

# Möglichkeiten zur Prävention von DEMENZ

FOTOS: PRIVAT KURATORIUM KNOCHENGESUNDHEIT E.V.



Epidemiologische Studien, in denen Risikofaktoren für demenzielle Erkrankungen ermittelt wurden, haben wichtige Impulse für die Prävention gegeben. In unserem Beitrag in Heft 2-2011 konnten wir zeigen, dass es neben den nicht beeinflussbaren Risikofaktoren (z.B. Alter, Geschlecht, genetische Risiken) eine Reihe von beeinflussbaren Faktoren gibt: Ernährung und Genussmittel (z.B. hoher Alkoholkonsum und Fettverzehr, Rauchen), geringe körperliche, geistige und soziale Aktivitäten, vaskuläre Risikofaktoren (Bluthochdruck, Diabetes, Fettstoffwechselstörungen) und Vorerkrankungen (Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Depression).

PROF. DR. SIEGFRIED WEYERER, MANNHEIM  
DR. JOCHEN WERLE, MANNHEIM

**U**nter Prävention versteht man gezielte Maßnahmen oder Aktivitäten, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern, verzögern oder weniger wahrscheinlich machen. Unter Berücksichtigung des Krankheitsverlaufs demenzieller Erkrankungen bietet es sich an, bei den Präventionsmaßnahmen zu differenzieren nach:

- primärer Prävention (Verhinderung bzw. Verzögerung des erstmaligen Auftretens der Krankheit durch Ausschaltung ursächlicher Faktoren und Verringerung der Risikofaktoren);
- sekundärer Prävention (Früherkennung und frühzeitige Behandlung der Demenz);
- tertiärer Prävention (Verringerung der Folgen der Demenzerkrankung).

In der **Primärprävention** der Alzheimer- wie auch der vaskulären Demenzen sind die Risikofaktoren von besonderer Bedeutung, die durch Interventionen beeinflusst werden können: Risiken des Gesundheitsverhaltens (Ernährung und Genussmittel), vaskuläre Risikofaktoren, Vorerkrankungen sowie körperliche, geistige und soziale Aktivitäten.

Mediterrane Ernährung aus Obst, Gemüse, Olivenöl, Fisch und Kohlenhydraten scheint vor einer Demenzerkrankung zu schützen. Die ungesättigten Fettsäuren im Olivenöl senken den LDL-Cholesterinspiegel. Omega-3-Fettsäuren verbessern die Kontakte zwischen den Ner-

venzellen im Gehirn und verhindern Entzündungen. Folsäure wirkt gegen Homocystein, eine Aminosäure, die das Alzheimer-Risiko erhöht.

Bei den vaskulären Risikofaktoren beim Entstehen einer demenziellen Erkrankung spielt der Bluthochdruck eine zentrale Rolle. Eine erfolgreiche Behandlung dieses Risikofaktors kann die Häufigkeit von neu diagnostizierten Demenzen erheblich senken.

Eine wichtige Rolle für die primäre Prävention von Demenzerkrankungen spielen körperliche Aktivitäten. Beispielsweise konnte in einer amerikanischen Studie gezeigt werden, dass Personen, die über mehr als sechs Jahre mindestens dreimal in der Woche Sport getrieben haben, seltener eine Demenz entwickelt haben, als Personen, die weniger sportlich aktiv waren. Selbst leichtere körperliche Aktivitäten wie Wandern sind mit einem geringeren Demenzrisiko verbunden. In Deutschland haben Oswald und Mitarbeiter drei Trainingsprogramme (Kompetenztraining, Gedächtnistraining, Bewegungstraining) entwickelt, die über einen Zeitraum von einem Jahr bei älteren Menschen zwischen 75 und 93 Jahren eingesetzt wurden, die zu Beginn der Studie selbständig und weitgehend gesund waren. Anschließend setzten die Teilnehmer die Übungen in Eigenregie fort. Die Studie ergab, dass die Kombination von Gedächtnis- und Bewegungstraining den anderen einfachen Programmen überlegen war. Das Kombinationstraining wirkte sich langfristig günstig auf die kognitive (geistige) Leistungsfähigkeit und die Selbständigkeit aus und trug wesentlich dazu bei, dass demenzielle Erkrankungen seltener auftraten.

Bei der **sekundären Prävention** stehen die Früherkennung und frühzeitige Behandlung leichter kognitiver Störungen im Mittelpunkt. Bevölkerungsstudien zufolge ist die Prävalenz (= Krankheitshäufigkeit) von leichten kognitiven Störungen mit durchschnittlich 16% etwa doppelt so hoch wie die Häufigkeit von Demenzen. Nicht alle leichten kognitiven Störungen haben einen ungünstigen Verlauf. In bis zu 40% der Fälle kommt es zur Verbesserung oder zur völligen Rückbildung der kognitiven Defizite. Ältere Menschen mit diesen Störungen stellen jedoch eine Hochrisikogruppe für die Entstehung von Demenzen dar. Nach drei bis fünf Jahren entwickelt sich bei durchschnittlich etwa 50% der Betroffenen eine Demenz. Die meisten Demenzen kündigen sich in den Jahren vor ihrem Beginn durch leichte kognitive Störungen an, was die Chancen einer frühzeitigen Intervention begünstigt. Die Kenntnisse über leichte kognitive Störungen, die im Übergangsbereich zwischen altersnormaler kognitiver Leistungsbeeinträchtigung und leichter Demenz angesiedelt sind, werden bereits seit geraumer Zeit genutzt, um an Hochrisikogruppen für Demenz aussichtsreiche Frühbehandlungen zu erproben.

Welche weitreichenden Wirkungen schon eine vergleichsweise geringe Verzögerung des Krankheitsbeginns hätte, verdeutlicht eine amerikanische Modellrechnung. Danach würde ein genereller, bevölkerungsweiter Aufschub des Erkrankungsalters um zweieinhalb Jahre die Zahl der Kranken um mehr als 20% und ein Aufschub um fünf Jahre die Zahl der Kranken um fast die Hälfte verringern. Diese starke Verringerung der Krankenzahl erklärt sich daraus, dass Demenzen überwiegend im Alter oberhalb von 80 Jahren auftreten. In diesem hohen Alter kann die Verzögerung des Demenzbeginns um wenige Jahre die verbleibende Lebenserwartung in vielen Fällen übersteigen, so dass es nicht zum Krankheitsausbruch kommt. Bei leichten kognitiven Störungen zielen Interventionen darauf ab, die kognitive Leistungsfähigkeit zu verbessern oder zumindest zu stabilisieren.

Da eine Heilung der Alzheimer-Demenz derzeit nicht möglich ist, richten sich **tertiäre Präventionsmaßnahmen** auf die Verbesserung der Lebensqualität Demenzkranker und ihrer Pflegepersonen. Dabei bietet sich ein ganzheitlicher Therapieansatz an, der folgende Komponenten umfassen sollte:

- sachgerechte Behandlung gleichzeitig vorhandener körperlicher Erkrankungen;
- Gabe von Antidementiva, wobei derzeit Cholinesterasehemmer und der NMDA-Rezeptorantagonist Memantine eingesetzt werden;
- Therapie von Verhaltensauffälligkeiten, wobei zunehmend atypische Neuroleptika verordnet werden;
- psychosoziale Betreuung und Angehörigenarbeit.

Ziel der Demenztherapie bei mittleren und schweren kognitiven Beeinträchtigungen ist es dagegen, noch vor-



Mediterrane Ernährung aus Obst, Gemüse, Olivenöl, Fisch und Kohlenhydraten scheint vor einer Demenzerkrankung zu schützen.

handene Alltagskompetenzen möglichst lange zu erhalten und Krankheitsfolgen zu mildern. Die heutigen Therapien mit Antidementiva erlauben im günstigen Fall eine Verlaufsverzögerung von durchschnittlich sechs bis zwölf Monaten und ein längeres Verbleiben der Demenzkranken in der eigenen Häuslichkeit. Untersuchungen zur Wirksamkeit nicht-medikamentöser Interventionen, z.B. von psychoedukativen Gruppen (Informationsvermittlung zur Krankheit, verschiedene psychotherapeutische, zumeist unterstützende Techniken) mit pflegenden Angehörigen, haben gezeigt: Diese Verfahren können nicht nur zu einer Verbesserung der Pflegemotivation und Zufriedenheit bei den Pflegenden führen, sondern auch bestimmte Verhaltensauffälligkeiten des Demenzkranken bessern, sie somit zumindest gleichberechtigt neben der medikamentösen Therapie angewendet werden sollten. Langfristig können familiäre Interventionen dazu beitragen, den kostspieligen und häufig nicht gewünschten Heimaufenthalt eines Demenzkranken hinauszuzögern.

### Folgerungen

Eine Reihe von Untersuchungen zeigen, dass geistige, körperliche und soziale Aktivitäten eine protektive (schützende) Wirkung besitzen. Auch von einer gesunden Ernährung können vorbeugende Wirkungen ausgehen. Vielversprechend mit Blick auf die Prävention von Demenzen sind die Hinweise auf eine mögliche Beteiligung modifizierbarer vaskulärer Risikofaktoren wie Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Hyperhomocysteinämie, Nikotinkonsum und Fehlernährung.

#### Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Siegfried Weyerer, Dr. Jochen Werle  
Arbeitsgruppe Psychiatrische Epidemiologie und Demographischer Wandel  
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit  
Postfach 122120  
D-68072 Mannheim

Diese Arbeit wurde unterstützt durch das INTERREG IWB NWE Projekt „ Health & Demographic Changes“