



**Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
**Fakultät für Klinische Medizin Mannheim**  
**Dissertations-Kurzfassung**

**Zur Differentialdiagnostik von Demenz und Depression: Eine Vier-Jahres-Follow-up-Untersuchung bei über 65jährigen psychiatrischen Patienten**

Autor: Dr. rer. nat. Petra Baumgart  
Einrichtung: Zentralinstitut für seelische Gesundheit Mannheim (ZI)  
Doktorvater: Priv.-Doz. Dr. phil. S. Weyerer

Die vorliegende Follow-up Studie mit depressiv und/oder dementiell Erkrankten hatte zum Ziel, die Erstdiagnosen von Patienten nach durchschnittlich vier Jahren zu überprüfen, wobei besonders deren kognitive Leistungsfähigkeit im zeitlichen Verlauf zur Beurteilung herangezogen wurde.

Dabei waren die Patienten, die für die Erststudie ausgewählt wurden, in drei Gruppen geteilt: Patienten mit leichter bis mittelschwerer Demenz, Patienten mit dem Vollbild einer depressiven Erkrankung und gleichzeitig bestehender Demenzsymptomatik und Patienten mit einem depressiven Syndrom ohne Demenzsymptomatik.

Hintergrund bildete dabei die oft mit erheblichen Schwierigkeiten verbundene Differentialdiagnostik zwischen Demenz und Depression bei älteren Menschen, die aber wegen der unterschiedlichen therapeutischen Implikationen sowie ethischer Verpflichtungen überaus wichtig ist. Während Depressionen erfolgreich medikamentös und psychotherapeutisch behandelbar sind, liegt bei SDAT-Patienten der Schwerpunkt auf der Planung und Durchführung aktivierender und auf Maßnahmen zum Erhalt vorhandener Fähigkeiten mit dem Ziel, eine Pflegebedürftigkeit möglichst lange hinauszuschieben. Die ethische Problematik einer unzutreffenden Diagnose ist offensichtlich, da Fehldiagnosen und die in der Folge falschen oder zu spät einsetzenden therapeutischen Schritte zu erheblichen Belastungen und Konsequenzen für die Betroffenen selbst und deren Angehörige führen können.

Längsschnittstudien leisten hier gute Dienste, indem die zur Diagnosefindung herangezogenen Leistungsparameter mit Follow-up Untersuchungsbefunden verglichen werden können und damit eine Erstdiagnose gestützt oder gegebenenfalls korrigiert werden kann.

Die für diese Follow-up Studie verwendeten Erhebungsinstrumente waren die der Erstuntersuchung: das „Strukturierte Interview für die Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ, Multiinfarktdemenz und Demenzen anderer Ätiologie nach DSM-III-R und ICD-10“ (SIDAM) und das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-III-R“ (SKID).

Von den ursprünglich 39 Patienten konnten für diese Studie (Zeitpunkt T2) 19 Probanden gewonnen werden: sechs aus der Gruppe „Demenz“, fünf aus der Gruppe „Depression mit Demenzsymptomatik“, acht aus der Gruppe „Depression ohne Demenzsymptomatik“. Sieben ehemalige Patienten verweigerten eine zweite Untersuchung, dreizehn waren zu Beginn der Zweitstudie bereits verstorben oder unbekannt verzogen.

Von den zum Zeitpunkt T2 untersuchten Personen zeigten insgesamt sieben eine vollständige Remission, neun hatten ein dementielles Syndrom und nur zwei eine depressive Erkrankung.

Aufgeschlüsselt anhand der ursprünglichen Erstdiagnosen ergab sich hier folgender Sachverhalt: von den fünf erstmals zur Gruppe „Demenz“ zugehörigen Probanden können bei T2 nur noch drei in diese Gruppe eingeordnet werden. Einer erfüllt die Kriterien einer „Major Depression“, einer muß als „gesund“ eingestuft werden. Von den acht aus der Gruppe „Depression“ untersuchten Personen erfüllen zwei die Demenzkriterien, sechs die Kriterien für „gesund“. In der Gruppe „Depression plus

Demenz" erfüllen von ursprünglich fünf Patienten nun vier die Kriterien für eine Demenz (ohne Depression), einer die für eine „Major Depression“.

Die kognitive Leistungsfähigkeit, bezogen auf die Mini-Mental-Examination nach SIDAM, ist in der Gruppe der ehemals Depressiven zum Zeitpunkt T2 etwas besser, die der Gruppe „Depression plus Demenz“ etwas schlechter als bei T1. Auffallend verschlechtert haben sich diesbezüglich nur die Probanden der Gruppe „Demenz“.

Somit läßt sich die Arbeitshypothese, daß die operationalisierte Zuordnung zu den einzelnen Diagnosegruppen zeitstabil sei, nicht verifizieren. Die Annahme, daß die kognitiven Defizite in der Diagnosegruppe „Depression plus Demenz“ rascher zunehmen als in den anderen Gruppen, konnten wir ebenfalls nicht bestätigen. Im übrigen war es nicht mehr möglich, eine solche „gemischte“ Gruppe zum Zeitpunkt T2 nach den Kriterien der Ersterhebung zu bilden, da die entsprechenden Probanden zum Zeitpunkt T2 entweder als „dement“ oder als „depressiv“ klassifiziert werden mußten.

EEG-Befunde und kraniale CT-Befunde, die während der Erststudie erhoben worden waren, wurden im Rahmen dieser Arbeit im Hinblick darauf ausgewertet, ob EEG- und CT-Parameter Rückschlüsse auf die Gruppenzugehörigkeit bzw. Diagnosen zulassen.

Bei den Patienten-EEG's ergaben sich diesbezüglich keinerlei Hinweise.

Anders bei den kranialen Computertomographien! Unter der Annahme, daß dementielle Erkrankungen mit nachweisbaren hirnorganischen Abbauprozessen in Verbindung stehen, wurden zur Beurteilung die Varianzen in der Weite der Ventrikelsysteme (quantitativ) und atrophische Veränderungen des Cortex (qualitativ) herangezogen. Signifikante Unterschiede ergaben sich zwischen den Weiten der Vorderhörner der Seitenventrikel der „Demenzgruppe“ und der gesunden Kontrollgruppe und zwischen den dritten Ventrikeln der Gruppe „Demenz mit Depression“ und den Kontrollen. Die atrophischen Veränderungen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen Patientengruppen und Kontrollgruppe. Berücksichtigt werden muß, daß die CT's zur Zeit der Erststudie angefertigt wurden und in der Ausgangsstichprobe nur Patienten mit leichten, allenfalls mittelschweren Demenzausprägungen aufgenommen worden waren.

Die Ergebnisse dieser Studie sprechen dafür, daß die Entscheidung „senile Demenz im Frühstadium“ oder „Depression“ einige Zeit nach Diagnosestellung unter Berücksichtigung von Leistungsveränderungen abgesichert werden kann und abgesichert werden sollte.