

SIDAM

Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach ICD-10 und DSM-IV

Autor/innen	Michael Zaudig Wolfgang Hiller (unter Mitarbeit von Bernd Geiselman, Erwin Hansert, Gaby Linder, Werner Mombour, Friedel. N. Reischies und Carl Thora)
Quelle(n)	Zaudig, M. & Hiller, W. (1995). <i>SIDAM. Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach ICD-10 und DSM-IV</i> . Bern: Huber.
Vorgänger-/Originalversion(en)	Originalversion.
Anwendungsbereich	<p>Das SIDAM wurde als standardisiertes Instrument zur Diagnose von Demenzerkrankungen unterschiedlicher Ätiologie entwickelt. Nach den international gebräuchlichen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-IV existieren spezifische Kriterien für die Demenz, welche im diagnostischen Prozess schrittweise zu überprüfen sind. Das SIDAM operationalisiert diese Kriterien und erlaubt eine kurze, im Rahmen der üblichen klinischen Untersuchungssituation durchführbare Testung kognitiver Funktionsdefizite. Neben der syndromalen und kategorialen Diagnostik ermöglicht das SIDAM eine Quantifizierung verschiedener Bereiche der kognitiven Leistungsfähigkeit durch den SIDAM-Score (SISCO) und den „Mini-Mental-State-Exam“ (MMSE). Der Anwendungsbereich umfasst auch die differenzialdiagnostische Abgrenzung zwischen Demenz und leichter kognitiver Beeinträchtigung (LKB). Im Sinne einer Ausschlussdiagnostik kann auch das Fehlen einer Demenz bzw. klinisch relevanten kognitiven Beeinträchtigung festgestellt werden.</p> <p>Haupteinsatzgebiet ist die klinische Diagnostik und Dokumentation, bei wiederholter Anwendung auch die Verlaufsbeschreibung. Das SIDAM empfiehlt sich zum Einsatz in Forschungsprojekten, da es über eine gute Reliabilität und Validität verfügt. Bei der klinischen Ausbildung und Schulung kann das kriterienbezogene diagnostische Vorgehen der Demenzdiagnostik mit Hilfe des SIDAM gut erläutert und demonstriert werden.</p>
Übersetzung(en)	Es liegt eine englischsprachige Version des SIDAM vor (zu erhalten über die Autoren).
Art des Verfahrens	Es handelt sich um ein vollstrukturiertes Interview. Zu Beginn erfolgt eine Leistungsprüfung mit Hilfe von Aufgaben, die vom Patienten aus-

zuführen sind. In den späteren Abschnitten nimmt der Kliniker eine Vielzahl von Fremdbeurteilungen auf Grund seiner Kenntnis der medizinischen Befunde und der psychosozialen Situation des Patienten vor. Zum Abschluss werden die vorgegebenen Kriterien und Entscheidungsregeln angewandt, um eine Diagnose zu stellen oder auszuschließen. Folgende Diagnosen können mit Hilfe des SIDAM gestellt werden:

nach ICD-10:

- Demenz Spezifischer Ätiologie – F02.xx (z. B. Demenz bei Morbus Pick, bei HIV-Infektionen, bei Morbus Parkinson, bei Chorea Huntington),
- Vaskuläre Demenz – F01.xx (z. B. vaskuläre Demenz mit akutem Beginn, nicht näher bezeichnete vaskuläre Demenz),
- Demenz vom Alzheimer Typ – F00.xx (inkl. Differenzierung zwischen präsenilem und senilem Beginn sowie atypisch gemischten Formen),
- Demenz Nicht Näher Bezeichnet (NNB) – F03.xx;

zusätzlich kann der Schweregrad der Demenz mit den Gradierungsstufen leicht, mittelschwer und schwer angegeben werden.

nach DSM-IV:

- Demenz auf Grund somatischer Ursachen – 294.1x (Allgemeine Medizinische Krankheitsfaktoren),
- Vaskuläre Demenz – 290.4x (unkompliziert, mit Delir, Wahn, Depression und Verhaltensstörungen, früher/später Beginn),
- Substanzinduzierte Persistierende Demenz – xxx.xx,
- Demenz vom Alzheimer Typ – 290.xx (unkompliziert, Delir, Wahn, Depression und Verhaltensstörungen),
- Demenz auf Grund Multipler Ursachen – xxx.xx,
- Demenz NNB – 294.8x

Bearbeitungszeit

Die Durchführung des SIDAM dauert in den meisten Fällen 15 bis 45 Minuten. Zusätzlich benötigt der Diagnostiker Zeit, um medizinische Befunde zu sichten oder genauere Angaben zur Krankheitsanamnese und psychosozialen Situation des Patienten zu erheben.

Voraussetzungen für die Anwendung

Das SIDAM kann von Ärzten und klinischen Psychologen angewandt werden. Voraussetzung ist ein ausreichendes Training. Der Kliniker muss sich mit den Prinzipien der Klassifikationssysteme ICD-10 bzw. DSM-IV auseinander setzen und das Prinzip der operationalisierten Diagnostik verstehen. Zudem sind gute Kenntnisse der charakteristischen Psychopathologie bei Demenzerkrankungen erforderlich sowie fundiertes Grundwissen zu den unterschiedlichen ätiologischen Modellen der Demenz. Der Testteil des SIDAM kann auch durch Angehörige

Kurzbeschreibung

der Pflegeberufe, Sprechstundenhilfen, Altenhelfer und „trainierte Laien“ (z. B. Studenten) mit ausreichender Zuverlässigkeit durchgeführt werden.

Das SIDAM besteht aus einem 10-seitigen Heft, in das alle Testbefunde und klinische Beurteilungen eingetragen werden. Es liegen zwei separate Versionen für ICD-10 und DSM-IV vor.

Neben seiner Eigenschaft als Screeninginstrument zur Erfassung und Schweregradbestimmung kognitiver Funktionsdefizite erlaubt das SIDAM die Diagnostik von Demenzsyndromen nach ICD-10 und DSM-IV sowie die Erfassung der leichten kognitiven Beeinträchtigung (LKB). Es gibt eine strukturierte Anleitung zur Differenzialdiagnose verschiedener spezifischer Demenzformen. Das Vorliegen einer vaskulären Demenz (Multiinfarkt-Demenz) kann nach dem Ischemic Score nach Hachinski bzw. nach dem modifizierten Ischemic Score von Rosen eingeschätzt werden. Neben der kategorialen Diagnostik ist mit Hilfe des SIDAM auch eine quantitative Einschätzung des Ausmaßes (Schweregrades) der kognitiven Beeinträchtigung mit Hilfe des SISCO oder des MMSE möglich. Hierbei können verschiedene Bereiche kognitiver Funktionsdefizite differenziert werden (s. u.). Die Grenzen des SIDAM liegen darin, dass es eine ausführliche psychiatrische Differenzialdiagnostik nicht ersetzt (z. B. Abgrenzung gegenüber der Depression), ebenso wenig wie eine präzise organmedizinisch-technische Untersuchung (z. B. Labor, CT, EEG, andere bildgebende Verfahren). Ebenso kann das SIDAM eine detaillierte neuropsychologische Testung nicht ersetzen.

Theoretischer Hintergrund

Als klinisches Störungsbild ist die Demenz seit dem frühen 19. Jahrhundert bekannt. Zu den ersten Definitionen gehörte die von Esquirol (1771 - 1840), welcher die Demenz als cerebrale Erkrankung beschrieb, die durch eine Herabsetzung der Vernunft, des Verstandes und des Willens gekennzeichnet war und bei der Gedächtnis, Urteilsvermögen und Aufmerksamkeit vermindert sind. Einen wichtigen Beitrag lieferte Alzheimer zu Beginn des 20. Jahrhunderts durch die Beschreibung von chronisch progredienten Formen der Demenz, die mit spezifischen hirnpathologischen Veränderungen in Verbindung standen. In der früheren psychiatrischen Terminologie wurden Demenzen meist als organische Psychosen charakterisiert. Erst durch die neueren Klassifikationssysteme DSM-III-R/DSM-IV bzw. ICD-10 existieren präzise Kriterien zur Beschreibung des Demenzsyndroms sowie der ätiologisch relevanten Faktoren. Vom Diagnostiker wird gefordert, dass er sich an diesen Kriterien orientiert und entsprechend der in den Diagnosesystemen vorgegebenen Entscheidungsregeln vorgeht. Hierfür sind in der Regel Interviewverfahren oder Checklisten erforderlich, an denen er sich konsequent orientieren kann. Das SIDAM stellt ein derartiges Verfahren zur Operationalisierung der Demenzdiagnostik dar. Es entspricht im Wesentlichen dem diagnostischen Vorgehen, das im klinischen Alltag bei der Untersuchung von Patienten zur Abklärung einer Demenz Standard sein sollte.

Entwicklung des Verfahrens

Das SIDAM wurde am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München im Rahmen eines mehrjährigen Forschungsprojektes entwickelt. Die differenzialdiagnostische Abklärung von fraglichen oder sicheren Demenzen gehörte zur täglichen Routinetätigkeit der Mitarbeiter, so dass das SIDAM fortlaufend auf seine Praktikabilität hin überprüft und mehrfach modifiziert werden konnte. Es fand rasch eine hohe Akzeptanz und gilt bis heute im täglichen klinischen Einsatz als Standardinstrument.

Aufbau und Auswertung

Auf der ersten Seite des SIDAM werden die soziodemographischen Daten des Patienten sowie Informationen zum allgemeinen klinischen Überblick (z. B. Vorerkrankungen, Substanzkonsum, Stimmungsprobleme, Familienanamnese) eingetragen. Im Weiteren umfasst das SIDAM einen Leistungsteil und einen Abschnitt der klinischen Beurteilung.

Leistungsteil:

Es handelt sich um 40 Aufgaben (Testfragen), mit deren Hilfe unterschiedliche kognitive Funktionen des Patienten getestet werden. Darin sind sämtliche Aufgaben des MMSE enthalten. Weitere Aufgaben wurden hinzugefügt, um die in ICD-10 und DSM-IV geforderten Beurteilungen vollständig abdecken zu können. Die Testergebnisse können quantitativ zu folgenden Syndromen zusammengefasst werden:

- Orientiertheit (OR)
- Gedächtnis (ME) mit den Subscores
 - Unmittelbare Wiedergabe (RE),
 - Kurzzeitgedächtnis (SM) und
 - Langzeitgedächtnis (LM),
- Intellektuelle Leistungsfähigkeit (IN),
- Höhere kortikale Funktionen/exekutive Funktionen (HI) mit den Subskalen
 - Verbale/rechnerische Fähigkeiten (VC),
 - Optisch/räumliche Konstruktionsfähigkeiten (VS),
- Aphasie/Apraxie (AA).

Ferner können die Scores für den MMSE und den SIDAM (SISCO) gebildet werden. Zur Bewertung von Antworten und zur exakten Kodierung sind spezifische Angaben im SIDAM-Handbuch enthalten.

Klinische Beurteilung:

In diesem Abschnitt werden etwaige Persönlichkeitsveränderungen sowie psychosoziale Veränderungen beurteilt. Hierzu können fremdanamnestische Angaben und Verhaltensbeobachtungen berücksichtigt werden. Im nächsten Schritt muss klinisch beurteilt werden, inwieweit beim Patienten ein die Demenzdiagnose ausschließendes Delir vorliegt bzw. vorlag. Im Weiteren geht es um die Feststellung von ätiologischen Faktoren, welche aus der Anamnese der körperlichen Untersuchung oder aus Labor- bzw. technischen Befunden hervorgehen. In der Reihenfolge erfolgt zunächst der Ausschluss einer Demenz bei anderenorts klassifizierten Erkrankungen (ICD-10) bzw. einer Demenz auf

Grund anderer medizinischer Krankheitsfaktoren (DSM-IV) – beispielsweise bei Morbus Pick, Creutzfeld-Jacob'scher Erkrankung, Morbus Huntington, Morbus Parkinson, HIV-Erkrankung, substanzinduziert –, anschließend die Überprüfung von Anzeichen einer etwaigen vaskulären Genese anhand des Hachinski- bzw. Rosen-Scores (Vaskuläre Demenz nach ICD-10 oder DSM-IV). Den letzten Schritt – nach Ausschluss aller bekannten spezifischen Ätiologien – bildet die Diagnose der Demenz bei Alzheimer'scher Erkrankung (ICD-10) bzw. Demenz vom Alzheimer Typ (DSM-IV). Abschließend kann der Schweregrad der Gedächtnisstörung und der intellektuellen Fähigkeiten mit leicht, mittel-schwer oder schwer beurteilt werden. Die gestellten Diagnosen und Differenzialdiagnosen werden ebenso wie die quantitativ ermittelten Scores in das SIDAM-Heft eingetragen.

Gütekriterien

Die **Reliabilität** des SIDAM wurde in einer Test-Retest-Studie mit 60 Personen untersucht. Es handelte sich um Patienten des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, eines Altersheims und eines Freizeitentrums für alte Menschen. Das Zeitintervall zwischen Test- und Retest-Untersuchung betrug im Durchschnitt 26 Stunden. Auf Diagnoseebene wurden Übereinstimmungswerte von $\kappa = .64 - .95$ ermittelt. Der Übereinstimmungswert für alle ICD-10-Demenzen nach SIDAM war mit $\kappa = .95$ am höchsten, für DSM-III-R betrug $\kappa = .87$. Auf Itemebene konnten bei 74 % aller Fragen signifikante κ -Werte von .40 und mehr ermittelt werden, in 28 % lagen die κ -Werte über .70. Die Test-Retest-Reliabilität des SISCO betrug .97 und die MMSE .96. Für den Rosen-Score wurde ein Wert von .80 ermittelt.

Die **Validität** des SIDAM wurde mit unterschiedlichen Methoden überprüft. Es ergab sich eine gute Übereinstimmung der SIDAM-Diagnose mit einer Kliniker-Konsensus-Diagnose von vier erfahrenen Psychiatern ($\kappa = .86$ für ICD-10 und .92 für DSM-III-R). Des Weiteren wurden hohe Übereinstimmungen zwischen dem SIDAM-Befund und der Global Deterioration Scale (GDS) von Reisberg sowie der Clinical Dementia Rating Scale (CDS) von Hughes gefunden. Das SIDAM enthält ferner eine genaue Beschreibung der so genannten leichten kognitiven Beeinträchtigungen (LKB), welche Patienten mit kognitiven Auffälligkeiten unterhalb der Depressionsschwelle kennzeichnet. Auch hierfür werden charakteristische Skalenwerte definiert. Das SIDAM wurde ferner im Rahmen der multidisziplinären Berliner Altersstudie (BASE) eingesetzt. Die Befunde zeigen, dass eine gute Beschreibung der Differenzialdiagnostik zwischen Demenz und gesunden Kontrollpersonen erreicht wurde.

Vergleichswerte/ Normen

Die Scores des SIDAM sind an einer Stichprobe von 150 Patienten normiert worden, welche sich aus psychiatrischen Patienten sowie älteren Nicht-Patienten zusammensetzte. Die Gesamtstichprobe wiederum setzte sich aus drei Untergruppen von jeweils 50 Personen zusammen, welche an einer Demenz (Diagnose entweder nach DSM-III-R oder ICD-10), einer leichten kognitiven Beeinträchtigung (LKB); den Personen ohne Demenzdiagnose, jedoch mit objektivierbaren kognitiven Be-

Literatur

eintrüchtigungen) und aus Personen mit keinen kognitiven Beeinträchtigungen (ohne Auffälligkeiten) bestand. Die entsprechenden Normwerte für die drei Subgruppen sind im Tabellenanhang des SIDAM-Handbuchs angegeben.

Zaudig, M. & Hiller, W. (1995). *SIDAM. Strukturiertes Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, der Multiinfarkt- (oder vaskulären) Demenz und Demenzen anderer Ätiologie nach ICD-10 und DSM-IV*. Bern: Huber.

WWW-Ressourcen

Keine.

Autoren des Beitrags

Prof. Dr. Wolfgang Hiller
Psychologisches Institut der Universität Mainz
Staudingerweg 9
D-55099 Mainz
hiller@mail.uni-mainz.de

Prof. Dr. Michael Zaudig
Psychosomatische Klinik Windach
Schützenstr. 16
D-86949 Windach