

Leserbrief: Altersdemenz oder Morbus Alzheimer?

Frage von Dr. M. aus K.: >> Ich tue mich schwer, die gegenwärtig vorgenommene Klassifikation von Demenzen zu akzeptieren. In der S3-Leitlinie Demenzen von 2016 steht: „Die häufigste Ursache für das Demenzsyndrom ist mit 60-80% die Alzheimer-Krankheit, gefolgt von der vaskulären Demenz mit etwa 5-10%. Seltener Ursachen sind u.a. die Demenz bei Parkinson-Krankheit, Demenz mit Lewy-Körpern, oder frontotemporale Demenz, wobei mit steigendem Alter Mischpathologien immer häufiger vorkommen.“ Ich vermisse hier zumindest die Erwähnung der altersbedingten Demenz. (...) Ein kognitiver Abbau zählt doch wie das Nachlassen der psychischen und physischen Leistungsfähigkeit zum normalen Alterungsprozess. Ich bin der Meinung, dass es sich bei der vorgenommenen Klassifizierung um eine Umetikettierung handelt, die nicht wissenschaftlich begründet ist, sondern vermutlich ihren Grund darin hat, dass sich Therapien besser gegen Krankheiten als gegen Alterungsprozesse vermarkten lassen. Ich erlebe mit großem Bedauern, dass diese Art des Umgangs mit dem Vorgang des Alterns – und nicht der Vorgang selbst – sehr viel Ängste und Leid bei den Menschen auslöst. Es handelt sich m.E. um eine Form des „disease mongering“. (...) Als Frage formuliert: In welcher Studie wurde beschrieben, welche diagnostischen Korrelate zwischen der altersbedingten Demenz und dem Morbus Alzheimer unterscheiden können? <<

Antwort: >> Sie sprechen ein relevantes Problem an. Es gibt in den Klassifikations-Systemen keine Alters-Demenz. Die wissenschaftliche Forschung zur Demenz beschäftigt sich seit Jahrzehnten vorrangig mit der Alzheimer-Erkrankung (vgl. ^[1]). Ein Grund hierfür könnte sein, dass sich in den letzten Jahren die Diagnostik zunehmend von der klinischen Symptomatik in Richtung Diagnosestellung anhand von Biomarkern verlagert hat. Auf Grund des langen, klinisch stummen Vorlaufs ist dieser Zugang unter dem Aspekt des Entwickelns von medikamentösen Therapieoptionen auch sinnvoll. Auch klinische Studien werden vorrangig an jüngeren Patienten durchgeführt, die tatsächlich mit hoher Wahrscheinlichkeit an einer Alzheimer-Erkrankung leiden. Dabei versucht man, möglichst frühzeitig im Verlauf zu intervenieren, und es wird obligat auch ein Nachweis von Amyloid-Beta mittels Liquordiagnostik oder PET gefordert. Die Kollektive für diese Studien sind also hoch selektiert (vgl. ^[2]).

Die genannten Zahlen zu den unterschiedlichen Demenzformen stammen aus neuropathologischen Untersuchungen und enthalten damit sicher auch einen Selektions-Bias. Zudem ist anzumerken, dass die Korrelation zwischen neuropathologischen Befunden und klinischer Symptomatik variabel ist. Das bedeutet, dass auch klinisch gesunde Menschen neuropathologisch Merkmale einer Alzheimer-Erkrankung haben können (und umgekehrt).

Die große Mehrzahl der Menschen, die im Alter kognitive Einbußen erfahren, wird allerdings nicht in Studien oder spezialisierten Einrichtungen betreut, was einen Teil der unterschiedlichen

diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen, die ja aus Studien stammen, erklären mag. Grundsätzlich ist festzuhalten, dass sich die kognitive Leistungsfähigkeit im Alter ändert: Die sogenannten „kristallinen“ Leistungen wie Allgemeinwissen, Wortschatz, prozedurales Gedächtnis (Routinen) und soziale Intelligenz bleiben lange erhalten, während die sogenannten „fluiden“ Leistungen abnehmen. Diese umfassen das episodische und das Arbeitsgedächtnis, Arbeitstempo, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen, wie z.B. die kognitive Flexibilität. Bei hochbetagten Menschen ist zudem anzuführen, dass eine starke Interaktion zwischen „Frailty“ (Fragilitätssyndrom) und kognitiven Defiziten besteht. Frailty trägt bei Hochbetagten auch deutlich zur Heterogenität des klinischen Bildes Demenz bei. Unter diesem Aspekt ist die Demenz im hohen Alter durchaus als geriatrisches Syndrom zu betrachten, da kumulative Schädigungen interagieren und zu funktionellen Defiziten führen. Die therapeutische Intervention ist daher ebenfalls interprofessionell zu gestalten. Neuropathologisch finden sich mit steigendem Alter vermehrt Mischformen (Alzheimer/vaskulär).

Interessanterweise führt das Diagnosesystem DSM-5 der American Psychiatric Association (APA) als wesentliches Merkmal einer Demenz (schwere neurokognitive Störung) an, dass die Fähigkeit zur selbständigen Verrichtung alltäglicher Aktivitäten beeinträchtigt sein muss; zudem wird eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit gefordert – belegt durch eine standardisierte neuropsychologische Testung im Bereich von ≥ 2 Standardabweichungen unter den Normwerten. Im ICD10, auf das sich die Leitlinie bezieht, wird die Beeinträchtigung von Alltagsaktivitäten nicht als Diagnosekriterium gefordert.

Die Diagnose einer Demenz sollte jedenfalls nie aufgrund des pathologischen Ergebnisses eines neuropsychologischen Tests allein getroffen werden, sondern immer basieren auf einer Zusammenschau aller bekannten Fakten der Alltagsfähigkeiten; dies gilt in besonderem Maße für alte Menschen. Die zitierte Leitlinie wurde übrigens im letzten Jahr aktualisiert (^[2], vgl. ^[3], ^[4]). <<

Literatur

1. Jack, C.R., et al.: NIA-AA Research Framework: Alzheimers Dement. 2018, 14, 53. ([Link zur Quelle](#))
2. AMB 2023, 57, 57. ([Link zur Quelle](#))
3. https://register.awmf.org/assets/guidelines/038-013l_S3_Demenzen-2023-11_1.pdf ([Link zur Quelle](#))
4. AMB 2023, 57, 96DB01. ([Link zur Quelle](#))