

## **Wann soll man anfangen, eine Alzheimer-Krankheit zu behandeln ? Aktuelle Aspekte zu Diagnose und Therapie**

*Prof. Dr. Lutz Frölich, Psychiater und Psychotherapeut,  
Leiter der Abteilung für Gerontopsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim, Koordinationszentrum für das Kompetenznetz Demenzen  
(In diesem Forschungsverbund sind 13 universitäre, vor allem psychiatrische Zentren zusammengeschlossen, die in der deutschen Demenzforschung führend sind. Beteiligt sind auch Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, vor allem Allgemeinmediziner, pharmazeutische Unternehmen sowie Selbsthilfeorganisationen wie die Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V.; Internet [www.kompetenznetz-demenz.de](http://www.kompetenznetz-demenz.de) .)*

Aktuelle Aspekte zu Diagnose und Therapie der Alzheimer-Krankheit beleuchtete Professor Dr. Lutz Frölich in seinem Vortrag am 2. Februar 2005 bei der gemeinsamen Veranstaltung der Alzheimer-Gesellschaft Baden-Württemberg e.V. und der Alzheimer Beratungsstelle der Evangelischen Gesellschaft.

### **Alterspyramide**

Wenn man die Alterspyramide der kommenden Jahre betrachte, sei eine dramatische Entwicklung absehbar: Die geburtenstarken Jahrgänge der 60er Jahre sind im Jahr 2040 ungefähr 80 Jahre alt. Die Zahl der Demenzkranken wird sich in den kommenden fünf Jahrzehnten verdoppeln (die der an einer Depression Erkrankten vervierfachen).

Das Risiko, an einer Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmenden Alter sprunghaft an (Altersstudie Mayer und Baltes 1996). Auch Menschen des öffentlichen Lebens wie Ronald Reagan, der 1994 seine Alzheimer-Erkrankung mit den Worten „Ich gehe nun in den Sonnenuntergang meines Lebens“ bekanntgab und 2004 starb, sowie Helmut Zacharias, Rita Hayworth, Charles Bronson, Helmut Schön und Herbert Wehner sind darunter.

### **Leichtes kognitives Störungssyndrom = MCI**

Kognitive Störungen finden sich vermehrt bei den über 70jährigen. Bei kognitiven Störungen spricht man auch von Mild Cognitive Impairment (MCI) = leichtes kognitives Störungssyndrom. Per Definition ist MCI ein uneinheitliches Syndrom, das mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer Demenz gekoppelt ist, jedoch nicht zwangsläufig in ein dementielles Syndrom mündet.

Patienten mit MCI klagen in der Regel über

- nachlassendes Gedächtnis
- Gedächtnisstörungen
- haben aber keine ausreichenden Kriterien für eine Demenz, d.h. sie haben auch keine Einschränkungen in ihrer Alltagskompetenz

Die Grenzen/Übergänge zu einer Demenz sind unklar und die Symptome können auch wieder zurückgehen, sofern sie andere Ursachen hatten. Diese Ursachen können funktioneller Art (z.B. Schilddrüse) sein oder andere Demenzen, Depressionen oder andere neurodegenerative Erkrankungen – ein breites Spektrum zwischen Gesundheit – MCI1 – MCI2 (schwerere Form von MCI1) und einer Alzheimer-Demenz!

MCI muss also nicht zwangsläufig zu Demenz führen, aber das Risiko an einer Demenz zu erkranken, ist erhöht. Bei 6% - 17% verstärken sich die Symptome innerhalb eines Jahres. Bei 13,85% aller Menschen über 65 Jahre wird ein MCI festgestellt, davon entwickeln 8% - 10% eine Demenz.

Alzheimer-Medikamente beeinflussen Leistungsdefizite bei MCI nicht, von daher ist es nicht sinnvoll, Patienten mit MCI damit zu behandeln. Sinnvoller stellen sich hier weitere Untersuchungen und weitere Forschung an diesem Syndrom dar.

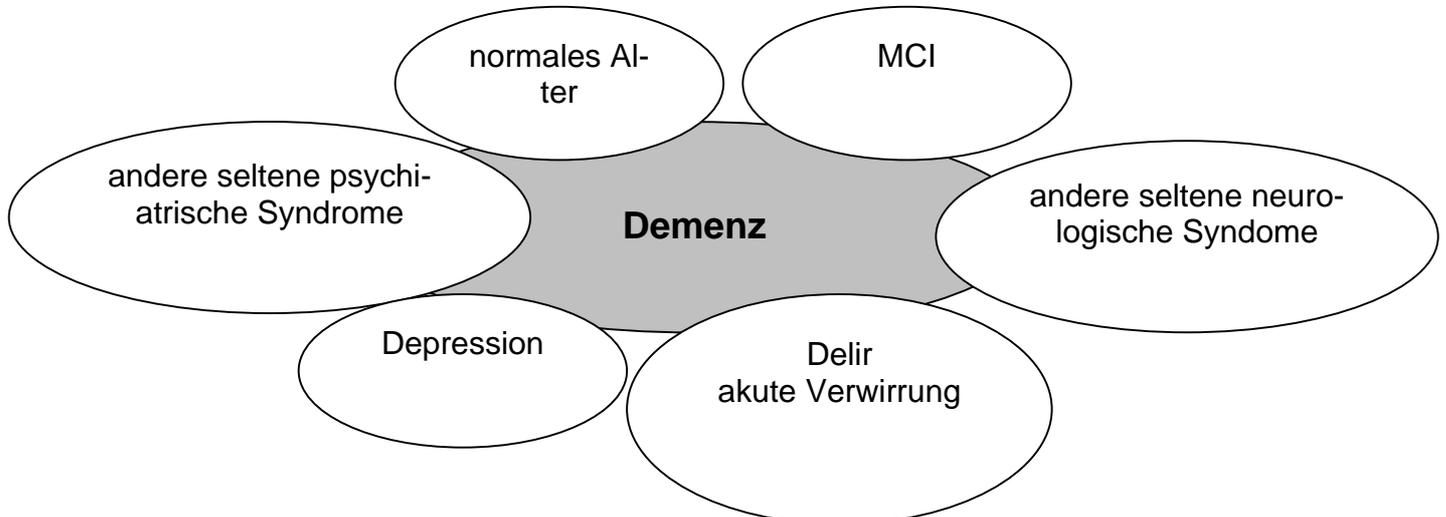
## Behandlung von Demenz

Damit stellt sich die Frage, wie früh man denn eine Demenz behandeln sollte?

Zunächst müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

1. Symptome seit mindestens sechs Monaten
2. Abnahme von Kurz- und Langzeitgedächtnis
3. Abnahme von abstraktem Denkvermögen
4. Veränderung des Antriebs
5. Beeinträchtigung der Alltagskompetenz
6. keine Störung der Bewusstseinslage

Die Symptome einer Demenz können ohne genaue Diagnose auch auf eine andere Störung hinweisen:



Ein Verdacht auf eine Demenz muss immer genau diagnostiziert werden: Dazu stehen verschiedene Methoden zur Verfügung:

### 1. Mini-Mental-Status-Test (Hirnleistungstest)

- Es werden Gedächtnis und Konzentration geprüft
- Beispielfragen:
  - Welches Jahr haben wir gerade ?
  - In welcher Jahreszeit befinden wir uns ?
  - Buchstabieren Sie RADIO vor- und rückwärts
- Hier wird der Eindruck, den man von einem Patienten erhält, sozusagen in „Maß und Zahl“ übersetzt

## 2. **Computertomographie (CT)** von Teilen des Gehirns

- des Hippocampus und der Temporallappen

## 3. **Liquor Marker**

- Messung der Veränderung der Proteine in der Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit (Liquor – wird mittels Lumbalpunktion aus dem Lendenwirbelbereich entnommen)

## 4. **Neuroimaging**

- mit bildgebenden Verfahren beobachten, welche Hirngebiete aktiv sind (Kernspin-/Magnetresonanztomographie)
- bildgebende Verfahren können Struktur und Funktion des Gehirns abbilden

## 5. **Positronen-Emissions-Tomographie (PET)**

- zeigt den Stoffwechsel im Gehirn an

Syndrom Demenz:

- sekundär: 10%
- vaskulär: 15% bis 20%
- gemischt: 10% bis 15%
- degenerativ: 60% bis 70% (Alzheimer-Demenz hiervon mit 40% bis 50% am häufigsten)

## **Therapie bei Alzheimer-Demenz**

Therapieziele bei Alzheimer-Demenz sind:

- Verbesserung der Symptomatik
- langer Erhalt noch vorhandener Fähigkeiten
- möglichst langer Verbleib in der vertrauten Umgebung

Dazu sollten Pharmakotherapie, Soziotherapie und psychologische Therapie sich idealerweise ergänzen:

### Pharmakotherapie

- Internistische Basistherapie
- antidementive Therapie mit einer als wirksam anerkannten Substanz (z.B. AchE-Inhibitoren und Glutamatantagonisten)
- psychopharmakologische Therapie von Begleitstörungen (z.B. neuere Antidepressiva und atypische Neuroleptika)

### Soziotherapie

- ambulante und (teil)stationäre Versorgungsstrukturen
- Gedächtnissprechstunde
- Beratung – rechtliche Aspekte/Pflegeversicherung
- Umfeldstrukturierung

### Psychologische Therapie

- Kognitives Training
- Biographiearbeit
- Selbsterhaltungstherapie
- Musiktherapie
- Angehörigengruppen

Auf jeden Fall sollte immer ein Therapieversuch gestartet werden, der mindestens ein halbes Jahr dauert, um eine Wirkung beurteilen zu können. Sicherlich muss man hier auch zwischen einer leichten und schweren Alzheimer-Demenz differenzieren. Die Entscheidung, bei Nichtanschlagen der Medikamente (nicht jedes Medikament wirkt bei jedem Patienten) ein anderes Medikament zu versuchen, muss im Gespräch zwischen Arzt, Patient und Angehörigen/Betreuern erfolgen.

Leider sind bis heute die Studienerkenntnisse in der Praxis der Pharmakotherapie bei Demenz noch nicht ausreichend umgesetzt. Demenz ist außerdem oft immer noch ein Tabuthema in der Gesellschaft.

### **Perspektiven der Therapie von Alzheimer-Demenz**

- 2003 gab es eine Studie (Tariot et al.) über die Kombination bekannter Substanzen, allerdings ohne eine wirksame Kombination gefunden zu haben
- Da eine Alzheimer-Demenz nicht heilbar ist, muss man versuchen, das Risiko zu vermindern, daran zu erkranken (z.B. weniger Stress, weniger Entzündungen, um Neurodegeneration vorzubeugen etc.)
- Wiederherstellung des gestörten Gleichgewichtes zwischen Amyloidbildung und Amyloiddegradierung im gesunden Zustand (Impfstudie musste abgebrochen werden)
- Derzeit zugelassen zur Behandlung bei leichter bis mittelschwerer Alzheimer-Demenz sind Cholinesterase-Hemmer und bei mittelschweren bis schweren Formen (der N-Methyl-D-Aspartat (NMDA)-Rezeptor-Antagonist) Memantine. Durch diese Behandlungsform kann der Krankheitsverlauf gemildert werden, es zögert die Beeinträchtigung für den Patienten heraus und verbessert die Alltagsaktivität und die kognitiven Leistungen, reduziert damit Pflegezeiten und dient der Zeitgewinnung für Patienten und Angehörige.
- Die Wirkung von Memantine und AchE-Inhibitoren bei mittelschwerer und schwerer Form von Alzheimer-Demenz gelten als gesichert, aber die Studien laufen noch.
- Ein Durchbruch, das Medikament gegen eine Alzheimer-Demenz zu finden, ist nicht in Sicht.
- Cholesterinsenkende Mittel dienen lediglich der Risikominimierung, an einer Demenz zu erkranken
- Bei Gingko-Präparaten gibt es keine eindeutigen, gesicherten Ergebnisse. Auf jeden Fall zeichnen sie sich durch weniger Nebenwirkungen aus (bei einer Gabe von mindestens 120 mg/Tag), sind jedoch keine Alternative zu den anderen Medikamenten.

*Christine Funke, Redaktionsteam*