

# 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](http://www.aadmd.org/ntg/screening)).

<sup>(1)</sup> Nummer: \_\_\_\_\_ <sup>(2)</sup> Datum: \_\_\_\_\_

Name der Person: <sup>(3)</sup> Vorname: \_\_\_\_\_ <sup>(4)</sup> Nachname: \_\_\_\_\_

<sup>(5)</sup> Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ <sup>(6)</sup> Alter: \_\_\_\_\_

<sup>(7)</sup> Geschlecht:  Männlich  Weiblich

<sup>(8)</sup> 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.**

<sup>(9)</sup> 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:**

<sup>(10)</sup> Allgemeine Beschreibung des aktuellen körperlichen Gesundheitszustandes:

|  |               |
|--|---------------|
|  | Ausgezeichnet |
|  | Sehr gut      |
|  | Gut           |
|  | Mittelmäßig   |
|  | Schlecht      |

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

|  |                  |
|--|------------------|
|  | Viel besser      |
|  | Etwas besser     |
|  | Ungefähr gleich  |
|  | Etwas schlechter |
|  | Viel schlechter  |

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

|  |                  |
|--|------------------|
|  | Viel besser      |
|  | Etwas besser     |
|  | Ungefähr gleich  |
|  | Etwas schlechter |
|  | Viel schlechter  |

<sup>(13)</sup> Vorhandene Beeinträchtigungen (Mehrfachantworten möglich):

|  |  |
|--|--|
|  | Sehbeeinträchtigung                                    |
|  | Blindheit (sehr eingeschränktes oder kein Sehvermögen) |
|  | Trägt eine Brille                                      |
|  | Hörbeeinträchtigung                                    |
|  | Taubheit (sehr eingeschränktes oder kein Hörvermögen)  |
|  | Verwendet ein Hörgerät                                 |
|  | Mobilitätseinschränkung                                |
|  | Nicht mobil – verwendet eigenständig einen Rollstuhl   |
|  | Nicht mobil – muss im Rollstuhl geschoben werden       |

<sup>(14)</sup> Besondere Lebensereignisse innerhalb des letzten Jahres (Mehrfachantworten möglich)

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

<sup>(15)</sup> Krampfanfälle/Epilepsie:

|  |   |
|--|---|
|  | Vor kurzem erstmaliger Beginn von Anfallsgeschehen                        |
|  | Bereits langfristiges Auftreten von Anfallsgeschehen                      |
|  | Anfälle in der Kindheit, die nun im Erwachsenenalter nicht mehr auftreten |
|  | 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:**

<sup>(16)</sup> **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:

<sup>(17)</sup> Datum des Beginns

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

Notieren Sie das ungefähre Jahr und Monat:

<sup>(18)</sup> Kommentare/ Erklärungen

in Bezug auf den Demenz-Verdacht:

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

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

|  | War schon immer der Fall | Schon immer, hat sich aber verschlechtert | Neues Symptom (im letzten Jahr) | Trifft nicht zu |
|--|--------------------------|---|---------------------------------|-----------------|
| <sup>(23)</sup> <b>Gedächtnis</b>  |                          |   |                                 |                 |
| 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            |                          |   |                                 |                 |
|  |                          |   |                                 |                 |
| <sup>(24)</sup> <b>Verhalten und Affekt</b>  |                          |   |                                 |                 |
| 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 |
|---|--------------------------|---|---------------------------------|-----------------|
| <sup>(25)</sup> <b>Probleme, die von der Person selbst berichtet werden</b> |                          |   |                                 |                 |
| 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   |                          |   |                                 |                 |
| <sup>(26)</sup> <b>Auffällige, von anderen beobachtbare Veränderungen</b>   |                          |   |                                 |                 |
| 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)        |                          |   |                                 |                 |

|    | <sup>(27)</sup> Chronische Erkrankungen  | Neue Erkrankung (letztes Jahr) | Diagnose in den letzten 5 Jahren | Lebenslange Erkrankung | Erkrankung nicht vorhanden |
|----|--|--------------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------|
|    | <b>Knochen, Gelenke und Muskeln</b>      |                                |                                  |                        |                            |
| 1  | Arthritis                                |                                |                                  |                        |                            |
| 2  | Osteoporose                              |                                |                                  |                        |                            |
|    | <b>Herz und Kreislauf</b>                |                                |                                  |                        |                            |
| 3  | Erkrankung des Herzens                   |                                |                                  |                        |                            |
| 4  | Hohes Cholesterin                        |                                |                                  |                        |                            |
| 5  | Hoher Blutdruck                          |                                |                                  |                        |                            |
| 6  | Niedriger Blutdruck                      |                                |                                  |                        |                            |
| 7  | Schlaganfall                             |                                |                                  |                        |                            |
|    | <b>Hormonell</b>                         |                                |                                  |                        |                            |
| 8  | Diabetes (Typ 1 oder 2)                  |                                |                                  |                        |                            |
| 9  | Schilddrüsenerkrankung                   |                                |                                  |                        |                            |
|    | <b>Lunge und Atemfunktion</b>            |                                |                                  |                        |                            |
| 10 | Asthma                                   |                                |                                  |                        |                            |
| 11 | Chronische Bronchitis, Lungenemphysem    |                                |                                  |                        |                            |
| 12 | Schlafstörungen                          |                                |                                  |                        |                            |
|    | <b>Seelische Gesundheit</b>              |                                |                                  |                        |                            |
| 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:                                  |                                |                                  |                        |                            |
|    | <b>Schmerzen/ Beschwerden</b>            |                                |                                  |                        |                            |
| 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           |                                |                                  |                        |                            |
|    | <b>Sensorischer Bereich</b>              |                                |                                  |                        |                            |
| 30 | Gleichgewichtsstörung / Schwindelgefühle |                                |                                  |                        |                            |
| 31 | Hörbeeinträchtigung                      |                                |                                  |                        |                            |
| 32 | Sehbeeinträchtigung                      |                                |                                  |                        |                            |
|    | <b>Andere</b>                            |                                |                                  |                        |                            |
| 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                            |                                |                                  |                        |                            |

<sup>(28)</sup> **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.

<sup>(29)</sup> **Anmerkungen zu anderen Veränderungen oder wichtigen Hinweisen:**

<sup>(30)</sup> **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:**

|  |                              |                                   |
|--|------------------------------|-----------------------------------|
| <sup>(31)</sup> Datum  | <sup>(32)</sup> Organisation | <sup>(33)</sup> 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](mailto:elisabeth.zeilinger@unvie.ac.at).