

Die neue Alzheimer-Definition ist fragwürdig

Im Dezember 2023 gaben die Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) eine gemeinsame Pressemitteilung heraus mit dem Titel: „Eine frühe Diagnose kann den Unterschied machen: Neue S3-Leitlinie Demenz erschießen“. Das Update dieser Leitlinie war unter der Mitwirkung zahlreicher Fachgesellschaften und Organisationen entstanden – unter anderem auch mit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM). Diese gab an einigen Stellen ein sogenanntes Sondervotum ab, das heißt: Es gab abweichende Meinungen zur Mehrheitsmeinung. Zwei der DEGAM-Sondervoten bezogen sich auf die Diagnosestellung.

Erstens positionierte sich die Fachgesellschaft deutlich gegen den Expertenkonsens, die Diagnose einer Alzheimer-Demenz bereits bei Menschen mit minimaler kognitiver Beeinträchtigung (MCI) und positivem Biomarker-nachweis zu stellen. Diese Empfehlung beruht auf den Empfehlungen einer internationalen Expertengruppe, bei der die Autoren zum Teil erhebliche Interessenskonflikte haben. Patienten mit leichten kognitiven Symptomen und positivem Biomarkernachweis ohne Einschränkungen der Alltagskompetenz als krank zu definieren, finde ich fragwürdig. Analog diagnostizieren wir auch keinen Diabetes mellitus, wenn Insulinantikörper nachweisbar sind, aber keine diabetische Stoffwechsellage vorliegt. Der Vorwurf der DEGAM, dass es sich hier um „Disease Monitoring“ handelt, wiegt schwer, wird aber vor dem Hintergrund des Leitlinientextes evident: „Aktuelle Therapieentwicklungen zur Alzheimer-Krankheit umfassen das Stadium der leichten kognitiven Störung und der leichten Demenz als eine Zielgruppe, die zusammengekommen als frühe Alzheimer-Krankheit bezeichnet wird.“

Das vielfach vorgebrachte Argument für bessere Präventionsmöglichkeiten erscheint vorgeschoben, da diese Präventionsempfehlungen kaum über allgemeine Empfehlungen zur Lebensstiländerung hinausgehen (oder wie es die Amerikaner treffend formulieren: „What's good for your heart, it's good for your brain“). Vermutlich soll die Ausweitung der Diagnose den Boden für die progressionsverlangsamenden Antikörper bereiten. Für

Alzheimer sollte nicht möglichst früh diagnostiziert werden, sondern zum individuell richtigen Zeitpunkt – zudem nur dann, wenn die Alltagskompetenz eingeschränkt ist.

Von Horst Christian Vollmar



Prof. Horst Christian Vollmar,
Leiter der Abteilung für

Allgemeinmedizin (AW RUB)
der Ruhr-Universität Bochum

© PETER HADASCH

diese liegen aus meiner Sicht aktuell aber keine hinreichenden Wirkungsnachweise vor. Hingegen besteht ein erhebliches Risiko für schwerwiegende unerwünschte Wirkungen (insbesondere europäischem und -blutungen). Bezüglich der absehbaren europäischen Zulassung brauchen wir daher dringend eine gesellschaftliche Diskussion: Diese Therapie wird, wenn sie breit eingesetzt wird, große finanzielle Ressourcen und Personal binden. Dabei ist das langfristige Nutzen-Risiko-Verhältnis unklar: Wir können die Häufigkeit schwerer Nebenwirkungen nur schwer einschätzen und wissen nicht, ob wir insgesamt eine Kompression der Morbidität erreichen können.

Das zweite Sondervotum zur Diagnosestellung bezog sich auf folgenden Expertenkonsens in der Leitlinie: „Eine zeitgerechte Diagnose ist Grundlage der Behandlung und Versorgung von Menschen mit Demenz und soll den Betroffenen ermöglicht werden.“ Das Sondervotum widersprach hier nicht explizit, sondern ergänzte das Recht auf Uniformiertheit von Patientinnen und Patienten, wies auf etwaige negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und eine wahrscheinlich leicht erhöhte Rate von Suizidversuchen hin. Als Begründung wurde der eigens für die Leitlinie verfasste IQWiG-Bericht „Strukturierte Aufklärung über die Erstdiagnose“ herangezogen, der keine Evidenz für eine frühe Diagnosestellung ermitteln konnte; entsprechend fehlen in der Leitlinie hinreichende wissenschaftliche Belege. Die „zeitgerechte“ Diagnose bleibt also eine zutiefst individuelle Entscheidung, die bei jedem Patienten neu überdacht werden sollte; es gilt nicht automatisch „je früher, desto besser“.

Fazit

Es geht in der aktuellen Situation nicht darum, eine Demenz möglichst früh zu diagnostizieren, sondern zum richtigen Zeitpunkt im Sinne des individuellen Patienten. Die in Deutschland noch nicht zugelassenen Substanzen zur Eliminierung von Beta-Amyloid scheinen allenfalls einen geringeren Mehrwert zu haben, bei erheblichen Sicherheitsbedenken und Ressourcenverbrauch. Eine Reduktion von allgemeinen Risikofaktoren anzustreben, erscheint dagegen nahezu immer sinnvoll – in jedem Lebensalter.