ANTIKÖRPER GEGEN ALZHEIMER – EINE ERSTE BILANZ

Alzheimer ist eine sehr komplexe Krankheit, die noch nicht heilbar ist. In der Forschung gibt es aber erfreuliche Fortschritte bei der Diagnostik und Behandlung. Foto: Adobe Stock, KI-generiert

Seit einem Jahr sind in Deutschland die ersten Antikörper-Medikamente zur Behandlung der Alzheimer-Krankheit verfügbar, doch ihr Einsatz wird nach wie vor kontrovers diskutiert. Warum die neuen Wirkstoffe dennoch Anlass zur Hoffnung geben, erklärt der Psychiater Professor Dr. Timo Grimmer

Die Alzheimer-Krankheit ist hierzulande die häufigste Demenzursache: Etwa zwei Drittel der rund 1,8 Millionen Betroffenen mit Demenz in Deutschland leiden an dieser fortschreitenden neurodegenerativen Erkrankung, die nicht heilbar ist und schließlich eine Rund-um-die Uhr-Pflege erfordert. Genau 120 Jahre nach der ersten – und bereits beeindruckend präzisen – Beschreibung der Krankheit durch den Münchner Psychiater Alois Alzheimer ist es bis heute nicht gelungen, Ursache und Wesen der Erkrankung in all ihren Facetten vollständig zu verstehen. Und auch die Entwicklung wirksamer Behandlungsansätze zur Bekämpfung der Alzheimer-Krankheit blieb trotz des großen Engagements der Forschenden lange ohne Erfolg. Dies hat sich mit zwei neuen Medikamenten geändert: Lecanemab und Donanemab, zwei modifizierte Antikörper, die seit September 2025 (Lecanemab) beziehungsweise seit November 2025 (Donanemab) in Deutschland verfügbar sind, können den Verlauf der Alzheimer-Krankheit erstmals verzögern. Ist das der Durchbruch? „Wissenschaftlich gesehen, auf jeden Fall", sagt der Leiter der Ambulanz für Neurokognitive Erkrankungen am TUM Klinikum Rechts der Isar, Professor Dr. Timo Grimmer. „Und ich gehe davon aus, dass in den nächsten Jahren immer mehr Betroffene von den neuen krankheitsmodifizierenden Behandlungen profitieren werden."

Widersprüchliche Datenlage

Derzeit ist es nicht leicht, die aktuelle Datenlage zum Nutzen der neuen Antikörper-Therapie bei der Alzheimer-Erkrankung einzuordnen – zu widersprüchlich sind die Ergebnisse der verschiedenen Untersuchungen, klinischen Einzelstudien und Metaanalysen. Um nur zwei Beispiele zu nennen:
Cochrane-Review: Mitte April 2026 stellte ein neuer Cochrane-Review den klinischen Nutzen von Anti-Amyloid-Antikörpern infrage. Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass die Therapien keinen relevanten Vorteil für Menschen mit früher Alzheimer-Erkrankung bieten. Die Methodik des Reviews wurde jedoch von Fachgesellschaften wie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN), dem Deutschen Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE) und der Alzheimer Forschung Initiative (AFI) scharf kritisiert. Zu den strittigen Punkten gehörte zum Beispiel, dass bereits zugelassene Medikamente wie Lecanemab und Donanemab gemeinsam in einen Topf geworfen wurden mit einer Reihe nicht-zugelassener Wirkstoffe, die sich als unwirksam erwiesen hatten und verworfen worden waren.
LEADER-Studie (Lecanemab in Early Alzheimer's Disease): Dagegen stützt die laufende Beobachtungsstudie LEADER den klinischen Nutzen zumindest der Anti-Amyloid-Therapie mit Lecanemab (allerdings durchgeführt ohne klassische Kontrollgruppe). Erste Zwischenergebnisse wurden Mitte Juli im Rahmen der Alzheimer's Association International Conference (AAIC) vorgestellt. Berücksichtigt wurde der Versorgungsalltag von 432 US-Patienten im Frühstadium, die mindestens sieben Lecanemab-Infusionen erhalten hatten. Ein zentrales Ergebnis: Bei mehr als 80 Prozent der Teilnehmenden blieb der Zustand über einen durchschnittlichen Behandlungszeitraum von 17 Monaten klinisch stabil; bei 6,6 Prozent verbesserte er sich sogar. Da die LEADER-Studie vom Hersteller des Lecanemab-Antikörpers finanziert wird, werden die Ergebnisse zurzeit von unabhängigen Experten geprüft.

Nicole Schaenzler

Hoffnung für Patienten in frühen Stadien der Alzheimer-Krankheit: Neue Medikamente mit Antikörper-Wirkstoffen können das Voranschreiten der Demenz verzögern, indem sie die charakteristischen Amyloid-Plaques abbauen helfen. Foto: Adobe Stock

Herr Professor Grimmer, vor einem Jahr startete das TUM Klinikum Rechts der Isar als eines der ersten Zentren in Europa mit der neuen Antikörper-Therapie. Wie viele Alzheimer-Erkrankte haben Sie seitdem behandelt?

Professor Grimmer: Es dürften inzwischen deutlich mehr als 50 Patientinnen und Patienten sein, die entweder alle zwei Wochen Lecanemab oder alle vier Wochen Donanemab als Infusion erhalten.

Und trotz des engen Behandlungsintervalls sind alle noch dabei?

Ein Großteil der Patientinnen und Patienten ist tatsächlich noch dabei. Gründe für einen Therapieabbruch waren zum Beispiel Nebenwirkungen oder auch der hohe zeitliche und organisatorische Aufwand, der mit der Behandlung verbunden ist. Das ist nachvollziehbar: Die häufigen festen Termine und Wege in die Klinik über viele Monate sind beschwerlich und verlangen den Betroffenen viel ab. Es wäre deshalb wünschenswert, wenn man künftig die Behandlungsfrequenz etwas reduzieren könnte. Ob dies möglich ist, wird derzeit von der Zulassungsbehörde geprüft. Auch subkutane Injektionen anstelle der intravenösen Infusionen könnten die Therapiedurchführung erleichtern. Dann könnten sich die Patienten den Wirkstoff zu Hause selbst ins Unterhautgewebe spritzen oder von einem Angehörigen spritzen lassen. In den USA hat die US-Arzneimittelbehörde FDA gerade eine solche Erstbehandlung mit Lecanemab als subkutane Injektion mit einem Autoinjektor zugelassen.

Engmaschig ist auch die Therapieüberwachung mit regelmäßigen MRT-Untersuchungen des Gehirns …

… das ist richtig. Es hat sich gezeigt, dass unter der Therapie mit den neuen Alzheimer-Antikörpern Veränderungen im Gehirn auftreten können, die im MRT sichtbar sind. Diese Veränderungen, sogenannte Amyloid-related Imaging Abnormalities oder kurz ARIA, müssen erst einmal keine Symptome verursachen. Damit sind Schwellungen oder kleine Blutungen im Gehirn gemeint, die dann ein Grund sein können, die Therapie bis zum Abklingen auszusetzen oder sie ganz abzubrechen.

Was ist das Neue an Lecanemab und Donanemab im Vergleich zu bisherigen Alzheimer-Medikamenten?

Klassische Medikamente wie Antidementiva werden zur Linderung der Symptome eingesetzt, einen Einfluss auf den zugrundeliegenden Krankheitsprozess nehmen sie jedoch nicht. Anders Lecanemab und Donanemab, die direkt an den biologischen Ursachen der Erkrankung ansetzen. Denn sie binden gezielt an die alzheimertypischen Amyloid-Plaques und deren Vorstufen im Gehirn und fördern deren Abbau. Wie gut das funktioniert, lässt sich in Hirnscans erkennen: Nach der Behandlung sind die Plaques bei den meisten Patienten nicht mehr sichtbar. Auf diese Weise wird das Fortschreiten der Alzheimer-Demenz verlangsamt und der kognitive Abbau verzögert – und zwar laut Studien um etwa ein Drittel. Das kann man durchaus als bahnbrechend bezeichnen und ist im Vergleich mit anderen Therapien chronischer Krankheiten, wie etwa Krebserkrankungen, hoch effektiv. Aktuelle Zwischenergebnisse einer multizentrischen Beobachtungsstudie lassen hoffen, dass der Zeitgewinn in der Routineversorgung sogar höher ausfallen könnte.

Trotz EU-weiter Zulassung sind die beiden Antikörper noch nicht in allen europäischen Ländern in der Versorgung angekommen …

… dabei ist gerade bei einer fortschreitenden degenerativen Gehirnerkrankung wie der Alzheimer-Krankheit der Faktor Zeit entscheidend: Je länger es dauert, bis eine solche Therapie auf den Markt kommt, desto fataler ist das für die Person, die diese Krankheit schon hat. Umso erfreulicher, dass die Medikamente in Deutschland nun schon seit einem Jahr verfügbar sind. Das ist keine Selbstverständlichkeit und zeigt die Stärke unseres Gesundheitssystems.

Wer kann mit Lecanemab oder Donanemab behandelt werden?

Zugelassen sind beide Wirkstoffe ausschließlich für Patientinnen und Patienten im Frühstadium der Alzheimer-Demenz, also mit einer leichten kognitiven Störung beziehungsweise einer leichtgradigen Demenz, bei denen die krankhaften Amyloid-Ablagerungen im Gehirn nachgewiesen wurden. Um das Risiko für mögliche Nebenwirkungen zu minimieren, gibt es zudem weitere Ausschlusskriterien. Beispielsweise ist hierzulande ein Gentest obligatorisch, um abzuklären, ob die Patientin oder der Patient eine doppelte Kopie des sogenannten ApoE4-Gens besitzt. Bei diesen Personen ist das Risiko für Hirnblutungen und Hirnschwellungen unter der Therapie erhöht. Aber auch für Betroffene, die gerinnungshemmende Medikamente einnehmen, kommt eine Behandlung mit Lecanemab oder Donanemab nicht infrage.

Welche Bilanz ziehen Sie nach einem Jahr Erfahrung mit Lecanemab und Donanemab?

Die Bilanz fällt positiv aus. Lecanemab und Donanemab zeigen erstmals, dass wir den Krankheitsverlauf gezielt beeinflussen und verlangsamen können. Das ist nach Jahrzehnten ohne nennenswerte Fortschritte in der medikamentösen Behandlung der Alzheimer-Krankheit sehr erfreulich und zeigt zugleich einen Wandel an von einer rein symptomatischen Behandlung hin zu einer krankheitsmodifizierenden Behandlung, die direkt an den Ursachen der Erkrankung ansetzt. Richtig ist jedoch auch: Noch ist die Therapie sehr aufwendig, sie erfordert eine frühe und genaue Diagnostik, und die Gruppe der Patientinnen und Patienten, für die diese Behandlung derzeit infrage kommt, ist klein. Wir stehen jedoch nicht am Ende, sondern am Anfang der Entwicklung. Der erste wichtige Schritt ist gemacht, und ich gehe davon aus, dass in den nächsten Jahren weitere bahnbrechende Schritte folgen werden, etwa mit der Etablierung von Nachfolge-Wirkstoffen, die noch gezielter ins Gehirn transportiert werden, oder auch mit Kombinationstherapien. Unser Ziel ist, eine wirksame, breiter verfügbare und alltagstaugliche Alzheimer-Therapie zu etablieren, die den Betroffenen eine möglichst lange Selbstständigkeit im Alltag und eine gute Lebensqualität erlaubt.

Kann es passieren, dass die fortgeschrittene Alzheimer-Demenz durch die neuen Frühtherapien in den Hintergrund rückt?

Das ist ein wichtiger Punkt. Bei aller berechtigten Hoffnung, die die neuen Antikörper-Therapien für Betroffene in einem frühen Krankheitsstadium bedeuten, haben wir natürlich auch eine ebenso große Verpflichtung gegenüber den Betroffenen und ihren Angehörigen, die bereits mit einer fortgeschrittenen Alzheimer-Demenz leben. Auch wenn für sie die neuen Medikamente derzeit nicht infrage kommen, brauchen sie eine gute medizinische Versorgung, wirksame symptomatische Therapien, psychosoziale Unterstützung und zugleich Forschung, die darauf abzielt, ihre Situation zu verbessern. Fortschritt in der Alzheimer-Medizin darf nicht bedeuten, dass wir uns nur noch auf die frühen Stadien konzentrieren. Unser Anspruch muss sein, die gesamte Erkrankung im Blick zu behalten – und damit alle Betroffenen.

Das Interview führte Nicole Schaenzler.

IM PORTRÄT

PROF. DR. TIMO GRIMMER

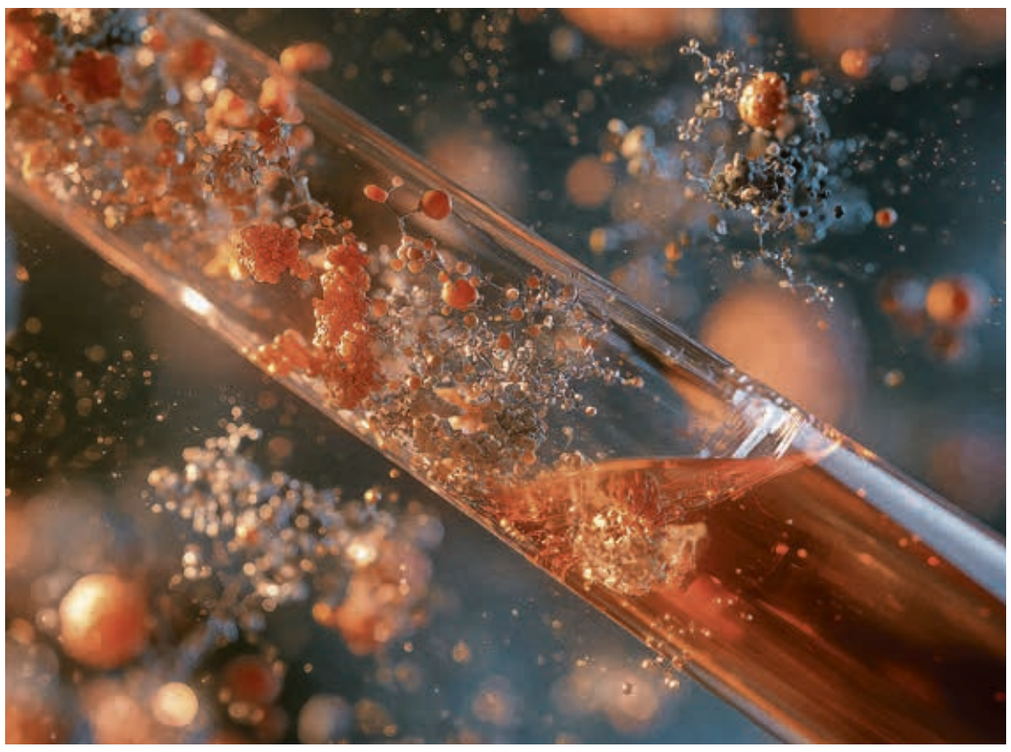
Foto: Klaus Haag/TUM Klinikum

Professor Dr. Timo Grimmer ist Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Geriater, tätig als Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Neurologie des TUM Klinikums Rechts der Isar. Dort leitet er die Ambulanz für Neurokognitive Erkrankungen, die sich auf die Früh- und Differentialdiagnostik von Menschen mit Hirnleistungsstörungen spezialisiert hat. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Untersuchung des Nutzens bildgebender und flüssigkeitsbasierter Biomarker zur Vorhersage kognitiver Störungen. Er ist Autor einer Vielzahl wissenschaftlicher Veröffentlichungen. Außerdem war und ist er Leiter der klinischen Prüfung beziehungsweise Prüfarzt in mehr als 70 klinischen Studien. *schae*

Neue Bluttests – ein wichtiger Fortschritt für die Alzheimer-Diagnostik?

Innovative Biomarkertests könnten auffällige Eiweißveränderungen bereits im Blut sichtbar machen und so den Befund deutlich vereinfachen. Bis zum flächendeckenden Einsatz ist es jedoch noch ein Stück Weg

Bislang stützt sich die Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung auf eine aufwendige Suche nach mehreren Puzzleteilen. Den Beginn der Untersuchungen machen kognitive Tests zur Überprüfung der geistigen Leistungsfähigkeit. Ergeben sich Auffälligkeiten, werden im nächsten Schritt bildgebende Verfahren wie die Magnetresonanztomographie (MRT) eingesetzt, um andere Ursachen für die Beeinträchtigungen, zum Beispiel Durchblutungsstörungen oder einen Tumor, auszuschließen. Wegweisend ist dann oft der Befund einer Nervenwasser-Untersuchung (Liquorpunktion): Im Liquor lässt sich anhand der Konzentration der beiden alzheimertypischen Beta-Amyloid- und Tau-Proteine und deren Verhältnis zueinander erkennen, ob eine Alzheimer-Demenz vorliegt. Auch mithilfe der Positronen-Emissions-Tomografie (PET) kann eine Amyloid- beziehungsweise Tau-Pathologie im Gehirn sichtbar gemacht werden – und zwar bereits in einem sehr frühen Stadium. Das Verfahren ist allerdings technisch aufwendig (und teuer) und gehört deshalb nicht zur standardmäßigen Basisdiagnostik. Die Liquorpunktion wiederum hat den Nachteil, dass das Nervenwasser aus dem Rückenmarkskanal mit einer Kanüle entnommen wird, also invasiv ist. Nicht zuletzt deshalb läuft die Forschung seit Jahren auf Hochtouren mit dem Ziel, alzheimerassoziierte Proteinablagerungen im Gehirn auch mithilfe einer einfachen Blutuntersuchung frühzeitig abklären zu können und so der Ärzteschaft einen Test an die Hand zu geben, der unkompliziert anzuwenden und leichter verfügbar ist.



Bluttests könnten in Zukunft die Diagnose der Alzheimer-Erkrankung deutlich vereinfachen.
Foto: Adobe Stock, KI-generiert

Vom Forschungslabor in die Arztpraxis

Wie schnell die Entwicklung voranschreitet, zeigt ein Blick auf die vergangenen zwei Jahre. Den Anfang machte im Mai 2025 ein Bluttest in den USA, der das Verhältnis von phosphoryliertem Tau-Protein (pTau-217) und Beta-Amyloid (ß-Amyloid 1-42) im Blutplasma analysiert, einige Monate später erhielt ein weiterer Bluttest die Zulassung. Dieser misst nur einen Biomarker (pTau 181) und ist darauf ausgerichtet, eine Amyloid-Pathologie auszuschließen.

Inzwischen sind in den USA weitere blutbasierte Biomarker zugelassen oder stehen kurz davor, auch in Europa werden gerade Bluttests für den Einsatz in der Arztpraxis vorbereitet. Neben Beta-Amyloid- und Tau-Proteinen stehen außerdem weitere Biomarker im Fokus, mit denen zum Beispiel Entzündungen oder Schädigungen von Nervenzellen messbar gemacht werden können.

Für und Wider

Die neuen Tests kommen zu einem Zeitpunkt, zu dem die Diagnose eine größere therapeutische Bedeutung bekommen hat – und sie könnten tatsächlich einen wichtigen Beitrag leisten, Menschen mit ersten kognitiven Beschwerden früher und gezielter einer spezialisierten Abklärung zuzuführen. Dieser Vorteil bekommt umso mehr Gewicht, weil inzwischen Medikamente zur Verfügung stehen, die bei bestimmten Patientinnen und Patienten im frühen Stadium der Erkrankung den Verlauf verlangsamen können. So gesehen, hat der Ansatz der diagnostischen Bestimmung von Biomarkern im Blut durchaus das Potenzial, die Tür zu einer schnelleren, präziseren und für viele Menschen leichter zugänglichen Diagnostik (und Therapie) zu öffnen.

Richtig ist jedoch auch: Ein Bluttest kann keine vollständige Diagnose ersetzen – jedenfalls noch nicht. Denn ein auffälliger Befund beweist nicht zwingend, dass die Gedächtnisprobleme auch wirklich durch die Alzheimer-Demenz verursacht werden. Hinzu kommt: Die derzeit erhältlichen Tests unterscheiden sich in ihrer Genauigkeit. Und grenzwertige oder falsch positive Ergebnisse können zu erheblicher Verunsicherung führen. Umgekehrt bedeutet ein negativer Befund nicht unbedingt Entwarnung, denn andere Demenzerkrankungen lassen sich mit den derzeitigen Bluttests nicht nachweisen. Umso wichtiger, dass die blutbasierten Biomarkertests ausschließlich als einer von mehreren Bausteinen einer sorgfältigen ärztlichen Alzheimer-Diagnostik verstanden werden. Das betont auch die Alzheimer's Association, die erstmals eine offizielle Leitlinie für den Einsatz von Bluttests veröffentlicht hat und anmahnt, dass sie keinesfalls die klassische Diagnostik ersetzen sollten.

Dennoch: Der Umbruch in der Alzheimer-Diagnostik von der reinen Symptombewertung hin zu einer präzisen, einfach durchzuführenden biomarkerbasierten Früherkennung ist in vollem Gange – und vieles spricht dafür, dass diese Bluttests schon bald nicht mehr nur in spezialisierten Einrichtungen, sondern auch in der Hausarztpraxis durchgeführt werden.

Nicole Schaenzler

Am 21. September ist Welt-Alzheimertag!

Seit 1994 macht der Welt-Alzheimertag am 21. September auf die Situation von Menschen mit Demenz und ihren Familien aufmerksam. Initiiert wurde der Aktionstag von Alzheimer's Disease International gemeinsam mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Weltweit leben derzeit etwa 55 Millionen Menschen mit einer Demenzerkrankung.
In Deutschland ist der Welt-Alzheimertag Teil der „Woche der Demenz" (21. bis 27. September). Bundesweit laden Alzheimer-Gesellschaften, Selbsthilfegruppen und viele andere Initiativen zu Veranstaltungen ein. Ihr Ziel: informieren, aufklären und Unterstützungsangebote aufzeigen. Denn auch wenn eine Heilung bislang nicht möglich ist, können medizinische Behandlung, Beratung, soziale Betreuung und qualifizierte Pflege die Lebensqualität spürbar verbessern. Das diesjährige Motto der Woche der Demenz lautet „Demenz – (k)eine Frage des Alters". Es erinnert daran, dass Demenz nicht nur ältere, sondern auch jüngere Menschen betreffen kann – direkt oder als Angehörige.

Die 7. Bayerische Demenzwoche 2026 findet vom 18. bis 27. September statt.
schae

Impressum
Verlag: Süddeutsche Zeitung GmbH, Hultschiner Straße 8 · 81677 München
Anzeigen: Sebastian Prahl (verantwortlich, Anschrift wie Verlag)
Texte: Susanne Hauck (verantwortlich), Station 19 – Die Content-Marketing-Agentur der teleschau – Landsberger Straße 336, 80687 München
Gestaltung: SZ Medienwerkstatt
Druck: Süddeutscher Verlag Zeitungsdruck GmbH, Zamdorfer Straße 40 · 81677 München

ANZEIGENBERATUNG
Dieses Verlagsspezial hat Ihnen gefallen? Gerne informieren wir Sie über weitere Themenspeziale im Bereich Gesundheit Ihre Ansprechpartnerin Emma Schmidbauer +49 89 21 83 - 81 40 emma.schmidbauer@sz.de

Die richtige Demenz-Diagnostik öffnet die richtigen Türen

Was die Tagesklinik auszeichnet:
Für wen eignet sich die Tagesklinik?
Für Verwandte aller Kosten hören wir:
Ambulanz für kognitive Störungen
Ihr nächster Schritt
Einladung zur „Offenen Demenzsprechstunde"
SCHÖN KLINIK Tagesklinik für Demenz München
Tagesklinik für Demenz
Ambulanz für kognitive Störungen
Schön Klinik Tagesklinik für Demenz