

Guideline Demenz der mednetbern AG



Stand 2021 – Seite 1 | © mednetbern AG

Guideline Demenz

<p>Diagnose nach ICD-10</p>	<p>F00-F03 Demenz</p>
<p>Definition</p>	<p>Neurologisches Syndrom verursacht durch eine fortschreitende neurodegenerative oder/und vaskuläre Erkrankung des Gehirns. Initial überwiegend Störungen kognitiver Funktionen: Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Im Verlauf kommt es zu einer Verschlechterung der kognitiven Funktion und dadurch zu einer Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen sowie von Veränderungen von Sozialverhalten, emotionaler Kontrolle und Motivation (Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz, bzw. «behavioral and Psychological Symptoms of Dementia» = BPSD). Im fortgeschrittenen Stadium sind auch vegetative und motorische Funktionen betroffen.</p>
<p>Case-Finding</p>	<p>Kein Screening, sondern gezielte Suche nach Betroffenen bei neu aufgetretenen Auffälligkeiten oder Risikofaktoren. • Auffälligkeiten: in der Praxis, beim Fahreignungstest, Hinweise Angehöriger oder Dritter, Klagen des Patienten. • Risikofaktoren: Alter, Genetik, Mild Cognitive Impairment (MCI), SF n. Delir, kardiovaskuläre Risikofaktoren mit Beginn bereits im mittleren Alter, Depression, Schlafstörung, Gangstörung, Schwerhörigkeit, wenig soziale Interaktion, wenig physische und mentale Aktivität. Cave: Ausschluss akut gefährlicher und/oder behandelbarer Ursachen (5%) mittels mednetbern Clinical Decision Support (CDS)-Tool Kognitive Störung.</p>
<p>Kognitive Ersttestung</p>	<p>Das Case-Finding muss durch den Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA) (erhältlich unter www.mocatest.org) bestätigt werden. Hohe Sensitivität im Frühstadium. Bei < 26 Punkten: abklärungsbedürftige kognitive Störung.</p>
<p>3-teilige diagnostische Weiterabklärung der kognitiven Störung</p>	<p>1. Demenzkriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Ersttests pathologisch: MoCA ≤ 21 Punkte bzw. Mini-Mental-Status-Test (MMST) (erhältlich unter www.testzentrale.ch) < 27 Punkte. • Verschlechterung im Verlauf: IQ-Code (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) ≥ 23 Punkte. • Beeinträchtigung der Alltagsfunktion: FAQ (Functional Activities Questionnaire) ≥ 10 Punkte. <p>2. Ausschluss potentiell gefährlicher und reversibler Erkrankungen und Medikamenten-NW</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gen. mednetbern CDS-Tool Kognitive Störung. • Untersuchungen: Medikationsanamnese, intermitterender und Neurostatus (achten auf Schlaganfallrisiden, Gangstörung, Parkinsonismus, Verlangsamung). • Labor: Hämogramm V, Na, K, Ca, Glukose, TSH, TPO-Antikörper, CRP/BSR, Leberwerte, Kreatinin, Harnstoff, B12, evtl. HIV, Lues. Genetische Testung in Spezialfällen. • Bildgebung: MRI (Atrophie im medialen Temporallappen/ vaskuläre Läsionen?), evtl. CT. Für FDG-PET Kostengrundsprache. <p>3. Psychische Erkrankungen und Ressourcen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vervollständigung des Psychostatus: Bewusstseinsstörung, depressive Symptomatik, psychotische Symptome (Wahnsymptome, Halluzinationen), Therapie relevant. • NPI (Neuropsychiatrisches Inventar): Erfassen der BPSD (psychische und Verhaltenssymptome der Demenz), Therapie relevant. • Psychosoziales Assessment: Wohnsituation, Angehörige. • Ressourcen: Bildungsniveau, kultureller Background, Hobbies.
<p>Diagnose</p>	<p>Alle drei Demenzkriterien müssen erfüllt sein; Pathologische Kognition UND Verschlechterung im Verlauf UND Beeinträchtigung der Alltagsfunktion.</p>
<p>Differentialdiagnose</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gen. mednetbern CDS-Tool Kognitive Störung. • Leichte kognitive Beeinträchtigung (Mild Cognitive Impairment MCI): Alltagsfunktionen NICHT beeinträchtigt. UND MoCA: 19–25; MMST ungeeignet. Es gibt eine Überlappung der MoCA-Punktzahl im Grenzbereich zwischen MCI (19–25) und Demenz (≤ 21). Entscheidend ist die Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen (Demenzkriterium). Progression von MCI zur Demenz möglich. Verlaufsbewachtung. • Beeinträchtigte Alltagsfunktionen bei normaler kognitiver Testung (MoCA ≥ 26, MMST ≥ 27): andere Ursache suchen (z. B. psychiatrisches Leiden). • Klagen über eine kognitive Beeinträchtigung bei normaler kognitiver Testung (MoCA ≥ 26), gehäuft bei zunehmendem Alter (30%) und bei depressiven, angstlichen Pat., die sich selbst für eine kognitive Abklärung zugewiesen haben. Verlaufsbewachtung.
<p>Ätiopathologische Unterteilung der Demenzen (nur häufigste)</p>	<p>Unterscheidungen zwischen den Demenzformen sind zu Beginn der Erkrankung oft schwierig, jedoch therapierelevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alzheimer-Demenz (50–70%): Neurodegenerativ. Amyloidmarker. Meist ab 65 Jahren. Vor 65 oft genetisch autosomal-dominante Variante. • Vaskuläre Demenz (15–25%): Mikro- oder makrovaskuläre Hirnschädigung oft vorbekannt. Spätes Lebensalter. Häufig Gangstörung, Stürze, Blasenstörung, Pseudobulbäraparalyse, Persönlichkeits- und Stimmungsveränderungen. Demenz bei chronischer Nierensuffizienz meist vaskulär. • Gemischte Demenz: Alzheimer Demenz + vaskuläre Demenz (16–20%), Alzheimer Demenz + Lewy-Körper-Demenz. • Frontotemporale Demenz (≤ 10%): Verhaltensvariante und Variante der primär progressiven Aphasie. Mittleres Lebensalter. • Demenz bei Morbus Parkinson (20–40% aller an M. Parkinson Erkrankten): Kognitive Beeinträchtigung bei Diagnose eines M. Parkinson. • Lewy-Körper-Demenz (≤ 10%): Initial noch erhaltenes Gedächtnis bei Aufmerksamkeits- und Verhaltensstörungen. Nach 65 Jahren: Parkinson-Symptome. Optische Halluzinationen, REM-Schlaf-Störung mit Schreien, motorisches Auslagern von Träumen. Neuroleptikabereitimpfindlichkeit!
<p>Assessment</p>	<p>Das kombinierte Assessment der Demenz ist therapierelevant. Es besteht aus einer Synthese der folgenden Parameter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schweregrad der Demenz gem. Beeinträchtigung der kognitiven und Alltagsfunktionen. • Leicht: MoCA < 10 oder MMST 10–19; Zusätzlich Beeinträchtigungen der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens gem. FAQ ≥ 10. • Mittel: MoCA < 10 oder MMST 10–19; Zusätzlich Beeinträchtigungen der basalen Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Trinken, Aufstehen, Gehen, Treppensteigen, An- und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung, Harn- und Stuhlinkontinenz. • Schwer: MMST < 10 (MoCA nicht geeignet). Sehr schwer: MMST < 3. (MoCA nicht geeignet). Vollständige Abhängigkeit. • Ursache der Demenz. • Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD) gem. NPI.

Delir: Akut aufgetretene, im Verlauf fluktuierende Störung des Bewusstseins mit Beeinträchtigungen in Aufmerksamkeit, Kurzzeitgedächtnis, Orientierung und Wahrnehmung.
 Die Abgrenzung zur Demenz gelingt in der Regel durch die Anamnese mit den Risikofaktoren Alter, Multimorbidität, Poly Medikation, Alkohol, Drogen, Hospitalisation, Operation. Demenz ist selber auch ein Risikofaktor für ein Delir!
Notfallsituation! Hohe Mortalität, behandelbare Ursachen suchen.



Therapieziel	Sicherung einer optimalen Lebensqualität und Verlangsamung der Progredienz durch Erhalt der kognitiven Funktionen durch pharmakologische und psychosoziale Interventionen, Erhalt der Autonomie durch gezielte Unterstützung bei den Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, sowie der Partizipation am familiären und gesellschaftlichen Leben.			
Behandlungsstrategie	Das Therapieziel wird erreicht durch individualisierte allgemeine und pflegerische Massnahmen , sowie durch psychosoziale und pharmakologische Interventionen . Co-Morbiditäten werden angemessen behandelt. Cave sedierende Medikamente oder Medikamente mit anticholinergem NW!			
Therapie der Demenz	<p>Allgemeine und pflegerische Massnahmen</p> <p>Frühzeitige Aufklärung der Pat. UND Angehörigen zu Symptomatik, Diagnostik, Verlauf und Behandlung in verständlicher Sprache. Betonen, dass der Aufbau eines multiprofessionellen Helfernetzes unerlässlich ist. Abgabe von Informationsbroschüren, Info zu Beratungsstellen. Anmeldung an die IV für Hilfenotenschädigung, Involvierung KESB (Beistandschaft).</p> <p>Psychoedukation: Vermittlung wissenschaftlich fundierter Informationen zu Diagnose und Verlauf mit dem Ziel, bei Pat. und Angehörigen Verständnis, Akzeptanz und Mitarbeit zu verbessern.</p> <p>Partizipative Entscheidungsfindung: Gemeinsam Behandlungsoptionen besprechen, Erwartungen und Befürchtungen explorieren, Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag ausarbeiten und das Prozedere festlegen. So können die Vorstellungen der Patienten auch bei weiterer Verschlechterung der kognitiven Funktionen optimal berücksichtigt und Konflikte vermieden werden.</p> <p>Tagesstruktur: Förderung von regelmässigen körperlichen und mental stimulierenden Aktivitäten, sozialen Kontakten und einer ausgewogenen Ernährung. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens durch gezielte Massnahmen vermeiden: z. B. Mobilität in der Wohnung und ausserhalb: (Rollator, Rollstuhl, Fahrienst); Verordnung Spiex, Ergotherapie.</p> <p>Geriatrische Tagesklinik: Entlastung der Angehörigen, Durchführung der unten beschriebenen psychosozialen Interventionen.</p> <p>Eigen- und Fremdschutz: Korrektur von Hör- und Sehstörungen wenn noch möglich. Empfehlung Rauchstopp oder nur unter Aufsicht (Brandgefahr!) und Alkoholstopp.</p>			
Psychosoziale Interventionen (Empfehlungsgrad: A= Soll, B= Sollte, O= Kann)	Schweregrad	MoCA 10–21 od. MMST 20–26	Mittelschwer MoCA < 10 od. MMST 10–19	Schwer MMST < 10
	Kognitive Verfahren	Kognitive Stimulation (B)		Keine Empfehlung
	Körperliche Aktivität	Reminiszenztherapie (Autobiographische, emotional positiv besetzte Allgedächtnisinhalte aktivieren) (B)		
	Ergotherapie	Körperliche Aktivierung und leichtes körperliches Training 1 Std/Woche (B)		Keine Empfehlung
	Sensorische Verfahren	Einbezug der Bezugspersonen im häuslichen Umfeld (B)		
	Musiktherapie	Keine Empfehlung	Aromatherapie (O) Berührung/Körperkontakt (Cave: Distanz/Privatsphäre beachten) 0 Multisensorische, biographiebezogene Stimuli, Snoezelen (O) Aktive Musiktherapie (O)	
Psychosoziale Interventionen (bei definierten Symptomen)	Agitation / Aggression: Aromatherapie, rezeptive Musiktherapie (O). Depressive Symptome: Strukturierte, angenehme Aktivitäten (B). Störung des Tag-/Nachtrythmus: Strukturierte Aktivierung während des Tages (B). Mangelnde Nahrungsaufnahme: Verbale Unterstützung, positive Verstärkung, familienähnliche Esssituation (B).			
	Pharmakotherapie der Demenz (Empfehlungsgrad: A= Soll, B= Sollte, O= Kann)	Leicht MoCA 10–21 od. MMST 20–26	Mittelschwer MoCA < 10 od. MMST 10–19	Schwer MMST < 10
Alzheimer (AD)/ gemischte Demenz (GD)	Schweregrad	MoCA 10–21 od. MMST 20–26	MoCA < 10 od. MMST 10–19	Off-Label: AD: Donepezil (B), Galantamin (B), Donepezil+Memantin: (O) Off-Label: GD: Donepezil (O), Galantamin (O)
	Vaskuläre Demenz	Kein Einsatz von Memantin (A) Off-Label: Donepezil (O), Galantamin (O), Rivastigmin (O), Memantin (O) Off-Label: Ginkgo Biloba (O)	AD: Memantin (B)/GD: Memantin (O)	
	Frontotemporale Demenz	Keine Empfehlung		
	Lewy-Körper-Demenz	Bei Verhaltenssymptomen (NPI): Rivastigmin (O), Memantin (O)		
Demenz bei M. Parkinson	Rivastigmin Kps: B (Off-Label: Rivastigmin Pflaster (B) Off-Label: Donepezil (B)			Keine Empfehlung



<p>Suche nach medizinischen, personen- und umgebungsbezogenen Faktoren: Medizinisch: Psycho- und internistischer Status, Labor, Delir, Schmerzen, Medikamente (anticholinerge NWI). Sind die Grundbedürfnisse adäquat abgedeckt: psychologisch (Orientierungslosigkeit, Angst, Langeweile), physiologisch (Hunger, Durst, Schlaf), sozial (Einsamkeit)? Personen- und umgebungsbezogene Faktoren: Achten auf Überforderung und dysfunktionale Bewältigungsstrategien von Pat., Angehörigen und Fachpersonen. Anpassen der internistischen Behandlung, der psychosozialen Interventionen, der pharmakologischen Behandlung. Bezug von zusätzlicher Unterstützung durch Ausbau der Helfernetzes.</p>	ACHE-Hemmer		Memantinn		Ginkgo biloba		SSRI		Risperidon*	
	Schweregrad	MMST 10–26	MMST 3–19 Punkte	MMST 10–26						
	Apathie / Gleichgültigkeit	x			x					
	Depression	x			x			x		
	Agitation, Aggressivität		x						x	
	Reizbarkeit	x							x	
	Angst	x							x	
	Motorische Unruhe									(x)
	Wahn, Halluzination			x						x
		<ul style="list-style-type: none"> Bei Schlafstörungen, motorischer Unruhe, Euphorie und Enthemmung gibt es KEINE evidenzbasierte Pharmakotherapie. Off-Label: Quetiapin, Trazodon, Trimipramin, Pinipamperon, Lamotrigin, Gabapentin, Clozapin (Blutbildkontrolle). Benzodiazepine vermeiden! Stürze, Delir, kognitive Verschlechterung. (ggf. kurzwirksame Präparate bei speziellen Indikationen). * Neuroleptika: Pat. und ihre Vertreter müssen darauf hingewiesen werden, dass Antipsychotika das Risiko für Mortalität und kognitive Verschlechterung erhöhen. Sie sind bei Lewy-Körper-Demenz und Demenz bei M. Parkinson kontraindiziert (ggf. Versuch mit Clozapin oder Quetiapin). 								
Verlaufskontrolle	<p>Alle 3–6 Monate. Überprüfung der Therapie: Erfassen der kognitiven Funktionen (MoCA/MMST), der Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (FAQ), der BPSD (NPI). Erfassen der Belastung der Angehörigen, des Pflege- und Betreuungsaufwandes (multiprofessionelles Helfernetz). Erkennen und Behandeln von Frailty (prognostisch relevant): Rasche Erschöpfung, rascher Gewichtsverlust, Muskelabbau, unsichere Fortbewegung, Stürze, reduzierte Aktivität im Alltag, Isolation und Vereinsamung, Inkontinenz.</p> <ul style="list-style-type: none"> Unsichere Diagnose, atypische Symptome, atypischer Verlauf → <i>Memory-Klinik, Neurologe, Geriater</i> Aetiopathologische Klärung (Frontotemporale Demenz, Lewy-Körper-Demenz, Demenz bei M. Parkinson, MCI?) → <i>Memory-Klinik, Neurologe</i> Indikationsstellung einer medikamentösen Therapie → <i>Memory-Klinik, Neurologe</i> Nicht therapierbare Psychische und Verhaltenssymptome der Demenz (BPSD) → <i>Gerontopsychiatrie, Geriater</i> Akutes Auftreten oder Verschlechterung der kognitiven Störung, Delir-Verdacht → <i>Akutsptial</i> 									
Wann Weiterweisung? Wohin?	<p>Fördern einer guten Ausbildung in der Jugend, Behandlung der Risikofaktoren (s. Case Finding!). Implementieren der mednetbern-Guidelines Hyperlipidämie, Hypertonie und Diabetes mellitus. Hör- und Sehstörungen behandeln. Reduktion des Alkoholkonsums. Rauchstopp. Vermeiden von Luftverschmutzung. Achten auf Depression. Genügend physische, soziale und mental stimulierenden Aktivitäten. Bei Frauen ist Lohnarbeit ausser Haus im frühen und mittleren Erwachsenenalter ein Schutzfaktor.</p> <p>Bei Erkrankungsbeginn vor der Pensionierung besteht in der Regel Arbeitsunfähigkeit: Anmeldung für IV-Rente.</p>									
Prävention (kognitiv Gesunde und MCI)	<p>Spätestens ab MMST < 21 Punkte (entspricht etwa MoCA < 12 Punkte) und Trail-Making-Test B (erhältlich unter www.memoryclinic.ch/de/main-navigation/neuropsychologen/cerad-plus/) > 180 Sekunden soll die Fahreignung in Frage gestellt werden. Bei leichter Demenz und MCI kann die Fahreignung in besonders günstigen Fällen noch bejaht werden (Untersuchungsintervall auf ein Jahr begrenzen, evtl. Verkehrsmedizin Stufe 3 oder 4).</p>									
Arbeitsfähigkeit	<p>Schweregrad Leicht (MoCA 10–21 od. MMST 20–26) Mittelschwer (MoCA < 10 od. MMST 10–19) Schwer (MMST < 10)</p> <p>Urteilsfähigkeit Meist noch gegeben. In Frage stellen (weiterweisen). Klar nicht mehr gegeben.</p>									
Fahreignung	<p>Vorsorgeauftrag und Patientenverfügung möglichst im Stadium der leichten Demenz formalisieren, solange noch Urteilsfähigkeit besteht.</p>									
Verlauf und Prognose	<p>Neurodegenerative Demenzen: Variable Dauer, über mehrere Jahre progressiert. Vaskuläre Demenz: stufenförmige Verläufe mit Phasen ohne Progression oder leichter Besserung möglich. Die Abnahme der kognitiven Funktionen wird durch Frailty beeinflusst. Da bisher keine Therapie zur Verhinderung der Progression bzw. zur Heilung existiert, ist die Prognose mit fortschreitender Pflegebedürftigkeit und reduzierter Lebenserwartung assoziiert.</p>									

Medikamente



Medikamentengruppen	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Wirkstoff	Empfehlung	Kontraindikationen / Cave / Nebenwirkungen
Acetylcholinesterasehemmer Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Donepezil (Aricept®) 5–10 mg CHF 2.15	Galantamin (Reminyl®) 8–24 mg CHF 2.55	Rivastigmin (Exelon®) 3–12 mg Kps, CHF 1.35–2.70 Patch CHF 1.80–2.10	Limitatio: Leichte und mittelschwere Demenz. Zu Therapiebeginn MMST. Erste Zwischenevaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden. Es soll die höchste verträgliche Dosis angestrebt werden.	Ki: Überempfindlichkeit. NW: Nausea, Erbrechen und Diarrhöe, Gewichtsverlust. Sick-Sinus-Syndrom, sinusatriale Blockierung, AV-Block, Gastritis oder duodenale Ulzera. Unerwünschte Wirkungen durch erhöhte cholinerge Aktivität: Harnerhalt, Krampfanfälle, Asthma, obstruktive Lungenerkrankung, extrapyramidale Symptome, Tremor.	
NMDA-Rezeptorantagonist Tagesdosis Kosten / Tag CHF	Memantin (Axura®, Ebixa®) (5)–20 mg CHF 2.50			Limitatio: mittelschwere bis schwere Alzheimer-Demenz. Zu Therapiebeginn MMST. Erste Zwischen-evaluation nach 3 Monaten, dann alle 6 Monate. Die Therapie kann nur mit einem Präparat durchgeführt werden. Die Kombinationstherapie mit Donepezil erfordert eine Kostengutsprache. Dosisreduktion auf 10 mg bei GFR < 50ml/min.	Ki: Epilepsie, Amantadin, Ketamin. NW: Schläfrigkeit, Atzineimittelüberempfindlichkeitsreaktionen, Schwindel, Hypertonie, Dyspnoe, Verstopfung, Kopfschmerzen.	
Ginkgo Biloba Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Ginkgo-biloba-Trockenextrakt (Symfona®, Tebokan®) 240 mg CHF 1.45			Off-Label bei Demenz leichten und mittleren Grades.	Allergien, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Beschwerden, Blutungsrisiko.	
Neuroleptika Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Risperidon (WHO) (Risperdal®) 0.5–2 mg CHF 0.50–1.50	Clozapin (WHO) (Leponex®) 12.5–36 mg CHF 0.20–0.40 Spezialfälle, GCP	Quetiapin (Seroquel®) 12.5–300 mg CHF 0.50–2.00 Spezialfälle, GCP	Therapie der BPSD mit Risperidon: hilfreich bei Agitation, Reizbarkeit, Aggressivität, Wahn, Halluzinationen, (evtl. bei motorischer Unruhe). Clozapin und Quetiapin als Therapieversuch der BPSD bei M. Parkinson- oder Lewy-Körper-Demenz (GCP).	Cave: Zahlreiche, auch schwere Nebenwirkungen! Erhöhte Gesamtmortalität, beschleunigte kognitive Verschlechterung. Ki für Risperidon: Morbus Parkinson, Lewy-Körper-Demenz. Clozapin: anticholinerge Nebenwirkungen, Blutbildkontrolle obligatorisch (Gefahr der Agranulozytose). Bei Lewy-Körper-Demenz Neuroleptikaüberempfindlichkeit.	
Antidepressiva Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Escitalopram (Cipralext®) 10 mg CHF 0.60	Sertralin (Zoloft®) 50–100 mg CHF 1.50	Fluoxetin (WHO) (Fluoxetine®) 20 mg CHF 0.80	Therapie der BPSD: hilfreich bei Depression und Angst	Kombination mit MAO-Hemmern, schwere Leberinsuffizienz. Cave KHK, DM, Mänie, instabile Epilepsie, Gewichtszunahme, EKG-Kontrolle (keine Gabe bei Verlängerung des QT-Intervalls).	
Antiepileptika Tagesdosis Kosten/Tag CHF	Carbamazepin (WHO) (Tegretol®) 300–400 mg CHF 0.20–0.30			BPSD: evtl. hilfreich bei Agitation, Aggressivität. Zu versuchen, wenn keine Verbesserung durch Neuroleptika. Off-Label	Interaktionen häufig.	

Projektteam: Dres. med. Amato Gianni, Stefan Schäfer, Ursula Frey, –Beratender Arzt: Dr. med. Marzio Sabbioni

Basisliteratur:

1. WHO Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia WHO Guidelines. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/guidelines_risk_reduction/en/
2. Towards a dementia plan: a WHO guide. https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/policy_guidance/en/
3. ENNS-ENS Guidelines on the diagnosis and management of disorders associated with dementia. j.1468-1331.2012.03784.x.pdf
4. DGN Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie Demenzen Aktualisierung 2016, AWMF-Register-Nummer: 038-013
5. Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen. https://boris.unibe.ch/114777/1/1661-8157_a002948.pdf