

Klassifikation der Demenzen

Eine Übersichtsarbeit über Einteilungssysteme, Abgrenzung und Formen der Demenz

Rainer Wolf

Wann spricht man von einer Demenz, welche phänomenologisch ähnlichen Syndrome anderer Ursache sind zu beachten, und wie lassen sich die einzelnen Demenzformen voneinander abgrenzen? Diese Fragen werden im folgenden Beitrag ausführlich beantwortet.

Nach Schätzungen gibt es weltweit etwa 25 Millionen Demenzkranke, von denen mehr als zwei Drittel in den so genannten Entwicklungsländern leben. In epidemiologischen Studien wird für die westlichen Industrieländer eine Gesamtprävalenz für die über 65-jährige Bevölkerung zwischen 5 und 8 Prozent berichtet. Bei Einschluss auch der leichteren Stadien werden Prävalenzraten von etwa 10 Prozent gefunden. Während die alterspezifische Prävalenz für die Gruppe der 65–69-Jährigen in den einzelnen Studien zwischen 1,0 und 1,6 Prozent angegeben wird, steigt die Prävalenz bis zur Altersgruppe der 85–89-Jährigen annähernd exponentiell auf 12,8 bis 20,8 Prozent, während sie sich bei den über 90-Jährigen bei etwa 30 bis 40 Prozent stabilisiert. Nach Bickel (1) beträgt die Inzidenz in Europa bei Einschluss auch leichterer Demenzstadien etwa 3,23 Prozent. Als Folge der demografischen Entwicklung wird sich die Zahl der Erkrankten voraussichtlich stetig erhöhen, sodass für das Jahr 2050 von mehr als 2 Millio-

nen Demenzkranken in Deutschland ausgegangen werden kann.

Einteilungssysteme der Demenzen

Das Demenzsyndrom kann unter verschiedenen Gesichtspunkten in Subtypen unterteilt werden. Wählt man die Vielfalt kognitiver und psychopathologischer Defizite und Veränderungen der Persönlichkeit und des Verhaltens als Kriterien, lassen sich drei unterschiedliche *phänomenologische Subtypen* unterscheiden (10):

- **Kortikale Demenz:** Störungen des Gedächtnisses, Wortfindungs- und Sprachverständnisstörungen, Beeinträchtigung der Abstraktion und des Urteilsvermögens, Störung der räumlichen Orientierung und visuokonstruktive Defizite; andererseits geringe Veränderungen der Persönlichkeit
- **Subkortikale Demenz:** Generelle Verlangsamung des psychischen «Tempos»; Störungen der Fundamentalfunktionen (Vigilanz, Aufmerksamkeit, Motivation, Stimmung, motorische Programme)

Definition des Demenzsyndroms

Die Definition dementieller Syndrome nach den Kriterien der ICD-10 (3, 20) umfasst vier Elemente (vgl. auch Tabelle 3):

- Abnahme des Gedächtnisses und Beeinträchtigung weiterer höherer kortikaler Funktionen (z.B. Denkvermögen, Urteilsfähigkeit)
- Beeinträchtigung in den Aktivitäten des täglichen Lebens
- Ausschluss qualitativer Bewusstseinsstörungen
- Bestehen der Symptome mindestens seit 6 Monaten

- **Frontale Demenz:** Im Vordergrund stehen eine Veränderung der Persönlichkeit und Störungen der Exekutivfunktionen; andererseits sind Gedächtnis, Orientierung und räumliche Orientierungsleistungen anfangs gut erhalten.

Diese drei Subtypen umfassen jedoch ein umfangreiches heterogenes Krankheitsspektrum und lassen keine Rückschlüsse auf ätiologische Entitäten zu. Anders geht eine duale ätiologische Subtypisierung vor:

- Bei den *primären Demenzen* liegt eine Erkrankung des Gehirns vor (z.B. degenerative oder vaskuläre Prozesse)
- Bei den *sekundären Demenzen* ist die Symptomatik Folge einer anderen organischen Erkrankung (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, infektiöse, entzündliche oder hormonelle Prozesse, Intoxikation, Stoffwechselerkrankung oder Vitaminmangelzustände).

Tabelle 1:

Einteilung der neurodegenerativen Erkrankungen nach Art der Ablagerung von filamentösen Proteinen (nach 18)

Extrazelluläre Proteinablagerungen

- Alzheimer-Erkrankung (AD)
- Prionen-Krankheiten

Intrazelluläre Proteinablagerungen

- Tauopathien (Alzheimer-Erkrankung, senile Demenz mit neurofibrillären Tangles, Erkrankung mit argyrophilen Körnchen, Pick-Erkrankung, progressive supranukleäre Blickparese, kortikobasale Degeneration, chromosom-17-assoziierte familiäre frontotemporale Demenzen mit Parkinson-Syndrom)
- α -Synucleinopathien (Parkinson-Erkrankung, Demenz mit Lewy-Körperchen, multiple Systematrophie)
- Ubiquitin-Krankheiten (amyotrophe Lateralsklerose, frontotemporale Degeneration mit Motoneuronerkrankung)
- Polyglutamin-Krankheiten (Chorea Huntington, spinale und bulbäre Muskelatrophie, spinocerebelläre Ataxie)

Im Falle der *neurodegenerativen Demenzen* hat die neuropathologische Diagnostik in den letzten zehn Jahren durch die Verwendung von spezifischen Antikörperfärbungen grosse Fortschritte gemacht. Danach lassen sich diese nach Art der Ablagerung von filamentösen Proteinen unterscheiden (*Tabelle 1*). Innerhalb dieser Einteilung sind die Tauopathien und die α -Synucleinopathien die am häufigsten vertretenen Krankheiten (9). Diese Differenzierung ist jedoch derzeit für klinische differenzialdiagnostische Überlegungen nur begrenzt relevant.

Schritte zur klinischen Diagnose

Für die klinische Einteilung der Demenzen stehen die operationalisierten Kriterien verschiedener Klassifikationssysteme (ICD-10, DSM-IV, DSM-IV-TR) und Konsensuskriterien zur Verfügung. In der folgenden Auswahl wird, wenn nichts anderes vermerkt ist, auf die Kriterienkataloge von ICD-10 Bezug genommen. Generell lassen sich drei kritische Schritte in Diagnostik und Klassifikation demenzieller Störungen unterscheiden:

1. Abgrenzung der demenziellen Störung vom «normalen» Befund in der jeweiligen Altersgruppe (Diagnoseschwelle)

2. Abgrenzung auf syndromaler Ebene zu anderen, phänomenologisch ähnlichen Syndromen anderer Ursache (Differenzialdiagnosen des Syndroms)
3. Abgrenzung der einzelnen Demenzformen voneinander (Differenzialdiagnosen innerhalb des Syndroms).

Abgrenzung zur «normalen» Altersgruppe

Durch die Definition von Kriterien, die für die Diagnose einer Demenz erfüllt sein müssen, wird gleichzeitig auch die Abgrenzung gegenüber dem Normalbefund und den Vor- oder Frühstadien demenzieller Entwicklungen festgelegt. Ein kontinuierlich fortschreitender Prozess wird so artifizial durch eine Diagnoseschwelle (nichtdement vs. dement) in zwei Kategorien unterteilt. Sowohl das ICD-10 als auch das DSM-IV-Klassifikationssystem stellt deshalb für den «unterschwelligeren» Bereich der Demenzen eigene Kategorien zur Verfügung: leichte kognitive Störung (F06.7) und andere organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung (F07.8) beziehungsweise nicht näher bezeichnete kognitive Störung (294.9) in der DSM-IV. Diese Kategorien befinden sich derzeit noch in der Erprobungsphase. Das Konzept des *Mild Cognitive Im-*

pairment (MCI) (15) beinhaltet folgende Kriterien:

- eine für das entsprechende Alter beeinträchtigte Gedächtnisleistung
- subjektive Klagen über diese Beeinträchtigung
- unbeeinträchtigte allgemeine kognitive Funktionen
- keine Demenz.

Für eine klinische Verwendung im Sinne einer Primärprävention haben sich die bisher verwendeten diagnostischen Klassifikationen eines subklinischen oder prodromalen Demenzsyndroms nicht qualifizieren können.

Abgrenzung auf Syndromebene

Bevor eine diagnostische Zuordnung zu einem bestimmten Demenzsyndrom erfolgen kann, muss auf der Syndromebene geklärt werden, ob tatsächlich ein demenzielles Syndrom, allein oder in Kombination mit einer anderen Erkrankung, vorliegt. Zu den wichtigsten Differenzialdiagnosen auf dieser Ebene gehören das Delir und die Depression, aber auch die leichte oder mittelschwere Intelligenzminde- rung, Zustandsbilder kognitiver Schwäche aufgrund schwer gestörter sozialer Bindungen mit mangelhaften Bildungsmöglichkeiten oder auch iatrogene psychische Störungen als Folge einer Medikation.

Abgrenzung zum Delir: Kennzeichen eines Delirs sind die Bewusstseins- trübung, die Veränderung der Psychomotorik und die Störung der Orientierung. Kognitive, nicht kognitive und vegetative Funktionen können betroffen sein. Typisch sind akuter Beginn, fluktuierender Verlauf und eine Dauer von Tagen bis Wochen (*Tabelle 2*). Delirante Syndrome können bei einer Vielzahl somatischer Erkrankungen und pharmakologischen Therapien vorkommen, zum Beispiel postoperativ, bei Flüssigkeitsmangel, Blutzuckerentgleisung, Behandlung mit Antibiotika, Benzodiazepinen, Kortison oder Digitalis-Präparaten. Insbesondere können anticholinerg wirk- same Pharmaka ein Delir induzieren.

Tabelle 2:

Klinische Merkmale zur Unterscheidung zwischen Delir und Demenz (nach 6)

Merkmale	Delir	Demenz
Bewusstsein	getrübt	klar
Orientierung	schwerstgestört (Zeit)	gestört
Sprache/Sprechen	inkohärent	Wortfindungsstörungen
Halluzinationen	häufig (optisch)	selten
Wahn	häufig	selten
Psychomotorik	gesteigert/reduziert	reduziert
Symptombeginn	akut	schleichend
Symptomverlauf	stark fluktuierend	beständig (bei Lewy-Körperchen-Demenz auch fluktuierend)

Abgrenzung zur Depression: Die differenzialdiagnostische Abgrenzung von Demenz und Depression kann gelegentlich erschwert sein, da es eine hohe Komorbidität von Demenz und Depression im Alter gibt und das klinische Bild einer Depression im Vergleich mit jüngeren Patienten differieren kann. Somatische Beschwerden, Unruhe und Angst können im Vordergrund stehen. Gerade in einem frühen Demenzstadium, in dem die Persönlichkeit und die kognitiven Funktionen eines Patienten noch wenig beeinträchtigt sind, können aus der Erkenntnis einer unaufhaltsam fortschreitenden Erkrankung reaktive psychische Störungen entstehen. Andererseits ist während einer schweren Depression häufig eine sichere Interpretation neuropsychologischer Befunde nicht möglich. Leider stehen noch keine eindeutigen demenz- oder depressionsspezifischen Marker zur Verfügung. Zur Verbesserung der klinischen Diagnose werden Laboruntersuchungen, neuropsychologische und -physiologische Verfahren sowie strukturelle und funktionelle Bildgebung derzeit intensiv erforscht.

Abgrenzung der Demenzformen untereinander

Die Klassifikationen nach ICD-10 und DSM-IV orientieren sich an den Ursachen der Erkrankung. Die Unterscheidung von kortikalen, subkortikalen oder frontalen Demenzsyndromen hat nur sekundäre Bedeutung. Unter nosologischen Gesichtspunkten wird

nach neurodegenerativen, vaskulären und anderen medizinischen (strukturellen, infektiösen, metabolischen) Ursachen eingeteilt. Beide Klassifikationssysteme sind sich bezüglich Art und Anzahl der beschriebenen Demenzformen relativ ähnlich. Der deutlichste Unterschied von ICD-10 und DSM-IV liegt bei den vaskulären De-

menzerkrankungen, die in Ersterem erheblich differenzierter erfasst werden. Das Demenzsyndrom nach ICD-10 erfordert für eine sichere klinische Diagnose, dass die mnestiche und kognitive Störung mindestens sechs Monate vorhanden ist (Tabelle 3).

Alzheimer-Demenz (ICD-10: F00)

Für die Diagnose einer Alzheimer-Demenz (AD) ist es in der ICD-10 erforderlich, dass sich aus Anamnese, körperlicher Untersuchung und aufgrund spezieller Untersuchungen keine Hinweise auf eine andere Ursache der Demenz (Tabelle 4) ergeben, die alleine die Demenz erklären könnten. Es handelt sich also im Wesentlichen um eine *Ausschlussdiagnose*. Zudem sieht die ICD-10-Klassifikation vor, den Beginn vor oder nach dem 65. Lebensjahr im Sinne von AD mit frühem Beginn beziehungsweise spätem Beginn zu unterscheiden.

Tabelle 3:

Demenzsyndrom nach ICD-10 (3)**G 1.1.**

Abnahme des Gedächtnisses, am deutlichsten beim Lernen neuer Informationen und in besonders schweren Fällen bei der Erinnerung früher erlernter Information. Beeinträchtigung betrifft verbales und nonverbales Material. Die Abnahme sollte objektiv verifiziert werden. Der Schweregrad wird in leichte, mittelgradige und schwere Beeinträchtigung im täglichen Leben eingeteilt.

G 1.2.

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 quantifizierte objektive Verfahren nachgewiesen werden. Die Verminderung der früher höheren Leistungsfähigkeit sollte nachgewiesen werden. Der Schweregrad wird in leichte, mittelgradige und schwere Beeinträchtigung im täglichen Leben eingeteilt.

G 2.

Um G1. eindeutig nachweisen zu können, muss die Wahrnehmung der Umgebung ausreichend lange erhalten geblieben sein (d.h. Fehlen einer Bewusstseinsbeeinträchtigung, wie in F05, Kriterium A, definiert). Bestehen gleichzeitig delirante Episoden, sollte die Diagnose Demenz aufgeschoben werden.

G 3.

Die Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs und des Sozialverhaltens manifestiert sich in mindestens einem der folgenden Merkmale: emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie, Vergrößerung des Sozialverhaltens.

G 4.

Für eine sichere klinische Diagnose sollte G1 mindestens 6 Monate vorhanden sein.

Tabelle 4:

Diagnose einer Demenz bei Alzheimer-Erkrankung nach ICD-10 (3)

- A) Die Allgemeinkriterien für eine Demenz (G1.–G4.) müssen erfüllt sein.
- B) In der Anamnese, der körperlichen Untersuchung oder aufgrund spezieller Untersuchungen gibt es keinen Hinweis auf eine andere Ursache der Demenz (z.B. zerebrovaskuläre Erkrankung, HIV-Krankheit, Normaldruck-Hydrozephalus, Parkinson- oder Huntington-Krankheit), eine Systemerkrankung (z.B. Hypothyreose, Vitamin-B₁₂- oder Folsäure-Mangel, Hyperkalzämie) oder einen Alkohol- oder Substanzmissbrauch.

Tabelle 5:

Vaskuläre Demenz nach ICD-10 (3)**G1.**

Die allgemeinen Kriterien für eine Demenz (G1.–G4.) müssen erfüllt sein.

G2.

Ungleiche Verteilung der Defizite höherer kognitiver Funktionen, von denen einige betroffen, andere relativ verschont sind. So kann das Gedächtnis bereits eindeutig eingeschränkt sein, während das Denken, Urteilen und die Informationsverarbeitung nur mässig beeinträchtigt sind.

G3.

Nachweis einer fokalen Hirnschädigung, die durch eines oder mehrere der folgenden Merkmale angezeigt wird:

- einseitige spastische Hemiparese der Gliedmassen
- einseitig gesteigerte Muskeleigenreflexe
- gesteigerter Babinski-Reflex
- Pseudobulbärparalyse

G4.

Eindeutiger Nachweis einer zerebrovaskulären Krankheit aus der Anamnese, aufgrund von Untersuchungen oder besonderen Tests, die für die Demenz verantwortlich gemacht werden kann (z.B. Insultanamnese, Nachweis einer zerebralen Infarzierung).

Die Konsensuskriterien nach McKhann et al. (NINCDS-ADRDA [12]) berücksichtigen, dass derzeit die einzige Möglichkeit einer (weit gehend!) sicheren Diagnose in der histopathologischen Untersuchung besteht. Es werden deshalb eine *sichere, wahrscheinliche* und *mögliche* AD-Diagnose unterschieden. Zu Grunde liegt die neuropathologische Erkenntnis, dass bei weit mehr als 20 Prozent der klinischen Diagnosen einer AD andere Demenzursachen vorlagen.

Vaskuläre Demenz (ICD-10: F01)

Unter dem Begriff vaskuläre Demenz (VD) werden ätiologisch sehr unterschiedliche Demenzformen zusammengefasst. In Abhängigkeit von zerebrovaskulären Mechanismen, der Lokali-

sation und dem Ausmass der Schädigung ergeben sich phänomenologisch vielfältige Syndrome. In der ICD-10 erfolgt die Diagnose einer vaskulären Demenz durch Anwendung der Kriterien des Demenzsyndroms, zusätzlich müssen weitere Bedingungen erfüllt sein, welche die vaskuläre Genese wahrscheinlich machen (*Tabelle 5*). Die ICD-10 unterscheidet ferner:

- VD mit akutem Beginn. Die Demenz entwickelt sich plötzlich, das heisst innerhalb eines Monats, aber nicht über einen Zeitraum von drei Monaten hinaus, nach einer Reihe von Schlaganfällen oder nach einer einzelnen massiven Blutung.
- Multiinfarktdemenz. Erkrankungsbeginn allmählich, das heisst inner-

halb von drei bis sechs Monaten nach mehreren kleinen ischämischen Episoden.

- Subkortikale VD. Arterieller Hypertonus in der Anamnese, Nachweis vaskulärer Läsionen im Marklager ohne kortikale Beeinträchtigung.
- Gemischte (kortikale und subkortikale) VD. Nachweis kortikaler und subkortikaler Beeinträchtigungen.

Diese Definitionen erfordern fast zwangsläufig eine adäquate zerebrale Bildgebung, die bei entsprechendem Befund und zeitlichem Zusammenhang als diagnosestützend angesehen werden kann. Gemischte Ätiologien bei vaskulären und degenerativen Ursachen werden bei der Alzheimer-Demenz klassifiziert.

Die Konsensuskriterien NINDS-AIREN (8) dienen hauptsächlich dem Ziel, die VD für Forschungszwecke zu klassifizieren und zu definieren und legen klinisch diagnostische Algorithmen fest. Folgende VD-Formen werden unterschieden:

- Multiinfarktdemenz
- Demenz infolge strategischer, einzelner Infarkte
- Mikropathie mit Demenz
- Demenz bei Hypoperfusion
- Demenz bei Hämorrhagie.

Andere Demenzformen (ICD-10: F02)

Demenzielle Störungen mit fokalen Atrophien (ICD-10: F02.0): Diese haben durch neuere genetische und pathophysiologische Erkenntnisse in den Jahren einen erheblichen Begriffswandel erfahren. Etwa 15 bis 20 Prozent der Prävalenz der präsenten Demenzerkrankungen werden dieser Gruppe zugeordnet. Die ICD-10 formuliert die Merkmale der Demenz bei Pick-Krankheit (F02.0) durch:

- fortschreitende Demenz
- überwiegend Frontalhirnsyndrom mit Euphorie, emotionaler Verflachung und Vergröberung im Sozialverhalten, Enthemmung und Apathie oder Ruhelosigkeit
- Verhaltensstörungen gehen gewöhnlich offensichtlichen Gedächtnisstörungen voran.

Die Konsensuskriterien für frontotemporale Demenzen (FTD) nach Neary et al. (14) sind inzwischen weiter entwickelt als die Systeme der ICD-10 und des DSM-IV. Die *Neary-Kriterien* unterscheiden drei klinische Syndrome:

- frontale Variante der FTD (fvFTD)
- primär progressive (nicht flüssige) Aphasie (PPA)
- semantische Demenz (SD).

Alle drei Diagnosen sind einheitlich und ausführlich dargestellt. Sie bestehen aus einer jeweils syndromspezifischen Kernsymptomgruppe und stützenden diagnostischen Befunden, unterteilt nach sprachlichen und behavioralen Kennzeichen, neurologischen wie neuropsychologischen und apparativen Befunden. Darüber hinaus werden generelle unterstützende Kennzeichen (Manifestationsalter, Familiarität etc.) und absolute und relative Ausschlusskriterien angegeben. Die aus den Lund-Manchester-Kriterien hervorgegangenen Neary-Kriterien sind bezüglich diagnostischer Effizienz allerdings noch nicht ausreichend geprüft. Problematisch an den Konsensuskriterien ist generell die Verwendung des Begriffes «Demenz», da zum Beispiel bei der primärprogressiven Aphasie zumindest initial nicht mit allen Kriterien für eine Demenz zu rechnen ist.

Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (ICD-10: F02.1): Sowohl ICD-10 als auch DSM-IV nennen nur eine Demenzmanifestationsform. Zu den unter den Prionenerkrankungen zusammengefassten spongiformen Enzephalopathien gehören jedoch neben der Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJD) auch das Gerstmann-Sträussler-Scheinker-Syndrom (GSS), die fatale familiäre (und sporadische) Insomnie (SFI), Kuru und auch die neue Variante der CJD (vCJD). Die Konsensuskriterien sind noch nicht ausreichend empirisch geprüft.

Demenz bei Chorea Huntington (ICD-10: F02.2): Die Demenz bei Chorea

Huntington (HD) gilt als klassische subkortikale Demenzform. Dysexekutive Auffälligkeiten, Schwierigkeiten der Aufmerksamkeitssteigerung, Verlangsamung, Apathie, depressive Symptome dominieren, klassische Zeichen einer kortikalen Demenz treten erst spät in Erscheinung.

Demenzen mit Parkinson-Symptomatik (ICD-10: F02.3): Diese können in der ICD-10 wie auch im DSM-IV entweder unter dem Begriff der Demenz bei Parkinsonscher Erkrankung (PD) kodiert werden oder aber, wenn es sich um andere Demenzformen aus dieser sehr heterogenen Gruppe handelt, nur unter den jeweiligen Restkategorien.

Zu den häufigsten demenziellen Störungen mit Parkinson-Symptomatik zählt die Lewy-Body-Demenz (DLB). Sie wird unterteilt in:

- senile Demenz vom Lewy-Body-Typ (SDLT)
- diffuse Lewy-Body-Demenz (DLBD)
- Demenz mit Lewy-Körperchen (DLB)
- Lewy-Body-Variante der Alzheimer-Erkrankung.

Spezifische Konsensuskriterien für die DLB wurden von Byrne et al. (2) und von McKeith et al. (11) vorgeschlagen. Die klinische Diagnose einer DLB nach den Konsensuskriterien stützt sich auf die Kernmerkmale progredienter kognitiver Abbau, Fluktuation von Kognition, Aufmerksamkeit und Alertheit, visuelle Halluzinationen und parkinsonoide Symptome.

Die progressive supranukleäre Blickparese (PSP; Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom) gehört zu häufigen atypischen Parkinson-Syndromen. Sie kann mit einer kognitiven Störung einhergehen. Nach den NINCDS-SPSP-Kriterien bestehen neben einer früh beginnenden kognitiven Beeinträchtigung mindestens zwei der folgenden Merkmale:

- Apathie
- beeinträchtigtes abstraktes Denkvermögen
- eingeschränkte verbale Flüssigkeit

- Utilisationsverhalten
- Echopraxie oder frontale Enthemmungszeichen.

Die diagnostische Effizienz dieser Kriterien ist noch nicht ausreichend untersucht worden.

Die *kortikobasale Degeneration (CBD)* ist durch eine frontoparietale kortikale Atrophie und degenerative Veränderungen in den extrapyramidalen Systemen gekennzeichnet. Pathologisch wird sie den Tauopathien zugeordnet. Klinischer Beginn im sechsten bis siebten Lebensjahrzehnt, langsam progredientes, asymmetrisch oder fokal beginnendes akinetisch rigides Syndrom, zumeist ohne Ruhetremor. Als pathognomonisch gilt das Alien-Hand-Phänomen, das allerdings nur bei etwa 20 bis 50 Prozent der Betroffenen vorkommt. Das demenzielle Syndrom der CBD wird eher diffus charakterisiert. Neben der Apraxie, die für die Diagnose konstitutiv ist, werden sowohl amnestische Störungen wie auch exekutive Defizite (Ablenkbarkeit, Perseveration, Beeinträchtigung des Urteilsvermögens, motorische Planungsdefizite) beschrieben, während andere demenztypische Defizite (Anomie, Agnosie, Akalkulie) generell fehlen. Die Forschungskriterien sind empirisch noch nicht ausreichend untersucht. ■



Oberarzt Dr. med. Rainer Wolf
Bereichs Gerontopsychiatrie
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatische Medizin
Otto-von-Guericke-Universität
Leipziger Strasse 44
D-39120 Magdeburg

Interessenkonflikte: keine

Teil 2 dieses Beitrags («Klinische Diagnostik der Demenzen») erscheint im kommenden Heft.

Literatur:

1. Bickel H (2000): Demenzsyndrom und Alzheimer-Krankheit: Eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Gesundheitswesen* 62: 211–218.
2. Byrne EJ, Lennox G, Lowe J, Reynolds G (1990): Diffuse Lewy body disease: the clinical features. *Adv Neurol* 53: 283–286.
3. Dilling H, Mombour H, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (1994): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Forschungskriterien. Huber, Bern.
4. Folstein MS, Folstein SE, McHugh PR (1975): «Mini-Mental-State»: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12: 189–198.
5. Gutzmann H, Kühl KP, Göhringer K (2000): Das AGP-System. Hografe-Verlag Göttingen.
6. Hampel H, Bürger K, Fuchsberger T (2005): Demenz. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP (Hrsg.) *Psychiatrie & Psychotherapie*, Springer, Heidelberg, 882–940.
7. Ihl R, Grass-Kapanke B, Lahrem P, Brinkmeyer J, Fischer S, Gaab N, Kaupmannsennecke C (2000): Entwicklung und Validierung eines Tests zur Früherkennung der Demenz mit Depressionsabgrenzung (TFDD). *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 86: 413–422.
8. Kessler C, Freyberger HJ (2002): Neurologische Adaption der ICD-10. Bern, Verlag Hans Huber.
9. Kretschmar HA, Neumann M (2000): Die neuropathologische Diagnostik neurodegenerativer und demenzieller Krankheiten. *Pathologie* 21: 364–374.
10. Lauter H (1988): Die organischen Psychosyndrome. In: Kisker KP, Lauter H, Meier JE, Müller C, Strömgen E (Hrsg.) *Psychiatrie der Gegenwart*, 3. Aufl., Band 6, Springer, Berlin – Heidelberg – New York-Tokio, 4–56.
11. McKeith IG (1994): The clinical diagnosis and misdiagnosis of senile dementia of Lewy body type (SDLT). *Br J Psychiatry* 165: 324–332.
12. McKhann G, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stadlan EM (1984): Clinical Diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's disease. *Neurology* 34: 939–944.
13. Morris JC, Heyman A, Mohs RC et al. (1989): The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD) Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 39: 1159–1165.
14. Neary D, Snowden JS et al. (1998): Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology* 51: 1546–1554.
15. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E (1999): Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol* 56: 303–308.
16. Reisberg B, Ferris SH, De Leon M, Crook TH (1982): The Global Deterioration Scale (GDS): An Instrument for the assessment of primary degenerative dementia (PDD) *Amer J Psychiatr* 139: 1136–1139.
17. Rosen WG, Mohs RC, Davis KL (1984): A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 141: 1356–1364.
18. Schlegel J (2005): Neuropathologie der Demenzen. In: Demenzen. Wallesch CW, Förstl H (Hrsg.) Thieme, Stuttgart – New York, 43–58.
19. Tesslar J, Calabrese C, Calbe E, Berger S (2000): DemTec: Ein neues Screeningverfahren zur Unterstützung der Demenzdiagnostik. *Psycho* 26: 343–347.
20. World Health Organization. ICD-10, Chapter V (F), Mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Genf: WHO, 1992.

Rotkreuz-Notrufsystem



Sicherheit rund um die Uhr für ältere, kranke und behinderte Menschen.

Weitere Informationen:

Rotkreuz-Notrufsystem
Tel. 031 387 71 11
notruf@redcross.ch

oder bei Ihrem
Rotkreuz-Kantonalverband

Schweizerisches Rotes Kreuz 

Buchkiosk



Unsterbliche Dampflokomotiven

Hans Bosshard, Jakob Bosshard: Unsterbliche Dampflokomotiven – Erlebnisse auf drei Kontinenten. 224 Seiten, 284 Farbbilder, 15 Kartenskizzen. Leinen mit Schutzumschlag. Verlag Dietschi AG, Olten und Waldenburg. ISBN 3-905404-37-0. Preis: Fr. 78.–.

Hans Bosshard, langjähriger Eisenbahnspezialist der «Neuen Zürcher Zeitung», und Jakob Bosshard sind den eindrücklichsten Lokomotiven nach Osteuropa und Ostanatolien, ans Schwarze Meer und zum Indischen Ozean, an die Viktoriafälle und zu den Elefanten Zimbabwes gefolgt. In 284 grossformatigen, stimmungsvollen Farbbildern aus den Jahren 1966 bis 2003 zeigen sie Dampflokomotiven zwischen Euphrat und Tigris, in Sand- und Schneestürmen, in wilden Schluchten und auf gewaltigen Viadukten. Den berühmten

«Blue Train» rangiert eine blaue Dampflokomotive, und zur Nachtschicht in den Hafen von Kapstadt rückt eine Siebenfachtraktion aus.

Spannend, präzise und mit einer Fülle oft überraschender Informationen schildern die Autoren die faszinierendste Traktionsart in Ländern, die zu den betrieblich schwierigsten und deren Landschaften zu den spektakulärsten und farbigsten zählen. Ihr Interesse endet nicht am Schienenstrang. Sie berichten von abenteuerlichen Fahrten, unerwarteten Begegnungen in fremden Kulturen und vom Reisekomfort im Dampfzeitalter. Ohne sich in technischen Einzelheiten zu verlieren, dokumentieren sie den Bahnbetrieb auf drei Kontinenten mit aufwändig recherchierten und überprüften Daten, die rechtzeitig festzuhalten bisher unterblieben war. Das Buch würdigt die Leistungen der Dampflokomotiven und ihrer Mannschaften, die weit bedeutender waren, als heute meist angenommen wird.



Oswalds Kater

Werner Schmidli: Oswalds Kater. 118 Seiten, gebunden. Cosmos Verlag, 3074 Muri bei Bern. ISBN 3-305-00403-7. Preis: Fr. 29.–.

Oswald, Mitte 60, gesundheitlich angeschlagen, der sich zudem mit dem Altern schwer tut, fährt auf eine griechische Halbinsel, um zu sterben. Aber er schiebt den Entschluss, sich umzubringen, vor sich her; der Ort beginnt ihm zu gefallen, zudem nimmt er sich einer alten und verwahrlosten Katze an. Und wie sich zwischen ihnen eine Beziehung entwickelt und die Katze sich erholt, verliert sich das Gefühl, ausserhalb von allem zu sein. Er hat plötzlich Verantwortung übernommen. Und er verliert sich in eine Griechin. Als sich dann eine Gelegenheit ergibt, aus dem Leben zu scheiden, hängt er, in höchster Not und Gefahr, an seinem Leben.



Name, Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon, Fax: _____

Ich bestelle:

- | | |
|--|------------------|
| ___ Expl. «Unsterbliche Dampflokomotiven» | Preis: Fr. 78.– |
| ___ Expl. «Oswalds Kater» | Preis: Fr. 29.– |
| ___ Expl. «Ganzheitliches Praxismarketing» | Preis: Fr. 67.90 |
| ___ Expl. «NETTERs Allgemeinmedizin» | Preis: Fr. 99.– |
| ___ Expl. «Von seltenen Vögeln» | Preis: Fr. 82.50 |
| ___ Expl. «Die Erotik der Tapete» | Preis: Fr. 29.80 |

Preise inkl. MwSt.; zuzüglich Versandkosten Fr. 8.–.

Bei einem Bestellwert ab Fr. 80.– entfallen die Versandkosten.

Talon einsenden oder faxen an:

Rosenfluh Publikationen AG, Schaffhauserstr. 13, 8212 Neuhausen a. Rhf.
Tel. 052-675 50 60, Fax 052-675 50 61, E-Mail: info@rosenfluh.ch



Ganzheitliches Praxismarketing

Klaus Nickel, Peter Velling, Markus Mall: Ganzheitliches Praxismarketing. Mit naturheilkundlichen Angeboten Vertrauen schaffen und Patienten binden. 168 Seiten mit 38 Abbildungen, kartoniert. Karl F. Haug Verlag, D-70469 Stuttgart. ISBN 3-8304-7222-6. Preis: Fr. 67.90.

Heutzutage sind es die Menschen gewohnt, als Konsumenten aus einem vielfältigen Angebot wählen zu können. Wie bei anderen Dienstleistungen wählen sie auch ihren Arzt – und zwar den, von dem sie sich als Kunden den grössten Nutzen versprechen. Nutzen heisst hier nicht nur «nicht krank sein», sondern immer häufiger «sich wohl fühlen».

Dieses Buch zeigt Ihnen, wie Sie

- mit attraktiven naturheilkundlichen Zusatzangeboten das Wohlbefinden Ihrer Patienten steigern
- Patienten und Mitarbeiter für sich gewinnen und an Ihre Praxis binden
- Ihre Praxis so organisieren, dass Vertrauen und Zufriedenheit den Praxisalltag bestimmen.



NETTERs Allgemeinmedizin

Frank H. Netter: NETTERs Allgemeinmedizin. 1445 Seiten mit 678 Farbtafeln, gebunden. Georg Thieme Verlag KG, D-70469 Stuttgart. ISBN 3-13-135081-5. Preis: Fr. 99.–.

«Netters Allgemeinmedizin» bietet einen einmaligen Überblick über die Krankheitsbilder in der Hausarztpraxis mit dem genialen Abbildungsschatz von Frank Netter im Taschenatlasformat. Es enthält knappe Erläuterungen und einprägsame Illustrationen zu jedem Krankheitsbild. **Alle Vorteile des visuellen Lernens:**

- Zusammenhänge verstehen durch ungewöhnliche Einblicke und einprägsame Kurztexte
- ganzheitliches Verständnis mit Betonung der Klinik: Anatomie, Physiologie und Klinik auf einer Bildtafel
- Bilder, die haften bleiben: die ideale Ergänzung zum Lehrbuch.



Von seltenen Vögeln

Anita Albus: Von seltenen Vögeln. 299 Seiten, gebunden mit Schutzumschlag. Grossformat, durchgehend bebildert. S. Fischer Verlag, D-60596 Frankfurt. ISBN 3-10-000620-8. Preis: Fr. 82.50.

Anita Albus hat einen Vogelthriller geschrieben, ein faszinierendes und bewegendes Buch über ausgestorbene und vom Aussterben bedrohte Vogelarten, in dem sich Naturgeschichte und Kriminalreport mischen. Malend und schreibend stellt sie überzeugend dar, dass das Aussterben der Arten nicht nur als Naturverlust, sondern, wesentlicher, als Kulturverlust zu beklagen ist, denn mit jeder verlorenen Spezies geht eine «Welt» unter, die sich im menschlichen Geist – in den Künsten, der Mythologie, der Wissenschaft – gespiegelt hat. Spannend und anschaulich,

provokant und amüsant, wendet sich dieses Buch sowohl an den wissenschaftlich Interessierten als auch an den «naiven» Vogelliebhaber. Ein weiterer Meilenstein im erstaunlichen essayistischen Oeuvre der Anita Albus.



Die Erotik der Tapete

Ludwig Hasler: Die Erotik der Tapete – Verführung zum Denken. 204 Seiten, gebunden mit Schutzumschlag. Huber & Co. AG, 8501 Frauenfeld. ISBN 3-7193-1384-0. Preis: Fr. 29.80.

In seinen Kolumnen und Essays mischt Ludwig Hasler Helvetisches und Europäisches, Privates und Geschäftliches, Stoff aus Wirtschaft und Kultur zu einem fulminanten Mix bester Zeitgeist-Texte. Immer geht es um Menschliches und Allzumenschliches, das Hasler als brillanter Essayist, glänzender Beobachter und subtiler Formulierer mit eleganter Nonchalance ausrollt (um im Bild der Tapete zu bleiben!). Kreative Intelligenz, logische Klarheit, begriffliche Nuancen und über allem Haslers ganz persönlicher Blick auf die schöne neue Welt binden die Leserin, den Leser

sobald an den Text. Jede Kapitelüberschrift macht neugierig und verheisst Überraschungen. Der Autor versteht es, mit seinen Leserinnen und Lesern von der ersten Zeile an lustvoll und witzig anzubandeln.