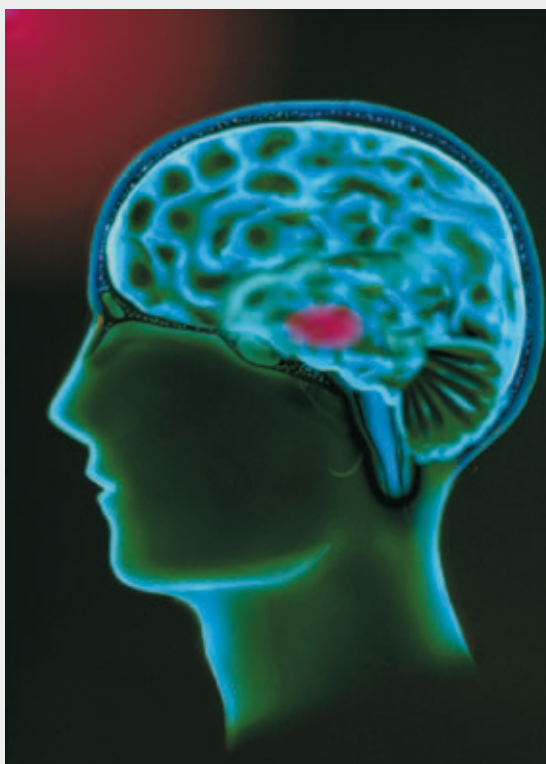


Thomas Jahn · Katja Werheid

Demenzen



Fortschritte der Neuropsychologie

HOGREFE



Demenzen

Fortschritte der Neuropsychologie

Band 15

Demenzen

von Prof. Dr. Thomas Jahn und Prof. Dr. Katja Werheid

Herausgeber der Reihe:

Dr. Angelika Thöne-Otto, Prof. Dr. Herta Flor,
Prof. Dr. Siegfried Gauggel, Prof. Dr. Stefan Lautenbacher,
Dr. Hendrik Niemann

Demenzen

von
Thomas Jahn
und Katja Werheid

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Prof. Dr. Thomas Jahn, geb. 1959. 1980–1987 Studium der Psychologie und der Wissenschaftstheorie in Mannheim. 1990 Promotion, 1997 Habilitation. 1988 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt. 1989–1991 Stationspsychologe und Forschungsassistent am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim. 1991–1997 Hochschulassistent an der Universität Konstanz. Seit 1998 Leiter der Arbeitsgruppe Klinische und Experimentelle Neuropsychologie am Klinikum rechts der Isar der TU München. Forschungsschwerpunkte: Neuropsychologie der Schizophrenien und Demenzen, Psychomotorik und Bewegungsstörungen, psychometrische Methodenentwicklung.

Prof. Dr. Katja Werheid, geb. 1969. 1989–1997 Studium der Psychologie in Münster, Göteborg und Hamburg. 2001 Promotion, 2011 Habilitation. 1998–2001 Tätigkeit als Neuropsychologin in der Tagesklinik für Kognitive Neurologie der Universitätsklinik Leipzig. 2002–2008 wissenschaftliche Mitarbeit bei verschiedenen Forschungsprojekten in Berlin, Stockholm und Boston. Seit 2008 Juniorprofessur für Klinische Gerontopsychologie an der Humboldt-Universität Berlin. Forschungsschwerpunkte: Demenzbehandlung, Depression bei Hirnschädigung, Zusammenhang von Emotion und Gedächtnis.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. 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.

© 2015 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Umschlagbild: © Bildagentur Mauritius GmbH
Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-1692-2

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung	1
1 Demenzsyndrome: Beschreibung und Epidemiologie	3
1.1 Definition und Einteilung der Demenzen	3
1.1.1 Allgemeines Demenzsyndrom	3
1.1.2 Spezifische Demenzformen	5
1.1.3 Leichte Kognitive Störung bzw. MCI	9
1.1.4 Nosologische Neuerungen: DSM-5	11
1.2 Epidemiologie	13
1.2.1 Prävalenz	13
1.2.2 Inzidenz	14
1.2.3 Morbiditätsrisiko	14
1.3 Verlauf und Prognose	15
2 Ätiologie	17
2.1 Neurodegenerative Veränderungen	18
2.2 Vaskuläre Ereignisse	24
3 Neuropsychologische Befunde	25
3.1 Alzheimer-Demenz	25
3.2 Vaskuläre Demenzen	29
3.3 Frontotemporale Demenzen	30
3.4 Mild Cognitive Impairment	31
4 Diagnostik	33
4.1 Stellenwert neuropsychologischer Demenzdiagnostik	34
4.2 Diagnostisches Vorgehen	37
4.2.1 Voraussetzungen	37
4.2.2 Ablauf und Umfang	38
4.2.3 Empfehlungen zum Umgang mit demenzkranken Patienten ..	40
4.3 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	40
4.3.1 Kognitive Kurztests	40
4.3.2 Testbatterien	44
4.3.3 Funktionsspezifische Einzeltests	47
4.3.4 Ratingskalen und Fragebögen	49
4.4 Befundung	50
4.4.1 Prämorbidest Leistungsniveau	50
4.4.2 Interpretation von Messwerten und Messwertdifferenzen	51
4.4.3 Kognitive Profilanalyse	51
4.4.4 Verlaufsuntersuchungen	54
4.4.5 Ökologische Testvalidität	56
4.5 Neuropsychologische Differenzialdiagnostik	56
4.5.1 Altersassoziierte kognitive Veränderung vs. MCI vs. Demenz ..	57
4.5.2 Demenz vs. Depression	58
4.5.3 Alzheimer-Demenz vs. Vaskuläre Demenzen	60

4.5.4	Alzheimer-Demenz vs. Frontotemporale Demenz	64
4.5.5	Kortikale vs. Subkortikale Demenzen	66
5	Behandlung	68
5.1	Allgemeine Therapieprinzipien und Methoden	69
5.1.1	Therapieziele	69
5.1.2	Anpassung an kognitive Leistungsfähigkeit	69
5.1.3	Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung	70
5.1.4	Validations-Prinzip	71
5.1.5	Umgang mit eingeschränktem Störungsbewusstsein	72
5.2	Psychosoziale Interventionen bei leicht- bis mittelgradiger Demenz	72
5.2.1	Stufenmodell der Behandlung	73
5.2.2	Mitteilung der Diagnose und Beratung (Stufe 1)	73
5.2.3	Aufrechterhaltung kognitiver Leistungen (Stufe 2A)	75
5.2.4	Soziale Einbindung und Selbstwertstützung (Stufe 2B)	78
5.2.5	Individualtherapie spezifischer Störungen (Stufe 3)	78
5.3	Psychosoziale Interventionen bei mittelgradiger bis schwerer Demenz	81
5.4	Pharmakotherapie	84
6	Prävention	86
6.1	Populationsattributables Risiko modifizierbarer Faktoren	86
6.2	Risikofaktor Depression	87
6.3	Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum	88
6.4	Risikofaktor Inaktivität	88
7	Fallbeispiel	89
7.1	Beschwerdebild und Fremdanamnese	89
7.2	Sozialanamnese	90
7.3	Neuropsychologische Untersuchung	90
7.3.1	Erscheinungsbild und Verhalten	90
7.3.2	Testergebnisse	91
7.4	Befundung und Diagnosestellung	91
7.5	Behandlung	92
8	Weiterführende Literatur	93
9	Literatur	93
10	Anhang	109
10.1	Adressen mit Hilfs- und Informationsangeboten	109
10.2	Glossar	110

Alles, was man gemeinhin Vergangenheit nennt,
ist im Grunde nur eine leiser und dunkler gewordene Art
von Gegenwart.

GERTRUD VON LE FORT

Vorwort und Danksagung

Als Alois Alzheimer zu Beginn des 20. Jahrhunderts einen vermeintlich seltenen Fall präseniler Demenz mit ausgeprägten Werkzeugstörungen und charakteristischer Hirnpathologie beschrieb (Auguste D.; Alzheimer, 1906), ahnte er vermutlich nicht, dass der später von Emil Kraepelin nach ihm benannte Morbus Alzheimer hundert Jahre später als bedrohlichste Alterskrankheit gelten würde. Damals wusste man noch nicht, wie häufig neurodegenerative und vaskuläre Veränderungen des Gehirns insbesondere im höheren Lebensalter sind, und niemand konnte sich zu jener Zeit wohl vorstellen, wie sehr die allgemeine Lebenserwartung im Laufe des gerade angebrochenen Jahrhunderts noch steigen würde.

Tatsächlich hielt man die Alzheimer-Krankheit jahrzehntelang für eine neurologische Spezialität, eine seltene präsenile Hirnanomalie mit tödlichem Verlauf, ohne Verbindung zu den natürlich auch schon damals bekannten geistigen Einbußen vieler älterer Menschen, die man für normal und unvermeidlich hielt. Erst Mitte der 1970er Jahre erkannte man in der von Alzheimer beschriebenen Hirnpathologie eine Erkrankung, die mit steigendem Lebensalter immer häufiger auftritt. Damit begann die intensivere Erforschung nicht nur der „Demenz vom Alzheimer-Typ“, sondern auch anderer Formen der Demenz und der ihnen zugrunde liegenden Ursachen. Heute ist die Demenzforschung eines der aktivsten Felder der klinischen Neurowissenschaften, und immer mehr Neurologen, Psychiater und Neuropsychologen¹ sind mit der Diagnostik und Behandlung der verschiedenen, zur Demenz führenden Erkrankungen beschäftigt.

Gegenwärtig gibt es in Deutschland etwa 1.4 Mio. Demenzkranke, weltweit etwa 35.6 Mio. Die direkten und indirekten jährlichen Krankheitskosten werden hierzulande auf 42.6 Mrd. Euro und weit über 600 Mrd. US-Dollar weltweit geschätzt (Bickel, 2012). Damit gehören die Demenzen schon heute zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen im höheren Lebensalter. Aufgrund der demografischen Veränderung unserer Gesellschaft mit einem immer höheren Anteil älterer Menschen bei gleichzeitig sinkenden Geburtenraten (Statistisches Bundesamt, 2009) wird sich diese Problemlage noch verschärfen. Seriöse Schätzungen gehen von einer Verdoppelung der Krankenzahlen bis zum Jahr 2050 aus – eine schwere Bürde für immer mehr Menschen und eine der größten gesundheitsökonomischen Herausforderungen für unsere Gesellschaft.

1 Zur besseren Lesbarkeit werden stets männliche Berufsbezeichnungen und Pronomina verwendet. Gemeint sind immer Personen beiderlei Geschlechts.

Betroffen sind nicht nur die Patienten selbst. Auch Ehepartner, Verwandte, Freunde und Kollegen tragen an den Folgen der Erkrankung. Dies gilt insbesondere für die nächsten Angehörigen, die nicht nur die häusliche Betreuung und Pflege leisten, sondern auch Abschied von ihnen nahe stehenden Menschen nehmen müssen. Erschöpfungszustände, Depressionen und psychosomatische Störungen sind häufige Folgen dieser besonderen Belastung.

Die Erforschung, Diagnostik und Behandlung der Demenzen hat in den letzten Jahren einen solchen Aufschwung genommen, dass von einem schmalen Reihenband wie diesem keine erschöpfende Darstellung auch nur der neuropsychologischen Aspekte erwartet werden kann. Wir beschränken uns daher auf die beiden wichtigsten Demenzformen, die Alzheimer-Demenz und die vaskulären Demenzen, sowie auf die in den letzten Jahren verstärkt beachteten Demenzen infolge frontotemporaler Lobärdegenerationen, für die an manchen Orten bereits Spezialambulanzen eingerichtet wurden. Die Demenz mit Lewy-Körperchen (Collerton, Burn, McKeith & O'Brien, 2003; Förstl & Calabrese, 2004) kann hier ebenso wie die Vielzahl sonstiger, seltener Demenzformen (Lang, 2012; Schulz, 2002) nur gestreift werden. Aus der Gruppe der substanz-induzierten Demenzen wäre zumindest die alkoholinduzierte Demenz einschließlich des Korsakow-Syndroms zu behandeln gewesen. Zur Neuropsychologie der Alkoholabhängigkeit ist in dieser Buchreihe jedoch ein separater Band bereits erschienen (Scheurich & Brokate, 2009).

Unser Dank gilt allen Kolleginnen und Kollegen, mit denen wir über die Jahre am intensivsten die verschiedenen Aspekte der Demenzen in Forschung und Praxis diskutieren durften, insbesondere Stefanie Baron, Horst Bickel, Linda Clare, Janine Diehl-Schmid, Michael Ehrensperger, Hans Förstl, Andreas Kruse, Klaus-Peter Kühl, Alexander Kurz, Esme Moniz-Cook, Andreas Monsch, Friedel Reischies, Barbara Romero, Maria Schefter, Angelika Thöne-Otto sowie Bengt Winblad. Nicht zuletzt gilt unserer Dank allen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hogrefe Verlages, allen voran der zuständigen Lektorin, Frau Kathrin Rothauge.

Berlin und München, im Juni 2014

1 Demenzsyndrome: Beschreibung und Epidemiologie

1.1 Definition und Einteilung der Demenzen

Die derzeit gültigen diagnostischen Klassifikationssysteme ICD-10 (Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) und DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) definieren *Demenz* (von lat. *dementia* = ohne Verstand) zunächst allgemein als psychopathologisches Syndrom aus einer erworbenen Störung von Gedächtnisfunktionen und mindestens einer weiteren kognitiven Einbuße hinsichtlich Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Hinzu treten Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation. Die kognitiven Beeinträchtigungen dürfen nicht nur im Rahmen eines Delirs auftreten, müssen eine Verschlechterung gegenüber einem vormalig höheren Leistungsniveau darstellen und so stark ausgeprägt sein, dass sie sich in einer reduzierten Alltagskompetenz niederschlagen.

Begriffsdefinition Demenz

1.1.1 Allgemeines Demenzsyndrom

Vergleicht man die diagnostischen Kriterien des allgemeinen Demenzsyndroms in beiden Klassifikationssystemen genauer, so zeigen sich neben Gemeinsamkeiten auch Unterschiede (vgl. Tab. 1). So definiert das ICD-10 zunächst ein einheitliches Demenzsyndrom anhand psychopathologischer Merkmale, Verhaltensauffälligkeiten und Verlaufsscharakteristika und bestimmt dann erst weitere Kriterien für die ätiologische Zuordnung. Das DSM-IV-TR konzipiert die Diagnose in einem Schritt, wobei für die Dauer der Symptome kein Zeitkriterium festgelegt ist. Dafür werden spezifische neuropsychologische Defizite (Aphasie, Apraxie, Agnosie, Störung der Exekutivfunktionen) nicht nur in psychopathologischer Terminologie umschrieben (wie im ICD-10), sondern als zusätzliche Merkmale definiert, wobei nur eines davon für die Diagnose erforderlich ist. Die Notwendigkeit der Objektivierung durch eine neuropsychologische Untersuchung wird allerdings weniger deutlich hervorgehoben als im ICD-10. Dies wird sich im DSM-5 (s. u.) ändern.

Unterschiede und Gemeinsamkeiten ICD-10/DSM-IV-TR

Die ICD-10 spezifiziert im Unterschied zum DSM-IV-TR auch darüber hinausgehende Merkmale wie emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder eine Vergröberung des Sozialverhaltens, um die Demenzdiagnose zu sichern.

Letztlich überwiegen aber die Gemeinsamkeiten beider Diagnosesysteme, indem die mnestische Störung als kognitives Leitsymptom des allgemeinen Demenzsyndroms hervorgehoben wird, das jedoch nur dann diagnostiziert werden kann, wenn zusätzlich auch noch andere kognitive Defizite vorliegen, die nicht schon immer bestanden, nicht durch Bewusstseinsstörungen (ICD-10) bzw. ein Delir (DSM-IV-TR) erklärbar sind und die insgesamt die Leistungsfähigkeit im Alltag beeinträchtigen (ICD-10: Waschen, Ankleiden, Nahrungsaufnahme, Hygiene; DSM-IV-TR: Bedeutsame Beeinträchtigungen in sozialen und beruflichen Funktionsbereichen).

Ein gemeinsamer Aspekt der Demenzdefinitionen beider Klassifikationssysteme ist die Hervorhebung von Gedächtnisdefiziten, die sich an der häufigsten und historisch am frühesten beschriebenen Demenzform, der Demenz bei Alzheimer-Krankheit (AD) orientiert. Dies wird anderen Demenzformen oft

Tabelle 1:
Allgemeine Demenzdefinitionen im ICD-10 und DSM-IV-TR

ICD-10 Demenzsyndrom	DSM-IV-TR Demenz-Kernsyndrom
G1.1 Abnahme des Gedächtnisses, am deutlichsten beim Lernen neuer Information und in besonders schweren Fällen bei der Erinnerung früher erlernter Informationen. Die Beeinträchtigung betrifft verbales und nonverbales Material. Die Abnahme sollte objektiv verifiziert werden.	A1. Entwicklung multipler kognitiver Defizite, die sich zeigen in: einer Gedächtnisbeeinträchtigung (beeinträchtigte Fähigkeit, neue Informationen zu erlernen oder früher Gelerntes abzurufen) sowie ...
G1.2 Eine Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten, charakterisiert durch eine Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens. Dies sollte, wenn möglich, durch eine Fremdanamnese und eine neuropsychologische Untersuchung oder quantifizierende Verfahren objektiviert werden. Die Verminderung der früher höheren Leistungsfähigkeit sollte nachgewiesen werden.	A2. ... mindestens einer der folgenden kognitiven Störungen: Aphasie Apraxie Agnosie Störung der Exekutivfunktionen (Planen, Organisieren, Einhalten einer Reihenfolge, Abstrahieren).
Ein Grad des Gedächtnisverlustes, der mindestens die täglichen Aktivitäten beeinträchtigt und/oder die Abnahme kognitiver Fähigkeiten beeinträchtigt die Leistungsfähigkeit im täglichen Leben (Zusatzmerkmale für G1).	B. Jedes der kognitiven Defizite aus A1 und A2 verursacht in bedeutsamer Weise Beeinträchtigungen in sozialen oder beruflichen Funktionsbereichen und stellt eine deutliche Verschlechterung gegenüber einem früheren Leistungsniveau dar.
G2. Die Wahrnehmung der Umgebung muss ausreichend lange erhalten geblieben sein (d. h. Fehlen einer Bewusstseinsstörung). Bestehen gleichzeitig delirante Episoden, sollte die Diagnose Demenz aufgeschoben werden.	E. Die Defizite treten nicht ausschließlich im Verlauf eines Delirs auf.
G3. Die Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens manifestiert sich in mindestens einem der folgenden Merkmale: Emotionale Labilität Reizbarkeit Apathie Vergrößerung des Sozialverhaltens.	
G4. Für eine sichere klinische Diagnose sollte G1 mindestens sechs Monate vorhanden sein.	
	F. Die Störung kann nicht durch eine andere Störung auf Achse I besser erklärt werden.

nicht gerecht. Bei vaskulären Demenzen (VD) beispielsweise sind Gedächtnisstörungen weniger schwerwiegend bzw. variabler; bei frontotemporalen Demenzen (FTD) treten sie erst in späteren Krankheitsstadien deutlicher hervor.

Eine weitere Gemeinsamkeit besteht darin, dass sich mit der allgemeinen Syndrombeschreibung *keine* Aussage über Ätiologie und Prognose verbindet. Zwar ist der Verlauf einer Demenz nach ICD-10 „gewöhnlich chronisch oder fortschreitend“ und kommt „bei Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen“ (Dilling et al., 2005, S. 60). Dies schließt jedoch reversible Zustandsbilder und sekundär bedingte Demenzsyndrome nicht aus. Daher sollte, wann immer möglich, die Diagnose auch die *Ursache* des Demenzsyndroms benennen (z. B. Demenz bei Alzheimer-Krankheit, vaskuläre Demenz, demenzielles Syndrom bei Depression). Zwischen den Begriffen *Demenz* und *demenzielle* (d. h. zu einer Demenz führenden) *Erkrankung* ist also stets zu unterscheiden.

Demenzsyndrome können auch reversibel sein

1.1.2 Spezifische Demenzformen

Ist eine Demenzursache identifizierbar oder wenigstens wahrscheinlich, wird die Art der Demenz genauer definiert. Beispielsweise verlangt das DSM-IV-TR für die Diagnose einer Alzheimer-Demenz (AD) zusätzlich zum Kriterium A (Gedächtnisstörungen und mindestens eine zusätzliche Störung – Aphasie, Apraxie, Agnosie oder Beeinträchtigung der Exekutivfunktionen) und zum Kriterium B (deutliche Verschlechterung gegenüber einem früherem Leistungsniveau mit Beeinträchtigung der sozialen oder beruflichen Leistungsfähigkeit), dass der Verlauf der Erkrankung durch einen schleichenden Beginn und fortgesetzten kognitiven Abbau charakterisiert ist (Kriterium C) und weder durch andere Erkrankungen des ZNS, die progrediente kognitive Defizite verursachen, noch durch systemische oder substanzinduzierte Erkrankungen erklärbar sein darf (Kriterium D). Zusätzlich dürfen die kognitiven Defizite und Alltagsbeeinträchtigungen nicht ausschließlich im Verlauf eines Delirs auftreten (Kriterium E) oder durch eine andere Störung auf Achse I des DSM-IV-TR besser erklärbar sein (Kriterium F). Die Diagnose spezifischer Demenzformen gründet also neben dem positiven Nachweis kognitiver Defizite nicht zuletzt auf diversen Ausschlusskriterien.

Diagnostische Kriterien der Alzheimer-Demenz (AD)

Tabelle 2 gibt eine Übersicht über die verschiedenen Demenzerkrankungen, wie sie im ICD-10 bzw. DSM-IV-TR im Anschluss an die allgemeine Definition des Demenz-Syndroms aufgelistet werden. Die Reihenfolge trägt der relativen Häufigkeit der Ätiologien Rechnung. Im Text der Klassifikationssysteme wird näher beschrieben, welche Kriterien für die jeweilige Diagnose richtungsweisend sind.

Ein auffallender Unterschied zwischen den Klassifikationssystemen ist die Unterscheidung verschiedener Unterformen der vaskulären Demenz in der ICD-10, die im DSM-IV-TR fehlt. Dafür bietet das DSM-IV-TR die Möglichkeit zur Kodierung einer Demenz im Rahmen von Schädel-Hirn-Traumen (SHT) und berücksichtigt multiple Ätiologien, während sich das ICD-10 auf den häufigsten Fall beschränkt, die gemischte Form der AD und VD. Die Möglichkeit, verkomplizierende psychopathologische Phänomene (z. B. Schreien, Wandern, Hyper-

Psychopathologische Begleitphänomene