

Einzelheiten zu Häufigkeit, Ursachen, auslösenden Risiko- und verstärkenden Belastungs-Faktoren u. a. siehe die ausführliche Fach- und inzwischen auch allgemeinverständliche Literatur.

Nachfolgend interessieren vor allem drei praxis-relevante Aspekte, mit denen man immer häufiger konfrontiert wird, nämlich:

1. Alzheimer-Krankheit oder normale Alters-Erscheinungen?
2. Wie beginnt eine Alzheimer-Krankheit?
3. Wie kann man eine Demenz von einer Depression (sprich depressive Pseudo-Demenz) unterscheiden?

### **Alzheimer-Krankheit oder normale Alters-Erscheinungen?**

Nicht alles, was ängstlich als Krankheit interpretiert wird, ist tatsächlich Ausdruck einer Krankheit. So gehört z. B. die Vergesslichkeit, eine lästige, ärgerliche oder gar peinliche Einbuße, zu den häufigsten Phänomenen unseres Lebens - und zwar nicht nur unter Stress oder im höheren Lebensalter. Allerdings ist ein gewisses zusätzliches Defizit „mit den Jahren“ völlig normal, ja die Regel.

So wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es eine „physiologische Altersvergesslichkeit“ gibt (der frühere englische Begriff lautete sogar übersetzt: „gutartige Altersvergesslichkeit“). Heute spricht man von *alters-assoziierten* (mit dem Alter verknüpften) Gedächtnisstörungen, auch leichte kognitive Störungen (LKS) genannt (häufiger der englische Fachbegriff: mild cognitive impairment - MCI). Der Inhalt besagt das Gleiche. Was versteht man darunter?

*Alters-assoziierte Gedächtnisstörungen* (also „normale“ Einbußen) äußern sich bei Personen über 50 Jahren in einem langsamen Beginn ohne plötzliche(!) Verschlechterung. In der Regel sind es Gedächtnisstörungen wie ständiges Verlegen von Gegenständen, Schwierigkeiten, sich Namen zu merken, Probleme, wenn mehrere Dinge gleichzeitig zu erledigen sind, Erinnern von Telefonnummern usw., die aber die selbständige Alltagsbewältigung nicht behindern.

Wo aber liegen die Unterschiede? Als erstes muss man einige Ursachen ausschließen, die ebenfalls zu ernsteren Gedächtnisstörungen führen können - psychisch oder körperlich bedingt:

*Delir*: Bewusstseinsstrübung mit Verwirrtheit, Sinnestäuschungen, Wahnideen und ggf. Erregungszuständen. – *Verwirrheitszustand*: Störungen der Orientierung, der Aufmerksamkeit, der Auffassung, ferner Störungen des zusammenhängenden Denkens und Gedächtnisses, also Rat- und Hilflosigkeit; dazu unruhig, überempfindlich, völlig passiv oder übermäßig aktiv, ja aggressiv u. a., ggf. bis hin zu einer ausgeprägten *Bewusstseinsstörung*, z. B. nicht mehr aufweckbar. – Vorsicht auch bei vorausgegangenen *Krankheiten des Gehirns* wie die Parkinson'sche Krankheit, Schlaganfälle, Hirntumoren, Gehirnentzündungen, Durchblutungsstörungen, Kopfverletzungen (vor allem mit Bewusstlosigkeit), Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit usw. – Auch *psychische Erkrankungen* müssen in die Überlegungen mit einbezogen werden, insbesondere Depressionen und ggf. die Manie. – Vorsicht vor allem auch bei *organischen Leiden*, die zu einer Verminderung der geistigen Leistungsfähigkeit führen können: Herz-, Leber-, Nieren-, Lungen-, Zucker- und andere Krankheiten sowie die (längerfristige) Einnahme von *Medikamenten oder schädlichen Substanzen*, die die geistige Leistungsfähigkeit beeinträchtigen können (s. o.).

- Für eine normale **Altersvergesslichkeit** spricht dann beispielsweise ein lediglich vorübergehendes Auftreten oder wenn es sich um eine nur geringfügige Verschlechterung um Monate (oder Jahre?) hinweg handelt. Oder ein gelegentliches Vergessen bzw. das Verlegen von „Kleinigkeiten“ wie Brille, Schlüssel, Handtasche usw., besonders wenn sie rasch wiedergefunden werden.

Normal ist auch das Vergessen von bestimmten Erlebnis- und Gedächtnisinhalten, was nicht auffallen würde, wenn man nicht ausgerechnet darauf hin gezielt angesprochen worden wäre. Normal ist es, wenn man durch Konzentration oder intensives Nachdenken schließlich Erfolg hat: Man kommt wieder drauf - leider meist zu spät... Normal und üblich ist es auch, wenn man sich durch bestimmte Merkhilfen wie Notizzettel u. a. zu helfen weiß bzw. mündlichen oder schriftlichen Anweisungen folgt.

- An eine **Alzheimer-Krankheit** ist dagegen zu denken, wenn die Vergesslichkeit andauert und im Verlauf von Monaten sogar deutlich stärker wird. Oder wenn sich das Vergessen oder Verlegen häuft, vor allem bei wichtigen Gegenständen, auf die man in der Regel besonders achtet wie z. B. auf Geldbeutel, Scheckheft, Ausweise usw. Und wenn der Betroffene große Mühe hat, das Verlegte wieder zu finden (nicht zuletzt deshalb, weil es sich plötzlich an unüblichen Plätzen befindet).

Krankheitsverdächtig ist auch das Vergessen ganzer Erlebnisbereiche oder Gedächtnisinhalte, insbesondere wenn man sich trotz intensiven Nachdenkens auch später nicht mehr daran erinnern kann. Bedenklich ist auch der Zustand, wenn selbst Notizzettel und Merkhilfen nichts mehr nützen. Das gleiche gilt für mündliche oder schriftliche Anweisungen. Und aufhorchen lassen sollten zusätzliche Störungen von Denk- und Urteilsvermögen, von Orientierung, Benennen oder Erkennen, von Geschicklichkeit, Lesen, Schreiben, Rechnen sowie deutliche Defizite in Bezug auf Antrieb, Aufmerksamkeit usw.

Treten ernstere Gedächtnis-, Wortfindungs- und Orientierungsstörungen auf und wird es schwierig, Gegenstände zu benennen, muss man an eine Demenz denken. Die Betroffenen formulieren das meist vage, aber konstant verunsichert: „Irgendetwas stimmt mit mir nicht mehr“.

### **Wie beginnt eine Alzheimer-Krankheit?**

Die wichtigste Antwort auf diese Frage lautet: unmerklich. Weder die Betroffenen noch ihre Angehörigen, Mitarbeiter und Freunde können einen genauen Zeitpunkt angeben - und wenn, dann ist es ein nur scheinbar plötzlicher Beginn, meist unter besonders belastenden Umständen: Krankheit oder Tod eines nahen Angehörigen, Wohnungs- oder Wohnortwechsel, Unfall, Operation (und hier vor allem die Narkose!), körperliche Erkrankung, Krankenhausaufenthalt oder sonstige Belastungen. Und in diesem Fall handelt es sich wahrscheinlich auch nicht um einen plötzlichen „Demenz-Ausbruch“, sondern um den Wegfall gewohnter und vor allem kompensatorischer Stützen, seien sie zwischenmenschlicher, seien sie organisatorischer Art.

Die Alzheimer-Krankheit beginnt also in der Regel schleichend. Besondere Belastungen können jedoch zur „Demaskierung“ eines schon länger bestehenden, aber von Patient und Umgebung bisher nicht realisierten Krankheitsverlaufs beitragen.

Kommen mehrere Belastungen oder auch nur Anforderungen zusammen, die früher problemlos bewältigt wurden, drohen jetzt größere Missgeschicke oder gar Pannen. Das betrifft einerseits das Berufsleben, andererseits den Haushalt (z. B. Besuch) oder Reisen. Das Ergebnis ist Irritation, Ratlosigkeit, ggf. Niedergeschlagenheit, Resignation oder gar Hilflosigkeit.

Interessanterweise fallen die ersten Symptome dem näheren Umfeld (Berufskollegen, Familie, Nachbarn) weniger auf als jenen, die den Betroffenen zuletzt vor einiger Zeit gesehen haben. Die einen bagatellisieren die kleineren Ausfälle oder haben sich angewöhnt, hilfreich einzuspringen, den anderen wird der Unterschied dafür umso drastischer vor Augen geführt. Ihr Urteil reicht deshalb von: „Was ist denn mit der los?“ bis zu: „der hat aber abgebaut“.

- Deshalb ist es wichtig, sich die häufigsten **Erst-Hinweise** oder - wenn man so will - **Warn-Symptome** und ihre Folgen zu merken:

Nachlassen von Gedächtnis, Urteilsfähigkeit und Orientierung, Störungen von Sprache, Erkennen und Benennen sowie zunehmende „Ungeschicklichkeiten“ („schusselig“).

Oder auf den Alltag übertragen: Vergessen von kurz zurückliegenden Ereignissen, Schwierigkeit, sich in unvertrauter Umgebung zurechtzufinden, Probleme bei der Ausführung gewohnter Tätigkeiten, nachlassendes Interesse an Arbeit oder Hobbys sowie Schwierigkeiten bei alltäglichen Entscheidungen.

Und die seelischen und psychosozialen Folgen: Gleichgültigkeit und Trägheit, Unruhe, Gespanntheit, Fahrigkeit, Unduldsamkeit, Reizbarkeit, Aggressivität, Niedergeschlagenheit, Resignation und Hoffnungslosigkeit, wahnhafte Reaktionen, Wesensänderung sowie Neigung zur ständigen Wiederholung von Bemerkungen, Fragen usw.

Dazu kommen weitere *organische Störungen* wie die Tag-Nacht-Umkehr (tags dösig, nachts umtriebiger) und Störungen von Wasserlassen und Stuhlgang.

Versucht man das Ganze nach Häufigkeit zu ordnen, vor allem im Rückblick von Patienten und Angehörigen, so stehen mit Abstand an erster Stelle Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, gefolgt von Problemen bei der täglichen Arbeit, einer wachsenden Persönlichkeitsänderung sowie Leistungsrückgang, körperliche Beeinträchtigungen, Schwierigkeiten beim Autofahren und im Umgang mit Geld.

### **Wie kann man eine Demenz von einer Depression unterscheiden?**

Die beiden seelischen Störungen, über die in letzter Zeit mit am meisten diskutiert wird, sind die Depression und die Demenz. Dies liegt einerseits an ihrer offensichtlich wachsenden Häufigkeit, andererseits an dem beklagenswerten Beschwerdebild und drittens an dem Problem, dass sich beide Leiden sehr ähneln können, zumindest zeitweise (unabhängig davon, dass man im höheren Lebensalter sowohl eine Depression als auch eine Demenz zugleich bekommen kann). Auch wenn es viele Parallelen zu geben scheint, so hilft doch eine Unterscheidungsmöglichkeit fast immer weiter:

- Eine Depression verschwindet in den meisten Fällen wieder, und es bleibt von ihr (fast) nichts zurück, wenn sie richtig und lange genug behandelt wird.
- Bei einer Demenz sind die Aussichten weit weniger günstig, sie schreitet in der Regel fort (s. u.).

Natürlich gibt es Ausnahmen in beiden Fällen. Zum Beispiel therapieresistente oder chronische Depression bzw. rechtzeitig erkannte und behandelte, vor allem aber rückbildungsfähige dementielle Entwicklungen, wenn sie auf eine erfolgreich behandelbare andere Krankheit zurückgeht. Doch im Allgemeinen gilt die erwähnte Regel: Eine Depression geht vorüber, eine (Alzheimer-)Demenz bleibt. Dieses Unterscheidungskriterium ist aber nur rückblickend möglich.

Wie unterscheidet sich nun eine so genannte „*depressive Pseudo-Demenz*“, die also wieder vergeht, wenn der depressive Zustand abgeklungen ist, von einer Alzheimer-Demenz, die man zwar therapeutisch verlangsamen, im Allgemeinen aber nicht mehr aufhalten kann?

<b>Unterscheidungs-Kriterium</b>	<b>„depressive Pseudo-Demenz“</b>	<b>Alzheimer-Demenz</b>
Alter	jedes (Erwachsenen-)Alter	meist ab höherem Lebensalter, z. B. 7. Lebensjahrzehnt
Beginn	zeitlich umschriebener, eher rascher Beginn	Beginn schwer erkennbar, eher langsam, unmerklich, schleichend, über Monate bis Jahre
Dauer	relativ kurze Dauer, nicht länger als einige Monate, im höheren Lebensalter ggf. länger	lange Dauer, letztlich keine dauerhafte Rückbildung erkennbar, bleibend, chronisch
Verlauf	Depression wird relativ schnell schwerer	Demenz schreitet langsam voran, wird aber stetig schlechter
Vorgeschichte	seelische Störungen schon in früheren Jahren, z. B. Depression, Schlafstörung, Angstzustände	seelische Störungen früher eher selten, vor allem kaum Depressionen und Angst
Betroffenheit	Patient ist sehr betroffen über seinen Zustand	Patient beklagt sich eher über andere oder missliche Umstände
Klagsamkeit	ausgeprägte Klagen über die Beschwerden	eher Neigung, alles zu verharmlosen
Verhalten	Patient ist besorgt, zurückhaltend, unsicher anderen gegenüber	keine spürbare Unsicherheit anderen gegenüber, meist unbesorgt, ja fordernd

Tag-Nacht-Rhythmus	morgens oft schlechter als nachmittags, sonst weitgehend gleichbleibende Gemütsstörung	vor allem nächtliche Unruhe mit Verwirrheitszuständen
Defizit-Realisation	Patient ist sich des Verlustes seiner geistigen Fähigkeiten schmerzlich bewusst	Patient nimmt Gedächtnislücken nicht (mehr) wahr oder bemüht sich, sie zu überspielen
Leistungsfähigkeit	Patient fühlt sich durch alles überfordert, kann es mit großer Anstrengung aber noch halbwegs leisten	Patient bemüht sich, weitere Aufgaben zu übernehmen, obwohl er schon mit den alten nicht mehr fertig wird
Gedächtnisstörungen	wenn „Gedächtniseinbußen“, dann allgemeiner Art	kurz zurückliegende Ereignisse werden schlechter erinnert als länger zurückliegende
Aufmerksamkeit und Konzentration	Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit bleiben, wenn auch mühsam, weitgehend erhalten	Aufmerksamkeit und Konzentrationsfähigkeit gehen langsam, aber unbeeinflussbar zurück
Antwort-Schema	typische Antwort: Ich weiß es nicht mehr u. a.	fast richtige Antworten, aber eigentlich immer häufiger am Thema vorbei
Orientierungsfähigkeit	Patient findet sich in seiner Umgebung zurecht	Patient verirrt sich zunehmend, selbst in vertrauter Umgebung
Angstzustände	Angstzustände, vor allem Zukunftsangst und Versagensängste	keine Versagensängste, später höchstens ängstliche Verwirrtheit
Schuldgefühle	Schuldgefühle besonders wegen angeblicher Versäumnisse und Leistungseinbußen	fast nie Schuldgefühle, eher Neigung zu Verharmlosung, Beschönigung oder Beschuldigung anderer

Stimmung	gleichbleibend depressiv, bisweilen Morgentief mit abendlicher Aufhellung (umgekehrt seltener)	Stimmung wechselnd, leicht umstimmbar, Gesamtzustand oft bei abendlicher Ermüdung schlechter
Rückzug	zunehmende Rückzugsneigung und damit Isolationsgefahr	Patient versucht die sozialen Kontakte anfangs aufrecht zu erhalten
Schlaf	Ein- und Durchschlafstörungen sowie Früherwachen, aber keine nächtliche Verwirrtheit	zunehmend nächtliche Unruhe bis Verwirrtheit
Freude	Patient empfindet trotz gelungener Aufgaben keine „rechte Freude“	Freude bei selbst einfachsten Aufgaben, mitunter fast peinlich
Wahnideen	depressiver Schuld- oder Krankheitswahn	Kombination aus wahnhaftem Erleben, Scham und Gedächtnisstörungen, z. B. Bestehungswahn
Sexualität	während des depressiven Zustandes Libido- und Potenzstörungen	bis zum fortgeschrittenen dementiellen Zustand eher ungestört, bisweilen aber auch persönlichkeitsfremde sexuelle Enthemmung
kognitive Störungen	keine geistigen Einbußen nachweisbar	in zunehmendem Maße Beeinträchtigung bezüglich Sprache, Lesen, Schreiben, Rechnen usw.
Körperpflege	in der Regel unauffällig, wenngleich nur mit erheblicher Anstrengung	wachsende Vernachlässigung
Organbefunde	keine krankhaften Organbefunde	körperliche Störungen zunehmend objektivierbar

Beschwerdeschilderung	häufig, verzweifelt, mehr oder weniger genaue Beschwerdeschilderung (vor allem auf Vorgaben)	ungenauere Beschwerdeschilderungen
antidepressive Medikation	zumeist erfolgreich, nicht zuletzt was Merk- und Konzentrationsstörungen anbelangt	hilfreich, falls reaktives demenz-abhängiges Stimmungstief vorliegt, sonst kein Einfluss auf Merk- und Konzentrationsstörungen
Schlafentzug	therapeutischer Schlafentzug führt zumindest zu vorübergehender Besserung	therapeutischer Schlafentzug verschlechtert das Krankheitsbild
Angehörige und Arztbesuch	Angehörige drängen nach einiger Zeit auf Arztbesuch, Patient fügt sich in der Regel	Angehörige reagieren (zu) lange nicht, empfehlen auch lange keinen Arztbesuch, würden damit beim Patienten auch kaum auf Gegenliebe stoßen

**Schlussfolgerung:** Differentialdiagnostische Probleme begleiten also vor allem die drei erläuterten Bereiche gutartige Altersvergesslichkeit/Demenz, wie beginnt eine Alzheimer-Demenz sowie die Unterscheidung Demenz/depressive Pseudo-Demenz. Sie pflegen im Praxis-Alltag zwar keine vorrangige Stellung einzunehmen – scheinbar. In Wirklichkeit sind natürlich diese Weichenstellungen, sowohl diagnostisch als auch therapeutisch, von weitaus höherer realer Bedeutung als die schließlich offensichtlich dementielle Entwicklung.

### **Alzheimer-Demenz – was kann man tun?**

Als Erstes denkt man bei der Alzheimer-Demenz an eine **medikamentöse Therapie**: Tatsächlich forschen derzeit schätzungsweise rund 50.000 Wissenschaftler weltweit auf diesem Gebiet, vermutet man. Dutzende Wirkstoffe befinden sich im so genannten klinischen