Paradigmenwechsel in der Versorgung

Diagnostik und Antikörper-Therapie der frühen Alzheimer-Krankheit

Klaus Gehring
Neurozentrum am Klosterforst, Itzehoe

In Deutschland leben aktuell ca. 1,8 Mio. Menschen mit Demenz, bis 2050 werden es rund 2,8 Mio. sein. Die Alzheimer-Demenz ist die häufigste Form. Seit 2025 stehen mit Lecanemab und Donanemab erstmals krankheitsmodifizierende Antikörper für frühe Alzheimer-Stadien zur Verfügung, sofern eine biomarker-basierte Alzheimer-Pathologie vorliegt. Die Therapie verlangsamt zwar den Verlauf, birgt aber mögliche Risiken wie Flüssigkeitsansammlungen oder kleine Blutungen im Gehirn und erfordert eine engmaschige fachärztliche Überwachung. Diagnostik und Versorgung verändern sich grundlegend. Eine enge, sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Haus- und Fachärztinnen und -ärzten sowie weiterer Strukturen ist essenziell.

Einleitung

Derzeit leben ca. 1,8 Mio. Betroffene mit Demenz in Deutschland, jedes Jahr wird bei über 400.000 Menschen in Deutschland neu eine Demenz diagnostiziert. Fast jeder kennt einen Betroffenen in der Familie oder im Bekanntenkreis. Aufgrund der demografischen Entwicklung und wachsender Lebenserwartung nimmt die Zahl der Erkrankten kontinuierlich zu. Im Jahr 2050 geht man von einer Anzahl von 2,8 Mio. aus. Demenzkrankheiten sind damit eine der größten medizinischen und gesellschaftlichen Herausforderungen unserer Zeit.

Demenzen treffen die Menschen im Wesenskern. Sie haben daher vor Demenz mehr Angst als vor Krebs. Die Erkrankung betrifft stets nicht nur Patientinnen und Patienten selbst, sondern das gesamte Umfeld. Für Angehörige, die sich um die betroffenen Familienmitglieder kümmern, kann dies zu einer kaum zu bewältigenden Lebensaufgabe werden. Deshalb und aufgrund der immensen direkten und indirekten Krankheitskosten ist die Versorgung von Menschen mit Demenzkrankheiten auch eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung.

Die häufigste Demenzform ist die Demenz vom Alzheimer-Typ (DAT). Diese war bislang nicht kurativ behandelbar. Der Fokus der Diagnostik lag deshalb vor allen in der Identifizierung derjenigen wenigen Betroffenen, die nicht an einer DAT, sondern ursächlich an einer anderen, potenziell behandelbaren Erkrankung, wie z. B. einem Mangel an Vitamin B_{12} oder einer entzündlichen Erkrankung, gelitten haben. Für Betroffene mit DAT war das medikamentöse Behandlungsangebot bislang begrenzt mit zum einen symptomatisch wirkenden Medikamenten, die den Krankheitsverlauf vorübergehend etwas verzögern können (die sogenannten Cholinesterase-Hemmer), zum anderen Psychopharmaka (Neuroleptika, Antidepressiva, auch Hypnotika) zur Glättung von Verhaltensstörungen. Besondere Bedeutung hat aber eine psychosoziale Begleitung. Der damit verbundene Versorgungsaufwand ist hoch. Aufgrund eines ausgesprochen hohen Beratungs- und Edukationsbedarfes von Betroffenen und Angehörigen ist die Behandlung notwendigerweise zu einem großen Teil auch Zuwendungsmedizin. In fortgeschrittenen Stadien stehen zunehmend Verhaltensstörungen, Weglauftendenzen oder auch aggressives Verhalten im Vordergrund, weshalb die Behandlung zusätzlich durch den Austausch mit Angehörigen und Pflegenden geprägt ist.

Antikörper-Therapie bei frühem Alzheimer

Seit dem 01.09.2025 bzw. seit dem 01.11.2025 stehen jetzt die Amyloid-Antikörper Lecanemab bzw. Donanemab für die Behandlung erwachsener Patienten mit früher Alzheimer-Krankheit zur Verfügung. Damit sind sowohl leichte kognitive Störungen (mild cognitive impairment, MCI) als auch leichte Demenz zusammengefasst bei biomarker-basiertem Beleg einer Alzheimer-Pathologie.

BILD(ER): PATHDOC – SHUTTERSTOCK

Kurz gefasst

Schlüsselwörter: Alzheimer-Krankheit, Alzheimer-Therapie, Lecanemab, Donanemab, Demenz-Diagnostik, Versorgungsstrukturen

Seit 2025 stehen mit Lecanemab und Donanemab erstmals krankheitsmodifizierende Antikörper-Therapien für frühe Stadien der Alzheimer-Krankheit zur Verfügung. Sie verlangsamen den Verlauf, erfordern aber eine genaue Diagnostik und enge Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten sowie weiterer Strukturen.

Diese Fortbildung und den Fragebogen zur kostenlosen Teilnahme finden Sie hier: **www.ni-a.de/cme**

Der WPV. Verlag fühlt sich der Regeltreue verbunden. Dementsprechend stellen die datenschutzrechtlichen Bestimmungen, die Empfehlungen und Richtlinien der Bundesärztekammer sowie die Kodizes zur Transparenz und der Offenlegung von Interessenkonflikten den verbindlichen Standard bei der Organisation, der Durchführung und der Veröffentlichung von Fortbildungsmaßnahmen dar.

Die Teilnahme ist vom 03.05.2026 bis zum 02.05.2027 möglich.

Beweis der Alzheimer-Pathologie als Voraussetzung

Der Beweis einer Alzheimer-Pathologie kann aktuell durch typische Befunde in (flächendeckend nicht verfügbarem) Amyloid-PET oder aber Liquor stattfinden: Erhöhung von Gesamt-Tau und pTau, Erniedrigung von Beta Amyloid (Aβ) 1-42 und dem Quotienten aus Aβ 1-42 und 1-40. Serumparameter sind aktuell in der Entwicklung, aber in Deutschland noch nicht anerkannt. Besonders erwähnenswert ist der kürzlich von der FDA zugelassene Bluttest zur Bestimmung des Ptau217-Wertes. Dieser spiegelt die Amyloidlast im Gehirn wider und kann die Konversion in ein symptomatisches Stadium anzeigen.

Wirkung der Antikörper-Therapie

Beide Behandlungen zielen darauf ab, das Fortschreiten der Alzheimer-Krankheit zu verlangsamen. Große lösliche β-Amyloid-Protofibrillen – ein toxisches Zwischenprodukt von Amyloid-Fibrillen – werden neutralisiert und aggregierte Aβ-Spezies über Phagozytose entfernt. Sie führen zu einer stark erniedrigten Amyloidlast im Gehirn im Verlauf von 18 Monaten sowie zu einer Abnahme der Tau-Pathologie, vor allem im Temporallappen. Damit kann der Verlauf zwar nicht aufgehalten, aber die Wahrscheinlichkeit für ein Fortschreiten in das nächste Stadium der Alzheimer-Krankheit reduziert werden. Dies kann zu einem besseren Erhalt mehrerer Parameter der Lebensqualität führen.

Risiken der Antikörper-Therapie

Die Behandlung ist nicht ohne Risiken. 10–15 % der Patienten zeigen Amyloid-assoziierte Bildgebungsanomalien, auch als amyloid-related imaging abnormalities (ARIA) bezeichnet. Diese Auffälligkeiten werden im MRT vor allem während der ersten sechs Monate beobachtet und entstehen durch Flüssigkeitsansammlungen (ARIA-E) oder kleine Blutungen (ARIA-H) im Gehirn. Die Veränderungen bleiben meist symptomlos, können jedoch auch zu schweren Symptomen führen. Aus diesem Grund sollte die Behandlung unter enger ärztlicher Überwachung erfolgen. Es gibt klare Kriterien, wann eine Behandlung fortgeführt werden kann oder aber pausiert oder ganz abgebrochen werden muss. Aufgrund erhöhter Risiken **nicht** geeignet für die Behandlung sind

- homozygote Träger des genetischen Merkmals ApoE ε4,
- Patienten mit Hinweisen auf Mikroblutungen oder signifikanten zerebralen Mikroangiopathien im MRT,
- Patienten mit Blutungskomplikationen oder
- unter antikoagulatorischer Behandlung.

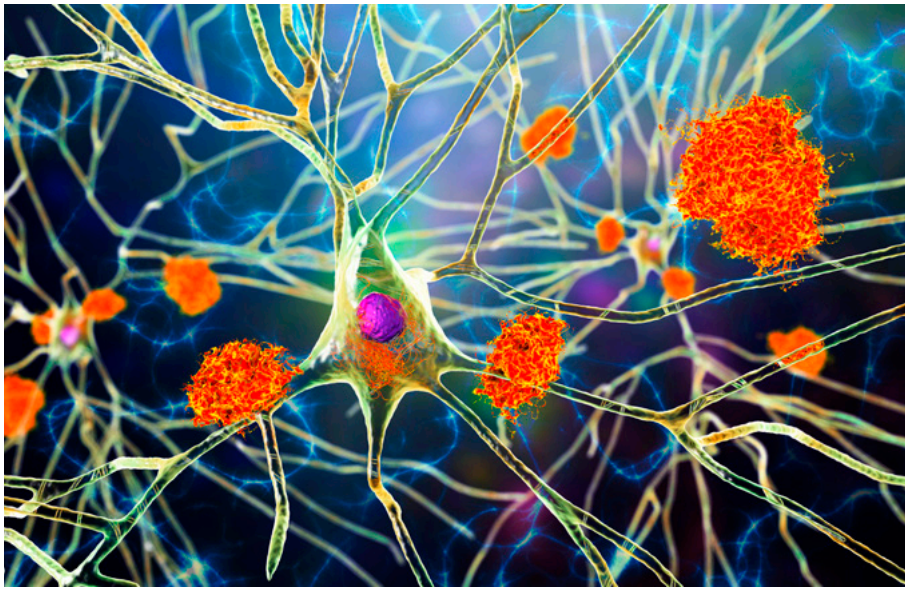


Abb. 1: Neuronen bei Alzheimer-Krankheit mit Amyloid-Plaques

Wer kann die Antikörper-Therapie durchführen?

Die Einleitung und Überwachung der Behandlung muss laut GBA-Beschluss durch Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie oder Fachärztinnen und -ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie erfolgen, die in der Behandlung von Alzheimer-Erkrankungen erfahren sind und Möglichkeiten zur zeitnahen Durchführung einer MRT-Diagnostik haben. Die Antikörper-Infusionen sollten von qualifiziertem medizinischen Fachpersonal verabreicht werden, das in der Überwachung auf infusionsbedingte Reaktionen sowie in deren Erkennung und Behandlung geschult ist.

Tab. 1: Diagnostik kognitiver Störungen bei Menschen mit subjektiven oder objektiven kognitiven Verschlechterungen und/oder Verhaltensänderungen. (mod. nach https://alzheimer-qualitaetshandbuch.de/diagnostik-schema/)

Erhebung der Anamnese und orientierende neuropsychologische/ neurologische Untersuchung
• Strukturierte Eigenanamnese • Strukturierte Fremdanamnese • Orientierende neuropsychologische/neurologische Untersuchung
Objektivierung kognitiver Defizite mittels neuropsychologischer Untersuchung
• Kognitive Kurztests (MoCA > MMSE/DemTect) im nicht-spezialisierten oder spezialisierten Setting • Ausführliche neuropsychologische Testung im spezialisierten Setting bei negativem Kurztest
Ein anlassloses Screening ist nicht empfohlen.

Diagnostisches Vorgehen

Mit Verfügbarkeit dieser jetzt nicht mehr nur symptomatischen, sondern krankheitsmodifizierenden Therapieform werden sich diagnostisches Vorgehen und therapeutische Prinzipien diametral ändern. Ab sofort geht es nicht mehr um die Feststellung einer Demenz und die Ausschlussdiagnostik und Identifizierung anderer Ursachen, sondern um den Beweis einer Alzheimer-Pathologie. Besondere Bedeutung wird deshalb eine gestufte, koordinierte und fachübergreifende Diagnostik haben. Der Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), der Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) und der Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP) haben

BILD(ER): KATERYNA KON – SHUTTERSTOCK

Tab. 2: Alzheimer-Therapie (mod. nach https://alzheimer-qualitaetshandbuch.de/therapieschema)

Therapie	leichte kognitive Störung (MCI)	leichte Alzheimer-Demenz	mittlere Alzheimer-Demenz	schwere Alzheimer-Demenz
Nicht-medikamentöse Therapien				
Kognitive Verfahren	x	x	x	
Körperliche Aktivierung	x	x	x	x
Musiktherapie		x	x	x
Antidementive Therapien				
Acetylcholinesterasehemmer		x	x	
Ginkgo biloba EGb 761		x	x	
Memantin			x	x
Krankheitsmodifizierende Immuntherapien				
Donanemab	x	x		
Lecanemab	x	x		

gemeinsam die sehr komplexe Diagnostik (Tab. 1) und Therapie (Tab. 2) der frühen Alzheimer-Demenzen aus der S3-Leitlinie in konkrete Handlungsempfehlungen übertragen. Diese stehen online im „Alzheimer Qualitätshandbuch" zur Verfügung (https://alzheimer-qualitaetshandbuch.de). Hier lassen sich auch alle wichtigen Informationen zur praktischen Anwendung der Antikörpertherapie gegen Amyloid in der Praxis finden.

Basisdiagnostik durch Hausärzte

Ein Teil der Vordiagnostik kann und sollte durch die behandelnden Hausärztinnen und Hausärzte erfolgen, etwa die typische internistische Labordiagnostik (zum Ausschluss anderer Ursachen, s. Tab. 3) oder ein erstes Screening-Verfahren (zum Ausschluss eines schon fortgeschrittenen Demenzsyndroms). Die hausärztlich Tätigen kennen in aller Regel ihre Patientinnen und Patienten und sind in der Lage, Zustandsveränderungen wahrzunehmen und dann entsprechend Diagnostik einzuleiten. Auch haben sie die Möglichkeit, auf potenziell bestehende Risikofaktoren zur Entwicklung einer Demenz hinzuweisen.

Weiterführende Diagnostik durch Neurologen, Nervenärzte und Psychiater

Der Aufgabe zur weiteren Diagnostik mit Liquorpunktion müssen wir uns als Neurologen, Nervenärzte und Psychiater stellen. Ebenso kann es in ausgewählten Fällen erforderlich sein, eine ausführlichere neuropsychologische Testung, z. B. mit der CERAD-Testbatterie, durchzuführen. Diese aufwändige und spezialisierte Diagnostik früher Stadien der Alzheimer-Erkrankung und die Anwendung der überwachungsintensiven Antikörper-Therapien wird dabei im Wesentlichen von spezialisierten neurologischen und psychiatrischen Facharztpraxen, Klinik- und Gedächtnisambulanzen übernommen werden.

Durchführung der Antikörper-Therapie

Wurde die Diagnose gestellt und eine Behandlungsindikation festgestellt, muss die neue Therapieform, die als Infusionstherapie verfügbar ist, unter engmaschiger fachärztlicher Behandlung erfolgen. Koordinierende und kooperierende Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachärztinnen und Fachärzte und nichtärztlicher Berufsgruppen ist erforderlich.

Um sicherzustellen, dass der richtige Patient bzw. die richtige Patientin die passende Therapie unter Berücksichtigung aller Sicherheitsabwägungen erhält, wurden die Hersteller aufgefordert, zum einen ein Programm mit kontrolliertem Zugang (Controlled Access Programm = CAP), zum anderen ein zentrales Register (Post Authorization Safety Study = PASS) vorzuhalten. Vor Einleitung der Behandlung müssen Behandler und Patient zu dem Programm angemeldet und in das Register aufgenommen werden. Im Falle von Lecanemab müssen Infusionen in zweiwöchigen, im Falle von Donanemab in vierwöchigen Abständen verabreicht werden. Das Monitoring besteht insbesondere aus engmaschigen klinischen (neurologischen, psychiatrischen, neuropsychologischen) und MRT-Kontrollen.

Tab. 3: Blutuntersuchungen, die im Rahmen der Basisdiagnostik kognitiver Störungen auf jeden Fall durchgeführt werden sollen, um potenziell konkurrierende Erkrankungen auszuschließen

- Blutbild
- Elektrolyte (Natrium, Kalium, Calcium)
- GOT
- Gamma-GT
- Kreatinin
- Harnstoff
- CRP
- TSH
- Vitamin B_{12}
- eGFR

Auswirkung auf die Versorgung von Demenzerkrankten

Aufgrund der starken Angst vor Demenzerkrankungen ist zu erwarten, dass bei Verfügbarkeit einer krankheitsmodifizierenden Therapie die Inanspruchnahme der dafür notwendigen Diagnostik exponentiell wachsen wird. Bei sehr vielen Menschen wird erwartungsgemäß vor allem die Angst und Sorge um das Vorliegen einer Alzheimer-Erkrankung vorherrschen,

Abb. 2: Eine körperliche Aktivierung ist bei jedem Alzheimer-Stadium indiziert.

ohne dass sich Hinweise für eine „echte" hirnorganische Erkrankung finden lassen. Auf der anderen Seite werden sich auch Betroffene mit bereits fortgeschrittener Demenz vorstellen, die nicht mehr für eine Antikörpertherapie infrage kommen. Auch gilt es Betroffene, die Kontraindikationen gegen die Behandlung haben, zu identifizieren.

Bei dieser Vielzahl an möglichen Szenarien wird es darum gehen, die „richtigen" Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die für eine Antikörper-Therapie geeignet sind. Aber auch wenn die Patientinnen und Patienten für diese Therapie nicht infrage kommen – z. B. bei Kontraindikationen, bei zu schwerer Alzheimer-Erkrankung bereits bei Erstvorstellung oder weil die Behandlung aufgrund des Fortschreitens der Erkrankung abgebrochen werden muss –, haben sie einen Behandlungsbedarf. Für diesen haben wir im Rahmen unserer fachärztlichen Kompetenz einen Behandlungsauftrag. Dabei geht es dann um Beratung und Edukation (auch der Angehörigen), Versorgung mit medikamentösen und nichtmedikamentösen (z. B. DiGAs) Behandlungsangeboten und die weitere Betreuung in fortgeschritteneren Stadien.

Hausärztliche Beratung gewinnt an Bedeutung

Insbesondere wird auch eine hausärztliche Beratung an Bedeutung gewinnen. Nicht jeder Abbau der kognitiven Fähigkeiten ist eine Alzheimer-Demenz. Sie kann auch Zeichen von altersbedingten Veränderungen sein oder Ausdruck anderer Erkrankungen, wie z. B. einer Schilddrüsenunterfunktion, einer Depression, metabolischer oder vaskulärer Veränderungen. Jüngste Veröffentlichungen haben 14 verschiedene Risikofaktoren identifiziert, deren Beeinflussung die Zahl von Demenzerkrankten um bis zu 45 % senken könnte. Hierzu zählen beispielweise Adipositas, Bewegungsmangel, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Nikotin- oder Alkoholkonsum, soziale Isolation oder auch Schwerhörigkeit. Hirngesundheit beginnt also weit vor der Vorstellung beim Facharzt und der Diskussion um mögliche Antikörpertherapien.

Fazit: Enge Verzahnung der Versorgung ist erforderlich

Die Versorgung von Menschen mit Alzheimer-Krankheit erfordert eine enge Verzahnung von hausärztlich und fachärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten für Neurologie, Psychiatrie, Radiologie und anderen Fachdisziplinen. Eine gute Kooperation von primärversorgenden, spezialisierten und hochspezialisierten Einrichtungen sowie Pflegeeinrichtungen und Selbsthilfeorganisationen ist unerlässlich.

Nur ein gestuftes und korrespondierendes, kooperierendes und sektorenübergreifendes Versorgungssystem wird in der Lage sein, die berechtigten Erwartungen der Patientinnen und Patienten und der Gesellschaft zu erfüllen.

Hierzu bedarf es der Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen, die jede(n), der zur Teilnahme in der Lage ist, auch dazu legitimieren („jeder kann, der darf"). Bereits vorhandene Ressourcen müssen genutzt, Versorgungsbarrieren beseitigt und Vergütungsstrukturen entwickelt werden. Nur so kann es gelingen, den Betroffenen diese neue Therapieform verantwortungsbewusst zur Verfügung zu stellen, ohne gleichzeitig die Versorgungsqualität an anderer Stelle zu schmälern. Unser Gesundheitssystem ist schon jetzt an der Grenze seiner Belastbarkeit angekommen. Die neuen Therapieformen mit den damit verbundenen Erfordernissen an Diagnostik, Beratung, Behandlung und Monitoring können damit als „Stresstest" für die Stabilität, Güte und Verlässlichkeit dieses Systems verstanden werden.

Negativvoten des G-BA

Seit 2/2026 liegt ein Negativvotum des G-BA bzgl. Lecanemab und seit 4/2026 bzgl. Donanemab vor. Dies kommt nicht überraschend, hatte doch das IQWIG keine Überlegenheit zur Vergleichstherapie festgestellt. Das konnte es auch nicht, da die Zulassungsstudien darauf nicht ausgelegt waren. Es kommt hinzu, dass die symptomatische Behandlung einer Alzheimer-Demenz nicht vergleichbar ist mit der krankheitsmodifizierenden Behandlung einer frühen Alzheimer-Erkrankung. Fakt ist, dass die Wirksamkeit der Behandlung durch die durchgeführten Studien belegt ist, die Substanzen weiter zugelassen und verordnungsfähig bleiben. Wir befinden uns lediglich (wie mit zahlreichen anderen Medikamenten in anderen Indikationen) am Beginn von Preisverhandlungen zwischen Herstellern und Kostenträger. Für Ärzte und Patienten – Verordner und Betroffene – sind die Urteile ohne Bedeutung.

1 S3-Leitlinie Demenzen - Living Guideline, Stand 2025. AWMF-Registernummer 038 – 013. https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/038-013

2 Alzheimer Qualitätshandbuch. https://alzheimer-qualitaet-shandbuch.de

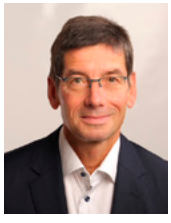
Interessenkonflikte

Der Autor hat Honorare für Vorträge von den Firmen Lilly Deutschland GmbH und Eisai GmbH erhalten.

Der Autor ist Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN).

Korrespondenzadresse

Dr. med.
Klaus Gehring
Neurozentrum am Klosterforst
Hanseatenplatz 1
25524 Itzehoe
www.neurologie-itzehoe.de
gehring@neurologie-itzehoe.de



BILD(ER): UNAI HUIZI PHOTOGRAPHY – SHUTTERSTOCK

Fragebogen auf **www.ni-a.de/cme** direkt beantworten

CME-Fragen „Diagnostik und Antikörper-Therapie der frühen Alzheimer-Krankheit“

(Bitte kreuzen Sie jeweils nur eine Antwort an.)

1. Was ist eine zwingende Voraussetzung für den Beginn einer krankheitsmodifizierenden Antikörper-Therapie (AT) bei der frühen Alzheimer-Krankheit?

- O Das Vorliegen einer mittleren bis schweren Alzheimer-Demenz.
- O Ein Alter des Patienten von über 75 Jahren.
- O Der biomarker-basierte Nachweis einer Alzheimer-Pathologie.
- O Fehlen des genetischen Merkmals ApoE e4.
- O Das alleinige Vorhandensein von subjektiven kognitiven Beschwerden.

2. Welcher Wirkmechanismus liegt den neuen AT zugrunde?

- O Sie erhöhen die Konzentration von Acetylcholin im synaptischen Spalt.
- O Sie blockieren die NMDA-Rezeptoren und schützen so die Nervenzellen.
- O Sie neutralisieren lösliche β-Amyloid-Protofibrillen und entfernen aggregierte Aβ-Spezies.
- O Sie verbessern die Hirndurchblutung durch eine Erweiterung der zerebralen Gefäße.
- O Sie substituieren einen Mangel an Vitamin B_{12} und Folsäure.

3. Welche potenzielle Nebenwirkung der AT erfordert ein engmaschiges Monitoring mittels MRT, bes. in den ersten 6 Monaten?

- O Amyloid-assoziierte Bildgebungsanomalien (ARIA)
- O Eine signifikante Erhöhung der Leberwerte (GOT, Gamma-GT)
- O Eine medikamenteninduzierte Schilddrüsenunterfunktion
- O Ein Abfall des Vitamin-B_{12}-Spiegels
- O Schwere infusionsbedingte allergische Reaktionen

4. Welche Facharztgruppe ist laut GBA-Beschluss für die Einleitung und Überwachung der AT bei früher Alzheimer-Krankheit zuständig?

- O Hausärztinnen und Hausärzte mit Erfahrung in der Demenzdiagnostik.
- O Fachärztinnen und -ärzte für Radiologie, da MRT-Kontrollen erforderlich sind.
- O Ausschließlich ärztliches Personal in spezialisierten Gedächtnisambulanzen.
- O Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie oder für Psychiatrie und Psychotherapie.
- O Qualifiziertes medizinisches Fachpersonal, das die Infusionen verabreicht.

5. Wie verändert sich laut Beitrag der diagnostische Fokus durch die Verfügbarkeit der neuen AT?

- O Der Fokus verschiebt sich von der Diagnosesicherung einer Demenz hin zum spezifischen Nachweis einer Alzheimer-Pathologie.
- O Die Liquordiagnostik wird vollständig durch in Deutschland anerkannte Serumparameter ersetzt.
- O Ein anlassloses Screening auf Demenz wird nun für alle Personen über 65 Jahren empfohlen.
- O Die internistische Labordiagnostik durch den Hausarzt wird für die Abklärung überflüssig.
- O Die ausführliche neuropsychologische Testung wird durch kognitive Kurztests wie den MMSE vollständig ersetzt.

6. Welche der folgenden nichtmedikamentösen Therapien ist laut Tabelle 2 in allen Stadien der Alzheimer-Erkrankung indiziert?

- O Kognitive Verfahren
- O Körperliche Aktivierung
- O Musiktherapie
- O Ginkgo biloba EGb 761
- O Memantin

7. Welche Aussage bezüglich der praktischen Durchführung der AT trifft zu?

- O Die Infusionen müssen in sechswöchigen Abständen erfolgen.
- O Vor Therapiebeginn müssen Behandler und Patient in einem kontrollierten Zugangsprogramm (CAP) und einem Sicherheitsregister (PASS) angemeldet werden.
- O Das Monitoring beschränkt sich ausschließlich auf regelmäßige MRT-Kontrollen ohne klinische Untersuchungen.
- O Die Therapie kann von jedem Hausarzt nach einer kurzen Schulung eingeleitet und durchgeführt werden.
- O Eine Antikoagulationstherapie stellt kein Problem für die Durchführung der Behandlung dar.

8. Laut Beitrag sind bestimmte Patientengruppen für eine AT nicht geeignet. Welche der folgenden Aussagen über Kontraindikationen ist falsch?

- O Patienten, die homozygot für das genetische Merkmal ApoE e4 sind, sind nicht geeignet.
- O Patienten mit einer leichten kognitiven Störung (MCI) bei nachgewiesener Alzheimer-Pathologie sind nicht geeignet.
- O Patienten, die eine antikoagulatorische Behandlung erhalten, sind nicht geeignet.
- O Patienten mit Hinweisen auf Mikroblutungen im initialen MRT sind nicht geeignet.
- O Patienten mit signifikanten zerebralen Mikroangiopathien sind nicht geeignet.

9. Bezüglich der Diagnostik bei kognitiven Störungen werden im Text mehrere Empfehlungen gegeben. Welche der folgenden Aussagen ist falsch?

- O Zur Basisdiagnostik gehören Blutuntersuchungen wie TSH und Vitamin B_{12}, um andere Ursachen auszuschließen.
- O Der kognitive Kurztest MoCA wird dem MMSE oder DemTect vorgezogen.
- O Ein anlassloses Screening auf Demenz bei asymptomatischen Personen wird nicht empfohlen.
- O Serumparameter zum Nachweis einer Alzheimer-Pathologie sind in Deutschland bereits flächendeckend anerkannt und im Einsatz.
- O Eine strukturierte Fremdanamnese ist ein wichtiger Bestandteil der initialen Abklärung.

10. Welche Aussage über die Wirkung und die Folgen der neuen AT ist falsch?

- O Die Therapien können den Krankheitsverlauf der Alzheimer-Krankheit verlangsamen.
- O Die Therapien führen zu einer deutlichen Reduktion der Amyloidlast im Gehirn.
- O Die Therapien können den Krankheitsverlauf vollständig aufhalten.
- O Die Therapien können zu einem besseren Erhalt der Lebensqualität führen.
- O Die Therapien führen zu einer Abnahme der Tau-Pathologie, vor allem im Temporallappen.

Teilnahmebedingungen
Die Ärztekammer Nordrhein hat die CME-Fortbildung in diesem Heft anerkannt und bewertet die korrekte Beantwortung von mindestens 70 Prozent aller Fragen mit 3 Punkten.
Sie können online teilnehmen unter **ni-a.de/cme**.
Ihre Punkte werden direkt an den elektronischen Informationsverteiler (EIV) der Bundesärztekammer gemeldet.
E-Learning-Fortbildungen aus Deutschland sind 1:1 für das österreichische Diplom-Fortbildungsprogramm anrechenbar.

Sie können teilnehmen vom 03.05.2026 bis 02.05.2027.