



Medizinische Universität Graz

# GUIDELINES UPDATE 2024

Neurologie - Praxisrelevantes



## Christian Enzinger

Univ. Prof. PD Dr. med. univ., MBA, FEAN  
Vorstand Universitätsklinik für Neurologie  
Past President Österreichische Gesellschaft  
für Neurologie (ÖGN)

Auenbruggerplatz 22, A-8036 Graz  
Universitätsklinikum Graz  
Medizinische Universität Graz, Austria

# 34. GRAZER FORTBILDUNGSTAGE

DER ÄRZTEKAMMER FÜR STEIERMARK

## Umbrüche in der Medizin

7. bis 12. Oktober 2024 | Graz  
Vorträge, Kurse & Seminare für Ärztinnen aller Fächer

[www.grazerfortbildungstage.at](http://www.grazerfortbildungstage.at)

## „Neurologische Erkrankungen: höchste Burden of Disease, höchste DALYs.“

### Häufigkeit neurologischer Erkrankungen in Europa

Die 2017 durchgeführte Studie „Burden of neurological diseases in Europe“ zeigt eine beachtlich hohe Krankheitslast für Europa.<sup>2</sup>

Bei einer Gesamtbevölkerungszahl von 512,4 Millionen Menschen in den EU-28-Staaten im Jahr 2017 wurden in diesem Jahr 308 Millionen neurologische Krankheiten erfasst, darunter allein 74,5 Millionen Erstdiagnosen (**Tabelle 1**). Statistisch liegt die Prävalenz neurologischer Erkrankungen damit bei 60,1 % der Bevölkerung der EU.<sup>3</sup> Diese hohe Zahl mag auf den ersten Blick überraschen. Die Analyse zeigt, dass an erster Stelle der Häufigkeit Migräne und Spannungskopfschmerz stehen, gefolgt von Schlaganfall, M. Alzheimer und anderen Demenzformen.

### Burden of Disease: neurologische Erkrankungen in Europa

In Europa (EU-28) wird der höchste Anteil an DALYs (als Maß für verlorene Lebensjahre) durch Schlaganfall verursacht, gefolgt von Demenzen und

**Tab. 1: Neurologische Erkrankungen in Europa, 2017 (EU plus UK), Zahlen gerundet aus<sup>2</sup>**

	Gesamtzahl 2017	Neuerkrankungen	Todesfälle
alle neurologischen Erkrankungen	308 Mill.	74,5 Mill.	1,12 Mill.
Migräne	112 Mill.	7,5 Mill.	–
Spannungskopfschmerz	174 Mill.	64 Mill.	–
Schlaganfall	9,53 Mill.	1,10 Mill.	477.000
M. Alzheimer und andere Demenzen	7,74 Mill.	1,25 Mill.	502.000
Epilepsie	2,24 Mill.	185.000	9.500
Parkinson	1,22 Mill.	151.000	60.800
Multiple Sklerose	520.000	12.000	5.600
Tumorerkrankungen	330.000	70.000	36.000

Daten aus Deuschl et al.<sup>2</sup>

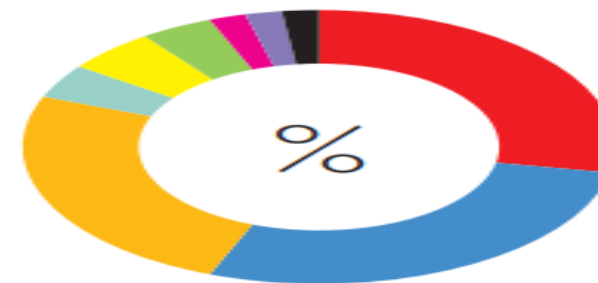
Migräne. In Österreich und den anderen Staaten Westeuropas liegen Demenzen und Schlaganfall bereits gleichauf an erster Stelle der verlorenen Lebensjahre (DALY) (**Abbildung 2**).

### Kasten 2: DALYs neurologischer Erkrankungen in Europa EU-28 (inkl. UK), 2017 (gerundet nach<sup>2</sup>)

Neurologische Erkrankungen gesamt	21 Mill. DALYs
1 Schlaganfall	7,3 Mill. DALYs
2 Demenz	5,3 Mill. DALYs
3 Migräne	4,2 Mill. DALYs

### Abb. 2: Neurologische Erkrankungen in Westeuropa

Verlorene Lebensjahre durch krankheitsbedingte Behinderung oder vorzeitigen Tod (Disability Adjusted Life Years, DALYs) in Westeuropa, 2017<sup>2</sup>



- 28 % Schlaganfall
- 28 % Alzheimer u. andere Demenzen
- 25 % Migräne u. Spannungskopfschmerz (22 % + 3 %)
- 4 % Epilepsie
- 5 % Gehirntumor
- 4 % Parkinson
- 2 % Motoneuronen Erkrankungen
- 2 % Multiple Sklerose
- 2 % Andere

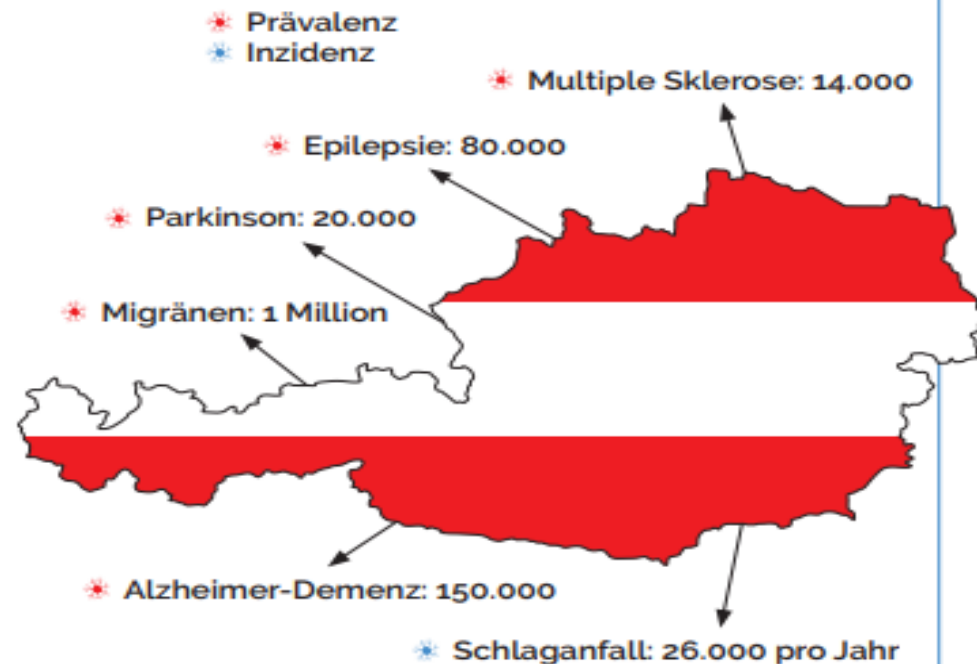
Abbildung: modifiziert nach Deuschl G et al.<sup>2</sup>



# Der Neuroreport

<https://www.oegn.at/neurologie-report/>

Abb. 3:  
Beispiele neurologischer  
Erkrankungen in Österreich



Daten: Zahlen der ÖGN, 2022; Linehan et al. Epilepsia 2021

Tab. 2: Österreichische Zahlen, 2017,  
Zahlen gerundet aus<sup>2</sup>

Einwohnerzahl 2017	8,8 Mill.
Gesamtprävalenz (Zahl neurologischer Diagnosen 2017)	5,5 Mill.
Gesamtzahl DALYs 2017	302.500
Todesfälle 2017	14.500

Tab. 3: Kosten im Jahr 2010,  
Zahlen gerundet nach<sup>5</sup>

	Einwohner	Per-Capita-Kosten	Gesamtkosten
EU 27 + Schweiz, Island, Norwegen	514 Mill.	1.550 €	800 Mrd. €.
Österreich	8,5 Mill.	1.910 €	16 Mrd. €





# Prävention - Brain Health

## EAN Brain Health Strategy

### Brain health determinants

- **Preserve**  
mental and physical activity, healthy diet, getting sufficient and good quality sleep, maintaining social interactions and promoting adaptive coping strategies
- **Protect and prevent**  
avoiding excessive alcohol consumption, not smoking, reducing sugar intake and controlling cholesterol levels. Hypertension, excessive weight, depression, diabetes, hearing impairment and cataracts are also factors that can have a significant impact on brain health
- **Plan**  
factors which must be addressed by policymakers including access to education, environmental factors such as air pollution, political situation, research strategies and socio-economic conditions.

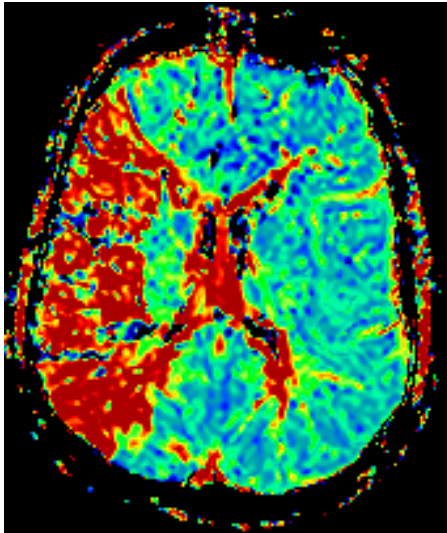


# Vorbeugen ist besser als Heilen





# Neurologische Notfallmedizin

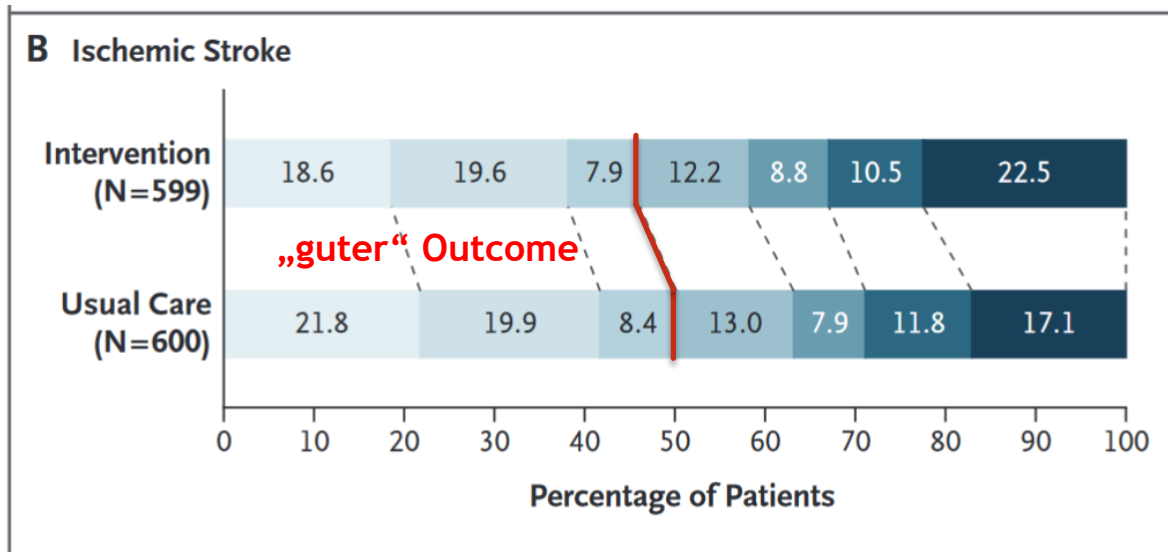


Univ. FA Priv.-Doz. Dr. med .univ. Dr. scient. med. Simon **Fandler-Höfler** & TEAM



# Schlaganfall präklinisch: Blutdruck

- ▶ Blutdruckwerte >180 mmHg, auch >220 mmHg bei Schlaganfällen durchaus üblich
- ▶ Blutdruckwerte <120 mmHg besorgniserregend, Differentialdiagnosen?
- ▶ Hypertensive Blutdruckwerte entspannt akzeptieren
- ▶ **KEINE PRÄKLINISCHE ANTIHYPERTENSIVE THERAPIE (vor Diagnostik)**
  - ▶ (Ausnahme: symptomatischer hypertensiver Notfall, z.B. Lungenödem)



INTERACT 4-Studie (n=2000, RCT, China):  
Präklinische Blutdrucksenkung vs. „usual care“

Schlechterer Outcome bei ischämischem Schlaganfall  
mit präklinischer Blutdrucksenkung (mit Urapidil)

Intrazerebrale Blutungen würden von BD-Senkung  
profitieren - nur dafür Diagnose (via Bildgebung) nötig

Li et al, NEJM 2024

# SCHLAGANFALL



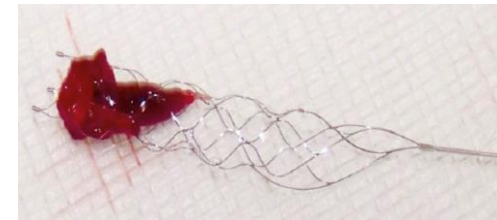
Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr.med.univ.  
Dr.scient.med. Thomas Gattringer & Team

Medizinische  
Universität  
Graz



# Evidenz-basierte Schlaganfallmedizin

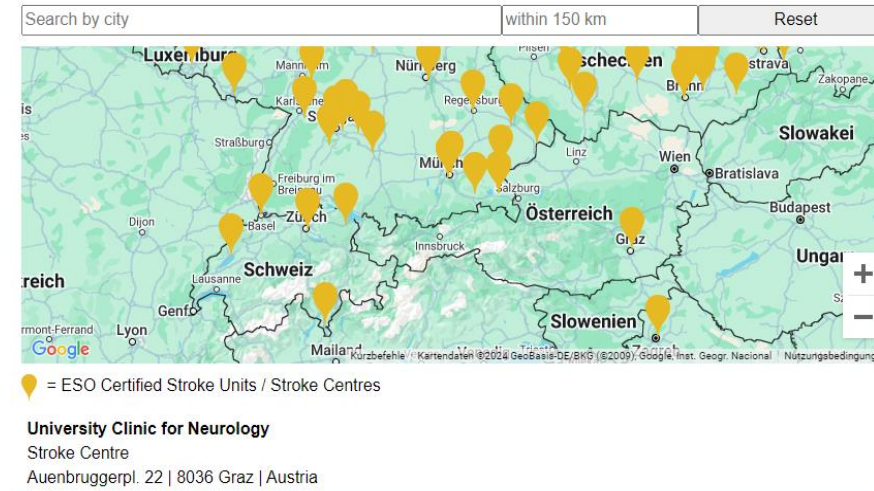
- ▶ Stroke Unit: Multiprofessionelles Team, spezielle Einheit
- ▶ Neurologische Intensivstation
- ▶ IV Lyse (neu seit 2024: *Tenecteplase: Metalyse®*)
- ▶ Mechanische Thrombektomie (zunehmend im erweiterten Zeitfenster und bei großem Infarkt)
- ▶ Frühzeitige ursachengestützte Sekundärprävention
- ▶ Carotis-Revaskularisation (TEA, Stent)
- ▶ Neurochirurgie (Hemikraniektomie etc.)
- ▶ “Bundle of care” bei Hirnblutung inkl. Neurochirurgie
- ▶ Management von Komplikationen
- ▶ Neurorehabilitation
- ▶ (Multiprofessionelle) Nachsorge (Schlaganfallambulanz)



# Die Universitätsklinik für Neurologie Graz hat die erste ESO zertifizierte Stroke Unit in Österreich!



## ESO Certification Map





Positionspapier  
*Tenecteplase beim akuten  
ischämischen Schlaganfall*



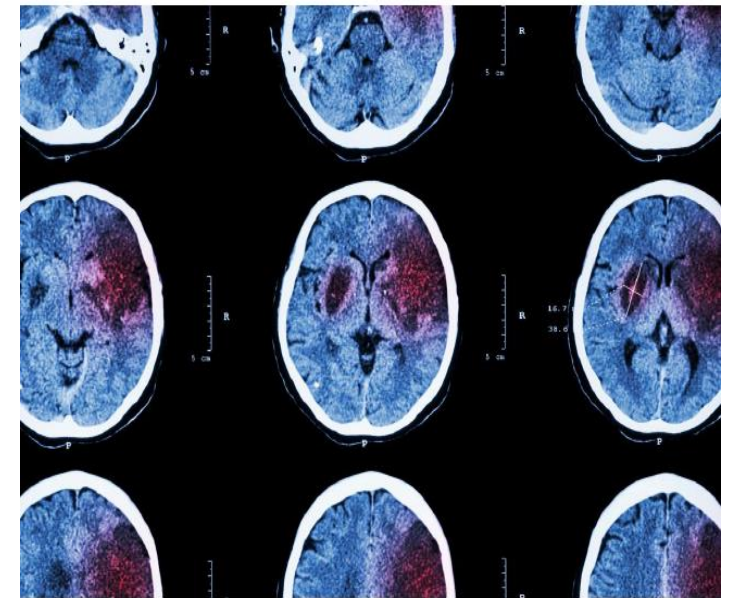
Österreichische  
Schlaganfall  
Gesellschaft

Für Patient\*innen mit einem akuten ischämischen Schlaganfall, die in einem Zeitfenster von < 4,5 Stunden nach Symptombeginn behandelt werden können, kann Tenecteplase in einer Dosierung von 0,25 mg/kg Körpergewicht (max. 25 mg) als eine effektive und sichere Alternative zu Alteplase eingesetzt werden. Hervorzuheben ist hier der Vorteil der Praktikabilität der Anwendung von Tenecteplase im Vergleich zu Alteplase aufgrund der alleinigen Bolusapplikation ohne Notwendigkeit der Vorbereitung eines Perfusor-Infusionssystems mit einer potenziellen zeitlichen Einsparung im Workflow und einer Erleichterung der (Transport-)Logistik.

Für Patient\*innen mit einem akuten ischämischen Schlaganfall und nachgewiesenem proximalem Gefäßverschluss (A. carotis interna, M1- und M2-Segment der A. cerebri media, A. basilaris), die in einem Zeitfenster von < 4,5 Stunden nach Symptombeginn mittels Thrombolyse behandelt werden können, wird aufgrund einer zu erwartenden höheren Reperfusionrate empfohlen, Tenecteplase vor der endovaskulären Therapie in einer Dosierung von 0,25 mg/kg Körpergewicht gegenüber Alteplase vorzuziehen.



**neurologisch**   
Fachmagazin für Neurologie ÖSTERREICHISCHE  
GESELLSCHAFT FÜR  
NEUROLOGIE  
SUPPLEMENTUM 1/2024

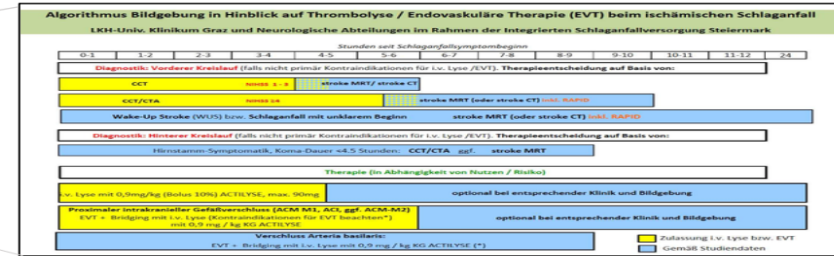


 MedMedia  
Neurologie & Neurochirurgie

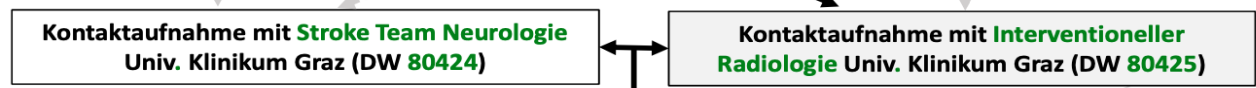
Positionspapier  
*Tenecteplase beim akuten  
ischämischen Schlaganfall*



Algorithmus bei V.a. akuten Schlaganfall mit Behandlungsoption unter Einsatz der **RAPID-Software**



- KONTRAINDIKATIONEN**
- mRS > 2
  - Schwere internistische Komorbiditäten (kardial, pulmonal, onkologisch etc.)
  - Schwere Demenz
  - Neuroradiologische Kontraindikationen



- ENTSCHEIDUNGSKRITERIEN**
- NIHSS
  - Zeitfenster
  - Begleiterkrankungen
  - Alter
- Klinisch**
- Infarktgröße und -stadium
  - Verschlusslokalisierung
  - Gefäßkonfiguration
  - Kollateralstatus
  - Mismatch basierend auf **RAPID Software**
- Bildgebend**



**Mechanische Thrombektomie durch Interventionelle Radiologie**  
**Postintervent. Management inkl. Bettenorganisation durch Stroke Team Neurologie**

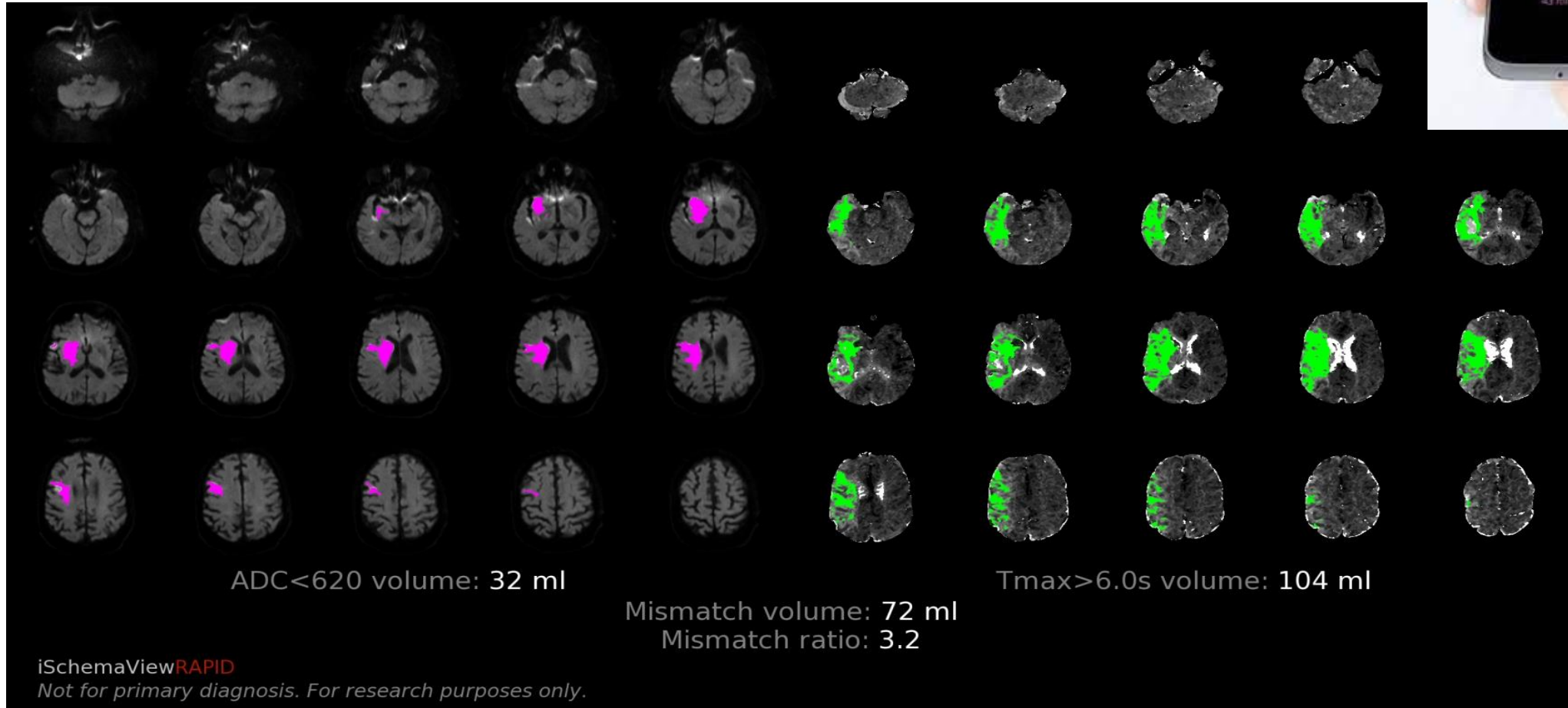
Erstellt 11 Freigabe



Prof. C. Enzinger und Prof. H. Deutschmann



68 Jahre, „zuletzt vor 9 Stunden normal gesehen“



# ABC Bundle of Care

**A = Antikoagulation:** Schnelle Antagonisierung einer bestehenden Antikoagulation

- 4-Faktor-PCC für Vit.K-Antagonisten und FXa-Antagonisten
- Idarucizumab für Dabigatran
- Innerhalb 90 min nach Aufnahme

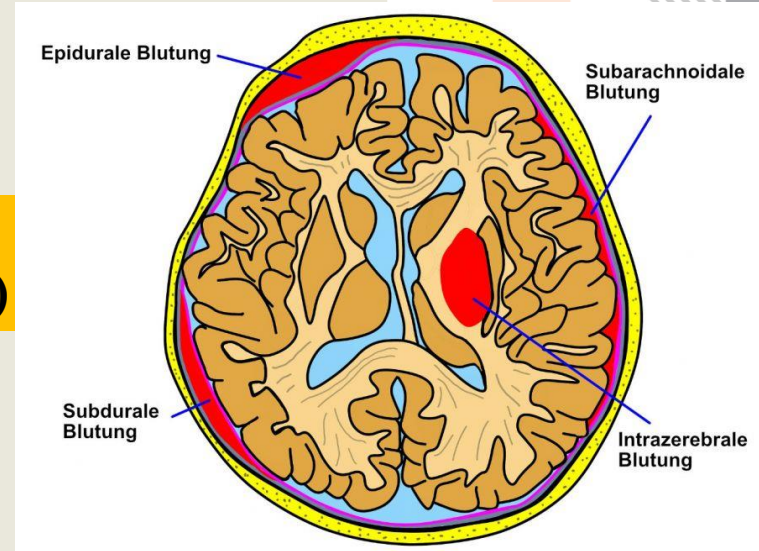
**B = Blutdruck:** Schnelle Blutdrucksenkung bei erhöhtem Blutdruck

- bei Patienten innerhalb 6h nach Symptombeginn, RR>150mmHg systolisch
- Ziel Blutdruck 130-140mmHg systolisch
- Needle-to-target-time 60 min

→ reduzierte 30-Tages-Mortalität, um 10,8% (p=0,003)

**C = Chirurgie:** Schnelle Zuweisung zur Neurochirurgie wenn:

- prä-morbider MRS  $\leq 2$  und eine der folgenden Bedingungen
- GCS <9
- Infratentorielle Blutung
- Obstruierter III. und/oder IV. Ventrikel
- ICB-Volumen >30 ml (gemessen nach der ABC/2-Formel)

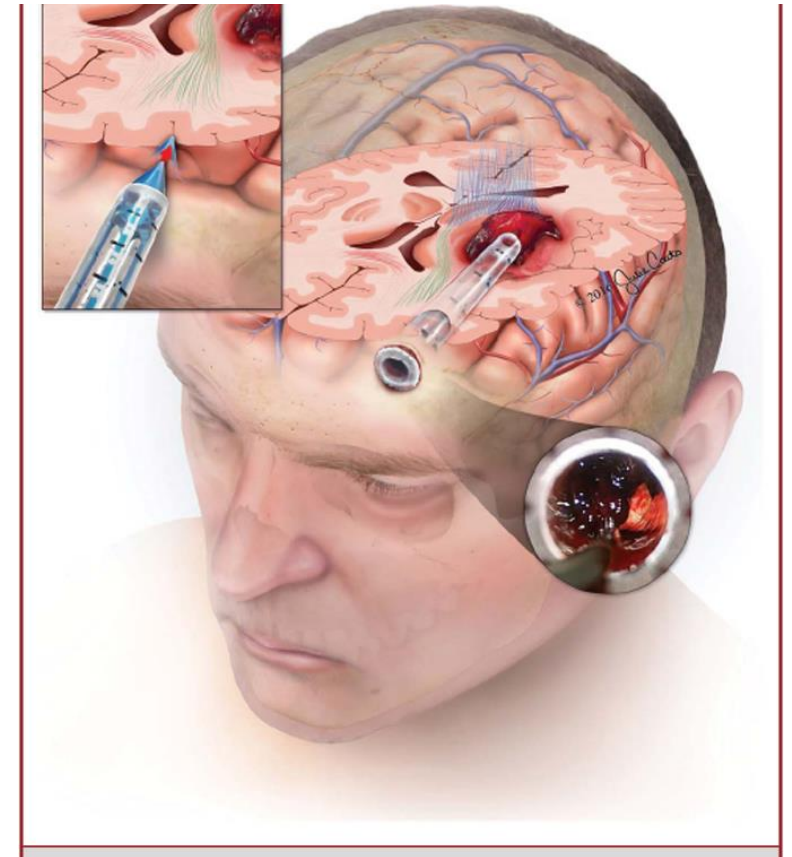
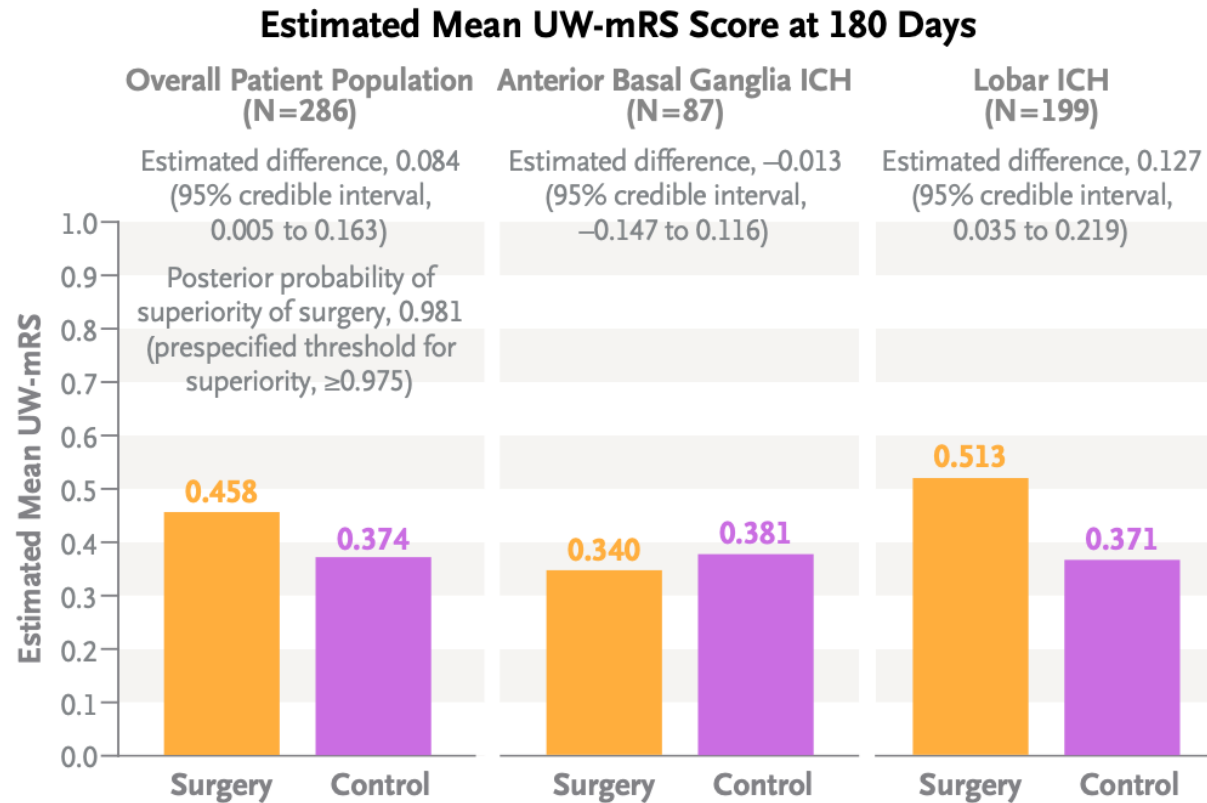




RESEARCH SUMMARY

# Trial of Early Minimally Invasive Removal of Intracerebral Hemorrhage

Pradilla G et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2308440



# ANFALLSERKRANKUNGEN



OÄin Dr.in Barbara Melisch &  
Team

Medizinische  
Universität  
Graz

# Was ist ein epileptischer Anfall?

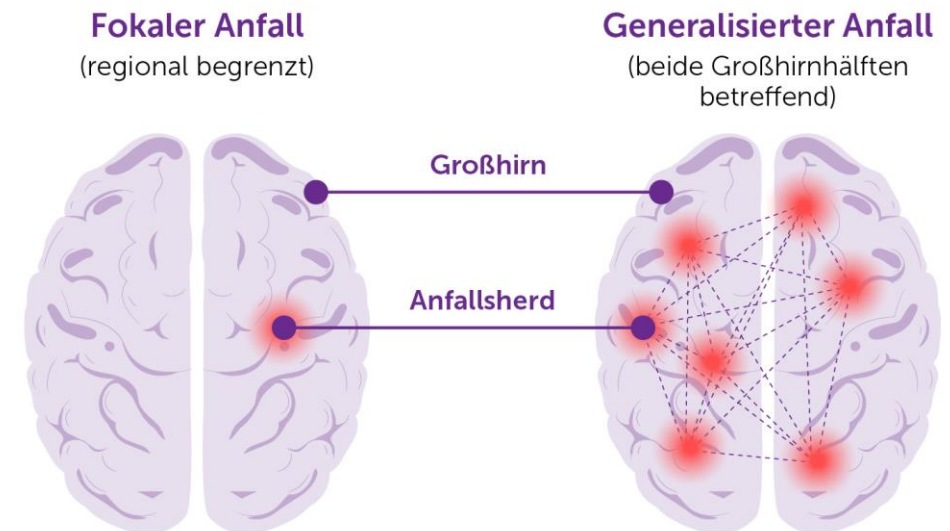
= Vorübergehende objektive oder subjektive Symptome wie z. B. Bewusstseinsverlust, Zuckungen an einem Arm oder Bein oder auch am ganzen Körper, bedingt durch eine **übermäßige Aktivität** von Nervenzellen

## ► Fokaler Anfall:

- auf eine bestimmte Region im Gehirn begrenzt
- z.B. nach Schlaganfall, nach Schädel-Hirn-Trauma, bei Tumoren oder angeborenen Veränderungen des Gehirns

## ► Generalisierter Anfall:

- in beiden Gehirnhälften gleichzeitig
- beginnt meist in der Kindheit oder Jugend



**Ein epileptischer Anfall ≠ Epilepsie**



# Neue Leitlinie erster epileptischer Anfall und Epilepsie im Erwachsenenalter

- ▶ Antiepileptikum → Anfallssuppressivum, anfallssuppressive oder anfallssupprimierende Medikation
- ▶ **Definition Epilepsie:** mindestens 2 unprovozierte Anfälle in einem Abstand von mehr als 24 Stunden oder ein unprovozierter Anfall und epileptische Potentiale im EEG/ potentiell epileptogene Läsion im MRT
- ▶ Pharmakoresistenz: keine Anfallsfreiheit unter 2 ASM in ausreichend hoher Dosierung
- ▶ Biomarker: zur diagnostischen Abgrenzung von Synkopen und funktionellen Anfällen Bestimmung von Laktat und CK zeitnah zum Ereignis
- ▶ EEG zeitnah zum Ereignis, ggf. auch Schlafentzugs und LZ EEG
- ▶ MRT nach Harness Protokoll (am besten an einem 3T Gerät)
- ▶ Akut- symptomatischer Anfall: metabolische Störungen (Natrium <115mmol/l, BZ >36mg/dl), Alkoholentzug, Substanzintoxikationen (z.B. Kokain), akut Hirnschädigungen (SHT, Insult, ZNS Infektion, ZNS Operation, globale Hypoxie)- dabei muss das Zeitfenster beachtet werden.
- ▶ **Nach einem akut-symptomatischen Anfall soll kein ASM gegeben werden**
- ▶ Ein Anfall nach Schlafentzug ist kein akut-symptomatischer Anfall
- ▶ Spiegelbestimmungen sollen nicht routinemäßig erfolgen, jedoch bei Schwangerschaft, Complianceüberprüfung, Auftreten von NW, Leber- Niereninsuffizienz, V.a. Intoxikation
- ▶ Ein Herstellerwechsel der ASM soll nicht erfolgen, vor allem nicht bei anfallsfreien Patient\*innen.
- ▶ **Bei einem einzelnen epileptischen Anfall soll kein Benzodiazepin oder klassischen ASM gegeben werden**



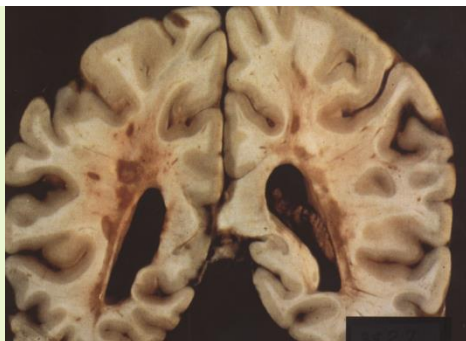
# Neuroimmunologie

## MULTIPLE SKLEROSE

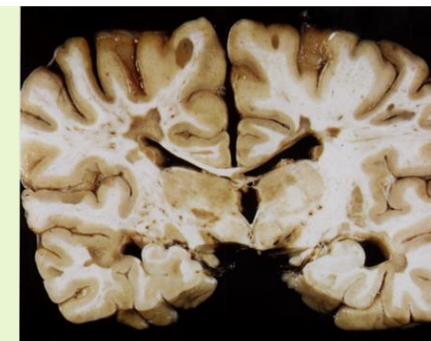


Univ.-Prof. Priv.-Doz. Dr.med.univ.  
Christian Enzinger, MBA,  
OÄin Dr.in Bettina Heschl  
& Team

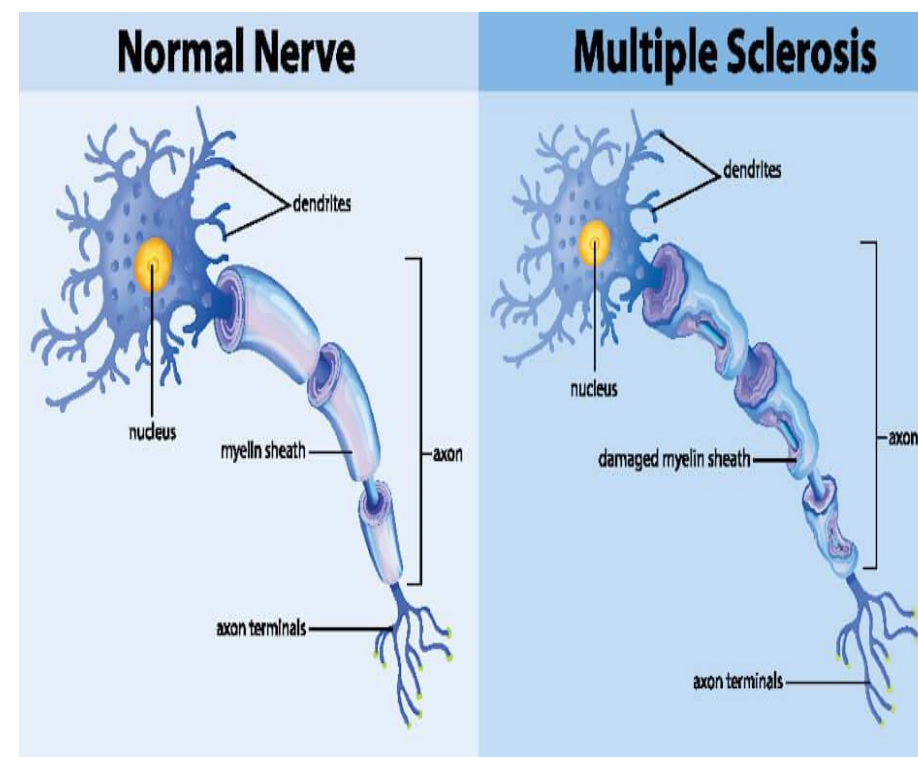
Medizinische  
Universität  
Graz



# Multiple Sklerose (MS)

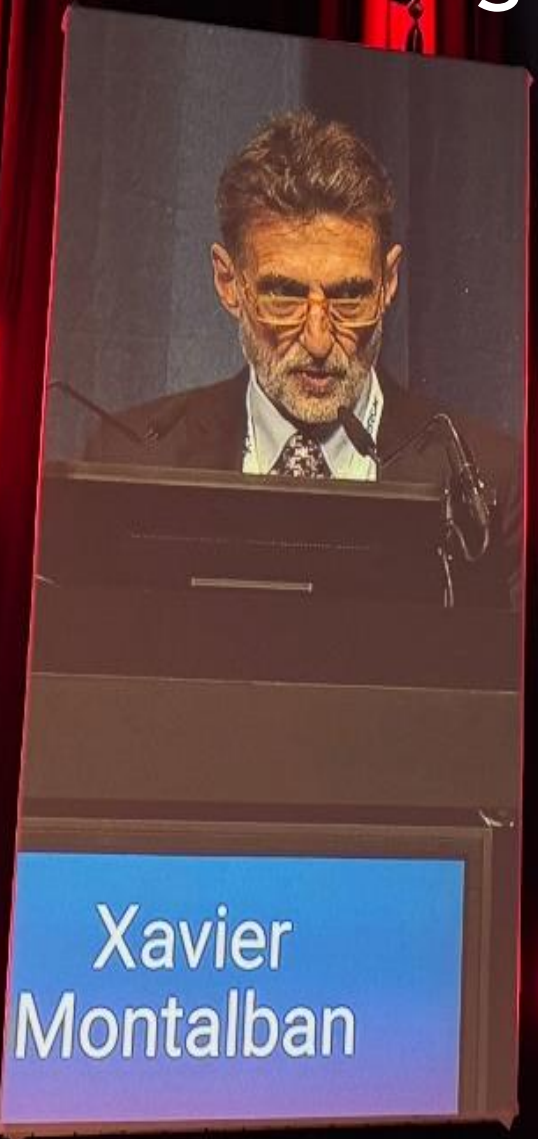


- ▶ Eine entzündliche Erkrankung der Myelinscheiden und Axone von Gehirn und Rückenmark
- ▶ ... mit **zeitlicher und räumlicher Dissemination** der Läsionen (d.h. die Krankheitssymptome und klinischen Zeichen können nicht einer einzelnen Läsion zugeordnet werden und der Verlauf ist zumeist schubförmig)





# Neue Diagnosekriterien der Multiplen Sklerose



Xavier Montalban

A collection of seven MRI brain scans labeled A through G. Each scan shows a different view of the brain (axial, sagittal, coronal) with a yellow arrow pointing to a specific white matter lesion characteristic of multiple sclerosis. Panel A shows a sagittal view with a lesion in the posterior horn. Panel B shows an axial view with a lesion in the periventricular region. Panel C shows a coronal view with a lesion in the posterior horn. Panel D shows an axial view of the brainstem with a lesion. Panel E shows a sagittal view of the spine with a lesion in the cervical region. Panel F shows a coronal view of the brain with a lesion in the posterior horn. Panel G shows an axial view with a lesion in the periventricular region.

Courtesy by Àlex Rovira



International Advisory Committee on Clinical Trials in MS

ECTRIMS  
EUROPEAN COMMITTEE FOR TREATING AND RESEARCH IN MULTIPLE SCLEROSIS

MS  
National Multiple Sclerosis Society

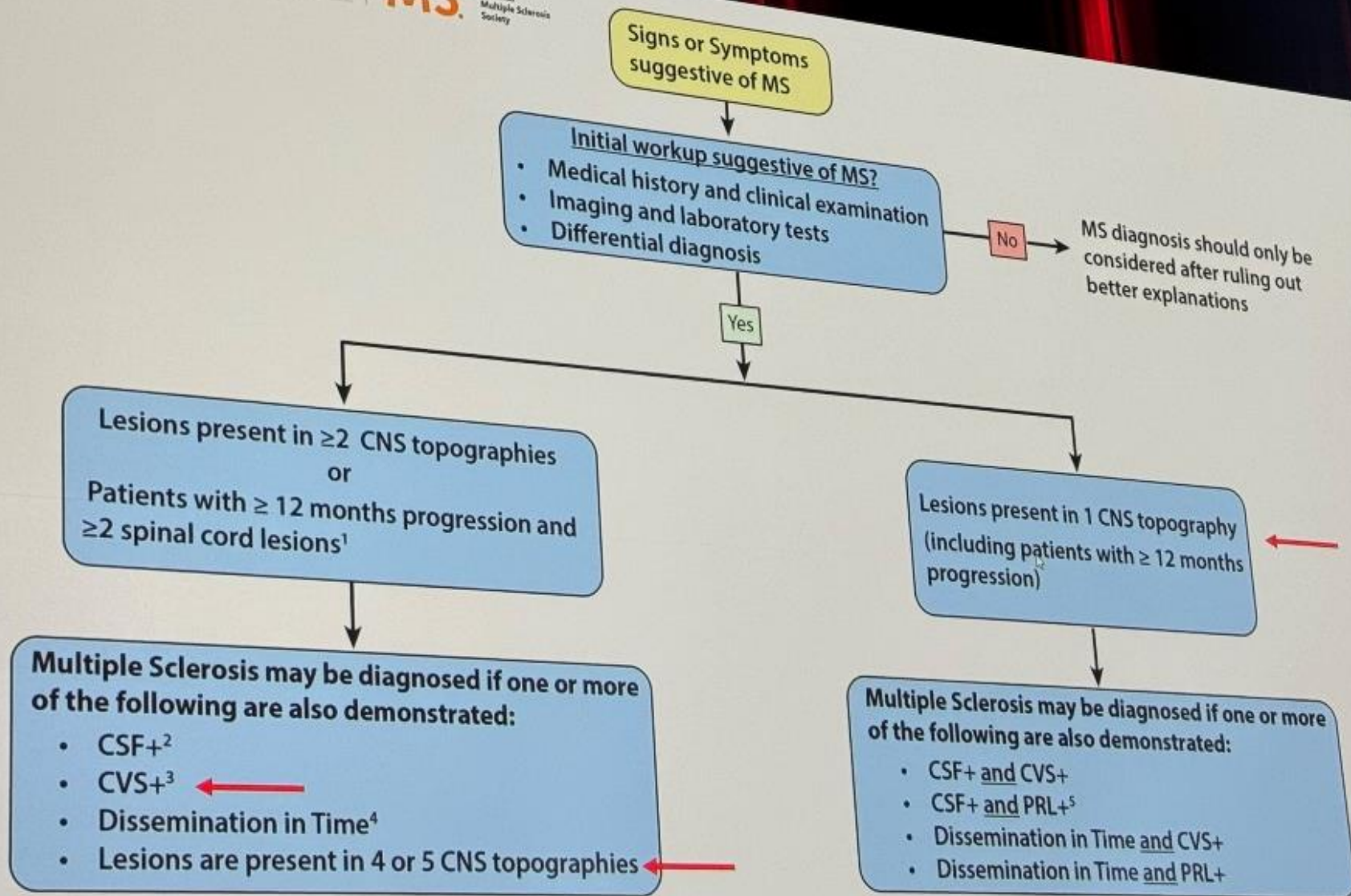
# Neue Diagnosekriterien der Multiplen Sklerose

September 2024 Copenhagen

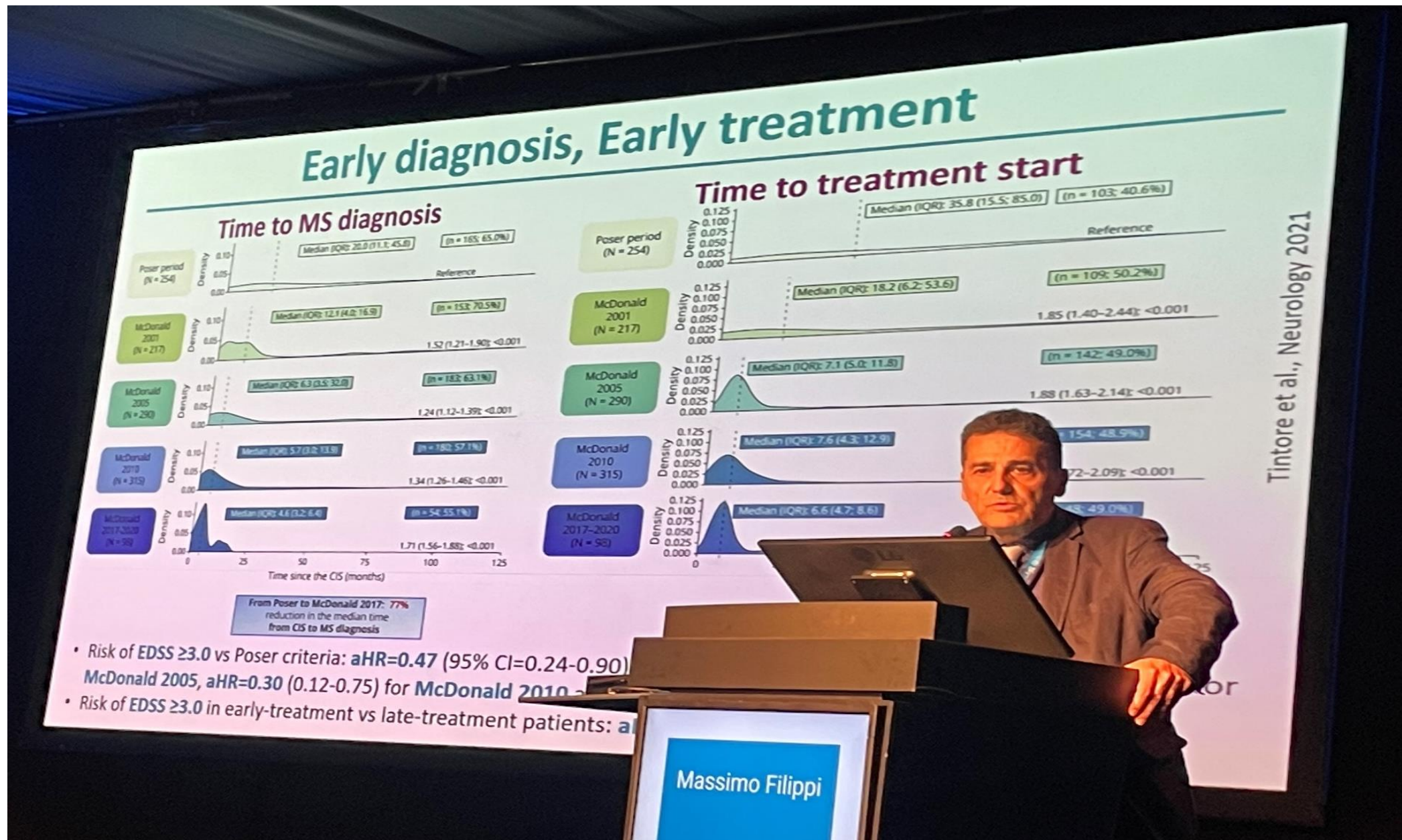
International Advisory  
Committee on Clinical  
Trials in MS

ECTRIMS  
EUROPEAN CONFERENCE FOR THE STUDY  
AND TREATMENT OF MULTIPLE SCLEROSIS

MS  
National  
Multiple Sclerosis  
Society

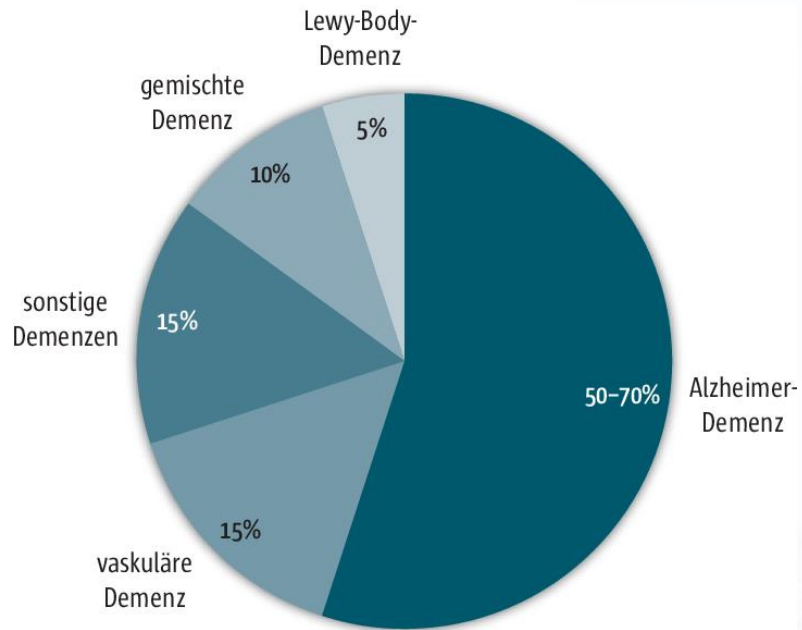








# DEMENZERKRANKUNGEN



FA Dr. Stephan Seiler, OÄin Dr.in Eva  
Maria Stögerer-Oberschmid & Team

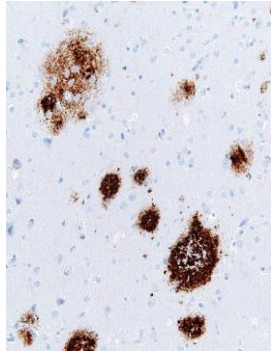


Medizinische  
Universität

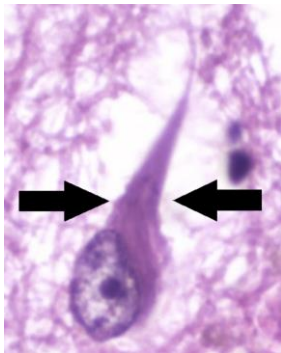
# Diagnose: Alzheimer

## Aber Alzheimer ... was ist das?

Jahrelange Ablagerung von  
veränderten  
Eiweißen im Gehirn

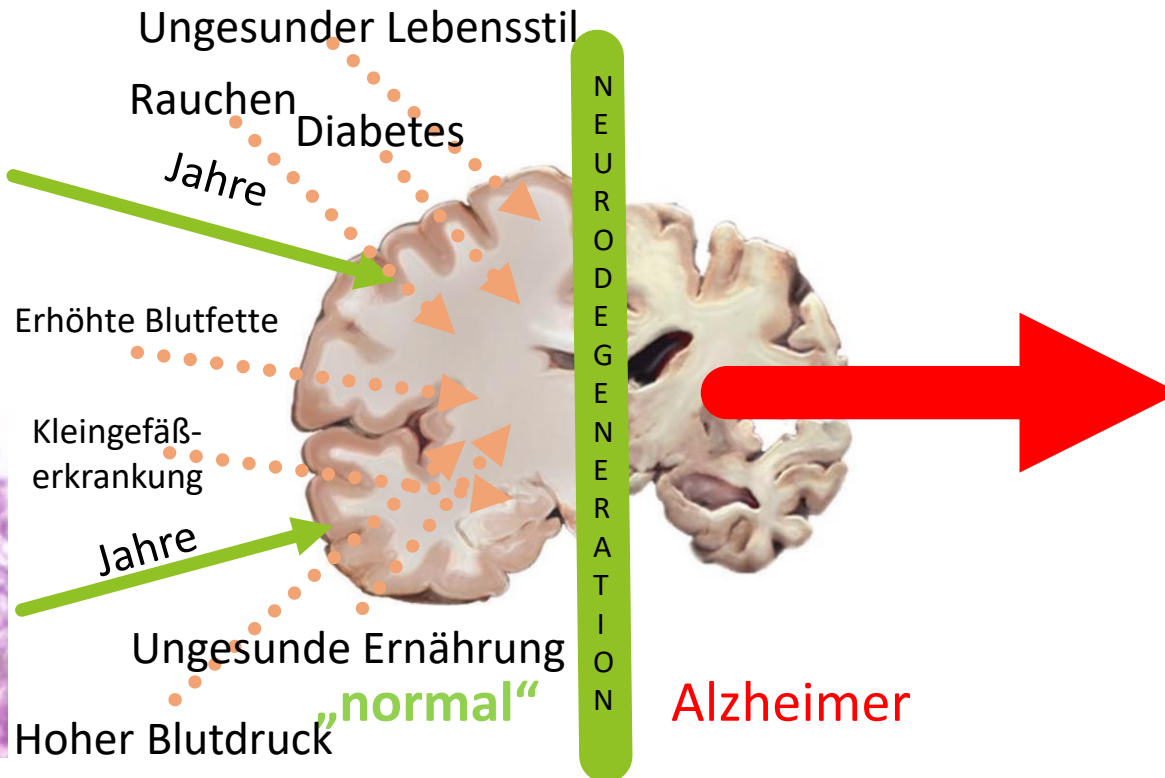


Amyloid

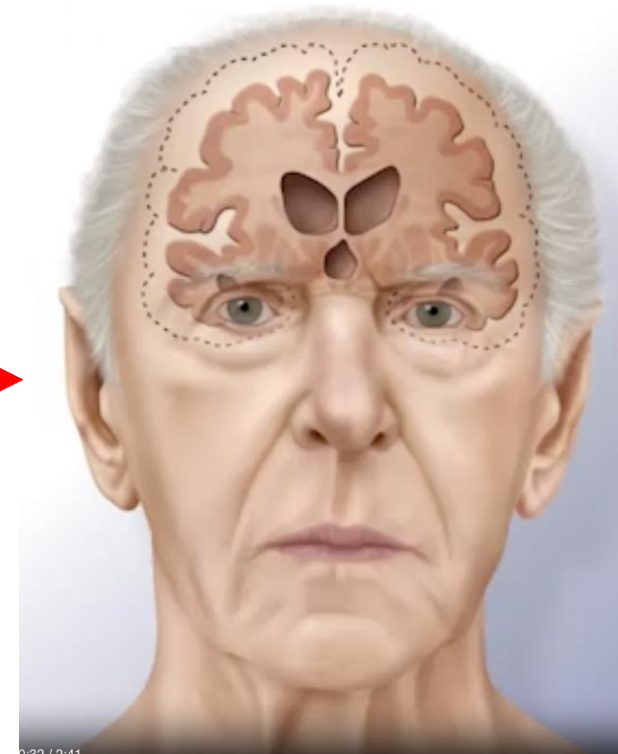


Tau

Jahrelanger schleichernder Verlauf  
mit Einfluss von **zusätzlichen Faktoren**



Spürbare und messbare Symptome  
**Demenz**



**Zusätzliche Faktoren** reduzieren die Widerstandsfähigkeit des Gehirns  
....und begünstigen die Entwicklung der **Demenz**

Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission

Gill Livingston, Jonathan Huntley, Kathy Y Liu, Sergi G Costafreda, Geir Selbaek, Suvarna Alladi, David Ames, Sube Banerjee, Alistair Burns, Carol Brayne, Nick C Fox, Cleusa P Ferri, Laura N Gitlin, Robert Howard, Helen C Kales, Mika Kivimaki, Eric B Larson, Noeline Nakasujja, Kenneth Rockwood, Quincy Samus, Kokoro Shiroi, Archana Singh-Manoux, Lon S Schneider, Sebastian Walsh, Yao Yao, Andrew Sommerlad\*, Naaheed Mukadam\*

Key messages

Two new modifiable risk factors for dementia

New evidence supports adding vision loss and high cholesterol as potentially modifiable risk factors for dementia to the 12 risk factors identified in our 2020 Lancet Commission (ie, less education, head injury, physical inactivity, smoking, excessive alcohol consumption, hypertension, obesity, diabetes, hearing loss, depression, infrequent social contact, and air pollution).

**Modifying 14 risk factors might prevent or delay nearly half of dementia cases**

Be ambitious about prevention. Prevention involves both policy changes at national and international governmental levels and individually tailored interventions. Population-based policy should prioritise equity and ensure that groups at high risk are included. Actions to decrease dementia risk should begin early and continue throughout life. Risk is clustered in individuals; therefore, interventions should often be multicomponent.

Risk is modifiable irrespective of APOE genetic status.

Multicomponent interventions addressing several risk factors potentially benefit individuals with either high or low genetic dementia risk.

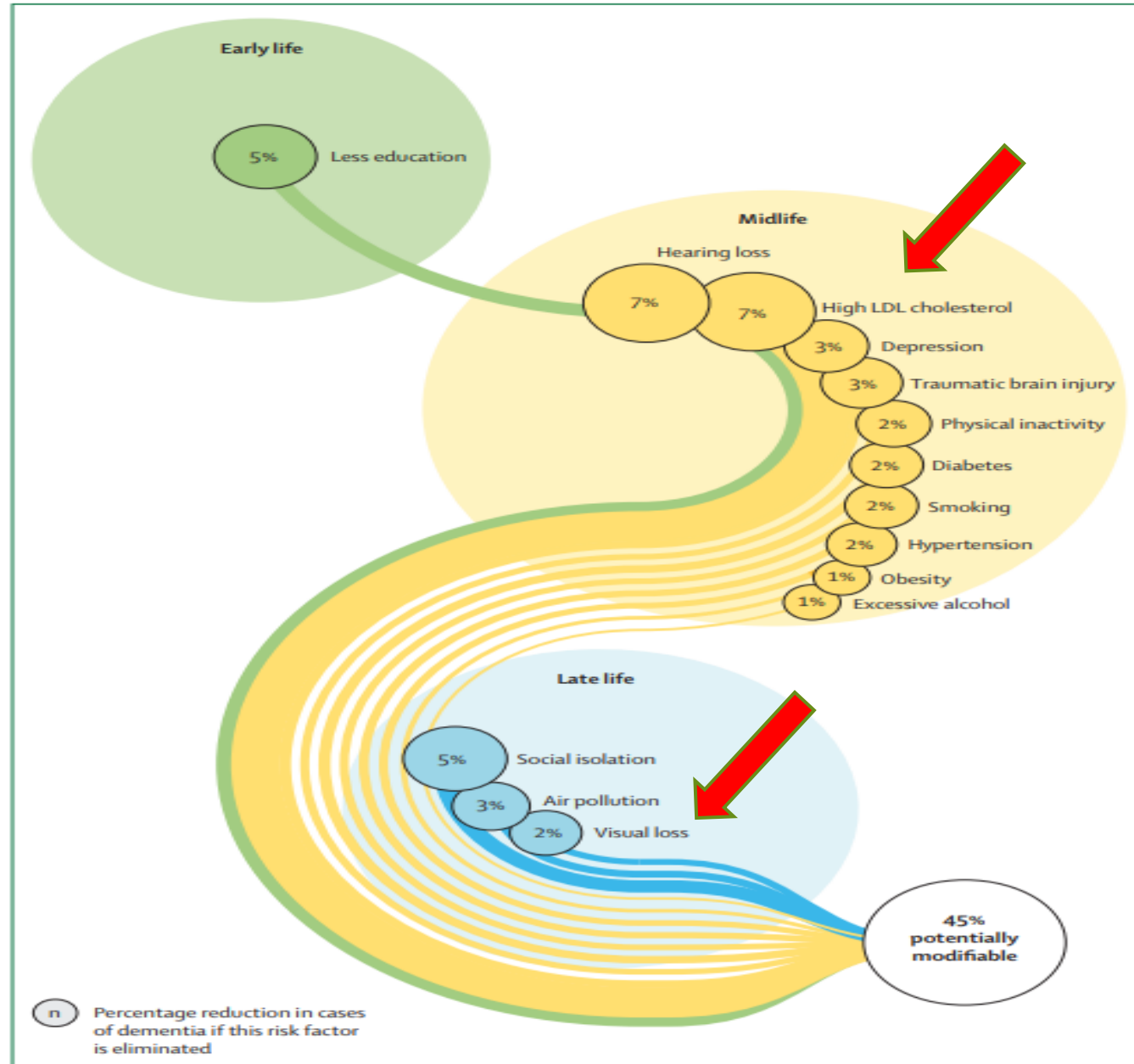


Figure 9: Population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for dementia





# Verdacht auf Demenz ... wie geht es weiter?

1.



Untersuchung durch  
Neurologin oder  
Neurologen

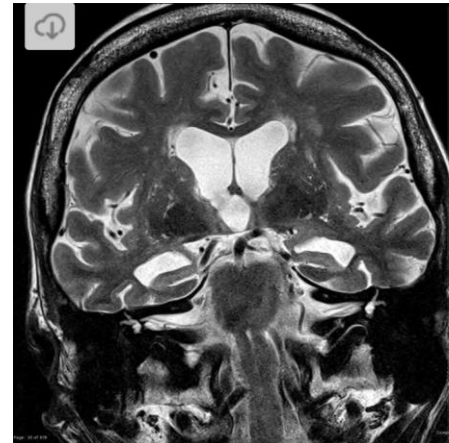
2.

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)** NAME: \_\_\_\_\_ Education: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_  
Sex: \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

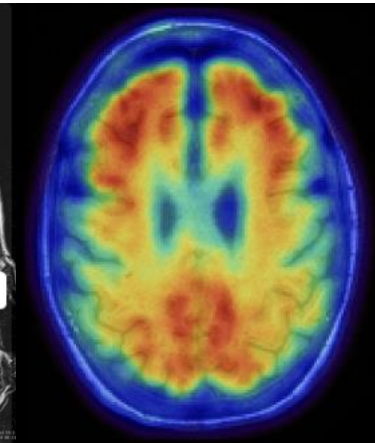
<b>VISUOSPATIAL / EXECUTIVE</b>		Copy cube	Draw CLOCK (Ten past eleven)	POINTS			
				/5			
<b>NAMING</b>							
				/3			
<b>MEMORY</b>		FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	No points
Read list of words, subject must repeat them. Do 2 trials. Do a recall after 5 minutes.		1st trial					
		2nd trial					
<b>ATTENTION</b>		Read list of digits (1 digit/sec). Subject has to repeat them in the forward order [ ] 2 1 8 5 4					/2
		Subject has to repeat them in the backward order [ ] 7 4 2					/2
		Read list of letters. The subject must tap with his hand at each letter A. No points if 2 or more					/1
		[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					/1
		Serial 7 subtraction starting at 100 [ ] 98 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 [ ] 66					/3
		4 or 5 correct subtractions: 3 pts, 3 or 2 correct: 2 pts, 1 correct: 1 pt, 0 correct: 0 pt					
<b>LANGUAGE</b>		Repeat: I only know that John is the one to help today. [ ]					/2
		The cat always hid under the couch when dogs were in the room. [ ]					/2
		Fluency / Name maximum number of words in one minute that begin with the letter F [ ] (N ≥ 11 words)					/1
<b>ABSTRACTION</b>		Similarity between e.g. banana - orange = fruit [ ] train - bicycle [ ] watch - ruler					/2
<b>DELAYED RECALL</b>		FACE	VELVET	CHURCH	DAISY	RED	Points for UNCLINICAL recall only
Has to recall words WITH NO CLUE		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
Optional Category cue							
Optional Multiple choice cue							
<b>ORIENTATION</b>		[ ] Date	[ ] Month	[ ] Year	[ ] Day	[ ] Place	[ ] City
							/6
© Z. Nasreddine MD Version November 7, 2004		Normal 2.26 / 30		<b>TOTAL</b>		/30	
www.mocatest.org				Add 1 point if ≤ 12 yr edu			

Testung kognitiver Leistungsfähigkeit

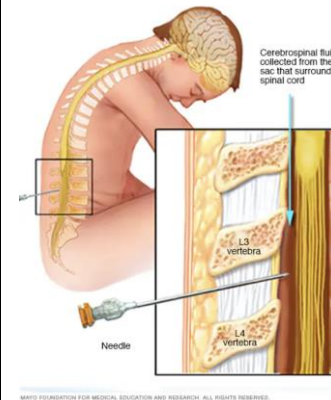
3.



Magnetresonanz  
(MRT)



Positronen-Emissions-  
Tomographie  
(PET)



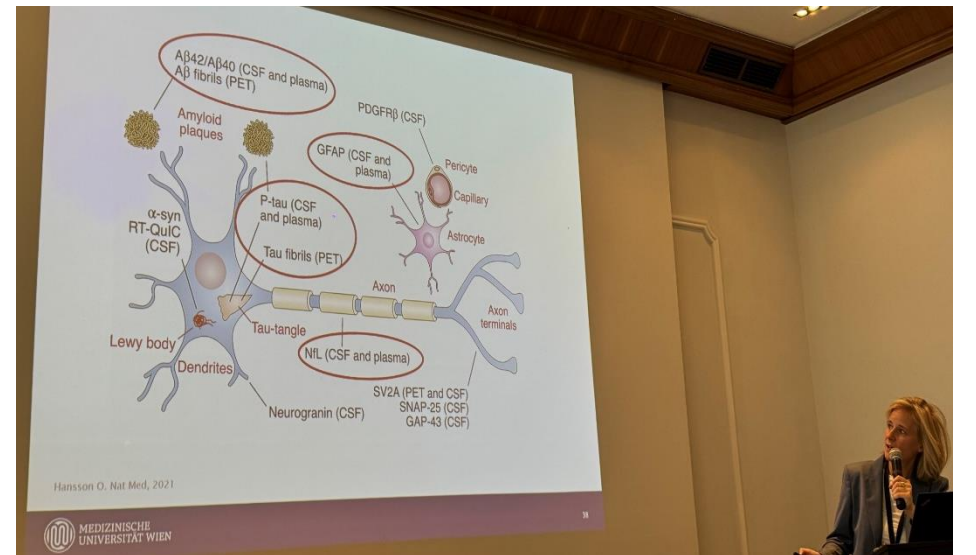
Nervenwasser

## Neue Therapien in der Behandlung der Alzheimer Erkrankung- erwartete Implikationen für die Patient\*innenselektion und entsprechende Strukturüberlegungen Stand Oktober 2023

Elisabeth Stögmann, Walter Struhal, Michaela Defrancesco, Gerhard Ransmayr, Josef Marksteiner, Peter Dal-Bianco, Christian Bancher, Thomas Benke, Reinhold Schmidt für den Vorstand der Österreichischen Alzheimer Gesellschaft

### Bullet Points

- Etwa 130.000 Österreicher\*innen leiden an einer dementiellen Erkrankung, bis 2050 wird diese Zahl auf etwa 260.000 angestiegen sein. Zahlen zu Betroffenen in frühen Stadien dieser Erkrankung liegen nicht vor und schwanken zwischen 300.000 – 700.000 Menschen in Österreich.
- Die Alzheimerdemenz ist mit etwa 60-70% die häufigste Form einer Demenz.
- Aktuell stehen keine kausal wirksamen Behandlungsoptionen zur Verfügung.
- 2024 werden vermutlich neue Wirkstoffe (Lecanemab, Donanemab) zur Behandlung der Alzheimererkrankung in Europa zugelassen werden. Diese Substanzen sind aber lediglich bei Patient\*innen in Frühstadien der Erkrankung anwendbar.
- Diese neuen Wirkstoffe bewirken eine Verlangsamung der Verschlechterung der kognitiven Fähigkeiten um etwa 30% gegenüber Placebo, was einem berechneten Gewinn in „gutem kognitiven Zustand“ von etwa 5-7 Monaten (in einem Beobachtungszeitraum von 18 Monaten) entspricht.
- Den positiven Effekten stehen Nebenwirkungen (Gehirnblutungen, Gehirnödem) und ein zwei – bzw. vierwöchiges Infusionsintervall gegenüber.
- Es wird erwartet, dass anfanglich nur eine überschaubare Anzahl von Patient\*innen für eine Behandlung mit diesen neuen Wirkstoffen in Frage kommt, welche jedoch in den nächsten Jahren bei gesteigerter Aufmerksamkeit für Diagnostik und Therapie der Alzheimererkrankung zunehmen wird.
- Sowohl für die Diagnostik, die Behandlung als auch das Monitoring dieser neuen Therapien ist eine Erweiterung der bisherigen personellen und infrastrukturellen Ressourcen unabdingbar.





# Monoklonale Antikörper Therapie bei AD



Empfehlungen zur angemessenen Anwendung von mAbs

- Diagnose einer Alzheimer Erkrankung in frühen Stadien (MMSE >22)
- Gesicherte Biomarker-Diagnose (Amyloid PET oder AD-Biomarker im Liquor)
- MRT des Schädels zu Beginn und mindestens 5x im 1. Jahr
- Antikoagulation?
- Bestimmung des APOE4 Genotyps - Risiko für ARIA?
- Aufklärung und Einverständnis des Patienten
- Register

Stellungnahme ÖAG und ÖGN 2023/2024

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT WIEN

31

Prof. Elisabeth Stögmann,  
Präsidentin ÖAG, Graz 2024





# Frühe Diagnose ist entscheidend!

## Patient\*innenwege verkürzen - Lebensqualität verbessern!

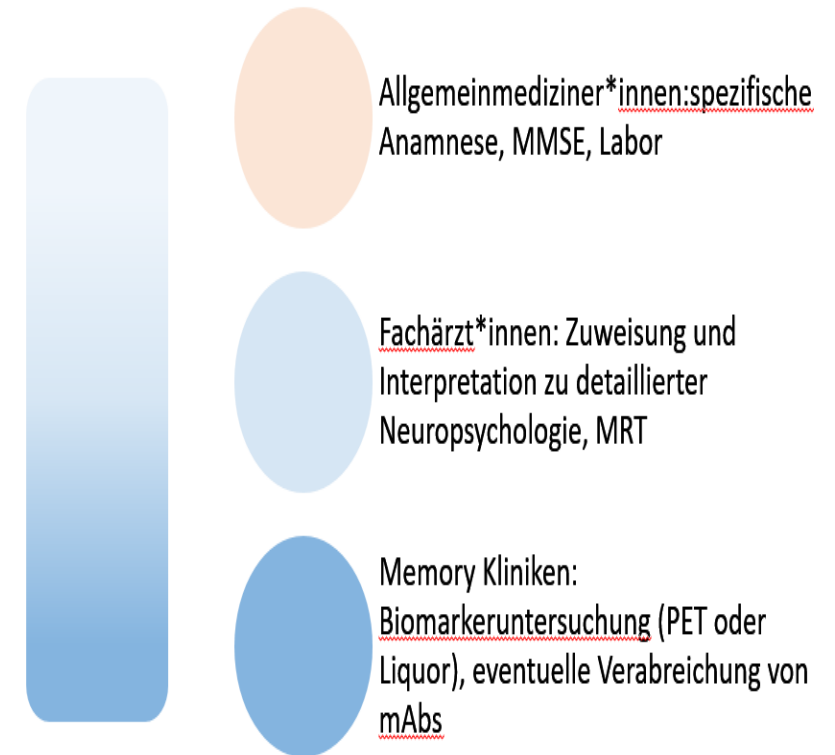
### ▶ Was kann ich in der Praxis tun?

- ▶ Hausärztliches Gespräch (was fällt mir auf? Nachfragen!)
- ▶ Angehörigengespräch (wichtige Zusatzinformationen, die von Patient\*innen oft nicht gegeben werden können)
- ▶ Genaue Aufklärung (Ängste ansprechen, Vorurteile vermindern)
- ▶ MoCA (sensitiver als MMSE für die Diagnose früher kognitiver Störungen)
- ▶ Rasche Fachärztliche Zuweisung (bei Verdacht auch bei unauffälligem MoCA)

### ▶ Warum?

- ▶ Frühes Erkennen reversibler Ursachen
- ▶ Frühe Einleitung einer antidementiven Therapie
- ▶ Frühe Aufklärung und Planung des weiteren Vorgehens
- ▶ MCI bei Alzheimer-Erkrankung = Zielgruppe für Antikörpertherapie (bei Zulassung 2025?....)

### Patientenweg



# NEUROLOGIE - EIN ZUKUNFTSFACH IN DER MEDIZIN

Wesentliche Fortschritte in

- Diagnostik
- Verständnis von Erkrankungsprozessen
- Therapie



**ABER:**

- Unzureichende Kenntnisse in Bevölkerung
- Stigmatisierung von Betroffenen
- Primärprävention: Hirngesundheit!

