

Sybille Disse

ICD-10 kompakt - Heilpraktiker für Psychotherapie

Leseprobe

[ICD-10 kompakt - Heilpraktiker für Psychotherapie](#)

von [Sybille Disse](#)

Herausgeber: Elsevier Urban&Fischer Verlag



<https://www.unimedica.de/b24096>

Sie finden bei [Unimedica](#) Bücher der innovativen Autoren [Brendan Brazier](#) und [Joel Fuhrmann](#) und [alles für gesunde Ernährung](#), [vegane Produkte](#) und [Superfoods](#).

Das Kopieren der Leseprobe ist nicht gestattet.

Unimedica im Narayana Verlag GmbH, Blumenplatz 2, D-79400 Kandern

Tel. +49 7626 9749 700

Email info@unimedica.de

<https://www.unimedica.de>



Sybille Disse

Leseprobe

ICD-10 kompakt Heilpraktiker für Psychotherapie

Mit Übungsaufgaben, Fällen und Prüfungstipps

2. Auflage



ELSEVIER

Urban & Fischer

Inhaltsverzeichnis

- 0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09) 1**
- F00–F03 Demenz 3
 - F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit 6
 - F01.- Vaskuläre Demenz 9
 - F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten 11
 - F03 Nicht näher bezeichnete Demenz 21
 - F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt 21
 - F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt 23
 - F06.- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit 27
 - F07.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns 33
- 1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10–F19) 39**
- F10.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol 44
 - F11.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide 53
 - F12.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide 56
 - F13.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika 59
 - F14.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain 61
 - F15.- Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein 63
 - F16.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene 66
 - F17.- Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak 68
 - F18.- Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel 70
 - F19.- Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen 72
 - F1x.- Klinische Zustandsbilder durch psychotrope Substanzen nach ICD-10 73
- 2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20–F29) 85**
- F20.- Schizophrenie 86
 - F21 Schizotype Störung 101
 - F22.- Anhaltende wahnhaftige Störungen 103
 - F23.- Akute vorübergehende psychotische Störungen 106
 - F24 Induzierte wahnhaftige Störung 111
 - F25.- Schizoaffective Störungen 112

- 3 Affektive Störungen (F30–F39) 117**
F30.- Manische Episode 120
F31.- Bipolare affektive Störung 127
F32.- Depressive Episode 131
F33.- Rezidivierende depressive Störung 138
F34.- Anhaltende affektive Störungen 141
- 4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40–F48) 149**
F40.- Phobische Störungen 151
F41.- Andere Angststörungen 159
F42.- Zwangsstörung 165
F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen 169
F44.- Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) 178
F45.- Somatoforme Störungen 186
F48.- Andere neurotische Störungen 197
- 5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50–F59) 203**
F50.- Essstörungen 204
F51.- Nichtorganische Schlafstörungen 213
F52.- Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit 222
F53.- Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert 231
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten 233
F55.- Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen 234
- 6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60–F69) 237**
F60.- Spezifische Persönlichkeitsstörungen 240
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen 256
F62.- Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns 257
F63.- Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle 260
F64.- Störungen der Geschlechtsidentität 267
F65.- Störungen der Sexualpräferenz 271
F66.- Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung 277
F68.- Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (bei Erwachsenen) 278

Kinder- und Jugendpsychiatrie

- 7 Intelligenzstörung (Intelligenzminderung) (F70–F79) 285**
F70.- Leichte Intelligenzminderung **288**
F71.- Mittelgradige Intelligenzminderung **289**
F72.- Schwere Intelligenzminderung **290**
F73.- Schwerste Intelligenzminderung **291**
F74.- Dissoziierte Intelligenz **291**
- 8 Entwicklungsstörungen (F80–F89) 293**
F80.- Umschriebene Entwicklungsstörungen
des Sprechens und der Sprache **294**
F81.- Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten **300**
F82.- Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen **306**
F83 Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen **307**
F84.- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen **307**
- 9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit
und Jugend (F90–F98) 319**
F90.- Hyperkinetische Störungen **320**
F91.- Störungen des Sozialverhaltens **324**
F92 Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens
und der Emotionen **329**
F93.- Emotionale Störungen des Kindesalters **331**
F94.- Störungen sozialer Funktionen mit Beginn
in der Kindheit und Jugend **336**
F95.- Ticstörungen **340**
F98.- Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der
Kindheit und Jugend **344**

Anhang

Lösungen zu den Übungsaufgaben 357

Quellverzeichnis 367

Register 373

0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00–F09)

F00–F03 Demenz	3
F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit	6
F01.- Vaskuläre Demenz	8
F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	11
F02.0* Demenz bei Pick-Krankheit	11
F02.1* Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	13
F02.2* Demenz bei Chorea Huntington	15
F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom	17
F02.4* Demenz bei HIV-Krankheit	18
F02.8* Demenz bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern	20
F03 Nicht näher bezeichnete Demenz	21
F04 Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	21
F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt	23
F06.- Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	27
F06.0 Organische Halluzinose	28
F06.1 Organische katatone Störung	29
F06.2 Organische wahnhaft (schizophreniforme) Störung	29
F06.3 Organische affektive Störungen	30
F06.4 Organische Angststörung	30
F06.5 Organische dissoziative Störung	31
F06.6 Organische emotional labile (asthenische) Störung	31
F06.7 Leichte kognitive Störung	31
F07.- Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	32
F07.0 Organische Persönlichkeitsstörung	33
F07.1 Postenzephalitisches Syndrom	34
F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädel-Hirn-Trauma	35

Übersicht

ICD-10-Code	Störung
F00–F03	Demenzen oder Demenzformen
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05	Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
<i>F09</i>	<i>Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung</i>

Dieser Abschnitt der ICD-10 umfasst eine Reihe von psychischen Krankheitsbildern mit nachweisbarer Ätiologie, einer Hirnverletzung oder einer anderen Schädigung, die zu einer Hirnfunktionsstörung führt.

Im Kapitel F0 sind insbesondere die organischen psychischen Störungen 1. Ranges prüfungsrelevant: Demenzen, das organische amnestische Syndrom, das „organische“ Delir/Verwirrheitszustand (diese lassen i. d. R. anhand der klinischen Symptomatik auf eine organische Ursache der Störung schließen). Außerdem finden Sie in diesem Kapitel die organischen psychischen Störungen 2. Ranges. Diese können nahezu jedes „nichtorganische“ psychiatrische Krankheitsbild vortäuschen: Halluzinose, katatone Störung, wahnhaft (schizophreniforme) Störung, affektive Störung, Angststörung, dissoziative Störung, leichte kognitive Störung sowie die organische Persönlichkeitsstörung.

Definition/Synonyme

Die **Funktionsstörung** kann:

- **primär** sein (zuerst vorhanden, ursprünglich), wie bei Krankheiten, Verletzungen oder Störungen, die das Gehirn direkt oder in besonderem Maße betreffen (Beispiele: Tumoren, Entzündungen, Drogen, Medikamente),
- oder **sekundär** (nachträglich hinzukommend) wie bei systemischen Krankheiten oder Störungen, die das Gehirn als eines von vielen anderen Organen oder Körpersystemen betreffen (Beispiele: Leber- oder Nierenversagen mit Anhäufung ZNS-toxischer Substanzen, Herzinsuffizienz mit zerebraler Mangel durchblutung).
- Der Begriff „**symptomatisch**“ wird verwendet für organische psychische Störungen mit indirekter zerebraler Beteiligung aufgrund einer systemischen extrazerebralen Krankheit oder Störung.

Merke

Bei den organischen psychischen Störungen ist eine körperliche Ursache nachweisbar, d. h., die psychische Störung ist körperlich begründbar. Organische psychische Störungen können nahezu jedes psychiatrische Krankheitsbild vortäuschen.

Prüfungstipp

In der Praxis werden Sie Patienten mit diesen Störungsbildern an den (Fach-)Arzt verweisen und allenfalls begleitend tätig werden, zumal Heilpraktiker im Bereich der Psychotherapie weder eine klinische (körperliche) Untersuchung durchführen noch Medikamente verschreiben dürfen. Und natürlich darf auf gar keinen Fall in die Medikation der Ärzte eingegriffen werden.

F00–F03 Demenz**Definition/Synonyme**

Definition Eine Demenz (F00-F03, ► Tab. 0.1) ist ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen ohne Bewusstseinsstrübung (mit Ausnahme der späteren Stadien der Erkrankung).

- Die Funktionsstörungen betreffen Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.
- Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Durchblutungsstörungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.

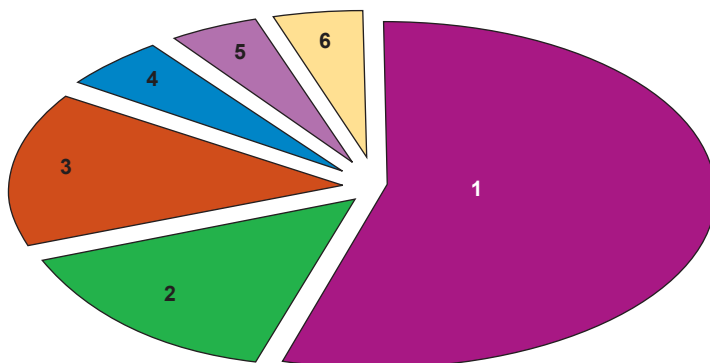
Synonyme Demenz bedeutet (wörtlich übersetzt) „Fehlen des Geistes“.

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie Häufigste Ursache einer Demenz ist in den westlichen Ländern die Alzheimer-Krankheit, deren Anteil auf mindestens zwei Drittel der Krankheitsfälle geschätzt wird, gefolgt von den durch Schädigungen der Blutgefäße des Gehirns verursachten vaskulären Demenzen. Oft treten Mischformen der beiden Krankheitsprozesse auf (► Abb. 0.1).

Tab. 0.1 Übersicht über die Demenzformen

ICD-10-Code	Demenzform
F00	Demenz bei Alzheimer-Krankheit
F01	Vaskuläre Demenz
F02	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz



- 1 ■ Demenz bei Alzheimer-Krankheit: 55%
- 2 ■ vaskuläre Demenz: 15%
- 3 ■ vaskuläre Demenz und Alzheimer gemischt: 15%
- 4 ■ Frontotemporale Demenzen: 5%
- 5 ■ Demenzen bei anderen neurologischen Erkrankungen: 5%
- 6 ■ 5%

Abb. 0.1 Ursachen der Demenz – Häufigkeitsverteilung (nach [2]) [L143]

Pathogenese Als Folge einer Krankheit des Gehirns kommt es zu einem allgemeinen Abbau intellektueller Fähigkeiten.

Epidemiologie Die Prävalenzrate steigt steil mit dem Alter an. Sie beträgt in der Altersgruppe der 65- bis 69-Jährigen 1–2 %, bei den 80- bis 84-Jährigen 16 % und bei den über 90-Jährigen 41 %. Zwei Drittel aller Erkrankten haben bereits das 80. Lebensjahr vollendet, fast 70 % der Erkrankten sind Frauen. [1]

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit.

Demenz-Trias Gedächtnisstörung, Beeinträchtigung in mindestens einem weiteren neuropsychologischen Teilbereich, eine damit verbundene alltagsrelevante Einschränkung der Lebensführung.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Gedächtnisverlust seit mindestens 6 Monaten
- Abnahme weiterer kognitiver Fähigkeiten (Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens)
- Affekte und Sozialverhalten (Es kommt zu einer Verminderung der Affektkontrolle, zu einer Antriebsminderung oder Veränderung des Sozialverhaltens, z. B. emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder Vergrößerung des Sozialverhaltens.) [3]

Folgende Merkmale stützen die Diagnose Es kommt zu einer deutlichen Abnahme der intellektuellen Leistungsfähigkeit und gewöhnlich zu Beeinträchtigungen in den persönlichen Aktivitäten des Lebens (z. B. beim Waschen, Ankleiden, Essen, bei der persönlichen Hygiene, bei Körperausscheidungen und der Benutzung der Toilette). [3]

Differenzialdiagnosen Depressive Störung, Delir, leichte oder mittelschwere Intelligenzminderung, Zustandsbilder kognitiver Schwäche, iatrogene psychische Störungen als Folge einer Medikation.

Begleiterkrankungen Delir, affektive Störungen (v. a. Depressionen).

Therapie/Prognose

Therapie

- Pharmakotherapie
- Psychotherapie: kognitives Training
- Beratung von Bezugspersonen

Prognose Der Verlauf ist gewöhnlich chronisch oder fortschreitend.

Merke

Aufgrund der Symptome kommt es zu einer alltagsrelevanten Einschränkung der Lebensführung; es finden sich aber i. d. R. keine Bewusstseinstörung und keine deliranten Episoden! Das Erscheinungsbild der Beeinträchtigung hängt stark von den sozialen und kulturellen Gegebenheiten ab.

„Der Demente ist der Güter beraubt, deren er sich sonst erfreute, er ist ein Armer, der früher reich war, während der Idiot schon immer arm war ... Der Zustand des Dementen kann sich ändern, der des Idioten bleibt immer derselbe.“

Jeanne Etienne Dominique Esquirol, *französischer Arzt im 19. Jahrhundert*

Praxistipp

Screeningverfahren

- Mini-Mental-State-Test nach Folstein (MMST, Folstein-Test, ca. 10 min)
- Demenz-Detektion nach Calabrese et al. (DemTect, ca. 7 min)
- Uhr-Zeichentest nach Shulman (ca. 3–5 min)
- Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD, ca. 5–10 min)
- Der MoCA® (Montreal Cognitive Assessment Test) ist ein relativ neues Testverfahren, das kognitive Funktionen breit abdeckt und eine kondensierte Form einer neuropsychologischen Testbatterie darstellt. Der MoCA ist für verschiedene Demenzformen geeignet.
- Der SIDAM (strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer-Typ, der vaskulären Demenz und Demenzen anderer Ätiologie) enthält einen neuropsychologischen Kurztest (SISCO), der wiederum den MMST beinhaltet.

Aufgaben

0.1 Welche der folgenden Kriterien (nach ICD-10) werden für die Diagnose einer Demenz vorausgesetzt? Wählen Sie zwei Antworten!

- A. Die Symptome müssen beim Stellen der endgültigen Diagnose mindestens 6 Monate vorhanden sein.
- B. Es muss ein Intelligenzquotient (IQ) von 70 oder niedriger vorliegen.
- C. Der Patient muss mindestens 60 Jahre alt sein.
- D. In der bildgebenden Diagnostik müssen organische Veränderungen nachgewiesen sein.
- E. Es besteht eine Abnahme des Gedächtnisses und des Denkvermögens.

F00.-* Demenz bei Alzheimer-Krankheit



Definition/Synonyme

Definition Die Alzheimer-Krankheit, benannt nach dem deutschen Nervenarzt Alois Alzheimer (1864–1915), ist die häufigste Demenzform im Alter. Sie ist bedingt durch Verschleiß (degenerativ), der das Großhirn betrifft (zerebral), und geht mit einer charakteristischen kognitiven Leistungsabnahme (Vergesslichkeit) einher.

Synonyme Morbus Alzheimer, Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT), Alzheimer-sche Erkrankung bzw. Alzheimer-Demenz (AD).

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie Bei ca. 95 % der Fälle ist die Ursache unbekannt; in 80 % der Fälle werden bisher unbekannte genetische Faktoren als Ursache vermutet. Bei ca. 2–3 % der Fälle besteht eine familiäre Häufung (diese Fälle treten meist vor dem 55. Lebensjahr auf). [2]

Pathogenese Es kommt zu charakteristischen Gehirnveränderungen, z. B. zu pathologischen Ablagerungen von Proteinen, die zum Nervenzelluntergang führen (neurofibrilläre Verklumpungen, neuritische Plaques), und zur Verminderung von Neurotransmittern. Der Beginn ist schleichend, die Entwicklung langsam, aber stetig über Jahre.

Epidemiologie

- Die Alzheimer-Demenz ist die häufigste Ursache einer kognitiven Leistungsabnahme im Alter (bis zu 60 %, bei Berücksichtigung der mit vaskulären Demenzen gemischten Formen sogar bis zu 75 %). Das Alter ist der wichtigste Risikofaktor. [2]
- Die einschlägigen Prävalenzstudien unterscheiden im Allgemeinen nicht zwischen Demenz und Alzheimer-Krankheit. Es ist davon auszugehen, dass die Erkrankungshäufigkeit aufgrund der steigenden Lebenserwartung zunehmen wird.

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Schleichend zunehmende Vergesslichkeit (der Verlust erworbener intellektueller Fähigkeiten).

Alzheimer-Trias Merkfähigkeitsstörungen, Verwirrtheit, Desorientiertheit (ZÖSP).

Diagnostische Kriterien nach ICD-10 Vorliegen einer Demenz nach ICD-10-Kriterien und keine Hinweise auf eine andere Ursache der Demenz in der Anamnese bzw. Untersuchung.

- Die Alzheimer-Demenz ist eine **Ausschlussdiagnose**. Es sind allerdings auch Mischformen mit der vaskulären Demenz möglich.
- Bei Verdacht auf eine Alzheimer-Demenz wird eine **Ausschlussdiagnostik** mit psychologischen Screeningtests, Laboruntersuchungen, bildgebenden Verfahren und einer erweiterten apparativen Diagnostik durchgeführt. [3]

Differenzierung

- **F00.0 Früher Beginn (präsenil bzw. Typ 2):** vor dem 65. Lebensjahr, Beginn plötzlich
- **F00.1 Später Beginn (senil bzw. Typ 1):** nach dem 65. Lebensjahr, Beginn langsam

Folgende Merkmale stützen die Diagnose

- In der Frühphase sind Merkfähigkeitsstörungen und depressive Verstimmungen typisch.
- Es kommt zur Abnahme von Motivation und Antrieb, zu einem Mangel an Spontaneität, zu Reizbarkeit und Störungen des Sozialverhaltens.
- Die persönliche Fassade bleibt meist sehr lange erhalten.
- In fortgeschrittenen, schweren Fällen können neurologische Symptome auftreten, z. B. parkinsonähnliche extrapyramidale Veränderungen, Logoklonie (krankhaftes Wiederholen von Wort- oder Satzenden) und epileptische Anfälle. Weitere Symptome sind Harn- und Stuhlinkontinenz und bei einem Großteil der Patienten Verhaltensstörungen wie Unruhe, Wahn und Halluzinationen sowie die Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus.

Differenzialdiagnosen Depressive Störung, Delir, organisches amnestisches Syndrom, sonstige primäre Demenzen (wie ►F02.0* Morbus Pick, ►F02.1* Creutzfeldt-Jakob-Krankheit oder ►F02.2* Chorea Huntington), sekundäre Demenzen (bei einigen körperlichen Krankheiten und bei toxischen Zustandsbildern, z. B. Hypothyreose, Vitamin-B₁₂- oder Folsäuremangel, Hyperkalzämie oder Alkohol- bzw. Substanzmissbrauch), leichte, mittelgradige oder schwere Intelligenzminderung. [3]

Begleiterkrankungen Affektive Störungen (Depressionen), Schlafstörungen, Angststörungen und Wahnerkrankungen.

Therapie/Prognose

Therapie Es gibt keine kurative (zur Heilung führende) Therapie!

- Pharmakotherapie
 - Hinweis: Der fortschreitende neurodegenerative Prozess kann nicht durch Medikamente gestoppt werden. Moderne Medikamente können jedoch bei ca. 20 % der Patienten eine Stabilisierung der kognitiven Fähigkeiten über einen Zeitraum von 6–12 Monaten bewirken. [2]
 - Antidementiva (Arzneistoffe, die einen Einfluss auf die Symptomatik einer Demenz haben): Acetylcholinesterasehemmer (bei leichter bis mittelschwerer AD) und Glutamatmodulatoren (bei mittelschwerer bis schwerer AD).
 - Nootropika: Diese Substanzen (z. B. Ginkgo biloba) sollen positiv auf das zentrale Nervensystem wirken, die Wirksamkeit ist allerdings nicht belegt.
 - Antipsychotika (bei psychotischen Symptomen wie Wahnzuständen, Halluzinationen, Aggressivität sowie bei Schlafstörungen und Unruhezuständen).
 - Antidepressiva.
- Psychotherapie (Erhalt der individuellen Vorlieben und Fähigkeiten des Patienten sowie der kognitiven und physischen Leistungsfähigkeit):
 - Klare (und sich ständig wiederholende) Tagesstrukturierung.
 - Ressourcenorientierte mentale Aktivierung: kognitives Training, Gedächtnis- und Rätselspiele (z. B. Sudoku).
 - Ressourcenorientierte körperliche Aktivierung (z. B. Wandern oder Tanzen).
 - Validationsmethode nach Feil: Empathie bzw. eine akzeptierende Grundhaltung ermöglichen einen Zugang zur Welt des Demenzkranken und geben dem Patienten das Gefühl, ernst genommen und verstanden zu werden.
- Ergotherapie
- Alzheimer-Selbsthilfegruppen
- Frühe Anbindung an eine Tagesstätte (Tagesstrukturierung, Übungen, Entlastung der Angehörigen)

- Psychoedukation der Angehörigen
 - (Einzel-)Beratung von Bezugspersonen, Angehörigengruppen
 - Leben mit der Erkrankung
 - Veränderung von Verhalten und Kommunikation
 - Notwendigkeit der eigenen Entlastung durch externe Hilfen
 - Stabilisierung der häuslichen Versorgung
 - **Merke:** Bei den Angehörigen ist viel Geduld notwendig, da Patienten oft erst verzögert reagieren!

Prognose Es besteht eine langsam progrediente (schleichende), irreversible (nicht umkehrbare) Entwicklung, die nach ca. 5–8 Jahren zum Tod führt. Die letzten 2 Jahre gehen meist mit schwerer Pflegebedürftigkeit einher. [2]

Merke

Merken Sie sich zur Alzheimer-Demenz die **A-Wörter** (das A steht für „Unfähigkeit zu ...“), denn diese können im weiteren Verlauf einer Alzheimer-Demenz hinzukommen:

- Aphasie: Unfähigkeit zu sprechen – mit ausgeprägten Wortfindungsstörungen
- Agnosie: Nichterkennen von Gegenständen
- Apraxie: Störung von Handlungsabläufen
- Alexie: Verlust des Lesevermögens
- Agraphie: Unfähigkeit, richtig zu schreiben
- Akalkulie: Rechenschwäche

Risikofaktoren: höheres Lebensalter (!), familiäre Häufung, genetische Disposition, vaskuläre Risikofaktoren, neurologische Vorerkrankungen, frühere Hirnschädigungen, niedrige Schulbildung.

Blick in die Zukunft Aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung und der damit zunehmenden Prävalenz ist die Alzheimer-Demenz in den letzten Jahrzehnten zunehmend ins Blickfeld der Therapieforschung gerückt. Es sind neue diagnostische Kriterien in Entwicklung, um die Alzheimer-Erkrankung mit hoher Sicherheit in einem frühen Stadium feststellen und somit auch eher therapeutisch intervenieren zu können.

Aufgaben

0.2 Welche Therapieansätze zur Behandlung der Demenz allgemein kennen Sie?

0.3 Sie vermuten bei einem 80-jährigen Patienten, der Ihnen wegen Gedächtnisstörungen vorgestellt wird, eine Demenz vom Alzheimer-Typ. Welche der folgenden Symptome stützen Ihren Verdacht bei der Differenzialdiagnose?

- A. Seit 1 Jahr bestehende Störungen der Merkfähigkeit
- B. Rechtsseitige Gesichtslähmung nach mehreren Schlaganfällen
- C. Rasche Verschlechterung innerhalb weniger Tage
- D. Keine qualitativen Bewusstseinsstörungen
- E. Anamnestisch bekannter langjähriger übermäßiger Alkoholkonsum

F01.- Vaskuläre Demenz



Definition/Synonyme

Definition Die vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Demenzform mit häufig plötzlichem Beginn, schrittweiser Verschlechterung sowie neurologischen Herdzei-

chen. Es handelt sich um einen Sammelbegriff für demenzielle Erkrankungen, die auf eine gefäßbedingte Verletzung oder Störung der Funktion des Hirns (Hirnläsion) zurückzuführen sind.

Synonyme Früher: arteriosklerotische Demenz, „Verkalkung“ → ugs. für die vaskuläre Demenz (VD), vaskuläre kognitive Störung.

Unterformen

- **F01.0** Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn: Diese Form entwickelt sich meist sehr schnell (innerhalb von 1 Monat, aber nicht über einen Zeitraum von 3 Monaten hinaus) nach einer Reihe von Schlaganfällen oder seltener nach einem einzelnen größeren Hirninfarkt.
- **F01.1** Multiinfarkt-Demenz (bzw. vorwiegend kortikale Demenz): Diese Form entwickelt sich allmählicher als die akute Form (d. h. innerhalb von 3–6 Monaten), nach mehreren transitorischen (vorübergehenden) ischämischen Attacken (TIAs), die eine Anhäufung von Infarkten im Hirngewebe verursachen.
- **F01.2** Subkortikale vaskuläre Demenz: Hierzu zählen Fälle mit Hypertonie (Bluthochdruck) in der Anamnese und ischämischen (minderdurchbluteten) Herden im Marklager der Hemisphären (Gehirnhälften). Im Gegensatz zur Demenz bei Alzheimer-Krankheit ist die Hirnrinde gewöhnlich intakt. **Sonderform:** Bei diffuser Entmarkung der weißen Substanz kommt es zur „Binswanger-Enzephalopathie“.
- **F01.3** Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz (Kombination): Hier werden die häufig auftretenden Mischformen einer vaskulären Demenz und Alzheimer-Demenz eingeordnet.

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie Ursächlich sind krankhafte Veränderungen der Gefäße. Es gibt einen zeitlichen Zusammenhang zwischen der Symptomatik, den vaskulär bedingten Hirnläsionen und der neurologischen Symptomatik. Öfter bestehen in der Vorgeschichte TIAs (Durchblutungsstörungen des Gehirns) mit kurzen Bewusstseinsstörungen, vorübergehenden Paresen (Lähmungen) oder Visusverlust (Sehstörungen, Verlust der Sehschärfe). [3]

Pathogenese Die Erkrankung wird ausgelöst durch Durchblutungsstörungen im Gehirn (Hirnschläge, welche die Durchblutung beeinträchtigen und dadurch Hirngewebe zerstören), die abrupt auftreten oder sich allmählich entwickeln. Der Beginn liegt gewöhnlich im höheren Lebensalter.

Epidemiologie

- Vaskulär bedingt sind ca. 15–20 % der Demenzen, in 15 % der Fälle treten die vaskuläre und die Alzheimer-Demenz gemischt auf. [2]
- Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2009 ermittelte für Deutschland eine mittlere Prävalenz von 32 %. [4]
- Der Beginn liegt gewöhnlich im späteren Lebensalter.
- Männer sind in der Altersgruppe bis zu 75 Jahren deutlich häufiger betroffen als Frauen; bei den über 80-Jährigen steigt das Erkrankungsrisiko für Frauen an. [4]

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Stufenweise Verschlechterung der intellektuellen Fähigkeiten.

VD-Trias Gedächtnisstörungen, unsteter Verlauf, neurologische Symptome.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Vorliegen einer Demenz nach ICD-10-Kriterien.
- Es kommt zu einer ungleichmäßigen kognitiven Beeinträchtigung.
- Eine fokale Hirnschädigung und zerebrovaskuläre Krankheit, die für die Demenz verantwortlich gemacht werden kann, können nachgewiesen werden.

Diagnostik Bei Verdacht auf eine vaskuläre Demenz wird eine Diagnostik mit einer klinischen und neuropsychologischen Untersuchung inkl. bildgebender Verfahren (MRT bzw. CT) zur Dokumentation vaskulärer Läsionen durchgeführt.

Folgende Merkmale stützen die Diagnose

- Als weitere Merkmale kommen infrage: Hypertonie, Karotisgeräusche (Geräusche, die auf eine Verstopfung der Halsschlagader hinweisen), **Affektlabilität** mit zeitweise depressiver Stimmung, unbeherrschbarem (pathologischem) Lachen oder Weinen sowie vorübergehende Bewusstseinsstörungen oder Delire, die häufig Folge weiterer Infarkte sind. [3]
- Meist bleibt die Persönlichkeit des Patienten gut erhalten. Mitunter kommt es jedoch zu Persönlichkeitsänderungen, die mit Apathie oder Enthemmung verbunden sind oder mit einer Steigerung früherer Persönlichkeitszüge wie Ich-Bezogenheit, paranoider Haltungen oder Reizbarkeit einhergehen. [3]
- Neben kognitiven und mnestischen Defiziten (Gedächtnisstörungen), Desorientiertheit, Unruhe und depressiven Symptomen können ebenso schlaganfallähnliche oder parkinsonoide Symptome – Rigor (Muskelstarre), Tremor (Zittern), Akinese (Bewegungsarmut) – im Vordergrund stehen.

Differenzialdiagnosen Delir, Demenz bei Alzheimer-Krankheit, affektive Störungen, leichte oder mittelgradige Intelligenzminderung, subdurales Hämatom (Bluterguss unter der harten Hirnhaut).

Begleiterkrankungen Oft bestehen internistische Begleiterkrankungen.

Therapie/Prognose

Therapie Möglichst frühzeitige Therapie (Erkrankung am Fortschreiten hindern) bzw.:

- Sekundärprävention von Grunderkrankung bzw. Risikofaktoren: Verzicht auf Rauchen, Alkohol, Abbau von Übergewicht (Adipositas), Behandlung von Hypertonie, Hyperlipidämie (erhöhte Blutfettwerte), Diabetes mellitus usw.
- Um die Gehirndurchblutung zu verbessern, werden Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung und zur Blutverdünnung verordnet.

Prognose Häufig kommt es zu einem plötzlichen Beginn und einer stufenweisen Verschlechterung im Verlauf. Die mittlere Lebenserwartung nach Beginn der ersten Symptome beträgt im Durchschnitt ca. 4 Jahre. [5]

Wissenswertes

- Jeder dritte Deutsche über 40 Jahre hat „verkalkte“ Gefäße.
- Die Symptome der VD treten oftmals früher und heftiger auf als bei der Alzheimer-Krankheit. Dagegen kann das Gedächtnis bei einer vaskulären Demenz deutlich länger erhalten bleiben als bei Alzheimer-Krankheit. Der Verlauf der vaskulären Demenz ist eher schubförmig (im Unterschied zum schleichend progredienten Verlauf der Alzheimer-Demenz).

- **Risikofaktoren:** vaskuläre Vorerkrankungen, z. B. arterielle Hypertonie, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, Gefäßstenosen (Verengungen der Gefäße), Vaskulitiden (entzündliche Erkrankungen der Blutgefäße), außerdem Nikotinabhängigkeit, Hypercholesterinämie (erhöhter Cholesterinspiegel im Blut), Adipositas, Diabetes mellitus, zerebrale Infarkte. [2]

Aufgaben

0.4 Welche Risikofaktoren für vaskuläre Demenzen kennen Sie?

0.5 Welche der folgenden Aussagen zur vaskulären Demenz treffen zu? Wählen Sie zwei Antworten!

- Transitorisch-ischämische Attacken (TIAs) in der Vorgeschichte stützen die Diagnose.
- Neurologische Herdzeichen wie Gangstörungen sind mit einer vaskulären Demenz nicht vereinbar.
- Die Erkrankung beginnt gewöhnlich im höheren Lebensalter.
- Frühere Schlaganfälle sprechen gegen eine vaskuläre Demenz.
- Gedächtnis und Denken sind von der Erkrankung nicht betroffen.

F02.-* Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

Definition/Synonyme

Hierbei handelt es sich um Fälle von Demenz, bei denen eine andere Ursache als die Alzheimer-Krankheit oder eine zerebrovaskuläre Krankheit vorliegt oder vermutet wird. Sie können in jedem Lebensalter auftreten, selten jedoch im höheren Alter.

F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1	Demenz bei Creutzfeld-Jakob-Krankheit
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern

F02.0* Demenz bei Pick-Krankheit

Definition/Synonyme

Definition Die Demenz bei Pick-Krankheit ist eine progressive Demenz, charakterisiert durch eine frühe, langsam fortschreitende Persönlichkeitsveränderung und den Verlust sozialer Fähigkeiten. Der Morbus Pick ist eine neuropathologisch definierte Unterform der frontotemporalen Demenzen (FTD). Die Krankheit wurde 1900 von dem Neurologen Arnold Pick erstmals entdeckt.

Synonyme Morbus Pick, Pick-Atrophie, Pick-Krankheit, Maladie de Pic.

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie In etwa 50 % der Fälle tritt die Erkrankung familiär gehäuft auf. Es kommt zu **Atrophien** (Gewebschwund) mit Nervenzellverlust und zum Auftreten von sog. Pick-Zellen bzw. **Pick-Körpern**, die der Erkrankung ihren Namen geben.

Pathogenese Es kommt zunächst zu einer makroskopisch starken Schrumpfung des Frontallappens (Stirnappenatrophie) und des Temporallappens (Schläfenappenatrophie), später dann zu einer diffusen Atrophie (man spricht auch von einer „Walnussatrophie“, weil das Gehirn durch die Schrumpfung wie eine Walnuss aussieht, ► Abb. 0.2).

Epidemiologie Die Störung ist selten (5–7 % aller Demenzen). Der Beginn liegt im mittleren Lebensalter (45.–65. Lebensjahr) und überwiegend vor dem 65. Lebensjahr. Männer sind etwas häufiger betroffen. [6]



Abb. 0.2 Gehirnatrophie bei Pick-Krankheit [R235]

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Persönlichkeits- oder Verhaltensänderungen, Enthemmung, gefolgt von kognitiven Störungen.

Pick-Trias

- Variante a) Leistungsminderung, Verhaltensauffälligkeiten, Sprachstörungen
- Variante b) Gedächtnisstörungen, Enthemmung (sexuell, verbal), Distanzlosigkeit

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Vorliegen einer (fortschreitenden) Demenz nach ICD-10-Kriterien:
 - Es kommt zu einem langsamen Beginn mit fortschreitendem Abbau.
 - **Frontalhirnsymptome** (emotionale Verflachung, Vergröberung des Sozialverhaltens, Enthemmung, Apathie oder Ruhelosigkeit, Aphasie).
 - Soziale und Verhaltensauffälligkeiten treten vor den erkennbaren Gedächtnisstörungen auf. [3]

Diagnostik Die Diagnoseverfahren entsprechen weitgehend denen der Alzheimer-Demenz, v. a. bildgebende Verfahren (CT, MRT) sind unverzichtbar. Ein EEG dient der Abgrenzung von einer Creutzfeld-Jakob-Erkrankung.

Folgende Merkmale stützen die Diagnose Beeinträchtigungen von Intellekt, Gedächtnis und Sprachfunktionen mit Euphorie, **Äußerung sexueller Anzänglichkeiten** und/oder Vergröberung der Essenssitten, **Vernachlässigung der Körperpflege** bis hin zur **Apathie** und völligen Antriebslosigkeit, gelegentlich auch extrapyramidale Phänomene (Bewegungsstörungen).

Differenzialdiagnosen

- Demenz bei Alzheimer-Krankheit.
- Vaskuläre Demenz.
- Demenz bei sonstigen Störungen wie z. B. Neurosyphilis oder Normaldruckhydrozephalus. Bei Letzterem handelt es sich um eine vermehrte Ansammlung von Hirnwasser (Liquor) innerhalb der Liquorräume von Gehirn und Rückenmark mit relativ normalem intrakraniellen Druck und typischer Hakim-Trias (Gangstörungen, Demenz und spontaner Urinverlust).
- Sonstige neurologische oder metabolische Störungen.

Begleiterkrankungen Affektive Störungen (v. a. Depressionen).

Therapie/Prognose

Therapie Medikamentös:

- Antidementiva (z. B. Acetylcholinesterasehemmer)
- Antidepressiva bzw. bei affektiven Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs)

Prognose Die durchschnittliche Überlebenszeit bei Pick-Krankheit beträgt 8 Jahre. [6] Fälle mit einem frühen Beginn neigen zu einem malignen (bösartigen) Verlauf. Die Patienten werden bettlägerig und versterben in einem „Stadium vegetabilis“ (nur noch körperliche Grundfunktionen) an Lungenentzündung und den Folgen infizierter Dekubitusgeschwüre (Hautschädigungen infolge langen Liegens).

Merke

- Der Beginn der frontotemporalen Demenzen ist früher als bei der Alzheimer-Krankheit, häufig vor dem 60. Lebensjahr.
- Die Pick-Krankheit tritt 5- bis 10-mal seltener auf als die Alzheimer-Demenz. [5]
- Die Symptome sind v. a. durch eine Atrophie des Frontalhirns (wo die Persönlichkeitsstrukturen verankert sein sollen) bedingt.

Prüfungstipp

In der schriftlichen Prüfung wird häufig nach der Vernachlässigung der Körperpflege gefragt.

Aufgaben

0.6 Wer ist häufiger von der Demenz bei Pick-Krankheit betroffen – das weibliche oder männliche Geschlecht?

F02.1* Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit

Definition/Synonyme

Definition Die Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit ist eine durch Prionen (Prion-Proteine, „proteinaceous infectious agents“) bedingte Demenz mit vielfältigen neurologischen Symptomen. 1920 veröffentlichte der Neurologe Hans-Gerhard Creutzfeldt erstmals eine Beschreibung dieser Krankheit, kurz vor dem Neurologen Alfons Maria Jakob. 1922 wurde dann die Bezeichnung Creutzfeldt-Jakob-Krankheit eingeführt.

Synonyme Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK; engl. Creutzfeldt Jakob Disease, CJD), humane spongiforme Enzephalopathie.

Zugeordnete Befunde Jakob-Creutzfeld-Pseudosklerose, subakute präsenile spongiöse Enzephalomyelopathie.

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie Die CJK tritt meist spontan ohne erkennbare Ursache auf (sporadische Prionenerkrankung in ca. 85–90 % der Fälle), ist ubiquitär (d. h. weltweit) vorkommend und tritt in 5–15 % der Fälle familiär gehäuft auf (dann sind allerdings die Betroffenen meist jünger, und der Verlauf ist langsamer). In Einzelfällen tritt die Erkrankung iatrogen auf, wenn die Prionen bei chirurgischen Eingriffen von einem Menschen auf einen anderen übertragen werden. Eine solche Übertragung der CJK kann z. B. bei Transplantation von infiziertem Gewebe erfolgen, durch verunreinig-

te Instrumente oder durch Verabreichung infizierter Blutpräparate oder von Wachstumshormonen aus menschlichen Hypophysen. [7]

Pathogenese Es kommt zu rapiden neuropathologischen Veränderungen (subakute spongiose Enzephalopathie) durch die Prionenerkrankung (pathogene bzw. fehlgeformte Eiweiße, ► Abb. 0.3).

Epidemiologie Die Störung ist sehr selten. Die Inzidenz beträgt 1–2 : 1 Mio. Einwohner. [7] Der Beginn liegt gewöhnlich im mittleren oder höheren Lebensalter (Häufigkeitsgipfel um das 60. bzw. zwischen dem 50. und 70. Lebensjahr), ein Auftreten ist jedoch in jedem Erwachsenenalter möglich. Das Verhältnis Frauen zu Männern liegt bei 2 : 1.

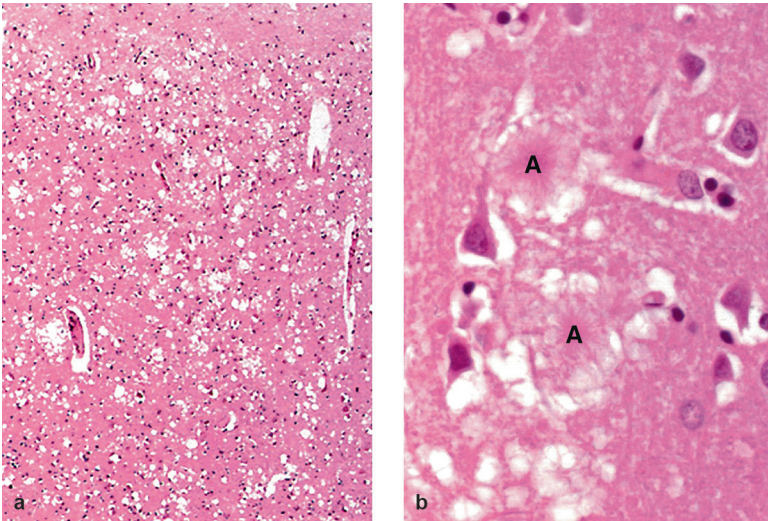


Abb. 0.3 Prionenerkrankung [G191]
a) Spongiforme Veränderungen im zerebralen Kortex
b) Amyloidplaque (A) bei Creutzfeld-Jakob-Krankheit

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Rasch fortschreitende Demenz mit neurologischer Begleitsymptomatik.

CJE-Trias Gedächtnisstörungen, spastische Lähmungen/Krämpfe, extrapyramidale Zeichen.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Vorliegen einer (sehr rasch fortschreitenden, ausgeprägten) Demenz nach ICD-10-Kriterien. Gleichzeitig oder in der Folge bestehen **vielfältige neurologische Symptome**:
 - Pyramidenbahnzeichen: neurologische Symptome, die aufgrund einer Schädigung der Pyramidenbahn entstehen
 - Extrapyramidale Symptome: Störungen im Bewegungsablauf
 - Zerebelläre Symptome: pathologische Veränderungen im Kleinhirn (Zerebellum), z. B. Ataxie
 - Aphasie, Sehstörungen [3]

Diagnostik Die Diagnostik erfolgt insbesondere mittels Liquorentnahme (Gehirnflüssigkeit), MRT und EEG.

Folgende Merkmale stützen die Diagnose: Charakteristisches EEG und Verhaltensänderungen.

Differenzialdiagnosen Alzheimer-Krankheit, Pick-Krankheit, Parkinson-Krankheit, postenzephalitischer Parkinsonismus.

Begleiterkrankungen: Depressionen, Angststörungen und Wahnerkrankungen.

Therapie/Prognose

Therapie Eine Therapie ist symptomatisch möglich; es gibt keine kausale Therapie.

Prognose Der Verlauf ist subakut, aber rasch progredient und führt innerhalb von 6 Monaten bis 2 Jahren zum Tod. [3]

Wissenswertes

Warum Prionen (körpereigene Eiweiße) Erkrankungen hervorrufen, ist bislang unklar. Normalerweise sind sie wie Sprungfedern geformt; krankhafte Prionen sind fehlgeformt (falsch gefaltet) und erinnern an ein zusammengefaltetes Blatt.

Aufgaben

0.7 Welche der folgenden Aussagen zu Demenzerkrankungen treffen zu?

- Demenz ist eine Erkrankung, die primär mit Bewusstseinsstörungen einhergeht.
- Die Diagnose Demenz wird anhand der Bildgebung durch den Neurologen gestellt.
- Ein demenzielles Syndrom kann die Folge einer Krankheit des Gehirns, einer schweren Schädel-/Hirnverletzung oder einer chronischen Alkoholabhängigkeit sein.
- Ein wichtiges Kriterium für die Diagnose einer Demenz ist die verminderte Alltagskompetenz.
- Bei frühzeitiger, rasch fortschreitender Demenz mit neurologischen Ausfällen wie dem Auftreten motorischer Störungen sollte eine Creutzfeld-Jakob-Krankheit ausgeschlossen werden.

F02.2* Demenz bei Chorea Huntington

Definition/Synonyme

Definition Die Demenz bei Chorea Huntington tritt im Rahmen einer ausgeprägten Hirndegeneration (mit familiärer Häufung) auf.

Synonyme Demenz bei Huntington-Krankheit (engl.: Huntington's disease, HD), Chorea major, Morbus Huntington, älterer Name: (erblicher) Veitstanz.

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie Die Störung wird autosomal-dominant vererbt (betroffen ist das Chromosom 4).

Pathogenese Die Gehirnzellen werden durch ein fehlerhaftes Eiweiß zerstört, das infolge eines Defekts des Huntington-Gens gebildet wird.

Epidemiologie Die Prävalenz liegt bei 1 : 20.000. Die Symptomatik beginnt typischerweise im 3. und 4. Lebensjahrzehnt [3, 5], selten auch schon in der Kindheit. Die Geschlechterverteilung ist gleich.

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Gleichzeitig choreiforme Bewegungsstörungen (veitstanzartig: unwillkürlich, krampfartig, zuckend) und Demenz.

Trias Choreiforme Bewegungsstörungen, Fehlhaltungen, Demenz (und Chorea Huntington in der Familienanamnese).

Frühphase Evtl. optische Halluzinationen, paranoide Ideen, depressive Symptome, Apathie oder Aggressivität, Persönlichkeitsänderungen.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Vorliegen einer Demenz nach ICD-10-Kriterien.
- **Ausfall von subkortikalen Funktionen** (z. B. Denkverlangsamung, Bewegungsabnahme, Persönlichkeitsänderung mit Apathie oder Depression).
- **Choreatiforme Bewegungen** (v. a. Gesicht, Hände, Schulter, Gangbild).
- Die Familienanamnese ist Huntington-positiv, und es gibt keine andere diagnostische Erklärung für die abnormen Bewegungen. [2, 3]

Diagnostik Zur Diagnosestellung werden bildgebende Verfahren (CT, MRT) sowie genetische Tests herangezogen.

Folgende Merkmale stützen die Diagnose Die Symptome setzen schleichend ein. Psychische Beschwerden gehen den Bewegungsstörungen oft mehrere Jahre voraus. Die Bewegungsstörungen beginnen meist mit Hyperkinesien bei verringertem Muskeltonus. Es kann sich eine extrapyramidale Rigidität (Starre) oder Spastik (Verkrampfung) entwickeln. Häufig besteht auch eine erhöhte Reizbarkeit und Affektlabilität.

Cave

Die Patienten sind stark suizidgefährdet!

Differenzialdiagnosen Andere Ursachen choreatischer Bewegungsstörungen, Alzheimer-, Pick- oder Creutzfeldt-Jakob-Krankheit. [3]

Begleiterkrankungen Affektive Störungen (v. a. Depressionen), Paranoia (Wahn).

Therapie/Prognose

Therapie Bislang ist keine wirksame neuroprotektive Therapie verfügbar.

- Pharmakotherapie: symptomatische Behandlung der Hyperkinesien (Antihyperkinetika), Antipsychotika, Antidepressiva, ggf. Benzodiazepine.
- Zurzeit ist keine kausale Therapie möglich.
- Verwandte sollten sich humangenetisch beraten lassen.

Prognose Bei langsam schleichender Progredienz (zuerst psychische Auffälligkeiten, im Spätstadium Demenz) führt die Krankheit meist innerhalb von 10–15 Jahren zum Tode. [3]

Wissenswertes

Die **Chorea minor** (Synonym: Chorea Sydenham) ist eine Manifestation des rheumatischen Fiebers, wobei sich Antikörper gegen die Basalganglien richten. Außer Hypokinesien und choreatischer Bewegungsunruhe treten bei dieser Erkrankung keine psychiatrischen Auffälligkeiten auf.

Aufgaben

0.8 Welche der folgenden Aussagen zur Chorea Huntington treffen zu?

- Erste Symptome der Krankheit zeigen sich meistens zwischen dem 20. und 50. Lebensjahr.
- Bei frühzeitiger Therapie kann die Erkrankung geheilt werden.
- Psychische Beschwerden gehen den Bewegungsstörungen oft mehrere Jahre voraus.
- Die Bewegungsstörungen beginnen meist mit Hyperkinesien bei verringertem Muskeltonus.
- Die geistige Leistungsfähigkeit ist nicht beeinträchtigt.

0

F02.3* Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom

Definition/Synonyme

Definition Diese Demenzform entwickelt sich im Verlauf einer bereits bestehenden Parkinson-Erkrankung (besonders bei schweren Formen). Im Jahre 1817 beschrieb der britische Arzt James Parkinson in seiner Abhandlung „Über die Schüttellähmung“ erstmals die Hauptsymptome des Leidens, das später nach ihm benannt wurde.

Synonyme Parkinson-Krankheit und Demenz (PKD), Demenz bei Parkinsonismus, Demenz bei Paralysis agitans („Schüttellähmung“), Parkinsonismus.

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie In über 80 % der Fälle tritt die Parkinson-Krankheit ohne erkennbare Ursache auf, selten besteht eine genetische Disposition. Andere mögliche Ursachen sind Umweltgifte (Pestizide, Schwermetalle). Diskutiert wird auch, ob Stoffwechselendprodukte (sogenannte freie Radikale) die Erkrankung begünstigen.

Pathogenese Durch degenerative Hirnveränderungen kommt es zum Dopaminmangel und zu Veränderungen anderer Neurotransmitter. Hierdurch entsteht ein Ungleichgewicht in der Funktion der Basalganglien. (Basalganglien koordinieren willentliche Bewegungen, indem sie als Kontrollsystem störende Bewegungen hemmen; sie sind aber auch an kognitiven und emotionalen Prozessen beteiligt.)

Epidemiologie Etwa 100.000 Menschen sind in Deutschland an einem Morbus Parkinson erkrankt. [8] Frauen sind seltener von der Erkrankung betroffen als Männer. [5] Eine Demenz entwickelt sich bei etwa 30–40 % aller Parkinson-Patienten. [9]

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome Extrapyramidale Störungen.

Parkinson-Trias Rigor, Tremor, Akinese bzw. Hypokinese (+ parkinsontypische Symptome).

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Vorliegen einer Demenz nach ICD-10-Kriterien
- Vorliegen einer Parkinson-Krankheit

Folgende Merkmale stützen die Diagnose

- Störungen von Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Sprache und Denkverlangsamung sowie Veränderungen von Stimmung und Persönlichkeit.
- Häufig fallen die Patienten durch typische Merkmale der Parkinson-Krankheit wie z. B. einen kleinschrittigen und schlurfenden Gang, Salbengesicht (fettglänzende Gesichtshaut) und/oder monotone Stimme auf.

Ausschlusskriterien In der Anamnese gibt es keinen Hinweis auf eine andere Ursache der Demenz, und die kognitiven Beeinträchtigungen treten nicht als Folge einer Antiparkinsonmedikation auf.

Differenzialdiagnosen Sonstige sekundäre Demenzformen, Multiinfarktdemenz bei hypertensiver oder diabetischer Gefäßerkrankung, Hirntumor, Normaldruckhydrozephalus.

Begleiterkrankungen Affektive Störungen (v. a. Depressionen), Delire und organische Halluzinosen (die durch die Parkinson-Medikation entstehen).

Therapie/Prognose

Therapie Eine Heilung des Morbus Parkinson ist bisher nicht möglich, jedoch gibt es verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die das Fortschreiten der Krankheit hinauszögern und die Symptomatik mildern können.

- Pharmakotherapie:
 - Medikamentenstatus, ggf. Medikamente reduzieren oder absetzen
 - Antipsychotika mit geringem Risiko extrapyramidaler Nebenwirkungen (bei Persistenz der Symptomatik)
- Physio-, Ergo- und Sprachtherapie
- Psychotherapie (bei begleitender Depression)

Prognose Es handelt sich um eine fortschreitende Erkrankung, für die bislang keine kurative Therapie existiert.

Merke

- Ein Parkinsonoid (medikamenteninduzierte Parkinson-Symptomatik aus Rigor, Tremor und Akinese) tritt häufig bei einer Behandlung mit klassischen Antipsychotika (Neuroleptika) auf!
- Die Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom kann auch gleichzeitig mit einer Alzheimer- oder vaskulären Demenz auftreten!
- Der PANDA[®]-Test (Parkinson Neuropsychometric Dementia Assessment Test) eignet sich insbesondere zur Darstellung kognitiver Beeinträchtigungen bei der Parkinson-Krankheit.

Aufgaben

0.9 Welche der folgenden Aussagen zum Morbus Parkinson trifft/treffen zu?

- A. Das Krankheitsbild kann mit einer depressiven Symptomatik verwechselt werden.
- B. Bei Parkinson-Krankheit entwickelt sich sehr selten eine Demenz.
- C. Beim Gangbild sind große Schritte und ein lebhaftes Mitschwingen der Arme typisch.
- D. Eine Parkinson-Symptomatik kann durch Psychopharmaka ausgelöst werden.
- E. Psychotherapeutische Verfahren haben v. a. bei psychischen Begleitsymptomen eine Bedeutung.

F02.4* Demenz bei HIV-Krankheit

Definition/Synonyme

Definition Diese Demenzform entwickelt sich im Verlauf einer HIV-Infektion. Es handelt sich um eine HIV-Enzephalopathie (HIVE), die im fortgeschrittenen Stadium von Aids zur Demenz führen kann.

Synonyme „Aids-Demenz“, Aids-Demenz-Komplex, HIV-bedingte Enzephalopathie, HIV-assoziierte Demenz (HAD – 3. Stadium).

Ätiologie/Pathogenese/Epidemiologie

Ätiologie Infektion des ZNS (vermutlich die Folge einer Blockade von Stammzellen im Gehirn durch ein Protein des HI-Virus [10]).

Pathogenese Die Übertragung des HI-Virus erfolgt v. a. durch Körperflüssigkeiten (z. B. ungeschützter Geschlechtsverkehr, kontaminierte Injektionsnadeln). Nach meist jahrelanger Latenzzeit kommt es bei steigender Virusbelastung zum Ausbruch der Immunschwächekrankheit Aids, bei der auch an sich wenig gefährliche Infektionen lebensbedrohliche Formen annehmen. Eine Infektion des Gehirns kann dann zur HIV-assoziierten Demenz führen.

Epidemiologie Nach einer amerikanischen Studie aus dem Jahr 2010 liegt die Prävalenz für neurokognitive Störungen bei insgesamt 47 % der HIV-Patienten (asymptomatische Störungen 33 %, leichte neurokognitive Störungen 12 %, HIV-assoziierte Demenz 2 %). [11]

Leitsymptome/Diagnose/DD/Begleiterkrankungen

Leitsymptome HIV-Infektion und kognitive Beeinträchtigung.

Trias Vergesslichkeit, Konzentrationsstörungen und Beeinträchtigung der Motorik.

Diagnostische Kriterien nach ICD-10

- Vorliegen einer Demenz nach ICD-10-Kriterien
- Diagnose einer HIV-Infektion (► Abb. 0.4)

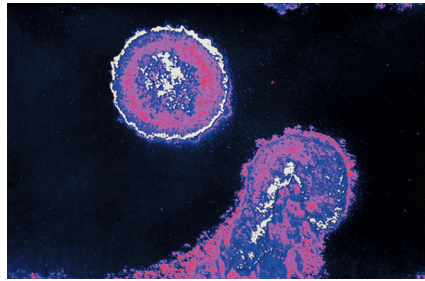


Abb. 0.4 HI-Virus [E763]

Folgende Merkmale stützen die Diagnose

Es kommt zu Beschwerden wie Vergesslichkeit, Verlangsamung, schlechter Konzentration sowie Schwierigkeiten beim Lösen von Problemen und beim Lesen. Häufig kommen Apathie, verringerte Spontaneität und sozialer Rückzug hinzu. [3]

Differenzialdiagnosen Andere Ursachen der Demenz, affektive Störungen.

Begleiterkrankungen Affektive Störungen (v. a. Depressionen), organische Wesensveränderung (Patient ist matt, antriebslos, gleichgültig), Psychosen, Neuropathien (Erkrankungen der peripheren Nerven).

Therapie/Prognose

Therapie Bisher gibt es keine kausale Therapie.

- Pharmakotherapie:
 - Antiretrovirale Kombinationstherapie (soll die Virusvermehrung im Körper verlangsamen und damit den Ausbruch von Aids hinauszögern bzw. die Schwere der auftretenden Infektionen mindern)
 - Antidepressiva (bei depressiven und Angstsymptomen)
- Psychotherapie
- Intensive Betreuung

Prognose Ohne Therapie beträgt die Überlebenszeit 6 Monate bis 5 Jahre nach Ausbruch des Vollbildes Aids. Im Allgemeinen (aber nicht ausnahmslos) führt die HIV-Demenz rasch (innerhalb von Wochen bis Monaten) zu einer schweren, umfassenden Demenz, zu Mutismus (psychogenes Schweigen) und zum Tode. [3] Bei regredienten und stabilen Formen kann durch eine konsequente HIV-Therapie die demenzielle Entwicklung verlangsamt oder gestoppt werden. [12]

Merke

Im Laufe einer HIV-Infektion entwickeln ca. 60 % (!) der Patienten eine psychiatrische Erkrankung. [13]

Aufgaben

0.10 Wie erfolgt die Ansteckung mit dem HI-Virus in den meisten Fällen?

F02.8* Demenz bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern ○

Definition/Synonyme

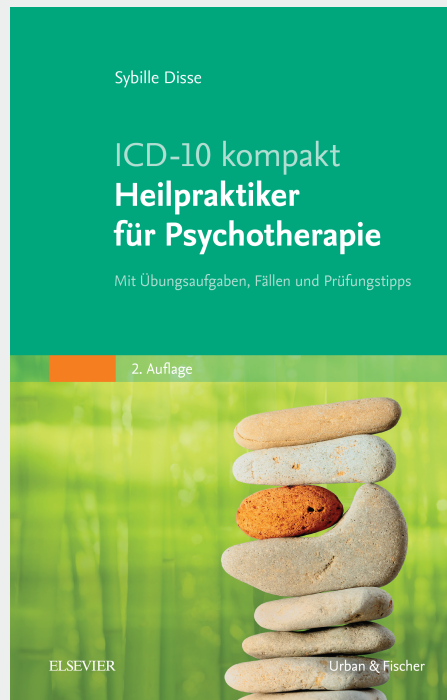
Definition Eine Demenz kann auch als Folge einer Vielzahl von zerebralen oder anderen körperlichen Krankheitsbildern auftreten, die in anderen Kapiteln der ICD-10 aufgeführt sind. Hierzu gehören demenzielle Symptome bei folgenden Erkrankungen [3]:

- Epilepsie (zerebrale Krampfanfälle)
- Guam-Parkinson-Demenz-Komplex (bei Eingeborenen der Insel Guam auftretend)
- Hepatolentikuläre Degeneration (Morbus Wilson, krankhafte Veränderung der Leber)
- Hyperkalzämie (erhöhter Kalziumgehalt im Blut)
- Hypothyreose, erworbene (Unterfunktion der Schilddrüse)
- Intoxikationen, Kohlenmonoxidvergiftung
- Multiple Sklerose (MS)
- Neurosyphilis (syphilitische Prozesse im Nervensystem)
- Niacinmangel (Pellagra, Vitamin-B₃-Mangel)
- Panarteriitis nodosa (nekrotische Arterienentzündung)
- Progressive Paralyse (fortschreitende, degenerative, entzündliche Atrophie)
- Schädel-Hirn-Trauma
- Systemischer Lupus erythematodes (LE, „Schmetterlingsflechte“)
- Trypanosomiasis („Schlafkrankheit“, durch Trypanosomen hervorgerufen)
- Urämie (Harnvergiftung)
- Vitamin-B₁₂-Mangel
- Zerebrale Lipidstoffwechselstörung (Fettstoffwechselstörung)

Prüfungstipp

Bitte lernen Sie sämtliche möglichen Ursachen einer Demenzerkrankung. Dies wird insbesondere in der schriftlichen Überprüfung häufig abgefragt. Hierbei reicht es i. d. R. aus, die anderenorts klassifizierten Erkrankungen zu definieren bzw. andere Begriffe dafür zu kennen.

Erhältlich in jeder Buchhandlung oder im Elsevier Webshop



Das Wesentliche der psychiatrischen Störungsbilder nach ICD 10. 120 Störungsbilder - jedes nach einem einheitlichen Schema beschrieben: Synonyme/Definitionen, Epidemiologie/Ätiologie/Pathogenese, Leitsymptome/Begleiterkrankungen, Therapie/Prognose und Lernhinweise. Dazu 200 Übungsfragen aus dem Schriftlichen und Mündlichen + Lösung.

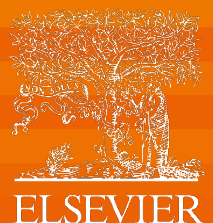
Neu in der 2. Auflage:

Noch benutzerfreundlicher durch Anpassung der Kapitelstruktur an die ICD-10-Klassifizierung
Hinweis-Kästen bei Störungsbildern, bei denen in der ICD-10 und der DSM 5 eine unterschiedliche Auffassungen existiert – das gibt Sicherheit

ICD-10 kompakt - Heilpraktiker für Psychotherapie
2018. 392 Seiten.

ISBN 978-3-437-57022-3

€ [D] 37,- / € [A] 38,10 / SFr 50,-



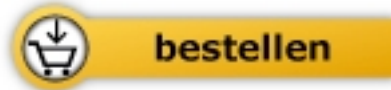
Empowering Knowledge



Sybille Disse

[ICD-10 kompakt - Heilpraktiker für Psychotherapie](#)
Mit Übungsaufgaben, Fällen und Prüfungstipps

392 Seiten, kart.
erschienen 2018



Mehr Bücher zu gesund leben und gesunder Ernährung www.unimedica.de