

KNDD AgeCoDe



SOP: Diagnosenvalidierung der Demenzdiagnosen

Schritt 1: Frau Wiese stellt Dateien für mögliche unklare Fälle nach denselben Kriterien zusammen, die auch das letzte Mal bei der Ziehung angewendet wurden¹. Einzige Abweichung: Es kommen diejenigen Fälle hinzu, bei denen am Ende der FU IV Untersuchung entweder der Untersucher eine Demenz vermutet oder laut Kriterien ein Demenzverdacht vorliegt (also im Teil 30 mindestens eine der Fragen 29.1 und 29.2 mit „ja“ beantwortet wurde oder mindestens eine der Fragen 29.2 oder 29.3 mit „nicht einschätzbar“). Diese Liste wird von Frau Wiese an alle Zentren verschickt und geht ebenfalls an die „Standing Diagnostical Clearing Platform“ (Jessen, Bickel, Riedel-Heller (Vertretung: Luppä oder Luck)).

Schritt 2: Die Mitarbeiter jedes Zentrums gründen eine Expertenrunde (die Untersucher und mindestens ein Arzt/ eine Ärztin sind Mitglied der Gruppe) und entscheiden nach Prüfung aller bis einschließlich FU IV vorliegenden Daten und Informationen, ob eine Demenzdiagnose vorliegt oder nicht und nimmt eine Ätiologieeinschätzung in Anlehnung an das Papier von Herrn Jessen (Dokument *Aetiologieabklärung_2009.doc*) vor.

¹ In der Datei sind alle Patienten aufgeführt, die mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllen:

- Demenz laut Untersucher in FU3
- Demenz laut Untersucher in FU3 nicht einschätzbar
- Demenzkriterium* FU3 erfüllt

- Demenz laut Untersucher in Fremdanamnese FU3
- Demenz laut Untersucher in Fremdanamnese FU3 nicht einschätzbar
- Demenzkriterium in der Fremdanamnese erfüllt (d.h. GDS ≥ 4 und/oder Blessed-Score >8)
- (Blessed-Score >8 und FA-GDS <4 oder fehlend in FU3) oder (Blessed-Score ≤ 8 und FA-GDS fehlend) [„bitte überprüfen“ angeführt]
- Fremdanamnese in FU3 durchgeführt, aber GDS fehlend

Das Demenz-Kriterium für untersuchte Patienten ist laut Sitzung vom 18.01.2008 wie folgt definiert:

Das Kriterium gilt als erfüllt, wenn Kriterium A1 und A2 erfüllt sind und außerdem das Kriterium B erfüllt ist oder ein Untersucher-GDS ≥ 4 vorliegt.

Sind die Kriterien A1 oder A2 nicht erfüllt, aber mindestens ein Item ist fehlend, so wird wie folgt verfahren: Ist der gewichtete SISCO < 34 , so gilt das A1- bzw. A2-Kriterium als erfüllt.

Schritt 3: Kommt die Expertenrunde des Zentrums zu einem klaren Ergebnis, so wird die endgültige Entscheidung durch Beantwortung des Teils 30, Frage 29.3 des Untersuchungsmoduls im Modul beantwortet sowie die Ätiologie verzeichnet.

Diagnose und Ätiologiezuordnung wird in die Datenbank eingetragen und in der Datenbank das Häkchen „Diagnose validiert“ angeklickt.

Wird die Kategorie „spezifische Demenz“ im Rahmen der Ätiologiezuordnung vergeben, so muss im Freitextfeld (NICHT im Kommentarfeld – dieses wird bei der Auswertung nicht berücksichtigt) die Ursache eingetragen werden (z.B. Morbus Parkinson).

Schritt 4: Kommt die Expertenrunde eines Zentrums in einem oder mehreren Fällen zu keiner klaren Einschätzung in Diagnose und/oder Ätiologie, so wird die dafür eingerichtete „Standing Diagnostical Clearing Platform“ (Jessen, Bickel, Riedel-Heller (Vertretung: Luppä oder Luck)) über Marion Eisele kontaktiert. Sie beruft eine Telefonkonferenz zur endgültigen Entscheidung ein, an der die Mitglieder der „Standing Diagnostical Clearing Platform“ sowie ein Vertreter des Zentrums, aus dem der Fall kommt, teilnehmen. Die Entscheidungen werden mit Hilfe des Expertenwissens und in enger Anlehnung an die im Jahr 2008 besprochenen „unklaren Fälle“ entschieden.

Steht die Entscheidung, gibt der Vertreter des Zentrums, aus dem der Fall kommt, die Diagnose wie unter „Schritt 3“ beschrieben in die Datenbank ein.

Alle Probanden, die nicht auf der von Frau Wiese erstellten Liste stehen haben keine Demenzdiagnose, das Häkchen „Diagnose validiert“ muss daher zur Zeitersparnis nicht gesetzt werden.

Anhang: SOP Diagnosenvalidierung

Ätiologische Zuordnung von Demenzdiagnosen im FU III (gilt auch für die folgenden FU Untersuchungen)

Autor: Frank Jessen, Überarbeitung: Marion Eisele

Im Folgenden finden Sie Hinweise zu den verschiedenen Ätiologien der Demenz. Es werden sowohl die Kategorien erläutert, als auch Hinweise darauf gegeben, wie sich eine bestimmte Ätiologie in den Daten widerspiegeln kann.

Kategorien

- Alzheimer Demenz
- Vaskuläre Demenz
- Gemischte Demenz (M. Alzheimer/vaskulär)
- Spezifische Demenz* (z.B. bei vor Demenz bestehendem Parkinson oder Alkoholabusus)
- Nicht näher bezeichnete Demenz (absolute Restkategorie!)

**Die Spezifische Ursache der Demenz soll unbedingt im Freitextfeld „Begründung“ eingetragen werden!*

Ätiologie
Ätiologiezuordnung durch den Untersucher
Spezifische Demenz (z.B. bei vor der Demenz bestehendem Parkinson oder Alkoholabusus)
Begründung:

Grundlage der ätiologischen Klassifikation ist die gesamte Information, die über den Probanden verfügbar ist. In kritischen Fällen kann die Information über Hausarzt und Angehörige ergänzt werden.

Erläuterung der Kategorien

Zur Einordnung in die Kategorien kommen folgende Kriterien zur Anwendung

Kategorie: Alzheimer Demenz

DSM IV-Kriterien

- Demenz
- Allmählicher Beginn, kontinuierliche Verschlechterung
- Keine anderen zerebralen, systemischen oder funktionellen Krankheiten, die eine Demenz verursachen können.

⇒ Bei fehlendem Hinweis für eine zerebrovasculäre Krankheit (NINDS-AIREN-Kriterien - siehe unten - oder andere Quellen) und für andere spezifische Ursachen und schleichendem Verlauf der kognitiven Verschlechterung wird eine Alzheimer Demenz diagnostiziert.

Kategorie: Vaskuläre Demenz

NINDS-AIREN-Kriterien

- Demenz
- Zerebrovasculäre Krankheit
 - Fokale neurologische Zeichen oder Symptome (neurologische Untersuchung)
 - Nachweis ischämischer Läsionen (multiple oder strategische Infarkte) durch Bildgebung
- Kausale Beziehung
 - Beginn der Demenz innerhalb von drei Monaten nach einem Apoplex
 - Akute kognitive Verschlechterung
 - Fluktuierendes bzw. schrittweises Fortschreiten der kognitiven Defizite

Diagnose einer *wahrscheinlichen* vaskulären Demenz wird gestützt durch

- Früh einsetzende Gangstörung
- Anamnestisch Hinweise für Stürze
- Harninkontinenz nicht urologisch geklärt
- Pseudobulbärparalyse
- „subkortikale Symptome“
 - Persönlichkeits- und Stimmungsänderung
 - Abulie
 - Depression
 - Emotionale Labilität
 - Psychomotorische Verlangsamung

Diagnose einer *möglichen* vaskulären Demenz wird gestützt durch

- Demenz bei fokal-neurologischen Symptomen ohne klaren Hinweis für VD in der Bildgebung
oder
- Demenz und Schlaganfall, deren Auftreten zeitlich nicht eindeutig zusammenhängen
oder
- Variabler Verlauf der kognitiven Defizite mit ansonsten deutlichen Hinweisen für eine VD

⇒ Bei Hinweisen auf eine zerebrovasculäre Krankheit (NINDS-AIREN-Kriterien oder andere Quellen) und Hinweisen für einen kausalen Zusammenhang nach NINDS-AIREN-Kriterien (akute Verschlechterung, Verschlechterung innerhalb von drei Monaten nach einem zerebrovasculären Ereignis, schrittweise Verschlechterung, fluktuierender Verlauf) wird eine vaskuläre Demenz diagnostiziert (Nur wenn die Kriterien einer *wahrscheinlichen* VD erfüllt sind, ausschließlich Hinweise für eine *mögliche* VD reichen nicht aus).

Kategorie: Gemischte Demenz

Es sind klare Anzeichen sowohl für eine vaskuläre als auch eine Alzheimer Demenz vorhanden.

⇒ Bei Hinweisen für zerebrovaskuläre Erkrankung (NINDS-AIREN-Kriterien oder andere Quellen) ohne Hinweise für einen kausalen Zusammenhang mit der kognitiven Verschlechterung nach NINDS-AIREN-Kriterien (z.B. langsam progredienter Verlauf und cerebrovaskuläres Ereignis) wird eine gemischte Demenz diagnostiziert.

Kategorie: Spezifische Demenz

Alle Demenzfälle, für die sich andere Ätiologie außer AD, gemischte Demenz und VD eindeutig zeigt, werden als „Spezifische Demenz“ klassifiziert. Die Ursache wird im Feld „Begründung“ entsprechend klassifiziert (nicht im Kommentarfeld, dieses wird nicht ausgewertet). Wesentlich ist, dass der Zusammenhang zwischen diesem Ereignis bzw. der Krankheit und dem Auftreten der Demenz wahrscheinlich ist.

Beispiele: Demenz bei z.N. Schädelhirntrauma mit cerebraler Blutung, Hirntumor, subduralem Hämatom, M. Parkinson, Lewybody etc.).

Falls der Zusammenhang nicht wahrscheinlich ist sollte die wahrscheinlichste Diagnose gestellt und ggf. um einen Kommentar ergänzt werden.

Beispiel: Demenz mit kognitiver Verschlechterung seit ca. 1 Jahr, Sturz mit Kopfverletzung und Blutung vor zwei Monaten. Kodierung: AD (falls sonst passend). Eintrag im Feld „Begründung“: Sturz mit Blutung vor zwei Monaten

Hinweis: Abgrenzung von Demenz bei M. Parkinson und Lewy-Body-Demenz (LBD)

- *Demenz bei M. Parkinson:* Bekannter M. Parkinson, jetzt Demenz. Parkinsonbeginn und Demenzbeginn müssen mindestens ein Jahr auseinander liegen.
- *LBD:* Auftreten von Demenz und Parkinsonsymptomatik innerhalb eines Jahres. Die Diagnose einer LBD sollte auf Basis aller verfügbaren Informationen i.S. einer Best-estimate Diagnose gestellt werden. Eine operationalisierte Herangehensweise ist hier nicht geeignet, da es Überlappungen zu AD und Parkinson gibt.

⇒ Spezifische Ursachen für die Demenz (Schädel-Hirn-Trauma, Alkohol, Hirntumor, M. Parkinson etc.) werden bei deutlichem kausalem Zusammenhang diagnostiziert.

Kategorie: Nicht näher bezeichnete Demenz

Demenzfälle, bei denen keine Zuordnung möglich ist, fallen in die Kategorie der „nicht näher bezeichneten Demenz“. Diese Kategorie ist nur in Ausnahmefällen anzuwenden, das Sie als Restkategorie dient.

⇒ Bei fehlender Möglichkeit der ätiologischen Klassifikation wird eine nicht näher bezeichnete Demenz diagnostiziert (nur in Ausnahmefällen anzuwenden).

Folgende Items aus der Untersuchung geben Hinweise auf die Ätiologie der Demenz

Bei persönlichem Interview

Alzheimer Demenz

- SIDAM Item 48a: schleichender Beginn (DSM IV)

Vaskuläre Demenz

- Hashinski Skala Item 1: plötzlicher Beginn der kognitiven Störung (Hinweis für kausale Verbindung von cerebrovaskulärem Ereignis und kognitiver Verschlechterung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Hashinski Skala Item 2: schrittweise Verschlechterung (Hinweis für kausale Verbindung von cerebrovaskulärem Ereignis und kognitiver Verschlechterung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Hashinski Skala Item 3: fluktuierender Verlauf (Hinweis für kausale Verbindung von cerebrovaskulärem Ereignis und kognitiver Verschlechterung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Hashinski Skala Item 10: Schlaganfälle in der Vorgeschichte (Hinweis auf zerebrovaskuläre Erkrankung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Hashinski Skala Item 12: Neurologische Herdsymptome (Hinweis auf zerebrovaskuläre Erkrankung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Hashinski Skala Item 13: Neurologische Herdzeichen (Hinweis auf zerebrovaskuläre Erkrankung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Teil 22: zusätzliche Informationen vom Untersucher: grobe neurologische Ausfälle (Hinweis auf zerebrovaskuläre Erkrankung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Zusätzlich sind Hinweise aus der Fremdanamnese und durch den Hausarzt bzgl. cerebrovaskulärer Ereignisse zu berücksichtigen. Falls solche Ereignisse vorliegen soll versucht werden den zeitlichen Zusammenhang mit dem Auftreten der Demenz zu erfragen und frei zu notieren (Hinweis auf zerebrovaskuläre Erkrankung und kausalen Zusammenhang mit kognitiver Verschlechterung, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Zusätzlich sollten aus der Anamnese Hinweise für Gangstörung, Stürze, Harninkontinenz (z.B. SIDAM Item 44k) und Pulbärparalyse berücksichtigt werden (unterstützt wahrscheinliche VD, NINDS-AIREN-Kriterien)
- Weiter Hinweise auf cerebrovaskuläre ereignisse (Schlaganfall, TIA) kann dem Hausarztfragebogen entnommen werden

Bei ausschließlicher Fremdanamnese

- Hausarztfragebogen und Fremdanamense