

Vaskuläre Demenz

ICD-10: F01 | ICD-11: 6D80.1

F01.0 – Akuter Beginn

F01.1 – Multiinfarktdemenz

F01.2 – Subkortikal (Binswanger)

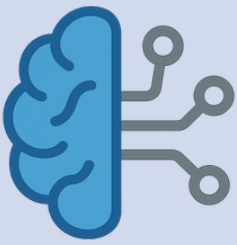
F01.3 – Gemischt kortikal/subkortikal

Demenz als direkte Folge zerebrovaskulärer Erkrankungen.

Stufenweiser Verlauf, Fokalzeichen, vaskuläre Risikofaktoren.

Zweithäufigste Demenzform.

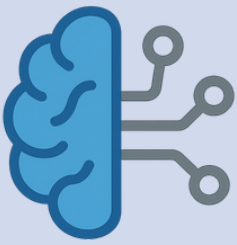




Epidemiologie

- Ca. 15–20 % aller Demenzen
- Männer etwas häufiger betroffen
- Häufig als gemischte Demenz (F00.2) im Alter
- Post-Stroke-Demenz: ca. 20–30 % der Schlaganfallpat. im 1. Jahr
- Einzige häufige Demenzform mit relevantem Präventionspotenzial
- Zunahme durch demografischen Wandel erwartet





Ätiologie

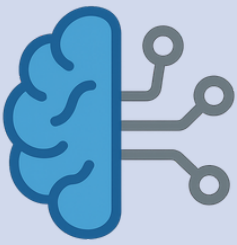
Neuropathologie:

- Kortikale Infarkte, Lakunen (Kleingefäß)
- Marklagerläsionen (Leukoenzephalopathie)
- Hämorrhagien, hypoxisch-ischämische Schäden

Risikofaktoren:

- Hypertonie (wichtigster modifizierbarer RF)
- Diabetes, Vorhofflimmern, Hyperlipidämie
- Rauchen, Adipositas
- Genetisch: CADASIL (NOTCH3)



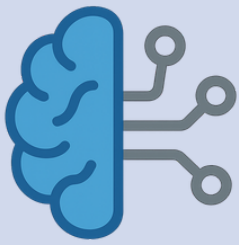


Hauptsymptome (ICD-10)

Alle Kriterien erforderlich:

1. Gedächtnisstörung (Kurz- + Langzeit)
2. Mind. 1 weitere kognitive Einbuße:
 - Exekutivfunktion (früh + prominent!)
 - Bradyphrenie, Aphasie, Apraxie
3. Alltagsbeeinträchtigung
4. Bewusstsein klar
5. Zerebrovaskuläre Erkrankung nachweisbar
6. Zeitlicher Zusammenhang
7. Mindestdauer: 6 Monate





Zusatzsymptome / Subtypen

Zusatzsymptome:

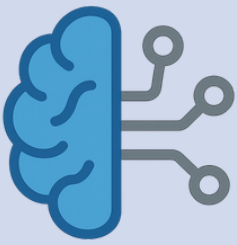
- Fokalzeichen: Hemiparese, Dysarthrie, Gangstörung
- Affektinkontinenz, emotionale Labilität
- Post-Stroke-Depression (aktiv screenen!)
- Apathie, Harninkontinenz (subkortikal)



Subtypen:

- F01.0: akut nach Insult
- F01.1: stufenweise, kortikal
- F01.2: schleichend, Marklager
- F01.3: gemischt





Diagnosekriterien

ICD-10 (DACH-Standard):

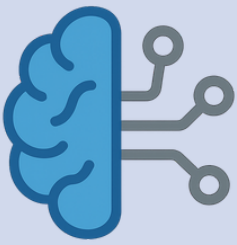
- ☐ Demenzsyndrom
- ☐ Alltagsbeeinträchtigung
- ☐ Bewusstsein klar
- ☐ Zerebrovaskuläre Erkrankung nachweisbar
- ☐ Zeitlicher Zusammenhang
- ☐ ≥ 6 Monate
- ☐ Ausschluss: Delir, Depression, Alzheimer



ICD-11 (6D80.1) – Änderungen:

- Schweregradachse separat kodierbar
- MCI vaskulär: 6D70 eigenständig
- Keine 6-Monats-Frist gefordert





[DOKU] Aufnahmebefund

Pat.: Hr. W.B., 71 J. | Z.n. Hirninfarkt vor 3 Mo.
Aufnahmegrund: Kognitive Verschlechterung,
Apathie

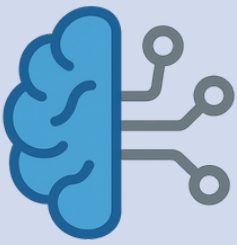
Psychostatus:

- Bewusstsein: klar
- Orientierung: zeitlich desorientiert
- Kognition: MoCA 17/30, Exekutive betroffen
- Affekt: flach, affektinkontinent
- Antrieb: deutlich vermindert
- Suizidalität: verneint



Diagnose (ICD-10): F01.2





Diagnostik

Klinisch: Schlaganfallanamnese, Fokalzeichen, Fremdanamnese

Neuropsychologie:

- MoCA (sensitiver als MMSE!)
- Trail Making Test (Exekutive)
- Depression: GDS, HAMD

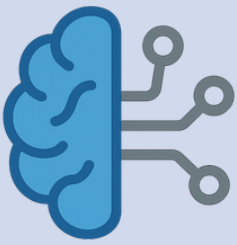


Labor: BB, HbA1c, Lipide, Gerinnung, TSH

Bildgebung: – cMRT: Infarkte, Lakunen, Fazekas-Skala – cCT wenn MRT nicht möglich

Kardio: EKG, Langzeit-EKG, Doppler





Differenzialdiagnosen

→ F00 Alzheimer: schleichend, Gedächtnis früh, keine Fokalzeichen

→ F00.2 Gemischte Demenz: vaskulär + degenerativ – häufig!

→ Lewy-Body: Parkinsonismus, Halluzinationen – Cave: Neuroleptika!

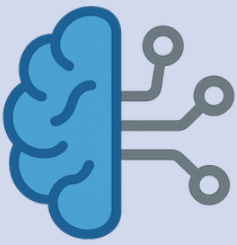
→ Normaldruckhydrozephalus: Gangstörung + Inkontinenz + Demenz

→ Depressive Pseudodemenz: reversibel, Leidensdruck

→ Delir (F05): akut, Bewusstseinsstörung

→ CADASIL: jung, Familienanamnese





[DOKU] Verlaufseintrag

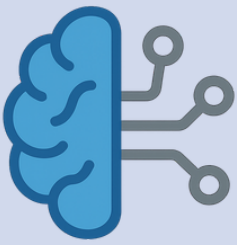
Verlauf – Tag 5 | Hr. W.B. | F01.2

AZ stabil. RR 158/92 – Hausarzt informiert.
Kognition unverändert, keine Fluktuation.
Affekt gedrückt, affektinkontinent. HAMD:
leichte Depression. Keine Suizidalität.
Physiotherapie begonnen (Gangschulung).
Angehörigengespräch (Ehefrau): Aufklärung
zu Diagnose, RF-Kontrolle, Rezidivrisiko.



Diagnose (ICD-10): F01.2



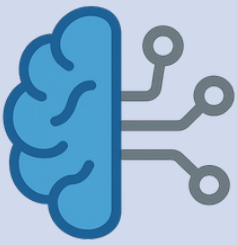


Therapie – Überblick

Multimodal:

1. RF-Kontrolle (Kerntherapie!): Blutdruck, Antikoagulation, Diabetes, Lipide
2. Pharmakologisch-symptomatisch: Depression, BPSD
3. Nicht-pharmakologisch: Kognition, Physio, Ergo, Logo
4. Angehörige: Psychoedukation, Entlastung
5. Sekundärprävention: Bewegung, Rauchstopp
6. Sozial-rechtlich: KESB / Betreuung, ACP





Pharmakotherapie

Sekundärprävention (Kerntherapie):

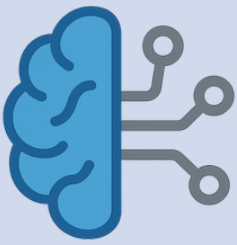
- Antihypertensiva
- Antikoagulation bei Vorhofflimmern (NOAK/VKA)
- Thrombozytenaggregationshemmer
- Statine

Antidementiva: begrenzte Evidenz bei reiner F01

- AChE-Hemmer / Memantin bei Mischdemenz (F00.2)

Symptomatisch:

- Post-Stroke-Depression: SSRI bevorzugen
- Antipsychotika: nur bei Gefährdung, befristet

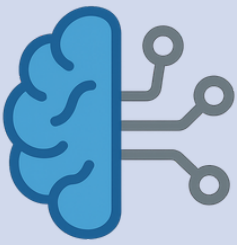


Nicht-pharmakologische Th.

Evidenzbasiert:

- Kognitive Stimulationstherapie (stadienadaptiert)
- Physiotherapie: Gangschulung, Sturzprophylaxe – Empf. A
- Ergotherapie: ADL-Training, Hilfsmittel
- Logopädie bei Dysarthrie / Dysphagie
- Validation, Musiktherapie, Milieuthherapie
- Angehörigengruppen, Entlastungsangebote
- Sekundärprävention: Bewegung, Ernährung





[DOKU] Therapieplan

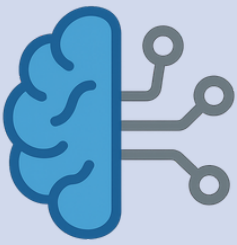
Arztbrief | Hr. W.B., 71 J. Diagnose (ICD-10):
F01.2, mittelschwer (MoCA 17/30)

 Vaskuläre Sekundärprävention:
– Antihypertensiva optimiert; Antikoagulation
weitergeführt

 Symptomatisch:
– SSRI bei Post-Stroke-Depression (nach
Verträglichkeit)

 Nicht-pharmakologisch:
– Physio 3×/Wo, Ergo 2×/Wo, Logopädie
1×/Wo

 Sozial: Pflegegradantrag gestellt



Verlauf & Prognose

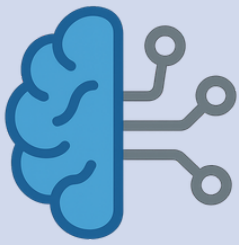
Verlaufsmuster:

- Stufenweise / fluktuierend ($\neq$ stetiger Alzheimer-Verlauf!)
- Stabilisierung möglich bei RF-Kontrolle
- Neue Insulte $\rightarrow$ akute Verschlechterung

Prognose:

- Höhere Mortalität als F00 (kardiovask. KH)
- Häufigste Ursache: Rezidivinsult, Herzinfarkt
- Aspirationspneumonie im Spätstadium
- ACP frühzeitig einleiten





Komplikationen

Somatisch:

- Rezidivinsult (häufigstes Ereignis!)
- Sturz / Fraktur (Gangstörung, Antihypertensiva)
- Aspirationspneumonie, HWI, Dekubitus

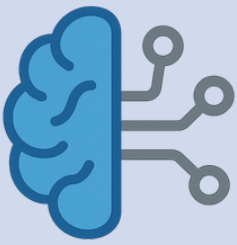
Psychiatrisch:

- Post-Stroke-Depression (aktiv screenen!)
- Apathie-Syndrom
- Delir bei somatischer Komplikation

Rechtlich:

- Fahruntauglichkeit dokumentieren
- KESB (CH) / Betreuungsgericht
- Caregiver-Burnout ansprechen





[DOKU] Entlassung

Entlassung | Hr. W.B., 71 J. | 12 Tage
Entlassungsdiagnose (ICD-10): F01.2,
mittelschwer

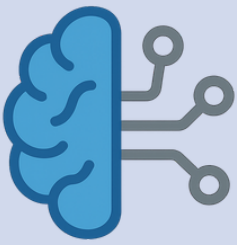
Verlauf: cMRT Fazekas III, keine frischen
Infarkte. F01.2 gesichert. RF-Kontrolle
optimiert. SSRI begonnen, toleriert.
Physio/Ergo/Logo initiiert.



Status: MoCA 18/30, Gangbild gebessert,
Sturzrisiko erhöht.

Empfehlungen: Neurologie + Hausarzt,
ambulante Therapien fortführen, Pflegegrad
läuft.



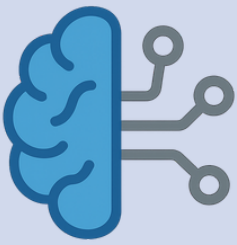


Klinik-Tipps

- ✓ MoCA statt MMSE – sensitiver für vaskuläre Demenz!
- ✓ Schlaganfallanamnese aktiv erfragen – ohne sie keine Diagnose
- ✓ RR-Kontrolle = Therapie: dokumentieren + einleiten
- ✓ Stufenweise Verschlechterung → vaskuläres Muster denken
- ✓ Post-Stroke-Depression screenen – wird oft übersehen
- ✓ Affektinkontinenz ≠ Depression – Angehörige aufklären

ICD-11 Praxis:

- MCI vaskulär: 6D70 eigenständig
- Schweregradachse separat
- KIS noch ICD-10
- F01.x verwenden



Take-Home Message



F01 – Vaskuläre Demenz



Stufenweise, vaskuläre Ursache
nachweisbar



Exekutive früh betroffen → MoCA
bevorzugen



RF-Kontrolle ist Kerntherapie – Prävention
wirkt!



Antidementiva: begrenzte Evidenz bei
reiner F01



Post-Stroke-Depression aktiv screenen

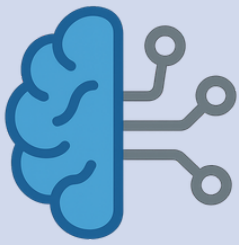


Rezidivinsult = häufigste Komplikation



ICD-11: MCI vaskulär eigenständig,
Schweregradkodierung neu





[psychiatrie-digital.com](https://www.psychiatrie-digital.com)

Deine Dokumentation

Vereinfacht. Rechtssicher. Effizient.

Moderne Lösung für psychiatrische
Dokumentation

- ✓ Zeitersparnis im klinischen Alltag
- ✓ ICD-10 konforme Textbausteine
- ✓ Rechtssichere Formulierungen
- ✓ Speziell für Assistenzärzte entwickelt



Psychiatrie Digital

www.psychiatrie-digital.com

