



### Informationsblatt 3

# Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen

Die Diagnose von Demenzerkrankungen lässt sich bei den meisten Betroffenen mit einfachen Mitteln stellen. Auch die Alzheimer-Krankheit kann mit geringem diagnostischen Aufwand gut erkannt werden. Die Ärztin oder der Arzt muss bei Patientinnen und 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 Betroffenen und ihre Familien aufzuklären und zu beraten. Sofern Warnsignale, wie zum Beispiel 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 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 (zum Beispiel der Wortfindung), der räumlichen Leistungen (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 Betroffenen, wie auch Angehörige als nächste Bezugspersonen. 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 Betroffenen 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 schleichen- den 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 die Ärztin oder 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 die zu untersuchende Person 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 Verminderung des Hirnvolumens 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 Prozent für die Alzheimer-Krankheit. Daher kann diese Untersuchung bei Betroffenen, die ein Beschwerdebild zeigen, das für eine Alzheimer-Demenz untypisch ist, 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 Reizungen 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 zu 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 Minderung des Hirnvolumens im Stirnhirn (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 die Ärztin bzw. der Arzt auch nach Unruhezuständen, Antriebsarmut, Aggressivität, Störungen des Tag-Nacht-Rhythmus, depressiven Verstimmungen, wahnhaften Überzeugungen und Sinnestäuschungen fragen. Weiterhin wird nach erhaltenen Fähigkeiten, wie etwa sozialen Umgangsformen, Kommunikationsfähigkeit und praktischen Fertigkeiten gefragt.

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 Prozent 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

Demenzranke Menschen haben, wie alle Patientinnen und 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 der betroffenen Person darzulegen. Wenn sie beispielsweise sehr verängstigt oder depressiv ist, sollte der Arzt besonders behutsam vorgehen.

*Für dieses Informationsblatt danken wir PD Dr. Martin Haupt  
m.haupt@alzheimer-praxis-duesseldorf.de  
November 2018*



## Impressum

Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.  
Selbsthilfe Demenz  
Keithstraße 41  
10787 Berlin  
Tel: 030 - 259 37 95 0  
Fax: 030 - 259 37 95 29  
www.deutsche-alzheimer.de  
info@deutsche-alzheimer.de

### Alzheimer-Telefon:

Tel: 030 - 259 37 95 14  
Mo – Do 9 – 18 Uhr, Fr 9 – 15 Uhr

### Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE95 3702 0500 0003 3778 05  
BIC: BFSWDE33

## Informationsblätter der Deutschen Alzheimer Gesellschaft

[› Link zur Downloadseite](#)

- |   |  |
|---|--|
| 1 Die Häufigkeit von Demenzerkrankungen   | 15 Allein leben mit Demenz   |
| 2 Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit                                  | 16 Demenz bei Menschen mit Lernschwierigkeiten   |
| 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen                       | 17 Urlaubsreisen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen                              |
| 4 Die Genetik der Alzheimer-Krankheit   | 18 Schmerz erkennen und behandeln  |
| 5 Die medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen                                       | 19 Autofahren und Demenz   |
| 6 Die nicht-medikamentöse Behandlung von Demenzerkrankungen                                 | 20 Wahlrecht und Demenz  |
| 7 Die Entlastung pflegender Angehöriger   | 21 Gehörlose und schwerhörige Menschen mit Demenz  |
| 8 Die Pflegeversicherung  | 22 Haftung und Haftpflichtversicherung bei Demenzerkrankungen                              |
| 9 Das Betreuungsrecht   | 23 Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen für pflegende Angehörige und Menschen mit Demenz |
| 10 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Ehegattennotvertretungsrecht, Patientenverfügung | 24 Palliative Versorgung von Menschen mit Demenz in der letzten Lebensphase                |
| 11 Die Frontotemporale Demenz   | 25 Chronische Traumatische Enzephalopathie (CTE)   |
| 12 Klinische Forschung  | 26 Berufstätigkeit und vorzeitiger Ausstieg aus dem Beruf bei Demenz                       |
| 13 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Menschen mit Demenz                             | 27 Das Ehegattennotvertretungsrecht  |
| 14 Die Lewy-Körperchen-Demenz   | 28 Mundgesundheit und Demenz   |