

Alzheimer ist kein Mythos sondern eine Realität: Herausforderungen für das 21. Jahrhundert

Alzheimer's Disease International und die Mitgliedsorganisationen in der ganzen Welt sind überzeugt, dass Alzheimer und andere Demenzerkrankungen schwer wiegende Auswirkungen auf die Betroffenen und deren Familien haben. Für Menschen über 60 Jahre sind Demenzerkrankungen die zweithäufigste Ursache für ein Leben mit Behinderungen (Weltgesundheitsorganisation, 2004).

Mit der zunehmenden Alterung der Weltbevölkerung und der steigenden Zahl von über 60-Jährigen wird sich die Zahl der Menschen mit Demenz erheblich erhöhen. Sie wird sich alle 20 Jahre fast verdoppeln: von 35,6 Millionen im Jahre 2010 auf 65,7 Millionen im Jahre 2030, und auf 115,4 Millionen im Jahre 2050 (Alzheimer's Disease International, 2009).

Das Risiko an einer Demenz zu erkranken nimmt mit dem Alter zu. Die Inzidenz- und Prävalenzzahlen verdoppeln sich ab dem 60. Lebensjahr etwa alle fünf Jahre. Demenzerkrankungen treten also, wie die meisten anderen chronischen Krankheiten, verstärkt im höheren Alter auf. Das bedeutet nicht, dass Demenzerkrankungen eine normale Folge des Alterns sind. Niemand behauptet das von Brustkrebs oder Schlaganfall, obwohl die Zusammenhänge mit dem Alter ähnlich sind. Tatsächlich ist es eher die Regel als die Ausnahme, dass die meisten Krankheiten mit dem Alter zunehmen, aber dennoch handelt es sich um Krankheiten und echte Pathologien, die der Aufmerksamkeit bedürfen. Osteoporose, Prostata-Erkrankungen usw. sind im hohen Alter weit verbreitet, ebenso wie Demenzerkrankungen. Auch bei den 80-Jährigen und älteren sind die meisten nicht demenzkrank. Der natürliche Prozess der Hirnalterung ist inzwischen gut erforscht. Das Hirnvolumen nimmt etwa ab dem 15. Lebensjahr ab. Eine langsame Verschlechterung einiger kognitiver Funktionen ist ab dem 6. Lebensjahrzehnt nachweisbar. Diese Verschlechterungen schränken jedoch die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht ein und werden durch ein Mehr an „Weisheit“, Wissen und Verständnis ausgeglichen.

Alzheimer und andere Demenzerkrankungen betreffen nicht nur ältere Menschen, sondern auch 30-50-Jährige, besonders wenn die Krankheit in der Familie bereits vorkommt. Bei diesen frühen Erkrankungen handelt es sich offenkundig nicht um eine altersbedingte Entwicklung.

Demenzerkrankungen zeichnen sich durch einen ungewöhnlich raschen und fortschreitenden Verlust der kognitiven Fähigkeiten aus. Dies führt zu erheblichen Einschränkungen, dem Verlust der Selbstständigkeit und einem steigenden Bedarf an Pflege und Unterstützung. Damit verbunden sind eine oder mehrere neurologische Pathologien, die mit einer möglichen, aber nicht zwingend notwendigen Ablagerung der Eiweißstoffe Amyloid und Tau (bei Alzheimer-Krankheit), gefäßbedingten Krankheiten (vaskuläre Demenz), Lewy-Körperchen (Lewy-Körperchen-Demenz) oder Veränderungen im Stirnhirn (Frontotemporale Demenz) einhergehen. Es wird zunehmend davon ausgegangen, dass diese Typen der Demenz zwar in reiner Form auftreten können, Mischformen aber sehr viel häufiger sind. Aus diesem Grund gibt es keinen klaren und vollständigen Zusammenhang zwischen der

Schwere dieser Pathologien und der Erscheinungsform oder Schwere von klinischen Demenzsyndromen. Die Komplexität des pathologischen Verlaufs und unser derzeit nur unvollständiges Verständnis der Zusammenhänge zwischen den verschiedenen beteiligten Faktoren ist selbstverständlich kein Grund, die Existenz von Demenzerkrankungen in Frage zu stellen. Demenzerkrankungen können auch im Zusammenhang mit gut erforschten neurologischen Krankheiten wie etwa der Parkinson Krankheit stehen, die manchmal einer Demenz vorausgehen, ihr folgen oder gleichzeitig mit ihr auftreten.

Die meisten Regierungen und ihre Gesundheits- und Sozialsysteme sind nicht darauf vorbereitet, ihr Angebot entsprechend der zu erwartenden raschen Zunahme von Menschen mit Demenz auszubauen. Anfangs brauchen Menschen mit Demenz Unterstützung, damit sie weiterhin in ihren eigenen vier Wänden leben können; wenn die Krankheit fortschreitet, werden sie zunehmend abhängig von der Hilfe anderer, etwa hinsichtlich Ernährung, Ankleiden und Körperhygiene.

Zugangsvoraussetzung zu Unterstützungs- und Entlastungsangeboten für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen ist die Diagnose einer Demenz. Wenn diese Krankheit als Mythos bezeichnet wird (Whitehouse 2008), so beeinträchtigt dies den Zugang der Betroffenen zu Pflege und Betreuung. Die Forschung lässt hoffen, dass Diagnosen zukünftig früher und zuverlässiger gestellt werden können (Dubois B et al, Lancet Neurology, 2007; Reisberg and Gauthier, 2008, Jagust et al., 2009, Petersen and Trojanowski, 2009), und dass die unterschiedlichen Ursachen für Demenz und die damit einhergehenden Pathologien besser verstanden werden (Aisen, 2009). Dies könnte zu einer effektiveren Behandlung, Verzögerung oder sogar Vorbeugung von Demenzerkrankungen führen (Khachaturian and Khachaturian, 2009). Bis dahin können wirksame medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapien kognitive Funktionen verbessern, Verhaltensprobleme abschwächen und die Belastung für die Betreuenden vermindern. Eine frühe Diagnose verbunden mit Aufklärung, Behandlung und nachhaltiger Unterstützung ist das Ziel kürzlich entwickelter nationaler Demenzstrategien in mehreren Ländern mit hohem Einkommen (Australian Health Ministers' Conference, 2006, Banerjee and Wittenberg, 2009, Department of Health, 2009). Ein ähnlicher, jedoch mehr schrittweise ausgerichteter Ansatz wird von Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen verfolgt, wobei mit der Verbesserung der Diagnosemöglichkeiten und der Bereitstellung von Angeboten der medizinischen Grundversorgung begonnen wird (Prince et al, 2009, Dias et al 2008, and WHO mhGAP reference).

Fragen Sie eine demenzkranke Person, die sich an Gespräche oder einfache Aktivitäten nicht mehr erinnern kann, oder eine Betreuungsperson, die nach einer siebentägigen 24-Stunden-Betreuung am Ende ihrer Kräfte ist, ob Alzheimer eine Einbildung ist. Fragen Sie Wissenschaftler ob die eine Pathologie – Plaques und Eiweißablagerungen bei der Alzheimer-Krankheit – mythisch ist, andere dagegen, etwa multiple Schlaganfälle oder familiäre Frontotemporale Progranulinansammlungen, nicht. Alle Antworten werden gleich ausfallen.

Überall auf der Welt hat die Forschung gezeigt, dass die meisten Menschen mit Demenz keine Diagnose erhalten und weder sie noch ihre Familien Unterstützung bekommen. Die größten Barrieren für den Zugang zu Gesundheits- und Betreuungsangeboten sind fehlende Wahrnehmung von Demenzerkrankungen, Furcht und Stigmatisierung. Wenn der Zugang zu

Behandlung und Pflege verweigert wird, wird die Belastung durch Demenzerkrankungen noch größer. Deshalb ist es von größter Bedeutung, Alzheimer und andere Demenzerkrankungen zu entmystifizieren, sie öffentlich zu machen und zu zeigen, wie Menschen mit Demenz und ihre Familien Hilfe erhalten können.

Daisy Acosta

Bengt Winblad

Chairman Alzheimer's Disease International

Chairman Medical and Scientific Advisory Panel

- AISEN, P. S. (2009) Alzheimer's disease therapeutic research: the path forward. *Alzheimer's Research and Therapy*, 1.
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (2009) World Alzheimer Report 2009. Alzheimer's Disease International.
- AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS' CONFERENCE (2006) National Framework for Action on Dementia; 2006-2010. NSW Department of Health on behalf of AHMC.
- BANERJEE, S. & WITTENBERG, R. (2009) Clinical and cost effectiveness of services for early diagnosis and intervention in dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 748-754.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2009) Living well with dementia: a national dementia strategy.
- JAGUST, W. J., LANDAU, S. M., SHAW, L. M., TROJANOWSKI, J. Q., KOEPPE, R. A., REIMAN, E. M., FOSTER, N. L., PETERSEN, R. C., WEINER, M. W., PRICE, J. C., MATHIS, C. A. & ALZHEIMER'S DISEASE NEUROIMAGING, I. (2009) Relationships between biomarkers in aging and dementia. *Neurology*, 73, 1193-9.
- KHACHATURIAN, Z. S. & KHACHATURIAN, A. S. (2009) Prevent Alzheimer's disease by 2010: a national strategic goal. *Alzheimer's and Dementia*, 5, 81-84.
- PETERSEN, R. C. & TROJANOWSKI, J. Q. (2009) Use of Alzheimer disease biomarkers: potentially yes for clinical trials but not yet for clinical practice. *JAMA*, 302, 436-7.
- REISBERG, B. & GAUTHIER, S. (2008) Current evidence for subjective cognitive impairment (SCI) as the pre-mild cognitive impairment (MCI) stage of subsequently manifest Alzheimer's disease. *International Psychogeriatrics*, 20, 1-16.
- WHITEHOUSE, P & GEORGE, D (2008), *The Myth of Alzheimer's*, St. Martin's Griffin, New York
- WORLD HEALTH ORGANISATION (2004) *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. World Health Organisation.