

**Kleine Anfrage****Dr. Daniela Sommer (SPD) vom 27.07.2023****Alzheimer****und****Antwort****Minister für Soziales und Integration****Vorbemerkung Fragestellerin:**

In Europa sind bislang lediglich Therapien zur symptomatischen Behandlung der Alzheimer-Krankheit im Stadium der Demenz zugelassen. Diese Medikamente zielen auf eine Besserung oder zumindest Stabilisierung der kognitiven Defizite und der Alltagskompetenz sowie eine Verminderung der mit Demenz einhergehenden Verhaltensstörungen ab. In den vergangenen zehn bis 15 Jahren wurden intensiv Wirkstoffe entwickelt und beforscht, welche auf die Pathophysiologie der neurodegenerativen Prozesse bei Alzheimer-Krankheit abzielen. Diese sogenannten krankheitsmodifizierenden Therapien (Disease-modifyingtherapies, DMT) richten sich speziell gegen neuropathologische molekulare Prozesse, die am Anfang der Kaskade der pathologischen Ereignisse stehen, wie z. B. die Amyloidaggregation. Daher zielt das Konzept der DMT zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit speziell auf die Frühstadien mit Biomarkern als diagnostische Grundlage ab. Eine Sicherung der Diagnose in frühen Stadien setzt die Untersuchung von Biomarkern voraus, da der Phänotyp, z. B. in Abgrenzung zu kognitiven Defiziten bei depressiven Störungen, allein nicht ausreicht (Quelle: Monitor Versorgungsforschung, Symptome der frühen Alzheimer-Krankheit und neue Behandlungsoptionen, A/60005//DE-NEUR-23-00073).

Vorbemerkung Minister für Soziales und Integration:

Die Alzheimersche Krankheit (AK) ist eine schwere neurodegenerative Erkrankung des Gehirns. Diese führt zu einer langsam fortschreitenden Zerstörung von Nervenzellen im Gehirn und behindert den Informationsaustausch zwischen intakten Zellen. Zum Krankheitsbild gehören Gedächtnis- und Orientierungsstörungen, Sprachstörungen, Störungen des Denk- und Urteilsvermögens sowie Veränderungen der Persönlichkeit. Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer AK steigt mit dem Lebensalter. Trotz intensiver Forschung ist die AK derzeit nicht heilbar. Angesichts der Dimension einer schweren neurodegenerativen Erkrankung für die davon betroffenen sowie für deren Umfeld ist das Bedürfnis grundsätzlich nachvollziehbar, mittels prädiktiver Verfahren frühzeitig eine präzise Vorhersage des Risikos einer Demenzentwicklung vornehmen zu können, um wirksame präventive Maßnahmen und schützende Therapien zu ergreifen (vgl. Deutsches Ärzteblatt | 09.03.2018 | DOI: 10.3238/arztebl.2018.sn_alzheimer01).

Der Einsatz biomarkerbasierter Frühdiagnostik der Alzheimer-Krankheit hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Auffällig ist, dass die Bestimmung von Biomarkern zunehmend ausgedehnt wird, um auch ohne das aktuelle Vorliegen erster demenzieller Symptome das Risiko zu spezifizieren, später an einer Demenz zu erkranken und Vorsorge zu treffen. Andererseits kann mithilfe von Biomarkern zwar die Pathologie der Krankheit identifiziert werden, die Prädiktion einer Demenz auf dieser Grundlage ist aber beschränkt auf eine Aussage über Wahrscheinlichkeiten des Auftretens in einem definierten Zeitfenster.

Die besondere Schwere der Erkrankung und die bislang stark begrenzten Präventions- und Therapieoptionen der Alzheimer-Erkrankung erfordern dabei einen besonders sorgfältigen Umgang mit den prädiktivdiagnostischen Möglichkeiten (vgl. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 116, Heft 37, 13.09.2019).

Diese Vorbemerkungen vorangestellt, beantworte ich die Kleine Anfrage wie folgt:

Frage 1. Wie viele Menschen sind an Alzheimer in Hessen erkrankt?

Zur Zahl der Menschen mit Alzheimer Erkrankung ggf. mit Alzheimer Demenz finden sich gelegentlich differierende Angaben. Ein Grund hierfür liegt in der jeweiligen Datenbasis. Im Gesundheitssystem werden Krankheiten – auch zu Abrechnungszwecken – gemäß dem

ICD 10 GM klassifiziert und kodiert. Das ist der Katalog der Internationalen Klassifikationen der Diagnosen, Version 10, angepasst an das deutsche System (GM = german modification).

Im ICD 10 GM wird die „Alzheimer Erkrankung“ allein, aber auch die „Alzheimer Erkrankung mit einer Demenz“ kodiert. Zudem gibt es ICD-Codes auch für weitere Formen der Demenz oder z. B. eine „Sonstige Demenz“. Die Auswertung von Abrechnungszahlen kann daher – je nachdem, welche ICD-Kodierung von der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt gewählt wird – unterschiedliche Ergebnisse liefern. Eine Abfrage bei der Krankenversicherung Hessen (KVH) war aufgrund der Fristsetzung im Rahmen einer Kleinen Anfrage nicht möglich.

Auch die Deutsche Alzheimergesellschaft kann nur Schätzungen abgeben, die sich allerdings auf alle Formen der Demenz beziehen. Sie schätzt die Zahl der an „Demenz“ erkrankter Menschen über 65 Jahren in Hessen zum 31.12.2021 auf 121.800 (Quelle: → https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzkrankungen_dalzg.pdf).

Sie führt dazu aus: „Als Demenz wird ein Abbau und Verlust kognitiver Fähigkeiten bezeichnet (APA, 2013; WHO, 2021). Zu den möglichen betroffenen Bereichen gehören Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Orientierung, Urteilsvermögen und planendes Handeln (exekutive Funktionen), Sprache, Motorik und Fähigkeiten zum sozialen Austausch mit anderen (soziale Kognition). Die kognitiven Einbußen schreiten mit der Zeit voran und beeinträchtigen Alltagsaktivitäten. Es gibt sehr viele verschiedene Demenzformen, am häufigsten ist die Alzheimer-Demenz, gefolgt von der vaskulären Demenz, der Lewy-Körper-Demenz und der Frontotemporalen Demenz (Stevens et al., 2002). Grundsätzlich kann eine Demenz in jedem Alter auftreten, allerdings steigt das Risiko mit höherem Alter stark an. Frauen sind häufiger betroffen als Männer“ (Quelle: → https://www.deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/factsheets/infoblatt1_haeufigkeit_demenzkrankungen_dalzg.pdf>).

Frage 2. Welche Diagnose- und Behandlungsmethoden werden derzeit angewandt?

Die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen ist eine ärztliche Aufgabe. Zu ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden formuliert die Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte Hessen in § 11 Abs. 1: „Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.“ Es entspricht daher dem beruflichen Selbstverständnis der (hessischen) Ärztinnen und Ärzte, die neuesten medizinischen Standards der Diagnostik und die maßgeblichen Leitlinien zu berücksichtigen. Den behandelnden Ärztinnen und Ärzten stehen eine Vielzahl evidenzbasierter Informationsquellen zur Verfügung. Mit der S3-Leitlinie „Demenzen“ liegt den Behandelnden ein evidenzbasierter Handlungsrahmen für die Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit demenziellen Erkrankungen vor. Die Inhalte der Leitlinien werden im Konsens mit dem aktuellen Stand der Wissenschaft erstellt, geben klare Handlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzte und therapeutisch Tätige und werden regelmäßig aktualisiert.

Die Landesregierung geht davon aus, dass die hessischen Ärztinnen und Ärzte dementsprechend alle für die individuelle Patientin bzw. den individuellen Patienten geeigneten Diagnose- und Behandlungsmethoden prüfen und ggf. empfehlen.

Frage 3. Wie schätzt die Landesregierung den ungedeckten Bedarf an Behandlungsoptionen, die auf die der Alzheimer-Krankheit zugrundeliegende Pathophysiologie wirken, ein?

Hierzu liegen der Landesregierung keine Informationen vor.

Frage 4. Wie will die Landesregierung initiieren und unterstützen, einerseits Outcome-Maße wie das CDR-SB zur validen Unterscheidung der verschiedenen Erkrankungsstadien (CSF Untersuchungen sowie PET-Untersuchungen zur Bestimmung von Biomarkern bzw. Beta-Amyloid) sowie andererseits entsprechende Therapien zu etablieren, um das Fortschreiten der Erkrankung zu verlangsamen und das Behandlungsergebnis der Patienten zu verbessern?

Die Diagnostik und Therapie in der Medizin liegt in der Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten. Es wird auf die Antwort zu den Fragen 2 und 3 verwiesen.

Frage 5. Ist der Landesregierung bekannt, dass einer der am wahrscheinlichsten zum Erfolg führenden Wege in der Behandlung der Alzheimer-Krankheit die frühzeitige Bekämpfung der Akkumulation von Beta-Amyloid ist?

Dass Beta-Amyloid Ablagerungen im Gehirn für die Alzheimer Erkrankung charakteristisch sind, ist bekannt. Auch die wissenschaftliche Diskussion über den Abbau der Ablagerungen, eine mögliche Verzögerung des Fortschreitens der Erkrankung und die möglichen Nebenwirkungen einer Therapie, ist bekannt.

Frage 6. Was macht die Landesregierung dafür oder wie will sie sich dafür einsetzen, dass die Überprüfung von MCI verbessert wird, damit dafür Infrastrukturen und Möglichkeiten geschaffen werden?

Die Landesregierung geht davon aus, dass die hessischen Ärztinnen und Ärzte sich auf dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse halten, demnach alle für die individuelle Patientin bzw. den individuellen Patienten geeigneten Diagnose- und Behandlungsmethoden prüfen und ggf. empfehlen und durchführen.

Es wird auf die Antwort zu den Fragen 2 und Frage 8 verwiesen.

Frage 7. Inwiefern sollen die bislang eingeschränkten Kapazitäten (z. B. PET) ausgeweitet werden, damit der Zugang von Patienten nicht weiter einschränkt bleibt?

Über eingeschränkte diagnostische Kapazitäten liegen der Landesregierung keine Informationen vor.

Bereits im Jahr 2020 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) eine Richtlinie zur Erprobung des Amyloid-PET bei Demenz erlassen. Die Ergebnisse der Erprobungsstudie sollen dem G-BA eine sichere Entscheidung über den medizinischen Nutzen der Amyloid-PET bei Vorliegen einer Demenz unklarer Genese ermöglichen. Damit wurde ein erster Schritt zur Entscheidungsfindung seitens des Gesetzgebers getätigt, ob diese Untersuchungsmethode zukünftig als vertragsärztliche Leistung erbracht und von den Kassen bezahlt werden darf.

Frage 8. Wie will die Landesregierung unterstützen, dass für Patienten mit bestätigter MCI aufgrund von Alzheimer oder leichter Alzheimer-Demenz, eine erkrankungsmodifizierende Therapie (Disease Modifying Therapy, DMT) eingesetzt wird, bevor irreversible neuronale Schäden eingetreten sind?

Therapie-Optionen werden jeweils individuell von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt empfohlen. Hierauf nimmt die Landesregierung keinen Einfluss. Zu den allgemeinen ärztlichen Berufspflichten gehört gemäß der Berufsordnung: Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse. Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärztinnen und -ärzten entgegennehmen. Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

Zu den Pflichten gegenüber Patientinnen bzw. Patienten gehört z. B.: Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren. Zudem wird auf die Vorbemerkung verwiesen.

Wiesbaden, 12. September 2023

Kai Klose