

Die Alzheimer-Erkrankung als Todesursache

Dem Alzheimer-Syndrom wird von seiten der Wissenschaft und zunehmend auch von einer breiteren Öffentlichkeit steigende Bedeutung zugemessen. Der einen ist sie durch unsere immer älter werdende Bevölkerung eine ständig wachsende Gefahr, da das Leiden erst jenseits des Erwerbslebens massiver auftritt. Der anderen erscheint Alzheimer mehr und mehr als eine Form der Apokalypse, die persönlichkeitszerstörend in ein unbegreifliches Dunkel des Verstandes führt, aus dem – zumindest heute – noch keine Wiederkehr möglich ist. Damit tritt sie in einen erschreckenden Widerspruch zu dem von unserer Gesellschaft postulierten Anspruch auf einen aktiven, selbstbestimmten Lebensabend in Würde und Wohlstand.

„Alzheimer neue Volkskrankheit?“ Anlässlich des ersten internationalen Alzheimer Tages stellten die „Stuttgarter Nachrichten“ vom 22. September 1994 diese beunruhigende Frage. Die Zahlen, die in diesem Zusammenhang für das Bundesgebiet genannt werden, schwanken zwischen 1 Mill. bzw. 1,3 Mill. Fällen. Weltweit ist von bis zu 15 Mill. Erkrankten die Rede. Mit einem dramatischen Anstieg wird gerechnet.

Die Demenz vom Typ Alzheimer, benannt nach ihrem Entdecker, dem – wie es damals noch hieß – Irrenarzt *Aloys Alzheimer* (11. Juni 1864 bis 19. Dezember 1915), ist eine Alterskrankheit. Sie gilt als eine der häufigsten und schwerwiegendsten Erkrankungen des Zentralnervensystems in der zweiten Lebenshälfte. Sie ist gekennzeichnet durch die zunehmende Einschränkung einer ganzen Reihe von Hirnfunktionen. Gedächtnis, Denkvermögen und Sprache werden gleichermaßen in Mitleidenschaft gezogen.¹ Die ersten Symptome sind Gedächtnisstörungen, die später zu einem totalen Gedächtnisverlust und damit zum Zusammenbruch des Orientierungs- und Denkvermögens führen. Offensichtlich werden zumindest in den frühen Stadien der Erkrankung diese zunächst noch sporadisch auftretenden Ausfallerscheinungen von den Erkrankten sehr wohl erkannt und der allmähliche Verlust der Identität leidvoll miterlebt. Der geistige Zerfall geht mit körperlichem Abbau einher. Die Ursachen der Krankheit sind ungeklärt, und sie ist bislang nicht heilbar. Es gibt zwar immer wieder Versuche, ihren Verlauf medikamentös zu beeinflussen, die Ergebnisse werden gegenwärtig allerdings nicht sehr positiv bewertet.

Alzheimer hat prominente Opfer wie den früheren amerikanischen Präsidenten Ronald Reagan. Erschütternd wird der Krankheitsverlauf des wortgewaltigen SPD-Fraktionsvorsitzenden Herbert Wehner bis zu seinem Tod von seiner Frau dokumentiert.

¹ Vgl. Kurz, A./Greschnick, Petra: Überlebenswahrscheinlichkeit bei Patienten mit Alzheimer-Krankheit, in: Versicherungsmedizin, 46. Jg., Heft 2/1994, S. 59. (Zitierweise: Überlebenswahrscheinlichkeit.)

„In der westlichen Welt sind etwa 70 % aller Demenzsyndrome älterer Menschen durch die Alzheimer-Krankheit bedingt.“² Im Altersaufbau der Bevölkerung ist seit langem ein dramatischer Wandel hin zu einem ständig wachsenden Anteil älterer Menschen zu beobachten. Vor allem die Lebenserwartung der Frauen ist eindrucksvoll gestiegen. Angesichts dieser Entwicklung und der ungünstigen Prognose der Fachwelt hinsichtlich der Alzheimer-Erkrankung erscheint es angezeigt, zu untersuchen, inwieweit die amtliche Statistik zusätzliche Materialien zur Information bereitstellen kann.



Der Autor: Dr. Lothar Baumann ist Referent im Referat „Bevölkerungsstand und -bewegung, Gesundheitswesen“ des Statistischen Landesamts Baden-Württemberg.

Nur eingeschränkte Aussagen möglich

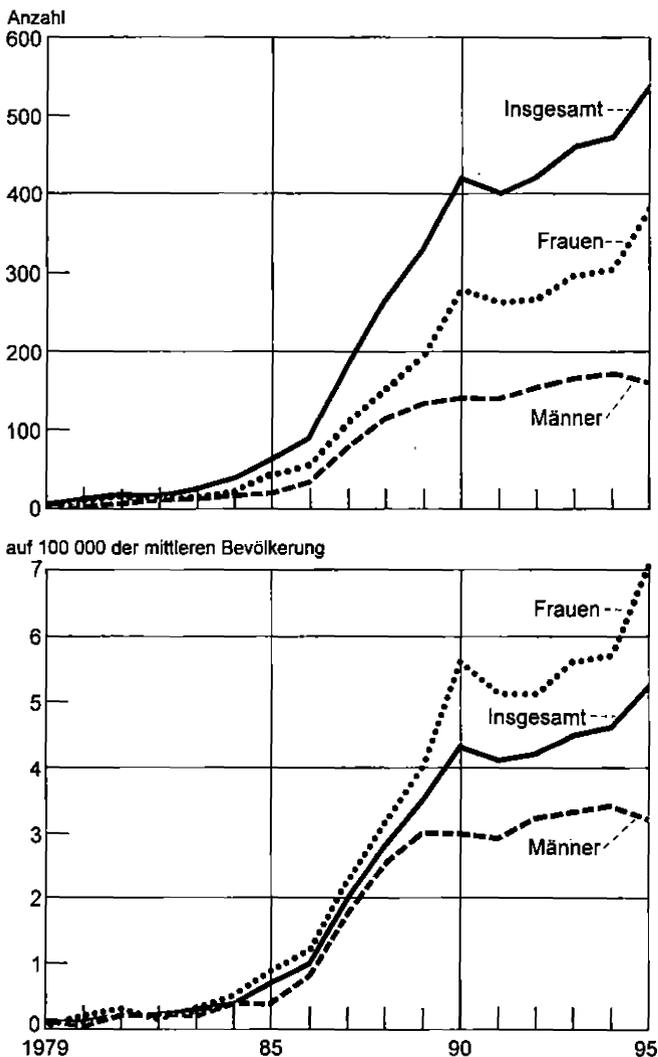
Die amtliche Statistik verfügt über keine umfassenden Zahlen zu den einzelnen Krankheitsarten. Die seit 1993 erhobenen Diagnose-daten der Krankenhäuser beschränken sich auf den drei-

stelligen Schlüssel der ICD 9 (International Classification of Diseases, 9. Revision). Da der Alzheimer-Erkrankung eine vierstellige Schlüsselnummer zugewiesen ist, läßt sich anhand des vorliegenden Materials nicht feststellen, wieviele an ihr erkrankte Patienten sich einer Krankenhausbehandlung unterziehen. So bleibt als einzige Nachweisquelle die Todesursachenstatistik, die auf der Auswertung der Leichenschauische nach dem für den Tod ursächlichen Grundleiden basiert und vierstellig verschlüsselt ist. Der geschilderte Verlauf der Krankheit mit geistigem und später körperlichen Verfall rechtfertigt die Annahme, daß Alzheimer auch bei den Todesursachen eine Rolle spielt. Die Auswertung der Leichenschauische erfolgt nach dem monokausalen Prinzip, das heißt, in die Statistik geht jeweils nur das Leiden ein, das als Grundleiden angegeben ist bzw. sich als ursächlich für den Tod herleiten läßt. Dies hat aber zur Folge, daß alle anderen aufgeführten Krankheitszustände von seiten der amtlichen Statistik nicht verwertet werden.

² Paulus, Werner/Bancher, Christian/Jellinger, Kurt: Die Neuropathologie der Demenzen, in: Deutsches Ärzteblatt, 92. Jg., Heft 47/1995, S. B 2340 ff.

Schaubild 1

Am Alzheimer-Syndrom*) Gestorbene in Baden-Württemberg seit 1979



*) Positionsnummer 331.0 der ICD/9.

Statistisches Landesamt Baden-Württemberg

437 96

Darüber hinaus ist festzuhalten, daß Alzheimer-Patienten sehr wohl an einer anderen Todesursache, wie etwa an einer bösartigen Neubildung, einer Herz-Kreislauf-Erkrankung oder einem Verkehrsunfall sterben können. Diese Todesursachen sind nicht auf die Altersdemenz zurückzuführen und werden somit als Grunderkrankung gewertet und signiert. Auch Mischformen wie Alzheimer/Parkinson finden in der laufenden Todesursachenstatistik als Doppelerkrankung keinen Niederschlag. Multimorbidität bzw. -mortalität ließe sich nur über eine Sonderauswertung der aktuell zu bearbeitenden Fälle feststellen.

Immer mehr Menschen sterben an Alzheimer

Erstaunlicherweise ist der Beobachtungszeitraum für die Alzheimer-Erkrankung begrenzt. Vor 1979, dem Jahr, als die ICD 9 die ICD 8 ablöste, war sie als Krankheit bzw. als Todesursache nicht gesondert ausgewiesen. Auffallend ist weiter, daß die er-

sten Jahre, in denen durch die neue ICD die Möglichkeit geschaffen war, dieses Leiden in der Todesursachenstatistik zu manifestieren, bemerkenswert niedrige Sterbefallzahlen auftraten (Schaubild 1). Über den Grund dieser sehr schmalen Ausgangsbasis im Zusammenhang mit einer Krankheit, die mit Sicherheit schon damals eine Rolle gespielt hat, kann man heute nur spekulieren. Am ehesten plausibel ist die Vermutung, daß das Alzheimer-Syndrom erstmals als Todesursache signierbar wurde. Die Frage, ob sie vorher oder in der Übergangszeit unter einem Sammelbegriff wie senile Demenz auf den Leichenschauschein angegeben wurde, läßt sich im Rahmen dieser Untersuchung nicht klären.

Ein nicht zu unterschätzender Einfluß wird in diesem Zusammenhang auch von Fortschritten in der Forschung und dem damit verbundenen wachsenden Kenntnisstand ausgehen, der zu einer stetigen Anpassung der Bewertungen führt. Hierbei ist als ein weiterer Aspekt die Überlebenswahrscheinlichkeit bei Alzheimer zu sehen. Eine Studie hierzu kommt zu dem vorsichtig formulierten Ergebnis, daß vom ersten diagnostizierten Auftreten der Erkrankung bis zum Tod bei Patienten mit mittlerem Schweregrad (der so definiert wird, daß eine selbstständige Lebensführung nicht mehr möglich ist) zwölf Jahre vergehen.³ Im Hinblick hierauf fällt auf, daß die Anzahl der Sterbefälle von 1979 ausgehend erst in der zweiten Hälfte der 80er Jahre spürbar zunehmen (Schaubild 1). Hier ist ein Zusammenhang mit einer sicherer gewordenen Diagnostik zumindest denkbar. Auffallend bleiben die bis 1985 zunächst kleinen Zahlen, sowohl absolut gesehen als auch bezogen auf die mittlere Bevölkerung.

Erst danach setzt eine von der Größenordnung der Zahl her dynamischere Entwicklung ein. Bezogen auf die einleitend genannten Erkrankungszahlen, erscheint die Zahl der Sterbefälle überraschend niedrig. Denkbar ist immerhin auch hier, daß sich diese Aussagen auf zwischenzeitlich Erkrankte beziehen, die von der oben zitierten Überlebenswahrscheinlichkeit her ihr Sterbealter noch nicht erreicht haben. Diese Entwicklung wird in der Zukunft sehr genau zu beobachten sein, wobei die anstehende Umstellung der Todesursachenstatistik auf die ICD in ihrer 10. Revision eine Verbesserung der Qualität des Diagnosenachweises verspricht, die möglicherweise zu einem Ansteigen der Fallzahlen führen kann.

Typische Alterskrankheit

Das mittlere Sterbealter bei der Todesursache Alzheimer, also das Alter, bis zu dem die Hälfte der Patienten verstorben, die andere Hälfte jedoch noch am Leben ist, lag 1995 bei 81,3 Jahren (1989: 78,3 Jahre). Damit bewegt es sich um fast zwei Jahre über dem allgemeinen mittleren Sterbealter von 79,5 Jahren. Per definitionem bereits als Alterskrankheit ausgewiesen, untermauern diese Zahlen eindrucksvoll die Berechtigung einer derartigen Zuordnung (Tabelle 2). Während das mittlere Sterbealter der Männer bei Alzheimer jedoch weit über den allgemeinen Werten liegt, bleiben die Frauen nur unwesentlich unter ihren geschlechtsspezifischen Werten, wobei von einer tendenziellen Annäherung ausgegangen werden kann. Die Spanne des allgemeinen mittleren Sterbealters zwischen den Geschlechtern liegt 1995 bei knapp neuneneinhalb Jahren, um die Frauen im Durchschnitt älter werden als Männer. Bei den an Alzheimer Verstorbenen dagegen überleben die Frau-

³ Kurz, A./Greschniok, P.: Überlebenswahrscheinlichkeit, S. 61.

Tabelle 1

Am Alzheimer-Syndrom¹⁾ Gestorbene in Baden-Württemberg seit 1989 nach Altersgruppen und Geschlecht

Jahr	Insgesamt	Davon von ... bis unter ... Jahre									
		unter 45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85 und mehr
männlich											
1989 . . .	137	-	-	1	4	9	10	22	38	31	22
1990 . . .	143	-	1	2	2	4	12	17	48	41	16
1991 . . .	140	-	-	-	1	12	17	18	38	38	16
1992 . . .	156	-	1	-	3	4	10	24	39	47	28
1993 . . .	166	-	-	2	2	8	15	36	30	53	20
1994 . . .	171	-	-	1	2	6	9	32	30	55	36
1995 . . .	155	-	-	-	4	8	12	29	22	43	37
weiblich											
1989 . . .	194	-	1	2	4	9	16	27	55	41	39
1990 . . .	278	-	-	2	2	6	22	30	84	80	52
1991 . . .	261	-	-	2	2	7	21	36	60	78	55
1992 . . .	265	-	1	-	3	12	18	28	62	79	62
1993 . . .	294	-	-	1	2	3	18	54	60	82	74
1994 . . .	301	-	-	1	4	8	16	37	53	104	78
1995 . . .	360	-	-	-	-	12	20	51	59	108	110
Insgesamt											
1989 . . .	331	-	1	3	8	18	26	49	93	72	61
1990 . . .	421	-	1	4	4	10	34	47	132	121	68
1991 . . .	401	-	-	2	3	19	38	54	98	116	71
1992 . . .	421	-	2	-	6	16	28	52	101	126	90
1993 . . .	460	-	-	3	4	11	33	90	90	135	94
1994 . . .	472	-	-	2	6	14	25	69	83	159	114
1995 . . .	515	-	-	-	4	20	32	80	81	151	147

¹⁾ Positionsnummer 331.0 der ICD/9.

en im Durchschnitt das andere Geschlecht lediglich um 1,5 Jahre. Dabei handelt es sich um keine zufällige Erscheinung, wie aus *Tabelle 2* hervorgeht. Männer wie Frauen sterben an Alzheimer also in nahezu dem gleichen Alter.

Ein weiteres und besonders auffallendes Merkmal von Morbus Alzheimer ist eine deutliche Übersterblichkeit der Frauen – sowohl was die absolute Zahl der Todesfälle als auch die geschlechtsspezifische Sterbeziffer angeht (*Schaubild 1*). Bei den Frauen liegt sie rund doppelt so hoch wie diejenige der Männer, wobei zu berücksichtigen ist, daß die alzheimerrelevanten Altersklassen sehr viel stärker von Frauen als von Männern besetzt sind.

Regionale Unterschiede vorhanden

Die insgesamt kleinen bis sehr kleinen Fallzahlen verbieten eine jährliche Auswertung der an Alzheimer Verstorbenen auf Kreisebene. Zu groß und unkalkulierbar wird der Einfluß möglicher Störfaktoren. Nur eine Zusammenfassung von mehreren Berichtsjahren ergibt eine gerade genügend große Anzahl von Sterbefällen, um sie zu einer behutsamen Untersuchung der regionalen Gegebenheiten heranziehen zu können (*Schaubild 2*). Wegen der unterschiedlichen Verteilung der Geschlechter auf die einzelnen Altersgruppen bietet es sich an, ein altersstandardisierendes Verfahren anzuwenden. Ein gewisses Problem ist die nach WHO-Standard zu niedrig angesetzte weibliche Bevölkerung Baden-Württembergs in den höchsten Altersklassen, die zu einer relativ geringeren Gewichtung gegenüber den Männern in diesen Klassen führt. Entsprechend bewegt sich die Sterbeziffer der Männer mit 3,2 doch erheblich über derjenigen der Frauen (2,7).

Dieser Abstand geht deutlich zurück, wenn man nur die Zahl der Verstorbenen über 45 Jahren berücksichtigt, also die Al-

tersgruppen, in denen Alzheimer als Todesursache innerhalb des Beobachtungszeitraums erstmals auftritt. Dies hängt mit der dadurch etwas erhöhten Gewichtung der höheren Klassen zusammen, was insgesamt zu einer höheren Sterbeziffer führt.

Für die Regionalisierung des Ergebnisses spielt diese Möglichkeit jedoch eine eher untergeordnete Rolle, da sie sich auf die Verteilung auf die Kreise nur schwach auswirkt. Die niedrigere Sterbeziffer, die durch die Berücksichtigung aller Altersgruppen entsteht, hat allerdings bei einer graphischen Darstellung den Vorteil, daß sich die Spanne der einzelnen Gruppen enger fassen läßt und der Landesdurchschnitt prägnanter definiert ist (*Schaubild 2*). Bei beiden Berechnungen werden ähnliche Schwerpunkte abgebildet, die sich im Norden und Nordwesten sowie im Südosten Baden-Württembergs befinden. Unterdurchschnittlich ist der Nordosten und einige Kreise, die unterhalb der Mitte des Landes von Westen her in Richtung Süden biegen. Eher erstaunlich ist die je nach Geschlecht etwas

Tabelle 2

Mittleres Sterbealter beim Alzheimer-Syndrom¹⁾ 1989, 1992 und 1995

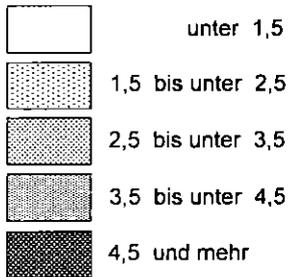
Geschlecht	1989	1992	1995
Alzheimer			
Männlich . . .	78,0	79,6	80,3
Weiblich . . .	78,5	80,5	81,8
Insgesamt . . .	78,3	80,2	81,3
Todesursachen insgesamt			
Männlich . . .	75,0	74,0	73,1
Weiblich . . .	81,3	81,6	82,5
Insgesamt . . .	78,3	78,8	79,5

¹⁾ Positionsnummer 331.0 der ICD/9.

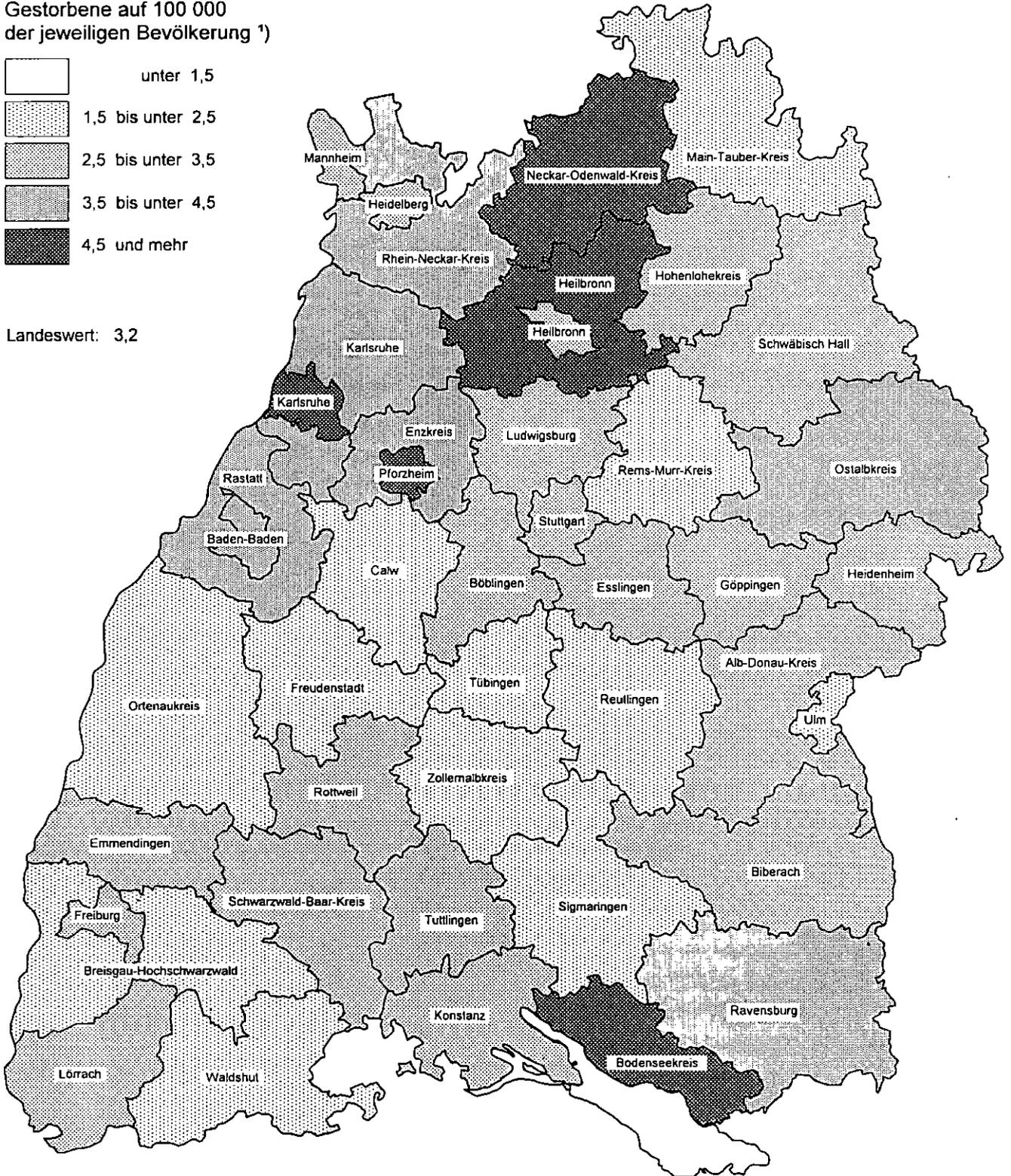
Die Berechnung des Medians (= mittleres Sterbealter) erfolgte auf der Basis von 5-Jahres-Gruppen.

**Am Alzheimer-Syndrom*) Verstorbene
in den Stadt- und Landkreisen Baden-Württembergs 1989 bis 1994**
a) männlich

Gestorbene auf 100 000
der jeweiligen Bevölkerung ¹⁾



Landeswert: 3,2



*) Pos.-Nr. 331,0 der ICD/9

¹⁾ Direkte Altersstandardisierung an der Europäischen Standardbevölkerung der WHO.

unterschiedliche Ausprägung in der Region Stuttgart, die sich entweder an den Landesdurchschnitt anlehnt oder diesen sogar unterschreitet.

Da die Ursachen für die Alzheimer-Erkrankung weitgehend unbekannt sind, läßt sich aus dem entstandenen regionalen Muster keine Risikoverteilung für Baden-Württemberg ableiten. Hintergründe sind hier nicht in ähnlicher Weise verifizierbar wie bestimmte Atemwegserkrankungen im Gebiet des Oberrheins, wo größere Industrieanlagen im Zusammenhang mit klimatischen und geographischen Besonderheiten zu Erklärungsversuchen ermutigen.

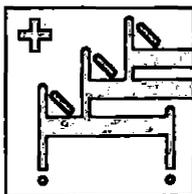
Zusammenfassung

Das Alzheimer-Syndrom gewinnt, bedingt durch den zügigen Strukturwandel im Altersaufbau der Bevölkerung, als typische Alterserkrankung zunehmend an Bedeutung. Die amtliche Statistik ist derzeit nur in der Lage, Material aus der Todesursachenstatistik zur Verfügung zu stellen. Hier über-

rascht zunächst, daß die Fallzahlen der an Alzheimer verstorbenen Patienten bis zur Mitte der 80er Jahre sehr klein sind. Erst ab diesem Zeitpunkt ist eine dynamische Entwicklung erkennbar. Zahlenmäßig sind Frauen von dieser Todesursache stärker betroffen als Männer. Auch bezogen auf 100 000 der mittleren Bevölkerung gilt diese Feststellung. Erst eine Auswertung mittels eines altersstandardisierenden Verfahrens führt zu einer, je nach Klassierung, mehr oder weniger erhöhten Sterblichkeit der Männer. Das mittlere Sterbealter liegt bei Männern mit der Todesursache „Alzheimer-Syndrom“ deutlich über ihrem allgemeinen mittleren Sterbealter. Frauen sterben an dieser Erkrankung dagegen etwas vor Erreichen ihres geschlechtsspezifischen mittleren Sterbealters, das erheblich über dem der Männer liegt. Regional betrachtet ergeben sich für beide Geschlechter übereinstimmende Schwerpunkte im Nordwesten Baden-Württembergs, unterhalb seiner Mitte und im Süden. Die weitere Entwicklung der Alzheimer-Erkrankung als Todesursache wird nach den allgemein ungünstigen Prognosen in den nächsten Jahren aufmerksam zu beobachten sein.

Dr. Lothar Baumann

Welches Krankenhaus ist wo?



Name • Anschrift • Telefon • Fachabteilungen

Im Bedarfsfall die wichtigsten Vorabinformationen über die Krankenhäuser einer Region

Das **Verzeichnis der Krankenhäuser in Baden-Württemberg** - Stand 1.1.1993 - gibt weiterhin Auskunft über

- Art des Krankenhauses
- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen
- Trägerschaft
- Bettenzahl

Die Angaben sind nach Stadt- und Landkreisen gegliedert
Eine alphabetische Gemeindeliste ist beim Auffinden hilfreich

72 Seiten, kartoniert, 14,80 DM (zuzüglich Versandkosten), Artikel-Nr. 1221 93001, ISSN 0933 -6834

Ihre Bestellung richten Sie bitte an:

Metzler-Poeschel Verlag, Werastraße 21 - 23, 70182 Stuttgart, Telefon (0711) 21 94 - 104, Fax (0711) 21 94 - 119



STATISTISCHES LANDESAMT BADEN-WÜRTTEMBERG

