

ZUM THEMA

Welt-Alzheimer-Tag

Interview mit Prof. Dr. Hans Förstl

In Deutschland gibt es nach Angaben der Deutschen Alzheimer-Gesellschaft 1,2 Millionen Patienten mit einer Demenz, die meist durch die Alzheimer-Hirnveränderungen verursacht wird. Da die Menschen in Industrieländern immer älter werden, schätzt man, dass bis zum Jahr 2050 die Zahl der Demenzkranken in Deutschland auf 2,6 Millionen ansteigen wird. Am „Welt-Alzheimer-Tag“ (21. September) fanden überall in Deutschland Veranstaltungen statt, die auf die Situation der Patienten aufmerksam machten. Die MÄA sprachen mit dem Münchner Neurologen und Psychiater Prof. Dr. Hans Förstl über Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung, über Risikofaktoren und mögliche Therapien der Zukunft.

Herr Professor Förstl, die Alzheimer-Demenz gilt als eine der größten epidemiologischen Herausforderungen der Zukunft. Glauben Sie, dass in absehbarer Zeit ein Mittel gegen Alzheimer gefunden wird?

Es gibt Hoffnung, dass die Hirnveränderungen, auf der die Alzheimer-Demenz beruht, eines Tages behandelbar oder ganz zu verhindern sein werden. Es gibt meiner Einschätzung nach aber wenig Hoffnung, dass bald ein Durchbruch kommt, der in kurzer Frist an die Patienten gelangt. Kausale Therapien, die man bisher entwickelt hat, haben zwar eine biologische Wirkung, aber nicht den erwünschten klinischen Effekt. Sie nützen den Patienten nichts und haben zum Teil erhebliche Nebenwirkungen. Die Erkenntnisse der Grundlagenforschung waren dennoch bahnbrechend. Auch wenn es sich immer noch um Hypothesen handelt, sind die so gut untermauert, dass es ein großer Fehler wäre, davon abzuweichen.

Welche Hypothesen sind das?

Es gibt erstens die Hypothese, dass Beta-Amyloid, der Grundbaustein der Amyloid-Plaques ein wesentlicher Verursacher der Alzheimer-Demenz ist. Zweitens scheint noch eine andere unerwünschte Hirnveränderung eine wichtige Rolle zu spielen: das hyperphosphorylierte Transport-Eiweiß Tau, das verklebt und den Grundbaustein der Neurofibrillen bildet. Zum Dritten setzt sich zunehmend die Einsicht durch, dass bei den allermeisten älteren Menschen, die dement werden, nicht nur Plaques und Neurofibrillen – also die Alzheimer-Hirnveränderung allein – verantwortlich sind, sondern dass viele andere Läsionen dazukommen. Beispielsweise Durchblutungsstörungen, Entzündungen oder Folgen von Schädel-Hirn-Traumata, die die Kompensationsfähigkeit des Gehirns zusätzlich beeinträchtigen, bis die



Prof. Dr. Hans Förstl ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar der TU München. Zuvor war der Neurologe und Psychiater als C3-Professor der Herrmann-und-Lilly-Schilling Stiftung am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, tätig und Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie an der University of Western Australia, Perth.

kognitiven Reserven aufgebraucht sind. Das Gehirn verträgt von Kindheit an eine ganze Menge. Es kann vieles überstehen und die Funktion kann ganz exzellt bleiben, aber viele Veränderungen bilden sich nicht vollständig zurück und zehren an der globalen Kapazität des Gehirns. Wenn dann neurodegenerative Veränderungen dazu kommen – häufig natürlich Alzheimer – ist irgendwann auch dieses sehr redundant angelegte Organ überfordert. Neurodegenerative Erkrankungen entwickeln sich über Jahrzehnte.

Demenz und Alzheimer werden von Laien meistens gleichgesetzt. Wie hängt das eine mit dem anderen zusammen?

Alzheimer ist ein globaler Schreckensbegriff. Gemeint war damit bis vor kurzem eine bestimmte, besonders häufige Demenzform mit einem typischen Beginn:

Der Gedächtnisapparat ist früh betroffen, danach folgen andere kognitive Störungen, z.B. ist die Sprache weniger flüssig, Wortfindungsstörungen stellen sich ein, komplexe Handlungsabläufe können nicht mehr vollzogen werden. Manche Dinge werden auch nicht mehr richtig erkannt. Zur Amnesie kommen Aphasie, eine Apraxie und eine Agnosie. Das entspricht von der Ausbreitung und der Intensität der Hirnveränderungen tatsächlich der Lokalisation der Alzheimerprozesse, also von Neurofibrillen und Plaques. Verifiziert werden konnte diese Verdachtsdiagnose bislang nur postmortal: Wurden bei einer Autopsie eines verstorbenen Demenzkranken viele Plaques und Neurofibrillen gefunden, war das eine ausreichende Erklärung der Demenz. Inzwischen hat man viele diagnostische Instrumente, vor allem Bildgebungsverfahren, mit denen man Hirnveränderungen feststellen kann, lange bevor sich erste Symptome einer Demenz zeigen. Daher ist es heute sinnvoll, eine klare Differenzierung vorzunehmen zwischen der Alzheimer-Krankheit, also den pathologischen Hirnveränderungen Plaques und Neurofibrillen, und dem Epiphänomen Demenz, das darauf beruht und das von vielen – aber nicht von allen – erlebt wird, die solche neurodegenerativen Hirnveränderungen entwickeln.

Was bedeuten die neuen Erkenntnisse für eine mögliche Therapie der Zukunft?

Wir erkennen immer mehr, dass wir mit kausalen Therapieversuchen bei einer manifesten Demenz aller Wahrscheinlichkeit nach zu spät kommen. Denn dann ist ja schon eine Nervenzellverlust in massiver Form abgelaufen. Das kann man nicht mehr einfach zurechtbiegen. Man überlegt daher ernsthaft, ob man in einem nächsten Anlauf nicht Menschen gegen die Hirnveränderung behandelt, die noch längst nicht dement sind und bei denen

man außerdem nicht genau weiß, ob sie wirklich dement werden würden. Das ist ein ganz neuer Aufwand hinsichtlich des Studien-Designs. Man bräuchte noch viel mehr Probanden und eine längere Beobachtungszeit. Das wird extrem teuer.

Wie realistisch ist eine solche Forschung? Was habe ich als Proband davon, wenn ich sehr früh weiß, dass in meinem Hirn Alzheimer-Prozesse zu beobachten sind, wenn es noch keine wirksame Therapie gibt?

Das ist eine ethisch sehr schwierige Frage. Wir stehen vor einem Dilemma: Einerseits wissen wir sehr viel über Risiken, über Krankheitsgrundlagen, über symptomatische Behandlungsformen und über typische Verläufe bei den Patienten – und wir können sehr früh Diagnosen objektivierbarer Hirnveränderungen stellen. Andererseits sind wir aber verlegen um effektive, zuverlässige Therapien. Einem Patienten, der sich für seine Hirnveränderung interessiert, kann man heute noch nicht sagen, ob er wirklich eine Demenz bekommt. Man weiß nur: Je mehr Indizien dafür sprechen, desto höher ist das Risiko. Wir sind angewiesen auf Idealisten, die sagen: Auch wenn ich im Moment keinen unmittelbar praktischen Nutzen habe, möchte ich an Studien teilnehmen, die vielleicht erst der nächsten Generation helfen. Bei viel Glück möglicherweise aber auch mir selbst.

Wenn nicht jede Alzheimer-Hirnveränderung automatisch zu einer Demenz führt – was kann man tun, um das persönliche Risiko zu vermindern?

Die Empfehlungen lauten: Behandelbare Risikofaktoren beachten, auch wenn man schon 70 Jahre oder 80 Jahre alt ist. Es ist ratsam, sich viel zu bewegen, eine mediterrane Diät zu wählen, Blutfette zu senken, mit dem Rauchen aufzuhören und sich geistig fit zu halten. Zu den Risikofaktoren für eine Demenz gehören auch Depressionen. Deswegen ist es ganz wichtig, depressive Störungen zu diagnostizieren und zu behandeln. Man weiß, dass bei Menschen, die weniger von diesen Grundkrankheiten haben, die Manifestation einer Demenz um Jahre später erfolgt.

Die Medikamente, die heute symptomatisch bei einer Alzheimer-Demenz eingesetzt werden, bringen offenbar nur eine sehr geringe messbare Verbesserung der Hirnleistung. Ist es überhaupt sinnvoll, sie zu verschreiben?

Der messbare Effekt von Cholinesterasehemmern und Memantin ist in der Tat gering. Aber es geht gar nicht um diesen Mini-Effekt auf irgendeiner Testskala, es geht um die Zeitverschiebung. Demenzerkrankte, die solche Medikamente einnehmen, haben damit noch die Gehirnleistung, die sie vor einem halben Jahr oder einem Jahr ohne Medikamente hatten. Die Zeitverschiebung ist meiner Meinung nach bei einem alten Menschen schon bedeutungsvoll. Deswegen ist das, was dazu vom IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen – Anmerkung d. Red.) vorgetragen worden ist, mangels Alternativen unsinnig. Aber die Lizenzen der Wirkstoffe laufen in den nächsten Monaten sowieso alle aus, deswegen sind die Medikamente bald für alle bezahlbar. Man muss dann nur sehen, dass die Patienten das Richtige einnehmen. Auf Kontraindikationen und Nebenwirkungen ist selbstverständlich genau zu achten.

Müssen demente Patienten von einem Facharzt behandelt werden?

Demenz ist ein so weit verbreitetes Problem, dass ich nicht glaube, dass die Psychiater alleine damit zurecht kommen. Heutzutage kann man im Vorfeld sowieso nicht viel mehr machen als die Risikofaktoren in den Griff zu bekommen. Das liegt vorrangig in der Kompetenz des Hausarztes. Er muss überprüfen: Hat der Mensch eine depressive Verstimmung, bewegt er sich zu wenig, raucht er, hat er einen Hypertonus, Übergewicht, erhöhte Blutfette, Gicht, Niereninsuffizienz usw.?

Auch eine sorgfältige Diagnostik kann ein Hausarzt durchführen und alles notwendige Weitere veranlassen. Zur Diagnostik gehört eine körperliche Untersuchung, ein einfühlsames Gespräch mit dem Patienten, manchmal auch mit Angehörigen, und auf jeden Fall auch eine kurze kognitive Testung. Die sogenannte Mini-Mental-State-Examination (MMSE), DemTECT oder

EASY sind Kurztests, die man innerhalb weniger Minuten durchführen kann. In Sondersituationen – vor allem bei ganz frühen und diskreten Defiziten, die den Patienten dennoch belasten oder bei familiärer Belastung – muss ein Psychiater zugezogen werden.

Wie kann man Demenzerkrankte nach der Diagnose angemessen weiter betreuen?

Das ist eine gesellschaftliche Herausforderung. Wer das Privileg hat, zuhause mit seiner Familie weiterhin so zu leben wie bisher, in allen seinen Routinen, hat weniger Probleme. Wenn die Bedingungen sich ändern, weil man z.B. in eine Heimeinrichtung muss – was ich nicht grundsätzlich falsch finde, weil das oft der einzige und oft auch ein guter Ausweg ist –, kommt die Demenz oft erst richtig zum Vorschein.

Kann man Ihrer Meinung nach schon jetzt etwas tun, dass der Schreckensbegriff „Alzheimer“ seinen Schrecken etwas verliert?

Vielleicht ist es ein kleiner Trost, dass wir es früher oder später alle bekommen. Wir werden so alt wie nie zuvor. Das ist ja etwas Positives, aber es birgt eben auch Risiken. Ein Drittel der Menschen in der westlichen Welt erlebt eine Demenz. Ein weiteres Drittel hat leichte Symptome. Und das restliche Drittel stirbt vorher. Früh an einer anderen Krankheit zu sterben, ist sicherlich auch keine gute Alternative.

Wir müssen das mutig schultern und Lebensbedingungen schaffen, die es erlauben, selbst mit eingeschränkter geistiger Flexibilität gut zu leben. Das geht durchaus. Gerade die Größe des Demenzproblems, die Singularisierung in unserer Gesellschaft, und die sinkenden Renten werden neue Versorgungsmodelle notwendig machen und die Solidarität stärken. Außerdem braucht man nicht die Hoffnung auf Zufallsentdeckungen aufzugeben. Die Wissenschaftsgeschichte ist voll von Zufällen – gerade die Geschichte der Nervenheilkunde.

*Mit Prof. Dr. Hans Förstl sprach
Dr. phil. Caroline Mayer*

Diesen und weitere MÄA-Leitartikel finden Sie auch auf der Internet-Seite des ÄKBV unter www.aekbv.de > Münchener ärztliche Anzeigen > MÄA-Leitartikel