

ZUM THEMA

„Wir sind der Demenz nicht ausgeliefert“ Prävention bereits in jungen Jahren hilft

Dement zu werden ist für viele Menschen eine furchtbare Vorstellung, zumal es noch immer keine Aussicht auf Heilung gibt. Doch die Forschung zeigt: Prävention ist möglich und sinnvoll. Was für den einzelnen Patienten und die Gesellschaft als Ganzes hilfreich ist, erläuterte Prof. Dr. Robert Perneczky, geschäftsführender Oberarzt und Leiter der Sektion für psychische Gesundheit im Alter und des Alzheimer Therapie- und Forschungszentrums am Klinikum der LMU

Herr Prof. Perneczky, wie sehen Sie die aktuelle Entwicklung bei den Demenzzahlen?

Es ist eine große Überraschung, dass die erwartete Explosion der Demenzzahlen in Mitteleuropa und in anderen westlichen entwickelten Ländern ausgeblieben ist. Weil wir insgesamt älter werden, gibt es zwar insgesamt mehr Demenzkranke, aber das Demenzrisiko hat abgenommen. Studien aus Schweden, England, den USA und Japan zeigen alle, dass die Zahlen nicht so zunehmen, wie man das erwartet hat, weil die Bildung und die Lebensstile besser werden. Insgesamt ist es über alle Menschen hinweg so, dass die Risikofaktoren bei uns in Europa abgenommen haben. In vielen Entwicklungsländern hingegen explodiert die Zahl der Demenzfälle. Die Zunahme der weltweiten Demenzfälle kommt nicht aus Europa und den USA, sondern aus Asien und Afrika. Dort werden die Leute heute auch älter, aber ihre Lebensstile haben sich noch nicht angepasst: Die Ernährung ist oft ungesünder und die Bildung schlechter.

Stichwort Ernährung: Internationale Studien zeigen zunehmend, dass Lebensstilfaktoren eine bedeutende Rolle bei der Demenzprävention spielen...

Das ist das Spannende: Dass man heute vieles selbst in der Hand hat, dass man merkt, dass man vielen Krankheiten wie Demenz oder Alzheimer nicht hilflos ausgeliefert ist, sondern dass man etwas tun kann. Dieser Aspekt ist relativ neu.

Was sind denn laut aktuellen Studien die für die Demenzprävention wichtigsten Faktoren?

Dazu gibt es eine aktuelle Arbeit von Livingston et al., die im vergangenen Jahr im Lancet veröffentlicht wurde. Darin werden neun wichtige Faktoren genannt. Wenn man diese alle optimal beeinflusst

sen bzw. reduzieren könnte, könnte man eine bis zu 30-prozentige Verringerung des Demenzrisikos erreichen. Dazu zählen wenig Schulbildung, Depression, Rauchen und interessanterweise auch Hörminderung, weil das oft den Zugang zu sozialen Aktivitäten und kognitiver Stimulierung verhindert. Hinzu kommen fehlende soziale Aktivitäten, Diabetes, Übergewicht, mangelnde körperliche Aktivität und vorausgegangene Kopfverletzungen wie ein Schädel-Hirn-Trauma.

Kann sich aus Ihrer Sicht also ein heute mittelalter Mensch mit einem gesunden Leben vor Demenz im Alter schützen?

Auf jeden Fall. Es gibt Studien, die zeigen, dass man auch noch als älterer Mensch sein Demenzrisiko vermindern kann, indem man seinen Lebensstil verändert und aktiver wird – vielleicht weniger als wenn man bereits als mittelalter Mensch damit begonnen hätte, aber es ist nie zu spät.

Wie weit ist die Wissenschaft bei der Frage der Demenzprävention fortgeschritten? Was kann man mit Sicherheit sagen?

Zunächst muss man natürlich sagen, dass man die Alzheimer-Krankheit als wichtigste Demenzursache immer noch nicht richtig verstanden hat. Es gibt belastbare Hinweise und Evidenzen, dass dabei Protein-Veränderungen eine Rolle spielen. Das Amyloid-beta bildet Plaques im Gehirn. Viele andere Punkte und Prozesse versteht man aber leider noch nicht ausreichend. Zum Beispiel, was ein gutes und was ein schlechtes Gehirn ausmacht. Warum gibt es Menschen, deren Gehirn voll ist mit Plaques, die aber trotzdem nie oder erst sehr spät dement werden? Andere Menschen hingegen haben kaum Plaques im Gehirn, von außen gesehen also anscheinend ein relativ gesundes Gehirn, entwickeln aber trotzdem eine Demenz.



Prof. Dr. Robert Perneczky. (Foto: LMU).

Dort setzt unser Präventions-Gedanke an: Das Konzept nennt man „kognitive Reservekapazität“. Es beschreibt die These, dass es, plakativ gesagt, „gute“ und „schlechte“ Gehirne gibt – mit hohen und niedrigen Reserven gegen eine Demenz. Diese Reserven versuchen wir zu verstehen und zu stärken.

Wie gut ist diese These abgesichert?

Die meisten Ergebnisse zur Demenzprävention stammen leider aus der epidemiologischen Forschung, nicht aus randomisierten, kontrollierten Interventionsstudien – aus ethischen Gründen. Man kann ja nicht einfach eine Versuchsgruppe von Kindern jahrelang in einen Keller sperren, während man die andere in die Schule und später auf die Uni schickt, um später das Demenzrisiko der beiden Gruppen zu vergleichen. Dennoch wissen wir aus Beobachtungsstudien der Bevölkerung sehr konsistent und glaubwürdig, dass eine gute Schulbildung häufig mit einem geringeren Demenzrisiko assoziiert ist – wahrscheinlich, weil sie die kognitiven Reserven stärkt. Gleichzeitig treten immer wieder die oben genannten Risikofaktoren hervor, die man möglichst vermeiden sollte. Dazu zählt alles, was das Gefäßsystem schädigt. Für die Prävention bedeutet das: Wir brauchen z. B. mehr Programme zur Raucher-Entwöhnung. Wir müssen schauen, dass man latenten Bluthochdruck erkennt und ihn gut einstellt, etc.

Zurück zum Faktor Schulbildung: Ist das ein primärer Risikofaktor, oder könnte er z. B. auch mit der Ernährung zusammenhängen? Man weiß ja, dass Menschen mit höherer Bildung sich tendenziell auch besser ernähren.

Ich glaube tatsächlich auch eher, dass es sich hier um ein Epiphänomen handelt. Wahrscheinlich spiegelt sich in der Schulbildung eine Mischung aus verschiedenen Faktoren wider: Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass etwa zwei Prozent der absolvierten Schuljahre durch eine genetische Komponente erklärt werden. Auch das soziale Umfeld spielt eine Rolle, besonders in Ländern wie Großbritannien oder den USA: Wenn ich Eltern habe, die kein Geld haben, können sie mir die Schulbildung an Privatschulen und später die Universitäten nicht bezahlen. Aus diesem Teufelskreis auszubrechen ist schwer.

Ergeben sich aus solchen Erkenntnissen nicht automatisch auch Forderungen an die Politik?

Die epidemiologischen Studien zeigen klar, dass sich der Zugang zu einer guten Schulbildung in Europa und der entwickelten Welt verbessert hat und dass damit nun auch das Demenzrisiko gesunken ist. Das ist ein starkes Signal an die Politik: Dass man die Schulbildung verändern und verbessern muss, sodass jeder die gleichen Chancen hat. Dass man nicht schon zu Schulzeiten die Kinder in dümmere und klügere Kinder aufteilen darf, wie dies leider in Deutschland meist der Fall ist. Denn damit schreibt man deren gesamte Lebensgeschichte fort und beeinflusst schließlich sogar Dinge, die am Ende des Lebens passieren, wie die Demenzentwicklung.

Die wissenschaftliche Forschung geht aber auch von Faktoren aus, die nicht beeinflussbar sind...

Das ist richtig. Zum Beispiel haben Frauen tendenziell ein höheres Demenzrisiko als Männer. Und das liegt nicht nur daran, dass Frauen länger leben, wie man sieht, wenn man die Zahlen um den Faktor Alter bereinigt. Es könnte hormonelle Ursachen geben, zum Beispiel das Östrogen. Doch das ist noch nicht ausreichend gesichert. Es könnte auch an anderen Besonderheiten des Gehirns liegen, zum Beispiel an Größe und Gewicht des Gehirns. Die Gehirne von Männern sind ja durchschnittlich größer und schwerer als die von Frauen.



(Foto: © YuryImaging – shutterstock.com)

Doch auch dieser Faktor lässt sich beeinflussen, denn die Gehirngröße wird ja bereits vor der Geburt und in den ersten paar Jahren nach der Geburt festgelegt. Wenn wir also akzeptieren, dass die Gehirngröße ein wichtiger Faktor für das Demenzrisiko darstellt, muss man auch die frühkindliche Entwicklung verbessern: Man muss sicherstellen, dass die Ernährung in den ersten paar Lebensjahren gut ist und dass Infektionen möglichst vermieden werden, um eine optimale Gehirnentwicklung zu ermöglichen. Es ist spannend, dass man bereits in den ersten Lebensjahren etwas tun kann, was sich auf die letzten Lebensjahre niederschlägt. Ein Kind, das gut ernährt wurde, hat später auf jeden Fall ein geringeres Demenzrisiko als eines, das unter Mangelernährung gelitten hat.

Im Umkehrschluss würde das aber zum Beispiel auch bedeuten, dass die Kriegsgeneration, die mittlerweile schon hochbetagt ist, ein höheres Demenzrisiko hat als Menschen, die im Wohlstands-Deutschland aufgewachsen sind...

Das ist richtig und stimmt wahrscheinlich. Der Effekt wird aber durch den Alterseffekt umgekehrt: Weil wir heute länger leben. Hohes Alter ist nach wie vor immer noch der größte Risikofaktor.

Worauf führen Sie es zurück, dass ethnische Herkunft laut einem Factsheet der englischen Alzheimer's Society ein wichtiger Risikofaktor für Demenz ist?

Hierfür spielt wahrscheinlich primär das höhere vaskuläre Risiko bei Menschen aus Südasien eine Rolle. Das ist in der Lite-

ratur gut beschrieben. Im südasiatischen Raum, also etwa in Indien und Pakistan, gibt es ja mehr Schlaganfälle, wahrscheinlich bedingt durch den Lebensstil und genetische Faktoren. Das höhere vaskuläre Risiko beeinflusst zumindest teilweise das höhere Demenzrisiko. Mit Sicherheit spielt aber auch in diesem Fall wieder der Bildungsfaktor eine Rolle.

Was würden Sie Patienten zur Demenzprävention raten? Was sind für Sie die wichtigsten Faktoren?

Den meisten Menschen ist nicht bewusst, was sie machen können, und viele interessiert es in jungen Jahren auch nicht. Das Interesse fängt oft erst an, wenn die Menschen mit 60 oder 65 erste altersnormale Veränderungen feststellen: Dass sie zum Beispiel Namen vergessen und insgesamt etwas vergesslicher werden. Eine gewisse Schulung der Bevölkerung würde nicht schaden. Natürlich muss dann auch jeder für sich selbst schauen, dass er die modifizierbaren Risikofaktoren für sich reduziert, indem er nicht raucht, keinen oder nur wenig Alkohol trinkt, sich mehr körperlich bewegt, mehr soziale Aktivitäten unternimmt, etc. Für die Schule ist es dann vielleicht schon zu spät, aber das bedeutet nicht, dass es insgesamt zu spät ist, aktiv zu sein. Man sollte sich mehr kognitiv stimulieren und immer wieder etwas Neues lernen.

Die Gesellschaft und die Politik müssen sich darum kümmern, dass die Menschen wissen, was sie tun können. Das ist natürlich ein langsamer Prozess und wird nicht von heute auf morgen passieren, aber wenn

man sich die Zahlen anschaut, bewegen wir uns insgesamt in eine gute Richtung. Das bedeutet natürlich keine Entwarnung. Demenz ist weiter ein großes Problem, aber wir sind ihr nicht ausgeliefert.

Wir können aber doch nicht alle Deutschen auf die Universitäten schicken?

Das muss auch nicht sein, aber gerade in Deutschland, wo das Schulsystem zwar gut ist, aber der Zugang zu bestimmten Schulformen nicht besonders fair, muss man schauen, dass die Masse der Kinder einen guten Zugang zu Bildung hat, statt sich vor allem darum zu kümmern, dass möglichst viele Kinder aufs Gymnasium kommen und dort gut unterrichtet werden, zum Nachteil der Ausgeschlossenen. Ich denke, das ist möglich.

Was können Krankenkassen tun?

Die Kassen sparen Geld, wenn sie ihre Versicherten dabei unterstützen, dass sie mit dem Rauchen aufhören, weniger Alkohol trinken und sich mehr bewegen. Wenn sie entsprechende Anreize setzen, sparen sie viel für sich selbst und die Gesellschaft. Wir werden die Demenz in der nächsten Zeit wahrscheinlich nicht heilen, aber es ist schon etwas wert, wenn man den durchschnittlichen Beginn einer Demenz um ein paar Jahre hinausschieben kann.

Was würden Sie Ärztinnen und Ärzten raten?

Zum einen sollten sie natürlich darauf achten, dass ihre Patienten möglichst gesund sind und keinen Bluthochdruck oder Diabetes haben. Zum anderen ist es wichtig, Demenz bereits im Frühstadium zu diagnostizieren. Aus meiner Sicht würde vielen niedergelassenen Ärzten ein gesteigertes Bewusstsein für die Demenz gut tun, damit sie Frühsymptome gleich bemerken. Statt abzuwarten bis jemand eine fortgeschrittene Demenz hat und man nichts mehr machen kann, wäre es wichtig, frühzeitig hinzuschauen, wenn ältere Patienten vergesslich werden oder erste Probleme mit komplexeren Alltagsaktivitäten haben.

Die Diagnose „Demenz“ ist aber nach wie vor niederschmetternd, zumal es ja noch keine Aussicht auf Heilung gibt. Ist es denn psychologisch sinnvoll, die Menschen früh mit einer solch möglichen Diagnose zu beunruhigen?

Ärztinnen und Ärzte sollten Patienten, bei denen sie einen entsprechenden Verdacht

haben, trotzdem an den Facharzt bzw. an die Gedächtnisambulanz überweisen – auch deswegen, weil es zum Teil reversible Ursachen für Demenz gibt. Manche Menschen haben eine z.B. eine Hypothyreose oder ein Meningeom, das chirurgisch entfernt werden kann und wodurch sich die kognitive Beeinträchtigung auch heilen lässt. Das sind zwar eher die selteneren Fälle, kommt aber vor.

Wie schätzen Sie die Chance ein, dass irgendwann ein hoch wirksames Medikament gegen Alzheimer auf den Markt kommt?

Ich denke schon, dass man irgendwann zumindest Teilaspekte der Demenz medikamentös beeinflussen kann. Ob ein einziges Medikament ausreichen wird, um die Krankheit zu stoppen oder zu heilen,

werden entsteht weniger Amyloid. Das ist ein bedeutender Ansatz. Die Immunisierungsstudien gegen Amyloid sind auch noch nicht beendet, obwohl die ersten nicht geklappt haben. Das zweite wichtige Protein im Rahmen der Erkrankung ist das Tau-Protein. Zu diesem Protein, das sich innerhalb der Nervenzellen befindet, nicht außerhalb wie das Amyloid, gibt es einige Studien. Damit zu forschen ist etwas komplizierter, weil es schwieriger ist, an es ranzukommen und es teilweise auch schwieriger mit Biomarkern zu markieren ist, aber es ist auch wichtig.

Bei uns am Institut gibt es sowohl Beobachtungs- als auch Interventionsstudien zu diagnostischen Verfahren oder zur Verbesserung des grundlegenden Ver-



(Foto: © Barabasa – shutterstock.com)

ist aber fraglich. Wahrscheinlich wird es wie bei HIV eher auf eine Kombination von Medikamenten herauslaufen, die verschiedene pathophysiologische Aspekte der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen beeinflussen. Womöglich hat man bei den Amyloid-Plaques einfach an der falschen Stelle angesetzt. Unter Umständen muss man sich mehr auf andere Geschehnisse konzentrieren, wie lösliche Amyloid-Proteine oder Hirnentzündungen, die im Rahmen der Alzheimer-Krankheit auftreten. Wann all diese Überlegungen wirklich zu einem wirksamen Medikament führt, kann Ihnen jedoch niemand sagen.

Was für Medikamente befinden sich in der Pipeline, und was für Studien machen Sie dazu?

Es gibt z.B. Studien zu Enzymen, die im Zusammenhang mit den Amyloid-Plaques stehen. Wenn diese Enzyme gehemmt

ständnisses der Alzheimer-Krankheit, je nach Patientenwunsch. Zusätzlich gibt es klinische Arzneimittelprüfungen und Therapiestudien, in denen neue Medikamente, von denen man weiß, dass sie gut vertragen werden und nicht giftig sind, getestet werden, ob sie auch wirksam gegen die Alzheimer-Krankheit sind.

Haben Sie ein Anliegen an die niedergelassenen Ärzte?

Wir möchten die niedergelassenen Ärzte einladen, uns Patienten zu schicken, bei denen Demenzverdacht besteht und bei denen sie selbst nicht weiterkommen oder auch Patienten, die bereits eine Diagnose haben und an einer Studie interessiert sind. Kolleginnen und Kollegen können sich dazu an uns unter 089/4400-55863 oder Psy.Alzheimerzentrum@med.uni-muenchen.de wenden.

Das Gespräch führte Stephanie Hügler