

Was wissen wir eigentlich über die Alzheimerdemenz?  
Von Ursachen, Diagnosen, Risikofaktoren, Prävention und Medikamenten

# Alzheimer – die große Unbekannte

PETER WISSMANN UND MICHAEL GANSS

Alzheimer, so steht es in jedem Fachbuch, ist die häufigste Form der Demenz. Auf rund 60 bis 70 Prozent aller „Demenzfälle“ wird ihr Anteil in der Regel geschätzt. Allerdings kommt eine englische Studie neueren Datums zu dem Schluss, dass eine reine Alzheimerdemenz bei älteren Menschen eher die Ausnahme sei. Demenz ist dabei ein Überbegriff für verschiedene Formen kognitiv-intellektueller Störungen.

Alzheimer ist in aller Munde. Betrachtet man all die Fachbücher und Vorträge, die Verlautbarungen und Meldungen aus der Forschung, dann könnte man glauben, dass die Medizin über einen ungeheueren Wissensfundus verfügt und das ‚Rätsel Alzheimer‘ eigentlich gar keines ist. Das Gegenteil ist der Fall. Was wissen wir eigentlich über die Alzheimerdemenz?

*Die Alzheimerdemenz ist ein wissenschaftliches Rätsel. Es lassen sich zwar einige Symptome aufzählen, die Ursachen sind aber unbekannt. Auch die oft genannten Eiweißablagerungen können dafür nicht herhalten.*

„Ich bin mir nicht sicher, ob wir Demenz eine Krankheit nennen sollen, oder ob sie einfach zum Alterungsprozess dazugehört. Wenn wir alle 120 Jahre alt würden, hätten wir vermutlich alle Demenz.“

Dr. med. Hartwig Orthe,  
Chefarzt der Geriatrie  
am Marien-Krankenhaus Köln



Auf einer rein beschreibenden Ebene ist es üblich, unter den Symptomen einer Alzheimerdemenz eine Reihe unterschiedlicher Störungen zu verstehen: Hierzu zählen Gedächtnisstörungen, Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, Störungen des Erkennens, Veränderungen der Persönlichkeit und physische Veränderungen wie beispielsweise Inkontinenz.

## Ursachen: Unbekannt!

Die Antwort auf die wesentlichste Frage ist jedoch völlig unklar: Niemand kennt die Ursachen von Alzheimer. Immer wieder wurde und wird zwar versucht, Eiweißablagerungen im Gehirn, die sogenannten Amyloidplaques und Fibrillen, verantwortlich zu machen. Dass diese jedoch keineswegs als Ursache betrachtet werden können, wusste schon Dr. Alois Alzheimer. Auf einer großen Fachkonferenz in Chicago (2008) mussten die Anhänger der Plaquestheorie vor zwei Jahren öffentlich ihr Scheitern bekannt geben. Keine der vielen Pharmastudien, die in den zurückliegenden Jahrzehnten durchgeführt worden sind, hat Erfolg gehabt. Auch mit Blick auf andere Theorien, die zu Ursachen der Alzheimerdemenz vertreten werden, lautet das Fazit: Es sind Theorien und so bleibt es dabei, dass die Ursachen von Alzheimer unbekannt sind.

Wo keine gesicherten Erkenntnisse über Ursachen und Entstehung existieren, da ergeben sich auch Probleme bei den Fragen von Diagnostik, Risikofaktoren, Prävention und Therapie.

## Im Prinzip eine Ausschlussdiagnose

In den zurückliegenden Jahren haben sich die diagnostischen Möglichkeiten zur Erkennung demenzieller Veränderungen deutlich verbessert. Dies ist besonders wichtig mit Blick auf die sogenannten sekundären Demenzen, denen eine behandelbare Grundstörung wie zum Beispiel eine Schilddrüsenerkrankung zugrunde liegt.

Die Diagnose der Alzheimerdemenz ist problematischer. Im Prinzip handelt es sich hier um eine Ausschlussdiagnose. Wenn nach entsprechenden psychometrischen Tests, Labor- und neurophysiologischen Untersuchungen andere Diagnosen ausgeschlossen werden können, wird die Diagnose „Demenz vom Alzheimer-Typ“ gestellt: „Weil nach wie vor keine beweisende Untersuchung zur Verfügung steht, stützt sich die Diagnose einer Alzheimerdemenz zu Lebzeiten der Betroffenen bislang auf die Krankheitsgeschichte und den sorgfältigen Ausschluss anderer Krankheiten“, formulieren es die Fachärzte Günter Krämer und Hans Förstl.

Oft wird gesagt, eine solche Diagnose sei in 80 bis 95 Prozent aller Fälle zutreffend. Oft wird auch formuliert, dass erst nach dem Tod endgültige Sicherheit gegeben sei, wenn man das Gehirn auf pathologische Veränderungen wie die Plaqueablagerungen untersuchen könne. Nicht nur, dass dies dem Betroffenen wenig nützt. Da sich die Plaques- und Fibrillentheorien als unzutreffend erwiesen haben, schafft selbst eine Post-mortem-Diagnose keine Gewissheit.

Experten wie Peter J. Whitehouse weisen darauf hin, dass das, was als „Alzheimerkrankheit“ bezeichnet wird, kein einzelnes, grundlegendes, sie definierendes pathologisches Merkmal besitzt. Nicht von ungefähr

*Nach Ausschluss aller anderen Störungsursachen lautet die Diagnose meistens „Demenz, vermutlich vom Alzheimer-Typ“. Alzheimer selbst besitzt kein einziges definierendes pathologisches Merkmal.*



## Geist und Verstand

*Geist ist mehr als Nerventätigkeit. Im Verlauf des demenziellen Prozesses kann es im Extremfall vielleicht zu einer Kognitionslosigkeit kommen, jedoch nie zu einer Geistlosigkeit*

MICHAEL GANSS

Demenz wird häufig mit „geistlos“ übersetzt. Obwohl die Übersetzung des lateinischen Begriffs mens eine Reihe von Alternativen bereithält wie: „Besinnung, Bewusstsein, Denken, Gesinnung, Sinn und Verstand“.

Werden die Phänomene betrachtet, die mit dem demenziellen Prozess einhergehen, dann stehen vor allem die Beeinträchtigungen im Kognitiven im Mittelpunkt, was mit den Übersetzungsalternativen „Verstand“ und „Denken“ gleichgesetzt werden kann. In der Philosophie wird der Begriff „Geist“ different betrachtet. Für eine Vielzahl von Philosophen ist Geist nicht mit kortikalen Funktionen gleichgesetzt, sondern wird als etwas von diesen Getrenntes betrachtet. So erklärt Descartes, „dass man sich klar und deutlich vorstellen kann, dass Geist ohne Materie existiert. Was man sich klar und deutlich vorstellen kann, ist aber zumindest prinzipiell auch möglich. Und wenn es prinzipiell möglich ist, dass Geist ohne Materie existiert, können Geist und Materie nicht identisch sein.“

Varianten dieses Argumentes findet man in der heutigen Debatte bei Saul Kripke und David Chalmers (<http://de.wikipedia.org/wiki/Geist>), und zumindest bis heute kann die Neurowissenschaft nicht erklären, wie und warum sich ein bestimmtes Erleben oder Empfinden im Gehirn abbildet.

In vielen Betrachtungsweisen hat das Geistige des Menschen eine spirituelle Dimension und umfasst weit mehr als kognitive Funktionen. So gesehen kann es im Verlauf des demenziellen Prozesses im Extrem zu einer Kognitionslosigkeit kommen, jedoch nie zu einer Geistlosigkeit.

Richard Taylor:

*„Die Alzheimer-Krankheit gibt es überhaupt nicht!“*

lauten daher Alzheimerdiagnosen fast immer „Demenz, vermutlich vom Alzheimer-Typ“. Richard Taylor, selbst Alzheimerbetroffener, formuliert es so: „Die Alzheimer-Krankheit gibt es überhaupt nicht!“ Und weiter: „Offenbar weiß niemand ganz sicher, ob ein heute lebender Mensch die Krankheit tatsächlich hat.“

### Bin ich gefährdet?

Als Risikofaktoren für eine Alzheimerdemenz werden verschiedene Faktoren diskutiert. Das Spektrum reicht von toxischen Substanzen bis zu genetischen Faktoren. Summa summarum gibt es jedoch nur einen tatsächlich erwiesenen Risikofaktor: das Alter! Zwar werden auch Menschen in jüngerem Alter, beispielsweise mit 50 Jahren, als „alzheimerkrank“ diagnostiziert, primär ist Alzheimer aber ein Phänomen, das im höheren Alter auftritt.

### Kann ich mich schützen?

Sich vor etwas zu schützen, dessen Ursachen man nicht kennt, muss naturgegeben schwierig sein. Dennoch gibt es verschiedene Theorien und Überzeugungen der Fachleute, wie eine gute Prävention aussehen kann.

Als Prävention wird dabei in der Regel das angeführt, was allgemein als sinnvoll für eine gesunde Lebensführung betrachtet wird. (Auf Seite XX macht Konrad Beyreuther

*Gesichert ist nur ein Risikofaktor: Das Alter.*

*Die Möglichkeiten medikamentöser Therapie sind bescheiden. Der Vorbeugung kann neben gesunder Ernährung vor allem geistige Aktivität und soziales Engagement dienen.*

hierzu weitere Ausführungen.) Für Peter J. Whitehouse, der Alzheimer in einen völlig neuen Verständniszusammenhang stellt, sind neben Aspekten wie Ernährung oder geistige Aktivität vor allem auch soziale Faktoren und soziales Engagement von Bedeutung.

### Helfen Medikamente?

Ohne Frage richten sich die Hoffnungen vieler Menschen auf eine medikamentöse „Lösung“ des Alzheimerphänomens. Auch wird unter medizinischer Therapie im Prinzip nur medikamentöse Therapie verstanden. Doch deren Möglichkeiten sind sehr bescheiden.

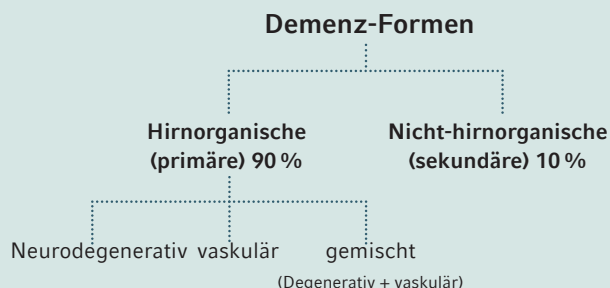
Ab Seite XX in diesem Heft gibt Tomas Müller-Tomsen einen Überblick über die medikamentösen Möglichkeiten und Risiken bei Alzheimer.

### Was ist Alzheimer?

Und so läuft alles auf die zentrale Frage hinaus, was denn Alzheimer eigentlich ist. In den Medien wird die Erkrankung gerne als menschliche Katastrophe, als moderne Pest und als gefährliche Bedrohung unserer Gesellschaft dargestellt.

## Die Alzheimerdemenz

Alzheimer wird der Gruppe der sogenannten primären Demenzen zugerechnet. Eine primäre Demenz wird von Krämer/Förstl definiert als „Demenz aufgrund eines Verlustes von Nervenzellen des Gehirns, die ursächlich in sich begründet ist“. Neben der Alzheimerdemenz zählen beispielsweise auch die Lewy-Körperchen-Demenz, die Pick'sche Demenz und die Frontotemporale Demenz zu dieser Gruppe. Die Alzheimerdemenz gilt jedoch als die häufigste Form. Eine sekundäre Demenz wird von Krämer/Förstl als „Folge einer anderen, behandelbaren oder sogar heilbaren Krankheit“ beschrieben.



Quelle: <http://www.alzheimerinfo.de/alzheimer/demenz-alzheimer/>

Die Medizin begreift sie als eine organisch bedingte Krankheit, deren Ursachen man zwar nicht kennt, von der man aber fest überzeugt ist, sie durch entsprechende medikamentöse Entwicklungen letztendlich besiegen und beseitigen zu können.

Für den Demenzexperten Peter J. Whitehouse stellt der Begriff der Alzheimer-Krankheit „den Versuch unserer Kultur dar, aus einem naturgegebenen Prozess (Gehirnalterung) klug zu werden, den wir nicht kontrollieren können“. Nach seiner Auffassung handelt es sich bei dem Begriff „Alzheimer“ um eine wissenschaftlich nicht haltbare Kategorie und einen Mythos.

### *Die Diskussion über Alzheimer wird sich in Zukunft wohl um die Frage drehen, ob es sich hier um ein medizinisches Problem oder eher um eine soziale Herausforderung handelt.*

Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die sogenannte senile Demenz bereits in früheren Zeiten als eine dem Alterungsprozess zugeordnete Erscheinung begriffen wurde. Erst in den Siebzigerjahren des 20. Jahrhunderts wurde sie mit der von Dr. Alois Alzheimer erstmalig beschriebenen Demenz in jüngerem Lebensalter zusammengefasst und zur Alzheimerkrankheit gemacht.

Alzheimer: Eine noch nicht gelöste medizinisch-pharmakologische Aufgabe oder vor allem eine Herausforderung für die Gesellschaft, sich Gedanken um die Integration von Menschen mit Gehirnalterungsprozessen zu machen? In diesem Spektrum möglicher Antworten wird sich die Diskussion vermutlich auch weiterhin bewegen. ▶

#### **Zum Vertiefen:**

Udo Baer (2007): Innenwelten der Demenz

Rüdiger Damman/Reimer Gronemeyer (2009): Ist Altern eine Krankheit?

Günter Schwarz (2009): Umgang mit demenzkranken Menschen

Verena Wetzstein (2005): Diagnose Alzheimer

Peter J. Whitehouse (2009): Mythos Alzheimer

Peter Wißmann/Reimer Gronemeyer (2008): Demenz und Zivilgesellschaft

#### **Verwendete Literatur**

Günter Krämer / Hans Förstl (2008): Alzheimer und andere Demenzformen. Trias-Verlag, Stuttgart

Richard Taylor (2008): Alzheimer und Ich. Verlag Hans Huber, Bern

Peter J. Whitehouse (2009): Mythos Alzheimer. Verlag Hans Huber, Bern

**Michael Ganß** ist wissenschaftlicher Mitarbeiter der Demenz Support Stuttgart gGmbH, Gerontologe und Kunsttherapeut. Zudem ist er Geschäftsführender Herausgeber von **demenz**.

**Peter Wißmann** ist Geschäftsführer der Demenz Support Stuttgart gGmbH, stellvertretender Vorsitzender der Aktion Demenz e. V. und Geschäftsführender Herausgeber von **demenz**.

## Wie funktioniert eine Alzheimerdiagnostik?

GÜNTER SCHWARZ

Die meisten Menschen gehen am häufigsten zu ihrem Hausarzt. Hausärzte sollten daher in der Lage sein, die Symptome einer Demenzerkrankung frühzeitig zu erkennen. Leider ist dies oft nicht der Fall.

Die eigentliche Diagnose ist Aufgabe für einen in diesem Bereich kompetenten Facharzt für Neurologie und/oder Psychiatrie. Bei Unsicherheiten sollte man sich an eine „Gedächtnissprechstunde“ oder eine „Memoryklinik“ wenden. (Lesen Sie hierzu auch den Beitrag „Wohin bei Verdacht auf Demenz“ in demenz.Leben 1/2009, Seite 28.)

Um die Alzheimer-Krankheit diagnostizieren zu können, muss ein Ausschlussverfahren angewendet werden. Das heißt, der Reihe nach müssen verschiedene Ursachen für eine Demenz überprüft und ausgeschlossen werden.

Eine gründliche Diagnostik ist in der Praxis zunächst deshalb wichtig, um gut behandelbare und heilbare Demenzerkrankungen – etwa 5 Prozent aller Fälle – rechtzeitig zu erkennen. Eine gründliche und frühzeitige Diagnostik ist aber auch für eine sinnvolle medikamentöse Behandlung unerlässlich.

#### **Zur Diagnostik gehören in jedem Fall**

- ▶ ein Blutbild,
- ▶ eine gründliche körperliche Untersuchung,
- ▶ eine Computer- oder Kernspintomografie des Schädels,
- ▶ und ein ausführliches Gespräch mit dem Patienten und dessen Angehörigen.

Besonders bei leichten geistigen Beeinträchtigungen müssen bei einer Demenzdiagnostik immer auch psychodiagnostische Verfahren zum Einsatz kommen. Bei diagnostischen Unsicherheiten ist die Erstellung eines umfangreicheren neuropsychologischen Profils durch einen erfahrenen Neuropsychologen sinnvoll.

Dieser Text stammt aus dem Buch: Günter Schwarz (2009): Basiswissen.

Umgang mit demenzkranken Menschen. Psychiatrie Verlag, Bonn.

Für **demenz** gekürzt und bearbeitet von Peter Wißmann

Beachten Sie auch die Buchvorstellung auf Seite XX.

#### **„Stadien“ der Alzheimerdemenz**

In der Medizin ist es üblich, den Verlauf einer Alzheimerdemenz in Stadien einzuteilen. Neben Modellen, die von 5–6 unterscheidbaren Stadien ausgehen, ist die Einteilung in drei Phasen am häufigsten anzutreffen. Richter und Richter erläutern in ihrem Buch Alzheimer in der Praxis eine solche Einteilung.

Danach ist eine von Alzheimer betroffene Person im Frühstadium unter anderem vergesslich, geht verloren oder hat Wortfindungsstörungen. Im mittleren Stadium braucht sie beispielsweise Hilfe beim Anziehen, irrt ziellos umher und benötigt eine engmaschige Überwachung. Im Spätstadium kann sie unter anderem nicht mehr verstehen, nicht länger für sich sorgen und nicht mehr selbstständig essen.

Stadienmodelle erfreuen sich auch außerhalb der Medizin großer Beliebtheit. Dabei wird jedoch häufig übersehen, dass es sich hierbei um Modelle handelt. Modelle bilden jedoch niemals die Wirklichkeit ab. Demenzielle Prozesse sind ebenso verschieden, wie es die betroffenen Menschen als Personen sind. Alle Stadienmodelle sollten daher sehr kritisch betrachtet werden.

„Ich weiß nicht, wo ich den Stadien entspreche, von denen Sie gerade gehört haben“, entgegnet die Demenzbetroffene Christine Bryden einem Vorredner auf einem Alzheimerkongress. „Da gibt es viele Dinge, die ich nicht mehr tun kann, aber da sind auch andere, die ich sehr wohl noch tun kann, auch wenn Sie diese – in Übereinstimmung mit den Folien, die Sie gerade gesehen haben – bei mir überhaupt nicht erwarten würden.“ (Bryden 2005, S. 49).

#### **Literatur**

Bryden, Christine (2005): Dancing with dementia. London: Verlag Jessica Kingsley

Richter, Brigitte / Richter, Ralph W. (2004): Alzheimer in der Praxis. Bern: Huber