



Das Wichtigste **3** Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen

Die Diagnose von Demenzerkrankungen lässt sich bei den meisten Kranken mit einfachen Mitteln stellen. Auch die Alzheimer-Krankheit kann mit geringem diagnostischen Aufwand gut erkannt werden. Der Arzt muss bei Patienten mit Störungen des Gedächtnisses, der Orientierung, der Sprache oder des Denk- und Urteilsvermögens eine sorgfältige Untersuchung durchführen, um behebbare Ursachen dieser Leistungsstörungen auszuschließen, einen individuell abgestimmten Behandlungsplan zu entwerfen und die Kranken und ihre Familien aufzuklären und zu beraten. Sofern Warnsignale, wie z. B. Vergesslichkeit für wiederkehrende Ereignisse und alltägliche Begebenheiten, Wortfindungsstörungen oder Orientierungseinbußen vorliegen, sollte ein Arzt aufgesucht werden. Gerade bei leichten, beginnenden Einbußen ist es empfehlenswert, einen Facharzt (Neurologe bzw. Psychiater) oder eine Gedächtnissprechstunde nach Absprache mit dem Hausarzt aufzusuchen. Die Diagnostik sollte so früh wie möglich nach Auftreten von Warnsignalen angestrebt werden, da eine frühzeitig einsetzende Behandlung die Leistungsfähigkeit länger erhalten kann. Der Hausarzt sollte in jedem derartigen Fall gezielt nach Möglichkeiten der Diagnose und Behandlung gefragt werden. Bei der Vorstellung beim Facharzt oder in der Gedächtnissprechstunde sollten der Betroffene bzw. dessen Angehörige den Arzt darüber informieren, welche Medikamente aktuell genommen werden und welche sonstigen Krankheiten vorliegen. Die Diagnose des Arztes erfolgt in drei Schritten.

Drei Schritte der Diagnose

1. Das Symptommuster der Demenz erkennen

Die Diagnose des Symptommusters einer Demenz setzt voraus, dass zusätzlich zu Gedächtnisstörungen auch Beeinträchtigungen des Denk- und Urteilsvermögens vorliegen, die zu einer nachlassenden Alltagsbewältigung geführt haben. Störungen der Sprache (z. B. der Wortfindung), der räumlichen Leistungen (z. B. Krawatte binden, Auto einparken, Kleidungsstücke richtig anziehen) oder der Orientierung (zu Zeit, Ort oder Situation) können hinzukommen. Um diese Veränderungen im täglichen Leben erfassen und sorgfältig dokumentieren zu können, befragt der untersuchende Arzt den Kranken,

wie auch den Angehörigen als primäre Bezugsperson. Er achtet auch darauf, ob Veränderungen des Verhaltens wie Stimmungsschwankungen, Veränderungen der Persönlichkeit, Rückzugstendenz oder mangelnde Rücksichtnahme auf Angehörige vorliegen. Zur Erhebung dieser Symptome und Verhaltensänderungen können verschiedene Tests eingesetzt werden. Weit verbreitet sind der Mini Mental Status Test, der Uhrentest und der DemTect. Diese Tests erheben mit jeweils unterschiedlichen Fragen und Aufgaben die wichtigsten Hirnleistungen. Bei dem ersten Untersuchungsschritt erhält der Arzt Klarheit darüber, ob die Beschwerden und Symptome des Kranken Anzeichen für eine Demenz sind, ob sie auf eine andere psychische Störung hindeuten, oder ob

sie mit dem normalen Altern vereinbar sind.

2. Die Ursache der Demenz feststellen

Zu den wichtigsten Formen der Demenz, die hier im Folgenden kurz vorgestellt werden, gehören die Alzheimer-Krankheit, die gefäßbezogenen Erkrankungen des Gehirns (vaskuläre Demenz), die frontotemporalen Degenerationen sowie die Lewy-Körperchen-Demenz.

Die **Alzheimer-Krankheit** zeichnet sich durch einen schleichenden Beginn und durch eine allmähliche Verschlechterung der geistigen Fähigkeiten aus. Körperliche Symptome fehlen in den ersten Krankheitsjahren. Einbußen des Gedächtnisses stehen im Gesamtbild ►

der Störungen im Vordergrund. Zum Ausschluss anderer Ursachen führt der Arzt bestimmte Blutwertuntersuchungen durch (etwa zum Nachweis oder Ausschluss einer Minderung der Schilddrüsenfunktion oder einer Stoffwechselerkrankung) und lässt eine Aufnahme des Gehirns als Computertomogramm (CCT) bzw. Kernspintomogramm (MRT) anfertigen. Hierbei wird der zu Untersuchende für rund 10-15 Minuten in eine Röhre gelegt und muss ruhig liegen bleiben, damit die erstellten Bilder des Gehirns scharf und damit gut auswertbar sind. Bei der Alzheimer-Krankheit sind die Blutwerte normal, die bildgebenden Verfahren (CCT, MRT) zeigen häufig eine Hirnvolumenminderung im Bereich des Schläfen- und Scheitellappens. Besonders im frühen Krankheitsstadium zeigen die bildgebenden Verfahren allerdings nicht immer Auffälligkeiten.

Seit wenigen Jahren ist es möglich, im Nervenwasser eines Alzheimer-Kranken bestimmte Eiweiße zu erkennen. Liegen die typischen Eiweiße (Amyloid-Protein und tau-Protein) im Nervenwasser vor, spricht dies mit einer Wahrscheinlichkeit von rund 90% für die Alzheimer-Krankheit. Daher kann diese Untersuchung bei Betroffenen, die ein für eine Alzheimer-Demenz nicht typisches Beschwerdebild zeigen oder bei denen aus anderen Gründen das Zustandekommen der Symptome unklar ist, zu einer genaueren Klärung der Ursache beitragen. Bei der Entnahme von Nervenwasser an der Lendenwirbelsäule mit einer Kanüle (Liquorpunktion) kann es zu Schmerzen an der Einstichstelle kommen. Nach der Punktion kann es zu Kopfschmerzen kommen und in seltenen Fällen zu vorübergehenden Schmerzen des Ischiasnervs. Im höheren Lebensalter sind Nebenwirkungen seltener als in jüngeren Jahren.

Bei der **vaskulären Demenz** bestehen ebenfalls die Symptome der Gedächtnisstörung, ferner können Sprachstörungen und Störungen der Handhabung von Gegenständen vorliegen, aber auch neurologische Auffälligkeiten, wie Schlaganfallzeichen. In der Aufnahme des Gehirns zeigen sich in der Regel Veränderungen der Gefäße, vor allem der kleinen Versorgungsgefäße im Marklager des Gehirns.

Die **frontotemporalen Demenzen** (siehe Informationsblatt 11) zeichnen sich sehr häufig durch Veränderungen der Persönlichkeit des Kranken im Beginn aus, etwa mit unerwarteter Gleichgültigkeit, abnehmender Empathiefähigkeit und zunehmender Antriebsverarmung, doch weniger durch Gedächtniseinbußen. Sprachstörungen können aber auch bereits zu Beginn auftreten. In der Aufnahme des Gehirns kann ein unauffälliges Bild vorliegen, ebenso können bereits Zeichen einer Hirnvolumenminderung des Stirnhirns (Frontalhirn) bestehen.

Bei der **Lewy-Körperchen-Demenz** (siehe Informationsblatt 14) sind in bestimmten Nervenzellen der Großhirnrinde charakteristische Einschlüsse (so genannte Lewy-Körperchen) zu finden. Neben Gedächtnisstörungen treten häufig optische Halluzinationen und Parkinson-Symptome wie Muskelsteifigkeit und Zittern der Hände auf.

Bei Demenzerkrankungen werden häufig Mischformen diagnostiziert, besonders von Alzheimer-Krankheit und vaskulärer Demenz.

3. Individuelle Probleme und erhaltene Fähigkeiten erfassen

Für die Aufstellung eines Behandlungsplans, der individuelle Problembereiche wie auch vorhandene Fähigkeiten eines Demenzkranken berücksichtigt, wird der Arzt auch nach Unruhezuständen, Antriebsarmut, Aggressivität, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, depressiven Verstimmungen, wahnhaften Überzeugungen und Sinnestäuschungen fragen. Weiterhin erkundigt er sich nach erhaltenen Fähigkeiten, wie etwa sozialen Umgangsformen, Kommunikationsfähigkeit und praktischen Fertigkeiten.

Die Angaben einer gut informierten Bezugsperson sind die wichtigste Informationsquelle des Arztes.

Grenzen der Diagnostik

Die klinische Diagnose der Alzheimer-Krankheit ist in über 80% der Fälle zutreffend. Die Sicherheit kann durch spezielle Untersuchungen noch erhöht werden. Dazu gehören die Darstellung der regionalen Hirndurchblutung oder des regionalen Hirnstoffwechsels. Einen

zuverlässigen Labortest für die Alzheimer-Krankheit gibt es bisher noch nicht.

Mit endgültiger Gewissheit lässt sich die Diagnose der Alzheimer-Krankheit nur durch die Untersuchung des Gehirns nach dem Tod stellen.

Mitteilung der Diagnose

Demenzkranken haben, wie alle Patienten, das Recht, über ihre Diagnose in verständlicher Weise informiert und aufgeklärt zu werden. Gleichwohl kann es im Einzelfall eher schaden als nutzen, die Diagnose dem Patienten darzulegen. Beispielsweise wird der Arzt dann besonders behutsam vorgehen, wenn der Betroffene sehr verängstigt oder depressiv ist.

Für dieses Informationsblatt danken wir PD Dr. Martin Haupt
m.haupt@alzheimer-praxis-duesseldorf.de

02/2012

Das Wichtigste – Informationsblätter

- 1 Die Epidemiologie der Demenz
- 2 Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit
- 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen
- 4 Die Genetik der Alzheimer-Krankheit
- 5 Die medikamentöse Behandlung der Demenz
- 6 Die nichtmedikamentöse Behandlung der Alzheimer-Krankheit
- 7 Die Entlastung pflegender Angehöriger
- 8 Die Pflegeversicherung
- 9 Das Betreuungsrecht
- 10 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
- 11 Frontotemporale Demenz
- 12 Klinische Forschung
- 13 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke
- 14 Die Lewy-Körperchen-Demenz
- 15 Allein leben mit Demenz
- 16 Demenz bei geistiger Behinderung



**Deutsche Alzheimer
Gesellschaft e.V.
Selbsthilfe Demenz**
Friedrichstr. 236
10969 Berlin

Tel.: 030/259 37 95 - 0
Fax: 030/259 37 95 - 29

Alzheimer-Telefon: 01803/17 10 17
9 Cent pro Minute (aus dem deutschen Festnetz)

Alzheimer-Telefon (Festnetz):
030/259 37 95-14

Mo - Do 9 - 18 Uhr
Fr 9 - 15 Uhr

E-Mail:
info@deutsche-alzheimer.de

Internet:
www.deutsche-alzheimer.de

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft Berlin
BLZ 100 205 00
Konto 3377800