



# Argumentarium Demenz

## Stand der Dinge, Trends und PRÄVENTION

19.10.2015 / Andreas Biedermann, Rebecca Knoth

### 1 Kurzfassung

Demenz ist eine Hirnleistungsstörung, die mit einem Abbau in geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten einhergeht und zu starken Alltagsbeeinträchtigung führen kann. Für die Betroffenen ist die Demenz ein schwerer Schicksalsschlag, verlieren sie doch Kontrolle und Selbstständigkeit. Aber auch ihre Angehörigen und ihr erweitertes persönliches Umfeld sind Leidtragende. Und für die Gesellschaft stellt die Demenz eine grosse soziale und ökonomische Bürde dar.

In der Schweiz leiden zurzeit rund 110'000 Menschen an Demenz, jährlich erkranken 25'000 Menschen neu. Die durch Demenz verursachten Kosten werden auf CHF 6–7 Milliarden pro Jahr geschätzt. Der Grossteil der Kosten entsteht durch den Pflege- und Betreuungsaufwand für Demenzkranke. Gemäss offiziellen Prognosen ist mit einer Verdopplung der Demenzkranken innerhalb von 20 bis 30 Jahren zu rechnen. Damit verbunden ist eine Verdoppelung des Leidens, des Pflegebedarfs, der Kosten.

Diese Verdopplung muss aber nicht sein. Die Forschung hat gezeigt, dass eine bessere Erfassung und Behandlung von medizinischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, erhöhten Blutfettwerten und Vorhofflimmern sowie ein gesunder Lebensstil mit viel Bewegung, ausgewogener Ernährung, Vermeidung von Rauchen und hohem Alkoholkonsum das Risiko, an Demenz zu erkranken, wirkungsvoll senken. Eine schützende Wirkung haben auch die Vermittlung von höherer Bildung sowie soziale und geistig anregende Aktivitäten während des ganzen Lebens.

Neueste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass sogar bei Vorliegen erster Krankheitssymptome eine Reduktion der medizinischen Risikofaktoren, ein gesun-

der Lebensstil sowie geistige und soziale Anregung den weiteren Verlauf der Krankheit günstig beeinflussen können.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle Länder aufgerufen, wirkungsvolle nationale Demenzstrategien zu entwickeln. Die Prävention spielt hierbei eine zentrale Rolle. Menschen sollen zu einem gesunden Lebensstil motiviert, medizinische Risikofaktoren erkannt und bekämpft werden. Wichtig ist, dass gleichzeitig auch das Umfeld der Menschen so gestaltet wird, dass ein gesundheitsförderlicher Lebensstil befördert wird. Die Demenzprävention ist somit eine geteilte Aufgabe: sowohl der einzelne Mensch als auch die Gesellschaft als Ganzes sind gefordert.

Der Bund, die Kantone, Gemeinden, das Gesundheitswesen und Nicht-Regierungsorganisationen stehen in der Pflicht. Mit zielgerichteten, gut koordinierten Aktivitäten ist es möglich, das «Schicksal Demenz» zu beeinflussen, den Anstieg an Erkrankungen zu brechen und das Risiko von Einzelpersonen, an Demenz zu erkranken, günstig zu beeinflussen. Für das einzelne Individuum gibt es zwar keine Garantien, verschont zu bleiben, aber der Ausbruch einer Demenz kann ins höhere Alter verschoben und der Schweregrad abgemindert werden.

Demenzprävention ist das Gebot der Stunde. Denn die Demenzrisikofaktoren zählen auch zu den wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, chronische Lungenkrankheiten, Diabetes und weitere chronische, z.T. auch psychische Krankheiten. In der Schweiz wird zwar in der Prävention bereits einiges getan, z.B. in den Themenbereichen Tabak, Ernährung, Bewegung. Es bleibt aber immer noch sehr viel Spielraum für Verbesserungen. Angesichts der gravierenden Auswirkungen von Demenz erscheint es angebracht, diesen Spielraum zu nutzen.

## 2 Ziele und Zielgruppen dieses Berichts

Dieser Bericht bezweckt, den Stand des Wissens zur Demenz für die Via-Partner und weitere, in der Umsetzung von Prävention engagierten Akteuren in knapper Form zusammen zu fassen. Insbesondere soll er die folgenden Aspekte der Demenz darstellen:

- Epidemiologie und volkswirtschaftliche Kosten
- Prognosen und Trends
- Aktuelle Erkenntnisse zur Prävention und zur Verlangsamung des Krankheitsverlaufs

Der Bericht soll Argumente für die strategische Ausrichtung von Via, für die Umsetzungsarbeit in den Partnerkantonen und generell für Präventionsfachleute in der Schweiz liefern.

## 3 Demenz und deren Ursachen

### 3.1 Definition der Demenz

Im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) ist Demenz als Hirnleistungsstörung definiert, mit Defiziten in geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten, die zu einer Alltagsbeeinträchtigung sozialer und beruflicher Funktionen führt und gegenüber einem früheren Leistungsniveau eine deutliche Verschlechterung darstellt. Die Beeinträchtigung kann so stark werden, dass eine Person nicht mehr länger fähig ist, selbständig alltägliche Aktivitäten auszuführen (Sachdev 2014) und hilfsbedürftig wird (Nationale Demenzstrategie 2014–2017). Die Störungen, welche durch die Demenzerkrankung ausgelöst werden, betreffen das Gedächtnis sowie je nach Fall die Sprache (Aphasie), die Bewegungskoordination (Apraxie), die Erkennungsfähigkeit (Agnosie) und die Planungs- und Handlungsfähigkeit (Störung der Exekutivfunktionen) (Nationale Demenzstrategie 2014–2017).

Demenz ist ein Überbegriff für eine Vielzahl von Erkrankungen. Die Hirnleistungsstörung wird durch miteinander zusammenhängende Mechanismen ausgelöst, wobei die Interaktion von genetischen und umweltbezogenen Faktoren eine wichtige Rolle spielt (Mangialasche, et al. 2012). Bei der Einteilung der Demenz nach der Ursache werden zwei Hauptgruppen definiert: Degenerative Hirnveränderungen und Vaskuläre Demenz. Eine Kombination von Ursachen ist möglich und kommt häufig vor: bei vielen Betroffenen ist sowohl eine degenerative als auch eine vaskuläre

Komponente vorhanden. (Nationale Demenzstrategie 2014–2017)

### 3.2 Alzheimer Erkrankung

Die Alzheimer Erkrankung ist die häufigste Ursache der Demenz und zählt zu den degenerativen Formen. Die Alzheimer Erkrankung hat ein charakteristisches neurologisches Krankheitsbild. Klinisch äussert sie sich durch einen graduellen und fortschreitenden Gedächtnisverlust sowie einem Abbau weiterer geistiger Funktionen wie Konzentration, Problemlösen, abstraktes Denken, Sprache. Sie ist durch degenerative Hirnveränderungen, sogenannte amyloide Plaques und neurofibrilläre Knäuel gekennzeichnet. (Sachdev 2014)

Die Entstehungsmechanismen von degenerativen Hirnveränderungen sind bis heute nicht vollständig geklärt (Nationale Demenzstrategie 2014–2017).

### 3.3 Vaskuläre Demenz

Die Vaskuläre Demenz ist die zweithäufigste Demenzform. Dabei tritt ebenfalls ein Verlust von geistigen Funktionen auf. Ursachen sind entweder die Erkrankung kleiner Blutgefässe im Gehirn, welche zu Durchblutungsstörungen und dadurch zu Hirnschäden führt oder aber – weniger häufig – durch Hirnblutung/Hirnschlag, v.a. bei wiederholten Ereignissen. (Sachdev 2014)

## 4 Inzidenz und Prävalenz

In den letzten Jahren wurde weltweit dazu aufgerufen, Demenz als eine der grössten Herausforderungen des Gesundheitswesens anzuerkennen (Alzheimer Europe 2007, WHO 2012) und deren Prävention als prioritäres Handlungsfeld in den nationalen Gesundheitsprogrammen zu verankern (WHO 2012).

### 4.1 Inzidenz und Prävalenz weltweit

#### 4.1.1 Inzidenz

Jedes Jahr gibt es weltweit fast 7.7 Millionen neue Demenzfälle, was gleichbedeutend ist mit einem neuen Fall alle vier Sekunden (WHO 2012). 70% aller Demenzfälle treten bei Menschen auf, die mindestens 75 Jahre alt sind (Mangialasche, et al. 2012).

### Inzidenz und Prävalenz

Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit sagt aus, wie viele Menschen einer definierten Bevölkerungsgruppe an einer bestimmten Krankheit (z.B. Demenz) erkrankt sind. Die Prävalenz gibt die Gesamtzahl aller zum Untersuchungszeitpunkt Erkrankten an, unabhängig davon, wann sie erkrankt sind. Sie stellt somit eine Momentaufnahme dar. Die Inzidenz bildet dagegen die Zahl der in einem bestimmten Zeitraum Neuerkrankten ab, meist angegeben in Anzahl Neuerkrankungen pro Jahr pro 100'000 Einwohner.

#### 4.1.2 Prävalenz

Im Jahr 2010 wurde die Anzahl Menschen mit Demenz weltweit auf insgesamt 35.6 Millionen geschätzt (WHO 2012).

#### 4.1.3 Prognosen

Die weltweite Prävalenz der Alzheimer-Demenz soll laut Prognose der WHO demographiebedingt weiter zunehmen. Es gibt Schätzungen, die davon ausgehen, dass sich die Anzahl Fälle alle 20 Jahre nahezu verdoppelt. Der World Alzheimer Report prognostiziert für das Jahr 2030 65.7 und bis 2050 115.4 Millionen Erkrankte (Prince, et al. 2014). Insbesondere bei den Ältesten der Alten sowie in Ländern mit demographischem Übergang werden starke Zuwachsraten erwartet (WHO 2012).

Allerdings werden diese Prognosen mehr und mehr in Frage gestellt. Sie beruhen auf demographischen Hochrechnungen, welche für viele Teile der Welt wenig gesichert sind – insbesondere nicht für die höheren Altersgruppen (WHO 2012). Ausserdem wurde angenommen, dass die altersspezifische Prävalenz der einzelnen Regionen über die Zeit konstant bleiben würde. Reduktionen in der Risikoexposition können die Inzidenz und Prävalenz jedoch senken. Und auch Therapien, die den Krankheitsausbruch verzögern – auch wenn dies nur in einem beschränkten Ausmass geschieht, können ein beachtliches Potential zur Reduktion der altersspezifischen Prävalenz entwickeln (WHO 2012).

Neueste Analysen aus den USA, Holland, Schweden und England suggerieren in diesen Ländern je nach Analyse einen Rückgang in Inzidenz oder Prävalenz (oder beidem). Bei den 60–69-Jährigen konnte ein Rückgang der Inzidenz von bis zu über 40% festgestellt werden. Diese überraschenden Resultate werden grösstenteils auf die bessere und aggressivere Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren über die letzten 20 Jahre zurückgeführt. (Kressig 2014) Auch Bildung und mehr geistige Anregung könnten

sich positiv auf diesen neusten Trend in Ländern mit hohem Einkommen ausgewirkt haben (Sachdev 2014).

## 4.2 Inzidenz und Prävalenz in der Schweiz

### 4.2.1 Inzidenz

In der Schweiz erkranken jährlich schätzungsweise rund 25'000 Menschen an Demenz (Nationale Demenzstrategie 2014–2017).

### 4.2.2 Prävalenz

Die Zahl der Demenzfälle in der Schweiz wurde für das Jahr 2011 auf 110'688 geschätzt (Wieser, et al. 2014). Zwei Drittel der betroffenen Personen sind Frauen, was damit zu erklären ist, dass Frauen häufiger ein hohes Alter erreichen (Schweizerische Alzheimervereinigung 2014). Die Prävalenzraten steigen nach dem 65. Lebensjahr steil an: Während von den 65- bis 69-Jährigen jede fünfzigste Person an Demenz erkrankt ist, ist in der Altersgruppe 80–84 jede achte Person von Demenz betroffen (Nationale Demenzstrategie 2014–2017). Im Jahr 2011 wurden 66% der Demenzfälle bei über 80-Jährigen diagnostiziert (Wieser, et al. 2014). Allerdings litten 2011 rund 2600 Personen an einer Demenzerkrankung, bevor sie das Pensionsalter erreichten (Nationale Demenzstrategie 2014–2017).

### 4.2.3 Todesursachenstatistik

Während im Jahr 2012 in der Schweiz 5700 Personen mit der Hauptdiagnose Demenz verstarben, wurden bei weiteren 4600 Todesfällen die Demenz als Nebendiagnose festgehalten. Insgesamt wurde also bei 10'300 Verstorbenen eine Demenz registriert. An Demenz stirbt ein Mann im Mittel mit 85 Jahren, eine Frau mit 88 Jahren. (BFS 2014)

### 4.2.4 Prognosen

Da die Prävalenz der Demenz mit dem Alter stark ansteigt, prognostiziert die nationale Demenzstrategie, dass die Anzahl demenzkranker Personen in der Schweiz aufgrund der Alterung der Bevölkerung künftig deutlich zunehmen wird. So soll bis 2030 die Anzahl Menschen mit Demenz auf über 190'000 und bis 2060 auf knapp 300'000 Personen anwachsen (Nationale Demenzstrategie 2014–2017).

Allerdings werden in diesen Prognosen neue Erkenntnisse nicht berücksichtigt, welche einen Rückgang der Inzidenz und/oder Prävalenz in Ländern mit einem hohen Lebensstandard und einem qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgungssystem beobachten (siehe Kap. 4.1.3).

## 5 Kosten der Demenz

### 5.1 Kosten weltweit

Die weltweiten Gesamtkosten von Demenz werden auf US\$ 604 Milliarden im Jahr 2010 geschätzt. Diese Summe entspricht 1.0% des summierten weltweiten Brutto-Inland-Produkts (BIP). Wenn nur die direkten Kosten der medizinischen Versorgung und der Pflege in Institutionen berücksichtigt werden, liegt der Anteil bei 0.6% des weltweiten BIP. Diese Zahlen verdeutlichen den enormen Einfluss, welche die Demenz auf die Gesellschaft weltweit ausübt. In einkommensstarken Ländern erklären die informelle Pflege (45%) sowie die formelle soziale Versorgung (40%) den Grossteil der Kosten, während der Anteil der direkten medizinischen Kosten (15%) geringer ist. (WHO 2012)

#### 5.1.1 Prognosen

Wenn angenommen wird, dass alle relevanten Einflussfaktoren unverändert bleiben und nur die prognostizierte Zunahme der Anzahl demenzbetroffener Menschen berücksichtigt wird, dann werden bis 2030 die weltweiten Gesamtkosten um 85% zunehmen. Allerdings könnten die zukünftigen Kosten sowohl durch makroökonomische als auch durch demenzspezifische Faktoren beeinflusst werden. (WHO 2012)

#### Direkte und indirekte Kosten

Bei den Kosten, die durch eine Erkrankung (wie Demenz) entstehen, wird zwischen den direkten und den indirekten Kosten unterschieden. Die direkten Kosten belasten die Gesundheitsausgaben. Zu ihnen zählen die Kosten für Diagnose und Behandlung – sowohl ambulant (Hausarztpraxen, Spitex etc.) als auch stationär (Spital-, Rehabilitations- und Pflegeaufenthalte). Die indirekten Kosten entstehen z.B. durch Verdienstausschlag aufgrund von Krankheit, bei frühzeitiger Pensionierung oder bei der Pflege durch Angehörige. Diese Kosten ziehen keine direkten Zahlungen nach sich und erscheinen deshalb auch nicht im Total der Gesundheitsausgaben.

### 5.2 Kosten in der Schweiz

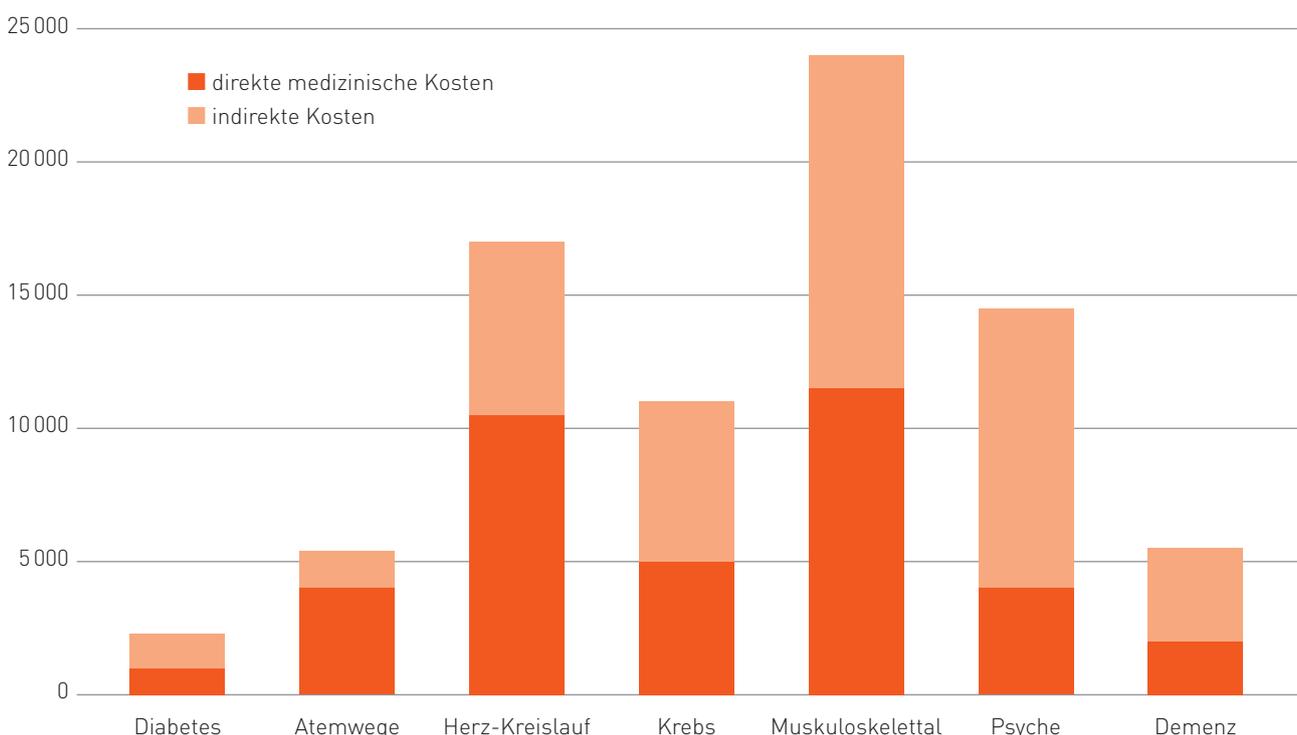
#### 5.2.1 Direkte Kosten

Gemäss einem Bericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit über die Kosten der nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz betragen die direkten medizinischen Kosten für Demenz im Jahr 2011 ca. CHF 2.5 Milliarden (Wieser, et al. 2014).

Die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 der Schweiz stützt sich hingegen auf einen Bericht im

ABBILDUNG 1

Direkte und Indirekte Kosten der nicht-übertragbaren Krankheiten in der Schweiz (Wieser, et al. 2014)



Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Demgemäss haben sich die direkten Kosten der Demenz im Jahr 2009 sogar auf insgesamt CHF 3.9 Milliarden belaufen; das entspricht 6,4% der Gesamtkosten des Gesundheitswesens in diesem Jahr (Ecoplan 2010).

### 5.2.2 Indirekte Kosten

Die indirekten Kosten von Demenz werden auf CHF 3.2 Milliarden für das Jahr 2011 (Wieser, et al. 2014), beziehungsweise auf CHF 3 Milliarden für das Jahr 2009 (Ecoplan 2010) geschätzt.

Über 95% der im Jahr 2009 durch Demenz verursachten Gesamtkosten (indirekte und direkte Kosten zusammengezählt) bestanden aus Betreuungs- und Pflegekosten (Ecoplan 2010). Da die Behandlungsmöglichkeiten sehr beschränkt sind, fallen in erster Linie die im Verlauf der Krankheit zunehmend notwendige Präsenz für Pflege und Betreuung und die damit verbundenen hohen (Personal-)Kosten ins Gewicht (Schweizerische Alzheimervereinigung 2010). Verglichen mit anderen nicht-übertragbaren Krankheiten verzeichnet Demenz den höchsten Kostenanteil für informelle Pflege (Wieser, et al. 2014).

Die Kosten für Demenz fallen bei den Betroffenen selber, bei den Krankenversicherern aber zu erheblichen Teilen auch bei den Kantonen und den Gemeinden an, welche insbesondere über die Finanzierung von Spitälern und Heimen und der Spitex für erhebliche Anteile der Krankheits- und Pflegekosten aufkommen müssen.

### 5.2.3 Prognosen

Es liegen keine publizierten Prognosen zur Kostenentwicklung der Demenzkosten in der Schweiz vor.

## 6 Politische Bemühungen

### 6.1 Politische Bemühungen weltweit

Zu Beginn des Jahres 2007 hat Alzheimer Europe die Europäische Union, die WHO, den Europarat und nationale Regierungen dazu aufgerufen, die Alzheimer Krankheit als eine der grössten Herausforderungen des Gesundheitswesens anzuerkennen und europäische, internationale und nationale Aktionsprogramme auszuarbeiten (Alzheimer Europe 2007).

In einem Bericht von 2012 hält die WHO fest, dass Demenz nicht mehr länger vernachlässigt, sondern in den Programmen des Gesundheitswesens aller Länder berücksichtigt werden sollte. Neben Öffentlichkeitsarbeit, frühzeitiger Diagnosestellung, Verbesse-

rung der Versorgung und Pflege wird als prioritäres Handlungsfeld auch die Prävention genannt. (WHO 2012)

Einige einkommensstarke Länder hatten 2012 bereits Pläne und Strategien ausgearbeitet, um auf die Auswirkungen der Demenz zu reagieren (WHO 2012).

### 6.2 Politische Bemühungen in der Schweiz

Für die Schweiz wurde vom Bundesamt für Gesundheit und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 ausgearbeitet. Die Strategie hat zum Ziel, das Verständnis für die Demenzerkrankungen und die Akzeptanz der Betroffenen in der Gesellschaft zu verbessern. Ausserdem hat sie den Anspruch, dass alle Menschen mit einer Demenzerkrankung in allen Krankheitsphasen Zugang zu qualitativ hochstehender und niederschwelliger Versorgung haben. (Nationale Demenzstrategie 2014–2017) Prävention wird im Rahmen der Nationalen Demenzstrategie 2014–2017 nicht als eigenständiges Ziel genannt. Kardiovaskuläre Prävention wird einleitend jedoch als grosse, bisher ungenutzte Chance bezeichnet und es wird festgehalten, dass der praktische Versorgungsalltag hier eine erhebliche Unterversorgung zeige. (Nationale Demenzstrategie 2014–2017)

Die Nationale Demenzstrategie 2014–2017 verweist auf mehrere Schnittstellen zu bereits bestehenden Programmen und Projekten, wie z.B. den nationalen Präventionsprogrammen für Tabak, für Alkohol sowie für Ernährung und Bewegung des BAG, der «Nationalen Strategie Palliative Care» oder dem Nationalen Forschungsprogramm «Lebensende». Mehrere Kantone hatten im Jahr 2014 bereits eine Demenzstrategie entwickelt und sind dabei, diese umzusetzen, oder aber sie verfügen über eine kantonale Demenzpolitik. (Nationale Demenzstrategie 2014–2017)

## 7 Risikofaktoren

### 7.1 Nicht beeinflussbare Risikofaktoren

Alter, Geschlecht und genetische Prädisposition spielen eine wichtige Rolle bei der Demenzentstehung. Diese Risikofaktoren können zwar nicht modifiziert, aber zumindest berücksichtigt werden, um diejenigen Demenzerkrankten auszuwählen, die für ein bestimmtes Subgruppen-Präventionsprogramm am besten qualifizieren. (Prince, et al. 2014)

## 7.2 Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Kardiovaskuläre Faktoren spielen nicht nur bei den «reinen» vaskulär bedingten Demenzformen, sondern – wie neuere Untersuchungen zeigen – auch bei den degenerativen Demenzformen eine erhebliche Rolle [Mangialasche et al. 2012, WHO 2012].

Die Forschung hat mehrere Risikofaktoren für Demenz identifiziert. Gute Belege liegen vor für:

- Rauchen
- ungenügende körperliche Aktivität
- ungesundes Ernährungsverhalten
- erhöhte Cholesterinwerte
- hoher Blutdruck (v.a. im mittleren Lebensalter)
- erhöhter Body Mass Index (v.a. unter 65 Jahren)
- Diabetes mellitus (v.a. im mittleren Lebensalter) [Mangialasche et al. 2012, WHO 2012, Sachdev 2014]

Neben den erwähnten, typischen kardiovaskulären Risikofaktoren spielen beim Hirnschlag (welcher eine vaskuläre Demenz auslösen kann, siehe Kapitel 3.3) zwei weitere Risikofaktoren eine wichtige Rolle: übermässiger Alkoholkonsum und das Vorhofflimmern [Sachdev 2014]. Sie sind deshalb auch zu den Demenz-Risikofaktoren zu zählen.

## 7.3 Kognitive Risikofaktoren

Einer der stärksten Risikofaktoren für Demenz ist ein tiefer Bildungsstatus [Prince, et al. 2014].

Bei Depression ist nicht gänzlich geklärt, ob diese psychische Störung ein Risikofaktor oder ein präklinisches Symptom von Demenz darstellt. Studien mit einem längerfristigen Follow-up unterstützen allerdings die Risikofaktor-Hypothese. [Mangialasche, et al. 2012]

## 8 Präventionsmassnahmen

### 8.1 Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren

Es ist ein naheliegender Ansatz, das Demenzrisiko durch Massnahmen zu senken, welche bei den identifizierten vaskulären Risikofaktoren ansetzen. Die WHO schlägt vor, genau diesen Ansatz zu wählen [WHO 2012]. Einerseits umfasst dies die konsequente medizinische Erkennung und Behandlung von Diabetes, Bluthochdruck und Hypercholesterinämie [Sachdev 2014]. Andererseits werden bevölkerungsweite Programme und individuelle Massnahmen zur

### Lebensstil und Demenzrisiko

Dass das Demenzrisiko durch jahrelangen Lebensstil beeinflusst wird, zeigen auch Daten der bereits über 30 Jahre laufenden Framingham-Studie. Bessere Ausbildung, besseres Management des Bluthochdruckes, höhere Spiegel an HDL-Cholesterin («gutes Cholesterin») und ein substanzieller Rückgang des Nikotinkonsums führten vor allem bei den heute 60- bis 69-Jährigen zu einer Demenzreduktion von über 40%. [Kressig 2014]

### Bekämpfung der kardiovaskulären Risikofaktoren, kombiniert mit geistiger Anregung und sozialen Aktivitäten verlangsamt Fortschreiten der Demenz

Erstmals zeigt eine randomisiert-kontrollierte Studie, dass es möglich ist, kognitiven Abbau bei älteren Patienten zu verlangsamen. In der sogenannten FINGER-Studie, einer 2-Jahresstudie bei 1260 Senioren (Alter 60 bis 77 Jahre) mit ersten Anzeichen einer eingeschränkten Hirnleistung wurden die Studienteilnehmer in zwei Gruppen eingeteilt: die erste erhielt eine multidomänen Interventionen, die Ernährungsratschläge, körperliche Aktivität, die Kontrolle von kardiovaskulären Risikofaktoren, geistiges Training und soziale Aktivitäten beinhaltete, während die Kontrollgruppe lediglich regelmässige Gesundheitsberatung erhielt. Nach zwei Jahren zeigte die Interventionsgruppe zwar kleine aber signifikante Verbesserungen in Tests des Gedächtnisses, der Exekutivfunktionen (Planungs- und Handlungsfähigkeit) sowie der kognitiven Verarbeitungsgeschwindigkeit. [Kressig 2014]

Gewichtskontrolle, zum Rauchstopp, zur vermehrten körperlichen Aktivität und zu einer ausgewogenen Ernährung benötigt [Sachdev 2014].

Epidemiologische Befunde deuten darauf hin, dass eine vielversprechende Strategie zur Demenzprävention die kardiovaskulären Risikofaktoren umfassend angeht. Es ist sinnvoll, über die gesamte Lebensspanne hinweg sowohl einen gesunden Lebensstil zu leben als auch medizinische Risikofaktoren wie hoher Blutdruck, hohe Blutzucker- und Blutfettwerte unter Kontrolle zu halten [Mangialasche, et al. 2012].

### 8.2 Kognitive Reserve stärken

Die wiederholte Beobachtung, dass hohe Bildung das Individuum vor Demenzentwicklung schützt, hat zum Konzept der kognitiven Reserve geführt. Die kognitive Reserve steht weniger mit der strukturellen, als vielmehr mit der funktionellen Komplexität des Gehirns

in Zusammenhang. Kognitive Reserve ist nicht statisch; sie kann durch komplexe geistige Aktivitäten während der gesamten Lebensdauer erhalten und gefördert werden. (Sachdev 2014)

Kognitive Reserve wird durch Bildungsstatus, intellektuelle Fähigkeiten und Komplexität der Arbeit gemessen (Sachdev 2014, Mangialasche et al. 2012). Es gibt Belege aus einkommensstarken Ländern, dass ein höheres Bildungs- und Berufslevel mit einer tieferen Demenzzinzidenz assoziiert ist (WHO 2012). Auch körperliche Aktivität und grosse soziale Netzwerke (Sachdev 2014) sowie das Zusammenleben mit einem Partner während der mittleren Lebensspanne (Mangialasche, et al. 2012) können die kognitive Reserve vergrössern.

Möglicherweise kann die Behandlung von Depression das Demenzrisiko ebenfalls senken, allerdings lässt der aktuelle Wissensstand diesbezüglich noch kein abschliessendes Urteil zu (Sachdev 2014).

### 8.3 Therapeutische Ansätze

Wenn Demenz bereits diagnostiziert wurde, können medikamentöse Ansätze den kognitiven Abbau stabilisieren bzw. verlangsamen. Bei Menschen mit Demenz sind zwei Kategorien von Medikamenten kasenzulässig: Cholesterinase-Hemmer und Memantin. Beide Medikamente haben nebst ihrer Wirkung auf die Kognition auch einen günstigen Effekt auf die Verhaltensauffälligkeiten demenzkranker Menschen gezeigt.

Weitere medikamentöse Ansätze sind zurzeit in Diskussion, werden aber noch nicht breit eingesetzt. Dazu zählen Gingko-Präparate und ausgewählte Medikamente gegen Diabetes.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ausserdem nicht-pharmakologische Therapien (wie kognitives Training oder verhaltenstherapeutische Interventionen) die Alltagsfunktionen der demenzkranken Personen ebenfalls zu verbessern mögen. (Nationale Demenzstrategie 2014–2017)

### 8.4 Demenzprävention durch Via und die Via-Partnerkantone

Viele verschiedene Risikofaktoren erhöhen das Demenzrisiko. Dazu zählen das Rauchen, ungenügende körperliche Aktivität, ungesundes Essverhalten, aber auch hoher Blutdruck, erhöhte Cholesterinwerte, erhöhte Blutzuckerwerte. Zudem wissen wir, dass sich Bildung sowie sozial und geistig anregende Tätigkeiten als Schutzfaktoren auswirken.

#### Verhaltens- und Verhältnisprävention

Unser Verhalten wird geprägt durch unsere bewussten Entscheide, z.B. zu einer ausgewogenen Ernährung, zum Nicht-Rauchen, zur aktiven Bewegung. Einflüsse aus unserem Lebensumfeld prägen unser Verhalten jedoch ebenfalls sehr stark, z.B. ein gutes Ernährungsangebot, hohe Tabakpreise und Rauchverbote, eine Umgebung, die zur Bewegung einlädt. Die Ottawa-Charta äussert sich wie folgt:

«Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.» (World Health Organisation (WHO), Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986)

Beispiele der Verhältnisprävention im Falle Demenz sind: Strassen und Plätze so gestalten, dass sie zum Gehen und Verweilen einladen; ein breites Angebot von mit Eiweiss reichen, für ältere Menschen gut verdaulichen Nahrungsmitteln – mit entsprechender Kennzeichnung schaffen; soziale Treffpunkte und Bildungsangebote durch die öffentliche Hand und Private zur Verfügung stellen.

Via engagiert sich besonders stark in den Themenbereichen «Bewegungsförderung», «soziale Teilhabe», «ausgewogene Ernährung» und «medizinische Risikofaktoren» und realisiert zu diesen Themen einzelne Pilotprojekte ([www.gesundheitsfoerderung.ch/via](http://www.gesundheitsfoerderung.ch/via)). Via stellt den Partnerkantonen auch Hilfsmittel zur besseren Vermittlung von Wissen und zur Motivation älterer Menschen zu einem gesunden Lebensstil in Kursen und Veranstaltungen und über die Medien zur Verfügung. Die Erkenntnisse aus den Pilotprojekten und die Hilfsmittel sollen zur Förderung der guten Praxis bereitstehen, wenn den Kantonen ab 2017 finanzielle Mittel für die Umsetzung von Gesundheitsförderung im Alter zur Verfügung gestellt werden wird.

Die Via-Partnerkantone setzen bereits heute zum Teil grosse kantonale Programme zur Sensibilisierung der Bevölkerung und zu deren Motivierung und Befähigung zu einem gesunden Lebensstil um. Eine Vielzahl von allgemeinen und themenspezifischen Kursen, Veranstaltungen und Beratungen werden angeboten und auf einer übergeordneten Ebene wird ein grosser Aufwand in die Vernetzung der verschiedenen Akteure und die kommunale Verankerung der Gesundheitsförderung im Alter geleistet. Die Partnerkantone beteiligen sich auch an der Umsetzung

der Via-Pilotprojekte zur sozialen Teilhabe, zu den kommunalen Bewegungsnetzwerken, zu einer gesunden Ernährung etc. Der umfassende Ansatz der Via-Partnerkantone in der Gesundheitsförderung im Alter entspricht genau der Vorgabe eines Multidomänen- bzw. Multifaktoren-Vorgehens zur Eingrenzung der Demenz.

## 8.5 Prävention der Demenz: Fazit

Obwohl die Entstehungsmechanismen von Demenz noch nicht vollständig geklärt sind, lässt sich festhalten, dass Primärprävention eine erfolgreiche Strategie zur Vermeidung und Verzögerung der wichtigsten Formen von Demenz ist. Eine bessere Erfassung und Behandlung von medizinischen Risikofaktoren wie Bluthochdruck, Diabetes, Hypercholesterinämie und Vorhofflimmern sowie ein gesunder Lebensstil mit viel Bewegung, ausgewogener Ernährung, Verzicht auf das Rauchen und auf hohen Alkoholkonsum helfen bei der Bekämpfung von Demenz. Ebenfalls wirkungsvoll sind die Vermittlung von höherer Bildung sowie geistig und sozial anregende Aktivitäten während des ganzen Lebens, insbesondere aber auch dann, wenn erste Zeichen einer kognitiven Einschränkung schon aufgetreten sind.

Wenn Demenz bereits diagnostiziert wurde, können medikamentöse Ansätze den kognitiven Abbau stabilisieren bzw. verlangsamen.

Demenz ist nicht heilbar. Umso wichtiger sind die Primärprävention und die konsequente Betreuung Betroffener, um ein Fortschreiten der Krankheit zu verzögern. Gefordert sind die öffentliche Hand, das medizinische Versorgungssystem, die zivilgesellschaftlichen Akteure und natürlich die Betroffenen selbst und deren nahen Bezugspersonen. Da die meisten Demenz-Risikofaktoren auch Risikofaktoren weiterer chronischer Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Hirnschlag, Diabetes, Krebs, chronische Lungenkrankheiten aber auch verschiedener psychischer Krankheiten sind und da diese chronischen Krankheiten bei weitem den grössten Anteil an der nationalen Krankheitslast und damit auch an den Krankheitskosten ausmachen, liegt es auf der Hand, diese Risikofaktoren mit grösstem Engagement, wohl koordiniert und mit den nötigen finanziellen Ressourcen fokussiert anzugehen. Die Forschung zeigt, dass sich die Bekämpfung der Risikofaktoren sowie geistige Anregung auch in fortgeschrittenem Alter noch günstig auswirken. Es ist somit nie zu spät, mit der Demenzprävention zu beginnen.

## Argumente für die Demenzprävention

Demenz ist nicht heilbar. Aber der Demenz kann mit geeigneten präventiven Massnahmen vorgebeugt werden – oder es kann der Zeitpunkt des Auftretens verzögert und der Schweregrad abgemildert werden. Damit kann Leiden vermieden oder verringert werden. Finanzielle Aufwände und der Bedarf an zusätzlichem Pflege- und Betreuungspersonal können verringert werden. Das ist im Interesse jedes einzelnen Individuums, aber auch dessen Umfelds und der Gesellschaft gesamthaft.

### Argumente für Betroffene und ihre Angehörigen

Die Demenz geht mit einem Abbau von geistigen, emotionalen und sozialen Fähigkeiten einher und kann zu starker Alltagsbeeinträchtigung bis zur totalen Abhängigkeit führen. Demenz lässt sich nicht heilen. Aber mit einem gesunden Lebensstil, der Vermeidung von medizinischen Risikofaktoren und sozialer und geistiger Anregung kann das Auftreten verzögert und der Verlauf gemildert werden. Damit kann viel Leid für die Betroffenen selber und für deren Angehörigen vermieden werden. Und es können private Gesundheits- und Pflegekosten eingespart werden.

Im Interesse des eigenen Wohlergehens lohnt es sich also, multidimensionale Ansätze der Gesundheitsförderung zu verfolgen und auf genügend tägliche Bewegung und eine ausgewogene Ernährung zu achten sowie auf das Rauchen und einen übermässigen Alkoholkonsum zu verzichten. Regelmässige Untersuchungen bei der Hausärztin oder dem Hausarzt gehören ebenfalls dazu und helfen, medizinische Risikofaktoren frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Ebenfalls empfiehlt es sich, in allen Lebensphasen geistig anregenden Tätigkeiten nachzugehen und die sozialen Kontakte zu pflegen. (Siehe auch die Aktivitäten der Schweizerischen Alzheimervereinigung und von Pro Senectute Schweiz <http://www.alz.ch/index.php/vorbeugen.html>, <http://www.memo-info.ch/de/praevention/>.)

### Argumente für Bund, Kantone und Gemeinden

Demenz stellt eine grosse soziale Last für die Gesellschaft dar. Direkte medizinische Kosten und indirekte gesellschaftliche Kosten, v.a. durch den grossen Pflegeaufwand verursacht, addieren sich zu rund CHF 6 – 7 Milliarden (Wieser et al. 2014, Eco-plan 2010). Aber es sind nicht nur die Kosten, welche bei einer weiteren Zunahme von Demenzkranken Sorgen bereiten. Zurzeit ist nicht absehbar, wie die Pflege, bei einer Verdoppelung der Anzahl Demenz-

kranken innerhalb von 20 bis 30 Jahren, sichergestellt werden wird. Bereits heute ist es schwierig, genügend gut ausgebildete Fachkräfte zu rekrutieren.

Demenzprävention ist eine win-win-Investition. Die Demenzrisikofaktoren sind auch Hauptrisikofaktoren für andere wichtige, nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, chronische Lungenkrankheiten, Diabetes, z.T. auch von psychischen Belastungen wie Einsamkeit und Depression. Die chronischen, nicht-übertragbaren Krankheiten, welche mit den gleichen Risikofaktoren wie die Demenz assoziiert sind, sind für über 80% der Krankheitskosten in der Schweiz verantwortlich (Wieser et al. 2014). Die Gesellschaft würde zweifellos profitieren, wenn die Anstrengungen in die Prävention verstärkt, krankheitsübergeordnete Strategien entwickelt und durch ein koordiniertes und fokussiertes Vorgehen die Wirkung laufender Anstrengungen verstärkt würden. Dies gilt umso mehr, als gezeigt werden konnte, dass sich Investitionen in die Prävention zum Teil mit hohem Return on Investment lohnen (siehe z.B. Wieser et al. 2010). Zu berücksichtigen ist zudem, dass die wohlhabende Schweiz gegenüber anderen, vergleichbaren Ländern deutlich weniger in die Prävention investiert (BAG, 2015).

Aber nicht nur die nationale und die kantonale Ebene sind gefordert. Auch für Gemeinden besteht ein Interesse, die Demenzprävention ganz lokal zu fördern. Nicht nur wird dadurch das Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner gefördert. Der Erhalt der Selbstständigkeit und die Vermeidung eines Eintritts in eine Pflegeinstitution, rechnet sich aus Sicht einer Gemeinde rasch. Denn die durchschnittlichen Jahreskosten für die Betreuung einer an Demenz erkrankten Person in einem Heim betragen rund CHF 68'500, wovon ein signifikanter Anteil zulasten der Gemeinde geht. Dem stehen durchschnittliche Spitex-Jahreskosten von CHF 5'100 bei ambulanten Demenzpatienten gegenüber. (Ecoplan 2010) Wenn ein Pflegeheim eintritt hinausgezögert oder sogar ganz verhindert werden kann, dann profitiert die Gemeinde wie auch der Kanton, der sich in der Regel auch an den Pflegekosten beteiligen muss.

### Argumente für Nicht-Regierungsorganisationen

Die Aufgabe und Zweck der Sozial- und Gesundheits- und Sozialorganisationen ist, Leiden zu vermeiden und zu mindern. Sie werden durch Spenden ihrer Mitglieder in diesem Sinne mandatiert. Nicht

nur eine optimale Betreuung von Kranken, sondern auch die Prävention dieser Krankheiten dient der Zweckerfüllung. Es gilt: Vorbeugen ist besser als Heilen!

Wegen krankheitsübergreifenden Risikofaktoren drängt sich eine Koordination der verschiedenen Gesundheitsakteure auf. Gemeinsame Informationskampagnen und Dienstleistungen sollten vermehrt erwogen und umgesetzt werden. Gemeinsam können diese Organisationen auch mehr Druck ausüben, um mehr Ressourcen für die Prävention von chronischen Krankheiten zu mobilisieren.

### **Argumente für Gesundheitsfachleute und das Gesundheitsversorgungssystem**

Oberstes Ziel medizinischen Handelns ist das Wohlergehen des Patienten oder der Patientin. Prävention leistet hierzu einen wichtigen Beitrag. Es zählt zur guten medizinischen Praxis, gesundheitliche

Risikofaktoren bei Patienten frühzeitig zu entdecken und zu behandeln und die Patienten auf die Bedeutung eines gesunden Lebensstils hinzuweisen. Dies kann und soll nicht nur von Ärztinnen und Ärzten gemacht werden. Auch andere Gesundheitsfachleute sind aufgerufen, ihre Patienten zu unterstützen und vor Schaden zu bewahren.

Praxen, die im Sinne von Managed Care und mit Ansätzen von Capitation (Kopfpauschalen) arbeiten, haben ein besonderes Interesse, ihre Patienten gesund zu erhalten. Sie profitieren von den geringeren Krankheitskosten.

Krankenversicherer haben ebenfalls ein Interesse, schwere Fälle von Demenz und anderen chronischen Krankheiten mit hohen medizinischen Folgekosten zu vermeiden. Eine Investition in gezielte und bewährte präventive Massnahmen kann Krankheiten vorbeugen oder deren Schweregrad mindern.

## Literaturverzeichnis

- Alzheimer Europe. *Annual Report*. Oslo: Alzheimer Europe, 2007.
- BAG, GDK. *Nationale Demenzstrategie 2014–2017*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren, 2013.
- BAG. *Nationale Strategie zur Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie)*. Vernehmlassungsentwurf. Bern: Bundesamt für Gesundheit, 2015.
- BFS. *Todesursachenstatistik – Sterblichkeit und deren Hauptursachen in der Schweiz, 2012*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik, 2014.
- Ecoplan. *Kosten der Demenz in der Schweiz*. Schlussbericht, Bern: Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010.
- Kressig, Reto. *Neues und Erfolgversprechendes zur Alzheimer-Forschung – Update Demenz 2014*. Der informierte Arzt, November 2014: 42–44.
- Mangialasche, Francesca, Miia Kivipelto, Alina Solomon, and Laura Fratiglioni. *Dementia prevention: current epidemiological evidence and future perspective*. *Alzheimer's Research & Therapy* 4, no. 6, 2012.
- Moor, Caroline, Aristide Peng, and Hans Rudolf Schelling. *Demenzbarometer 2012 – Wissen, Einstellungen und Erfahrungen in der Schweiz*. Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich, Zürich: Schweizerische Alzheimervereinigung, 2012.
- Prince, Martin, Emiliano Albanese, Maëlénn Gierchet, and Matthew Prina. *Dementia and Risk Reduction – an analysis of protective and modifiable factors*. World Alzheimer Report 2014, London: Alzheimer's Disease International, 2014.
- Sachdev, Perminder. *Is the incidence of dementia declining?* Alzheimer's Australia, 2014.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. *116 000 Menschen mit Demenz in der Schweiz*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung, 2014.
- Schweizerische Alzheimervereinigung. *Aktuelle Kosten der Demenz: 6,3 Milliarden pro Jahr*. Yverdon-les-Bains: Schweizerische Alzheimervereinigung, 2010.
- WHO. *Dementia: a public health priority*. Genf: World Health Organization, 2012.
- Wieser, Simon, Jeanrenaud, Claude, et al. *Synthesebericht – Ökonomische Evaluation von Präventionsmassnahmen in der Schweiz*, Wintherthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW, Winterthur, Institut für Wirtschaftsforschung (IRENE), Universität Neuenburg: Bundesamt für Gesundheit, 2010.
- Wieser, Simon, et al. *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Schlussbericht, Wintherthurer Institut für Gesundheitsökonomie, ZHAW, Winterthur: Bundesamt für Gesundheit, 2014.