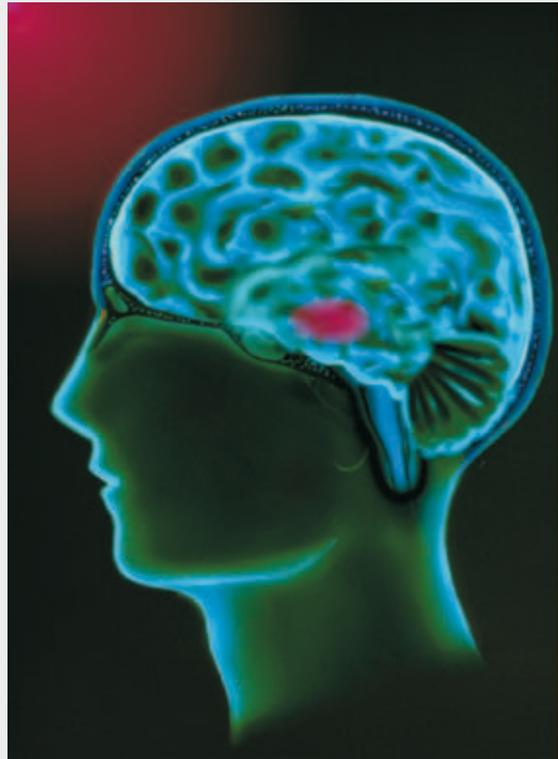


Thomas Jahn · Katja Werheid

# 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

<b>Vorwort und Danksagung</b> .....	1
<b>1 Demenzsyndrome: Beschreibung und Epidemiologie</b> .....	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
<b>2 Ätiologie</b> .....	17
2.1 Neurodegenerative Veränderungen .....	18
2.2 Vaskuläre Ereignisse .....	24
<b>3 Neuropsychologische Befunde</b> .....	25
3.1 Alzheimer-Demenz .....	25
3.2 Vaskuläre Demenzen .....	29
3.3 Frontotemporale Demenzen .....	30
3.4 Mild Cognitive Impairment .....	31
<b>4 Diagnostik</b> .....	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 Prämorbides 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 Altersassozierte 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
<b>5</b>	<b>Behandlung</b> . . . . .	<b>68</b>
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
<b>6</b>	<b>Prävention</b> . . . . .	<b>86</b>
6.1	Populationsattributables Risiko modifizierbarer Faktoren . . . . .	86
6.2	Risikofaktor Depression . . . . .	87
6.3	Risikofaktoren Rauchen und Alkoholkonsum . . . . .	88
6.4	Risikofaktor Inaktivität . . . . .	88
<b>7</b>	<b>Fallbeispiel</b> . . . . .	<b>89</b>
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
<b>8</b>	<b>Weiterführende Literatur</b> . . . . .	<b>93</b>
<b>9</b>	<b>Literatur</b> . . . . .	<b>93</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b> . . . . .	<b>109</b>
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 Neuropsychologen<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup> 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 substanzinduzierten 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 vormals 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 Verlaufcharakteristika 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 Vergrößerung des Sozialverhaltens, um die Demenzdiagnose zu sichern.

Letztlich überwiegen aber die Gemeinsamkeiten beider Diagnosesysteme, indem die mnestiche 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.