

NTG – EDSD

Dieser Fragebogen, der *“NTG-Early Detection Screen for Dementia”*, ist dazu gedacht, **frühe Anzeichen** einer möglichen Abnahme kognitiver Fähigkeiten (MCI; mild cognitive impairment) oder **einer möglichen Demenz** bei **Personen mit intellektueller/geistiger Behinderung** zu erkennen. Er stellt eine überarbeitete Version der DSQIID (Deb, 2007) dar, und ist **nicht zur Stellung einer Diagnose geeignet**. Es ist ein Instrument zur kontinuierlichen, standardisierten Beobachtung eines möglichen funktionalen Abbaus und gesundheitlicher Probleme. Es soll wichtige Informationen für eine weitere Abklärung liefern, sowie Praktikern, Pflegepersonen oder Familienangehörigen helfen, mögliche Probleme zu erkennen.

Es wird empfohlen diesen Fragebogen jährlich (bei Bedarf auch öfter) auszufüllen. Bei Personen mit **Down Syndrom** ist dies **ab einem Alter von 40 Jahren** angezeigt. Bei Personen mit einer anderen Form der intellektuellen Behinderung sollte das Instrument dann eingesetzt werden, wenn eine Abnahme der kognitiven Fähigkeiten wahrscheinlich wird.

Ausgefüllt werden kann der Fragebogen von einer nahestehenden Person, die die betroffene Person gut kennt (mind. 6 Monate), z.B. ein Familienmitglied oder eine Betreuungsperson. Dieser Fragebogen kann auch von medizinischem Fachpersonal ausgefüllt werden (z.B. ÄrztInnen, Pflegepersonal, etc.) wenn Informationen aus vorhandenen Aufzeichnungen oder aus Beobachtungen verwendet werden.

Der Zeitaufwand für die Bearbeitung des Fragebogens liegt bei **15 bis 60 Minuten**. Einige Informationen können der medizinischen Dokumentation entnommen werden. Für zusätzliche Information zu diesem Instrument ziehen Sie das Manual heran (www.aadmd.org/ntg/screening).

⁽¹⁾ Nummer: _____ ⁽²⁾ Datum: _____

Name der Person: ⁽³⁾ Vorname: _____ ⁽⁴⁾ Nachname: _____

⁽⁵⁾ Geburtsdatum: _____ ⁽⁶⁾ Alter: _____

⁽⁷⁾ Geschlecht: Männlich Weiblich

⁽⁸⁾ Schweregrad der intellektuellen Behinderung (wählen Sie die passendste Kategorie)

<input type="checkbox"/>	Keine erkennbare intellektuelle Behinderung (IB)
<input type="checkbox"/>	Lernbehinderung (IQ 70-75)
<input type="checkbox"/>	Leichte IB (IQ 55-69)
<input type="checkbox"/>	Mittelgradige IB (IQ 40-54)
<input type="checkbox"/>	Schwere IB (IQ 25-39)
<input type="checkbox"/>	Sehr schwere IB (IQ < 25)
<input type="checkbox"/>	Unbekannt

Anleitung: Wählen Sie für jeden Fragenblock die am besten passende Antwort für die Person oder Situation.

⁽⁹⁾ Diagnostizierte Syndrome/ Ursache der Behinderung (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/>	Autismus
<input type="checkbox"/>	Zerebralparese
<input type="checkbox"/>	Down Syndrom
<input type="checkbox"/>	Fragiles X Syndrom
<input type="checkbox"/>	Intellektuelle Behinderung
<input type="checkbox"/>	Prader-Willi Syndrom
<input type="checkbox"/>	Anderes:

Momentane Wohnsituation:

alleine

mit Partner/in bzw. Freund/in

mit Eltern oder anderen Familienmitgliedern

mit bezahlter Betreuungsperson

gemeindeintegriertes, betreutes Wohnsetting (WG, Appartement)

Wohnrichtung für SeniorInnen

größere betreute Wohnrichtung

(Alten-) Pflegeeinrichtung

anderes: _____

Pflegestufe:

⁽¹⁰⁾ Allgemeine Beschreibung des aktuellen körperlichen Gesundheitszustandes:

<input type="checkbox"/>	Ausgezeichnet
<input type="checkbox"/>	Sehr gut
<input type="checkbox"/>	Gut
<input type="checkbox"/>	Mittelmäßig
<input type="checkbox"/>	Schlecht

⁽¹¹⁾ Im Vergleich zu vor einem Jahr, ist der aktuelle körperliche Gesundheitszustand:

<input type="checkbox"/>	Viel besser
<input type="checkbox"/>	Etwas besser
<input type="checkbox"/>	Ungefähr gleich
<input type="checkbox"/>	Etwas schlechter
<input type="checkbox"/>	Viel schlechter

⁽¹²⁾ Im Vergleich zu vor einem Jahr, ist der aktuelle seelische Gesundheitszustand:

<input type="checkbox"/>	Viel besser
<input type="checkbox"/>	Etwas besser
<input type="checkbox"/>	Ungefähr gleich
<input type="checkbox"/>	Etwas schlechter
<input type="checkbox"/>	Viel schlechter

⁽¹³⁾ Vorhandene Beeinträchtigungen (Mehrfachantworten möglich):

<input type="checkbox"/>	Sehbeeinträchtigung
<input type="checkbox"/>	Blindheit (sehr eingeschränktes oder kein Sehvermögen)
<input type="checkbox"/>	Trägt eine Brille
<input type="checkbox"/>	Hörbeeinträchtigung
<input type="checkbox"/>	Taubheit (sehr eingeschränktes oder kein Hörvermögen)
<input type="checkbox"/>	Verwendet ein Hörgerät
<input type="checkbox"/>	Mobilitätseinschränkung
<input type="checkbox"/>	Nicht mobil – verwendet eigenständig einen Rollstuhl
<input type="checkbox"/>	Nicht mobil – muss im Rollstuhl geschoben werden

⁽¹⁴⁾ Besondere Lebensereignisse innerhalb des letzten Jahres (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/>	Tod einer nahestehenden Person
<input type="checkbox"/>	Änderung der Wohnbedingungen (Umzug), der Arbeits- oder Tagesstruktur
<input type="checkbox"/>	Änderung nahestehender Bezugspersonen
<input type="checkbox"/>	Neue MitbewohnerInnen
<input type="checkbox"/>	Krankheit oder Verletzung durch Unfall
<input type="checkbox"/>	Reaktion auf Medikation oder Überdosierung von Medikamenten
<input type="checkbox"/>	Zwischenmenschliche Konflikte
<input type="checkbox"/>	Opfer von Gewalt oder Mißbrauch
<input type="checkbox"/>	Anderes:

⁽¹⁵⁾ Krampfanfälle/Epilepsie:

<input type="checkbox"/>	Vor kurzem erstmaliger Beginn von Anfallsgeschehen
<input type="checkbox"/>	Bereits langfristiges Auftreten von Anfallsgeschehen
<input type="checkbox"/>	Anfälle in der Kindheit, die nun im Erwachsenenalter nicht mehr auftreten
<input type="checkbox"/>	Kein Anfallsgeschehen in der persönlichen Geschichte

Wenn eine leichte kognitive Beeinträchtigung (MCI = mild cognitive impairment) oder eine Demenz schon dokumentiert wurde, bearbeiten Sie bitte Nr. 16 – 18:

⁽¹⁶⁾ **vorhandene Diagnosen**

Wurde eine MCI oder eine Demenz bereits diagnostiziert?:

ja, nein

ja, MCI

Datum der Diagnose:

ja, Demenz

Datum der Diagnose:

Art der Demenz:

Diagnostiziert von:

- Geriater
- Neurologe
- praktischer Arzt / Hausarzt
- Psychiater
- Psychologe
- Andere:

⁽¹⁷⁾ Datum des Beginns

[Wann kam der Verdacht einer Demenz oder MCI zum ersten Mal auf?]

Notieren Sie das ungefähre Jahr und Monat:

⁽¹⁸⁾ Kommentare/ Erklärungen

in Bezug auf den Demenz-Verdacht:

Kreuzen Sie für jede Frage die am besten passende Spalte an.

	War schon immer der Fall	Schon immer, hat sich aber verschlechtert	Neues Symptom (im letzten Jahr)	Trifft nicht zu
⁽¹⁹⁾ Aktivitäten des täglichen Lebens				
Braucht Hilfe beim Waschen oder Baden				
Braucht Hilfe beim Anziehen				
Kleidet sich unpassend (z.B.: verkehrt; unvollständig; nicht Wetter-adäquat)				
Entkleidet sich unpassend (z.B.: in der Öffentlichkeit)				
Braucht Unterstützung beim Essen (z.B. Essen schneiden; mundgerechte Stücke; Schluckstörung)				
Braucht Unterstützung beim WC-Gang (Auffinden des WCs, Benutzen des WCs)				
Ist inkontinent (inkludiert auch gelegentliches Auftreten)				
⁽²⁰⁾ Sprache und Kommunikation				
Initiiert keine Kommunikation				
Kann Worte nicht finden				
Hat Schwierigkeiten einfachen Anweisungen zu folgen				
Scheint mitten in der Konversation den Faden zu verlieren				
Fehlende Lesekompetenz				
Fehlende Schreibkompetenz (schreibt selbst den eigenen Namen nicht)				
⁽²¹⁾ Änderung im Schlaf-Wach-Rhythmus				
Übermäßig (schläft mehr)				
Unzureichend (schläft weniger)				
Wacht häufig in der Nacht auf				
Ist in der Nacht verwirrt				
Schläft am Tag mehr als üblich				
Wandert in der Nacht herum				
Wacht früher auf als üblich				
Schläft länger als üblich				
⁽²²⁾ Fortbewegung				
Ist unsicher beim Gehen auf unebenen Grund, bei kleinen Hindernissen, bei Linien oder Mustern auf dem Boden				
Unsicherer Gang, verliert das Gleichgewicht				
Stürzt				
Braucht Unterstützung beim Gehen / Verwendung von Hilfsmitteln				

	War schon immer der Fall	Schon immer, hat sich aber verschlechtert	Neues Symptom (im letzten Jahr)	Trifft nicht zu
⁽²³⁾ Gedächtnis				
Hat Schwierigkeiten sich an vertraute Personen zu erinnern (Betreuer/Verwandte/Freunde)				
Hat Schwierigkeiten sich an die Namen von vertrauten Personen zu erinnern				
Hat Schwierigkeiten sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (innerhalb der letzten Woche)				
Hat Schwierigkeiten sich in vertrauter Umgebung zurecht zu finden				
Verliert die zeitliche Orientierung (Tageszeit, Wochentag, Jahreszeit)				
Verliert oder verlegt Dinge				
Legt vertraute Dinge an falsche Orte				
Hat Schwierigkeiten den eigenen Namen zu schreiben bzw. zu unterschreiben				
Hat Schwierigkeiten neue Aufgaben zu lernen, oder sich Namen von neuen Personen zu merken				
⁽²⁴⁾ Verhalten und Affekt				
Wandert umher				
Zieht sich von sozialen Aktivitäten zurück				
Zieht sich von sozialen Beziehungen/ Personen zurück				
Verliert Interesse an Hobbys und Aktivitäten				
Scheint sich in eine eigene Welt zurückzuziehen				
Stereotypes oder zwanghaftes Verhalten				
Versteckt oder hortet Dinge				
Hat Schwierigkeiten, etwas mit vertrauten Dingen anzufangen				
Ist vermehrt impulsiv (z.B. andere berühren, streiten, Dinge wegnehmen)				
Wirkt unsicher; wenig Selbstvertrauen				
Wirkt ängstlich, unruhig oder nervös				
Wirkt depressiv				
Zeigt verbale Aggressionen				
Zeigt physische Aggressionen				
Hat Wutanfälle, weint oder schreit unkontrolliert				
Wirkt lethargisch oder teilnahmslos				
Führt Selbstgespräche				

	War schon immer der Fall	Schon immer, hat sich aber verschlechtert	Neues Symptom (im letzten Jahr)	Trifft nicht zu
⁽²⁵⁾ Probleme, die von der Person selbst berichtet werden				
Veränderungen bei einzelnen, bestimmten Fähigkeiten/Fertigkeiten				
Gibt an, Dinge zu hören				
Gibt an, Dinge zu sehen				
Veränderungen/Störungen im Denken				
Veränderungen in den Interessen				
Veränderungen im Gedächtnis				
⁽²⁶⁾ Auffällige, von anderen beobachtbare Veränderungen				
Gangbild (z.B. stolpern, stürzen, Unsicherheit)				
Persönlichkeit (z.B. früher kontaktfreudig; jetzt zurückhaltend)				
Freundlichkeit (z.B. reagiert nicht mehr positiv auf andere)				
Achtsamkeit (z.B. übersieht Hinweise, ist abgelenkt)				
Gewicht (z.B. Gewichtsverlust oder -zunahme)				
Willkürliche, abnorme Bewegungen (Kopf, Nacken, Extremitäten, Rumpf)				

	⁽²⁷⁾ Chronische Erkrankungen	Neue Erkrankung (letztes Jahr)	Diagnose in den letzten 5 Jahren	Lebenslange Erkrankung	Erkrankung nicht vorhanden
	Knochen, Gelenke und Muskeln				
1	Arthritis				
2	Osteoporose				
	Herz und Kreislauf				
3	Erkrankung des Herzens				
4	Hohes Cholesterin				
5	Hoher Blutdruck				
6	Niedriger Blutdruck				
7	Schlaganfall				
	Hormonell				
8	Diabetes (Typ 1 oder 2)				
9	Schilddrüsenerkrankung				
	Lunge und Atemfunktion				
10	Asthma				
11	Chronische Bronchitis, Lungenemphysem				
12	Schlafstörungen				
	Seelische Gesundheit				
13	Alkohol - oder Substanzmissbrauch				
14	Angststörung				
15	Aufmerksamkeitsstörung				
16	Bipolare Störung				
17	Demenz/ Alzheimer Demenz				
18	Depression				
19	Essstörung (z.B. Anorexie, Bulimie)				
20	Zwangsstörung				
21	Schizophrenie				
22	Andere:				
	Schmerzen/ Beschwerden				
23	Rückenschmerzen				
24	Verstopfung				
25	Schmerzen in den Füßen				
26	Magen-/Darm Beschwerden bzw. Schmerzen				
27	Kopfschmerzen				
28	Hüft- oder Knieschmerzen				
29	Nacken- oder Schulterschmerzen				
	Sensorischer Bereich				
30	Gleichgewichtsstörung / Schwindelgefühle				
31	Hörbeeinträchtigung				
32	Sehbeeinträchtigung				
	Andere				
33	Krebs - welcher Art:				
34	Chronische Erschöpfung				
35	Epilepsie/Kampfanfallsleiden				
36	Sodbrennen / Reflux				
37	Harninkontinenz				
38	Schlafapnoe (Atemaussetzer im Schlaf)				
39	Ticks, Bewegungsstörung, Spastik				
40	Zahnschmerzen				

⁽²⁸⁾ **Aktuelle Medikation:**

- | Ja | Nein | Art der Medikation |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zur Behandlung chronischer Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zur Behandlung psychischer Erkrankungen oder Verhaltensproblemen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Zur Behandlung von Schmerz |

Wenn möglich, fügen Sie eine Liste der derzeitiger Medikation, inklusive Dosis und Verschreibungszeitpunkt an.

Liste wurde angefügt.

⁽²⁹⁾ **Anmerkungen zu anderen Veränderungen oder wichtigen Hinweisen:**

⁽³⁰⁾ **Empfehlungen für weiteres Vorgehen**

- Überweisung zum praktischen Arzt für weitere Begutachtung
- interne Begutachtung der Person durch medizinisches Fachpersonal (z.B. DGKS/DGKP)
- Diesen Fragebogen der Dokumentation bzw. einer regelmäßigen ärztlicher Kontrolle beilegen
- Diesen Fragebogen in _____ Monaten nochmal bearbeiten

Informationen zur Bearbeitung:

⁽³¹⁾ Datum	⁽³²⁾ Organisation	⁽³³⁾ Land / Bundesland
Name der Person, die den Fragebogen ausgefüllt hat		
Verhältnis zur Klientin / zum Klienten (Betreuer/in, Angehörige/r, etc.)		
Datum/Daten von vorangegangener/n Einschätzung/en		

Danksagung: Dieses Instrument wurde von der National Task Group on Intellectual Disabilities and Dementia Practice (NTG, 2012) für den Gebrauch in den USA entwickelt. Es ist eine Adaptation der DSQIID (Dementia Screening Questionnaire for Individuals with Intellectual Disabilities; Deb, S., 2007) und des Southeast PA Dementia Screening Tool (DST), das mit Hilfe von Carl V. Tyler, Jr., MD aus dem DSQIID entstanden ist.

Die deutschsprachige Fassung wurde von Elisabeth L. Zeilinger und Andrea Fritsch mit Hilfe von Marion Mayr, Dana Henning und Claudia Gärtner erstellt.

Bei Fragen oder Anmerkungen wenden Sie sich an: elisabeth.zeilinger@unvie.ac.at.