zur Zeit etwa 21% der Bevölkerung älter als 60 Jahre; damit gehört etwa jeder fünfte dieser Altersgruppe an. Im Jahre 2030 wird jeder dritte älter als 60 Jahre sein.

Heute leiden immerhin schon

- von den 60jährigen 1%
- von den 80jährigen 20% und
- von den 90jährigen 33 bis 50% an Demenz

Weit mehr als ein Drittel der 90jährigen ist betroffen.

Berücksichtigt man gleichzeitig, dass die Zahl der Demenzerkrankungen mit steigendem Alter stark zunimmt, so wird die Tragweite dieser Krankheiten für den einzelnen Alternden, aber auch für die Gesundheitsdienste, die Einrichtungen der Altenpflege, die Krankenkassen und insbesondere für die betroffenen Familien deutlich, die in 80% der Fälle die Pflege der erkrankten Angehörigen übernehmen.

Beispiel 20: Hirnleistungsstörungen als Folge anderer Erkrankungen.

LL 05b AKdÄ [S. 11]

Ausgewählt, weil die Leitlinie die organischen Risikofaktoren (Komorbidität) benennt.

Tabelle 1 Hirnleistungsstörungen als Folge anderer Erkrankungen**Erkrankungen mit einem Risiko für Hirnleistungsstörungen**

- Herz-/Kreislaufkrankungen (Herzschwäche, Herzinfarkt)
- Blutkrankheiten (Anämien)
- chronische Lungenfunktionsstörungen
- Stoffwechselkrankheiten und Vitaminmangelzustände (Diabetes mellitus, Schilddrüsenüber- oder -unterfunktion, B₁₂-, B₆-, B₉-Vitaminmangel, Folsäure und Nikotinsäuremangel)
- Vergiftungen (durch Alkoholismus, Rauschdrogen, Medikamente)
- Infektionskrankheiten (Hirnhautentzündung, AIDS)
- Autoimmunerkrankungen (Multiple Sklerose)
- gut- und bösartige Geschwülste
- Unfallverletzungen mit Schädelbeteiligung (Hirnquetschungen, Hirnblutungen)
- Krampfanfallsleiden (Epilepsie)
- psychische Krankheiten (Depressionen)

Beispiel 21: Krankheitsdauer

LL 05b AKdÄ [S. 15]

Ausgewählt, weil die Leitlinie Angaben zum natürlichen Verlauf einer Demenzerkrankung einschließt.

Krankheitsdauer

Die Krankheitsdauer einer Demenzerkrankung vom Alzheimer-Typ beträgt im Durchschnitt sechs bis acht Jahre. Im Einzelfall kann sie von weniger als einem Jahr bis zu 15 und mehr Jahren schwanken. Der Verlauf der Erkrankung ist nicht vorhersehbar; Zustandsverschlechterungen treten meist schubweise auf. Schübe mit raschem und langsamem Hirnleistungsverlust wechseln einander ab. Sollten Sie bei einem Ihrer Angehörigen ein Beschwerdebild beobachten, das dem gerade beschriebenen ähnelt, so sollten Sie versuchen, ihn zu überzeugen, mit Ihnen zusammen einen Arzt aufzusuchen. Je früher eine Demenzerkrankung erkannt wird, um so eher besteht die Chance, ihren Verlauf durch eine unterstützende Behandlung günstig zu beeinflussen.

Beispiel 22: Vererbungsrisiko.

LL 05b AKdÄ [S. 18]

Ausgewählt, weil die Leitlinie beispielhaft zum genetischen Risiko in allgemein verständlicher Form eingeht.

Vererbungsrisiko

Das Vererbungsrisiko scheint dabei insbesondere die frühe Erkrankungsform mit einem Krankheitsbeginn vor dem 60. Lebensjahr zu betreffen. Bei der späten Erkrankungsform, die erst im höheren Lebensalter (älter als 65 Jahre) auftritt, deutet vieles darauf hin, dass die Vererbung keine nennenswerte Rolle spielt.

Beispiel 23: Survival, Normal ageing and memory.

LL 11a FMS [S. 2]

Ausgewählt, weil Angaben zum natürlichen Verlauf und Mortalität sonst selten in einer Leitlinie gemacht werden.

Survival

- Alzheimer's disease, 10–12 years,
- slightly longer in females Vascular dementia, 5–7 years

Normal ageing and memory

- In individuals free of disorders affecting the central nervous system age-related changes in cognitive functions are minor, and they have an insignificant impact on the patient's activities of daily living or social interactions.
- A normal elderly person is capable of learning, albeit more slowly, and thus is not "senile."
- The normal ageing process involves slight deterioration in functions such as
 - learning
 - speed of cognitive processes
 - abstract thinking requiring flexibility
 - memory capacity.

Beispiel 24: Incidence and prevalence of dementia in New Zealand

LL 12 NZGG [S. 2]

Ausgewählt, weil die Leitlinie gute Darstellung der epidemiologischen Grunddaten anbietet.

Incidence and prevalence of dementia in New Zealand

There is wide variation worldwide in the estimates of the prevalence and incidence of dementia. This is probably because of variations in the criteria used to define the syndrome.⁽⁹⁾ An over-reliance on tests of mental status (eg, the Folstein Mini Mental Status Examination or MMSE⁽¹⁰⁾) can also be misleading (see Figure 1).⁽¹¹⁾ In general, Alzheimer's Disease accounts for 50–70% of all cases of dementia and vascular dementia for 10–20%.⁽¹³⁾ There has only been one study looking at the prevalence of dementia in New Zealand,⁽¹³⁾ which has shown prevalence rates which are similar to other countries (Table 1).

Table 1: Prevalence of dementia in New Zealand⁽¹³⁾

Age group	Prevalence
All people aged over 65 years	7.7%
65–74 years	3.8%
75–79 years	6.4%
80–84 years	11%
85–89 years	23.6%
90+ years	40.4%

Information regarding the prevalence of the various subtypes of dementia in New Zealand is lacking. Further studies on rates of dementia in New Zealand are required to ensure that there is accurate information to enable planning of services. There is also a need to determine prevalence rates in Maori because New Zealand's Maori population is ageing faster than the population as a whole. There were only 400 Maori aged 85 years or more in 1991 but this is projected to increase to 5010 by the year 2031.⁽¹⁴⁾

Based on data accumulated from a number of studies, it has been estimated that the prevalence of dementia doubles each 5.1 years between the ages of 60 and 90 years but this exponential increase possibly does not continue over 95 years. The prevalence in men is similar to women.⁽⁹⁾

It has been estimated that between 1992 and 2016, the prevalence of dementia will increase in New Zealand by

96–100%, compared with a rise in the general population of 18–26%.⁽¹⁵⁾

The incidence of dementia is also difficult to estimate but is probably approximately 1% per year for people aged over the age of 65.⁽⁹⁾

Beispiel 25: General practice workload, Classification category

LL 13 NoEng [S. 19]

Ausgewählt, weil kurz und knapp die wesentlichen epidemiologischen Kennzahlen mitgeteilt werden.

General practice workload, Classification category			
Based on the Morbidity Statistics from General Practice (McCormick, 1995) it is possible to estimate the incidence, prevalence and workload for patients with dementia (coded using ICD9). The statistics classify patients with dementia within the group "Senile and pre-senile organic psychotic conditions" (ICD 290). Although this includes pre-senile conditions these form only a small minority of the figures. The figures in the table are based upon an assumed size of 2000 patients per general practitioner principal.			
Classification category	Incidence new patients per General Practitioner per Year	Prevalence patients consulting per General Practitioner per year	Workload condition related consultations per General Practitioner per year
Senile and pre-senile organic Psychotic conditions	1.6	3.6	7.4

The morbidity statistics also allow some estimate to be made of where the consultations occur. For all conditions 14% of contacts with patients aged 65-74 years occur as home visits; for patients with dementia the proportion is 51%. For patients aged 75 years and over the proportion is 40% for all conditions and 71% for patients with dementia.

Beispiel 26: Background, Burden of Suffering, Epidemiology, Risk

LL 17 USPSTF [S. 2]

Ausgewählt, weil die Leitlinie eine besonders gute und ausführliche Darstellung der Epidemiologie aufweist.

A. Background
<p>Dementia is an acquired syndrome of decline in memory and at least one other cognitive domain such as language, visuo-spatial, or executive function sufficient to interfere with social or occupational functioning in an alert person.¹ Multiple diseases can cause the syndrome of dementia. The large majority of people with dementia have neurodegenerative disease or cerebrovascular ischemia as the underlying cause. Between 60% and 70% of people with the dementia syndrome have Alzheimer's disease; about 20% to 30% have vascular or mixed vascular and Alzheimer's disease causes. A smaller number have other causes such as Lewy body dementia, frontal dementia, Parkinson's disease, hypothyroidism, and vitamin B₁₂ deficiency.^{2,3}</p> <p>To date, research has produced no effective approach for primary prevention of dementia. Chemoprevention has been advocated, but data on effectiveness are lacking. Although control of hypertension reduces the risk of cerebrovascular accidents, its role in reducing small vessel vascular dementia is less clear. The wealth of literature has been on screening for dementia with the hope of reducing its burden of suffering by earlier intervention.</p> <p>Routine history and physical examinations do not readily diagnose dementia during clinic or physician visits. Multiple studies in the United States and abroad indicate low identification of dementia by primary care physicians.⁴⁻¹¹ More than 50% of patients with dementia have never been diagnosed by a physician.¹²⁻¹⁴ This raises the possibility that effective screening tests might be able to identify people with dementia at an early stage, thus allowing the possibility of earlier intervention.</p> <p>No national organization recommends routine screening for dementia syndrome. The 1996 Guide to Clinical Preventive Services from the US Preventive Services Task Force (USPSTF) found insufficient evidence to make a recommendation either for or against screening.¹⁵ Since that USPSTF review, however, several studies have been published concerning both pharmacologic and caregiver interventions. Given the new</p>

evidence and the large and growing importance of this condition, the RTI International-University of North Carolina Evidence-based Practice Center (RTI-UNC EPC) undertook this review for the use of the USPSTF in reconsidering its previous conclusions.

B. Burden of Suffering

The aging of the US population has been accompanied by a dramatic rise in the prevalence of the dementia syndrome. Several population-based studies indicate that 3% to 11% of persons over age 65 years and 25% to 47% of those over 85 have dementia.¹⁶⁻²¹ In 1997, the number of people with Alzheimer's disease in the United States was estimated to be 2.32 million, more than 90% of whom were age 60 years and older.²²

Alzheimer's disease is considered the 8th leading cause of death in persons over the age of 65 and is 11th overall in the United States.²³ Median survival estimates of people with dementia have been 5.0 to 9.3 years after diagnosis; a recent study found the median survival time, adjusting for date of onset, to be 3.3 years.²⁴ The annual societal cost of dementia is approximately \$100 billion, from both health care and related costs and lost wages for patients and family caregivers.⁹

Dementia causes a high burden of suffering for patients and their families. For patients, it leads to cognitive and functional deterioration, behavioral complications, increased use of health and social services, complicated clinical management of other comorbid conditions, and increased risk for medical complications such as delirium, falls, motor vehicle crashes, incontinence, fractures, and infections.^{25,26}

For family caregivers, dementia can lead to financial and emotional stress. Family members, usually elderly spouses, care for 66% to 75% of demented people at home.²⁷ The progressive nature of the dementia syndrome has especially negative effects on the caregiver; most studies have found higher levels of anxiety, depression, and use of psychotropic medications in caregivers compared with population controls.²⁸⁻³³ One study reported that 80% of caregivers of dementia patients have chronic fatigue, depression, or anger.³⁴ Recent data have suggested that caregiver burden can be an important determinant of the severity and frequency of demented patients' behavioral problems and of the need to place patients in an institutional setting.^{27,29,35-38}

C. Epidemiology

C.1 Associated Conditions

Experts disagree about definitions for cognitive impairment without dementia and the relationship of these conditions to the development of dementia. Observers have defined more benign conditions with terms such as "age-associated memory impairment" (AAMI), "age-related cognitive decline," and "mild cognitive disorder."³⁹ A study of patients diagnosed with memory impairment found that, after 3 years, 9.1% met Diagnostic and Statistical Manual III, Revised (DSM-III-R) criteria for dementia, 7.4% had worse cognitive functioning but did not have criteria for dementia, and 59.1% still met criteria for AAMI.⁴⁰ Almost 15% of these patients had improved functioning that no longer met AAMI criteria. "Mild cognitive impairment" (MCI) is a more severe condition that has a stronger association with the development of dementia. An estimated 10% to 15% of patients with MCI progress to dementia annually.⁴¹

C.2 Risk Factors

Age is the best studied and strongest risk factor for the dementia syndrome. The incidence rate among people ages 65 to 69 years is about 2.4 cases per 1,000 person-years, and incidence approximately doubles in each subsequent 5-year period.⁴² A significant rise in the prevalence of dementia begins around age 75; rates of 1% to 3.5% in persons' ages 65 to 74 years jump to 6% to 15% in those ages 75 to 84 years.

The risk of Alzheimer's disease is related to family history. Individuals whose parents both had Alzheimer's disease have a 54% cumulative risk of developing this condition by age 80. This risk is about 1.5 times greater than the risk faced by those with 1 parent with Alzheimer's disease and nearly 5 times greater than for those with neither parent affected. First-degree relatives of patients with Alzheimer's disease have a cumulative lifetime risk of 39%, approximately twice the risk of Alzheimer's disease in the general population.⁴³

Some genetic mutations have been associated with Alzheimer's disease. For example, about 20% to 30% of the general population and 45% to 60% of people with late-onset Alzheimer's disease have the apolipoprotein E-4 gene.⁴⁴ In a study of people with Down syndrome, 55% of individuals between 50 and 59 years and 75% of those 60 years of age and older had Alzheimer's disease.⁴⁵

Cardiovascular risk factors are associated with vascular dementia. The presence of lacunar infarctions leading to symptomatic change is independently related to diastolic blood pressure, serum creatinine, tobacco smoking, carotid stenosis, male sex, and a history of diabetes.⁴⁶ A cross-sectional study found all indicators of atherosclerosis (vessel wall thickness, plaques of the carotid arteries, and the ratio of ankle-to-brachial systolic blood pressure) to be associated with all dementias, with odds ratios ranging from 1.3 to 1.9.⁴⁷

Head trauma is also associated with Alzheimer's disease. A case-control study of Alzheimer's disease found the odds ratio of Alzheimer's disease to be 3.5 when comparing patients with previous head trauma to controls.⁴⁸

D.2.3.2 Krankheitsfolgen

Problem:

Für eine adäquate Beurteilung der Folgen dementieller Erkrankungen gehören Informationen zum natürlichen Verlauf einschließlich Mortalität sowie der Häufigkeit von Krankheitsfolgen, die für die Versorgung relevant sind, in eine Leitlinie. Nur durch diese Angaben kann die Effektivität und Effizienz von medikamentösen und nichtmedikamentösen Interventionen adäquat eingeschätzt werden. Des Weiteren können sich aus diesen Angaben praktische Konsequenzen für die Beratung von Patienten und Angehörigen ergeben.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- quantitative Angaben über den natürlichen Krankheitsverlauf enthalten,
- sich mit den Häufigkeiten von medizinischen und psychosozialen Leistungen auseinandersetzen,
- sich in Abhängigkeit vom Lebensalter bei Krankheitsbeginn mit den medizinischen und psychosozialen Krankheitsfolgen auseinandersetzen.

Beispiel 27: Behavioural disorders in patients with dementia

LL 13 NoEng [S. 39]

Ausgewählt, weil hier zumindest einige quantitative Angaben zur Häufigkeit von Verhaltensauffälligkeiten und zum Risiko einer Institutionalisierung bei Krankheitsprogredienz gemacht werden.

Behavioural disorders in patients with dementia

Recommendations

- Health care professionals should exclude underlying causes of behavioural disorder e.g. an acute physical illness, environmental distress or physical discomfort (D)
- Where underlying causes are identified they should be managed before prescribing for the behavioural disorder (D)
- General practitioners should, wherever possible, resist the routine use of tranquillisers to control behaviour disorders in patients in dementia (D)
- In crisis situations the short term use of neuroleptics may be appropriate (D)
- Patients known to have Dementia with Lewy Bodies should not be treated with neuroleptics (B)
- There is a relationship between delusions and aggressive behaviour. Aggressive behaviour should be assessed with this in mind (D)
- Health care professionals should be aware that the care setting and the attitudes of carers (or care teams in an institutional setting) may influence the emergence of behavioural problems (D)

Deutsch & Bylma (1991, III) report on psychosis and physical aggression in people with probable Alzheimer's Disease. They carried out a retrospective review of detailed notes of 181 probable Alzheimer's sufferers. Psychotic symptoms and aggression were examined. Delusions were the best predictor of aggression but accounted for only 3.5% of the variance. About 30% of the patients were aggressive at some point. In 90% of aggressive episodes delusions or misidentifications were reported. In 50% of episodes they were said to be "situational" (i.e. reactive to an obvious precipitant). There is a relationship between delusions and aggressive behaviour. Aggressive behaviour should be assessed with this in mind.

Leaving your own home

Recommendations

- Health and social care professionals should be aware that the following factors are known to increase the likelihood of people with dementia having to leave their own homes: carer stress, physical dependence, irritability, nocturnal wandering and incontinence (B)
- Health and social care professionals should be aware that the patient should not be assessed for optimal home care independently of the carer (B)

Knopman & Kitto (1987,III) report a longitudinal study of death and institutionalisation in patients with primary degenerative dementia. One hundred and one referrals to an outpatient clinic with a carer were assessed over at least two years. The study looked at severity of dementia, bereavement problems, level of dependency and caregiver relationship and compared this to an institutionalised group. In the group of mild sufferers at one year 12% were in institutional care and at 2 years 35% were. In the group of advanced sufferers at one year 39% were in institutional care and at 2 years 62% were. Among those institutionalised in the advanced group a significant role was played by nocturnal behaviour disturbance and persistent irritability ($p < 0.001$). This was not a factor in the mild group and cognitive function was not associated with behavioural problems. Sex and relationship of carer made no difference. Behavioural problems increased the risk of death.

Steele & Rosner (1990,II) report on the relationship between psychiatric symptoms and the nursing home placement of people with Alzheimer's disease. They carried out a controlled prospective study of 25 people institutionalised with Alzheimer's Disease and 25 non-institutionalised Alzheimer's Disease sufferers. Significant results were found for a link between depression, behavioural disturbance and higher dependency leading to institutionalisation. They conclude that psychiatric intervention may prevent or delay institutionalisation.

D.2.3.3 Versorgungsforschung

Problem:

Bei Patienten mit dementiellen Erkrankungen treten aufgrund der Krankheitscharakteristika Versorgungsfragen in den Bereichen

- medizinische Versorgung,
- pflegerische Versorgung,
- Schnittstellenbereich auf.

Daher müssen Fragen des Krankheitsmanagements über alle Versorgungsbereiche einschließlich des Angehörigenbereichs angesprochen werden. Ebenso gehören Schätzungen der Krankheitskosten sowohl aus gesellschaftlicher als auch aus Betroffenen-Sicht dazu.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- sich mit den wichtigsten Versorgungsfragen wie Häufigkeit von Arztbesuchen, Krankenhaus- und Pflegeheimweisungen auseinandersetzen,
- Angaben zur Häufigkeit und Intensität der pflegerischen Versorgung im institutionellen und ambulanten Bereich einschließlich der Angehörigenarbeit,
- und Schätzungen der dabei entstehenden Kosten enthalten.

Beispiel 28: Alzheimer' disease and health service resources

LL 13 NoEng [S. 57]

Ausgewählt als eine der wenigen Versuche, die Versorgungsebene und die ökonomische Dimension mit Zahlen zu belegen.

Alzheimer's disease and health service resources

Precise estimates of the prevalence of Alzheimer's disease are not directly available at the national level. The two most relevant and widely used codes are senile and pre-senile organic psychotic conditions (ICD9:290) which mainly features senile dementia, simple type (ICD9:290.0), and other cerebral degenerations (ICD9:331) which consists mainly of Alzheimer's disease (ICD9:331.0). The relevant hospital activity diagnostic codes are H210, senile and pre-senile organic psychotic conditions (which maps precisely to ICD9:290) and H222, other degenerative and hereditary disorders of the central nervous system (mapping to ICD-9:330,331,333-336).

Using the latest Morbidity Survey in General Practice (McCormick 1995), in England there are an estimated 92,000 patients consulting a general practitioner (GP) every year, for senile and pre-senile organic psychotic conditions, making about 190,000 consultations. The survey briefly reports the number of patients with Senile dementia (ICD9:290.0), of which there are an estimated 60,000. This suggests that statistics reported for the broader group could be reduced to $60/92=65\%$ as a more accurate estimate of resource use attributable to

Alzheimer's disease. About 23,000 patients made 49,000 consultations coded as other cerebral degenerations (ICD9:331). As a cause of death about 80% of events in this patient group are due to Alzheimer's disease (ICD9:331.0), and this is used to reduce resource use attributed to the broad group. The estimated caseload for GPs in England is:

	ICD9:	Patients	GP Consultations	Admissions	Bed days
Senile Dementia	290.0	60,000	124.000	30,000	1,971,000
Alzheimer's disease	331.0	18,000	39.000	8,000	189,000
Total		78,000	163.000	38,000	2,160,000

Estimated annual use of NHS resources due to Alzheimer's disease in the NHS in England

D.2.4 Prognose (Krankheitsprognose)

Aussagen zur Prognose einer Erkrankung ist für Betroffene, Angehörige sowie Ärzte und Therapeuten von zentraler Bedeutung.

Problem:

Der Hinweis, dass es sich bei Demenzen um eine progredient fortschreitende Erkrankung handelt, findet sich in nahezu jeder Leitlinie. Klare Angaben zum natürlichen Verlauf werden allerdings nur vereinzelt gemacht. Nur wenige Leitlinien behandeln die Prognose in einem eigenen Gliederungspunkt.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte beinhalten:

- Angaben zum Krankheitsverlauf,
- Durchschnittliche Krankheitsdauer bis zur Pflegebedürftigkeit, Heimeinweisung oder bis zum Tod,
- Angaben, ob und wie Prognose durch Therapie verändert werden kann,
- Angaben, mit welcher Wahrscheinlichkeit Komplikationen auftreten.

Beispiel 29: Lebenserwartung von Demenzpatienten

LL 14 NSWHDH-RACGP [S. 20, 43]

Ausgewählt, weil die Leitlinie einige konkrete Angaben zur durchschnittlichen Lebenserwartung von Demenzpatienten und zur Wahrscheinlichkeit von Komorbiditäten wie Depressionen oder Psychosen macht.

Prognosis

Most dementia is progressive, but it will affect different individuals in different ways. On average, the time from onset of the disease to diagnosis is about 2-3 years, while from onset to death is usually within 10 years, but varies greatly for individuals. At some time during the dementia, behavioural complications will affect 90% of patients. Psychological/psychiatric complications include depression, anxiety, psychosis or hallucinations, while non-psychological behavioural complications include agitation, wandering, screaming and aggression (see pp42-3).

Co-morbidity

Depression

Many clinicians feel that the newer antidepressants such as selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI's) are preferable to tricyclics, due to a more benign side-effect profile (in particular, less anticholinergic action which can make confusion worse). However, agitation, sleep disturbance and low blood sodium levels can

sometimes prove troublesome with SSRI's. Moclobemide also has proven efficacy and is generally well tolerated (*NZ Guidelines 6:24*).

Anxiety states

Sometimes patients may benefit from more formal anxiety management strategies, behaviour modification, or counselling. If these strategies have failed or are unrealistic, anti-anxiety, anti-panic or anti-phobic drug treatment can be helpful (*NZ Guidelines 6:24*).

Cerebrovascular disease

The medical management of vascular dementia is the same as for stroke disease. There should be careful treatment of hypertension (whilst avoiding hypotensive episodes), hyperlipidemia, carotid atherosclerosis and atrial fibrillation (*NZ Guideline 6:19*). Aspirin (75mg) may reduce the risk of further vascular events (*Eccles 1998*).

Other conditions

Other medical conditions warranting preventive measures or optimal management in the dementing patient are: diabetes (particularly, avoidance of hypoglycemia), hypoxia, anaemia, postural hypotension, epilepsy, infective illness, pain and urinary or faecal retention. Even apparently trivial medical problems (eg mild dehydration) can worsen dementia (*NZ Guideline 6:19*).

D.2.5 Prognosefaktoren der leichten kognitiven Störung

Prognosefaktoren

Diese Faktoren beziehen sich auf den Verlauf der Erkrankung. Sie müssen grundsätzlich mit evidenzbasierten Informationen bewertet werden. Hierzu gehören Erkrankungsalter, Subtypen, Symptome, Therapieresponse, Komorbiditäten, Folgeerkrankungen.

Leichte kognitive Störung

In der aktuellen klinisch-wissenschaftlichen Diskussion spielt die „leichte kognitive Störungen“ (= mild cognitive impairment = MCI) eine wichtige Rolle. Darunter versteht man erworbene Zustände einer Minderung der Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit oder des Denkvermögens, die über das Maß des physiologischen Alterungsprozesses hinausgehen, aber nicht das Ausmaß einer Demenz erreichen. Exemplarisch werden in der Canadian Study of Health and Aging diese Patienten als kognitiv beeinträchtigt, aber nicht dement bezeichnet (Ebly et al. 1995). Diagnostische Kriterien sind psychometrisch objektivierte kognitive Leistungen unter dem Altersdurchschnitt in mindestens einem Bereich und der Ausschluss einer Demenz. Für den amnestischen Typ der MCI schreiten die Symptome bei durchschnittlich 10-23% der Patienten pro Jahr zu einer Demenz fort (Kurz et al., 2003). Katamnestic entwickeln 80% dieser Patienten mit den amnestischen Subtyp nach 6 Jahren eine Demenz (Peterson et al. 2001).

Problem:

Der Informationsstand von Ärzten zu diesem Thema im stationären und ambulanten Versorgungsbereich ist gering. Nur ein Teil der Leitlinien enthält Angaben zu MCI, in deutschen Leitlinien sind, wenn überhaupt, nur bruchstückhafte Informationen zu finden. Die relative schlechte Prognose der MCI entsteht durch die Fokussierung der Studien auf den amnestischen MCI Subtyp (im Sinne einer Vorstufe zur Alzheimerkrankheit) und berücksichtigt nicht andere Ursachen und deren potentielle Reversibilität.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte konkrete Informationen:

- zu diagnostischen Kriterien,
- zur Abgrenzung der MCI gegenüber einer manifesten Demenz,
- zu den Untersuchungsmethoden und deren Wertigkeit,
- zur Differentialdiagnose,

- zu möglichen Ursachen,
- zur Epidemiologie,
- zur Prognose und
- zum Management dieser Patienten in Praxis und Klinik (Beratung, Nachuntersuchung, Beurteilung erster Behandlungsansätze) beinhalten.

Beispiel 30: Early detection of dementia: Mild cognitive impairment

LL 02a AAN [S. 1134]

Ausgewählt, weil die Leitlinien Empfehlungen zur Untersuchung und zum Monitoring der MCI-Patientengruppe gibt. Die Möglichkeiten der neuropsychologischen Untersuchung werden diskutiert.

Recommendations: There were sufficient data to recommend the evaluation and clinical monitoring of persons with mild cognitive impairment due to their increased risk for developing dementia (Guideline). Screening instruments, e.g., Mini-Mental State Examination, were found to be useful to the clinician for assessing the degree of cognitive impairment (Guideline), as were neuropsychologic batteries (Guideline), brief focused cognitive instruments (Option), and certain structured informant interviews (Option). Increasing attention is being paid to persons with mild cognitive impairment for whom treatment options are being evaluated that may alter the rate of progression to dementia.

Table 1 Mild cognitive impairment criteria

Memory complaint, preferably corroborated by an informant
 Objective memory impairment
 Normal general cognitive function
 Intact activities of daily living
 Not demented

Practice recommendation.

Patients with mild cognitive impairment should be recognized and monitored for cognitive and functional decline due to their increased risk for subsequent dementia. (Guideline).

Beispiel 31: Progression of Cognitive Impairment to Dementia

LL 7 CTFPHC [S. 44]

Ausgewählt, weil die die Leitlinienautoren (Christopher J.S. Patterson, David A. Gass) konkrete Angaben zu den gängigen MCI-Konzepten und deren Prognose machen.

Tabelle Suppl. 1 – S44

Tabelle Suppl. 1 – S44
Table 3: Progression of Cognitive Impairment to Dementia

Reference	Country	Population	N	Criteria	Length of Follow-Up (Years)	Annual Rate of Progression (Percent)
Christensen ¹⁴ 1997	Australia	Community	N=897:	36 with MCD	3.6	0.83
Hanninen ⁹¹ 1995	Finland	Random Population	N=229:	AAMI	3.6	2.53 (3.5)
	ages 75-81)					
O'Brien ⁹² 1992	UK	Community		Benign Senescent Forgetfulness	3	3.0
Hogan ²⁶ 2000	Canada	Community	N=2914	CIND	5	8
Ritchie ¹⁷ 1996	France	Community	N=283		2	7.5
Bowen ⁹³ 1997	USA	HMO	N=21	Isolated Memory Loss	4	12.0
Petersen ⁹⁴ 1997	USA	Memory Clinic	N=76	MCI	4	12.0
Braekhus ²² 1995	Norway	Random Population	N=215	27 MCI, MMSE, 24/25	3	13.3
Devenand ¹⁵ 1997	USA	Memory Clinic	N=127	Question-able Dementia	2.5	16.4

HMO = Health Maintenance Organisation; MCD = Mild Cognitive Disorder

Screening for Cognitive Impairment and Dementia in the Elderly.

Identifying individuals with cognitive impairment who will progress to dementia is a major priority in cognitive research. Various neuropsychological measures, including tests of memory and verbal fluency, can identify individuals with an increased risk of subsequent dementia. In a series from Toronto, two tests, the Wechsler Memory Scale (Mental Control Subtest) and the Rey Auditory Verbal Learning Test for delayed recall predicted the development of Alzheimer's disease within two years with an accuracy of 90% (sensitivity 75%; specificity 94.9%).¹⁹

Another combination of psychological tests which identifies cognitively impaired individuals with an 85% risk of developing dementia in four years includes the delayed recall item from Buschke Selective Reminding Task, recall from the Fuld Objective Memory Evaluation, the Digit Symbol Test from the WAIS and a Verbal Fluency Scale.²⁰ Neuropsychological testing requires special training and interpretation. Access to such testing is limited and generally costly to the individual unless insurance coverage is available, as psychologi-

cal services are not generally a benefit of provincial health schemes. Lower scores on simpler tests such as the Mini Mental State Examination (MMSE)²¹ do increase the likelihood of subsequent decline.²² The addition of the Clock Drawing Test also increases the ability to predict the decline.²³ While some series demonstrate an association between subjective memory complaints and increased risk of progression^{12,24,25} other series do not.¹⁰ When caregivers observe cognitive decline within the past year, the risk of progression is also increased.²⁶ Several studies have indicated that individuals who possess the E4 allele of the ApoE gene are more likely to progress to dementia of the Alzheimer's type.^{27,28} The accuracy of prognosis is greatly enhanced when delayed memory performance is included in the predictive model.²⁹ Numerous studies have established a relationship between the risk of dementia and educational achievement. Low reading ability,²⁴ low educational attainment,^{30,31} and a smaller number of years of education,³² were all associated with a higher risk of dementia. A mean of 5.3 years of education versus 13.0 years increased the relative risk of dementia by 2.02 (95% CI; 1.33-3.06). Low lifetime occupational achievement increased the relative risk of dementia by 2.87 (95% CI; 1.32-3.84) when compared with higher level occupations.³²

In summary, many risk factors for progression of cognitive impairment to dementia have been identified. It is possible to determine which individuals have a higher risk of decline, by further testing with various neuropsychological instruments.

Beispiel 32: Mild cognitive impairment criteria

LL 02a AAN [S. 597 - 598]

Ausgewählt, weil in der Leitlinie die Möglichkeiten und Grenzen der neuropsychologischen Untersuchung diskutiert werden und diese Methoden zur Untersuchung von leichten kognitiven Störungen geeignet sind.

Table Tests commonly used to assess the major domains of neuropsychological function	
Neuropsychological domain	Neuropsychological test
Attention	Digit span Letter can Trails A test
Language	Boston Naming Test Boston Diagnostic Aphasia Examination Western Aphasia Battery Verbal fluency
Memory	Wechsler memory Scale Rey Auditory Verbal Learning Test California Verbal Learning Test
Visuospatial skills	Rey-Osterrieth Complex Figure Block design subtest of WAIS-R
Executive function	Wisconsin Card Sort Test Stroop Test Trails B test
Intelligence	WAIS-R Wechsler Intelligence Scale for Children New Adult Reading Test
Motor speed	Finger Tapping Grooved Pegboard
Educational achievement	Wide Range Achievement Test
Not all tests are used with each patient; a selection of tests is made to best characterize the patient's strengths and weaknesses and answer the referring question. WAIS-R = Wechsler Adult Intelligence test-Revised.	

Executive summary.

Most neuropsychological tests have established validity and reliability, and the information garnered from them can be regarded with confidence when the tests are administered using the prescribed method and interpreted by an individual with competence and experience. Neuropsychological evaluation is usually able to distinguish between normal and abnormal but cannot determine the cause of neurologic disease. Lesion localization should be inferred with caution on the basis of neuropsychological test results. Neuropsychological assessment is particularly valuable in patients with subtle deficits and provides less unique information when used with severely impaired patients. Neuropsychological testing is critical in patients undergoing epilepsy surgery and can be useful in management planning in patients with suspected dementia, MS, Parkinson's disease, TBI, stroke, and HIV encephalopathy. Neuropsychological referrals should be specific and guided by preliminary mental status assessment by the clinician. Neuropsychological consultation should focus on the referring question and should not provide specific medical recommendations.

D.2.6 Verlaufsbeurteilung

Die Verlaufsdiagnostik ist ein wichtiges Instrument zur Beurteilung des natürlichen Verlaufes und der Therapie von leichten und mittelschweren Demenzen. Die Verlaufsdiagnostik muss eine klare Bewertung des Therapieerfolges ermöglichen. Bei der großen Mehrzahl der Demenzen handelt es sich um progrediente Erkrankungen. Eine Verlangsamung oder sogar ein Stillstand der Progredienz kann demzufolge schon als Therapieerfolg gewertet werden. In erster Linie ist eine klare und eindeutige Definition wichtig, wie „Behandlungserfolg“ definiert ist. Wie ist positives Ansprechen oder „Responder“ bei Patienten mit antidementiver Therapie definiert? Hierzu müssen Leitlinien klare Bewertungskriterien angeben. Im zweiten Schritt sollten über diese Definitionen auch klare Anleitungen zur Fortsetzung, Umstellung und zum Abbruch von Therapien geben.

Problem:

Es gibt nur wenige klare Angaben darüber, welche Instrumente zur Verlaufsbeobachtung benutzt werden sollten. Konkrete Hinweise zur Verlaufsdiagnostik sind selten. Unterschiedliche Versorgungsstufen werden dabei nicht berücksichtigt. Dementsprechend definieren nur wenige Leitlinien Kriterien für ein „positives Ansprechen“ auf eine Therapie oder ein Therapieversagen. Therapeutische Empfehlungen zum Beginn einer antidementiven Therapie finden sich in fast in jeder Leitlinie. Angaben zur Therapiedauer sind hingegen deutlich seltener und, wo vorhanden, uneinheitlich. Entscheidungskriterien zur Fortsetzung oder Empfehlungen zum Therapieabbruch finden sich in kaum einer Leitlinie. Insbesondere fehlt der Hinweis, inwieweit diagnostische (klinische und psychometrische) Tests veränderungssensitiv sind.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- Methoden und Kriterien der Verlaufsdiagnostik sowie deren Grenzen klar nennen,
- Forschungs- und Entwicklungsbedarf definieren,
- Therapie-Responder und –Versager anhand dieser Methoden eindeutig definieren,
- Ergebnisse der Verlaufsdiagnostik müssen Entscheidungen zur Fortsetzung oder zum Abbruch von Therapien ermöglichen.

Beispiel 33: Ansprechen auf Cholinesterasehemmer

LL 08b Cummings JL [S. 2525, 2526]

Ausgewählt, weil die Leitlinie definiert, wie Ansprechen auf Cholinesterasehemmer definiert ist und wann eine Therapie beendet werden sollte.

Treatment
<p>When Alzheimer's disease has been diagnosed, a comprehensive management plan should be developed. As the disease progresses, this plan will have to be modified to address new issues, exacerbations of other health conditions, and end-of-life decisions.</p>
<p>COGNITIVE DEFICITS</p> <p>Cholinesterase Inhibitors. Treatment with cholinesterase inhibitors can provide modest improvement of symptoms, temporary stabilization of cognition, or reduction in the rate of cognitive decline in some patients with mild to moderate Alzheimer's disease. Approximately 20 to 35 percent of patients treated with these agents exhibit a seven-point improvement on neuropsychologic tests (equivalent to one year's decline and representing a 5 to 15 percent benefit over placebo).³ Before treatment is initiated, it is important to communicate the expected (modest) benefits of cholinesterase inhibitors to the patient and family. Four cholinesterase inhibitors are currently available: donepezil (Aricept), rivastigmine (Exelon), galantamine (Reminyl), and tacrine (Cognex). These agents raise acetylcholine levels in the brain by inhibiting acetylcholinesterase. No head-to-head studies have compared the efficacy of the cholinesterase inhibitors, and their main differences are their side effect profiles and administration regimens. Information about these agents is summarized in <i>Table 1</i>.</p> <p>Donepezil is given once daily, beginning with a dosage of 5 mg per day, which can be increased to 10 mg per day (maximum dosage) after four weeks. Donepezil is not hepatotoxic. Adverse effects are mild (e.g., nausea, vomiting, and diarrhea) and are reduced when the medication is taken with food. Some patients may exhibit an initial increase in agitation, which subsides after the first few weeks of therapy. Studies have shown that donepezil produces clinically meaningful improvements of cognitive and global function in patients with mild to moderate Alzheimer's disease.³ Efficacy has been apparent over up to 4.9 years.⁴ Rivastigmine is initiated in a dosage of 1.5 mg twice daily. The dosage is increased by 1.5 mg twice daily (3 mg per day) as tolerated, but no more quickly than every four weeks, to a maximum of 6 to 12 mg per day.⁵ Higher dosages are more efficacious than lower dosages; no laboratory monitoring is required. Adverse effects include nausea, vomiting, diarrhea, weight loss, headaches, dizziness, abdominal pain, fatigue, malaise, anxiety, and agitation. Rivastigmine has been shown to be effective in temporarily slowing cognitive decline, improving function, and reducing behavioral and psychopathologic symptoms in patients with mild to moderate Alzheimer's disease. The recommended starting dosage of galantamine is 4 mg twice daily, taken with morning and evening meals. After four weeks, the dosage is increased to 8 mg twice daily. An increase to 12 mg twice daily should be considered on an individual basis after assessment of clinical benefit and tolerability.⁶ The most common side effects are nausea, vomiting, and diarrhea. These adverse effects can be minimized by titrating the dosage gradually and taking the medication with meals. Improvement of cognitive and functional outcomes and behavioral symptoms has been shown for higher dosages of galantamine compared with placebo. The pharmacologic characteristics and side effects of tacrine make it a second-line agent. Unlike the newer cholinesterase inhibitors, tacrine causes elevation of liver enzyme levels in 40 percent of treated patients; thus, biweekly liver tests are necessary during the period of dosage escalations and every three months thereafter. Because tacrine has a short half-life, it must be administered four times daily.⁷ Beneficial response to a cholinesterase inhibitor (i.e., stabilization or delayed deterioration of cognitive or behavioural problems) can be determined from the physician's global assessment of the patient, the primary caregiver's report, a neuropsychologic assessment or mental status questionnaire, or evidence of behavioral or functional changes. Brief mental status tests are relatively insensitive measures of the cognitive effects of cholinesterase inhibitors.⁸ Observation for six to 12 months is usually necessary to assess potential benefit. Cholinesterase inhibitors should be discontinued if side effects develop and do not resolve, adherence is poor, or deterioration continues at the pretreatment rate after six to 12 months of treatment. Patients who do not respond to one cholinesterase inhibitor may respond to another.</p>

Beispiel 34: „Responder“ - Verlangsamung der Symptomprogression

LL 05a AKdÄ [S. 8 - 10]

Ausgewählt, weil die Therapieempfehlungen eine Definition des „Responders“ liefert. Entscheidungskriterien zur Fortsetzung oder zum Abbruch einer Therapie fehlen jedoch.

Indikationsstellung zur Therapie

Die Grundlage für eine Behandlung mit Antidementiva ergibt sich aus der Diagnose **Demenz vom Alzheimer-Typ bzw. vaskuläre Demenz**. Insbesondere bei vaskulären Demenzen kann aber auch die internistische Therapie von ausschlaggebender Bedeutung sein. Dazu gehört beispielsweise die optimale medikamentöse Einstellung von Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Hypertonie oder Diabetes mellitus. Ungenügend behandelte internistische Grunderkrankungen können auch das Zustandsbild einer Demenz vom Alzheimer-Typ verschlechtern oder komplizieren. Hier wird auf die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur arteriellen Hypertonie¹⁶ und zur Herzinsuffizienz¹⁷ verwiesen. Die meisten verfügbaren Daten aus kontrollierten klinischen Studien beschränken sich auf Erkrankungsfälle von leichter oder mittelgradiger Ausprägung des Demenzsyndroms. Ob **leichte kognitive Störungen** eine Indikation für die Behandlung mit Antidementiva darstellen, kann aufgrund fehlender wissenschaftlicher Daten zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden. Bis zum Vorliegen entsprechender Untersuchungen können leichte kognitive Störungen daher nicht als Indikation für die Antidementivabehandlung angesehen werden. In Fällen, in denen klinische oder technische Untersuchungen Hinweise auf ursächlich behandelbare Erkrankungen geliefert haben, werden die Patienten einer spezifischen Therapie zugeführt. Bleiben aber z. B. nach der operativen Versorgung eines subduralen Hämatoms oder nach einem Schädel-Hirn-Trauma kognitive Störungen zurück, kann ein Therapieversuch mit einem Antidementivum gerechtfertigt sein.

Therapieziel

Bei der AD ist eine Beseitigung der Ursachen oder gar eine Prophylaxe zur Zeit nicht möglich. Bei der VD erscheint eine Prophylaxe zerebraler Infarkte prinzipiell möglich und sollte sorgfältig beachtet werden (s. a. Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft zur Primär- und Sekundärprävention des ischämischen Infarkts¹⁸). Therapeutische Ziele, die im Bereich des derzeit Möglichen liegen, sind:

1. Verbesserung der Symptomatik**2. Verlangsamung oder Stillstand der Symptomprogression**

Zu den verschiedenen Antidementiva liegen klinische Studien vor, die eine Verbesserung der Symptomatik in den ersten Wochen oder Monaten nach Therapiebeginn im Vergleich zu Placebo belegen. Insbesondere im Zusammenhang mit der AD wird in der letzten Zeit auch die

Bedeutung einer Verlangsamung oder eines Stillstandes der Symptomprogression

große Bedeutung beigemessen. Bei der begrenzten Wirkstärke der verfügbaren Substanzen wird nach der initialen Verbesserung der Symptomatik nach etwa 12 Monaten durch die Progression des Krankheitsprozesses der klinische Ausgangsbefund wieder erreicht. Auch ein »Responder« ist damit nach einer 12-monatigen, im Vergleich zu einer Placebogabe erfolgreichen Therapie dennoch zum unmittelbar vor Therapiebeginn vorhandenen Schweregrad der Symptomatik zurückgekehrt. Das Hinauszögern der Verschlechterung verdient jedoch Anerkennung als wichtiges eigenständiges Therapieziel. Damit sind zunächst keine Vorstellungen über das spezifische Eingreifen der verschiedenen Substanzen in den Krankheitsprozess selbst verbunden. Hinweise auf die Erreichbarkeit dieses möglichen Therapieziels liegen erst in Ansätzen vor.

Pharmakotherapie**Antidementiva****Acetylcholinesterasehemmer**

Der Mangel des Transmitters Acetylcholin in der Hirnrinde ist einer der konsistentesten neurobiologischen Befunde bei der Demenz vom Alzheimer-Typ. Acetylcholinesterasehemmer sollen durch eine Hemmung des Enzyms Acetylcholinesterase wirksam werden und die Konzentration des verfügbaren Acetylcholins im synaptischen Spalt erhöhen. Derzeit im Handel verfügbare Vertreter dieser Gruppe sind Donepezil, Rivastigmin und Tacrin. Aufgrund der Lebertoxizität von Tacrin ist dessen Anwendung nicht mehr zu empfehlen

und findet im Folgenden keine weitere Bewertung. Acetylcholinesterasehemmer sind nur zur Behandlung der AD zugelassen.

Donepezil ist ein selektiver, reversibler Hemmer der Acetylcholinesterase. Im Vergleich zu Tacrin entfaltet Donepezil nur eine minimale periphere Acetylcholinesterasehemmung. Die lange Halbwertszeit erlaubt eine tägliche Einmalgabe.

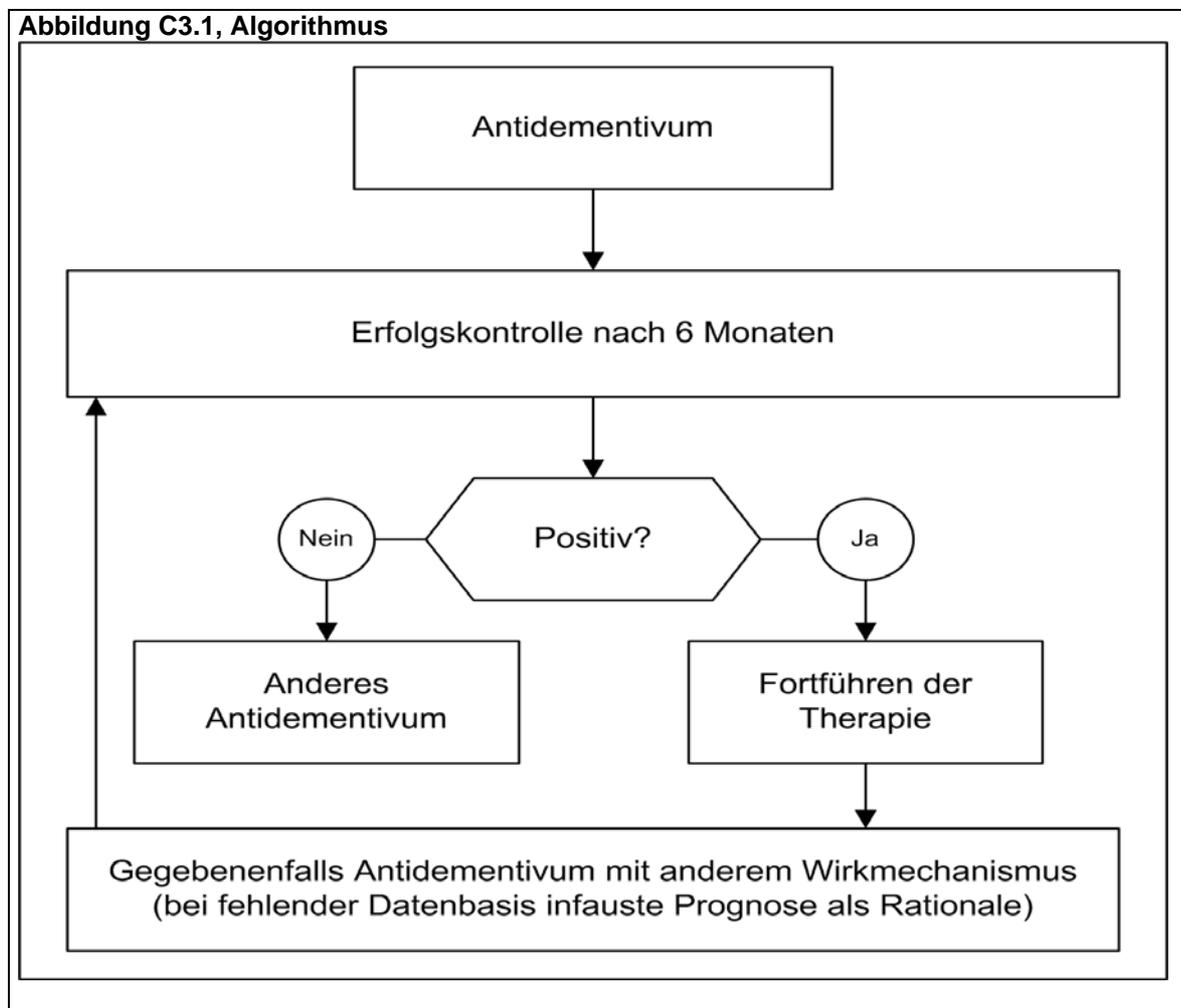
Rivastigmin, ein relativ selektiver pseudoirreversibler Acetylcholinesterasehemmer, wird in zwei Einzelgaben täglich verabreicht.

Die Wirksamkeit von Acetylcholinesterasehemmern wurde in klinischen Studien belegt^{22,23,24,25,26,27}. In zwei 24-wöchigen klinischen Studien^{28,29} an insgesamt 1.291 Patienten mit Alzheimer-Demenz ergab sich unter **Donepezil** eine Verbesserung der kognitiven Leistungen um 4,1 % (ADAS-cog). Im klinischen Gesamturteil fand sich eine Verbesserung um 6,3 %. Die Prozentwerte ergeben sich aus der Veränderung der Verum-Gruppe unter Korrektur für die Veränderungen der Placebo-Gruppe. Etwa 80 % der eingeschlossenen Fälle schlossen die Studie ab³⁰. In einer Responder-Analyse verbesserten sich 25,2 % der Fälle bei einer täglichen Donepezil-Dosis von 10 mg um mehr als 6 ADAS-cog-Punkte gegenüber 7,8 % der Placebo-Gruppe²⁹. In einer klinischen Studie wurde **Rivastigmin** über 26 Wochen an 699 Patienten mit Alzheimer-Demenz geprüft²⁵. Die Wirkungsgrößen waren denen von Donepezil vergleichbar^{26,25}. In einer weiteren Studie ergab sich für Rivastigmin hinsichtlich der Kognition (ADAS-cog) keine signifikante Überlegenheit²⁶. Für die Alltagsaktivität konnten in den Studien oft erst in höherer therapeutischer Dosierung (Rivastigmin 6-12mg, Donepezil 10 mg) statistisch signifikante Verbesserungen gesichert werden^{26,25,28}. Die therapeutischen Effekte bei leichter und mittelschwerer Alzheimer-Demenz sind derzeit für keine andere Substanzgruppe besser belegt als für die Acetylcholinesterasehemmer, wobei die Datenlage für Donepezil konsistenter ist als für Rivastigmin. Dies wird auch nicht infrage gestellt durch die Überlegung, dass die Homogenität der Ergebnisse zum Teil mit durch die Ähnlichkeit der in den verschiedenen Studien angewendeten Methodik bedingt sein könnte. Im Gruppenvergleich von Verum und Placebo sind die Wirkungen der Acetylcholinesterasehemmer zweifelsfrei nachgewiesen, aber begrenzt. Sowohl für Donepezil als auch für Rivastigmin liegen Hinweise auf eine Verzögerung der Symptomprogression bei AD vor^{31,32}. Die Häufigkeit von Übelkeit als unerwünschte Arzneimittelwirkung (Tab. 7) liegt bei Rivastigmin höher als bei Donepezil (35 % gegenüber 17 %)^{26,29}. Bei beiden Substanzen ist die Häufigkeit der Nebenwirkungen auch von der Geschwindigkeit der Dosissteigerung abhängig.

Beispiel 35: Algorithmus zur antidementiven Therapie

LL 10 DGPPN [Abb. C3.1, S. 56]

Einen übersichtlichen Algorithmus zur antidementiven Therapie liefert die Leitlinie der DGPPN.

**D.2.7 Responder und Therapieabbruch**

Wichtige Grundlage einer effektiven pharmakologischen und nicht-pharmakologischen Therapie ist deren Wirksamkeit, die messbar sein sollte.

Problem:

Bei den wichtigsten Demenzen handelt es sich um progrediente neurodegenerative Erkrankungen. Das bedeutet, dass bereits eine Verzögerung dieses Prozesses als Therapieerfolg zu werten ist. Dies kann insbesondere dann im Einzelfall schwer messbar sein, wenn keine klaren Informationen zum natürlichen Krankheitsverlauf vorliegen. Außerdem lassen sich unter kontrollierten Bedingungen nur bei einem Teil der mit Antidementiva behandelten Patienten überhaupt Therapieerfolge objektivieren. Unter diesen Bedingungen ist es schwierig festzulegen, wann eine Therapie abgebrochen werden soll. Vor allem

wird die Frage der Therapiedauer nicht adäquat gewürdigt. Über die Behandlung von nicht-kognitiven Symptomen herrscht ebenfalls große Unklarheit.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- die verwendeten Begrifflichkeiten (z.B. Therapieresponse, -erfolg und -Abbruch, Erfolgskontrolle) eindeutig definieren,
- die allgemeinen und spezifischen Verfahren und eingesetzten Indikatoren für eine Therapie-Evaluation benennen (z. B. Anamnese, Patient/Partner/Betreuer, klinischer Gesamteindruck, Kognitives Screeningverfahren, nicht-kognitive Symptome) und Hilfen zu deren Interpretation geben,
- die Definition des „Therapieerfolges“ sollte möglichst stadienabhängig den unterschiedlichen natürlichen Krankheitsverlauf berücksichtigen.

Beispiel 36: Cross-sectional data of instruments used in detection of dementia

LL 02a AAN [S. 1133 – 1138]

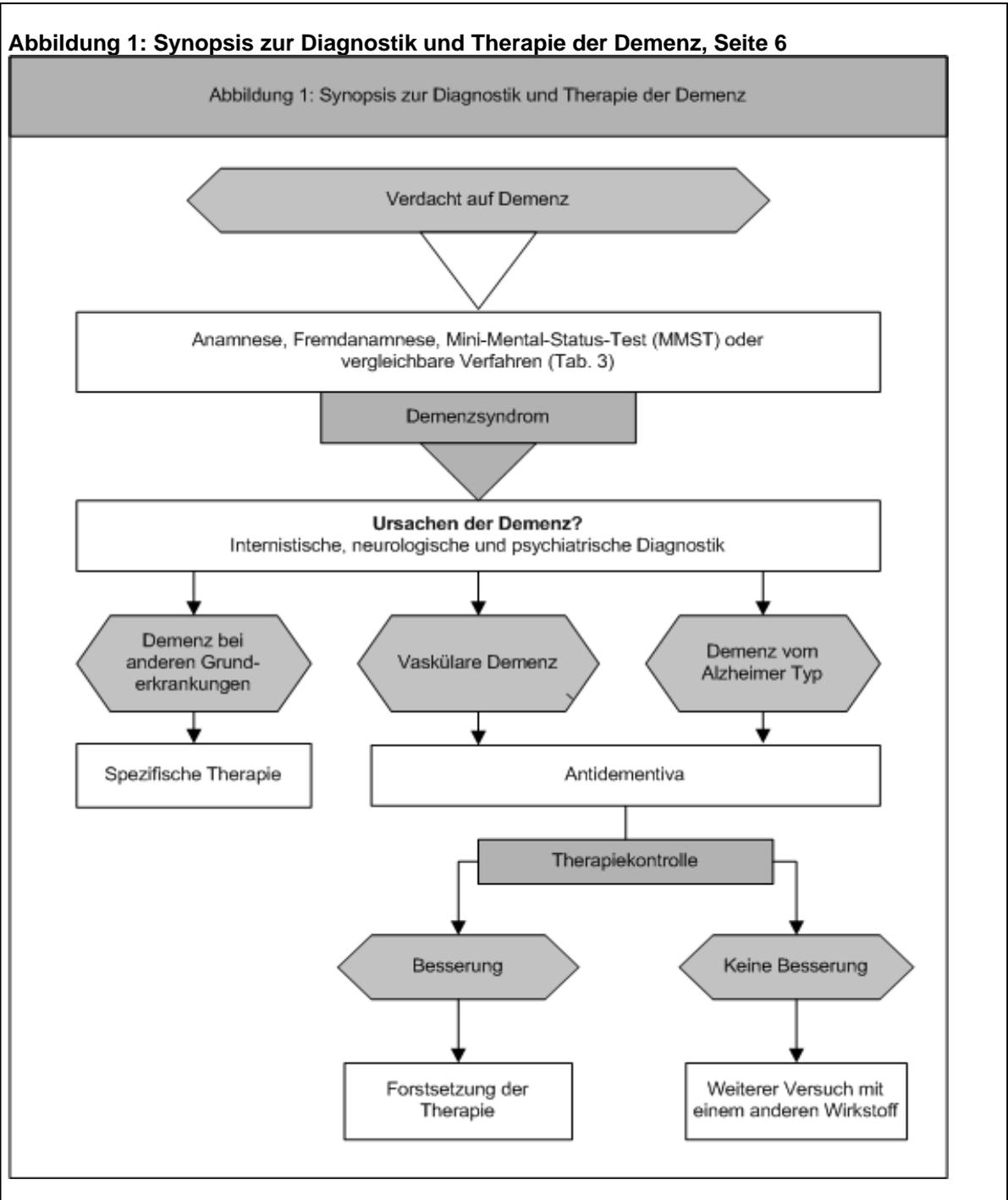
Ausgewählt, weil die diagnostischen Testverfahren dargestellt und hinsichtlich der Evidenz graduell bewertet werden.

Authors	Instrumental examined	Patient population, n	Sensitivity/ specificity, %	Positive predictive value, %	Negative predictive value, %	Class of Evidence
<i>Mini-Mental State Examination (MMSE) and general screening instruments</i>						
Ganguli et al. ²¹	MMSE/population-based	1,367/>65y	49/92 (10 th percentile)	77 (10 th percentile)	82 (10 th percentile)	I
Kukull et al. ²²	MMSE/standard scores	150/clinic-based	63/96	96	63	I
Wilder et al. ²⁴	MMSE/adjusted scores	795/>65y	90/44			II
Tangalos et al. ²³	MMSE/age & education	3,515/community population	82/99	91 (BR 20)	96 (BR 20)	II
Fillenbaum et al. ⁴²	MMSE/subset & analysis	621 AD/412 controls				III
Mangie et al. ⁴³	MMSE/age & education	100 AD/749 controls				III
Fountoulakis et al. ²⁹	MMSE/standard scores	277	100/57			III
Heun et al. ⁴⁴	MMSE/standard scores	287	92/96			III
Kokmen et al. ³³	Short test of Mental Status	288/110 demented	86/88			III
Solomon et al. ³⁸	Seven-Minute Screen	60 AD/60 controls	92/96	54-95 (BR 5-50)	99 (BR 5-50)	III
Buschke et al. ²⁷	Memory Impairment Score	483/50 demented	87/96	54-85 for AD (BR 5-20)		I
<i>Clock Drawing and Time Change Tests</i>						
Cahn et al. ²⁹	Clock drawing Test	199/possibly cognitively impaired/203 controls	83/72			I
Bourke et al. ⁴⁸	Clock Drawing Test	77/from Memory Clinic				III
Lam et al. ³⁰	Clock Drawing Test	106/53 demented	83/79	98 (BR 50)		II
Inouye et al. ³²	Time and Change Test	776/106 demented	86/71	32 (BR 14)	97 (BR 14)	II
<i>Neuropsychologic batteries</i>						
Wilder et al. ⁴⁶	Neuropsychologic Battery	795/>65y	90/44-62			II
Cahn et al. ³³	Neuropsychologic Battery	199/possibly cognitively impaired/203 controls	82/98			II
Swearer et al. ³⁴	Neuropsychologic Battery	87/53 controls	80/90			II
Monsch et al. ³⁷	Mattis Rating Scale	359/254 AD	98/97			II
Fisk et al. ⁴⁷	Halifax Mental Status Scale	361/16 AD, 16 CI	88/86			II
Loewenstein ³⁶	Fuld Object Memory Test	138 AD/53 controls	95/98			III
<i>Informant-based instruments</i>						
Fuh et al. ³⁸	IQCODE	399/61 demented	89/88	45 (BR 10)	99 (BR 10)	I
Juva et al. ⁴¹	Clinical Dementia Rating (CDR)	656	92/94 (CDR>1)	73 (BR 14)	99 (BR 14)	II
Lam et al. ⁵⁹	Blessed Roth Scale	106/53 demented	91/98			
BR = base rate; IQCODE = Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly.						

Beispiel 37: Synopsis zur Diagnostik und Therapie der Demenz

LL 05a AKdÄ [S. 6]

Ausgewählt, weil die Leitlinie einen übersichtlichen Algorithmus zum therapeutischen Vorgehen enthält.



Beispiel 38: Testpsychologische Untersuchung

LL 10 DGPPN [S. 16 - 17]

Ausgewählt, weil die Leitlinie die Angaben zu den empfohlenen psychometrischen Verfahren zur Erfolgskontrolle klar und übersichtlich zusammenstellt.

2 Diagnostik und Klassifikation**2.2.3 Testpsychologische Untersuchung**

Auf dem derzeitigen Kenntnisstand ist der Einsatz von Tests zu Diagnostik, Schweregradbestimmung und Verlaufskontrolle obligat. Tests tragen dazu bei, den Verdacht auf eine Demenz zu verifizieren. Einer der Tests zur Früherkennung (s. Tabelle 5) ist daher für diesen Zweck einzusetzen. Der Schweregrad ist mittels der Reisbergskalen (GDS alternativ BCRS oder FAST) oder vergleichbarer validierter Verfahren zu ermitteln. Aus der Kenntnis des Schweregrads können Entscheidungen zur Therapie abgeleitet werden (s. Tabelle 7). Das Ausfallmuster der Störungen lässt sich ebenfalls mit Tests bestimmen (fakultativ). Es kann auch richtungsweisend für Art und Umfang der Therapie sein. Darüber hinaus können Tests differentialdiagnostische Hinweise geben, z.B. auf eine depressive Störung (fakultativ). Therapieeffekte wie Erfolge medikamentöser oder psychologisch fundierter Therapien sind obligat durch testpsychologische Verfahren zur Verlaufsmessung (Tabelle 5) in dreimonatigem Abstand zu überprüfen. Hierbei ist neben einem Test zur Erfassung kognitiver Symptome (ADAS-kognitiver Teil, MMST, SKT, ZVT s. Tabelle 5) auch ein

Tabelle 5. Psychometrische Tests zur Diagnostik, Schweregradbestimmung und Verlaufsmessung von Demenzen

Indikation	Tests	Durchführungsdauer	Einsetzbarkeit bei Schweregrad
Früherkennung	CERAD (Morris et al., 1988)	30 min	allen
	SIDAM (Zaudig et al., 1991)	30 min	allen
	TFDD (Ihl et al., 2000)	5 min	allen
Schweregradbeurteilung	GDS, BCRS, FAST (Reisberg, 1988a,b,c, Ihl und Frölich, 1991)	5 min	allen
Verlaufsbeurteilung	ADAS-Kog. (Mohs et al., 1983, Rosen et al., 1984, Ihl und Weyer, 1993)	30-45 min	allen
	B-ADL (Lehfeld et al., 1997)	10 min	allen
	MMST (Folstein et al., 1975, Keßler et al., 1990)	10 min	mittel
	NOSGER (Spiegel et al., 1991)	15 min	allen
	SKT (Erzigkeit 1989a,b, 1991)	15 min	leicht bis mittel
	ZVT aus dem NAI (Oswald und Fleischmann, 1986)	10 min	leicht bis mittel

(CERAD = Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease; SIDAM = Strukturiertes Interview zu Diagnostik der Demenz vom Alzheimer Typ; TFDD = Test zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung; GDS = Global Deterioration Scale; BCRS = Brief Cognitive Rating Scale; FAST = Functional Assessment Staging; ADAS-kog = Alzheimer Disease Assessment Scale - kognitiver Teil; B-ADL = Bayer - Activities of Daily Living; MMST = Mini-Mental-Status-Test; NOSGER = Nurses Observation Scale for Geriatrics Pa-tients; SKT = Syndrom-Kurz-Test; ZVT = Zahlen-Verbindungs-Test; NAI = Nürnberger Altersinventar). Bei GDS, BCRS, FAST, B-ADL und NOSGER beruht der Testwert auf Beobachtungen des Beurteilers.

Test zur Verhaltensmessung, bevorzugt durch einen zweiten Untersucher (Angehörige, Pflegende), einzusetzen (ADAS nichtkognitiver Teil, B-ADL, NOSGER). Tests, mit Ausnahme von B-ADL und NOSGER, sollten nur von Personen durchgeführt werden, die in der Anwendung psychometrischer Verfahren geschult wurden. Tests und Indikationen sind in Tabelle 5 dargestellt.

Beispiel 39: Vaskuläre Demenz, Kognitive Störungen

LL 09c DGN [S. 4]

Ausgewählt, weil in der Leitlinie zur Diagnostik moderne Verfahren genannt werden (eine Verfahrensanleitung und Beurteilung fehlen.)

Kognitive Störungen

Die neuropsychologische Untersuchung von Patienten mit V.a. VD ist grundsätzlich zu empfehlen, jedoch kann nicht die unmittelbare Testung nach einem Schlaganfall wesentlich sein, sondern jene in der rehabilitativen Phase. Frühere Arbeiten stellten v.a. den Unterschied der eher subkortikalen Demenz bei der VD mit Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Exekutivfunktionsstörungen gegen den kortikalen Demenztyp bei der VD mit Gedächtnisstörungen heraus (Nyenhuis and Gorelick, 1998). Neuere Arbeiten zeigten bei gut vergleichbaren Gruppen (bzgl. Alter, Geschlechtsverteilung, Bildungsstand etc.) von Patienten mit AD und jenen mit VD, eher Defizite im deklarativen Gedächtnis bei VD und im prozeduralen bei AD (Libon et al., 1997) (Ü).

Beispiel 40: Behandlungsdauer

LL 05a AKdÄ [S. 12]

Ausgewählt, weil die Leitlinie klare Angaben zur Therapiedauer macht.

Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer bei der Anwendung von Antidementiva soll bei Ersteinstellung, falls nicht Nebenwirkungen zum Absetzen zwingen, 12 bis maximal 24 Wochen betragen. Diese Empfehlung ergibt sich aus der Tatsache, dass die Studien, die eine Symptomverbesserung bei dementiellen Syndromen unter den verschiedenen Substanzen belegen, in der Regel diesen Zeitraum abdeckten. Danach soll mit dem Patienten, mit seinen Angehörigen und gegebenenfalls mit dem Pflegepersonal eine sorgfältige Analyse der Entwicklung der kognitiven Defizite und des Alltagsverhaltens während dieses Zeitraums vorgenommen werden. Zeigen sich nach dieser Zeit für den Arzt, den Patienten oder sonstige Betreuungspersonen keine erkennbaren Wirkungen, sollte die Gabe dieses Medikamentes beendet oder gegebenenfalls der Versuch mit einer anderen Substanz begonnen werden.

Beispiel 41: Therapiedauer empfohlen.

LL 10 DGPPN [S. 29]

Ausgewählt, weil die Leitlinie auf die Therapiedauer (s. auch Algorithmus in Beispiel 35, Seite 83) eingeht. Kriterien für eine kritische Erfolgskontrolle fehlen zwar, psychometrische Verfahren werden jedoch genannt.

3.3.1.4 Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer mit Antidementiva soll bei Ersteinstellung, falls Nebenwirkungen nicht zum Absetzen zwingen, mindestens 6 Monate (Algorithmus C3.1) betragen. Danach muss mit dem Patienten bzw. mit seinen Angehörigen oder gegebenenfalls mit dem Pflegepersonal eine sorgfältige Analyse der Entwicklung der kognitiven Defizite und des Alltagsverhaltens während dieses Zeitraumes vorgenommen werden. Zeigen sich nach diesem Zeitraum für den Arzt, Patienten oder Betreuungspersonen deutlich erkennbare Verschlechterungen, sollte eine Therapieumstellung erfolgen, d.h. bei Verbesserung und Gleichbleiben der Symptomatik ist die Therapie fortzuführen. Untersuchungen zur Wirksamkeit von Antidementiva bei Kombination unterschiedlicher Wirkmechanismen liegen nicht vor. Wird aber von einer Wirksamkeit von Substanzen mit unterschiedlichen Wirkmechanismen ausgegangen, lässt sich zumindest eine Plausibilität für die Hypothese einer Wirkungssteigerung durch Kombination finden. In Anbetracht der infausten Prognose lässt sich hieraus auch die Basis für eine Kombinationstherapie ableiten.

D.3 Screening / Diagnose

D.3.1 Stufenplan (Diagnostik)

Die Betreuung dementer Patienten hat sich im Interesse einer qualitätsgesicherten Versorgung an den Kriterien des §12 SGB V einer ausreichenden, zweckmäßigen, wirtschaftlichen, das Maß des notwendigen jedoch nicht überschreitenden Leistungserbringung zu orientieren. Dies setzt Standards in der Diagnostik voraus, die sich - soweit möglich evidenzbasiert - am (therapeutischen) Nutzen und den hieraus entstehenden Kosten orientieren und unnötige Untersuchungen und Belastungen des dementen Patienten vermeiden.

Problem:

Viele Leitlinien nennen zwar eine Vielzahl diagnostischer Optionen, bewerten diese jedoch nicht in ausreichendem Maße evidenzbasiert auf ihre spezifische Behandlungsrelevanz. Nur teilweise werden die diagnostischen Maßnahmen in einem abgestuften Schema i.S. eines Diagnostikalgorithmus unter Zuordnung der jeweiligen Durchführungsverantwortlichkeiten und ggf. Berücksichtigung von Risikostratifizierungen hierarchisiert. Für jeden diagnostischen Schritt ist sein zusätzlicher Nutzen unter Rückgriff auf die vorliegende Evidenz zu beschreiben.

Im Hinblick auf potentiell negative Auswirkungen (Verunsicherung, Stigmatisierung) sind insbesondere für Screeningverfahren klare Indikationskriterien zu formulieren.

Vorschlag:

Es ist ein evidenzbasierter Stufenplan der Diagnostik zu den Stadien

- Screening / Früherkennungsverfahren,
- Diagnosesicherung und differentialdiagnostische Abklärung,
- Verlaufskontrolle und Komplikationen zu erstellen.

Der Stufenplan soll

- für das jeweilige diagnostische Stadium definieren,
 - Was,
 - wann (ggf. unter welchen „Red flags“ bzw. mit welcher Kontrollfrequenz),
 - von welchem Leistungserbringer,
 - in welchem Umfang eine Diagnostik zweckmäßig ist, und
- hierbei sollte eine Risikostratifizierung erfolgen.

Beispiel 42: Benennung von Warnzeichen

LL 02a AAN [S. 1]

Ausgewählt wegen klarer Benennung von Kriterien zur Einleitung eines diagnostischen Abklärungsprozesses.

Ten Warning Sign of AD

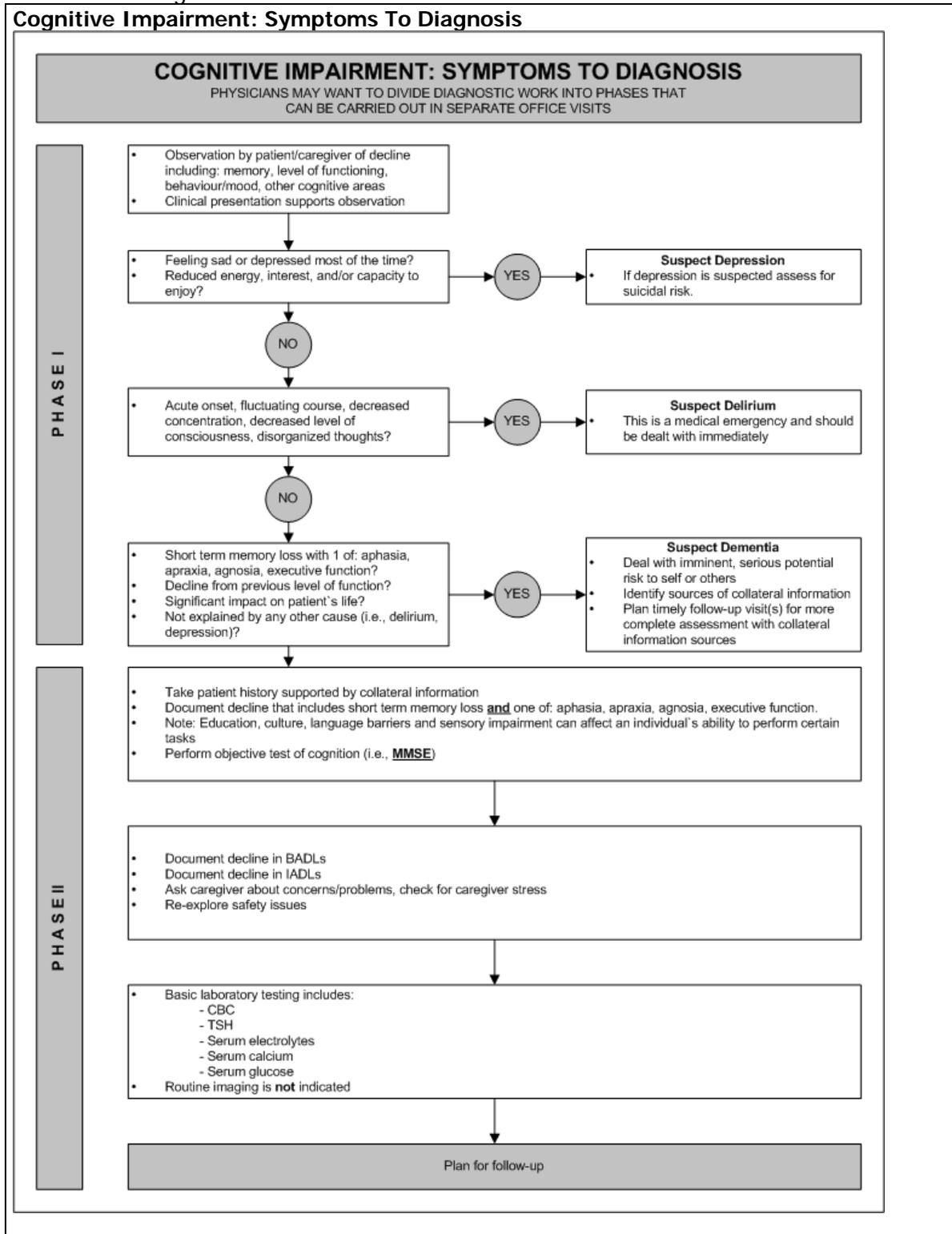
Memory loss that affects job skills
Difficulty performing familiar tasks
Problems with language
Disorientation to time and place
Poor or decreased judgment
Problems with abstract thinking
Misplacing things
Changes in mood or behavior
Changes in personality
Loss of initiative

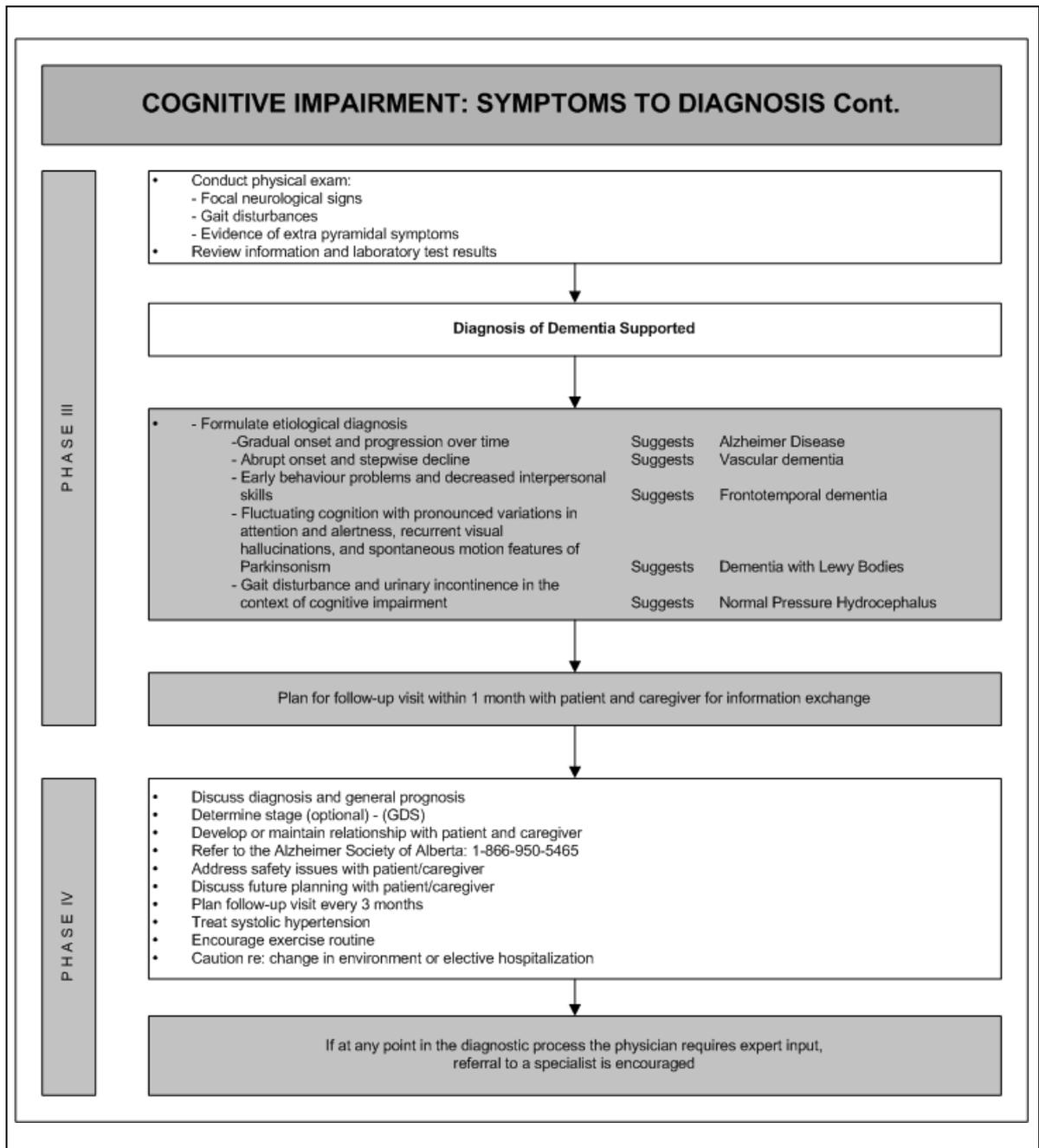
Use with the permission of the Alzheimer`s Association. Contact the Alzheimer`s Association or the AAN for more information.

Beispiel 43: Stufenplan zur Diagnostik

LL 01 AMA [COGNITIVE_IMPAIRMENT_SYMPTOMS_TO_DIAGNOSIS.Summary]

Ausgewählt als Beispiel einer primären Stufendiagnostik, allerdings ohne Hinweise auf die Evidenzbasierung.





Beispiel 44: Diagnostisches Restaging

LL 03b AMDA [S. 5]

Ausgewählt wegen der Benennung von Kriterien zur Wiederaufnahme des diagnostischen Prozesses im Sinne eines Restaging.

Consider appropriateness of a work-up.

The physician must decide if a work-up could be medically useful, i.e., whether testing and examination may better define the patient's current status or the cause of his or her symptoms or impairments and help guide management. The physician then should consult with the individual, family, and other interdisciplinary team members to determine if a work-up is appropriate for that specific patient; i.e., whether the information is likely to lead to or change interventions that may improve quality of life.

A work-up may not be indicated if the patient has a terminal or end-stage condition, if the work-up would not change the management course, if the individual or substitute decision maker has refused treatment, or if the burden of the work-up is greater than the benefit of the treatment. A partial work-up sometimes may be indicated, for example, blood tests to identify possible treatable conditions. It is important to document the medical necessity of the work-up and its scope or the reasons for limiting the scope of a work-up. The facility Bioethics Committee may provide a forum to assess all relevant factors and recommend an appropriate course of action.

D.3.2 Frühsymptome und Verdachtsdiagnose

Frühdiagnostik und Screening

Prävalenz und Inzidenz von Demenzen nehmen mit steigendem Alter exponentiell zu. In der Fachliteratur wird regelmäßig auf die Notwendigkeit des Einsatzes von kognitiven Screeningverfahren (= psychometrische Untersuchungsverfahren) zur Unterstützung der Diagnose von Demenzen, deren Frühstadien sowie der Erkennung von Patienten mit leichter kognitiver Störung (= mild cognitive impairment = MCI) hingewiesen.

Glossar:

Primärprävention (Krankheitsverhütung) setzt beim gesunden Menschen weit im Vorfeld der Erkrankung an. Primärpräventive Maßnahmen, wie z. B. Schutzimpfungen oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (Ernährungsverbesserung, Raucherentwöhnung) haben zum Ziel, alle krankmachenden Einflüsse aus der Umwelt erkennen zu helfen und zu beseitigen.

Sekundärprävention bedeutet das frühe Erkennen von Gesundheitsgefährdungen oder Erkrankungen mit dem Ziel der Frühtherapie und der Kontrolle von Risikofaktoren.

Tertiärprävention soll Krankheitsrückfälle verhüten, die Verschlechterung von Krankheitszuständen verhindern und die Folge von Krankheiten bewältigen. Es gibt weite Überschneidungsbereiche von Rehabilitation und Tertiärprävention.

Problem:

Die hohe Zahl von Demenzkranken und leicht kognitiv beeinträchtigten älteren Menschen und die damit verbundene schlechte Prognose impliziert die Frage, welche diagnostischen Maßnahmen bei Verdacht auf das Vorliegen von Frühsymptomen einer Demenz von leichten kognitiven Störungen und/oder bei subjektiven Beschwerden zur weiteren Abklärung durchgeführt werden sollen (Sekundär- und Tertiärprävention).

Vorsorgeuntersuchungen (inkl. kognitiver Screeningverfahren) sind einerseits bei Menschen mit einem erhöhten Demenzrisiko angemessen, da es sich um Krankheitsentitäten handelt, die durch eine hohe Prävalenz und erhebliches Leid charakterisiert sind. Andererseits muss gefordert werden, dass der natürliche Krankheitsverlauf dadurch effektiv beeinflusst werden kann. Es muss daher geklärt werden, in welchen Bereichen die zur Verfügung stehenden Ressourcen sinnvoll eingesetzt werden.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte darstellen, aus welchen Gründen

- eine genaue und frühe Diagnose von Demenzen (bzw. MCI) sinnvoll und ein anzustrebendes Ziel ist.

Anhand der ausgezeichneten epidemiologischen Datenlage zu Demenzen und MCI kann die Evidenz herausgearbeitet werden,

- ob, unter welchen Bedingungen, und

- bei welcher Risikogruppe (mit und ohne subjektive Beschwerden) die Durchführung von kognitiven Screeningverfahren bzw. weiteren Untersuchungen sinnvoll ist.

Wichtig ist die Erörterung, welche Möglichkeiten

- in der ambulanten Praxisversorgung genutzt werden können und sollen,
- und welche Maßnahmen in den Bereich der Spezialambulanzen oder Kliniken fallen.

=> siehe auch Kapitel D.1.1 Grundlagen zur Interaktion der Versorgungsstrukturen , Seite 51

Des Weiteren ist eine Stellungnahme zur Frage sinnvoll, ob

- ab einem bestimmten Alter und/oder
- bei Vorliegen von Risikofaktoren grundsätzlich ein kognitives Screening durchgeführt werden soll.

Beispiel 45: Mild cognitive impairment and the development of dementia

LL 02a AAN [S. 1135, 1137, 1139]

Beispiel für die Bewertung von Frühsymptomen, Verdachtsdiagnosen und den Implikationen für die Versorgung.

Analysis of evidence. Does the presence of mild cognitive impairment predict the development of dementia?

Conclusions. Taken together, these studies indicate that individuals characterized as being cognitively impaired but not meeting clinical criteria for dementia or AD (mild cognitive impairment) have a high risk of progressing to dementia or AD. If the figures for incident AD from the general population are used from table 4, one can see that the rates range from 0.2% in the 65 to 69 age range to 3.9% in the 85 to 89 year range. The studies of mild cognitive impairment cited above indicate that the rate of progression to dementia or AD is between 6 and 25% per year.

Practice recommendation. Patients with mild cognitive impairment should be recognized and monitored for cognitive and functional decline due to their increased risk for subsequent dementia. (Guideline).

Does screening at-risk subjects with a specific instrument in a specific setting accurately lead to the diagnosis of dementia?

Because it is apparent that clinicians should be able to recognize persons in their practices with intermediate stages of cognitive impairment, it is helpful to survey which clinical instruments might be useful. Most of the studies on screening instruments compared dementia and control subjects rather than mild cognitive impairment subjects. The literature on which these recommendations are made is summarized in table 6, according to the classification of instruments. A number of studies evaluated large groups of persons to determine whether screening instruments are useful for recognizing dementia at its earliest presentation. These studies provide useful information on the utility of screening instruments in the community or office practice setting. Most of these studies used the procedure of a screening technique and verified its utility with an independent standard for dementia. A summary of the sensitivities, specificities, and positive and negative predictive values for these instruments is outlined in table 6.

Conclusion. General cognitive screening instruments, which include the MMSE, Kokmen Short Test of Mental Status, 7-Minute Screen, and Memory Impairment Screen, are useful for the detection of dementia when used in patient populations with an elevated prevalence of cognitive impairment either due to age or presence of memory dysfunction.

Practice recommendation. General cognitive screening instruments (e.g., MMSE) should be considered for the detection of dementia in individuals with suspected cognitive impairment (Guideline).

Beispiel 46: Capacity of System to accommodate screening

LL 06 CMA [S. 47 - 48]

Beispiel für die konkrete Stellungnahme zu Frühsymptomen und Verdachtsdiagnose sowie die Diskussion von Handlungsempfehlungen zum „Screening“.

CAPACITY OF SYSTEM TO ACCOMMODATE SCREENING

The first issue is whether physicians will utilize screening manoeuvres. It is well-known that the uptake by physicians of screening recommendations provided by the Canadian Task Force on Preventive Health Care is poor.

(...)

If one quarter of the population are discovered to have cognitive deficits by routine screening, the added consumption of health care resources would include additional investigations, consultations, and numerous referrals for neuropsychological testing (which would impose a financial burden on individuals identified). Potential benefits would include the ability of individuals and their caregivers to plan ahead, and the possibility of therapeutic interventions.

Balanced against this is the risk of mislabeling significant numbers of individuals, thereby incurring significant costs in additional and sometimes unnecessary investigations. Labeling of individuals with an unpleasant diagnosis is another potential harm.

DISCUSSION

While cognitive impairment is common in older individuals, it probably does not result in a great burden of suffering. The natural history is becoming more clear and relatively homogeneous categories, such as MCI, have a predictable rate of conversion to dementia. A screening test, such as MMSE will identify 25% of the older population with CIND or dementia, a group which has a higher mortality and morbidity. Whether earlier identification offers any advantage over waiting until a dementing illness becomes clinically detectable, remains a high priority for research.

The strongest argument against screening is that the available detection manoeuvres are inaccurate and run the risk of falsely labeling many individuals who do not have a problem, while failing to detect those (especially better educated or highly intelligent individuals) who may be having cognitive difficulties. Instruments to detect subtle degrees of cognitive impairment are available but are not practical for widespread use in primary care screening.

Despite the introduction of agents which have some value in treating symptomatic Alzheimer's disease, potential preventive strategies (such as estrogenic hormone replacement; treatment of vascular risk factors) have not been demonstrated to change clinical outcome. Decisions to address vascular risk factors or estrogen replacement are unlikely to be influenced by the presence or absence of cognitive impairment. The prudent physician will remain alert for clues which suggest cognitive decline and be particularly attentive to observations by relatives and caregivers which suggest cognitive decline in their patients.

A stronger, but as yet unproven, argument can be made for screening older individuals for dementia. The presence of dementia, regardless of cause, signifies increased morbidity and mortality. Risks to the individual (eg. accidental injuries) and stress to the caregiver increase significantly as the disease progresses.

Furthermore, the financial burden (including medications, formal and informal caregiving and, most importantly, costs of institutional care) rises with the severity of the condition.

Earlier detection of dementia leading to a specific diagnosis of Alzheimer's could result in timely prescription of symptomatic medications such as donepezil or rivastigmine. For those individuals with dementia responsive to medications, one could anticipate potentially reduced caregiver stress and possibly delayed admission for institutional care. This could result in improved quality of life for the affected individual and reduced financial burden of care to society.

On the other hand, delayed admission to institutional care imposes a greater burden on caregivers. The case for screening becomes more persuasive in older individuals, as the prevalence of dementia rises. The relatively low sensitivity of short cognitive tests, such as the MMSE, limit the use of this instrument for dementia screening in primary care. Some characteristics of informant description make this an appealing alternative approach to screening. Inquiry about the ability of the individual to perform instrumental activities of daily living is also an attractive screening manoeuvre, as, in addition to its value for detecting dementing disorders, it has utility in detecting physical problems as well.

However, lack of prospective trials describing the sequence of detection, investigation, intervention and outcome prevents a firm recommendation for any type of screening. Rather, a high index of suspicion in older

individuals, especially those over the age of 85 where community prevalence of dementia approaches 20%, and careful attention to caregivers' descriptions are supported by a fair level of evidence. Prospective studies to determine the outcome and opportunities for intervention of individuals screened for dementia, are a high research priority.

D.3.3 Diagnose

Diagnoseziele, -management

Differenzialdiagnose

Die Liste der Differentialdiagnose von Demenzsyndromen ist lang. Entscheidend für den Kliniker ist zu wissen, welche Maßnahmen bzw. Methoden zur Differenzierung eingesetzt werden können oder sollen. Eine genaue Diagnosestellung ist für eine adäquate Beratung über die Erkrankung, zur Prognosestellung und zur Therapie unentbehrlich.

Problem:

Die meisten Leitlinien veröffentlichen unkommentierte (meist völlig unvollständige) Listen über die Differentialdiagnose von Demenzsyndromen. Teilweise werden wichtige Demenzformen überhaupt nicht erwähnt. Welche anamnestischen Informationen, klinischen Befunde und Zusatzuntersuchen wichtig und hilfreich sind, bleibt offen.

Vorschlag:

Für die Leitlinie bedeutet das:

- Minimalvoraussetzung ist eine klare Beschreibung aller wichtigen Demenzformen.
- Es ist eine genaue Beschreibung der obligaten, operationalisierten, diagnostischen Kriterien für Demenzen notwendig.
- Hilfreich für den Kliniker und Praktiker sind klare Flussdiagramme/ Entscheidungs-bäume und ein abgestuftes differentialdiagnostisches Programm.

Beispiel 47: What comorbidities should be screened for in elderly patients?

LL 02a AAN [S. 1149 - 1150]

Ausgewählt, weil die Leitlinie die Wertigkeit von bestimmten Untersuchungsmethoden beschrieben und evidenzbasiert diskutiert.

What comorbidities should be screened for in elderly patients undergoing an initial assessment for dementia? The prior Practice parameter¹ recommended a number of laboratory tests (including complete blood count, serum electrolytes, glucose, blood urea nitrogen/creatinine, folate, B12, thyroid function, and syphilis serology) as routine assessment in patients undergoing assessment for dementia. Since that time, no studies were identified that evaluated these recommendations. However, since 1994, several studies have been published that specifically addressed the diagnostic value of vitamin B12 levels, thyroid function analysis, and syphilis screening. No studies were identified that addressed the utility of such tests as 24-hour urine collection for heavy metals or serum toxicology screens.

Depression. Prospective studies show that individuals with depression and coexistent cognitive impairment are highly likely to have an underlying dementia on longitudinal follow-up.(...)

Other common metabolic abnormalities possibly associated with dementia.
Other metabolic disturbances are also sometimes included in the differential diagnosis of dementia. (...)

Conclusions. Depression, B12 deficiency, and hypothyroidism are comorbidities that are likely to appear in the elderly and in patients with suspected dementia in particular. Although treatment of these disorders may not completely reverse cognitive dysfunction, they should be recognized and treated. No new evidence has appeared since 1994 to support or refute the recommendation to perform "routine" blood tests in patients

being evaluated for dementia.

Practice recommendations.

- Depression is a common, treatable comorbidity in patients with dementia and should be screened for (Guideline).
- B12 deficiency is common in the elderly, and B12 levels should be included in routine assessments of the elderly (Guideline).
- Because of its frequency, hypothyroidism should be screened for in elderly patients (Guideline).
- Unless the patient has some specific risk factor or evidence of prior syphilitic infection, or resides in one of the few areas in the United States with high numbers of syphilis cases, screening for the disorder in patients with dementia is not justified (Guideline).

Beispiel 48: Diagnose und Therapie der AD und der DLB

LL 09a DGN [S. 2/8, 3/8, 4/8]

Ausgewählt, weil die Leitlinie gut nachvollziehbar wichtige Aspekte zur Stellung der Diagnose Alzheimer Demenz beschreibt.

Diagnose und Therapie der Alzheimer-Demenz (AD) und der Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB)

Demenz mit Lewy-Körperchen (McKeith et al., 1996)

Obligatorisch: Progredienter kognitiver Abbau, der soziale und berufliche Funktionen beeinträchtigt. Zu Beginn besteht möglicherweise keine prominente Gedächtnisstörung. Störungen von Aufmerksamkeits-, frontal-subcortikalen und visuospatialen Funktionen können im Vordergrund stehen.

Zwei der folgenden Kernsymptome werden für die Diagnose einer wahrscheinlichen, eines für die einer möglichen DLB gefordert:

- kognitive Fluktuationen vor allem der Aufmerksamkeit,
- wiederholte visuelle Halluzinationen, die meist detailliert sind,
- motorische Parkinsonsymptome.

Die Diagnose wird gestützt durch Stürze, Synkopen, vorübergehende Bewusstseinsverluste, Sensitivität gegenüber Neuroleptika, systematisierten Wahn, Halluzinationen in anderen Modalitäten.

Die Diagnose wird weniger wahrscheinlich bei früherem Schlaganfall oder Zeichen einer anderen Hirnerkrankung, die die Symptomatik erklären kann.

Die klinische Differentialdiagnose zwischen M.Alzheimer und Demenz mit Lewy-Körperchen weist nur geringe Sensitivität und Spezifität auf. Auch Alzheimer-Patienten können extrapyramidale Symptome aufweisen. Es ist unklar, ob die betroffenen Patienten an der Lewy-Körperchen-Variante der AD leiden. Die Diagnose der „reinen“ DLB scheint mit größerer Zuverlässigkeit möglich zu sein (Del Ser et al., 2001).

Leitlinien Diagnostik

Frühd Diagnose:

Der Hausarzt sollte Befürchtungen über und Beobachtungen hinsichtlich geistiger Leistungseinschränkungen, insbesondere Gedächtnisstörungen, Wesens- und Verhaltensänderungen unter dem Verdacht des Vorliegens einer Demenz nachgehen (Patterson et al., 1999). Ziel der Frühd Diagnose ist der Nachweis oder Ausschluss einer organischen Erkrankung. Hierbei kommt der Fremdanamnese besondere Bedeutung zu. Bei hausärztlichem Verdacht auf das Vorliegen oder bei Nachweis einer Störung muss 3/8 Überweisung zum Facharzt (entsprechend spezialisierter Neurologe oder Psychiater) zur Differentialdiagnostik bzw. Klinikeinweisung erfolgen.

Beobachtungen von Angehörigen und anderen, die einen kognitiven Abbau des Patienten berichten, sollten sehr ernst genommen werden und eine fachärztliche Untersuchung einschließlich Prüfung kognitiver Funktionen und bei Verdachtsmomenten weitere Diagnostik (einschließlich kognitiver Screeningverfahren und ggf. apparativer und Laboruntersuchungen) sowie Kontrolluntersuchungen nach sich ziehen (Patterson et al., 1999)

Im Verdachtsfall sollten kognitive Screeningverfahren eingesetzt werden (Petersen et al., 2001). Sie sollten jedoch nur von erfahrenen Untersuchern angewendet werden. Besonders sensitiv, wenn auch etwas zeitaufwendiger als z.B. der MMS (30min.) erscheint der CERAD (deutsch:Satzger et al. 2001).

Diagnose:

1. Demenz ist eine klinische Diagnose, die eine detaillierte Anamnese und körperliche sowie psychopatho-

logische Untersuchung, psychometrische Tests (minimal MMSE oder besser DemTect – Kessler et al., 2000, bei grenzwertigem Ergebnis CERAD) sowie die Anwendung von Skalen, die die funktionale Autonomie (erweiterte ADL-Skalen) erfassen, erfordert. Wiederholungsuntersuchungen können zur Etablierung und Bestätigung der Diagnose erforderlich sein (Patterson et al., 1999, «).

2. Die Diagnose und Verdachtsdiagnose einer Demenz können vom Hausarzt gestellt werden. Sowohl Diagnose als auch Verdacht sollten die Vorstellung beim Neurologen oder Psychiater zur Differentialdiagnose und Behandlungsplanung nach sich ziehen. Die Weiterbehandlung kann durch den Hausarzt erfolgen. Komplikationen bedürfen erneuter fachärztlicher Abklärung («).

10. Die Darstellung der zerebralen Perfusion mittels SPECT hat eine mit klinischen und neuropsychologischen Testverfahren vergleichbare Sensitivität (87%) und Spezifität (72%) in der Diagnostik des M.Alzheimer. (Bonte et al., 2001, -). Der über die klinischen Verfahren hinaus erzielbare diagnostische Gewinn liegt wahrscheinlich bei etwa 10% Verbesserung der Sensitivität und Spezifität (Jobst et al., 1998, Jagust et al., 2001, «).

Bisherige Untersuchungen weisen auf eine mögliche besondere Eignung für die Differenzierung zwischen M.Alzheimer, fronto-temporaler Demenz und Demenz mit Lewy-Körperchen hin (Lobotesis et al., 2001, «). Der Stellenwert des Verfahrens in der Routinediagnostik ist jedoch wegen des Fehlens von populationsbasierten Studien, die eine Abschätzung der positiven und negativen prädiktiven Werte erlauben würden, derzeit nicht abschließend zu beurteilen.

Beispiel 49: Diagnosestellung und Kriterien der VD

LL 09 DGN [S. 12 - 14]

Ausgewählt, weil die Leitlinie klar strukturierte Kriterien der heterogenen Erkrankungen vaskulärer Genese aufzeigt und übersichtliche Vorschläge für ergänzende Labordiagnostik unterbreitet. Die Tabelle 2 beinhaltet einige Standardlaboruntersuchungen (Schilddrüsenfunktionstests, Vitamin B12, Folsäure) sowie aufwändige Untersuchungen, die nur bei ganz speziellen Fragestellungen indiziert sind.

Tabelle 1: ADDTC-Kriterien der Vaskulären Demenz

Mögliche vaskuläre Demenz	<p>Klinisch diagnostiziertes dementielles Syndrom (quantifizierbar und reproduzierbar durch neuropsychologische Tests) und mindestens eines folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnestische Hinweise auf einen einzelnen ischämischen Insult ohne eindeutige zeitliche Beziehung zum Beginn des dementiellen Syndroms oder: - M. Binswanger, für den alle der folgenden Punkte erfüllt sein müssen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Früh einsetzende Harninkontinenz ohne hinreichende urologische Erkrankung oder Gangstörung ohne hinreichende periphere Erkrankung 2. Vaskuläre Risikofaktoren 3. Ausgedehnte Veränderungen der weißen Substanz in der bildgebenden Diagnostik
Wahrscheinliche vaskuläre Demenz	<p>A: Kriterien, die erfüllt sein müssen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Klinisch diagnostiziertes dementielles Syndrom (quantifizierbar und reproduzierbar durch neuropsychologische Tests), 2. Hinweise auf zwei oder mehr ischämische Infarkte (Anamnese, neurologische Untersuchung, Bildgebung) oder Auftreten eines einzelnen Infarktes mit einer eindeutigen zeitlichen Beziehung zum Auftreten des dementiellen Syndroms 3. Hinweis auf mindestens einen Infarkt außerhalb des Kleinhirns aufgrund von CT oder T1-gewichtetem MRT

	<p>B: Unterstützung einer wahrscheinlichen vaskulären Demenz</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hinweise für multiple Infarkte in Hirnregionen, die für das Gedächtnis verantwortlich sind 2. Anamnese für transitorisch ischämische Attacken 3. Anamnese für vaskuläre Risikofaktoren 4. Erhöhte Hachinski Ischämieskala <p>C: Klinische Hinweise, die möglicherweise mit einer vaskulären Demenz assoziiert sein könnten, aber nicht gesichert sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frühes Auftreten von Gangstörungen und Harninkontinenz 2. Veränderungen periventrikulär und im Marklager in der T2-gewichteten MRT, die über die Altersnorm hinausgehen 3. Fokale Veränderungen in der Elektrophysiologie (EEG, evozierte Potentiale) oder funktionellen Bildgebungen <p>D: Andere klinische Zeichen, die weder gegen noch für die Diagnose einer wahrscheinlichen vaskulären Demenz sprechen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Langsam progrediente Symptome 2. Psychosen, Halluzinationen, Wahnvorstellungen 3. Epileptische Anfälle <p>E: Klinische Zeichen, die an der Diagnose einer wahrscheinlichen vaskulären Demenz zweifeln lassen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Transkortikale sensorische Aphasie ohne Nachweis eines bildmorphologischen Substrates 2. Fehlen von weiteren zentral neurologischen Symptomen als eine kognitive Beeinträchtigung
<p>Sichere vaskuläre Demenz</p>	<p>Für diese Diagnosestellung ist eine histopathologische Untersuchung des Gehirns erforderlich. Folgende Kriterien müssen erfüllt werden sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klinisch diagnostiziertes dementielles Syndrom - Histopathologischer Nachweis von multiplen Infarkten, einige außerhalb des Kleinhirns - Falls sich histopathologisch Hinweise auf das Vorliegen einer Alzheimer- oder anderen Erkrankung ergeben, die für das dementielle Syndrom verantwortlich sein kann, sollte die Diagnose einer gemischten vaskulären und Alzheimer-Demenz gestellt werden.
<p>Gemischte Demenz (Mixed dementia)</p>	<p>Die Diagnose einer gemischten Demenz sollte gestellt werden bei Vorliegen einer oder mehrerer systemischer oder neurologischer Erkrankungen, die vermutlich der Demenz zugrunde liegen</p>

Tabelle 2: Differentialdiagnostisch wichtige Laboruntersuchungen, Seite 13-14	
Laboruntersuchung	Syndrom
Plasma Viskosität	Hyperviskositätssyndrom
Harnstoff und Elektrolyte	Urämie
Leberwerte und Proteinelektrophorese	Leberfunktionsstörungen
Schilddrüsenfunktionstests	Hypothyreose
Lues-Serologie	Neurosyphilis
Vitamin B12, Folsäure	Mangelernährung
Antiphospholipid-Antikörper, ANA, AMA ds-DNA	Antiphospholipid-Ak-Syndrom
Protein C und S, Antithrombin III	Gerinnungsstörungen

D.3.4 Diagnose somatische Komorbidität

Demenz ist vorrangig eine Erkrankung des höheren Lebensalters. Sie wird damit häufig von einer Reihe weiterer, vorwiegend internistisch-geriatrischer Erkrankungen und Syndrome, aber auch Erkrankungen anderer somatischer Fachbereiche begleitet. Diese sind - oft aufgrund eingeschränkter Beschwerdeartikulation von Seiten der Betroffenen - nicht ausreichend diagnostiziert. Dennoch können sie, auch wenn es sich um Krankheitsbilder ohne unmittelbaren ätiopathogenetischen Zusammenhang mit der Demenz handelt, wesentlichen Einfluss auf den körperlichen Zustand und damit das psychopathologische Erscheinungsbild nehmen: Erkrankungen, die zu einer sekundären Demenz führen können, können bestehende primäre Demenzen verstärken, Medikamente für begleitende Erkrankungen können kognitive Beeinträchtigungen verschlimmern, zusätzliche Infekte oder Schmerzzustände können zu akutdeliranten Komplikationen führen. Zugleich kann die Demenz Ursache vieler somatischer Begleitstörungen (z. B. Inkontinenz, Obstipation, Schlafstörungen, Epilepsien u.a.) sein, für die ihrerseits eigenständige Krankheitsursachen ausgeschlossen werden sollten.

Problem:

Die Relevanz somatischer Komorbidität für den Verlauf und das klinische Erscheinungsbild dementieller Erkrankungen bleibt in vielen Leitlinien unberücksichtigt. Es fehlen strukturierte Hinweise auf typische direkte und indirekte Wechselwirkungen mit häufigen begleitenden somatischen Erkrankungen und Syndromen sowie den hieraus abzuleitenden diagnostischen und therapeutischen Konsequenzen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- Komorbiditäten benennen, die differentialdiagnostisch als eigenständige Krankheitsbilder von den Symptomen einer Demenz abzugrenzen sind,
- Komorbiditäten benennen, die direkt oder indirekt den Verlauf und die Klinik einer Demenz beeinflussen können,
 - als Risikofaktor,
 - über ihre Begleitmedikation,
 - als Auslöser typischer, insbesondere deliranter Komplikationen,
 - durch zusätzliche funktionelle Beeinträchtigungen.

Beispiel 50: Relevante Komorbiditäten

LL 14 NSWDH-RACGP [S. 18]

Ausgewählt als Beispiel der Benennung relevanter Komorbiditäten im Sinne einer Checkliste.

Co-morbidity

Common conditions which can cause or aggravate dementia need to be thought of and excluded or managed are:

- depression
- drugs
- thyroid disorders (hypo/hyperthyroidism)
- subdural haematoma
- neoplasms
- alcohol
- intracerebral lesions (tumour, normal pressure hydrocephalus)
- Vitamin B12 deficiency
- folate deficiency
- metabolic disturbances (hypo/hyperglycaemia, uraemia, hypo/hypercalcaemia)
- water and electrolyte disturbances (dehydration and hyponatraemia)
- infections (urinary tract, respiratory tract)
- renal failure
- hypoxia
- malnutrition.

Not only may these conditions aggravate dementia, but also the onset of dementia may lead to deterioration in such conditions, particularly by reducing compliance with medications.

In order not to avoid overlooking any co-morbidity which should be managed optimally, it may help to use the assessment form checklist developed by the RACGP.

Beispiel 51: Relevanz der Komorbidität

LL 03b AMDA [S. 19 - 20, Step 15]

Ausgewählt wegen anschaulicher Begründung der Behandlungsrelevanz von Komorbidität.

Step 15, Manage risks and complications related to dementia, other conditions, or treatments.

Patients with dementia often have complications directly related to their disease, including impaired mobility or urinary incontinence. These patients also are often at risk for indirect complications such as aspiration related to tube feeding, falls, or adverse reactions to medications. For example, the onset of fever and diarrhea may affect hydration, which in turn may affect level of alertness; this may necessitate a temporary reduction in the use of psychoactive medications until the acute illness resolves. Recent surgery under general anesthesia also may alter a person's previous level of cognitive impairment and function. The medical treatment of behavior and impaired cognition may itself cause complications that resemble an acute illness or a worsening of the underlying disease.

Beispiel 52: Komorbidität und Verhaltensstörungen

LL 13 NoEng [S. 39]

Ausgewählt wegen knappem, evidenzunterlegtem Hinweis auf Zusammenhänge zwischen Komorbidität und Verhaltensstörungen.

Behavioural disorders in patients with dementia;**Recommendations**

- Health care professionals should exclude underlying causes of behavioural disorder e.g. an acute physical illness, environmental distress or physical discomfort (D)
- Where underlying causes are identified they should be managed before prescribing for the behavioural disorder (D)
- General practitioners should, wherever possible, resist the routine use of tranquillisers to control behaviour disorders in patients in dementia (D)
- In crisis situations the short term use of neuroleptics may be appropriate (D)
- Patients known to have Dementia with Lewy Bodies should not be treated with neuroleptics (B)
- There is a relationship between delusions and aggressive behaviour. Aggressive behaviour should be assessed with this in mind (D)
- Health care professionals should be aware that the care setting and the attitudes of carers (or care teams in an institutional setting) may influence the emergence of behavioural problems (D)

>>> siehe auch Beispiel 27, Behavioural disorders in patients with dementia, Seite 72

D.3.5 Diagnose von psychiatrischer und neurologischer Komorbidität „Begleitprobleme“

Nicht selten leiden Patienten mit Demenzen zusätzlich an anderen psychiatrischen und/oder neurologischen Erkrankungen.

Das Erkennen dieser Komorbiditäten ist für die Differenzialdiagnose, die Einschätzung des Krankheitsverlaufes (Prognose, s.u.), aber auch für die Therapie wichtig. In einigen Fällen kann die Diagnostik von Komorbidität auch Hinweise zur Entstehung der Demenz liefern. Die Diagnostik dieser psychiatrischen und neurologischen Komorbidität ist wichtig, da sich daraus unter Umständen Möglichkeiten einer wirksameren (und kausalen) Behandlung der Demenz ergeben können.

Problem:

Ein großer Teil der Leitlinien macht Angaben darüber, welche Begleiterkrankungen bei Demenzen vorkommen können. Dabei finden sich zwar mehr oder weniger ausführliche Auflistungen der möglichen Begleiterkrankungen, aber keine abgestimmten diagnostischen Anleitungen, nach welchen Komorbiditäten besonders gesucht werden soll und warum? Kann dadurch eine kausale Therapie erreicht werden (s.o.), ist eine Rezidivprophylaxe möglich? Können Komplikationen vermieden werden? In einigen Leitlinien werden Komorbidität und Krankheitskomplikationen gleich behandelt.

Vorschlag:

- Angaben, welche psychiatrischen und neurologischen Komorbiditäten häufig anzutreffen sind,
- Angaben, welche Diagnostik in Bezug auf psychiatrische und neurologische Komorbidität sinnvoll ist,
- Information, welche Bedeutung die psychiatrische und neurologische Komorbidität für die Therapie von Demenzen hat.

Beispiel 53: Psychiatrische und neurologische Komorbiditäten

LL 02a AAN [S. 1149 - 1150]

Ausgewählt, weil die Leitlinie wichtige psychiatrische und neurologische Komorbiditäten und deren therapeutische Bedeutung definiert.

What comorbidities should be screened for in elderly patients undergoing an initial assessment for dementia?

The prior Practice parameter¹ recommended a number of laboratory tests (including complete blood count, serum electrolytes, glucose, blood urea nitrogen/creatinine, folate, B12, thyroid function, and syphilis serology) as routine assessment in patients undergoing assessment for dementia. Since that time, no studies were identified that evaluated these recommendations. However, since 1994, several studies have been published that specifically addressed the diagnostic value of vitamin B12 levels, thyroid function analysis, and syphilis screening. (...)

Depression. Prospective studies show that individuals with depression and coexistent cognitive impairment are highly likely to have an underlying dementia on longitudinal follow-up.¹⁰⁶⁻¹¹¹ (...)

Vitamin B12. Vitamin B12 deficiency is common in the elderly.¹¹⁵ Reports of improvement in cognitively impaired individuals with B12 deficiency are equivocal.¹¹⁶⁻¹¹⁹ Patients with B12 deficiency have had slightly lower cognitive performance than nondeficient subjects,¹²⁰ but low vitamin B12 levels in nondemented subjects carried no risk for the subsequent development of dementia.¹²¹ (...)

Thyroid functions. Hypothyroidism is common in the elderly.¹²⁶⁻¹²⁸ Nondemented patients with hypothyroidism had lower mental status test scores, word fluency, visuospatial abilities, and learning than euthyroid controls,¹²⁹ but two other studies^{128,130} found no relationship between TSH and cognitive function. (...)

Other common metabolic abnormalities possibly associated with dementia.

Other metabolic disturbances are also sometimes included in the differential diagnosis of dementia. In the series of Clarfield¹²³ and Weytingh,¹²⁴ hypoparathyroidism and hepatic encephalopathy were mentioned as illnesses that with treatment resulted in complete resolution of dementia.

Tests for syphilis. (...) Except in these highincidence regions, screening for the disorder in patients with dementia without an increased pretest probability would appear to be ill-supported because positive serum Venereal Disease Research Laboratory, rapid plasma reagin, and fluorescent treponemal antibody tests are nonspecific.^{146,147}

Conclusions. Depression, B12 deficiency, and hypothyroidism are comorbidities that are likely to appear in the elderly and in patients with suspected dementia in particular. Although treatment of these disorders may not completely reverse cognitive dysfunction, they should be recognized and treated. No new evidence has appeared since 1994 to support or refute the recommendation to perform “routine” blood tests in patients being evaluated for dementia.

Practice recommendations.

- Depression is a common, treatable comorbidity in patients with dementia and should be screened for (Guideline).
- B12 deficiency is common in the elderly, and B12 levels should be included in routine assessments of the elderly (Guideline).
- Because of its frequency, hypothyroidism should be screened for in elderly patients (Guideline).
- Unless the patient has some specific risk factor or evidence of prior syphilitic infection, or resides in one of the few areas in the United States with high numbers of syphilis cases, screening for the disorder in patients with dementia is not justified (Guideline).

D.4 Prävention

D.4.1 Primär- / Sekundär- / Tertiär-Prävention

Die Erforschung möglicher Ursachen von Demenzen zieht unmittelbar die Frage nach der Prävention nach sich. Aussagen zur Wirksamkeit der Prävention von Demenzen sind gerade vor dem Hintergrund noch immer eingeschränkter pharmakologischer Behandlungsmöglichkeiten wichtig.

Wegen der enormen gesundheitsökonomischen Relevanz von präventiven Ansätzen für dieses Krankheitsbild sollte dieser Komplex in einer Leitlinienentwicklung berücksichtigt werden.

Mit Ausnahme der vaskulären Demenz sind für alle anderen demenziellen Erkrankungen – zumindest aus klinischen Studien - bisher keine wirksamen Präventivmaßnahmen bekannt.

Problem:

Nur wenige Leitlinien beschäftigen sich konkret mit dem Thema Prävention. Die Unterteilung in Primär-, Sekundär- oder Tertiärprävention wird in keiner der Leitlinien vorgenommen. In vielen Leitlinien fehlt eine Beurteilung über die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen. Demgegenüber gibt eine große Zahl von (publizierten und andauernden) epidemiologischen Studien, die Maßnahmen zur Prävention untersuchen. Besonders intensiv werden derzeit Ernährung und kognitives Training in der Primärprävention untersucht.

Die Vermeidung von Sekundärkomplikationen, z. B. Verschlimmerung der Demenz nach Operation (Oberschenkelhalsbruch, uä.) und Hospitalisation, sind typische Aufgabenstellungen einer Leitlinie. Dazu gehört die Einbeziehung der Präventionsmaßnahmen und des Entlassungsmanagements zum raschen Wiederherstellen der gewohnten Umgebung des betroffenen Patienten.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte beinhalten:

- klare Stellungnahme zur Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen bezogen auf die unterschiedlichen Demenzformen (z.B. Behandlung von Gefäßrisikofaktoren bei vaskulärer Demenz, aggregations-hemmende Medikamente),
- Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärmaßnahmen konkret nennen,
- Angaben, welche Präventivmaßnahmen zurzeit in klinischen Studien erforscht werden und möglicherweise Aussicht auf Erfolg haben.

Beispiel 54: Gefäßrisikofaktoren bei primärer Prävention VD

LL 06 CMA [S. 1-S7, 1-S8]

Ausgewählt, weil die Leitlinie konkret auf die Möglichkeit der wirksamen Behandlung von Gefäßrisikofaktoren bei der primären Prävention von vaskulärer Demenz hinweist.

Prevention of dementia

As the etiologic factors for dementing disorders become more clearly identified, prevention may become a reality. If the onset of dementia could be delayed by 5 years, the population prevalence could be reduced by one half. If delayed by 10 years, prevalence could decline by 75%.⁵¹ For VaD19, prevention is already potentially possible by treatment of stroke risk factors such as the use of antihypertensives,⁵² HMG (3-hydroxy-3-methylglutaryl) coenzyme A reductase inhibitors,^{53,54} and anticoagulants for atrial fibrillation.⁵⁵ By reducing

the incidence of stroke, such measures may decrease the incidence of VaD, although this is yet to be proven.⁵⁶ The timely correction of metabolic disturbances associated with dementia (e.g., vitamin B12 deficiency, alcohol abuse) can be reasonably expected to reduce the incidence of subsequent dementia. (...) Epidemiologic studies have shown an association between AD and a lack of formal education.⁶⁰ (...) Head injuries have been suggested to increase the subsequent incidence of AD.^{60,61} Encouraging the use of seatbelts and bicycle helmets could have a role in the primary prevention of dementia.

Recommendations

17. When clinical conditions that can lead to cognitive impairment are uncovered by clinical and laboratory assessment, appropriate corrective treatment should be instituted (e.g., thyroid or vitamin B12 replacement, alcohol abstinence programs, etc.). By effectively treating vascular risk factors such as arterial hypertension, hypercholesterolemia, diabetes mellitus and smoking, and by using prophylactic anticoagulation for chronic atrial fibrillation, the risk of dementia may be reduced. The decision to treat transient ischemic attacks and stroke by secondary prevention measures (as above), and by use of anticoagulants, antiplatelets and carotid endarterectomy (as appropriate), may likewise lower the risk of vascular dementia. [Grade B, Level 3, consensus⁵²⁻⁵⁵]

18. Physicians should be aware of genetic risk factors for AD and follow the recommendations under genetic screening. Evidence suggesting that substandard education (less than 6 years) or head trauma may increase the risk of AD would lend support to advocacy programs for minimum standards of education and for head injury prevention (such as the use of seat belts when driving and helmets for cycling or other sports). [Grade B, Level 3, consensus^{50,60,61}]

19. The use of NSAIDs cannot be recommended for the treatment or prevention of AD on the basis of available evidence, but if required for arthritis or other conditions they may afford some protection against the development of AD. [Grade C, Level 2-ii, consensus⁵⁹]

20. Physicians should provide counselling on the risks and benefits of estrogen therapy in peri- or postmenopausal women. Although current evidence does not support the use of estrogen specifically for the prevention of AD, the reduced risk associated with long-term estrogen use in epidemiologic studies may provide an additional potential benefit to consider when weighing the pros and cons of estrogen therapy. [Grade B, Level 2-ii, consensus^{57,58}]

Ethical issues in dementia

Loss of insight, declining capacity to make reasonable decisions and risk to others must be carefully balanced against preservation of autonomy. Recognizing the scope of relevant ethical issues, the conference participants chose to focus on 2 areas: disclosure of diagnosis and driving. Other important issues that were not dealt with include: participation in research, decision-making — respecting individual choice, quality of life, behaviour control, use of restraints, advance directives and end-of-life decisions.

(...)

Disclosure of diagnosis

The case for informing patients of their diagnosis rests upon the patients' right-to-know (principle of autonomy). Knowledge of the diagnosis can allow for future planning (e.g., advance directives, power of attorney, planning for future living arrangements). Disclosure allows for consent to treatment and participation in research. It also facilitates the dialogue between patient and caregiver, avoiding the conspiracy of silence that might otherwise exist. (...)

D.5 Therapie

D.5.1 Patientenorientiertes Therapiemanagement

Therapieziele / -planung / -management¹⁹

Die Möglichkeiten zur akuten und zur langfristigen Versorgung von Demenz-Patienten sind in der ambulanten Primär- (Hausarzt), Sekundär- (Facharzt) und stationären Tertiärversorgung (Klinik) unterschiedlich. Nach Begutachtung und Sicherung der Diagnose Demenz wird sich der Behandlungsplan zunächst danach richten, ob der Nutzer der Leitlinie die Erkrankung selbst betreuen kann und wie schwer die Symptomatik ist.

Die zentrale Planungs- und Management-Aufgabe in der Akutphase der Behandlung bei Verwirrheitszuständen besteht in der Anpassung der Behandlungsziele an die zu beobachtenden Reaktionen auf die Behandlung, d.h. die sich verändernde Symptomatik des Patienten, das Ansprechen auf die zunächst gewählten Therapieoptionen, die Zuverlässigkeit der Umsetzung therapeutischer Maßnahmen, etwaige Nebenwirkungen oder unerwünschte Effekte.

Die zentrale Planungs- und Management-Aufgabe in der Langzeitphase der Behandlung einer Demenz besteht in der Anpassung der Behandlungsziele an die individuellen Verlaufsschicksale.

Problem:

Zwar enthalten einige Leitlinien Definitionskriterien für die genannten Verlaufsschicksale, aber keine entsprechend abgestimmten Behandlungspläne, die die Anforderungen eines (fach-)übergreifenden, übergeordneten Gesamtkonzeptes berücksichtigen.

Vielfach werden zwar übergeordnete Gesamtziele der Leitlinien benannt, es erfolgt jedoch keine Nennung von Zielen, die mit der Umsetzung der einzelnen therapeutischen Empfehlungen erreicht werden können und sollen.

Vorschlag:

- Eine Leitlinie sollte aufeinander abgestimmte Module für die Primärversorgung (z. B. Hausärzte) sowie die weitere ambulante und stationäre Versorgung enthalten.
- Eine Leitlinie und ihre Module sollten eine globale Behandlungsstrategie für die kontinuierliche Weiterbehandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsphasen darstellen.
- Es sollten Ziele einer Maßnahme und die Kriterien für die Auswahl (z. B. die Art der Begleitsymptome / funktionellen Beeinträchtigung) einer bestimmten Behandlung und Beratung des Patienten genannt werden.
- Basierend auf Verlaufskriterien sollten Empfehlungen zur Langzeitbetreuung und -behandlung gegeben werden.
- Diese sollten insbesondere für Hausärzte, Patienten und ggf. Angehörige eine ausgewogene Darstellung der Prognose beinhalten und Kriterien und Vorgehen bei Verschlechterung nennen.

¹⁹ Hinweis: Dieses Teilkapitel basiert auf Empfehlungen des Leitlinien-Clearingberichtes „Depression“. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Depression“. Niebüll: videel; 2003. p. 83-4. äzq-Schriftenreihe; 12. Available from: <http://www.leitlinien.de>

D.5.2 Ethische Aspekte der Therapie²⁰

Problem:

Bei Patienten, die durch die Hirnleistungsstörung nicht mehr geschäftsfähig sind und die ihren Angehörigen keine Vollmacht erteilt haben, kann es zu praktischen Problemen in der Weiterversorgung (z. B. medizinische Intervention, geschlossene Heimunterbringung) kommen, wenn nicht umgehend eine Betreuung eingerichtet wird.

Ärzte, die Demenz-Patienten betreuen, sind nicht immer ausreichend über die medizinrechtlichen Aspekte der Einrichtung einer Betreuung informiert; dazu gehören auch Probleme in früheren Krankheitsstadien wie Fahrtüchtigkeit etc. Diese Thematik wird in den eingeschlossenen deutschsprachigen Leitlinien nicht ausreichend genug adressiert.

Eine Vielzahl von Verbänden, Gesellschaften und Ärztekammern hat Musterentwürfe für Patienten-Verfügungen bzw. -Testamente entworfen. Praktische Schwierigkeit in der Umsetzung ist, dass die Einschätzung der Prognose einzig und allein in das Ermessen des Arztes gestellt wird.

In den Leitlinien liegen keine Angaben dazu vor, auf welcher Grundlage die Prognose eingeschätzt werden könnte und wie sich der behandelnde Arzt ein Gesamtbild vom vermuteten Willen des Patienten machen kann.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- sich mit den aus einer Geschäftsunfähigkeit ergebenden Problemen bei Demenz-Patienten auseinandersetzen,
- dem Nutzer Hinweise auf Informationsquellen, wie z. B. die Internet-Links zu den Betreuungsgesetzen bzw. -verfahren der einzelnen Bundesländer geben,
- sich mit dem Thema der Patienten-Verfügungen und -Testamente auseinandersetzen,
- zu den Problemen von Ermessensentscheidungen zur individuellen Prognose des Patienten Stellung nehmen und
- wesentliche Folgen einer hochgradigen Demenz wie Trink- und Ernährungsprobleme, insbesondere einschließlich der PEG-Ernährung, Akutbehandlung wie z. B. bei Pneumonie, etc. benennen und Möglichkeiten des Managements aus ethischer und medizinischer Sicht aufzeigen,
- sich mit dem Einschluss und der Teilnahme von einwilligungsunfähigen Demenzkranken in wissenschaftliche Untersuchungen auseinandersetzen.

=> siehe auch Kapitel D.1.3 Sozialmedizinische Aspekte, Seite 56

=> siehe auch Kapitel D.7 Rechtliche Aspekte, Seite 138

D.5.3 Nichtmedikamentöse Therapieformen

Nichtmedikamentöse Verfahren umfassen ein breites Spektrum von Maßnahmen

- Gestaltung der Umwelt (Milieuthherapie),
- edukative und Trainingsmaßnahmen (kognitives Training, kompensatorische Therapie),
- Selbsthilfegruppen, auch für Angehörige,
- psychotherapeutische Verfahren (Selbsterhaltungstherapie, Validation) und

²⁰ Hinweis: Dieses Teilkapitel basiert auf Empfehlungen des Leitlinien-Clearingberichtes „Schlaganfall“. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Schlaganfall“. Niebüll: videel; 2004 (in Vorbereitung). Nach Veröffentlichung: Available from: www.leitlinien.de

- soziotherapeutische (Realitätsorientierungstherapie) Verfahren. Zielpersonen sind sowohl die Betroffenen selbst als auch die Bezugspersonen und Pflegepersonen. Die Wertigkeit dieser teilweise zeitaufwändigen Therapieformen ist unklar und fand im Vergleich zur medikamentösen Therapie wenig Beachtung. Klinische Studien weisen sehr häufig methodische Mängel auf (keine hinreichende Charakterisierung der Intervention, der behandelten Stichprobe und der Behandlungseffekte) und sind insbesondere zu klein konzipiert.

Eine Vielzahl von nichtmedikamentösen Behandlungs-/Betreuungsformen mit Demenzkranken hat eine weite Verbreitung in Kliniken, Seniorenheimen und ambulanten Settings gefunden.

Problem:

Obgleich medikamentöse Therapien nur begrenzt wirksam sind und Verhaltens-, Anpassungs- und Interaktionsprobleme mit zunehmender Demenz die Hauptprobleme in der Versorgung darstellen, werden diese Verfahren in einzelnen Leitlinien gar nicht behandelt, in anderen nur cursorisch im Vergleich zu den medikamentösen Verfahren. Zum Teil werden nichtmedikamentöse psychotherapeutische Ansätze mit großen Vorbehalten dargestellt. Der professionell geschulte, therapeutische Umgang mit den Kranken dürfte jedoch zur Erhaltung eines Höchstmaßes an Lebensqualität und einen möglichst langen Erhalt wichtiger Funktionen entscheidend sein. Beschreibungen und Zuordnungen unterscheiden sich sehr zwischen den Leitlinien; meist werden nur Teilaspekte dargestellt. Insbesondere fehlen meist Zuordnungen zu den Schweregraden der Erkrankung.

Vorschlag:

- Eindeutige Klassifikation nichtmedikamentöser Verfahren, die damit Eigenständigkeit als Behandlungsbausteine gewinnen
- Kritische Bewertung der Methoden bzw. Maßnahmen, für die Studien oder Erfahrungswerte vorliegen
- Klare Benennung von Forschungsbedarf
- Zuordnung von Interventionen zu Krankheitsstadien
- Klarere Trennung der Adressaten (Erkrankte, Angehörige, Pflegepersonen)

Beispiel 55: Specific Psychotherapies/ Psychosocial Treatments

LL 04 APA [S. 14 - 15]

Ausgewählt, weil die Leitlinie psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsansätze unter der Berücksichtigung der aktuellen Studienlage beschreibt.

C. Specific Psychotherapies/ Psychosocial Treatments

The psychiatric care of patients with dementia involves a broad range of psychosocial treatments for the patient and his or her family, as already described. In addition, some patients may benefit from more specific psychosocial interventions. These more specific psychosocial treatments for dementia can be divided into four broad groups: behavior oriented, emotion oriented, cognition oriented, and stimulation oriented. Although few of these treatments have been subjected to rigorous double-blind, randomized controlled trials, some are supported by research findings and practice. The studies were generally small, and many of the reports failed to fully characterize the intervention, the nature of the subjects' dementia or their baseline status, or the posttreatment outcome. Nonetheless, a review of the literature reveals modest efficacy of such treatments (although the limited available follow-up data suggest that the benefits of most do not persist beyond the duration of the interventions).

1. Goals

While these treatments differ in philosophy, focus, and methods, they have the broadly overlapping goals of improving quality of life and maximizing function in the context of existing deficits. Many have as an additional goal the improvement of cognitive skills, mood, or behavior.

2. Types of psychotherapies/treatments and their efficacy

a. Behavior-oriented approaches.

Although there are limited data from formal assessments of these treatments, there is widespread agreement that behavioral approaches^(56,57) can be effective in lessening or abolishing problem behaviors (e.g., aggression, screaming, incontinence)⁽⁵⁸⁾.

3. Emotion-oriented approaches.

These interventions include supportive psychotherapy⁽⁵⁹⁾, reminiscence therapy (reviewed by Burnside and Haight⁽⁶⁰⁾), validation therapy^(61,62), sensory integration⁽⁶³⁾, and simulated presence therapy⁽⁶⁴⁾.

4. Cognition-oriented approaches.

These techniques include reality orientation (reviewed by Powell-Proctor and Miller⁽⁶⁹⁾) and skills training⁽⁷⁰⁾. The aim of these treatments is to redress cognitive deficits, often in a classroom setting.

5. Stimulation-oriented approaches.

These treatments include activities or recreational therapies (e.g., crafts, games, pets) and art therapies (e.g., music, dance, art). They provide stimulation and enrichment and thus mobilize the patient's available cognitive resources.

Side effects

Short-term adverse emotional consequences have been reported with psychosocial treatments. This is especially true of the cognitively oriented treatments, during which frustration, catastrophic reactions, agitation, and depression have been reported. Thus, treatment regimens must be tailored to the cognitive abilities and frustration tolerance of each patient.

Implementation

Behavioral interventions have strong support in clinical practice and deserve careful trials with patients who have behavioural problems that are difficult to manage.

Beispiel 56: Psychosoziale Behandlung und Rehabilitation

LL 10 DGPPN [S. 36 - 40]

Ausgewählt, weil die Leitlinie anschaulich die zur Verfügung stehenden Methoden nicht-pharmakologischer Therapieoptionen beschreibt. Sie lässt deren Evidenz allerdings offen.

3.5 Psychosoziale Behandlung und Rehabilitation

3.5.1 Indikation und Wirksamkeit

Psychotherapeutisch fundierte Interventionen spielen bei Demenzen eine wichtige Rolle. Das Spektrum möglicher Interventionen umfaßt Verfahren, die auf das Individuum, Betreuende oder die Umfeldstruktur einwirken. Zwischen der Einwirkung auf Personen oder Strukturen gibt es breite Überlappungsbereiche im Sinne integrativer Ansätze. Klinische Studien zur Wirksamkeit nichtmedikamentöser Therapien, die mit denen zu Antidementiva vergleichbar wären, liegen nicht vor. Aus den vorliegenden Studien läßt sich aber eine mögliche Wirksamkeit ableiten. Insbesondere die klinische Erfahrung läßt ihren Einsatz gerade bei Verhaltenssymptomen aber wichtig erscheinen. Oft können so weitere Interventionen überflüssig werden. Mögliche therapeutische Interventionen sind mit dazu vorliegenden Untersuchungen nachfolgend aufgeführt und sollten bei Verfügbarkeit die Therapie der Demenz ergänzen.

3.5.2 Therapeutische Ansätze

Verhaltenstherapie (...)

Trainingsmaßnahmen (kognitives Training u.a.): Trainingsmaßnahmen können dazu dienen, das vorhandene Funktionsniveau der Kranken zu erhalten. (...)

Bei der Gestaltung des Wohnumfeldes sollte auf krankheitsangepaßte Strukturen geachtet werden (z.B. Gedächtnisstützen im Wohnbereich) auch durch Ergo-, Kunst- und Musiktherapie können emotionale und kreative Bereiche ausgleichend beeinflusst werden. Unter Milieutherapie ist auch das therapeutische Basisverhalten (s. Tabelle 10) einzuordnen.

Unterstützungsmaßnahmen für Angehörige (...)

Andere psychosoziale Verfahren: Neben der Verhaltenstherapie sind einige weitere therapeutische Interventionen bekannt (s. Tabelle 10). (...)

Unter der Bezeichnung Realitätsorientierungstherapie (ROT) werden zwei unterschiedliche Ansätze zusammengefaßt, die alternativ oder kombiniert eingesetzt werden können. Zum einen werden im Rahmen von Gruppenarbeit grundlegende, Personen, Zeit und Ort betreffende Informationen „wie in der Schule“ stets aufs Neue wiederholt („Classroom ROT“). Das zweite Modell ist das „24-Stunden-Training“, in dem bei jeder sich bietenden Gelegenheit den Patienten „Realitätsanker“ geboten werden, sowohl im direkten Kontakt mit dem Personal wie auch als visuelle oder akustische Orientierungshilfen. Dieses Modell setzt eine intensive Schulung des gesamten Teams voraus. In der Realität der stationären Altenhilfe können im Rahmen des „ROT“ eine Vielzahl „realitätsorientierender“ Interventionen durchgeführt werden, die von „life review“-Techniken, die also auch das „Vorher“ einbeziehen, bis hin zum Training sensorischer Qualitäten reichen.

Als therapeutischer „Erinnerungsanker“ bei der Erinnerungstherapie kann unterschiedlichstes biographisches Material dienen, beispielsweise Fotos, Zeitungsausschnitte und Tagebücher. Ziel ist die Erhöhung der Lebenszufriedenheit durch die Fokussierung auf positive Erinnerungen.

Die Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET) ist diagnostisch spezifischer als die bisher genannten Verfahren. Sie zielt auf die Behandlung von Alzheimer-Patienten ab und kann als neuropsychologisches Trainingsverfahren aufgefaßt werden, das das längere Erhaltenbleiben der personalen Identität anstrebt.

Zu den Therapieverfahren, die sich bewußt und gezielt auf Emotionalität und Kreativität der dementen Patienten beziehen, zählen Musik- und Kunsttherapie. (...)

Tabelle 10.

Nichtmedikamentöse Interventionen bei Demenzen mit Kurzbeschreibungen des zentralen Inhalts der Methodik

Intervention	Zentrale Inhalte
Basisverhalten	Geduld, Dialog, Eindeutigkeit; „value of touch“
Realitäts Orientierungs Training (ROT)	„classroom“ ROT; 24 h ROT.
Erinnerungs-Therapie (ET)	life review, Erinnerungsgruppen
Selbst-Erhaltungs-Therapie (SET)	Stützung erhaltener Funktionen
Kreative Therapien	Musik-, Kunst-, Tanztherapie
Ergotherapie	Beschäftigung mit sinnvollen Inhalten
Basale Stimulation	gezielte Substitution von Stimuli; Orientierungshilfen

Beispiel 57: Non-pharmacologic Interventions

LL 02a AAN [S. 1160 - 1162]

Ausgewählt, weil die Leitlinie, die eine Einteilung nach verschiedenen Interventionsbereichen („caregivers“) aufweist, eine Bewertung der Evidenzgrade der Studien und explizite Forschungsempfehlung benennt.

Do nonpharmacologic interventions other than education improve outcomes for patients and their caregivers compared with no such interventions?

Interventions to improve functional performance. (...)

Nonpharmacologic interventions for problem behaviors. (...)

Alzheimer's special care units. (...)

Psychosocial interventions for caregivers. (...)

Practice recommendations.

Functional performance

- Behavior modification, scheduled toileting, and prompted voiding should be used to reduce urinary incontinence (Standard).
- Graded assistance, practice, and positive reinforcement should be used to increase functional independence (Guideline).
- Low lighting levels, music, and simulated nature sounds may improve eating behaviors for persons with dementia, and intensive multimodality group training may improve activities of daily living, but these approaches lack conclusive supporting data (Practice Options).

Problem behaviors.

- Persons with dementia may experience decreased problem behaviors with the following interventions: music, particularly during meals and bathing (Guideline); walking or other forms of light exercise (Guideline).

- Although evidence is suggestive only, some patients may benefit from the following (Practice Options):

- Simulated presence therapy, such as the use of videotaped or audiotaped family
- Massage
- Comprehensive psychosocial care programs
- Pet therapy
- Commands issued at the patient's comprehension level
- Bright light, white noise
- Cognitive remediation

Care environment alterations.

- Although definitive data are lacking, the following environments may be considered for patients with dementia (Practice Options):

- Special care units (SCU) within long-term care facilities
- Homelike physical setting with small groups of patients as opposed to traditional nursing homes
- Short-term, planned hospitalization of 1 to 3 weeks with or without blended inpatient and outpatient care
- Provision of exterior space, remodeling corridors to simulate natural or home settings, and changes in the bathing environment

Interventions for caregivers.

- The following interventions may benefit caregivers of persons with dementia and may delay long-term placement (Guidelines):

- Comprehensive, psychoeducational caregiver training
- Support groups

- Additional patient and caregiver benefits may be obtained by use of computer networks to provide education and support to caregivers (Practice Option), telephone support programs (Practice Option), and adult day care for patients and other respite services (Practice Option).

Recommendations for future research. Studies are needed to identify which patients with dementia are most likely to improve their functional performance through behavioral interventions. Studies should evaluate the efficacy of auditory, exercise, touch, visual, and psychosocial interventions, alone and in combination with pharmacotherapy, for specific problem behaviors. A better understanding is needed on how to calculate the staffing patterns needed to provide appropriate behavioral interventions in long-term care settings. Based on preliminary data, more study on the benefits of small group living versus ward-style, institutional living is warranted. In the area of caregiver support, research is needed to develop ways to match caregiver interventions to the specific needs of caregivers, and to identify the support group processes that contribute to both positive and negative outcomes. Finally, researchers should conduct cost-effectiveness studies of behavioral interventions, care environment alterations, and caregiver interventions.

Beispiel 58: Nonpharmacologic Interventions for Reducing Behavioral Disturbances

LL 08b [S. 2528-9]

Ausgewählt, weil die Leitlinie in sehr übersichtlicher Form konkrete Angaben zum Umgang mit Demenzkranken und wichtige nicht pharmakologische Interventionsmöglichkeiten listet.

Table 2

Nonpharmacologic Interventions for Reducing Behavioral Disturbances in Alzheimer`s Disease

- Provide the patient with a predictable routine (i.e., exercise, meals, and bedtime should be routine and punctual).
- Allow the patient to dress in his or her own clothing and keep possessions.
- Before performing all procedures and activities, explain them to the patient in simple language.
- Simplify all tasks; break complex tasks into steps and provide instructions for each step.
- Use distraction and redirection of activities to divert the patient from problematic situations.
- Ensure that comorbid conditions are optimally treated.
- Provide a safe environment (i.e., no sharp-edged furniture, no slippery floors or throw rugs, no obtrusive electric cards).
- Equip doors and gates with safety locks.
- Install grab bars by the toilet and in the shower.
- Use calendars, clocks, labels, and newspapers for orientation to time.
- Use color-coded or graphic labels (i.e., on closets, table service, drawers) as cues for orientation in the home environment.
- Use lighting to reduce confusion and restlessness at night.
- Avoid glare from windows and mirrors, noise from a television, and household clutter.
- Reduce excess stimulation and outings to crowded places (overexposure to environmental stimuli can lead to agitation and disorientation).
- Consider using a day care program for patients with Alzheimer`s disease.
- Register the patient in the Alzheimer`s Association Safe Return Program.

“Nonpharmacologic interventions for behavior problems associated with Alzheimer`s disease may enable a reduction in the dosage, duration, or complexity of required pharmacotherapy.”

>>> siehe auch Beispiel 73, Seite 128, Management of Agitation in Dementia

LL 08b [Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. Guidelines for managing Alzheimer`s disease: Part II.: Table 1 Seite 2532.]

Algorithmus zum Management der Agitation bei Demenz.

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Darstellung eines Algorithmus zur Therapie von Unruhe bei Demenz, die neben der medikamentösen Therapie auch die nichtmedikamentösen Aspekte („environmental interventions“) im Flussdiagramm zeigt.

Beispiel 59: Nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren bei Demenzen

Aus: Bernd Ibach, Demenzerkrankungen in J. Schölmerich (Hrsg.): Medizinische Therapie in Klinik und Praxis (2. Auflage), in press, mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlages, Heidelberg, Copyright beim Verlag.

Ausgewählt, weil in der Tabelle eine Anzahl von nichtmedikamentösen Maßnahmen anhand evidenzbasierter Kriterien dargestellt werden.

Nichtmedikamentöse Behandlungsverfahren bei Demenzen					
Therapieform	Kognitives Training	Milieutherapie	*Realitätsorientierungstherapie	Selbsterhaltungstherapie	Validation
Konzept	Nutzung und Aktivierung von noch vorhandenen intellektuellen Fähigkeiten Kombination mit Realitätsorientierungstherapie*	Zuwendung, Vermeidung von Kritik, bedarfsorientierte Gestaltung des Umfelds	Tagesstrukturierung, Wohnumfeld ermöglicht ständige Orientierung (Informationen zu Ort, Zeit, Mitmenschen) und soziale Kontakte	Verstärkung erhaltener Erinnerungen, affirmative Rückmeldungen; Ergo-, Physio-, Kunsttherapie u. A.	Kritikfreie Zuwendung; Anerkennung der subjektiven Realität der Erkrankten
Indikation	Leichtgradige/bis mäßiggradige Demenz	Mittelgradige/fortgeschrittene Demenz	Mittelgradige Demenz	Alle Schweregrade von Demenzerkrankungen	
Evidenzgrad	Ib/*Ib	III	Ia	III	Ia
Evidenzstärke	B/*A	C	C	C	C

Legende zur Tabelle:

Einschätzung der Evidenz und deren Stärkegrad als Grundlage für therapeutische Empfehlungen (modifiziert nach Woolf SH. Arch Intern Med 1993; 153: 2646-2655)

Evidenzgrade

- Ia Evidenz basiert auf Metaanalysen randomisierter kontrollierter Studien.
- Ib Evidenz durch mindestens eine geeignete geplante randomisierte und kontrollierte Studie.
- IIa Evidenz durch gut geplante kontrollierte Studien ohne Randomisierung.
- IIb Evidenz durch gut geplante Kohorten- oder Fallkontrollstudien, vorzugsweise von mehr als einem Studienzentrum oder einer Forschungsgruppe.
- III Evidenz durch Vergleiche von Zeitabschnitten oder Zentren mit oder ohne Intervention. Dramatische Veränderungen in Experimenten ohne Kontrollgruppe können auch in diese Kategorie eingestuft werden.
- IV Evidenz durch Meinungsbildner, basierend auf klinischen Erfahrungen. Beobachtungsstudien oder Berichte von Expertenkommissionen.

Stärke der Evidenz

- A Starke Evidenz, die periodisch zu überprüfende Empfehlung zu unterstützen.
- B Ausreichende Evidenz, die periodisch zu überprüfende Empfehlung zu unterstützen.
- C Schwache Evidenz, die Empfehlungen zu unterstützen und periodisch zu unterstützen; andere Gründe können jedoch für die Empfehlung sprechen.
- D Ausreichende Evidenz, die periodisch zu überprüfende Empfehlung abzulehnen.
- E Starke Evidenz, die periodisch zu überprüfende Empfehlung abzulehnen.

Beispiel 60: Educational interventions, nonpharmacologic interventions

LL 02a AAN [S. 1160 – 1162]

Ausgewählt, weil sich eine umfassende Darstellung und Beurteilung von nicht-medikamentösen Therapiemaßnahmen in dieser Leitlinie findet.

<p>Do educational interventions (Appendix C) improve outcomes for patients with dementia and/or their caregivers compared with no interventions? (...) Do nonpharmacologic interventions other than education improve outcomes for patients and their caregivers compared with no such interventions? (...) Many psychosocial interventions have been reported to reduce problem behaviors in patients with dementia including: 1) rigorous psychosocial therapy activities (music, exercise, crafts, and relaxation) combined with staff training;¹⁴⁴ and 2) individualized care and environmental alterations using Piagetian levels of cognitive development,¹⁴⁵ client-oriented care approach,¹⁴⁶ and structured sessions of meditation, relaxation, sensory awareness, and guided imagery (small pilot study).¹⁴⁷ Pet therapy was reported to improve socialization,¹⁴⁸ and a psychomotor activation program had significant beneficial effect on cognition but tended to increase rebellious and negative behavior.¹⁴⁹ (...)</p> <p>Practice recommendations. Functional performance.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behavior modification, scheduled toileting, and prompted voiding should be used to reduce urinary incontinence (Standard). • Graded assistance, practice, and positive reinforcement should be used to increase functional independence (Guideline). • Low lighting levels, music, and simulated nature sounds may improve eating behaviors for persons with dementia, and intensive multimodality group training may improve activities of daily living, but these approaches lack conclusive supporting data (Practice Options). <p>Problem behaviors.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persons with dementia may experience decreased problem behaviors with the following interventions: music, particularly during meals and bathing (Guideline); walking or other forms of light exercise (Guideline). • Although evidence is suggestive only, some patients may benefit from the following (Practice Options): <ul style="list-style-type: none"> – Simulated presence therapy, such as the use of videotaped or audiotaped family – Massage – Comprehensive psychosocial care programs – Pet therapy – Commands issued at the patient's comprehension level – Bright light, white noise – Cognitive remediation Care environment alterations. • Although definitive data are lacking, the following environments may be considered for patients with dementia (Practice Options): <ul style="list-style-type: none"> – Special care units (SCU) within long-term care facilities – Homelike physical setting with small groups of patients as opposed to traditional nursing homes – Short-term, planned hospitalization of 1 to 3 weeks with or without blended inpatient and outpatient care – Provision of exterior space, remodeling corridors to simulate natural or home settings, and changes in the bathing environment Interventions for caregivers. • The following interventions may benefit caregivers of persons with dementia and may delay long-term placement (Guidelines): <ul style="list-style-type: none"> – Comprehensive, psychoeducational caregiver training – Support groups • Additional patient and caregiver benefits may be obtained by use of computer networks to provide education and support to caregivers (Practice Option), telephone support programs (Practice Option), and adult day care for patients and other respite services (Practice Option). <p>Recommendations for future research. Studies are needed to identify which patients with dementia are most likely to improve their functional performance through behavioral interventions. Studies should evaluate the efficacy of auditory, exercise, touch, visual, and psychosocial interventions, alone and in combination with pharmacotherapy, for specific problem behaviors. (...)</p>

Beispiel 61: Nichtmedikamentöse Therapie

LL 05a AKdÄ [S. 8]

Ausgewählt, weil eine Beurteilung bzw. kurze Diskussion von nichtmedikamentösen Therapiemaßnahmen stattfindet.

Nichtmedikamentöse Therapie

Bei leichten Stadien der Demenz zielen nichtmedikamentöse Interventionen zunächst auf eine Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit ab. Zu nennen sind Trainingsmaßnahmen auf der Basis von Mnemotechniken, verhaltenstherapeutische Ansätze oder Trainingsprogramme von Institutionen wie Tagespflege und Tageskliniken, die zumeist verschiedene Therapieformen integrieren. Trainingserfolge können zwar grundsätzlich erzielt werden, ihr Effekt hält aber nur kurz an, und häufig werden nur gerade trainierte Verhaltensweisen beeinflusst. Dabei sind die Anforderungen, die an den Patienten gestellt werden, individuell anzupassen. Vor einer unkritischen Anwendung z. B. computergestützter Trainingsprogramme ist zu warnen, da dadurch die Patienten dauernd mit ihren Defiziten konfrontiert werden. Häufig ist die Bearbeitung emotionaler und motivationaler Persönlichkeitsaspekte wichtiger als die Fokussierung auf den kognitiven Leistungsaspekt. Von außerordentlicher Bedeutung ist, frühzeitig den Patienten und seine Angehörigen detailliert über das Wesen der Erkrankung und die mögliche Prognose aufzuklären und sie auf dem bevorstehenden, in der Regel sehr schwierigen Weg unterstützend und beratend zu begleiten. Bei leichten kognitiven Störungen ist der Hinweis wichtig, dass es sich hierbei nicht um eine Alzheimer-Erkrankung handeln muss, eine Sorge, die die Patienten häufig quält. Bei fortgeschritteneren Demenzfällen ist auch der Hinweis auf Institutionen und Ansprechpartner einschließlich sozialer Hilfen vor Ort wichtig. Durch frühes Einbeziehen der Familie und eventuell weiterer Betreuungspersonen kann auch in fortgeschritteneren Fällen ein Verbleib des Patienten in seiner vertrauten Umgebung lange aufrechterhalten werden.

Im Umgang mit Demenzkranken sollten Angehörige oder Pflegepersonal versuchen, die subjektive Weltsicht der Betroffenen zu verstehen. Bemühungen, die möglicherweise unzutreffende Weltsicht der Betroffenen zu korrigieren, sollten unterbleiben, da sie häufig die Symptomatik und das Befinden erheblich verschlechtern. Im stationären wie im häuslichen Bereich ist damit auch eine Umweltgestaltung, die auf die krankheitsbedingten Veränderungen des Patienten eingeht, von wesentlich größerer Bedeutung als Versuche, den Patienten allgemein akzeptierten Umweltnormen anzupassen.

D.5.4 Pharmakologische Therapie

Problem:

Für die Therapie von „Demenzsyndromen“, „Hirnorganischen Psychosyndromen“, „Hirnleistungsschwächen“, „Demenzen“ etc.“ steht in Deutschland seit Jahren und Jahrzehnten eine breite Palette von Medikamenten mit z. T. sehr schwachen Wirksamkeitsbelegen zur Verfügung.

Wegen des zunehmenden Alters der Bevölkerung und der unbefriedigenden Wirkung der zur Verfügung stehenden Wirkstoffe steigt der Bedarf an neuen Wirkstoffen, d.h. weitere Präparate werden in absehbarer Zeit entwickelt werden.

Die verfügbaren Wirkstoffe unterscheiden sich hinsichtlich ihres pharmakologischen Wirkmechanismus, ihrer Zielsymptomatik und hinsichtlich der Behandlungskosten.

Zu Antidementiva im heutigen eigentlichen Sinn liegen zahlreiche, zumeist placebokontrollierte Studien vor, die auch einem hohen Standard an einer durch Belege gestützten Medizin (nach den Regeln der „Evidence based Medicine“) entsprechen und die Wirksamkeit der Wirkstoffe belegen. Es liegen nur wenige Studien mit akzeptablem Niveau vor, die unterschiedliche Pharmakotherapien miteinander vergleichen.

Der Einfluss auf die subjektive Befindlichkeit des Patienten (Lebensqualität), auf Langzeiteffekte (Heilung, Mortalität) und die Gesamtkosten der Therapie (Pharmakoökonomie) sind bislang praktisch nicht dokumentiert.

Die vorliegenden Leitlinien enthalten bislang keine übersichtlichen Stufenpläne für die Therapie von Demenzerkrankungen. Auch enthalten sie keine Hinweise darauf, mit welchen Notfällen im Verlauf der Erkrankung und/oder der Therapie gerechnet werden muss

und welche evidenzbasierten Empfehlungen zum Umgang mit diesen Notfällen gegeben werden können.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte einen bewertenden Vergleich der zur Verfügung stehenden Wirkstoffgruppen und Wirkstoffe bieten. Dazu gehören:

- eine Übersicht, welcher Nutzen für welche Wirkstoffe belegt ist,
- ein Vergleich der wirksamen Wirkstoffgruppen und der dazugehörigen einzelnen Wirkstoffe hinsichtlich ihrer Eigenschaften,
- eine Zusammenstellung der Präparate bzw. Stoffe deren Nutzen nicht belegt ist,
- oder deren Anwendung obsolet ist.

Diese Zusammenstellungen sollten in einem fest vorgegebenen Rhythmus von (1-) 2 Jahren aktualisiert werden.

>>> siehe Beispiel 62, Pharmakotherapie Antidementiva, Seite 120,

>>> siehe Beispiel 63, Weitere medikamentöse Ansätze, Seite 121

Eine Leitlinie sollte die zahlreichen klinischen Studien sichten und in für den Anwender transparente Empfehlungen zur Pharmakotherapie umsetzen. Dabei sollten in erster Linie

- Bewertungen verschiedener Wirksamkeitsparameter vorgenommen werden,
- die Wirksamkeit einer Pharmakotherapie auch hinsichtlich klinischer Langzeitendpunkte bewertet werden; hierzu gehören
 - Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen,
 - Morbidität und Mortalität;
- ökonomische Gesichtspunkte zusammengestellt werden,
- Forschungs- und Entwicklungsbedarf erarbeitet werden.

>>> siehe Beispiel 64, Wirksamkeitsnachweis, Seite 121

Die nachfolgend aufgeführten Einzelaspekte der antidementiellen Pharmakotherapie sollten in einer nationalen Leitlinie "Demenz" berücksichtigt werden:

1. Therapiebeginn:

Eine nationale Leitlinie "Demenz" sollte benennen:

- die Patientengruppe bzw. den Krankheitszustand bei dem die Pharmakotherapie begonnen werden sollte, ggf. begonnen werden muss,
- den Zeitpunkt und die Kriterien, nach denen eine begonnene Pharmakotherapie angepasst bzw. verändert werden soll.

>>> siehe Beispiel 65, Zusammenfassende Empfehlungen zu Antidementiva, Seite 121

>>> siehe Beispiel 66, Behandlungsdauer, Seite 122

2. Erstellung und Begründung eines Stufenplans:

- eine nationale Leitlinie "Demenz" sollte einen Stufenplan für den Einsatz von Antidementiva erstellen, sofern eine Bevorzugung einzelner Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe durch Belege zu begründen ist,

- bei den Belegen ist klinischen Studien mit klinisch relevanten Zielkriterien vor Überlegungen zur Pathophysiologie oder zum Wirkmechanismus von Pharmaka der Vorzug zu geben.

3. Differentialindikation:

- eine nationale Leitlinie "Demenz" sollte Wirkstoffgruppen bzw. einzelne Wirkstoffe auflisten, die sich bei Varianten der Erkrankung besonders bewährt haben. Voraussetzung hierfür ist, dass sich diese Bevorzugungen durch Belege sichern lassen.

4. Kontraindikationen / Unverträglichkeiten:

- eine nationale Leitlinie "Demenz" sollte häufige Begleiterkrankungen auflisten, bei denen die Anwendung bestimmter Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe mit einem größeren Risiko für das Auftreten arzneimittelbedingter Schäden verbunden ist,
- nach Möglichkeit sollten Umstände angegeben werden, unter denen das in Kauf nehmen dieser Risiken vertretbar ist, sofern diese Angaben durch Belege begründet werden können,
- eine nationale Leitlinie "Demenz" sollte Vorgehensweisen und Alternativen beim Auftreten von Unverträglichkeiten benennen.

>>> siehe **Beispiel 67, Antidementiva und UAW , Seite 122**

>>> siehe

Beispiel 68, Zusammenfassende Empfehlungen zur Pharmakotherapie mit Antidementiva , Seite 123

5. Kombinationstherapie:

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte die Voraussetzungen auflisten, unter denen

- eine Kombination mehrerer Antidementivagruppen bzw. mehrerer Antidementiva-Wirkstoffe sinnvoll ist,
- die Kombinationstherapie sollte in das Stufenschema nach 2. (Erstellung und Begründung eines Stufenplans) integriert werden.

6. Darstellung anderer Antidementiva:

- eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte detailliert Stellung zu experimentellen Therapieformen nehmen,
- eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte detailliert Stellung zum Einsatz nicht in den üblichen Lehrbüchern enthaltenen Antidementiva (z.B. Phytopharmaka) nehmen,
- eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte eindeutig zu obsoleten Vorgehensweisen und Substanzen Stellung beziehen.

>>> siehe **Beispiel 69, Other agents Seite 123**

>>> siehe

Beispiel 70, Ansätze zur Prophylaxe oder Therapie, Seite 124

>>> siehe **Beispiel 71, Therapieangebote mit „sensationellen Erfolgsaussichten“, Seite 124**

7. Motivation und Compliance:

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte sich im Rahmen der Diskussion der Pharmakotherapie äußern zu:

- Schulung des Patienten in der korrekten Medikamenteneinnahme,
- regelmäßige Überprüfung von Motivation und Compliance bzgl. der Pharmakotherapie,
- Vor -/ Nachteile bestimmter Dosierungsformen (tägliche Einmalgabe) vs. Mehrfachapplikation,
- Vor -/ Nachteile bestimmter Applikationsformen (z.B. Pflaster, parenterale Gaben).

8. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen:

- eine nationale Leitlinie "Demenz" muss ausführlich das Risikopotential der Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe anhand der bekannten, unerwünschten Arzneimittelwirkungen vergleichend und bewertend zusammenstellen.

9. Arzneimittelinteraktionen:

- eine nationale Leitlinie „Demenz“ muss ausführlich zum Potential für die Auslösung von Arzneimittelinteraktionen Stellung nehmen,
- da in der Praxis ein erheblicher Teil älterer Patienten mit einer Vielzahl von unterschiedlicher Wirkstoffen (Polypharmazie) behandelt. Daher ist eine evidenzbasierte Stellungnahme zur Polypharmazie von Patienten mit Demenz erforderlich.

>>> siehe Beispiel 67, Antidementiva und UAW , Seite 122

10. Begleitmedikation zur Pharmakotherapie mit Antidementiva:

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte sich angemessen äußern zu:

- möglichen Begleitmedikationen äußern, z. B. Behandlung somatischer und pharmakogener Ursachen eines Demenzsyndroms,
- Behandlung somatischer Begleiterkrankungen oder
- Behandlung demenzbedingter Verhaltensstörungen.

>>> siehe Beispiel 72, Treatment of Behavior and Mood Disorders, Seite 124

>>> siehe Beispiel 73, Management of Agitation in Dementia, Seite 128

11. Bestimmung der Plasmakonzentrationen von Antidementiva:

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte:

- die Indikationen,
- Fragestellungen und
- Zeitpunkte benennen,

zu denen die Plasma-/Serum-Konzentrationen der Antidementiva bestimmt werden sollten.

12. Andere Laborkontrollen:

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ zur Pharmakotherapie sollte ausführlich:

- Indikationen,
 - Fragestellungen und
 - Zeitpunkte während der Pharmakotherapie zusammenstellen,
- bei denen Laborkontrollen und andere Kontrolluntersuchungen vorgenommen werden sollten.

13. Beendigung der Therapie:

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte ausführlich zu:

- den Kriterien und
- Zeitpunkten

Stellung nehmen, zu denen eine Pharmakotherapie mit Antidementiva beendet werden kann, ggf. auch muss.

- Hierbei sollte auch das Vorgehen beschrieben werden, wie eine Pharmakotherapie mit Antidementiva zu beenden ist (z. B. ausschleichend oder abrupt).

14. Ökonomische Aspekte der Pharmakotherapie:

- eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte sich mit den ökonomischen Aspekten der Pharmakotherapie mit Antidementiva und der Auswahl der Wirkstoffgruppen bzw. einzelner Wirkstoffe beschäftigen.

15. Forschungs- und Entwicklungsbedarf:

- eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte Bereiche und Themen benennen, in denen Forschungs- und Entwicklungsbedarf besteht, um in der Pharmakotherapie Fortschritte zu erreichen.

>>> siehe Beispiel 74, Research Directions, Seite 129

Beispiele zu D.5.5 Pharmakologische Therapie:

Beispiel 62: Pharmakotherapie Antidementiva

LL 05a AKdÄ [S. 9 - 12]

Ausgewählt wegen der Markierung der Wirkstoffe durch die gut erkennbaren und definierten Symbole zur Kategorisierung der Empfehlung und den durch Studien gestützten Wirksamkeitsbelegen. Der Text zu den Substanzen enthält die Beschreibung des belegten Nutzens.

Pharmakotherapie Antidementiva

Donepezil

Donepezil ist ein selektiver, reversibler Hemmer der Acetylcholinesterase. Im Vergleich zu Tacrin entfaltet Donepezil nur eine minimale periphere Acetylcholinesterasehemmung. Die lange Halbwertszeit erlaubt eine tägliche Einmalgabe. Rivastigmin, ein relativ selektiver pseudoirreversibler Acetylcholinesterasehemmer, wird in zwei Einzelgaben täglich verabreicht.

Kategorie zur Evidenz: ↑↑

[Aussage (z. B. zur Wirksamkeit) wird gestützt durch mehrere adäquate, valide klinische Studien (z. B. randomisierte klinische Studie) bzw. durch eine oder mehrere valide Metaanalysen oder systematische Reviews. Positive Aussage gut belegt].

Piracetam

Für den Einsatz von Piracetam zur Behandlung der Demenz werden mehrere neuroprotektive Wirkungsmechanismen (Beeinflussung z. B. von Energiestoffwechsel, zentraler Neurotransmission oder der Membranfluidität) herangezogen.

Kategorie zur Evidenz: ↔

[Es liegen keine sicheren Studienergebnisse vor, die eine günstige oder schädigende Wirkung belegen. Dies kann begründet sein durch das völlige Fehlen adäquater Studien, aber auch durch das Vorliegen mehrerer, aber widersprüchlicher Studienergebnisse.]

Beispiel 63: Weitere medikamentöse Ansätze

LL 05a AKdÄ [S. 12 - 13]

Ausgewählt wegen der Zusammenstellung und Bewertung von Therapieprinzipien, die in der allgemeinen Diskussion sind, deren Wirkung aber (noch?) nicht belegt werden konnte.

Weitere medikamentöse Ansätze zur Prophylaxe oder Therapie

Die begrenzten Behandlungsergebnisse bei der Demenz begründen die klinische Prüfung weiterer Substanzen, bei denen eine Wirkung aufgrund theoretischer oder tierexperimenteller Erwägungen möglich erscheint. Bislang liegen jedoch über z. T. interessante Hinweise auf verschiedene Wirkungen hinaus keine Daten vor, die eine allgemeine Empfehlung hinreichend belegen können. Dies gilt in unterschiedlichem Maße für Untersuchungen zu Estrogenen^{49,50}, Lecithin⁵¹, nichtsteroidalen Antiphlogistika^{52,53,54,55,56,57,58} sowie für Selegilin und Tocopherol, zu denen eine gut geplante Studie vorliegt⁵⁹. Das Ergebnis dieser Studie, dessen Signifikanz erst nach einer statistischen Korrektur erreicht wurde, muss jedoch mit Vorsicht betrachtet und kann allein nicht als Nachweis der Wirksamkeit angesehen werden^{60,61,62}. Inwieweit neuere Ansätze, wie z. B. die Immunisierung mit β -Amyloid⁶³, in der Zukunft einen Beitrag zur Behandlung und Linderung des schweren Leidens leisten können, ist z. Zt. noch nicht abzuschätzen.

Beispiel 64: Wirksamkeitsnachweis

LL 05a AKdÄ [S. 9]

Ausgewählt wegen der klaren Darstellung, welche Wirksamkeitsnachweise zu fordern sind.

Wirksamkeitsnachweis

Seit Januar 1998 liegen die Leitlinien der Europäischen Union²⁰ zur klinischen Prüfung von Antidementiva vor. Darin wird zum Wirksamkeitsnachweis eine Besserung der Symptomatik auf mindestens zwei der folgenden Ebenen gefordert, wobei die Besserung der Kognition obligat ist. 1. Kognition (kognitive Ebene) 2. Aktivitäten des täglichen Lebens (funktionale Ebene) 3. Klinischer Gesamteindruck (globale Ebene).

Beispiel 65: Zusammenfassende Empfehlungen zu Antidementiva

LL 05a AKdÄ [S. 12]

Ausgewählt wegen der klaren Definition einer Patientengruppe und einer therapeutischen Strategie.

Zusammenfassende Empfehlungen zur Pharmakotherapie mit Antidementiva

(...)

Voraussetzungen für die Verordnung von Antidementiva sind das Vorliegen einer Demenz (s. Diagnose nach ICD-10) und die Einbettung in ein therapeutisches Gesamtkonzept. Wichtige Aspekte für die Wirkstoffauswahl sind eine in klinischen Studien nachgewiesene Wirksamkeit, die individuelle Wirkung (s. Therapiekontrolle) und Verträglichkeit sowie die Zulassung des Antidementivums für den vorliegenden Demenztyp (Acetylcholinesterasehemmer sind nur zugelassen für Alzheimerdemenz).

Beispiel 66: Behandlungsdauer

LL 05a AKdÄ [S. 12]

Ausgewählt wegen der Eindeutigkeit der Empfehlungen zur Behandlungsdauer.

Behandlungsdauer

Die Behandlungsdauer bei der Anwendung von Antidementiva soll bei Ersteinstellung, falls nicht Nebenwirkungen zum Absetzen zwingen, 12 bis maximal 24 Wochen betragen.

(...)

Zeigen sich nach dieser Zeit für den Arzt, den Patienten oder sonstige Betreuungspersonen keine erkennbaren Wirkungen, sollte die Gabe dieses Medikamentes beendet oder gegebenenfalls der Versuch mit einer anderen Substanz begonnen werden.

Beispiel 67: Antidementiva und UAW

LL 05a AKdÄ [Tab. 7, S. 11]

Ausgewählt wegen der Nennung von Risikopatienten, nachteilig ist dagegen deren Auflistung unter den UAW (beispielhaft am Ausschnitt aus Tab. 7 „UAW unter Acetylcholinesterasehemmer“).

Weiterhin ausgewählt wegen der übersichtlichen, nach Wirkstoffgruppen geordneten Zusammenstellung der UAW und Interaktionen.

Tabelle 7: Antidementiva, Dosierung, wichtige unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), Arzneimittelinteraktionen (IA), pd: pharmakodynamische IA, pk: pharmakokinetische IA

Wirkstoff/-gruppen	Tagesdosis	wichtige UAW und IA
Acetylcholinesterasehemmer		
Donepezil	5-10 mg	UAW: Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Bradykardie, kardiale Erregungsleitungsstörungen, Blasenentleerungsstörung, neuro-psychiatrische Symptome wie Schlaflosigkeit, selten Erregungszustände, aggressives Verhalten, Halluzinationen und Krampfanfälle; Vorsicht bei Pat. mit Prädisposition zu gastrointestinalen Ulzera oder obstruktiven Lungenerkrankungen IA: Verstärkung cholinergischer Wirkkomponenten (einige Glaukommittel), Abschwächung anticholinergischer Wirkkomponenten (z. B. von Antihistaminika, Antidepressiva) möglich (pd), Wirkungsverstärkung von Betarezeptorenblockern (pd), Erhöhung der Donepezilkonzentration durch Ketoconazol, Itraconazol, Erythromycin möglich (pk), Verminderung der Donepezilkonzentration durch Enzyminduktoren wie Rifampicin, Phenytoin, Carbamazepin; Alkoholabusus (pk)
Rivastigmin	3-12 mg	
(...)		

Beispiel 68: Zusammenfassende Empfehlungen zur Pharmakotherapie mit Antidementiva

LL 05a AKdÄ [S. 12]

Ausgewählt wegen der Stellungnahme zu einer durchaus umstrittenen Situation.

Zusammenfassende Empfehlungen zur Pharmakotherapie mit Antidementiva

(…)

Jeder Arzneimittel verordnende Arzt sollte informiert sein, inwieweit die Wirksamkeit eines Medikamentes nach wissenschaftlichen Maßstäben als nachgewiesen angesehen werden kann und diese Kenntnis prioritär in seine therapeutischen Entscheidungen einbeziehen. Hierzu dienen die in den Therapieempfehlungen verwendeten „Kategorien zur Evidenz“. Die Verschreibung von Medikamenten mit belegter Wirksamkeit birgt eine hohe Sicherheit, das für den Patienten Nützliche zu tun, kann aber durchaus im individuellen Fall, z. B. aufgrund von Nebenwirkungen, Kontraindikationen oder anderen Begleitumständen, auch nicht ratsam sein und bei Fehlen gleich gut belegter Alternativsubstanzen die Anwendung von Wirkstoffen erfordern, zu deren Wirksamkeit eine vergleichbare Evidenz nicht vorliegt.

Beispiel 69: Other agents

LL 04 APA [S. 19, 20]

Ausgewählt wegen der richtig formulierten Absicht des „Off-Label-Use“ bei einer insgesamt noch nicht abschließend beurteilbarer Situation.

III. Treatment Principles And Alternatives, D. Somatic Treatments

6. Other agents.

A number of additional medications marketed for other indications have been proposed for the treatment of dementia on the basis of epidemiologic data or pilot studies, but they cannot be recommended for use at this time.

Aspirin and other NSAIDs have been proposed because of epidemiologic data suggesting that they protect against the development of the disease(132-135) and because of hypotheses regarding the involvement of inflammatory mechanisms(136). In a single small treatment trial for patients with Alzheimer's disease, patients receiving indomethacin, 100 to 150 mg/day, experienced less decline over 6 months than did a matched control group(134). Patients using or considering these agents for other indications (e.g., arthritis treatment) might consider this preliminary evidence when weighing the risks and benefits of nonsteroidal therapy.

Estrogen replacement therapy, which is known to affect cognitive function(137), has been shown to be beneficial in the treatment of dementia in at least two case series(138,139), and it has been associated with later onset and/or decreased risk of cognitive decline in at least two observational studies of postmenopausal women(140,141). A clinical trial of estrogen in the treatment of postmenopausal women with Alzheimer's disease is in progress. In the meantime, postmenopausal women weighing the risks and benefits of estrogen replacement might consider this preliminary evidence(142).

There is also interest in the hormone melatonin and in botanical agents, such as ginkgo biloba, which are available without a prescription. Because some of these agents are quite popular, psychiatrists should routinely inquire about their use and should advise patients and their families that these agents are marketed with limited quality control and have not been subjected to efficacy evaluations.

The chelating agent desferrioxamine has also been studied as a possible treatment for Alzheimer's disease on the basis of hypotheses regarding heavy metals in the pathogenesis of the

disease. In one small single-blind trial, there was some evidence of a decrease in cognitive decline over 2 years(143). Study of another chelating agent has failed to confirm this finding(144). Because chelating agents are quite toxic and support for them is so weak, they cannot be recommended for the treatment of dementia.

Beispiel 70: Ansätze zur Prophylaxe oder Therapie

LL 05b AKdÄ [S. 12 - 13]

Ausgewählt wegen der guten Eingliederung in den Gesamttext der Leitlinie und der dadurch bedingten leichteren Auffindbarkeit.

>>> siehe Beispiel 63, Weitere medikamentöse Ansätze Seite 121

Beispiel 71: Therapieangebote mit „sensationellen Erfolgsaussichten“

LL 05b AKdÄ [S. 24]

Ausgewählt wegen der Klarheit der Aussage, allerdings wäre für das medizinische Fachpersonal und die Betreuer Dementer die konkrete Nennung obsoleter Arzneimittel wünschenswert.

„Fragwürdige“ Behandlungsmethoden

Therapieangeboten mit „sensationellen Erfolgsaussichten“, die sich nicht selten in den Anzeigenteilen der sogenannten „Regenbogenpresse“, ja sogar im Internet finden, sollten Sie mit besonderer Vorsicht begegnen. Zumeist werden zu hohen Preisen Arzneimittel mit einer Fülle von Inhaltsstoffen angeboten, für die in der Regel jeglicher Wirksamkeitsnachweis fehlt. Bei diesen Behandlungsangeboten ist häufig außer den hohen Kosten nichts sicher. So besteht weiterhin die Hoffnung auf bessere Substanzen in der Zukunft.

Beispiel 72: Treatment of Behavior and Mood Disorders

LL 08b [S. 2530, 2531]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Zusammenstellung der möglichen Co-Medikation zur Behandlung demenzbedingter Verhaltensstörungen.

Table 3

Treatment of Behavior and Mood Disorders

Antipsychotic drugs

Atypical antipsychotic agents

Recommended uses. control of problematic delusions, hallucinations, severe psychomotor agitation, and combativeness

General cautions: diminished risk of developing extrapyramidal symptoms and tardive dyskinesia compared with typical antipsychotic agents

Risperidone (Risperdal)	Initial dosage: 0.25 mg per day at bedtime; maximum: 2 to 3 mg per day,	Comments: current research supports use of low dosages; extrapyramidal symptoms may
Olanzapine (Zyprexa)	Initial dosage: 2.5 mg per day at bedtime;	Comments: generally well tolerated

	maximum: 10 mg per day, usually twice daily in divided doses	
Quetiapine (Seroquel)	Initial dosage: 12.5 mg twice daily; maximum: 200 mg twice daily	Comments: more sedating; beware of transient orthostasis.

Typical antipsychotic agents

Recommended use: control of problematic delusions, hallucinations, severe psychomotor agitation, and combativeness; second-line therapy in patients who cannot tolerate or do not respond to atypical antipsychotic agents

General cautions: current research suggests that these drugs should be avoided if possible, because they are associated with significant, often severe side effects involving the cholinergic, cardiovascular, and extrapyramidal systems; there is also an inherent risk of irreversible tardive dyskinesia, which can develop in 50% of elderly patients after continuous use of typical antipsychotic agents for 2 years.

Haloperidol (Haldol), fluphenazine (Prolixin), thiothixene (Navane)	Dosage: varies by agent	Comments: anticipated extrapyramidal symptoms; if these symptoms occur, decrease dosage or switch to another agent; avoid use of benztropine (Cogentin) or trihexyphenidyl (Artane).
Trifluoperazine (Stelazine), molindone (Moban), perphenazine (Trilafon), loxapine (Loxitane)	Dosage: varies by agent	Comments: agents with “in-between” side effect profile

Mood-stabilizing (antiagitation) drugs

Recommended uses: control of problematic delusions, hallucinations, severe psychomotor agitation, and combativeness; useful alternatives to antipsychotic agents for control of severe agitated, repetitive, and combative behaviors

General cautions: see comments about specific agents.

Trazodone (Desyrel)	Initial dosage: 25 mg per day; maximum: 200 to 400 mg per day in divided doses	Comments: use with caution in patients premature ventricular contractions.
Carbamazepine (Tegretol)	Initial dosage: 100 mg twice daily; titrate to therapeutic blood level (4 to 8 mcg per mL)	Comments: monitor complete blood cell count and liver enzyme levels regularly; carbamazepine has problematic side effects.
Divalproex sodium (Depakote)	Initial dosage: 125 mg twice daily; titrate to therapeutic blood level (40 to 90 mcg per mL)	Comments: generally better tolerated than other mood stabilizers; monitor liver enzyme levels; monitor platelets, prothrombin time, and partial thromboplastin time as indicated.

Anxiolytic drugs

Benzodiazepines

Recommended uses: management of insomnia, anxiety, and agitation

General cautions: regular use can lead to tolerance, addiction, depression, and cognitive impairment; paradoxical agitation occurs in about 10% of patients treated with benzodiazepines; infrequent, low doses of agents with a short half-life are least problematic.

Lorazepam (Ativan), oxazepam (Serax), temazepam (Restoril), zolpidem (Ambien), triazolam (Halcion)	Dosage: varies by agent	See general cautions
Nonbenzodiazepines Buspirone (BuSpar)	Initial dosage: 5 mg twice daily; maximum: 20 mg three times daily	Comments: useful only in patients with mild to moderate agitation; may take 2 to 4 weeks to become effective

Antidepressant drugs

Recommended uses: see comments on specific agents.

General cautions: selection of an antidepressant is usually based on previous treatment response, tolerance, and the advantage of potential side effects (e.g., sedation versus activation); a full therapeutic trial requires at least 4 to 8 weeks; as a rule, dosage is increased using increments of initial dose every 5 to 7 days until therapeutic benefits or significant side effects become apparent; after 9 months, dosage reduction is used to reassess the need to medicate; discontinuing an antidepressant over 10 to 14 days limits withdrawal symptoms.

Note: Patients with depression and psychosis require concomitant antipsychotic medication.

Tricyclic antidepressant agents

Desipramine (Norpramin)	Initial dosage : 10 to 25 mg in the morning ; maximum: 150 mg in the morning	Comments: tends to be activating (i.e., reduces apathy); lower risk for cardiotoxic, hypotensive, and anticholinergic effects; may cause tachycardia; blood levels may be helpful.
Nortriptyline (Pamelor)	Initial dosage: 10 mg at bedtime; anticipated dosage range: 10 to 40 mg per day (given twice daily)	Comments: tolerance profile is similar to that for desipramine, but nortriptyline tends to be more sedating; may be useful in patients with agitated depression and insomnia; therapeutic blood level "window" of 50 to 150 ng per mL (190 to 570 nmol per L)

Heterocyclic and noncyclic antidepressant agents

Nefazodone (Serzone)	Initial dosage: 50 mg twice daily; maximum: 150 to 300 mg twice daily	Comments: effective, especially in patients with associated anxiety; reduce dose of coadministered alprazolam (Xanax) or triazolam by 50%; monitor for hepatotoxicity.
Bupropion (Wellbutrin)	Initial dosage: 37.5 mg every morning, then increase by 37.5 mg every 3 days; maximum: 150 mg twice daily	Comments: activating; possible rapid improvement of energy level; should not be used in agitated patients and those with seizure disorders; to minimize risk of insomnia, give second dose before 3 p.m.
Mirtazapine (Remeron)	Initial dosage: 7.5 mg at bedtime; maximum: 30 mg at bedtime	Comments: potent and well tolerated; promotes sleep, appetite, and weight gain

SSRIs

Recommended uses: may prolong half-life of other drugs by inhibiting various cytochrome P450 isoenzymes

General cautions: typical side effects can include sweating, tremors, nervousness, insomnia or somnolence, dizziness, and various gastrointestinal and sexual disturbances.

Fluoxetine (Prozac)	Initial dosage: 10 mg every other morning; maximum: 20 mg every morning	Comments: activating, very long half-life; side effects may not manifest for a few weeks.
Paroxetine (Paxil)	Initial dosage: 10 mg per day; maximum: 40 mg per day (morning or evening)	Comments: less activating but more anticholinergic than other SSRIs
Sertraline (Zoloft)	Initial dosages: 25 to 50 mg per day; maximum: 200 mg per day (morning or evening)	Comments: well tolerated; compared with other SSRIs, sertraline has less effect on metabolism of other medications.
Citalopram (Celexa)	Initial dosage: 10 mg per day; maximum: 40 mg per day	Comments: well tolerated; some patients experience nausea and sleep disturbances.
Fluvoxamine (Luvox)	Initial dosage: 50 mg twice daily; maximum: 150 mg twice daily	Comments: exercise caution when using fluvoxamine with alprazolam or triazolam.

Phenethylamine

Venlafaxine (Effexor)	Initial dosage: 37.5 mg twice daily; maximum: 225 mg per day in divided doses	Comments: highly potent; also inhibits norepinephrine reuptake
-----------------------	--	--

Lithium

Recommended uses: for anticycling; can also be used to augment antidepressant drugs

General cautions: at higher lithium dosages, elderly patients are prone to develop neurotoxicity.

Lithium	Initial dosages: 150 mg per day	Comments: blood levels of 0.2 to 0.6 mEq per L (0.2 to 0.6 mmol per L) are generally adequate and are usually achieved with dosage of 150 to 300 mg per day.
---------	---------------------------------	--

Electroconvulsive therapy

Recommended uses: may be required in patients who are at risk of injuring or starving themselves, patients who are severely psychotic, and patients who cannot tolerate or do not respond to antidepressants

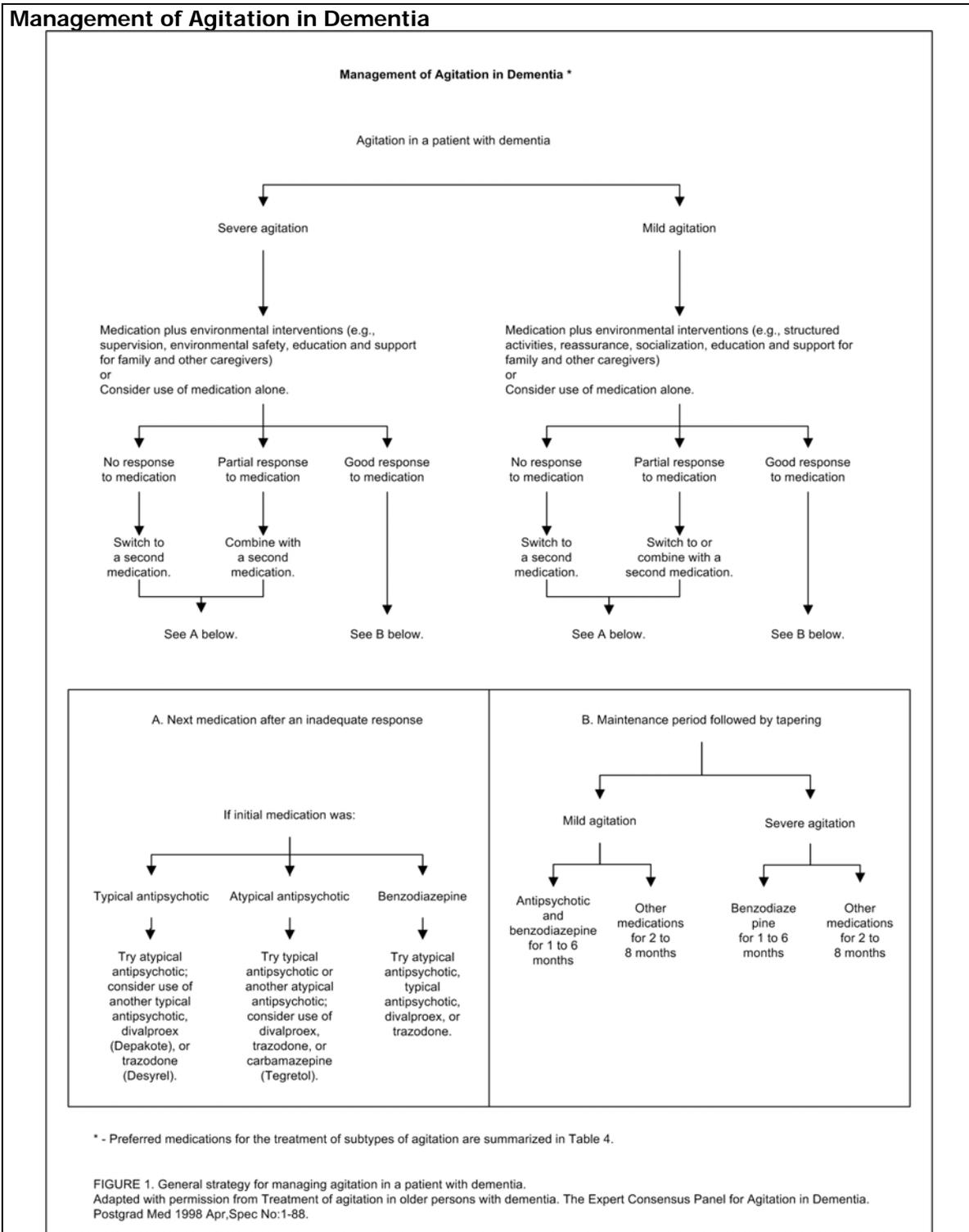
SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors.

Information from Roland Jacobs, M.D. Dr. Jacobs is a member of the California Workgroup on Guidelines for Alzheimer's Disease Management.

Beispiel 73: Management of Agitation in Dementia

LL 08b [S. 2532]

Ausgewählt wegen der übersichtlichen Darstellung eines Algorithmus zur (medikamentösen) Therapie von Unruhe bei Demenz.



Beispiel 74: Research Directions

LL 04 APA [S. 32]

Ausgewählt wegen des leicht auffindbaren Forschungs- und Entwicklungsbedarfes.

VI. Research Directions

A review of currently available treatments suggests a number of areas for further study. Several of these are in the realm of evaluation and assessment. The first is better detection and evaluation of dementia, especially in the prodromal and early stages, when treatment that slows progression would be more likely to be beneficial. Another is earlier and more accurate detection of noncognitive problems, so as to facilitate optimal intervention. The next is better assessment of dangerous symptoms, especially impaired driving ability. The last is the development of a consensus on clinically meaningful outcome measures, including neuropsychological testing, functional assessment, and “hard” end points, such as institutionalization and mortality.

In the realm of pharmacologic treatments, there is a critical need for medications with greater ability to improve cognition or at least halt the progression of dementia. Promising leads being actively studied for patients with Alzheimer's disease include additional cholinergic agents, further work on vitamin E (especially for mildly impaired patients) and other antioxidants, NSAIDs, and estrogen supplementation. In addition, medication development needs to go beyond these areas to identify and test new cognition-enhancing medications based on the pathophysiological picture of dementia emerging from neuroscience and molecular genetics. (...)

Another arena is the optimal pharmacologic treatment of noncognitive symptoms, including psychosis, agitation, depression, and sleep disturbance. (...) There is a critical need for randomized controlled studies of up-to-date treatments for psychosis, agitation, depression, and sleep disturbance in dementia.

Further research into nonpharmacologic interventions, such as behavioral and environmental modification, is also needed. One aspect of dementia care that deserves further study is the rehabilitation model, which focuses on identifying and maximizing remaining abilities as a way to maximize function. (...)

Similarly, research is needed to better characterize the aspects of nursing homes and other environments most likely to improve patient outcomes.

In the health services arena, managed care organizations are beginning to enroll large numbers of elderly individuals. (...)

Research is also needed to identify which patients will benefit from alternative forms of living environments and supplemental caregiving. The identification of sites that are more comfortable, less costly, and equally safe and effective for the care of individuals with moderate to severe dementia would have enormous benefits for patients, their families, and society.

D.5.5 Notfallmedizin

D.5.5.1 Nichtmedikamentöse Aspekte in der Notfallversorgung von Demenzkranken

Problem:

Delirien und Erregungszustände gehören zu den häufigen Notfällen bei Demenzkranken. Suizidale Krisen werden in Abhängigkeit von den jeweiligen Krankheitsstadien ebenfalls beobachtet. Nichtmedikamentöse Maßnahmen sind Bestandteil der primären Interventionen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte unter Einbeziehung der Notfallsituation Stellung zu:

- Delirien,
 - Erregungszuständen und
 - suizidalen Krisen nehmen
- und Empfehlungen abgeben, welche Maßnahmen im direkten Umgang mit den Betroffenen, den Angehörigen und professionell Tätigen möglich und stadienspezifisch angemessen sind.

Es sollten in einer Leitlinie folgende Gesichtspunkte zur notfallmäßigen Therapie Berücksichtigung finden:

- Deeskalation,
- engmaschige Betreuung,
- protektive Maßnahmen,
- Reorientierung,
- Gespräch.

Außerdem sollten Indikatoren und Maßnahmen genannt werden bei Verdacht auf

- Misshandlung durch körperliche Gewalt oder
- durch massive Vernachlässigung der Grundbedürfnisse von Demenzkranken.

Beispiel 75: National Center on Elder Abuse

LL 08b [S. 2533]

Weist auf die Notwendigkeit hin, auf den Missbrauch von älteren Menschen zu achten und Verdachtsmomente weiterzumelden.

Physician Involvement During Alzheimer's Disease

(...)

In all but seven states, health care and social service providers are required to report elder abuse. The states with voluntary reporting are Colorado, New Jersey, New York, North Dakota, Pennsylvania, and South Dakota. Laws about reporting and requirements concerning this reporting vary by state. The Web site for the National Center on Elder Abuse ([www. elderabusecenter.org](http://www.elderabusecenter.org)) provides links to individual states for specific information on reporting requirements and procedures.

During office visits, the family physician should be alert for unusual patient injuries, should assess caregiver distress and coping mechanisms, and should observe patient-caregiver interaction. Behavioral disturbances in the patient should be monitored and addressed, because behavioral symptoms are a predictor of elder abuse.

D.5.5.2 Medikamentöse Aspekte

Problem:

Im Verlauf bzw. bei der Therapie von Demenzsyndromen können Notfallsituationen entstehen. Wegen des hohen Alters der Betroffenen ergeben sich besondere Probleme bei der Handhabung dieser Situationen.

Die vorliegenden Leitlinien enthalten bislang wenig Hinweise darauf, mit welchen Notfällen im Verlauf der Erkrankung und/oder unter der Therapie gerechnet werden muss und welche evidenzbasierten Empfehlungen zum Umgang mit diesen Notfällen gegeben werden können.

Hierbei ist z. B. an Erregungszustände, Depressionen, Suizidalität, aber auch an das Auftreten arzneimittelbedingter Schäden zu denken (z. B. Stürze, Blutdruckabfall, arzneimittelinduzierte Delire, arzneimittelinduziertes Koma, Dyskinesien wegen Überempfindlichkeit auf Neuroleptika, kardiovaskuläre Ereignisse).

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte eine Zusammenstellung von Maßnahmen für Situationen enthalten, die im Verlauf bzw. bei der Therapie von Demenzsyndromen notfallmäßig entstehen können, z. B.

- Auftreten von arzneimittelbedingten Schäden wie
 - Blutdruckabfall (Stürze),
 - arzneimittelbedingte Delire,
 - arzneimittelbedingtes Koma,
 - Dyskinesien wegen Überempfindlichkeit auf Neuroleptika,
 - Kardiovaskuläre Ereignisse;
- und Empfehlungen abgeben, welche Maßnahmen im direkten Umgang mit den Betroffenen, den Angehörigen und den medizinischen Professionen möglich und stadienspezifisch angemessen sind.

>>> siehe Beispiel 72, *Treatment of Behavior and Mood Disorders*, Seite 124

Ausgewählt, weil die Leitlinie auf Gefahren und unerwünschte Wirkungen von Substanzen aufmerksam macht, die typischerweise beim Demenzen zur Anwendung kommen.

>>> siehe Beispiel 73, *Management of Agitation in Dementia*, Seite 128

Ausgewählt weil der Algorithmus zur (medikamentösen) Therapie von Unruhe bei Demenz grundsätzlich auch in der Notfallsituation eine Orientierung erlaubt.

D.5.6 Experimentelle Therapieformen

Auf die Notwendigkeit für Forschung und Entwicklung neuer pharmakologischer Substanzen geht die einleitende Problembeschreibung zur Pharmakologischen Therapie ein.

(=> siehe Kapitel D.5.4, Problembeschreibung Pharmakologische Therapie Seite 116)

Eine Leitlinie sollte zum Entwicklungsstand neuer und experimenteller Therapieformen Stellung beziehen.

Weitere Hinweise zum Aspekt neuer Therapieansätze finden ebenfalls im Kapitel Pharmakologische Therapie.

(=> siehe Kapitel D.5.4, Darstellung anderer Antidementiva und Ökonomische Aspekte der Pharmakotherapie Seite 116)

D.5.7 Rehabilitation

Bei der Demenz handelt es sich um eine chronisch-progrediente Erkrankung. Eine Heilung ist aus heutiger Sicht nicht erreichbar, d.h. Therapieziele liegen aus dieser Perspektive im weitestmöglichen Erhalt von Aktivitäten und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft größtmöglicher Minderung von Behinderung und Behinderungsfolgen.

Problem:

Möglichst langes Hinausschieben der Pflegebedürftigkeit, möglichst lange Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und selbstbestimmte Lebensführung als wichtige rehabilitative Zielsetzungen werden nicht konsequent genug formuliert. Bei fortgeschrittener Demenz ohne komplizierende Begleiterkrankung ist gemäß SGB V und den Richtlinien, an die sich der MDK bei der Begutachtung zu halten hat, von einer fehlenden Rehabilitationsfähigkeit auszugehen.

Erforderlich ist eine Stellungnahme zur Rehabilitationsfähigkeit unter Berücksichtigung von Komorbidität (z. B. nach einer Oberschenkelfraktur). Ein Sonderproblem ist die Rehabilitation von Angehörigen, die in ihren psychischen, sozialen und ggf. beruflichen Funktionen durch die Langzeitversorgung der Demenzkranken erheblich beeinträchtigt werden. Neben eigenständigen rehabilitativen Leistungen für diese Hochrisikogruppe kann die Rehabilitation von Angehörigen wichtige Ansatzpunkte in Bezug auf die Entwicklung ihres Krankheitsverständnisses und die Therapiecompliance erarbeiten und somit indirekte rehabilitative Effekte für die Erkrankten haben.

In den Leitlinien sind in der Regel keine dezidierten und ausführlichen Empfehlungen unter dem Begriff der Rehabilitation zu finden. Rehabilitative Aspekte werden am ehesten unter "nichtpharmakologische Verfahren" abgehandelt.

Vorschlag:

In diesem Kontext sollte eine Leitlinie folgende Punkte behandeln:

- Konsequente Formulierung rehabilitativer Zielsetzungen in Abhängigkeit der Krankheitsschwere,
- Stellungnahme zu Rehabilitationszielen, Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose dementer Patienten im Hinblick auf Komorbiditäten und andere Erkrankungen,
- Kostenträger für rehabilitative Leistungen für Demente unter Berücksichtigung der Rehabilitationsziele benennen,
- Rehabilitation für Angehörige (zur Unterstützung pflegender Angehöriger),
- Möglichkeiten der Verbesserung der Versorgung Dementer durch Rehabilitation von Angehörigen.

Beispiel 76: Development of a treatment plan

LL 04 APA [S. 27, 28]

Ausgewählt, weil die Leitlinie am ehesten ein Beispiel für ein Stufenprogramm nach verschiedenen Schweregraden der Demenz gibt (ohne Berücksichtigung der Spezifika der Rehabilitation in Deutschland).

IV. Development Of A Treatment Plan

When choosing specific treatments for a demented patient, one begins from the assessment of symptoms. A multimodal approach is often used, combining, for instance, a behavioural and a psychopharmacologic intervention as available and appropriate.

(...) Whatever interventions are implemented, their continuing utility must be periodically reevaluated. The treatment of dementia varies through the course of the illness, as symptoms evolve over time.

(...) At each stage of the illness, the psychiatrist should be vigilant for cognitive and noncognitive symptoms likely to be present and should help the patient and family anticipate future symptoms. The family may also benefit from a reminder to plan for the care likely to be necessary at later stages.

A. Mildly Impaired Patients

At the early stages of a dementing illness, patients and their families are often dealing with recognition of the illness and associated limitations, and they may appreciate suggestions for how to cope with these limitations (e.g., making lists, using a calendar). It may be helpful to identify specific impairments and highlight remaining abilities. Families and patients may also suffer from a sense of loss and from a perceived stigma associated with the illness. Mildly impaired patients should also be advised about the risk of driving.

(...) Patients may also wish to revise their wills and to make the necessary financial arrangements to plan for long-term care. Caregivers should be made aware of the availability of support groups and social agencies.

Patients with Alzheimer's disease seen in the early stages may be offered a trial of tacrine or donepezil for cognitive impairment. Although available data are limited to moderately impaired patients (...)

(...) Mildly impaired patients also deserve a careful evaluation for depressed mood or major depression, which suggests the need for pharmacologic intervention, as reviewed in section III.D.4.b. Patients with moderate to severe major depression who do not respond to or cannot tolerate antidepressant medications should be considered for ECT. Particularly-but not only-if they are depressed, mildly impaired patients should also be carefully assessed for suicidality.

B. Moderately Impaired Patients

As patients become more impaired, they are likely to require more supervision to remain safe. Families should be advised regarding the possibility of accidents due to forgetfulness (e.g., fires while cooking), of difficulties coping with household emergencies, and of the possibility of wandering. Family members should be advised to determine whether the patient is handling finances appropriately and to consider taking over the paying of bills and other responsibilities. At this stage of the disease, patients should be strongly urged not to drive, and families should be urged to undertake measures (...) to prevent patients from driving. As patients' dependency increases, caregivers may begin to feel more burdened. A referral for some form of respite care (e.g., home health aid, day care, or brief nursing home stay) may be helpful. At this stage, families should begin to consider and plan for additional support at home or possible transfer to a longterm care facility. Treatment for cognitive symptoms should also be considered at this stage. (...)

C. Severely And Profoundly Impaired Patients

At this stage of the illness, patients are severely incapacitated and are almost completely dependent on others for help with basic functions, such as dressing, bathing, and feeding. Families are often struggling with a combined sense of burden and loss and may benefit from a frank exploration of these feelings and any associated resentment or feelings of guilt. They may also need encouragement to get additional help at home or to consider nursing home placement. There are no data available to guide decisions about the use of cognition-enhancing medications for the severely impaired: use of these medications may be continued, or a medication-free trial may be used to assess whether the medication is still providing a benefit. Similarly, there are no data available about whether vitamin E or selegiline retards the progression at this stage, and, for patients who reach this stage of illness already taking one of these agents, even a medication-free interval may not clarify the picture, since the expected benefit is slower progression rather than frank improvement. Depression is somewhat less likely to be present at this stage but should be treated vigorously if it is. Psychotic symptoms and agitation are often present and should be treated pharmacologically if they cause distress to the patient or significant danger or disruption to caregivers. At this stage, it is important to ensure adequate nursing care, including measures to prevent bed sores and contractures. The psychiatrist should help the family prepare for the patient's death. Ideally, discussions about feeding tube placement, treatment

of infection, and cardiopulmonary resuscitation and intubation will have taken place when the patient could also participate, but in any case it is important to raise these issues with the family before a decision about one of these options becomes urgent. Hospice care is an underused resource for patients with endstage dementia (225). It provides physical support for the patient (with an emphasis on attentive nursing care rather than medical intervention) and emotional support for the family during the last months of life. In most settings, a physician must certify that the patient is within 6 months of death; the use of a formal rating scale (226) may help in this determination.

D.6 Langzeitversorgung

D.6.1 Versorgungsstrukturen

Obgleich sich die Frage nach dem Zusammenwirken und den Übergängen zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Langzeitversorgung (einschließlich Heimunterbringung) bei Erkrankten regelmäßig stellt, fehlen vielfach Übersichten zu den differenzierten Angebotsstrukturen.

Problem:

Trotz der letztlich begrenzten Effekte von medikamentöser Therapie, liegt das Schwergewicht aller Leitlinien auf medikamentöser Behandlung, wie bei Krankheiten, die medikamentös zu heilen sind. Hier handelt es sich jedoch um eine chronisch- progrediente Erkrankung, die entscheidende Fragen nach Versorgungsstrukturen und deren Vernetzung aufwirft. Es fehlen Analysen, wie die Versorgung im Zusammenspiel stationärer und ambulanter Einrichtungen tatsächlich abläuft und wie sie optimiert werden könnte.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte berücksichtigen:

- Klare Beschreibung von Strukturen der Langzeitversorgung und ihrer Vernetzung
- Analyse von Schnittstellenproblemen

Beispiel 77: Site-Specific Issues

LL 04 APA [S. 29 - 31]

Ausgewählt, weil die Leitlinie die Versorgungssituation bezogen auf die verschiedenen Versorgungseinrichtungen und -stufen (zu Hause, Tagesklinik, Langzeit-, spezialisierte Versorgung) diskutiert, die Gewichtung nach Evidenz und den Forschungsbedarf aufzeigt.

B. Site-Specific Issues

The care of patients with dementia should be adapted not only to the patient's symptoms and associated general medical problems, but also to his or her environment. Certain issues arise frequently in particular care settings.

1. Home

(...) Psychosocial problems include the need for family care providers to work at jobs outside the home during the day and the adverse emotional impact on caregivers and children or grandchildren. Particularly difficult behavior problems for patients with dementia living at home include poor sleep, wandering, accusations directed toward caregivers, threatening or combative behavior, and reluctance to accept help; all of these are potentially solvable.

(...) It has been estimated that 30% of spousal caregivers experience a depressive disorder while providing care for a husband or wife with Alzheimer's disease⁽²³⁵⁾. The prevalence of depressive disorders among adult children caring for a parent with Alzheimer's disease ranges from 22% to 37%⁽²³⁵⁾.

2. Day care

Ideally, day care provides a protected environment and appropriate stimulation to patients during the day and gives caregivers a needed break to attend to other responsibilities. Some centers specialize in the care of individuals with dementia and may thus offer more appropriate activities and supervision.

(...) Of note, problems can arise when patients with different levels of severity are expected to participate together in the same activities.

3. Long-term care

A high proportion of patients with dementia eventually require placement in nursing homes or other long-term care facilities (e.g., assisted living, group home) because of the progression of the illness, the emer-

gence of behavioural problems, the development of intercurrent illness, or the loss of social support. (...) Thus, these facilities should be tailored to meet the needs of patients with dementia and to adequately address behavioral symptoms^(88,237). Research data on the optimum care of individuals with dementia in nursing homes are sparse.

4. Inpatient general medical or surgical services

Patients with dementia on general medical and surgical services are at particular risk for three problems, all of which can lead to aggressive behavior, wandering, climbing over bed rails, removal of intravenous lines, and resistance to needed medical procedures.

(...) No data are available to guide treatment recommendations, but general practice supports having family members or aides stay with the patient as one preventive approach.

(...) Second, persons with dementia are at high risk for delirium^(227,228).

5. General psychiatric inpatient units

Individuals with dementia may be admitted to psychiatric units for the treatment of psychotic, affective, or behavioural symptoms. For patients who are very frail or who have significant general medical illnesses, a geriatric psychiatry or medical psychiatric unit may be helpful when available. Indications for hospitalization include those based on severity of illness (e.g., threats of harm to self or others, violent or uncontrollable behavior) and those based on the intensity of services (e.g., need for continuous skilled observation, need for ECT or a medication or test that cannot be performed on an outpatient basis). (...)

D.6.2 Pflege

Hier ist auf die spezifischen Leitlinien aus dem Bereich der Pflege zu verweisen, die sich an die Pflegeberufe als Nutzer und Anwender der Leitlinien richten.

Der Expertenkreis kam zu der Auffassung, dass der Übergang zum Pflegebereich eine definierte Schnittstelle darstellt, die nicht Thema des Leitlinien-Clearingverfahrens ist, das ausschließlich auf die Analyse und Bewertung ärztlicher Leitlinien ausgerichtet und entsprechend validiert ist.

Als Vorschlag ist daraus abzuleiten, dass bei der Entwicklung und Erstellung einer Leitlinie

- die Schnittstellen oder Kriterien für den Übergang zum Pflegebereich definiert werden müssen,
- eine Festlegung getroffen werden soll, inwieweit eine Leitlinie „Demenz“ inhaltlich den Pflegebereich mit zu umfassen hat,
- die Notwendigkeit der Hinzuziehung entsprechender fachlicher Expertise des ambulanten und/ oder stationären Pflegebereichs geprüft werden muss.

Sind die Pflegeaspekte Inhalt einer Leitlinie, sollte eine Leitlinie

- die Rahmenbedingungen, unter denen die ambulante und stationäre Pflege geleistet wird eingehen und die aktuelle Gesetzgebung beachten,
- auf die Maßnahmen zur gebotenen Qualitätssicherung in der Pflege eingehen,
- sich auf die abgestimmten Qualitätsindikatoren für den Pflegebereich beziehen,
- ggf. kompatibel sein zum Qualitätsmanagement der Pflege,
- die Anliegen der Pflegenden und Weiterentwicklung der Pflegequalität bei der Erstellung einer Leitlinie angemessen berücksichtigen.

=> siehe Kapitel D.1.3 Sozialmedizinische Aspekte, Seite 56

=> siehe Kapitel D.8.3 Qualitätsanforderungen / -sicherung in der Pflege, Seite 143

=> siehe Kapitel D.8.4 Sektorenübergreifende Implementierung von Leitlinien, Seite 143

D.6.3 Betreuung / Unterstützung pflegender Angehöriger

Auf die Einbeziehung der Angehörigen von Demenzkranken wird in Leitlinien oft nur am Rande eingegangen. Bei der Langzeitversorgung nehmen die Angehörigen oft eine entscheidende Rolle ein, sowohl in der häuslichen Betreuung und Pflege der Demenzkranken als auch in der Funktion des gesetzlichen Vertreters des Erkrankten.

Insbesondere bei pflegenden Angehörigen ist bei der Einbindung in das therapeutisch pflegerische Konzept zu berücksichtigen, dass sie durch die dauernde Betreuung Demen-ter in ihren eigenen physischen und psychischen, aber auch finanziellen Kräften überfor-dert werden.

Die zunehmende Sensibilisierung der Gesellschaft gegenüber dem Thema Demenz und die auch aus volkswirtschaftlicher Sicht bedeutsame Rolle der Angehörigen erhöhte das Angebot verschiedenster Unterstützungsangebote. Die Zugänglichkeit zu diesen ist je-doch oft aus organisatorischen und auch finanziellen Gründen eingeschränkt.

Eine wünschenswerte Einbindung der Familie in die therapeutischen Entscheidungen wird insbesondere bei Heimpatienten oft durch soziokulturelle Veränderungen z.B., wenn Kin-der außerhalb des Einzugsbereiches des betreuenden Hausarztes wohnen, erschwert.

Problem:

In den Leitlinien der Demenz wird auf die Bedeutung und sinnvollen Einsatz von Unter-stützungsmaßnahmen der Angehörigen als Teil der Betreuung des Erkrankten nur wenig eingegangen.

Gerade die durch die Angehörigen übernommene Aufgabe mit der bis an den Rand der Belastbarkeit führende Betreuung Demen-ter, müssen als potenziell krankheitsauslösende Faktoren bei den pflegenden Angehörigen betrachtet werden, die nur in Zusammenarbeit mit Unterstützung von außen oder durch Heimbetreuung des Demen-ten beseitigt werden könnten.

Ferner erhöht die Dekompensation auch die Gefahr der Vernachlässigung des Demen-terkrankten.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte für alle Stadien der Erkrankung Hinweise geben,

- wann unter Berücksichtigung der rechtlichen Voraussetzungen die Familie in die The- rapie durch den Arzt einzubeziehen ist, und wann welche Maßnahmen durch diese zu ergreifen sind.
- Auf Unterstützungsangebote bzw. auf die Erstellung entsprechender Organisations- hilfen zur Anwendung in der Praxis oder Klinik und Adressensammlungen zur Verbes- serung der Zugänglichkeit dieser Angebote ist hinzuweisen. Dies betrifft sowohl klinik- interne und externe Sozialdienste bei der Vermittlung von Pflegeangeboten und Heimplätzen als auch Beratungsstellen (z. B. von Kostenträgern, Vormundschafts- gerichten und Selbsthilfeverbänden).
- Es sind Hinweise zu geben, wie insbesondere pflegende Angehörige durch entspre- chende Angebote langfristig unterstützt werden können und welche Maßnahmen bei Dekompensation zu ergreifen sind. Dabei sollte die Unterstützung und möglicher The- rapiebedarf der Angehörigen, die Vermittlung von Hilfen, die psychosoziale Beratung und andere Maßnahmen (z. B. durch „Alzheimer“ - Selbsthilfegruppen) unterschieden werden.
- Spezielle, für betroffene Angehörige geschriebene Informationen und Handlungsan- weisungen in einer nichtmedizinischen „Umgangssprache“ sollten erstellt werden. Diese sollen neben der Information über die Erkrankung und ihre Behandlungsmög- lichkeiten eine Anleitung für das Gespräch mit dem Hausarzt geben, die Angabe von (überörtlichen) Kontaktadressen mit Telefonnummern kann hilfreich sein.

=> siehe Kapitel D.5.7 Rehabilitation, Seite 132

D.7 Rechtliche Aspekte

(Rechtliche Aspekte / Versorgungssystem) ²¹

Neben der systemspezifischen Definition der Schnittstellen zu den verschiedenen Versorgungsstufen im Versorgungsprozess ist in einer Leitlinie auch festzuschreiben, in welchem Kontext sie eingesetzt wird.

=> siehe Kapitel D.1.1 Grundlagen zur Interaktion der Versorgungsstrukturen Seite 51

=> siehe Kapitel D.8.1 Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung, Seite 141

Bereits bei der Leitlinienentwicklung müssen die durch Gesetze festgehaltenen Rahmenbedingungen beachtet werden, damit die Leitlinie im Versorgungssystem unter der Berücksichtigung der Rechtsvorschriften implementierbar ist.

Diese werden wie bei den meisten Krankheitsbildern im Sozialgesetzbuch V, VI und IX festgehalten, darüber hinaus werden die rechtlichen Rahmenbedingungen der Therapie der Hirnleistungsstörungen durch weitere Landes- und Bundesgesetze (z. B. die weiteren SGB, BGB, StGB, GG) beeinflusst. Ferner sind spezifische Anforderungen an die Therapiedurchführung (z. B. gemäß AMG zulassungsbedingte Festlegungen in Beipackzetteln) bei der Formulierung und Umsetzung der in einer Leitlinie gegebenen Therapieempfehlungen zu berücksichtigen. Darüber hinaus können viele Faktoren im Gesundheits- und Sozialsystem den Behandlungserfolg beeinflussen.

(=> siehe auch Kapitel D.5.2 Ethische Aspekte der Therapie Seite 108)

Problem:

Rechtliche Aspekte spielen bei der Betreuung von Dementen eine wichtige Rolle. Folgende Bereiche sind von Bedeutung:

- Berufs- und allgemeine medizinrechtliche Grundlagen:
 - Behandlungspflicht-Haftung-Dokumentation,
 - Schweigepflicht und deren Grenzen,
(Recht zur Offenbarung oder rechtfertigender Notstand-§34 StGB),
 - Geschäftsfähigkeit (§104 BGB),
 - Testierfähigkeit (§ 229 BGB),
 - Einsichtsrecht in psychiatrische Krankenunterlagen.
- Maßnahmen gegen den Willen und zum Schutz psychisch Kranker nach UBG (landesrechtlich) und Betreuungsgesetz (bundeseinheitlich):
 - Kriterien der Verhältnismäßigkeit,
 - Unterbringungskriterien bei Selbst- oder Fremdgefährdung,
 - Vorgehen im Notfall,
 - freiheitsbeschränkende oder – entziehende Maßnahmen
(Fixierung, Langzeitverabreichung von Psychopharmaka etc.),
 - relevante Inhalte des Betreuungsgesetzes.
- Beurteilung der Fahreignung psychisch Kranker:
 - Einwirkung von Psychopharmaka,
 - Auswirkung komorbider Störungen.
- Sozialrechtliche Grundlagen:

²¹ Hinweis: Dieses Teilkapitel basiert auf Empfehlungen des Leitlinien-Clearingberichtes „Depression“. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Depression“. Niebüll: videel; 2003. p. 134-5. äzq-Schriftenreihe; 12. Available from: <http://www.leitlinien.de>

- Vergütungsregelungen für Leistungserbringer (z. B. EBM, Verordnungsfähigkeit von Therapien),
- Probleme der Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit,
- Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE),
- Grad der Behinderung-GdB (Schwerbehindertengesetz).
- Soziale Hilfestellungen (wie z. B. Maßnahmen des Sozialamtes) werden oft durch die verzögerte Diagnostik und unterbliebene Begutachtung nicht ausgeschöpft.

Vorschlag:

Die Autoren einer Leitlinie „Demenz“ sollen:

- die für die diagnostische und therapeutische Tätigkeit relevanten rechtlichen Aspekte praxisnah und handlungsanleitend darstellen.
- Hierbei sind in einer nationalen Leitlinie die spezifischen Anforderungen des föderalen deutschen Rechtssystems zu berücksichtigen, dies kann z.B. auch durch Empfehlungen erfolgen, wie die relevanten Gesetze der Bundesländer bei der regionale Anpassung einer Leitlinie Berücksichtigung finden sollten.
- Es sind die Kriterien zu benennen, die ein gesetzliches Betreuungsverfahren erforderlich machen und bei welchen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen (z.B. Änderung des Therapieziels) ein bestellter gesetzlicher Betreuer bzw. das zuständige Vormundschaftsgericht vom Arzt hinzuzuziehen ist.

In einer Leitlinie sollten folgende Punkte einschließlich der Darstellung der Schnittstellen zu Bereichen, die außerhalb des Gesundheitswesens liegen, ausgeführt und bei der Entwicklung berücksichtigt werden:

- Versorgungsstruktur des Gesundheits- und Sozialwesens,
- Hilfen zur richtigen Inanspruchnahme sozialer u.a. Leistungen durch Patienten,
- stationäre und ambulante medizinische Rehabilitation, in Ausnahmefällen auch über die berufliche Rehabilitation.

Beispiel 78: Betreuungsrecht

LL 05a AKdÄ [S. 24 - 25]

In der vorliegenden Leitlinie finden sich zum Betreuungsrecht geeignete Darstellungen, die als beispielhaft für Mindestanforderungen einer deutschen Leitlinie gelten könnten, wobei sich hier die spezifischen Anforderungen des föderalen Rechtssystems widerspiegeln und die aktuellen Anpassungen beachtet werden müssen.

Das Betreuungsrecht

Bei Geschäftsunfähigkeit greift das Betreuungsrecht. Bei fortschreitender Demenzerkrankung eines Patienten stellt sich früher oder später die Frage, ob er noch länger in der Lage ist, seine Geschäfte in eigener Verantwortung zu führen. Am 1. Januar 1992 trat das Betreuungsgesetz (§§ 1896 bis 1907 BGB) in Kraft, das den Betroffenen mehr Mitwirkungsrechte zugesteht. Der Betreute kann Willenserklärungen abgeben, die der Betreuer nicht unbegründet ignorieren darf.

Bei teilweiser Geschäftsunfähigkeit kann die Betreuung auf genau festgelegte Bereiche beschränkt werden. Für diese sind in Tabelle 5 wichtige Beispiele genannt.

Tabelle 5: Beispiele für Betreuungsbereiche.

Betreuungsbereiche

- Entscheidung über ärztliche Untersuchungen und Operationen;
- Fürsorge für eine Heilbehandlung;
- Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen und deren Kontrolle;
- Bestimmung des Aufenthaltsortes;
- Abschluss eines Heim- beziehungsweise Anstaltsvertrages und Kontrolle der Einhaltung;

- Organisation von Begleitpersonen für Spazierfahrten;
- Organisation von Hilfen zur häuslichen Betreuung;
- Regelung von Miet-, Pacht- und Wohnungsangelegenheiten;
- Klärung der Vermögensverhältnisse;
- Einteilung, Verwendung und Verwaltung der Einkünfte;
- Verwaltung des gesamten Vermögens;
- Schuldentilgung;
- Eintreiben von Forderungen;
- Beantragung von Leistungen und Vertretung gegenüber Versicherungen, Banken und Behörden;
- Führen des Schriftverkehrs;
- Fernmelde- und Postverkehr.

Fahrtauglichkeit

Demenzkranke dürfen nicht Auto fahren. Die Frage der Fahrtauglichkeit von Patienten mit Demenzerkrankungen wurde im Rahmen eines wissenschaftlichen Gutachtens eindeutig beantwortet. Als Folge davon wird im Gesetzestext festgestellt, dass ein **Demenzkranker ungeeignet ist, Kraftfahrzeuge zu führen**.

Beispiel 79: Verantwortungsvoller Umgang mit Zwangsmaßnahmen

LL 12 NZGG [S. 12]

Ausgewählt, weil die Leitlinie Hinweise auf den verantwortungsvollen Umgang mit medizinisch indizierten Zwangsmaßnahmen zum Selbst- und/oder Fremdschutz (allerdings ohne den juristischen Bezug) darstellt.

Managing behavioural concomitants of dementia

(...) Due to problems with definition there is lack of good data on prevalence of particular symptoms, but it is agreed that behavioural problems of some sort arise in the great majority of dementia cases.⁽⁴⁹⁾ Recent reports⁽⁵⁰⁾ have highlighted the occurrence of 'negative' symptoms (apathy, withdrawal and emotional blunting) in addition to positive behaviours.

Behavioural problems are commonly associated with psychiatric symptoms; for example, aggression may be attributable to psychosis.⁽⁵¹⁾ It is particularly important to be aware that a depressive or anxiety state may underlie behavioural disturbance, in which case management should be focused accordingly.

Questions to ask in assessment

What exactly is the problem? Does it really matter? When does it occur? What are the precipitants? What are the consequences? What has been tried before to deal with it? What medical/social/psychological factors may underlie it?

Non-drug management strategies

(...)

The role of physical restraints (bedrails, chair-belts etc) for managing severe agitation or aggression is controversial. These should only be used as a last resort, in the interests of safety; the indications for, and amount of use should be accurately documented and regularly audited.

D.8 Methodik und Fortentwicklung

D.8.1 Rahmenbedingungen der Leitlinienanwendung²²

Problem:

Chronische Erkrankungen wie die Demenz, eine Erkrankung typischerweise des älteren, zunehmend auch hochbetagten Menschen mit erhöhter Multimorbidität führen eindringlich die Problematik zwischen einer qualitätsgesicherten Versorgung und den wirtschaftlichen Möglichkeiten eines Versorgungssystems vor Augen.

Die Folgen der demographischen Entwicklung mit dem deutlichen prozentualen Anstieg älterer Menschen bei gleichzeitigem Absinken des pflegerischen Potentials („Tochtergeneration“) sind eindeutige epidemiologische Fakten.

Einer guten Koordination der Versorgung und präzisen Definition der Schnittstellen kommen vor diesem Hintergrund herausragende Bedeutung zu.

Maßnahmen zum Screening und zur Früherkennung der Demenz sollten intensiviert werden. Allerdings ist hierbei zu beachten, dass die durch Komorbidität bedingten und in dieser Hinsicht nach dem heutigen Stand therapeutisch beeinflussbaren Hirnleitungsstörungen nur eine Teilgruppe (z. B. vaskuläre Demenz, Schilddrüsenunterfunktion, Normaldruckhydrozephalus) ausmachen.

Von entscheidender Bedeutung ist die Frage, wie gemeinsam mit den betreuenden Angehörigen Erfolg definiert wird, d.h. was das zu erreichende Ziel der Versorgung sein sollte. Eine erreichbares Ziel einer solchen Leitlinieentwicklung könnte sein, die Rahmenbedingungen so zu verbessern, dass eine Verlängerung der möglichen Betreuung im familiären Umfeld erleichtert wird. Aussagen zum Qualitätsmanagement und der Qualitätssicherung werden sich daher ganz wesentlich auf Aspekte der Versorgungskoordination beziehen.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- Anforderungen zu den Anwendungsbereichen und zum Schnittstellenmanagement aufzeigen,
- das Problem der Versorgungskoordination benennen,
- Angaben zur Einbeziehung der pflegenden Angehörigen enthalten,
- Möglichkeiten und Grenzen eines Früherkennungskonzeptes adressieren, interdisziplinär ausgerichtet sein und
- die gerontopsychiatrische und gerontopsychotherapeutische Kompetenz im haus- und fachärztlichen sowie ambulanten und stationären Bereich zusammenführen.

²² Ausführungen in Anlehnung an das gleichnamige Kapitel des Leitlinien-Clearingberichtes „Herzinsuffizienz“. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Herzinsuffizienz“. Niebüll: videel; 2004 (in Vorbereitung). Nach Veröffentlichung: Available from: www.leitlinien.de

D.8.2 Maßnahmen des Qualitätsmanagements²³

Maßnahmen der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements sind unverzichtbarer Bestandteil evidenzbasierter Medizin, deren Ziel die überprüfbare Verbesserung medizinischer Versorgungsqualität ist. Leitlinien bilden die Voraussetzung zur effektiven Anwendung von Verfahren des Qualitätsmanagements. Sie benennen die Standards, an denen die Effektivität der Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung zu messen sind. Voraussetzung zur Anwendung von Verfahren der Qualitätssicherung ist die Angabe von Qualitätsindikatoren, deren Validität, Reliabilität und Sensitivität gesichert ist. Die Angabe von Indikatoren ermöglicht die kontinuierliche Erfassung vieler Aspekte der Versorgungsqualität.

Die hierfür erforderliche Dokumentation ist zusätzlich zur medizinischen Tätigkeit zu leisten, ist aufwendig und erfordert einen hohen Aufwand an Zeit- und Personalressourcen. Der Qualitätsprozess wird erst dann wirksam, wenn die dokumentierten Daten von Praxen und Kliniken unter Beachtung des Datenschutzes miteinander verglichen werden können und damit eine gemeinsame Diskussion zur weiteren Versorgungsverbesserung und auch zur weiteren Leitlinienentwicklung ermöglicht wird.

Zur Vereinfachung des Datenmanagements, schnelleren Auswertung sowie der zügigen Rückkopplung an die Datenlieferanten ist der elektronischen Dateneingabe eindeutig der Vorzug zu geben.

Problem:

In den meisten Leitlinien werden keine Maßnahmen zur Qualitätssicherung und für deren Dokumentation aufgeführt. Die Anforderungen (strukturell, personell, Erreichbarkeit etc.), die Behandlungseinrichtungen erfüllen müssen, damit sie die Patientenbetreuung gewährleisten können, werden häufig nicht spezifiziert.

Ebenso werden in den Leitlinien meist keine Qualitätsindikatoren zur Erfassung der Versorgungsqualität genannt und auf die notwendige strukturierte Dokumentation der relevanten Messgrößen wird kaum eingegangen.

Keine der Leitlinien weist darauf hin, wie viel Zeit- und Personalressourcen der Prozess der Qualitätssicherung benötigt, ein Aspekt, der im Versorgungsalltag häufig genauso wenig berücksichtigt wird. In gleicher Weise wird der Datenabgleich zwischen den verschiedenen Leistungserbringern vernachlässigt.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- konkrete Angaben zu Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der behandelnden Einrichtungen enthalten,
- für folgende Bereiche Qualitätsindikatoren zusammenzustellen:
 - Aspekte der Strukturqualität,
 - Aspekte der Prozessqualität,
 - Aspekte der Ergebnisqualität,²⁴

²³ Ausführungen in Anlehnung an das gleichnamige Kapitel des Leitlinien-Clearingberichtes „Schlaganfall“. Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Schlaganfall“. Niebüll: videel; 2004 (in Vorbereitung). Nach Veröffentlichung: Available from: www.leitlinien.de

²⁴ Zorn U, Ollenschläger G. Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung - ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 1999;93(2):123-8.

- die Dokumentation durch einfache und einheitliche Dateneingabemasken unterstützen und dabei den notwendigen Umfang nicht übersteigen. Die zu erhebenden Parameter sollen auch in der Praxis einfach und reproduzierbar zu erfassen sein,
- Aussagen zu Inhalt und Umfang der Dokumentation und zum Austausch von Daten treffen,
- Angaben darüber vorsehen, wie die gewonnenen Informationen aufbereitet, ausgewertet und sowohl dem Patienten und dem Behandler als auch der Selbstverwaltung unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften zur Verfügung gestellt werden. Für die Gewinnung zuverlässiger Daten ist dabei zu gewährleisten, dass eine hohe „Dokumentationscompliance“ erzielt wird,
- bei der Überarbeitung der Leitlinie die Ergebnisse der Evaluation heranziehen,
- in Empfehlungen zur Dokumentation die wesentlichen praxisrelevanten Parameter beim Management der Folgeerkrankungen strukturiert angeben,
- Hinweise zum Zeit- bzw. Personalbedarf für die Durchführung und Dokumentation von qualitätssichernden Maßnahmen enthalten.

D.8.3 Qualitätsanforderungen / -sicherung in der Pflege

An dieser Stelle sei auf die Definition der Schnittstelle zum Pflegebereich verwiesen, wie in Kapitel D.6.2, Pflege, Seite 136, begründet.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen werden durch die Sozialgesetzgebung (SGB XI)²⁵ und das Pflege-Qualitätssicherungsgesetz (PQsG) festgelegt, die auch Qualitätssicherungsmaßnahmen und ein Qualitätsmanagement im Pflegebereich verbindlich fordern.

Eine Leitlinie sollte kompatibel sein zu den dort ausgewählten Qualitätsindikatoren.

D.8.4 Sektorenübergreifende Implementierung von Leitlinien

Implementierung, Evaluation, Aktualisierung²⁶

Die Erstellung und Publikation von Leitlinien allein bewirkt keine Verhaltensänderung und somit auch nicht die mit der Leitlinienentwicklung angestrebte Verbesserung der Versorgungsqualität. Über die Formulierung und Publikation hinaus sind gezielte Implementierungsprogramme erforderlich, um Ärzten und Patienten Leitlinien bekannt zu machen, Kenntnisse über ihre Inhalte zu vermitteln und um die Orientierung ärztlichen Verhaltens an Leitlinien zu verbessern.

Problem:

Obwohl Leitlinien entwickelt und in Fachzeitschriften publiziert werden, sind sie häufig der breiteren, wie auch der ärztlichen Öffentlichkeit kaum bekannt. Nach der Publikation wird die Verbreitung häufig nicht gezielt gefördert und damit die Anwendung nicht systematisch entwickelt. Implementierungsstrategien werden formuliert, ohne dass sie die notwendige Verbindlichkeit und Wirksamkeit aufweisen.

Trotz Anwendung evaluierter Implementierungsinstrumente werden die angestrebten Ziele hinsichtlich der Verbreitung und Anwendung nicht immer erreicht. Die Ursachen

²⁵ Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) Soziale Pflegeversicherung, Elftes Kapitel: Qualitätssicherung, Sonstige Regelungen zum Schutz der Pflegebedürftigen, § 112 Grundsätze.

²⁶ In Anlehnung an Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin, editor. Leitlinien-Clearingbericht „Diabetes mellitus Typ 1“. Niebüll: videel; 2003. äzq-Schriftenreihe; 15.

dafür sind häufig nicht unmittelbar ersichtlich und von vielen Faktoren abhängig. Der Umgang mit Leitlinien, die Anwendung von Informationshilfsmitteln und die Umsetzung in den klinischen Alltag erfordert aktives Üben, was bei den Implementierungsmaßnahmen häufig nicht berücksichtigt wird. In welchem Ausmaß Leitlinien das Verhalten in der täglichen Praxis zu ändern vermögen hängt davon ab, inwieweit sie rasch und ohne großen Aufwand konkrete Entscheidungshilfe leisten können. Leitlinientexte selbst sind teilweise schwer lesbar, da sie knapp und wenig redundant verfasst sind. Im Gegensatz dazu stehen zwar gut verständliche, jedoch sehr ausführliche Leitlinien, die nahezu Lehrbuchcharakter haben und daher im Praxisalltag kaum genutzt werden. Beide Formen allein fördern nicht die Motivation zur Kenntnisnahme und Anwendung im Alltag. Ein mögliches Implementierungshindernis besteht in der mangelhaften Nachvollziehbarkeit der Informationen, da meist keine Angaben zur relativen und noch seltener zur absoluten Risikoreduktion (RRR bzw. ARR) vorliegen. Die Nennung der Number-needed-to-treat / Number-needed-to-harm (NNT / NNH), die das Verständnis von Wahrscheinlichkeiten, die in Dezimalbrüchen dargestellt sind, erleichtern könnte, erfolgt ebenso selten. Selbst wenn Angaben hierzu vorliegen, wird das Konfidenzintervall und der Zeitraum, auf die sich diese statistischen Schätzer beziehen, meist nicht genannt. Viele Leitlinien weisen keine Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen auf, so dass Anwender von Leitlinien aufgrund der dort häufig anzutreffenden Informationsfülle leicht die Orientierung verlieren können.

Einige Leitlinien halten Patienteninformationen vor. Problematisch ist jedoch der derzeitige geringe Kenntnisstand über deren Auswirkungen. Unklar ist häufig die Qualität von derartigen u.a. im Internet erhältlichen Informationen trotz vorhandener Bewertungsinstrumente.

Die Verwendung von Praxis-EDV und computergestützter Dokumentation ist weitestgehend flächendeckend verbreitet. Neben der Dokumentation wird in der Praxis die EDV auch zur Informationsgewinnung, z. B. Medikamentendatenbanken etc. genutzt. Die Verwendung von schriftlichem Material erscheint vielfach zeitraubend und zu aufwendig.

Vorschlag:

Eine Leitlinie sollte:

- gezielte Implementierungsstrategien benennen,
- Angaben darüber enthalten, wer welche Maßnahmen durchführt, welcher Zeitrahmen der Durchführung und welche Zielgruppe erreicht werden soll,
- periodisch überprüft und angepasst werden. Dazu gehört auch die Überprüfung der Effektivität von Implementierungsmaßnahmen,
- die Weiterentwicklung des Implementierungsprozesses als Teil der Qualitätsentwicklung enthalten,
- darüber hinaus festlegen, wann, durch wen und anhand welcher Indikatoren der Erfolg dieser Maßnahmen überprüft wird,
- Ansätze für wissenschaftliche Begleituntersuchungen darstellen, welche die Kenntnis der Faktoren für die Förderung der Verbreitung und Anwendung von Leitlinien und ihren Einfluss auf die Versorgung vertiefen,
- bei der Formulierung von Leitlinien die Sicht der Anwender berücksichtigen,
- sowohl als Kurz- als auch als Langversion erhältlich sein und Arbeitshilfen zur Verfügung stellen wie Ablaufdiagramme, Fragebögen, Patientenversionen, damit rasch und ohne großen Aufwand konkrete Entscheidungshilfe geleistet werden kann,
- berücksichtigen, dass der Umgang mit Leitlinien, die Anwendung von Informationshilfsmitteln und die Umsetzung in den klinischen Alltag aktives Üben erfordert,

- die Möglichkeit von Fallbeispielen prüfen, da narrative Elemente die Lesbarkeit fördern und die Identifizierung mit Leitlinien erleichtern können,
- bei überregionalen Leitlinien methodische Empfehlungen zur Anpassung an lokale Gegebenheiten aufzeigen,
- soweit verfügbar, quantitative Maßzahlen zu Kernaussagen mit Angabe der RRR, ARR sowie NNT/NNH einschließlich der zugehörigen Zeiträume und Konfidenzintervalle aufführen,
- eine übersichtliche Zusammenfassung der wichtigsten Empfehlungen enthalten,
- einen Appendix oder ähnliches mit einer Auflistung häufig gestellter Fragen aufweisen oder Hinweise auf entsprechende Internetadressen geben,
- ihre Inhalte sowohl unter Ärzten und anderen nichtärztlichen Berufsgruppen verbreiten und Patientenorganisationen, Selbsthilfegruppen und Kostenträger berücksichtigen,
- auf die Notwendigkeit qualitätsgesicherter Patienteninformationen im Internet eingehen und Hinweise auf Informationsquellen und Kontakte bzw. Organisationen geben, z. B. durch Mitteilung relevanter Internetadressen,
- die Erstellung einer Computerversion berücksichtigen. Hilfreich wäre dabei die direkte Erreichbarkeit und benutzerfreundliche Einbindung der Leitlinie in die Praxis-EDV. Darüber hinaus ist die Verknüpfung der in der Praxis-EDV vorhandenen Daten über Diagnose, Alter, Geschlecht etc. mit der Leitlinie zu entwickeln, um durch Auswahl gezielter Empfehlungen spezifische und fallbezogene Entscheidungshilfe leisten zu können,
- die Leitlinienanwender dabei unterstützen, ihre Erfahrungen an die Leitlinienersteller rückzumelden, z. B. durch entsprechende Formulare.

Tabelle 6: Evaluierten Implementierungsinstrumenten und Arbeitshilfen.²⁷

Strategie / „Werkzeuge“	Beschreibung
„Desktop“- bzw. „Kitteltaschen“- Version der Leitlinie	Kurzfassungen der wichtigsten Leitlinienempfehlungen, auf abwaschbaren Kunststoffkarten gedruckt und griffbereit gehalten.
Module in der Praxis-EDV	Die Leitlinienumsetzung wird durch indikationsbezogene Eingabemasken, Entscheidungshilfen oder Erinnerungsfunktionen unterstützt.
Monitoring und individuelle Praxisliste zur Pharmakotherapie	Kontinuierlich aktualisierte Übersicht der eigenen Arzneimittelverordnungen sowie eine individuelle, leitlinienorientierte „Positivliste“ unterstützen den reflektierten Umgang mit Empfehlungen.
Telefonkarten für Praxismitarbeiter-/Innen	Praxismitarbeiter stehen kurzgefasste Leitlinien zum Umgang mit telefonischen Anfragen von Patienten zur Verfügung. So können Art und Dringlichkeit der Beschwerden eruiert und erste Selbsthilfemaßnahmen durch Patienten / Angehörige eingeleitet werden.
Wartezimmer-Info	Informationsmaterial zum leitlinienkonformen Umgang mit allgemeinen Problemen wie zum Beispiel „Fieber“ oder „Brustschmerz“ werden für Patienten bereitgehalten und erläutern bestimmte diagnostische und therapeutische Maßnahmen.
Patientenbrief	Im Sprechzimmer werden anliegenbezogene Informationen ausgehändigt. Die beispielsweise bei „Hypoglykämie“ leitlinienkonform über Ursachen, Warnsymptome aufklären und Maßnahmen zur Prävention, Selbst- und Fremdhilfe vorschlagen.
Checklisten oder Flussdiagramme für die Praxis	Vom Praxisteam werden Checklisten und Flussdiagramme eingesetzt, die ein leitlinienorientiertes Praxismanagement – z. B. bei Blutentnahmen, Infusionen, Verbänden, komplexen Untersuchungsvorgängen oder Notfällen – unterstützen sollen. Zuständigkeiten, Kontrollintervalle oder praxisinterne Abläufe werden festgehalten.

²⁷ Gerlach FM, Beyer M, Szecsenyi J, Fischer, GC. Leitlinien in Klinik und Praxis. Dtsch Arztebl 1998;95(17):A-1014-21.

D.8.5 Aktualisierungsmodalitäten für die Leitlinie

Eine nationale Leitlinie „Demenz“ sollte sich mit der Fortentwicklung und Aktualisierung der zentralen wissenschaftlichen und strukturellen Ziele auseinandersetzen und die Konzepte und Vorschläge überregionaler Zentren in Deutschland, wie z. B. Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und -psychotherapie e.V. (DGGPP), Kompetenznetz Demenz, berücksichtigen.

Die Aktualisierungsmodalitäten einer nationalen Leitlinie „Demenz“ sollen die zentralen Ziele unterstützen, zu denen gehören (modifiziert nach I. Heuser, 2003):

- den Wissensaustausch zwischen Forschung und medizinischem Alltag wirksam zu verbessern und praktische Hilfe für die Umsetzung anzubieten,
- die zukünftig erreichte Entwicklung nachweislich wirksamer Therapien weiterzutragen, durch die der Verlauf der Erkrankung stärker als bisher zeitlich hinaus geschoben oder im günstigsten Fall ganz aufgehalten werden kann,
- die Identifizierung von Frühsymptomen und Risikofaktoren zu unterstützen und dabei neue Erkenntnisse über die Entstehung und den Verlauf dementieller Erkrankungen zu integrieren,
- sofern verfügbar, gesicherte Marker bzw. die Detektion von Risikokonstellationen anzugeben, ab wann welche (neuroprotektiven) Substanzen wie lange eingesetzt werden sollen,
- bundesweit einheitliche Maßnahmen für die Diagnostik und Therapie demenzieller Erkrankungen vorzusehen,
- interdisziplinäre Kooperationen übersichtlich darzustellen und Abläufe zu regeln,
- den Hausärzten die Früherkennung und Therapie demenzieller Erkrankungen zu erleichtern und das Wissen in der hausärztlichen Versorgung anzuwenden,
- den Anliegen der verschiedenen Partner gerecht zu werden und in geeigneter Abfassung und Sprache klar aufzuzeigen, an wen sich die Leitlinie richtet (z. B. Gedächtnisambulanz, Allgemeinkrankenhäuser, Hausärzte, Fachärzte, Allgemeinärzte, Patientenorganisationen, Patienten, Angehörige),
- experimentelle Therapieformen unter dem jeweils aktuellen Stand des Wissen zu berücksichtigen,
- auf diskutierte Einflussfaktoren auf die Demenzentwicklung wie z. B. Cholesterin, Bluthochdruck und Änderungen des Lebensstils („Lifestyle“) einzugehen.

E. Anhang

E.1 Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung

(Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung, Juni 1997 ^[28])

1. Einführung

Bei zunehmender Komplexität der Medizin sind Leitlinien Hilfen für ärztliche Entscheidungsprozesse im Rahmen einer leistungsfähigen Versorgung der Patienten sowie wesentliche Bestandteile von Qualitätssicherungsprogrammen. Leitlinien können Einfluss nehmen auf Wissen, Einstellung und Verhalten von Ärzten, von Mitgliedern der Fachberufe im Gesundheitswesen und von medizinischen Laien. Leitlinien sollen somit Versorgungsergebnisse verbessern, Risiken minimieren und die Wirtschaftlichkeit erhöhen.

Die nachfolgenden Empfehlungen beschreiben Definitionen, Ziele und international akzeptierte Qualitätskriterien für Leitlinien.

2. Definitionen

- Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.
- Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens mehrerer Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten ärztlichen Vorgehensweisen dar.
- Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.
- Methodische Instrumente zur Erstellung von Leitlinien sind unter anderem Konsensuskonferenzen, Delphianalysen, Therapiestudien und Meta-Analysen.
- Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von "Handlungs- und Entscheidungskorridoren", von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss.
- Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.

Der Begriff *Richtlinien* sollte hingegen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die von einer rechtlich legitimierten Institution konsentiert, schriftlich fixiert und veröffentlicht wurden, für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich zieht. Die Inhalte der vorliegenden Empfehlung beziehen sich ausdrücklich nicht auf Richtlinien der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften.

²⁸ Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Dtsch Arztebl 1997;94(33):A-2154-5,B-1622-3,C-1754-5. Available from: <http://www.leitlinien.de>

3. Ziele von Leitlinien

Leitlinien dienen

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
- der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis,
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten,
- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten,
- der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung,
- der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Verordnungsgeber, Fachöffentlichkeit u.a.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.

4. Qualitätskriterien von Leitlinien

Leitlinien sollten folgenden Qualitätskriterien genügen:

- **Transparenz:**
Leitlinien sollten nur dann Berücksichtigung finden, wenn ihre Ziele, sowie die bei der Erstellung benutzten Methoden und die den Empfehlungen zugrunde liegenden relevanten Erkenntnisse, Quellen und Autoren sowie die betroffenen Kreise genannt werden. Die vorgeschlagenen Vorgehensweisen sollen im Vergleich zu nicht in den Leitlinien empfohlenen Verfahren diskutiert werden.
- **Gültigkeit:**
Leitlinien sind als gültig (valide) anzusehen, wenn durch die Befolgung ihrer Empfehlungen die zu erwartenden gesundheitlichen und ökonomischen Ergebnisse tatsächlich erzielt werden können.
- **Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit:** Leitlinien sind als zuverlässig und reproduzierbar anzusehen, wenn:
 - andere unabhängige Experten bei der Benutzung der gleichen zugrunde liegenden empirischen Erkenntnisse (Evidenz) mit gleicher Methodik zu identischen Empfehlungen gelangen, und wenn
 - Leitlinien unter identischen klinischen Umständen immer gleich interpretiert und angewandt werden können.
- **Multidisziplinäre Entwicklung:**
Ärztliche Leitlinien sind unter Beteiligung von Repräsentanten der betroffenen Gruppen (Anwender und gegebenenfalls Zielgruppen) zu entwickeln.
- **Anwendbarkeit:**
Die Zielgruppen, denen die Empfehlungen von Leitlinien zugute kommen sollen – Patientenpopulationen etc. - sind eindeutig zu definieren und zu beschreiben. Dabei sollen Angaben über den Anteil der charakteristischen Situationen gemacht werden, in denen die Empfehlungen von Leitlinien nach empirischen Erkenntnissen erfolgversprechend sind.

- **Flexibilität:**
Leitlinien nennen speziell bekannte und allgemein zu erwartende Ausnahmen von den Empfehlungen. Sie zeigen auf, wie die Bedürfnisse der Patienten in die ärztliche Entscheidungsfindung einzubeziehen sind.
- **Klarheit, Eindeutigkeit:**
Leitlinien sind in allgemein verständlicher Sprache abzufassen, unter Verwendung von präziser Terminologie und Definitionen sowie von logischen und leicht nachvollziehbaren Darstellungen. Es empfiehlt sich, soweit wie möglich einheitliche Präsentationsformen zu verwenden.
- **Dokumentation der Leitlinienentwicklung:**
Die Verfahren, Beteiligten, benutzten Materialien, Annahmen, Prämissen und Analysemethoden, mit deren Hilfe Leitlinien entwickelt wurden, sind ebenso exakt zu dokumentieren wie die Verknüpfung der Empfehlungen mit den verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnissen.
- **Planmäßige Überprüfung:**
Leitlinien enthalten Angaben darüber, wann, wie und durch wen sie überprüft werden.
- **Überprüfung der Anwendung:**
Leitlinien zeigen Verfahren auf, mit denen die Akzeptanz und Praktikabilität der Empfehlungen in der Praxis ermittelt werden können.
- **Kosten-Nutzen-Verhältnis:**
Leitlinien sollen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung unter Berücksichtigung der hierdurch entstehenden Kosten führen. Die Empfehlungen von Leitlinien sollten möglichst ergänzt werden durch Informationen über den Umfang des Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen und Kosten, die bei Berücksichtigung der Empfehlungen zu erwarten sind, sowie durch Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation bei anderen Vorgehensweisen.
- **Verfügbarkeit der Leitlinie:**
Leitlinien sollten durch Angaben über problemorientierte Instrumente ergänzt werden, mit deren Hilfe die Empfehlungen in der ärztlichen Berufspraxis verfügbar und nutzbar gemacht werden können (z. B. Praxishilfen, Patienteninformations-material, Fortbildungsmaterial, Dokumentationshilfen).

5. Vorschlag für eine standardisierte Zusammenfassung / Gliederung von Leitlinien.
 1. Ziele:
Vorrangige Ziele der Leitlinie mit Nennung des Gesundheitsproblems, der Zielgruppe (Patienten und Leistungserbringer) und der Rahmenbedingungen.
 2. Vorgehensweise:
Ablaufschema der empfohlenen Vorgehensweise. In diesem Zusammenhang sollte die Leitlinie - wenn möglich - Antwort auf folgende Fragen geben:
 - Was ist notwendig?
 - Was ist überflüssig?
 - Was ist obsolet?
 - Wie sollen Verlaufsbeobachtungen durchgeführt werden?
 - Lässt sich eine differenzierte Empfehlung zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung machen?
 3. Ergebnisse:
Zusammenstellung der Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise, auch im Vergleich zu anderen, nicht vorgeschlagenen Vorgehensweisen.
 4. Beweise und Auswahlkriterien:
Wissenschaftliche Belege für die Ergebnisse der empfohlenen Vorgehensweise. Angabe, welche Auswahlkriterien und Werturteile für die Nennung der wissenschaftlichen Belege von wem genutzt wurden.
 5. Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten:
Umfang des Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen, Kosten, die bei Berücksichtigung der Leitlinie zu erwarten sind. Erwünscht sind Hinweise auf die Nutzen-Kosten-Relation der vorgeschlagenen Vorgehensweise (wenn möglich, auch im Vergleich zu anderen Vorgehensweisen).
 6. Zusammenfassende Empfehlungen der Leitlinie.
 7. Implementierungsplan:
Angabe problemorientierter Implementierungsinstrumente (z. B. Praxishilfen, Patienteninformationsmaterial, Fortbildungsmaterial, Dokumentationshilfen)
 8. Belege für die Berücksichtigung und Wirksamkeit der Leitlinie:
Angabe externer Evaluation der Leitlinie und ihrer Berücksichtigung, Vergleich mit vergleichbaren Leitlinien oder Empfehlungen.
 9. Gültigkeitsdauer und Verantwortlichkeit für die Fortschreibung.
 10. Angabe von Autoren, Kooperationspartnern, Konsensusverfahren, Sponsoren.

E.2 Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (2. Vers., Fassung 8/1999)

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Nr.	Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung	j	n	u	k	na
1.1.	Wird die für die Leitlinienentwicklung verantwortliche Institution klar genannt?	0	0	0		
1.2.	Existieren detaillierte Angaben über finanzielle oder andere Formen der Unterstützung durch Dritte?	0	0	0		
1.3.	Falls Unterstützung seitens kommerzieller Interessengruppen erfolgte bzw. Hinweise auf mögliche Verpflichtungen / Interessenkonflikte existieren, wurde die mögliche Einflussnahme auf die Leitlinie diskutiert?	0	0	0	0	

	Autoren der Leitlinie	j	n	u	k	na
1.4.	Sind die an der Erstellung der Leitlinie Beteiligten (Fach-, Interessen-, Patientengruppen) hinsichtlich ihrer Funktion und der Art ihrer Beteiligung klar genannt?	0	0	0		
1.5.	Waren an der Erstellung der Leitlinie die von den Empfehlungen im wesentlichen Betroffenen (die mit der Thematik befaßten Fachdisziplinen und Patienten) beteiligt?	0	0	0		

	Identifizierung und Interpretation der Evidenz	j	n	u	k	na
1.6.	Werden Quellen und Methoden beschrieben, mit deren Hilfe die den Empfehlungen zugrunde liegenden Belege (Evidenz) gesucht, identifiziert und ausgewählt wurden?	0	0	0		
1.7.	Sind die Informationsquellen und Suchstrategien nachvollziehbar dokumentiert?	0	0	0		
1.8.	Werden die Methoden zur Interpretation und Bewertung der Evidenzstärke genannt?	0	0	0		

	Formulierung der Leitlinienempfehlungen	j	n	u	k	na
1.9.	Werden die zur Auswahl der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Methoden genannt?	0	0	0		
1.10.	Werden die zur Konsentierung der Leitlinienempfehlungen eingesetzten Verfahren genannt?	0	0	0		
1.11.	Wird erwähnt, wie die Vorstellungen von interessierten Gruppen, die nicht an der Leitlinienerstellung beteiligt waren, berücksichtigt wurden?	0	0	0		
1.12.	Ist die Verknüpfung der wichtigsten Empfehlungen mit der zugrunde liegenden Evidenz exakt dokumentiert?	0	0	0		

	Gutachterverfahren und Pilotstudien	j	n	u	k	na
1.13.	Ist die Leitlinie vor der Veröffentlichung durch unabhängige Dritte begutachtet worden?	0	0	0		
1.14.	Werden die Methoden, Kommentierungen, Konsequenzen einer Begutachtung erwähnt?	0	0	0	0	
1.15.	Wurde die Leitlinie einer Vortestung oder einem Pilotversuch unterzogen?	0	0	0		
1.16.	Werden die Methoden, Ergebnisse und Konsequenzen eines Pilotversuchs erwähnt?	0	0	0	0	
1.17.	Wurde die Leitlinie mit anderen thematisch vergleichbaren Leitlinien verglichen?	0	0	0		

	Gültigkeitsdauer / Aktualisierung der Leitlinie	j	n	u	k	na
1.18.	Ist in der Leitlinie ein Zeitpunkt genannt, zu dem sie überprüft/ aktualisiert werden soll?	0	0	0		
1.19.	Sind Zuständigkeit und Verfahrensweisen für Überprüfung / Aktualisierung klar definiert?	0	0	0	0	

	Transparenz der Leitlinienerstellung	j	n	u	k	na
1.20.	Wurden die möglichen systematischen Fehler / Konflikte umfassend diskutiert?	0	0	0		
1.21.	Existiert eine zusammenfassende Darstellung über den Inhalt, die Empfehlungen der Leitlinie sowie über die Methodik der Erstellung (z.B. in Form eines Leitlinienreports)?	0	0	0		

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie

	Ziele der Leitlinie	j n uk na
2.1.	Sind die Gründe für die Leitlinienentwicklung explizit genannt?	0 0 0
2.2.	Sind die Ziele der Leitlinie eindeutig definiert?	0 0 0

	Kontext (Anwendbarkeit / Flexibilität)	j n uk na
2.3.	Ist (sind) die Patienten-Zielgruppe(n) der Leitlinie eindeutig definiert (z.B. hinsichtlich Geschlecht, Alter, Krankheitsstadium, Begleiterkrankungen usw.)?	0 0 0
2.4.	Sind die Anwender, an die sich die Leitlinie richtet, eindeutig definiert (z.B. die ärztliche Zielgruppe)?	0 0 0
2.5.	Enthält die Leitlinie Angaben über Situationen, in denen spezielle Empfehlungen der Leitlinie nicht berücksichtigt werden können oder sollen?	0 0 0
2.6.	Wurden Ansichten, Präferenzen und mögliche Reaktionen der Patienten-Zielgruppe(n) berücksichtigt?	0 0 0

	Klarheit, Eindeutigkeit	j n uk na
2.7.	Beschreibt die Leitlinie das behandelte Gesundheits- / Versorgungsproblem eindeutig und in allgemein verständlicher Sprache?	0 0 0
2.8.	a) Sind die Empfehlungen logisch, inhaltlich konsistent, eindeutig, leicht nachvollziehbar dargestellt und übersichtlich präsentiert? b) Enthält die Leitlinie wesentliche (Schlüssel-) Empfehlungen, die leicht zu identifizieren sind?	0 0 0
2.9.	Sind die in Frage kommenden Handlungsalternativen und die Entscheidungskriterien für ihre Auswahl präzise beschrieben?	0 0 0
2.10.	Liegen differenzierte Empfehlungen zur Entscheidung hinsichtlich ambulanter oder stationärer Versorgung vor?	0 0 0
2.11.	Existieren Angaben darüber, welche Maßnahmen notwendig erscheinen?	0 0 0
2.12.	Existieren Angaben über Maßnahmen, die unzweckmäßig, überflüssig, obsolet erscheinen?	0 0 0

	Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse	j n uk na
2.13.	Wird der bei Befolgen der Leitlinie zu erwartende gesundheitliche Nutzen bezüglich z.B. Morbidität, Mortalität, Symptomatik, Lebensqualität genannt?	0 0 0
2.14.	Werden die bei Befolgen der Leitlinie möglichen Risiken (Nebenwirkungen und Komplikationen) der Diagnostik / Therapie genannt?	0 0 0
2.15.	Wurden bei der Formulierung der Empfehlungen die Folgen für Kosten und andere Ressourcen berücksichtigt?	0 0 0
2.16.	Wird eine Abwägung der möglichen Vorteile, Risiken, Kosten vorgenommen und unterstützt dies die vorgeschlagene Vorgehensweise?	0 0 0

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie

	Verbreitung und Implementierung	j n uk na
3.1.	a) Existieren Instrumente / Maßnahmen, die die Anwendung der Leitlinie unterstützen können?	0 0 0
	b) Wurden die möglichen Probleme bezüglich der Einstellungs- oder Verhaltensänderungen von Ärzten und anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen bei Anwendung der Leitlinie berücksichtigt?	0 0 0
	c) Wurden die möglichen organisatorischen Hindernisse der Leitlinien-Anwendung berücksichtigt?	0 0 0
3.2.	Nur für überregionale Leitlinien: Existieren Empfehlungen zur Methode der regionalen Anpassung der Leitlinie?	0 0 0 0

	Überprüfung der Anwendung	j n uk na
3.3.	Wird in der Leitlinie erwähnt, wie aus den Empfehlungen meßbare Kriterien / Indikatoren abgeleitet werden können, um das Befolgen der Leitlinie zu ermitteln?	0 0 0
3.4.	Werden meßbare Kriterien / Indikatoren genannt, anhand derer der Effekt der Leitlinienanwendung überprüft werden kann?	0 0 0

Es ist nur eine Antwortkategorie ankreuzen:

j: ja

n: nein

u. k.: unklar (auch bei unvollständigen / unzureichenden Angaben)

n. a.: nicht anwendbar

E.3 Bewertung der technischen Qualität von Leitlinien

(Verfahrensvorschlag des Expertenkreises Leitlinien der ÄZQ, Köln 1999)

Die Checkliste „Methodische Qualität von Leitlinien“ (s. Kap. E.2, Seite 148) ist das Instrument zur Überprüfung der methodischen Qualität einer Leitlinie.

Die **Qualität der Leitlinienerstellung** kann als:

Summe [Ja-Antworten der Fragen (1.1 bis 1.21) – (1.3, 1.14, 1.16, 1.19)]

beschrieben werden. Erreichbar sind maximal 17 Punkte.

Bitte beachten: Ja-Antworten, die aus den definierten Anschlussfragen (1.3, 1.14, 1.16 und 1.19) resultieren, werden nicht gesondert gewertet.

Die **Qualität von Inhalt und Format einer Leitlinie** kann als:

Summe [Ja-Antworten der Fragen (2.1 bis 2.16)]

beschrieben werden. Erreichbar sind maximal 17 Punkte.

Bitte beachten: Frage 2.8 besteht aus 2 Unterfragen.

Die **Qualität von Angaben zur Anwendbarkeit einer Leitlinie** kann als

Summe [Ja-Antworten der Fragen (3.1. bis 3.4)]

beschrieben werden. Erreichbar sind maximal 6 (5) Punkte bei überregionalen (regionalen) Leitlinien.

Bitte beachten: Frage 3.1 besteht aus 3 Unterfragen.

Die maximale Gesamtpunktzahl liegt damit im Clearingverfahren, das ausschließlich überregionale Leitlinien bewertet, bei 40 Punkten.

E.4 Strukturierte Leitlinien-Abstracts der Bewertung der methodischen Qualität

E.4.1 Alberta Medical Association. Cognitive impairment. 2002

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 1.	Alberta Medical Association. Guidelines for cognitive impairment. Part 1: Symptoms to diagnosis. Part 2: Diagnosis to management. 2002. Internet: http://www.albertadoctors.org/bcm/ama/ama-website.nsf/AllDoc/3EA50DCC10AAD9F187256E1A0067025A?OpenDocument

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Alberta Medical Association
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	nein	

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	<i>unklar</i>	<i>Es wird nur auf Organisationen hingewiesen, die in der Steuergruppe des Leitlinien-Programms vertreten sind.</i>
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>In der Arbeitsgruppe sind Hausärzte, Geriater, Pharmakologen und Vertreter der Alzheimer Society Alberta vertreten. Pflegekräfte / Sozialarbeiter fehlen offensichtlich. Weiterhin ist die eigentliche Zusammensetzung der Arbeitsgruppe nicht ersichtlich (siehe 1.4.).</i>

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	<i>unklar</i>	<i>Nur vereinzelt Belege zu den Empfehlungen, es ist auch nicht erkennbar, wo die Evidenz aus anderen Quellen (Expertenmeinung) zur formulierten Empfehlung führte.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 LL-Report	nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Diese Leitlinie soll Ärzten eine Hilfe bei Diagnose / beim Management der Demenz geben.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Verdacht / bzw. Diagnose der Alzheimer Demenz, Vaskulären Demenz und Lewy Body Demenz.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Ärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgen in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen und Flow-Chart 's.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Es werden nur Kriterien zur Überweisung an Spezialisten genannt.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik und Therapieplanung wird (sprachlich) graduiert und teilweise auch begründet hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Auf nicht zu empfehlende und nicht (weiter) durchzuführende Maßnahmen sowie Kontraindikationen bei Medikamenten wird hingewiesen.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	<i>unklar</i>	<i>Der Nutzen der Diagnostik, Therapie und Nachsorgeprinzipien wird ohne Angabe von Umfang und Effektmaßen dargestellt.</i>
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Nebenwirkungen und Interaktionen mit Komorbiditäten / werden relativ differenziert und übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	
3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Internetversion im "free-access", Kurzversionen und Patienten / Angehörigeninformation.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	<i>unklar</i>	<i>Auf das „Evaluation Framework Programm for the clinical Practice Guidelines Programm“ wird nicht hingewiesen.</i>
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	1 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	12 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.4.2 American Academy of Neurology.

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 2. a.-b.	American Academy of Neurology. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-based review); Practice parameter: diagnosis of dementia (an evidence-based review); Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review); Assessment: neuropsychological testing of adults. Neurology 2001;56(9):1133-66. Internet: Early detection: http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1133.pdf Diagnosis: http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1143.pdf Management: http://www.neurology.org/cgi/reprint/56/9/1143.pdf Assessment: http://aan.com/professionals/practice/pdfs/pdf_1995_thru_1998/1996.47.592.pdf American Academy of Neurology. Practice parameter: risk of driving and alzheimer`s disease. Neurology 2000;54(12):2205-11. Internet: http://www.neurology.org/cgi/reprint/54/12/2205.pdf	
Quelle	http://www.aan.com/professionals/	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	American Academy of Neurology, die Am. Ass of Neuroscience und die Am. Geriatrics Society sind Mitherausgeber.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	<i>Ein „conflict of Interest“ der Autoren ist per Deklaration ausgeschlossen.</i>
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Die Autoren werden namentlich unter Nennung des beruflich / organisatorischen Hintergrundes, die Mitglieder des „Quality Standards Subcommittee“ nur namentlich aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Klinische Hauptfragestellungen, Datenbanken, Suchstrategie(-bereich) orientierend, Ergebnisse und Einschlusskriterien sind angegeben.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Empfehlungen sind mit Literaturliste im Anhang verknüpft. Der Therapieteilleitlinie sind Evidenztabelle mit Eckpunkten der ausgewählten Studien (Fragestellung, Intervention pos. und neg. Outcome) beigefügt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Bewertung erfolgte nach einem 4 stufigen Evidenzschema und ist für jede einzelne Quelle nachvollziehbar dargelegt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	ja	Es erfolgte mehrstufiger Prozess aus Formulierung klinischer Fragen, Suche, Bewertung und Erstellung einer Draft Version. In den einzelnen Abschnitten ist nachvollziehbar, wie auf Basis der Ergebnisse des Vorgehens die Schlüsse und Empfehlungen abgeleitet wurden.
1.10 Konsensusverfahren	unklar	<i>Keine Angabe über ein formalisiertes Konsensusverfahren.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	ja	Beteiligung von Ärzte- und Patientenorganisationen im Reviewprozess (siehe 1.13)
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Empfehlungen werden einem 4 stufigem Schema (Standard, Guideline, Practice Option, Practice Advisory) zugeordnet. Die Ergebnisse der Bewertung der Studienqualität (methodisch / Übertragbarkeit) gelten als notwendige Voraussetzung für stärkeren Empfehlungsgrad.

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Neben dem internen Review „Quality Standards Subcommittee“ und „AAN Practice Committee“ im Rahmen des formalen Beschlusses, erfolgte ein externes Review durch Interessierte Mitglieder der AAN, nationale und internationale Experten und ausgewählte Ärzte- und Patientenorganisationen (u.a. Am. Geriatric Soc., Alzheimer's Ass.).
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüf. Aktualisierung genannt	<i>unklar</i>	<i>Auf Webseite nur allg. Hinweis, dass ein update der Leitlinien alle 5 Jahre oder bei Verfügbarkeit neuer Evidenz erfolgt.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	nein	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 LL-Report	nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Es solle eine Hilfe bei Diagnose bzw. Therapie der Demenz gegeben werden. Auf der Webseite sind weitere allg. Ziele der Leitlinien angegeben.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	<i>unklar</i>	<i>3 Teilleitlinien zu Screening (Risikogruppen, kognitive Störungen), Diagnose bei Älteren (ohne Differentialdiagnose) und zum Management der Demenz. Eine weitere Abgrenzung erfolgt nicht. Nur in der Kurzzusammenfassung der 3 Teilleitlinien erfolgt Einschränkung auf M. Alzheimer.</i>
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Neurologen und andere klinisch tätige Ärzte.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Die Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Übersichtliche logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Recommendations im Volltext hervorgehoben, zusätzlich in der Kurzfassung (für M. Alzheimer) zusammenfassend dargestellt.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet dargestellt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen beim Screening, Diagnostik und Therapieplanung wird graduiert hingewiesen, diese Graduierung basiert auf der Bewertung der Evidenz
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Auf obsolete Maßnahmen wird graduiert hingewiesen, diese Graduierung basiert auf der Bewertung der Evidenz, bzw. Hinweis auf Fehlen dieser.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Ausführliche (beispielhafte) Darstellung der Studien zum Nutzen von der Assessmentinstrumente mit Effektmaßen. Bei Therapie jedoch nur allg. Darstellung, das Fehlen dieser Angaben wird im Appendix B begründet dargelegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	unklar	<i>Nebenwirkungen nur indirekt (z. B. aus Evidenztabelle) ableitbar.</i>
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	unklar	<i>Nutzen Abwägung, erfolgt in der „Diskussion“ unter klinischen Gesichtspunkten und vielfach unter Hinweis auf vielfach fehlende / belastbare Evidenz. Jedoch kein Einbezug der Kosten.</i>

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Kurz- und Patientenversionen, LL wird im „Practice Handbook“ den Mitgliedern der AAN kostenfrei zur Verfügung gestellt. Allg. zugänglicher Volltext im Internet.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren		

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	19 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.3 American Medical Directors Association / American Health Directors Association

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 3. a.-b.	American Medical Directors Association. Altered mental states. 1998. Internet (ordering information): http://www.amda.com/inf/cpg/alteredmentalstates.htm	
	American Medical Directors Association. Dementia. 1998. Internet (ordering information): http://www.amda.com/inf/cpg/dementia.htm	

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	American Medical Directors Association und American Health Care Association
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	Einige Pharmafirmen werden als kooperative Unterstützer, einige Organisationen als Teilnehmer genannt, ohne das die Art und der Umfang der Beteiligung deutlich wird.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Die Autoren werden namentlich aufgeführt, dabei wird zwischen Mitgliedern der Steuergruppe und des Panels unterschieden.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	nein	
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	unklar	<i>Es erfolgt nur ein allgemeiner Hinweis, dass die interdisziplinären Arbeitsgruppen ein „evidence- and consensus-based thinking“ bei Entwicklung der LL der AMDA /AHCA berücksichtigen.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	nein	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 LL-Report	unklar	<i>Es wird nur eine Adresse genannt bei der zusätzliche Informationen zur Leitlinie nachgefragt werden können.</i>

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll dem Nutzer einen systematischen Zugang zur Diagnose und Therapie von Patienten erlauben um diese mit einem Diagnose und Pflegeplan zu versorgen um Lebensqualität zu maximieren und die Komplikationen und Funktionsstörungen zu minimieren.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit alteriertem Geisteszustand und Demenz in (Langzeit-) Pflegeeinrichtungen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	unklar	<i>Ärzte, andere „Praktizierende und Mitarbeiter“ die Menschen mit Demenz, bzw. alterierten Geisteszustand behandeln.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Die Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Übersichtliche logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Die Schlüsselempfehlungen sind durch kleine Tabellen am Rand hervorgehoben, zusätzlich erfolgt eine Darstellung in einem algorithmischen Ablaufdiagramm.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet dargestellt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen beim Screening, Diagnostik und Therapieplanung wird graduiert hingewiesen, diese Graduierung basiert auf der Bewertung der Evidenz
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	
3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	nein	
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	7 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	0 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	10 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.4.4 American Psychiatric Association

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 4.	American Psychiatric Association, Rabins P. Practice guideline for the treatment of patients with alzheimer´s disease and other dementias of late life. Am J Psychiatry 1997;154(5 Suppl 1):1-39. Internet: http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/pg_dementia_32701.cfm	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	American Psychiatric Association
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Steering Group und Work Group sind namentlich aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Fragestellungen und Grundzüge der Suchstrategie der MEDLINE und Excerpta Medica Suche von 1966-1994 sind angegeben.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Empfehlungen sind mit Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenz der Quellen wurde nach einem Schema der APA (A-G) nach methodischer Qualität der Studien / Reviews bewertet. Das Ergebnis wurde für jede einzelne Quelle dargelegt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	<i>Es wurden verschiedene Organisationen in den Reviewprozess einbezogen, das genaue Verfahren ist jedoch nicht beschrieben.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	unklar	<i>Die verwendete Empfehlungsklassifikation (I-III) ist nicht notwendigerweise mit dem Ergebnis der Evidenzbewertung verknüpft.</i>
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Es erfolgte Review von Draft Versionen innerhalb der APA und interessierte Personen und Organisationen. Die Personen und Organisationen welche Kommentare einbrachten sind im Anhang genannt.
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	ja	Jährlich erfolgt eine Neuauflage des Kompendiums, welches alle LL der APA enthält. Auf geplante Revisionen (alle 3-5) Jahre wird hingewiesen, dieses sind bisher jedoch nicht erfolgt.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	<i>unklar</i>	<i>Auf der Webseite der APA Hinweis, dass die APA seit 150 Jahren Leitlinien entwickelt.</i>
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll dem Arzt, dem Psychiater bei der Therapie des dementen Patienten helfen.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Diagnose der Demenz (DSM-IV), inklusiver vaskulärer Ursache oder Demenz bei M. Parkinson, Lewy Body Demenz, Pick Demenz, oder anderen frontolobulären Demenzen. Demenzen in Folge von Systemerkrankungen u.a. HIV und metabolisch / endokrine Ursachen sind explizit ausgeschlossen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Psychiater, unabhängig des Versorgungssettings.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine Darstellung der Empfehlungen in Tabellen, Algorithmen (insbesondere in der Kurzversion). Die Langversion ist lehrbuchartig und sehr textlastig.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	ja	Auf Rahmenbedingungen und Indikationen zur stationären psychiatrischen Behandlung, wie auch ambulante / stationäre Tages-Dauerpflegeeinrichtungen wird hingewiesen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Es erfolgen graduierte Vorgaben für notwendige Verlaufskontrollen, Einleitung und Anpassung der Therapie.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Auf obsoleete Maßnahmen und Kontraindikationen wird hingewiesen.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen / die Effizienz wird anhand von Studienergebnissen dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Nebenwirkungen und die sich daraus ergebenden therapeutischen Konsequenzen und Vorsichtsmaßnahmen werden dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Diskussion der Effizienz der verschiedenen Therapiestrategien erfolgt an Hand der zitierten Studien, es erfolgt jedoch keine Kosten- / Nutzenabwägung.</i>

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Es werden zeitgleich Patienten-, Angehörigeninformationen und „Quick-Reference Guides“ erstellt.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	20 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.5 Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 5.	Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie der Demenz. 2000. Internet: http://www.akdae.de/35/10Hefte/91_Demenz_2000_2Auflage.pdf	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	BÄK und KBV als Träger der AkdÄ.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	ja	Die Mitglieder der Arzneimittelkommission unterzeichnen eine Erklärung zur Unabhängigkeit von Interessenbindungen.
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	unklar	<i>Es sind nur Verantwortliche des Herausgebers als Autoren genannt, wer von den Mitgliedern der Arzneimittelkommission an der Leitlinie gearbeitet hat, ist nicht erkennbar.</i>
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>Allgemeinmediziner und Fachärzte sind in der Arzneimittelkommission vertreten, ferner Beteiligung eines Hausärztepanel´s, jedoch kein Hinweis auf Patientenbeteiligung.</i>
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Vorgehen der Quellsuche (u.a. Literaturdatenbanken, Leitlinienorganisationen und Webangebote der nationalen / internistischen Fachgesellschaften nach RCT´s, systematischen Reviews, Leitlinien) wird allgemein beschrieben.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Texte aus den die Empfehlungen abgeleitet werden sind mit Quellenangaben im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	unklar	<i>Es erfolgt nur eine summative Bewertung der Studienqualität, die die Aussagen belegen sollen. Das Verfahren ist jedoch nicht weiter beschrieben (siehe 1.12).</i>
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	unklar	<i>Grundlage der Empfehlungen ist die auf kritische Bewertung der Literatur erarbeiteter Expertenkonsens, Auswahlkriterien sind jedoch nicht genannt.</i>
1.10 Konsensusverfahren	ja	Ein mehrstufiges Konsensverfahren mit z.T. anonymisierten Meinungsabgleich und externen Abstimmungsprozessen (Fachgesellschaften, Diskussion auf dem Therapie Symposium) ist beschrieben.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	ja	Abstimmung erfolgte während der Entwicklung mit der DGPPN und der AGNP, ferner öffentliche Diskussion auf dem Therapie Symposium.
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Einteilung der Stärke der Empfehlungen erfolgt in (gut belegter positiver Aussage, positive Aussage, negative Aussage und Aussage basierend auf widersprüchlichen Studienergebnissen) Dieses Empfehlungsklassifikation basiert auf den Ergebnissen einer summativen Bewertung der Evidenz. (siehe 1.8)

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüf. Aktualisierung genannt	ja	Die Leitlinien werden alle 2 Jahre aktualisiert.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	nein	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	ja	Neben der Kurzfassung im Anhang wird in den Leitlinien auf den allgemeinen Report (Lasek R, Müller-Oerlinghausen B: Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft – Ein Instrument zur Qualitätssicherung in der Arzneimitteltherapie. Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 1997; 91 (4): 375-383) verwiesen.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	ja	Die „Arzneimittelrichtlinien“ geben den formalen Anlass der Entwicklung von Leitlinien durch die AkdÄ. Die Prävalenz der Demenz und Defizite in der Therapie sind u.a. als Auswahlkriterium des Themas genannt.
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll diagnostische und therapeutische Hilfestellung bei der Behandlung in der Allgemeinpraxis geben. Eine rationale und wirtschaftlich Arzneitherapie sicherstellen, damit eine Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten erreicht wird.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Ambulante Patienten mit Demenzen (ICD 10) Therapieempfehlungen richten sich primär an Demenzen vom Alzheimer Typ bzw. vaskuläre Demenzen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Niedergelassene Allgemeinmediziner.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden insbesondere bei den Empfehlungen zur Pharmakotherapie begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird graduiert hingewiesen.

2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Auf obsolete Maßnahmen (z.B. unkritische Anwendung von computergestützten Trainingsprogrammen) oder zurückhaltende Anwendung von Ginko bei hämorrhagischer Diathese wird sprachlich graduiert hingewiesen. Eine übersichtliche Darstellung von Kontraindikationen oder obsoleten Maßnahmen fehlt jedoch.
-------------------------	----	--

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen (Vorteile) der Therapie wird dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Medikamentöse Nebenwirkungen und Interaktionen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Patienteninformation wurde 1998 in Zusammenarbeit mit der TKK erstellt. Verbreitung der Leitlinie und der Kurzversion erfolgt über KVen und im Internetangebot der AkdÄ.
3.1 b) Verhaltensänderung	ja	Es wird ein Konzept beschrieben, um Inhalte der in Aus- und Fortbildung zu integrieren, auf verfügbare Hilfsmittel wird verwiesen.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	ja	Auf psychometrische Tests und deren Einsatz in der Diagnostik wie auch als Indikatoren zur Therapiekontrolle wird verwiesen.

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	3 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	24 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.6 Canadian Medical Association / Consensus Conference on Dementia

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 6.	Canadian Medical Association, Patterson C. The recognition, assessment and management of dementing disorders: conclusions from the Canadian Consensus Conference on Dementia. Can J Neurol Sci 2001;28 Suppl 1:S3-S16.

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Canadian Consensus Conference of Dementia. Aus dem Dokument geht nicht hervor, in welcher Form sie einer Organisation zugeordnet ist. Bei der Adaptation von 2001 (siehe 1.18) sind nur die verantwortlichen Autoren genannt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	Es wird auf Unterstützung der Arbeit der Canadian Consensus Conference of Dementia durch 7 Pharmazeutische Unternehmen, dem „Canadian Centres for Clinical Cognitive Research“ und 2 Universitäten beschrieben.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	ja	Es wird ein mehrstufiges Verfahren beschrieben, um „den conflict of interest“ zu minimieren: 1. Verfahrensbeschreibung wie die Empfehlungen zu formulieren sind. 2. Geregelter Abstimmungsprozess 3. Unabhängigkeitserklärung der Einzelexperten Ferner konnten sich die Beobachter der Industrie bei der Abstimmung über die Empfehlungen nicht beteiligen: Wie weit indirekte Einflüsse ausgeschlossen wurden, wird nicht dargelegt. Es erfolgt jedoch keine spezifische Unabhängigkeitserklärung der Autoren der Adaption von 2001.

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren, Mitglieder der Steuergruppe und Konferenzteilnehmer sind unter Angabe des Arbeitgebers genannt. Ferner sind Repräsentanten verschiedener Organisationen aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>Eine Beteiligung von Pflegekräften und Angehörigen / Patientenvertretern ist nicht ersichtlich.</i>

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Für einzelne Medikamente wurde ein systematisches Review zur Identifizierung von RCT´s (inkl. Medline Suche ab 1986) durchgeführt. Im übrigen wurden wegen „Beginn des Verständnisse der Erkrankung“ die Empfehlungen konsens- basiert, obwohl auch hier Literaturbelege angeführt wurden.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Herleitung der Aussagen und Empfehlungen ist mit den Quellenangaben in Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenzquellen der Empfehlungen wurden methodisch bewertet und die Evidenzqualität der Empfehlungen nach einem 3 Stufenschema eingeteilt.

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	ja	Verfahrensablauf mit Vorbereitung einzelner Kapitel durch Primärautoren, Durchführung einer Konsensuskonferenz und redaktioneller Nachbereitung ist beschrieben.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Einteilung der Stärke der Empfehlungen erfolgt in ein 5 stufiges Schema (A – E). Die Graduierung ist direkt mit den Ergebnissen der Bewertung der Evidenz verknüpft.

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	<i>unklar</i>	<i>Es erfolgt nur ein Hinweis, dass ein „peer review“ erfolgte, durch wen und mit welchen Auswirkungen bleibt jedoch unklar.</i>
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	<i>unklar</i>	<i>Es wurde durch die gleiche Hauptautorengruppe 2001 eine Adaption veröffentlicht, auf die auch in der Leitliniendatenbank verwiesen wird. Die Änderungen (im Kapitel Pharmakotherapie) sind nicht markiert. Ein reguläres „update“ der Leitlinie von 1998 ist nicht vorgesehen.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien-Report	<i>unklar</i>	<i>Im Vorwort sind die Schritte der Entwicklung der Leitlinie von 1998 dargestellt. Wie, warum und weshalb die Adaption und Veröffentlichung 2001 erfolgte bleibt unklar.</i>

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	ja	Die jetzige und ansteigende Krankheitslast erfordert die Entwicklung von Empfehlungen für die Untersuchung und das Management der Demenz.
2.2 Ziele	ja	Die Empfehlungen sollen dazu dienen, Leitlinien für Hausärzte zu entwickeln, um die Aufmerksamkeit, Untersuchung und das Management für das Krankheitsbild zu verbessern. Ferner soll der Einfluss dieser Empfehlungen und Leitlinien evaluiert werden.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Verdacht oder Diagnose einer Demenzerkrankung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Die Hauptzielgruppe der Leitlinie sind Hausärzte.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	<i>nein</i>	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen Empfehlungen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen, auch zwischen den Therapieformen, werden teilweise auch mit Hilfe der Evidenz begründet dargestellt.
2.10 Amb./Stationär	unklar	<i>Es sind Kriterien für die Überweisung zu Spezialisten aufgeführt, jedoch keine spezifischen Kriterien, wann eine stationäre Versorgung erfolgen soll.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Notwendige Maßnahmen sind graduiert dargestellt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Neben fachspezifischen Einschränkungen (z.B. Hinweis, dass ein bestimmter Test nicht durch den Hausarzt durchgeführt werden sollte), werden diese mit Bezug zur Evidenzlage (begründete Negativempfehlung Grad D und E) begründet und teilweise unter Nennung von Alternativen dargestellt.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Nutzen wird teilweise in Abhängigkeit von Einflussfaktoren (z.B. Zeitpunkt der Maßnahme, Durchführender) aus der Evidenzlage abgeleitet und dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Auf mögliche Nebenwirkungen wird vereinzelt hingewiesen.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Publikation im Internet.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	unklar	<i>Die Evaluation der Anwendung und des Einflusses auf die Versorgung ist ein Ziel der Publikation. Ein Verfahren hierfür ist jedoch nicht beschrieben.</i>
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	12 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	20 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.7 Canadian Task Force on Preventive Health Care

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 7.	Canadian Task Force on Preventive Health Care, Patterson CJ, Gass DA. Screening for cognitive impairment and dementia in the elderly. Can J Neurol Sci 2001;28 Suppl. 1:S42-S51. Internet: http://www.ctfphc.org/Sections/Cog_impair.htm	
<i>Bei dieser Bewertung konnte ein zugeordneter Methodikartikel nicht berücksichtigt werden, da der beim Herausgeber angeforderte Text noch nicht vorliegt.</i>		
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Canadian Task Force on Preventive Health Care
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	Auf ein Sponsoring der CTFPHC durch Provincial and Territorial Ministries of Health and Health Canada wird hingewiesen.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	nein	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Mitglieder der USPSTF und die verantwortlichen Autoren des zugrundeliegenden Reviews sind genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	Eine Beteiligung von Pflegekräften und Angehörigen / Patientenvertretern ist nicht ersichtlich.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Es wurde ein systematisches Review erstellt. Die Datenbanken, Suchstrategie und Auswahlkriterien sind aufgeführt.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Herleitung der Aussagen und Empfehlungen ist mit den Quellenangaben in der Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	unklar	Die Evidenzquellen der Empfehlungen werden nach einem 3 Stufenschema methodisch bewertet. Die Ergebnisse sind dieser Bewertung jedoch nicht nachvollziehbar dargelegt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	unklar	Vor der Canadian Consensuskonferenz zirkulierten Hintergrundpapiere zu einer Auswahl von Experten. Ein systematisches Vorgehen (Synthese) wird explizit ausgeschlossen.
1.10 Konsensusverfahren	unklar	Das Verfahren der Canadian Consensuskonferenz ist nicht weiter beschrieben. (Methodenartikel?)
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Einteilung der Stärke der Empfehlungen erfolgt in ein 5 stufiges Schema (A – E). Die Graduierung erlaubt neben positiv / negativ Aussage und ist den Ergebnissen der Bewertung der Evidenz verknüpft.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Es erfolgte vor der Zeitschriftenpublikation ein „peer review“
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	ja	Es erfolgt ein Vergleich mit den Empfehlungen der USPSTF.
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	unklar	Es wird nur darauf hingewiesen, dass ähnliche Empfehlungen im Jahre 1994 erstellt wurden.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien-Report		<i>(Methodenartikel?)</i>

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<i>unklar</i>	<i>Es wird nur darauf hingewiesen, dass es Ziel dieser Arbeit ist Empfehlungen zum Screening zu geben.</i>

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Asymptomatische ältere Bevölkerung (Screening auf Demenz und Cognitive Impairment).
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Hausärzte „primary care practitioners“
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen Empfehlung.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Es wird darauf verwiesen, dass Screening und ein „follow up“ bei Verdacht durch das soziale Umfeld doch notwendig ist.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Notwendige Maßnahmen sind graduiert dargestellt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Hier wird grundsätzlich das Routinescreening nicht empfohlen.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen des Screenings wird in Abhängigkeit von verschiedenen Einflussfaktoren (z.B. Zeitpunkt der Maßnahme, Durchführender, Prävalenz) aus der Evidenzlage abgeleitet und dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Publikation im Internet und Zeitschrift
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	<i>8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste</i>
2.	Qualität von Inhalt und Form	<i>9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste</i>
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	<i>1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste</i>
4.	Qualität Gesamt	<i>18 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste</i>

E.4.8 Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. (Journal of the AAFP)

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 8. a.-b.	Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part I. Assessment. Am Fam Phys 2002;65(11):2263-72. Internet: http://www.aafp.org/afp/20020601/2263.html
	Cummings JL, Frank JC, Cherry D, et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: Part II. Treatment. Am Fam Phys 2002;65(12):2525-34. Internet: http://www.aafp.org/afp/20020615/2525.html

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	<i>unklar</i>	<i>Publiziert im Journal der American Academy of Family Practice</i>
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	Auf Förderung der Arbeitsgruppentätigkeit durch diverse öffentliche Institutionen, wie auch auf Anstellungsverhältnisse einzelner Autoren bei Pharmafirmen wird hingewiesen.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	ja	Interessenkonflikte der Autoren (trotz teilweise zeitweiser Anstellung / Förderung bei Pharmafirmen) werden per Deklaration ausgeschlossen.

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Mitarbeiter werden unter Nennung des Namens aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Es erfolgt eine Verknüpfung der Empfehlungen mit der Literaturliste im Anhang, die Zuordnung ist teilweise unübersichtlich.
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 LL-Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 LL-Report	nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Hausärzten soll eine praktische Anleitung und Hilfe gegeben werden, ein umfassendes Behandlungsprogramm für Patienten mit M. Alzheimer anbieten zu können.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Diagnostizierte Patienten mit M Alzheimer, die zu Hause von Familienmitgliedern und Hausärzten betreut werden. Die Anwendung der LL auf Menschen zur Differential-, Primär-, Verdachtsdiagnose oder Patienten mit sonstige kognitiven Störungen wird explizit ausgeschlossen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgen in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen und Flow-Chart's.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik und Therapieplanung wird (sprachlich) graduiert hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Auf nicht zu empfehlende und nicht (weiter) durchzuführende Maßnahmen wird hingewiesen.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	unklar	<i>Der Nutzen der Diagnostik, Therapie und Nachsorgeprinzipien wird ohne Angabe von Umfang und Effektmaßen dargestellt.</i>
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Nebenwirkungen werden relativ differenziert und übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Internetversion im "free-access", Publikation in der Hauszeitschrift.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.9 Deutsche Gesellschaft für Neurologie

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 9. a.-c.	<p>Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Diagnose und Therapie der Alzheimer-Demenz (AD) und der Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB). In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2003. p. 96-9. Internet: http://www.dgn.org/34.0.html (Version 02.05.2002)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Pick Komplex (frontotemporale Lobärdegeneration) . In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2003. p. 100-3. Internet: http://www.dgn.org/34.0.html (Version 15.08.2002)</p> <p>Deutsche Gesellschaft für Neurologie. Vaskuläre Demenz. In: Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2nd ed. Stuttgart: Thieme; 2003. p. 201-8. Internet: http://www.dgn.org/34.0.html (Version 01.05.2002)</p>

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren der Kapitel und die Mitglieder der Leitlinienkommission der DGN sind mit Anschrift aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>nein</i>	
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Herleitung der Aussagen und Empfehlungen ist mit den Quellenangaben in Literaturlisten im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	<i>unklar</i>	<i>Es erfolgt nur eine summative Bewertung der Studienqualität, die die Aussagen belegen sollen. Das Verfahren ist jedoch nicht weiter beschrieben (siehe 1.12).</i>

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	ja	Nach Erstellung eines Entwurfs durch Autorengruppe erfolgte Beratung der Leitlinien-Entwürfe in einer Delphikonferenz durch die Leitlinienkommission der DGN, anschließend Verabschiedung durch den Vorstand der DGN.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	<i>unklar</i>	<i>Nur allgemeiner Hinweis, dass einige Leitlinien, bei denen es schon bei der Entwicklung Kontroversen gab, vorab in Zeitschriften publiziert wurden, um ein Feedback der Leser zu erhalten.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Einteilung der Stärke der Empfehlungen erfolgt in (gut belegter positiver Aussage, positive Aussage, negative Aussage und Aussage basierend auf widersprüchlichen Studienergebnissen) Dieses Empfehlungsklassifikation basiert auf den Ergebnissen einer summativen Bewertung der Evidenz (siehe 1.8).

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	ja	Die Leitlinien sollen alle 2 Jahre (Internetversionen auf Webseite der AWMF jährlich) aktualisiert werden. Große Themen (u.a. Demenz) sollen im Jahre 2003 zu S3 Leitlinien weiterentwickelt werden.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	unklar	<i>Für jede Teilleitlinie ist ein federführender Autor als Ansprechpartner genannt, inwieweit dieser auch für die Aktualisierung verantwortlich ist bleibt unklar.</i>

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	unklar	<i>Im Vorwort nur allgemeine Hinweise zum Sinn und Zweck von Leitlinien und Hintergründe der Entwicklung dieser durch die DGN im Vorwort.</i>
2.2 Ziele	nein	

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Je 3 Teilleitlinien für Patienten mit Alzheimer-Demenz (AD), der Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB), Vaskuläre Demenz oder Pick Komplex (fronttemporale Loberdegeneration), neben Aussagen zur Therapie erfolgen diese auch für (Früh-)Diagnose der in den jeweiligen Teilleitlinien definierten Krankheitsbilder.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	nein	
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	nein	
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen auch zwischen den Diagnostik- und Therapieverfahren werden teilweise begründet dargelegt.
2.10 Amb./Stationär	ja	In Teilleitlinie „Pick Komplex“ wird begründete Aussage zur stationären Versorgung getroffen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Die notwendigen Maßnahmen werden begründet und abgestuft (sprachlich wie auch mit Hilfe der Empfehlungsklassifikation) dargelegt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	unklar	<i>Obwohl bei der Empfehlungsklassifikation möglich, erfolgt keine begründete Darlegung von obsoleten Maßnahmen, insbesondere fehlt auch ein Überblick über Kontraindikationen der Medikamente.</i>

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Nutzen und Benefit der diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen werden dargelegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	<i>unklar</i>	<i>Nur Verweis auf Nebenwirkungsprofile.</i>
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Internetveröffentlichung mit Möglichkeit zu kostenfreien Download, Zeitschriften und Buchveröffentlichungen.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	6 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	7 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.4.10 Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 10.	Behandlungsleitlinie Demenz	
Quelle	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) Band 3 Behandlungsleitlinie Demenz; Steinkopf Verlag Darmstadt (2000), ISBN 3-7985-1194-2; Kurzfassung im Internet:	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren sind genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	<i>unklar</i>	<i>Literaturliste im Anhang ohne direkten Bezug zu den Aussagen.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	ja	Beratung eines Expertenentwurfes in einer Konsensuskonferenz während des DGPPN Kongress 1996, nach Überarbeitung erfolgte erneute Stellungnahme durch das Expertenpanel, Verabschiedung durch den DGPPN Vorstand.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	<i>unklar</i>	<i>In einer Danksagung wird erwähnt, dass die Entwicklung der Leitlinie durch konstruktive Stellungnahmen klinisch und wissenschaftlich tätiger Kollegen begleitet wurde.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	<i>unklar</i>	<i>Die wesentlichen Entwicklungsschritte können aus den Vorworten nur indirekt abgeleitet werden.</i>

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Sie sollen dem praktisch therapeutisch Tätigen einen Überblick des gesicherten Wissens im Expertenkonsens und eine Entscheidungshilfe im klinischen Alltag bieten.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Demenz, insbesondere Alzheimer Demenz und vaskuläre Demenz. Andere seltene Formen sind am Rande erwähnt. Demenzen exogener Ursachen (z.B. HIV, Huntington, Parkinson) sind ausgeschlossen.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	nein	Die Fachgruppe ist nicht eingegrenzt.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Algorithmen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Begründete Handlungsalternativen werden insbesondere bei den Empfehlungen zur Pharmakotherapie aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	ja	Kriterien zur institutionellen Versorgung auf verschiedenen Ebenen sind aufgeführt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Kontraindikationen sind genannt.
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen bzw. unerforschte Nutzen der verschiedenen Therapieformen werden dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Medikamentöse Nebenwirkungen werden übersichtlich dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	
3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Internetkurzversion veröffentlicht
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	11 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	15 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.11 Duodecim Finish Medical Society

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 11. a.-b.	<p>Finnish Medical Society Duodecim. Memory disorders and dementia. 2004. Internet: http://www.ebm-guidelines.com</p> <p>Verlinktes Material: Examination of patients with memory disorders and dementia, Assessment of functional ability and cognitive functioning, Treatable causes of dementia and memory disorder, Neurological complications of alcoholism, Syphilis, Encephalitis, Lyme borreliosis, Delirium in the elderly, Alzheimer´s disease, Vascular dementia, Other conditions leading to dementia, Slow viral infections of central nervous system, Neuropsychological disorders, Aphasia and dysphasia, Differential diagnostics of praroxysmal loss of consciousness, Examination of patients with epileptic symptoms, Transient ischaemic attack (TIA), Symptoms of arrhythmia and examination of an arrhythmia patient, Syncope, Vertigo, Migraine, Panic disorder, Sleep disorders; Evidence summaries</p> <p>Finnish Medical Society Duodecim. Treatment of dementia. 19-5-2004. Internet: http://www.ebm-guidelines.com</p> <p>Verlinktes Material: Organisation of elder care – Intermediate services; Evidence summaries.</p> <p>Die Methodische Bewertung erfolgte unter Berücksichtigung der auf der CD_ROM dargestellten Methodik: Preface „What is Evidence-Based Medicine Guidelines; 30.05.2000 und Update vom 15.05.2001 Ilkka Kunnamo</p>

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung

Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
-----------	---------	----------------------------

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung

1.1 Verantw. Institution	ja	Dudecim Finish Medical Society, sie ist auch Gesellschaft, die die Finnische Ursprungsversion erstellt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

Autoren der Leitlinien

1.4 Beteiligte	<i>unklar</i>	<i>Zu jedem Kapitel werden verantwortliche des Herausgeberteams (Übersetzer?) genannt. Weitere Autoren des primären Konsensusprozess nicht erkennbar.</i>
1.5 beteilig. Betroffener	nein	

Identifizierung und Interpretation der Evidenz

1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>unklar</i>	<i>Möglichst wurde auf Cochrane Reviews und DARE Abstracts, andere systematische Reviews, sowie auf Suche in der Cochrane Library und spezifischer Suche in Medizinischen Journals zurückgegriffen.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Zu den relevanten Einzelleitlinien erfolgen Querverweise auf Literaturquellen (u.a. Cochrane Library) / Evidenzberichte oder weiterführende Teilleitlinien.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Einteilung erfolgte nach systematischer Bewertung des gesichteten Materials in Klassen A bis D. Auf die Evidenzberichte der verwendeten Primärquellen wird gelinkt.

Formulierung der Leitlinienempfehlungen

1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien -Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	unklar	<i>Erfolgt sowohl für die Finnische Ursprungsversion als auch für die englische Übersetzung auf CD Rom alle 6 Monate. Es ist jedoch nicht klar, wie häufig die Einzelkapitel überarbeitet werden.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	unklar	<i>Aus der Einleitung geht der Erstellungsprozess nur unzureichend hervor. Insbesondere wird hier auch nicht deutlich, welche Informationen durch die Übersetzung verloren gehen.</i>

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinien sammeln das Wissen und fassen die Eckpunkte so zusammen, wie sie zur Behandlung in der hausärztlichen Praxis erforderlich sind.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Ambulante Patienten mit in den Einzeleitleitlinien definierten Krankheitsursachen (Alzheimer, Vaskuläre) und Demenz anderer Ursachen, dabei wird auch auf andere Krankheitsbilder (z.B. Alkohol / HIV / Syphylis) verwiesen und in die Algorithmen verlinkt.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Hausärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	unklar	<i>Die Leitlinien-Kapitel sind übersichtlich sortiert nach (Inhalt, Ziel, Diagnose / Indikationsgebiete, Management; Evidenz, Literatur) eine Heraushebung der Schlüsselempfehlungen z.B. in Tabellen erfolgt jedoch nicht.</i>
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	unklar	<i>Grundsätzlich werden in den verfügbaren Leitlinien zu anderen Fragestellungen Empfehlungen zur Hospitalisation gegeben, jedoch nicht im Zusammenhang mit Demenz.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen und die Vorteile der empfohlenen Diagnose- und Therapieverfahren werden in den Evidenzberichten dargelegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	unklar	Vereinzelt wird indirekt auf Nebenwirkungen verwiesen. „The dosage of donepezil is once daily, and no liver toxicity (which is an adverse effect of tacarine) has been reported.“
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Method. der Implement.	ja	Die Leitlinien in der englischen Fassung werden vollelektronisch publiziert. Spezial-/ Kurzversionen diese können auch Handheld-computer und Handyorganizer im mobilen Einsatz (Hausbesuch) genutzt werden.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	8 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	12 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.12 New Zealand Guidelines Group (NZZG)

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 12.	New Zealand Guidelines Group. Guidelines for the support and management of people with dementia. 1997. Internet: http://www.nzgg.org.nz/guidelines/dsp_guideline_popup.cfm?guidelineCatID=32&guidelineID=45 [Guidelines for the use of acetylcholinesterase inhibitor drugs in the treatment of people with alzheimer´s disease. 2000. - Zusatzmaterial ohne Kommentierung von der Organisation bzw. Herausgeber zurückgezogen; Stand: November 2004]

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	New Zealand Guideline Group (NZZG), Leitlinie wurde von dem von dem Royal College of General Practitioners, der ADARDS und dem National Health Committee anerkannt.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren sind genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>In der Autorengruppe sind Psychiater, Allgemeinmediziner und Sozialarbeiter und Vertreter der Alzheimer Society (Health support Group) vertreten, es erfolgte jedoch keine Beteiligung von Pflegekräften oder Angehörigen-/ Patientenvertretern.</i>

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die wesentlichen Empfehlungen sind mit Literaturangaben belegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	unklar	<i>Es erfolgte zu bestimmten Fragestellungen ein systematischer Review mit Bewertung der methodischen Studienqualität in einem 5-stufigen Schema. Die Ergebnisse werden im Anhang jedoch nur für wenige Fragestellungen zusammenfassend dargestellt.</i>

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	ja	Verschiedenen Personen / Gruppen wurde ermöglicht, ein Draft-Version zu kommentieren, diejenigen, die eine Rückmeldung gaben, werden namentlich aufgeführt.
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Es erfolgte ein Review mit methodischer Bewertung („Evaluation“ durch Fr. Dr. Stuart Foote, im Anhang).
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	<i>unklar</i>	<i>Es wird auf verschiedene Daten verwiesen, bei denen eine erneute (Teil-) Überarbeitung erfolgte; keine Beschreibung eines Verfahrens für ein reguläres updating.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	nein	

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	ja	Die Demenz wurde als psychische Störung mit der höchsten Prävalenz erkannt. Zum anderen wird es als möglich angesehen, dass diese durch geeignete Information an die Primärversorger dort auch adäquat behandelt werden können.
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll eine gute Planung des medizinischen und sozialen Managements von Personen mit Demenz unterstützen und Patienten sowie die Angehörigen unterstützen.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Demenz in der primärärztlichen Versorgung.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Primärversorger „primary healthcare workers“ auch unter Einschluss von Sozialarbeitern, Pflegekräften u.a.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der wesentlichen Empfehlungen in Tabellen und Algorithmen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	ja	Es werden Kriterien, Voraussetzungen und Barrieren für die Verfahren der Diagnose(ambulant, stationär) aber auch für die Langzeitversorgung (zu Hause, tagesklinisch, stat. Heimunterbringung) verschiedener Versorgungssettings genannt.
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapieplanung und -kontrolle wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<i>unklar</i>	<i>Auf notwendige Einschränkungen (z.B. Alkoholgenuss) wird hingewiesen, es fehlt jedoch eine Darstellung von Kontraindikationen.</i>

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen und die Vorteile der unterschiedlichen Maßnahmen werden dargestellt, für ausgewählte Fragestellungen auch ausführlich anhand einer Zusammenfassung belegt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Auf Nebenwirkungen / unerwünschte Folgen von Einzelmaßnahmen (z.B. Hospitalisation), wie auch Einschränkungen bei diagnostischen Tests, wird hingewiesen.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	ja	Die Kosten der Pflege in der Familie werden ausführlich dargestellt, so dass hier eine Schätzung der Kosten ermöglicht wird. Zu andern Punkten erfolgen Hinweise auf ökonomische Implikationen.

2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	<i>unklar</i>	<i>Es erfolgt keine übersichtliche Gegenüberstellung die einen Kosten-/Nutzenvergleich von Einzelmaßnahmen bzw. der notwendigen Kombinationen dieser erlauben.</i>
---	---------------	--

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Freie Publikation im Internet.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	13 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	19 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.13 North of England Evidence Based Guideline Development Project

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 13.	North of England Evidence Based Guideline Development Project and Department of Primary Care and Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne. The primary care management of dementia. 1998. Internet: http://www.ncl.ac.uk/pahs/research/services/publications/guide/dementia.pdf

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Centre for Health Services Research, University of Newcastle upon Tyne and Centre for Health Economics, University of York.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	Die Leitlinie- Entwicklung wurde über Forschungsinitiative des Department of Health finanziert, auf zusätzliche Finanzierung einer Autorin wird hingewiesen.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	<i>unklar</i>	<i>Nur Angabe zur Kostenerstattung der Autoren während der Sitzungen.</i>

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren sind unter Nennung des beruflichen Hintergrundes genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	ja	Allgemeinmediziner, Psychiater, Pflegekräfte, Epidemiologen und ein Vertreter einer Angehörigen-Organisation sind beteiligt.

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Suchstrategie und Methodik in Embase, Medline, Psyclit (bei Pharmakotherapie zusätzlich Handsuche nach unpublizierten Ergebnissen). Auswahlkriterien für die Reviews sind inklusive der Suchwörter ausführlich und klar dargelegt.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die in den Review eingeschlossenen Studien sind mit Eckdaten (Autoren, Quelle, Einschlusskriterien, Intervention, beobachtetes Outcome und statistischen Angaben zur Effizienz) im Anhang aufgeführt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenzbewertung erfolgte in Anlehnung an die Kriterien der Canadian Task Force (I, II, III).

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	ja	Die Leitlinien-Gruppe formulierte klinische Fragestellung => Ergebnisse der Suche und Bewertung => Einordnung in Stärke der Empfehlungen (Die hierzu verwendeten Checklisten sind im Anhang veröffentlicht). Bei hoher Qualität wurden Studien schlechterer Qualität ignoriert. Bei Evidenzkonflikt wurde dieser ausdiskutiert.
1.10 Konsensusverfahren	ja	Ein mehrstufiges Verfahren wird beschrieben, dabei wurden nur informelle Konsensmethoden genutzt.
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Empfehlungsklassifikation (Grad A-D) ist mit der Evidenz notwendigerweise verknüpft. Während die klinische Relevanz als Ergebnis des Konsensprozess als 2. Kriterium berücksichtigt wurde.

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	ja	Ein externes Review wurde durchgeführt, die Reviewer sind namentlich genannt.
1.14 Konsequenzen erwähnt	ja	Nur Deklaration, dass zwar Stil und Inhalt beeinflusst wurde, jedoch Verantwortlichkeit bei den Autoren verblieb.
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien - Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	ja	Leitlinie soll 3 Jahre nach Vollendung überarbeitet werden.
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	nein	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	ja	Übersichtliche Zusammenfassung mit wesentlichen Eckpunkten der Leitlinie Entwicklung.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll Hausärzten durch Bereitstellung Information, Hilfestellung bei der Behandlung von Patienten mit Demenz aller Formen und der Beratung der Angehörigen geben.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Demenz aller Formen in der allgemeinmedizinischen Therapie.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	„primary health care professionals“
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	unklar	<i>Nur allgemeiner Hinweis, dass sich aus den lokal zu Verfügung stehenden Ressourcen und Umständen Situationen ergeben, bei denen die Empfehlungen keine Anwendung finden.</i>
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche in den Kapiteln.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Die Empfehlungen sind Kapitelweise klar gegliedert und hervorgehoben dargestellt.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Die Notwendigkeit verschiedener Maßnahmen wird begründet und graduiert dargestellt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Auf obsolete Maßnahmen wird begründet hingewiesen, eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung der Kontraindikationen wäre wünschenswert.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Die Vorteile der Maßnahmen und die Belege für den Nutzen werden aufgeführt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Auf Nebenwirkungen wird an verschiedenen Stellen hingewiesen, auch hier wäre eine übersichtliche, zusammenfassende Darstellung wünschenswert.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	ja	Angabe und Diskussion der Kosten, dabei auch vergleichende Darstellung.
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	ja	Es erfolgt eine ausführliche, für eine Langfassung beispielhafte Darlegung des Nutzen, der Nebenwirkungen und Kosten, diese führt teilweise auch zur Nicht-Empfehlung von bestimmten Maßnahmen.

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Kostenfreie Internetversion,
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	<i>unklar</i>	<i>Nur allgemeiner Hinweis, dass die Entscheidungswege unter Betrachtung der verfügbaren Ressourcen angepasst werden müssen.</i>

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	<i>unklar</i>	<i>Auf den Einsatz verschiedener psychometrischen Tests im Rahmen der Diagnostik wird hingewiesen, ferner beruht die Nutzenabwägung auf den zitierten Ergebnissen solcher Tests. Es erfolgt jedoch kein Hinweis auf den Einsatz dieser zur Therapiekontrolle.</i>
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	14 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	13 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	28 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.4.14 NSW Department of Health – Royal Australian College of General Practitioners

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 14.	NSW Department of Health, Royal Australian College of General Practitioners. Care of patients with dementia in general practice. 2003. Internet: http://www.health.nsw.gov.au/pubs/c/pdf/care_dementia_guide.pdf	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Royal Australian College of General Practitioners
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	ja	Die Leitlinie wurde durch das NSW Department of Health im Rahmen des „NSW Action Plan on Dementia 1996 – 2001“ finanziert.
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	nein	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche der Kapitel sind Autoren, die Qualifikation und der berufliche Hintergrund sind bei den Hauptautoren aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	ja	Neben verschiedenen (Fach-)Ärzten sind u.a. Angehörigenvertreter und Pflegekräfte beteiligt.
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Es erfolgt nur ein Hinweis, dass ein Review in Literatur und aktuellen Leitlinien durchgeführt wurde.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Herleitung der Aussagen und Empfehlungen ist mit den Quellenangaben in Literaturliste im Anhang verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	nein	
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	nein	
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.15 Pilotversuch	ja	Ein erster Pilotversuch erfolgte in 17 Praxen mit 119 Patienten, weiterhin wurde eine Untersuchung durch das „NSW-Department of health“ bei 8 Allgemeinärzten durchgeführt, um die Nutzerfreundlichkeit des Leitlinien-Formates zu überprüfen.
1.16 Konsequenzen erwähnt	nein	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	unklar	<i>Es wird darauf hingewiesen, dass Leitlinien von Zeit zu Zeit upgedatet werden müssen.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	nein	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien-Report	unklar	<i>Im Vorwort sind vereinzelt Schritte der Entwicklung dargestellt.</i>

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	<i>unklar</i>	<i>Es wird unter Funding auf einen „NSW Action Plan on Dementia“ hingewiesen.</i>
2.2 Ziele	ja	Leitlinien sollen den Allgemeinärzten eine Quelle für die Behandlung von Patienten mit Demenz, in Zusammenarbeit mit Angehörigen und relevanten Anbietern, bieten.
Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Demenz
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Die Hauptzielgruppe der Leitlinie sind Allgemeinärzte
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	
Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen Empfehlungen u.a. in einer „Summary“ der Empfehlungen zu Beginn.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Auf verschiedene Handlungsalternativen wird begründet hingewiesen.
2.10 Amb./Stationär	ja	Auf Kriterien zur Überweisung an Spezialisten und ambulante / stationäre Spezialeinrichtungen wird hingewiesen.
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Der Grad der Notwendigkeit der verschiedenen Maßnahmen wird erkennbar.
2.12 Obsolete Maßnahmen	<i>unklar</i>	
Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	<i>unklar</i>	
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Auf Nebenwirkungen wird hingewiesen.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	
3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Die Leitlinie ist kostenfrei im Internet erhältlich.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	
Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	
Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	16 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.15 Scottish Intercollegiate Guidelines Network

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 15.	Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Interventions in the management of behavioural and psychological aspects of dementia. A national clinical guideline. 1998. p.1-25. Internet: http://www.sign.ac.uk/pdf/sign22.pdf

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Die Mitglieder der beteiligten Gruppen (Autoren, Reviewer, Herausgeber, Sekretariat) sind mit Berufsbezeichnung aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	<i>unklar</i>	<i>Es sind alle wesentlichen Berufsgruppen einschließlich Methodiker und Pflegewissenschaftler beteiligt, es erfolgte jedoch keine Beteiligung von Angehörigen / Patienten.</i>

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	nein	
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Empfehlungen und Aussagen sind mit Angabe von Literaturstellen belegt.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Quellen wurde nach dem Schema der AHPCR 1993 in sechs Stufen (Ia bis IV) bewertet. Die Ergebnisse dieser sind jedoch nur bei höhergradigem Evidenzlevel angeführt.

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Empfehlungen wurden in Abhängigkeit von der Bewertung der Evidenz nach dem Schema der AHPCR 1993 in drei Stufen (A bis C) eingestuft.

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	<i>nein</i>	
1.14 Konsequenzen erwähnt	<i>nein</i>	
1.15 Pilotversuch	<i>nein</i>	
1.16 Konsequenzen erwähnt	<i>n.a.</i>	
1.17 LL-Vergleich	<i>nein</i>	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	ja	Review war bis 2000 vorgesehen (zur Zeit Planung 2004).
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	ja	Die Planung / Stand der Überarbeitung und Ansprechpartner bei SIGN sind auf der Webseite veröffentlicht, auf diese Quelle wird in der Leitlinie hingewiesen.

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 LL-Report	nein	Es erfolgt kein Hinweis auf Leitlinie 50 (Methodikreport der SIGN publiziert 2001); Leitlinie selbst enthält nur vereinzelt Hinweise zum Erstellungsprozess.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	<i>unklar</i>	<i>Im Einleitungstext wird nur darauf hingewiesen, was sie nicht ist und welche weiteren Maßnahmen zu berücksichtigen sind.</i>

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Zur Diagnose bei Personen die Symptome zeigen, sowie Management des Verhaltens und psychologischer Aspekte.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	<i>unklar</i>	<i>Es ist nicht eindeutig, ob sich die Leitlinie nur an lokale Gruppen zur Weiterentwicklung wendet oder auch direkt an Ärzte.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Schlüsselempfehlungen werden in der Leitlinie und der Kurzfassung übersichtlich dargestellt.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet dargelegt.
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Es wird nur auf verschiedene Management-Settings hingewiesen.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik- und des Therapiemanagements wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Es werden explizite Nichtempfehlungen aufgeführt.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Der Nutzen von einzelnen Maßnahmen wird diskutiert.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Auf mögliche Nebenwirkungen wird hingewiesen.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Kurzfassungen zur Leitlinie sind veröffentlicht. Die Implementierung soll über Entwicklung lokaler Leitlinien erfolgen.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	ja	Es werden Vorgaben zur lokalen Anpassung gegeben, dabei wird auf mögliche klinische Fragestellungen hingewiesen.

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	ja	Auf mögliche Vorgehensweisen zur Evaluation des Management der Demenz-Patienten wird hingewiesen.
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	7 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	3 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	19 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.16 Singapore Ministry of Health

Strukturierte Leitlinien-Abstracts		
LL 16.	Singapore Ministry of Health. Dementia. 2001. Internet: http://www.moh.gov.sg/cmaweb/attachments/publication/Dementia_PDF.pdf	
1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare
Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	Singapore Ministry of Health (MOH), National Medical Research Council (NMRC), National Committee on Neuroscience.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	nein	
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	
Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Verantwortliche Autoren sind aufgeführt, diese wurden durch das National Committee on Neuroscience ernannt.
1.5 beteilig. Betroffener	nein	
Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	<i>unklar</i>	<i>Es wird nur darauf hingewiesen, dass ein Review relevanter Literatur und Leitlinien erfolgte.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Es werden nur zu Empfehlungen (höhere Evidenzkategorie) Literaturbelege im Anhang aufgeführt, in Folge der Bewertung ist jedoch ersichtlich, wo Evidenz aus anderen Quellen (Expertenmeinung) zur Aussage führte.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenzquellen der Empfehlungen wurden methodisch bewertet und die Evidenzqualität der Empfehlungen nach einem 6-Stufenschema eingeteilt. Die Ergebnisse dieser sind jedoch nur zusammengefasst und nicht in Bezug zu den Einzelquellen dargestellt.
Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	nein	
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Es erfolgt eine Einteilung in Grades of Recommendations (A-C), die auf den Ergebnissen der Evidenzbewertung der Quellen basiert. Zusätzlich ist prinzipiell die Möglichkeit gegeben, Empfehlungen durch „good practice points“ GPP hervorzuheben.
Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	nein	
Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	
Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	

1.21 Leitlinien-Report	nein	
2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	nein	
2.2 Ziele	ja	Die Leitlinie soll helfen, besonders die Frühstadien der Demenz besser zu erkennen und eine geeignete Beurteilung und Management ermöglichen.

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Patienten mit Demenz
2.4 Ärztl. Zielgruppen	unklar	<i>Im Vorwort werden „medical practioniers“ angesprochen, unter Zielgruppe alle „health care professionals“ ohne weitere Einschränkung.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen Empfehlungen in der „Executive Summary“ sowie die Darstellung der wesentlichen Schritte in einem Algorithmus.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet dargelegt und im Algorithmus übersichtlich dargestellt.
2.10 Amb./Stationär	unklar	<i>Auf verschiedene Versorgungsangebote wird hingewiesen, ohne jedoch klare Indikationskriterien zu nennen.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Die notwendigen Maßnahmen werden dargestellt
2.12 Obsolete Maßnahmen	nein	

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Nutzen und Benefit werden teilweise auch unter Berücksichtigung spezieller Situationen dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Die Leitlinie ist kostenfrei im Internet verfügbar.
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	unklar	Auf ein Evaluationsprogramm durch das „National Neuroscience Institut“'s Dementia Programme wird verwiesen. Die Dokumentationsverfahren werden jedoch nicht näher beschrieben.
3.4 Indikatoren	ja	Vereinzelte Qualitätsindikatoren zur Kontrolle der Prozess- und Diagnosequalität werden genannt.

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	5 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	8 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	15 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.4.17 U.S. Preventive Services Task Force

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 17.	<p>United States Preventive Services Task Force. Screening for dementia. Recommendations and Rationale. Ann Intern Med 2003;138(11):925-6. Internet: http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspstf/deme.htm</p> <p>Unter Berücksichtigung von: Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D. Current methods of the US Preventive Task Services. Am J Prev Med 2001;20 Suppl 3:21-35.</p>

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	U.S. Preventive Services Task Force
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	unklar	<i>Es wird nur auf Unabhängigkeit der USPSTF von den Organisationen der US-Regierung oder des öffentlichen Gesundheitswesens hingewiesen. Das Review wurde jedoch auf Basis einer Vereinbarung mit der AHRQ erstellt.</i>
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	unklar	<i>Bei den Autoren der Reviews wird auf Interessenkonflikte hingewiesen, der Einfluss wird jedoch nicht diskutiert.</i>

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Mitglieder der USPSTF und die verantwortlichen Autoren des zugrundeliegenden Reviews sind genannt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>Eine Beteiligung von Pflegekräften und Angehörigen / Patientenvertretern ist nicht ersichtlich.</i>

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	ja	Für 8 Schlüsselfragen wurde ein systematisches Review erstellt. Die Datenbanken und Auswahlkriterien sind aufgeführt.
1.7 DoKu Suchstrategie	ja	Die Herleitung der Aussagen und Empfehlungen ist mit den Quellenangaben in der Literaturliste im Anhang und Evidenztabelle im Review verknüpft.
1.8 Meth. Evidenzstärke	ja	Die Evidenzquellen der Empfehlungen wurden methodisch bewertet und die Evidenzqualität der Empfehlungen nach einem 3 Stufenschema eingeteilt.

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	ja	Im Methodikartikel werden die wesentlichen Eckpunkte und das Auswahlverfahren bei der Generierung der Empfehlungen beschrieben.
1.10 Konsensusverfahren	nein	
1.11 Berücks. Inter. Kreise	nein	
1.12 Evidenzverknüpfung	ja	Die Einteilung der Stärke der Empfehlungen erfolgt in ein 5 stufiges Schema (A – D, I). Die Graduierung erlaubt eine Zuordnung der klinischen Notwendigkeit. Sie ist direkt mit den Ergebnissen der Bewertung der Evidenz verknüpft.

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	nein	
1.14 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.15 Pilotversuch	nein	
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien-Vergleich	ja	Es erfolgt ein Vergleich mit den Empfehlungen der AAN und der CTFPHC.

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüf. Aktualisierung genannt	<i>unklar</i>	<i>Es wird nur darauf hingewiesen, dass dies ein update der Empfehlungen aus dem Jahre 1996 ist.</i>
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien-Report	ja	Neben einer Kurzzusammenfassung der wichtigsten Schritte wird auf ein Grundsatzpapier verwiesen: Harris RP, Helfand M, Woolf SH, Lohr KN, Mulrow CD, Teutsch SM, Atkins D. Current methods of the US Preventive Services Task Am J Prev Med. 2001;20(3 Suppl):21-35.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	ja	Neue Evidenz zu Screeningmethoden und der Pharmkootherapie, sowie die Bedeutung der Demenz erforderten eine aktuelle Neubewertung.
2.2 Ziele	<i>unklar</i>	<i>Im Methodikartikel nur allgemeine Ziele der Leitlinienentwicklung durch das USPSTF hingewiesen.</i>

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Asymptomatische Bevölkerung (Screening)
2.4 Äztl. Zielgruppen	<i>unklar</i>	<i>Nur im Review wird auf Einschränkung „primary care“ hingewiesen.</i>
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung des Gesundheitsproblems erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logische Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine Hervorhebung der wesentlichen Empfehlung.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Es wird darauf verwiesen, dass Screening und ein „follow up“ bei Verdacht durch das soziale Umfeld doch notwendig ist.
2.10 Amb./Stationär	nein	
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Notwendige Maßnahmen sind graduiert dargestellt.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Hier wird grundsätzlich das Routinescreening nicht empfohlen.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	ja	Nutzen wird teilweise in Abhängigkeit von Einflussfaktoren (z.B. Zeitpunkt der Maßnahme, Durchführender) aus der Evidenzlage abgeleitet und dargestellt.
2.14 Therapiefolgen / NW	ja	Im Review werden mögliche Folgen des Screenings und der Ergebnisse untersucht und dargestellt.
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Publikation im Internet, Verfügbarkeit von Dateien zur PDA Anwendung
3.1 b) Verhaltensänderung	nein	
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	nein	

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	9 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	10 von 17 Punkten der ÄZQ-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	1 von 6 Punkten der ÄZQ-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	20 von 40 Punkten der ÄZQ-Checkliste

E.4.18 WHO Guide to Mental Health in Primary Care

Strukturierte Leitlinien-Abstracts	
LL 18.	WHO Collaborating Centre for Mental Health Research & Training IoP, Royal Society of Medicine. WHO guide to mental health in primary care. London: The Royal Society of Medicine Press; 2000. ISBN 1-85315-451-2 Internet (ordering information): http://www.roysocmed.ac.uk/pub/bkwhopdf.htm

1. Fragen zur Qualität der Leitlinienentwicklung		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verantwortlichkeit für die Leitlinienentwicklung		
1.1 Verantw. Institution	ja	World Health Organization Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health.
1.2 Angabe finanz. Unterstützung	unklar	<i>Auf dem Titelblatt wird für finanzielle Unterstützung der Leitlinien-Entwicklung und -druck, im Anhang für Überlassung von Rechten gedankt. Ob diese Angaben vollständig sind, ist nicht ersichtlich.</i>
1.3 mögliche Einflussnahme diskutiert	n.a.	

Autoren der Leitlinien		
1.4 Beteiligte	ja	Die Mitglieder des Editorial Board; der UK National Consensus Group und auch die Kommentatoren sind namentlich aufgeführt.
1.5 beteilig. Betroffener	unklar	<i>Alle relevanten Berufsgruppen, einschließlich Pflegekräfte sind beteiligt, Patienten sind jedoch nur bei den Kommentatoren genannt.</i>

Identifizierung und Interpretation der Evidenz		
1.6 Meth. Evidenz-Auswahl	unklar	<i>Diagnoseteil basiert auf dem Konsensergebnis des ICD 10 Kap V. Für die Therapieempfehlungen wurden möglichst Cochrane Reviews, sonstige Reviews und Studien guter Qualität genutzt. Eine systematische Suchstrategie ist jedoch nicht beschrieben.</i>
1.7 DoKu Suchstrategie	unklar	<i>Im Teilgebiet Demenz Verweis auf nur 3 Literaturstellen.</i>
1.8 Meth. Evidenzstärke	unklar	<i>In der Einleitung wird „Strength of the evidence supporting the recommendation (I-V)“ als Klassifikationsschema der Evidenz vorgestellt. Im Teilgebiet Demenz jedoch nicht angewendet.</i>

Formulierung der Leitlinienempfehlungen		
1.9 Auswahl d. Empfehlg.	unklar	<i>Die Empfehlungen zur Diagnose, Information und Unterstützung sowie Überweisung beruhen auf Konsens, während bei den Therapieempfehlungen die Evidenz berücksichtigt wurde. Kriterien zum Ein-/ Ausschluss wurden jedoch nicht genannt.</i>
1.10 Konsensusverfahren	unklar	<i>Es wird die Durchführung verschiedener Konsensuskonferenzen erwähnt.</i>
1.11 Berücks. Inter. Kreise	unklar	<i>Eingaben von Beratern und Patienten werden beschrieben, ohne dass das Verfahren erkennbar ist.</i>
1.12 Evidenzverknüpfung	unklar	<i>In der Einleitung wird „Strength of the evidence supporting the recommendation (A-C)“ als Klassifikationsschema der hinzugefügten Therapieempfehlungen dargelegt. Es ist nicht beschrieben, dass diese mit den Ergebnissen der Evidenzbewertung verknüpft ist.</i>

Gutachterverfahren und Pilotstudien		
1.13 Begutachtung erfolgt	unklar	<i>Nur „endorment“ verschiedener Organisationen aufgeführt.</i>
1.14 Konsequenzen erwähnt	unklar	

1.15 Pilotversuch	<i>unklar</i>	<i>Nur die 1. Vorversion der direkten Adaptierung der Diagnostischen Kriterien der WHO wurde in einem Praxisversuch getestet. (Vor der Evidenzsuche zur Erstellung der Therapieempfehlungen).</i>
1.16 Konsequenzen erwähnt	n.a.	
1.17 Leitlinien -Vergleich	nein	

Gültigkeitsdauer/Aktualisierung der Leitlinie		
1.18 Überprüfg. Aktualisierung genannt	nein	
1.19 Verfahren für 1.18 genannt	n.a.	

Transparenz der Leitlinienerstellung		
1.20 Diskuss. System. Fehler	nein	
1.21 Leitlinien - Report	ja	Erstellungsprozess ist im Kapitel „How the diagnostic and management summaries were developed“ für alle Diagnosen übergreifend dargestellt.

2. Fragen zu Inhalt und Format der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Ziele der Leitlinie		
2.1 Gründe	ja	Der Fortschritt in der Diagnostik durch die Revision des ICD bot Veranlassung, diese für die Anwendung in der Primärversorgung weiter auszuführen, da hier die meisten Patienten mit psychischen Störungen gesehen werden.
2.2 Ziele	<i>unklar</i>	<i>Unterstützung von „primary care professionals, organisations und lokale Gesundheitsnetze“ ohne genaue Zielnennung.</i>

Kontext (Anwendbarkeit und Flexibilität)		
2.3 Patientengruppe	ja	Gesamtwerk bezieht sich auf ambulante Patienten mit „mental disorders“ Krankheiten, z. B. Demenz F00 werden einzeln abgehandelt.
2.4 Ärztl. Zielgruppen	ja	Primärversorger „primary care Professionals“, aber auch zur Unterstützung von Organisationen und lokalen Gruppen.
2.5 Ausn. v. Empfehlungen	nein	
2.6 Bedürfnisse d. Patienten	nein	

Klarheit, Eindeutigkeit		
2.7 Problembeschreibung	ja	Herleitung und Beschreibung der Probleme erfolgt in adressatengerechter Sprache.
2.8 a) Präsentation	ja	Logisch konsistente Darstellung ohne Widersprüche.
2.8 b) Schlüsselempfehlung	ja	Es erfolgt eine übersichtliche Darstellung der wesentlichen Empfehlungen.
2.9 Handlungsalternativen	ja	Handlungsalternativen werden begründet aufgeführt.
2.10 Amb./Stationär	<i>unklar</i>	<i>Für die Notwendigkeit der Mit-/ Weiterbehandlung werden Kriterien genannt. Eine vergleichbare Indikationsstellung zur Einleitung stationärer Therapie fehlt.</i>
2.11 Notwendige Maßnahmen	ja	Auf notwendige Maßnahmen der Diagnostik, Therapie wird hingewiesen.
2.12 Obsolete Maßnahmen	ja	Auf obsoleete Maßnahmen wird hingewiesen.

Nutzen, Nebenwirkungen, Kosten, Ergebnisse		
2.13 Gesundh. Nutzen	nein	
2.14 Therapiefolgen / NW	nein	
2.15 Disk. v. Kostenfolgen	nein	
2.16 Abwägung Vorteile, Risiken, Kosten	nein	

3. Fragen zur Anwendbarkeit der Leitlinie		
Fragen zu	Antwort	Informationen / Kommentare

Verbreitung und Implementierung		
3.1 a) Methode der Implement.	ja	Die gedruckte Version enthält Vorlagen zur Erstellung von Kurz- und Patienteninformation.
3.1 b) Verhaltensänderung	ja	Die Leitlinie soll als Trainingsmaßnahme für „primary care teams“ genutzt werden. Dabei wird ein Trainingsplan vorgegeben, und weitere Trainingsressourcen beschrieben.
3.1 c) Organis.-Hindernisse	nein	
3.2 Regionale Anpassung	<i>unklar</i>	<i>Die Leitlinie soll durch Therapienetze genutzt werden, jedoch keine methodischen Empfehlungen zur Anpassung.</i>

Überprüfung der Anwendung		
3.3 Evaluation	nein	
3.4 Indikatoren	nein	

Zusammenfassende Beurteilung (Methodische Qualität)		
1.	Qualität der Leitlinienentwicklung	3 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
2.	Qualität von Inhalt und Form	9 von 17 Punkten der ÄZO-Checkliste
3.	Qualität von Anwendung und Implementierung	2 von 6 Punkten der ÄZO-Checkliste
4.	Qualität Gesamt	14 von 40 Punkten der ÄZO-Checkliste

E.5 Recherche-Datenbanken „Demenz“

Literaturdatenbanken (z. T. Schwerpunkt: Evidence-based Medicine)

BANDOLIER Oxford Database of Evidence Based Medicine. National Institutes of Health, UK
Best Evidence, American College of Physicians, American Society of Internal Medicine (CD-ROM 5, 2001), US
Clinical Evidence. BMJ Publishing Group, UK
Cochrane Library online (inkl. Database of Systematic Reviews, Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness, Health Technology Assessment Database, NHS Economic Evaluation Database)
DAHTA-Datenbank (Deutsche Agentur für Health Technology Assessment beim DIMDI ¹), DE
DIMDI Amed, Biosis, Embase, Gerolit, Global Health, Heclinet, IPA, Psycinfo, Psyn dex, Somed ¹ , DE
DIMDI Medline ¹ , DE
eMJA (Medical Journal of Australia), AU
Evimed, Horten Zentrum für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer, CH
HTA NHSWeb, National Coordinating Centre for Health Technology Assessment, UK
INIST (Institut de l'Information Scientifique et Technique), FR
Inside Conferences. British Library, UK
LoC (Library of Congress), US
Medpilot (inkl. CCMed, Kluwer, Springer, Thieme, Karger, DÄB, ZBMed Opac/Medikat), Zentralbibliothek für Medizin und DIMDI ¹ , DE
NLM. Katalog der National Library of Medicine, US (CATFILEplus über DIMDI ¹)
NTIS (National Technical Information Service). US-Department of Commerce, US
ZBMed. Katalog der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin, DE (Medikat über DIMDI ¹)
Linksammlungen zu Leitlinien auf www.leitlinien.de , DE
Internetsuchmaschine: www.google.de

Recherche in fachübergreifende Leitliniendatenbanken:

AHRQ (Agency for Health Care Research and Quality), US
AMA (Alberta Medical Association), CA
AMA (Australian Medical Association), AU
AMDA (American Medical Directors Association), US
AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft), DE
AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), DE
BÄK (Bundesärztekammer), DE
BCC (British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines), CA
CCGC (The Colorado Clinical Guidelines Collaborative), US
CHSR (Centre for Health Services Research), UK
CMA/CMAJ (Canadian Medical Association), CA
Manitoba (College of Physicians and Surgeons of Manitoba), CA
eGuidelines, UK
Equip Magazin Online, UK
evidence.de. Universität Witten, DE
GAC (Guidelines Advisory Committee), CA
Health Canada LCDC (Laboratory Centre for Disease Control) STD-Guidelines, CA
HSTAT (Health Services Technology Assessment Texts), US
Humana Quality Improvement, US
ICSI (Institute for Clinical Systems Integration), US
Leitliniengruppe Hessen, DE
Ministry of Health Singapore, SG
NeLH (National Electronic Library for Health), UK
NGC (National Guideline Clearinghouse), US
NHMRC (National Health and Medical Research Council), AU
NIH (National Institutes of Health), US
NSW Health. New South Wales Department of Health, AU

NZGG (New Zealand Guidelines Group), NZ
PBM (Pharmacy Benefits Management Strategic Healthcare Group), US
PVA (Paralyzed Veterans of America), US
SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network), UK
SGHMS (St. George's Hospital Medical School), UK
Tufts Health Plan, US
UCSD (University of California, San Diego Medical Center), US
UWP (University of Washington Physicians), US
VA (Department of Veterans Affairs), US
VH (Virtual Hospital). University of Iowa, US
VHA (Veterans Health Administration/Office for Quality and Performance), US
VPQHC (Vermont Program for Quality in Health Care), US
WHO (World Health Organization)

Französische, niederländische und finnische Leitliniendatenbanken (Suche nach deutschen oder englischen Übersetzungen)

ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé), FR
NHG (Nederlands Huisartsen Genootschap), NL
CBO (Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg), NL
Finnish Medical Society Duodecim, FI

Recherche in folgenden fachspezifischen Leitliniendatenbanken:

Allgemeinmedizin
AAFP (American Academy of Family Physicians), US
ABFP (American Board of Family Practice), US
ACP-ASIM (American College of Physicians – American Society of Internal Medicine), US
GRAS (Groupe de Recherche et d'Action pour la Santé), BE <i>französisch; Suche nach engl./dt. Übersetzungen</i>
Linksammlung der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin), DE
RACGP (Royal Australian College of General Practitioners), AU
RCGP (Royal College of General Practitioners), UK
RCGP (Royal College of General Practitioners), UK: Quick Guides
RCP (Royal College of Physicians of London), UK
Geriatric
AGS (American Geriatrics Society), US
Neurologie
AAN (American Academy of Neurology), US
Prävention
ACPM (American College of Preventive Medicine), US
CDC (Centers for Disease Control and Prevention), US
CTFPHC (Canadian Task Force on Preventive Health Care), CA
Psychiatrie
APA (American Psychiatric Society), US
CPA (Canadian Psychiatric Association), CA
Psychguides.com, Expert Consensus Guidelines. Expert Knowledge Systems, US
RANZCP (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists), AU
RCPsych (Royal College of Psychiatrists), UK
Radiologie
ACR (American College of Radiology), US
AIUM (American Institute of Ultrasound in Medicine), US
IIR/RCR (Irish Institute of Radiography, The Royal College of Radiologists), IR
RCR (The Royal College of Radiologists), UK
SNM (Society of Nuclear Medicine), US