

Konferenzbericht

Nationale Demenzkonferenz

«Demenzprävention: Möglichkeiten und Grenzen»

29. April 2021 | online

Veranstalter:

Alzheimer Schweiz und Public Health Schweiz

Der Konferenzbericht wurde im Auftrag des Bundesamts für
Gesundheit (BAG) erstellt.

Der Bericht basiert auf den Zusammenfassungen von Agnès Henry, Cora Casaulta, Verena
Hoberg, Dr. phil. nat. und sci. med. Corina Wirth und Dr. phil. Janine Weibel.

Verfasserin: Dr. phil. Janine Weibel

15.05.2021

Inhalt

1.	Einleitung	3
2.	Plenar- und Parallelsessions.....	4
2.1	Kann man Demenz vorbeugen?.....	4
2.2	Diagnostik und Behandlung.....	5
2.3	Risikominderung bei Demenz?	6
2.4	Technologische Unterstützung	7
2.5	Soziale Gesundheit.....	8
2.6	Pharmakologische Interventionen.....	9
2.7	Behandlungsmöglichkeiten für ein gutes Leben mit Demenz	10
3.	Fazit und Ausblick.....	11
4.	Referentinnen und Referenten	12

1. Einleitung

Die erste Nationale Demenzkonferenz wurde am 29. April online durchgeführt. Die Veranstaltung wurde gemeinsam von Alzheimer Schweiz und Public Health Schweiz organisiert. Demenz ist eine Erkrankung, die aufgrund des steigenden Alters in der Bevölkerung zunehmen wird. Es wird erwartet, dass die Zahl der Personen mit einer Alzheimer Krankheit, oder einer anderen Demenzform, sich in der Schweiz bis ins Jahr 2050 verdoppeln wird. Eine Demenzerkrankung ist sowohl für Erkrankte wie auch für Angehörige und das Gesundheitssystem eine grosse Herausforderung. Bis heute existiert noch keine Möglichkeit eine Demenzerkrankung zu heilen, weshalb wir uns an der diesjährigen Konferenz auf die Demenzprävention fokussiert und deren Möglichkeiten und Grenzen aufgezeigt haben. Dabei wurden Aspekte der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention angesprochen.

Die Konferenz wurde eröffnet mit einer kurzen Ansprache von Ursula Zybach, Präsidentin von Public Health Schweiz und Dr. iur. Catherine Gasser, Zentralpräsidentin von Alzheimer Schweiz. In der anschließenden Begrüssungsbotschaft von Anne Lévy, Direktorin des Bundesamts für Gesundheit, wurden unterschiedliche Projekte zum Thema Demenz auf nationaler Ebene vorgestellt. Im Anschluss haben 12 renommierte Referentinnen und Referenten aus unterschiedlichen Fachrichtungen die aktuellsten Forschungserkenntnisse im Bereich der Demenzprävention vorgestellt. Dabei wurden unterschiedliche Aspekte der Prävention diskutiert, wie zum Beispiel welche modifizierbaren Risikofaktoren bekannt sind, welche nicht-medikamentöse und pharmakologische Interventionen bestehen, und welche technologischen Unterstützungen Menschen mit einer Erkrankung zur Verfügung stehen. Dabei wurde die Demenzprävention in den insgesamt drei Plenar- und vier Parallelsessions aus der Sicht der öffentlichen Gesundheit betrachtet. Alle Präsentationen wurden in der deutschen oder der französischen Sprache gehalten und jeweils simultan übersetzt. Die Konferenz wurde abgerundet durch Schlussworte von Dr. phil. Stefanie Becker, Direktorin von Alzheimer Schweiz und von Dr. phil. nat. und sci. med. Corina Wirth, Geschäftsführerin von Public Health Schweiz.

Insgesamt haben sich 667 Fachpersonen für diese eintägige Veranstaltung angemeldet, was das grosse Interesse und Wichtigkeit der Thematik widerspiegelt.

2. Plenar- und Parallelsessions

2.1 Kann man Demenz vorbeugen?

Im Einstiegsreferat hat **Prof. PhD Emiliano Albanese** vom Institute of Global Health der Universität Genf eine Einführung in die Demenzprävention, öffentliche Gesundheit und Epidemiologie gegeben. Dabei stellte er Demenzerkrankungen in einen grösseren geschichtlichen und sozialen Rahmen. Da früher Demenz als seltene Krankheit angesehen wurde, wurde die Krankheit und ihre Prävention lange Zeit vernachlässigt. Im Laufe der Jahre wurde klar, dass Demenz häufig auftritt und auch, welche wichtige Rolle die Epidemiologie und die Public-Health-Perspektive bei einer besseren Erfassung und Prävention der Krankheit spielen. Gerade die epidemiologische Forschung hat einerseits Risikofaktoren wie Übergewicht oder Bluthochdruck identifiziert und andererseits gezeigt, dass breite, multidisziplinäre Interventionen bei Demenzprävention nicht funktionieren. Primordiale Prävention, nämlich die Prävention von Faktoren, die das Auftreten von Risikofaktoren begünstigen, ist die vielversprechendste Strategie zur Demenzprävention. Dies bedeutet beispielsweise, sich viel bewegen, geistig fit bleiben oder nicht rauchen. Emiliano Albanese machte klar, dass hierfür die Gesellschaft und die Politik gefragt sind. Es genügt nicht, die Verantwortung dafür den Bürger/innen zu übergeben. Die meisten Menschen sind nicht fähig, Prävention zu betreiben. Dies muss eine gesellschaftliche Aufgabe sein. Die globale Demenzstrategie der WHO mit dem Aktionsplan sowie die Nationale Demenzstrategie 2014-2019 bieten Gelegenheit, entsprechende Anstrengungen national und weltweit zu koordinieren.

Prof. Dr. med. Giovanni Frisoni, Leiter der Memory Clinic am Universitätsspital Genf, ging anschliessend konkreter auf die Risikofaktoren von Demenzerkrankungen ein und bot eine breite Übersicht über die modifizierbaren und nicht-modifizierbaren Faktoren. Zwar nimmt die Inzidenz an Demenz ab: Die Wahrscheinlichkeit, heute mit 80 Jahren an Demenz zu erkranken, ist tiefer als noch vor 40 Jahren. Trotzdem wird es aus demografischen Gründen immer mehr Demenzkranke geben. Giovanni Frisoni zeigte auf, wie wichtig es ist, die Risikofaktoren zu kennen und messen zu können. Erst, wenn die Risikofaktoren bekannt und bewertet sind, können darauf basierend Interventionen zur Risikominderung und zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit definiert werden. Zentral für wirksame Massnahmen ist auch der richtige Therapiemix. Ein interprofessionell zusammengestelltes Team bestehend aus Ärzt/innen, Neurolog/innen, Psycholog/innen, Pflegeexpert/innen, Ernährungsberater/innen etc. ist genauso wichtig wie die technische Unterstützung, die von MRI über Tablets bis zu spezifischen Apps und Plattformen reichen.

2.2 Diagnostik und Behandlung

Dr. med. Dan Georgescu, Klinikleiter und Chefarzt an den Psychiatrischen Diensten Aargau AG, befasste sich in seinem Beitrag mit dem aktuellen Stand der Demenzdiagnostik. Das Konferenzthema «Prävention» ist eng verknüpft mit dem Thema «Diagnostik» und insbesondere mit der «Frühdiagnostik». Die Nationale Demenzstrategie 2014–2019 (NDS) hat den Anstoss gegeben, um die Demenzdiagnostik in den Bereichen Grundversorgung, Pflegeheime und spezialisierte Abklärung zu standardisieren. Ausgehend von den 2008 bis 2014 erarbeiteten Guidelines zur Diagnostik und Behandlung von Demenz (Monsch et al. 2008/2012; Savaskan et al. 2014) wurden in einem Teilprojekt der NDS «Die Empfehlungen der Swiss Memory Clinics für die Diagnostik der Demenzerkrankungen» (2018) formuliert, die als Meilenstein im Bereich der Demenzdiagnostik in der Schweiz betrachtet werden können. Wie schon bei den Guidelines war auch bei den Empfehlungen der interdisziplinäre und interprofessionelle Ansatz zentrales Qualitätskriterium. Des Weiteren wurden Guidelines für Grundversorger und Pflegezentren entwickelt. Bei den Anleitungen für die Abklärungen in der Hausarztpraxis wird auf das Case-Finding mit «red-flags» statt eines umfassenden Screenings gesetzt. Für die Langzeitpflege war insbesondere wichtig, zusätzliche validierte Assessment-Instrumente für BPSD (Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz) einzubeziehen, da die BPSD hochgradig relevant sind für die Gestaltung der Pflege. Mit seinem Entscheid vom 19. März 2021 hat der Bundesrat die Vergütung der diagnostischen Neuropsychologie geklärt. Dies ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, damit in der Schweiz mehr Fälle eine umfassende Abklärung erhalten. Der Gefahr der Silobildung muss jedoch laufend durch interprofessionelle Guidelines zu verschiedenen Themen vorgebeugt werden.

Prof. Dr. med. Armin von Gunten, Abteilungsleiter der Psychiatrischen Universitätsklinik für Alterspsychiatrie (SUPAA) am CHUV, hat in seiner Präsentation nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten bei Demenz, insbesondere der psychosoziale Ansatz, vorgestellt. Die Behandlung von an Demenz erkrankten Personen muss die ganze Person, ihre persönliche Geschichte und ihre Identität miteinbeziehen. Deshalb sind biosoziale Aspekte wie die Eusozialität und Fragen der Reproduktion wie zum Beispiel die Bindung zu den eigenen Kindern zentral für die Gestaltung der Versorgung, insbesondere in Bezug auf die BPSD (Behaviorale und psychologische Symptome der Demenz). Leitfäden für die psychosoziale Behandlung zielen ebenso auf patientenbezogene Faktoren wie auf das Umfeld der Patient/innen ab. Erkenntnisse aus dem Bereich Mental Health müssen dabei berücksichtigt werden (siehe etwa Bericht 52 des BAG; Schuler & Burla 2012). Vor allem dort, wo andere Behandlungsmethoden nicht erfolgreich sind, werden Verfahren der Neuromodulation (etwa Elektrostimulation) ergänzend zur psychosozialen Behandlung wichtig. Investitionen im Bereich der psychosozialen Behandlung sind notwendig. Auch muss darauf geachtet werden, Siloeffekte zu vermeiden. Diskussionsbedarf gibt es zur Frage, in welcher Weise der Aspekt der Selbstbestimmung der Patient/innen in die Behandlung einbezogen werden kann.

2.3 Risikominderung bei Demenz?

Prof. Dr. med. Claudio Bassetti, Klinikdirektor und Chefarzt an der Universitätsklinik für Neurologie am Inselspital Bern, hat den Zusammenhang zwischen Schlaf-Wach-Störungen und der Alzheimer Krankheit vorgestellt. Mehr als 50% der Patient/innen mit einer Alzheimer Erkrankung weisen Schlaf-Wach-Störungen, wie zum Beispiel Schlaflosigkeit oder Tagesschläfrigkeit auf. Diese Störungen treten insbesondere in einem fortgeschrittenen Stadium der Krankheit auf und gehen mit Störungen der Kognition, sowie einer Reduktion der Lebensqualität einher. Zusätzlich können Schlafstörungen in einem frühen Stadium der Krankheit auftreten, noch bevor Alzheimer-Patient/innen kognitive Störungen aufweisen. Der Schlaf spielt eine Rolle in der Pathogenese einer Alzheimer Erkrankung. Demnach resultieren Schlafstörungen in einer neuronalen Überaktivität und einer Reduktion des Abflusses von toxischen Proteinen, welche folglich zu erhöhten Amyloid-Ablagerungen führen. Deshalb zählen Schlafstörungen wie zum Beispiel eine reduzierte Schlaftiefe oder Schlafeffizienz als Prädiktor für die Ablagerungen von Amyloid über die Jahre. Für die Diagnose von Schlaf-Wach-Störungen existieren unterschiedliche Methoden, wie Fragebögen oder Aktigraphie. Dabei ist es von zentraler Bedeutung die spezifische Störung, sowie ihre Ursache zu identifizieren. Schlafstörungen können mit unterschiedlichen medikamentösen, wie auch nicht-pharmakologischen Ansätzen behandelt werden. Zusätzlich können Schlaf-Wach-Interventionen, welche den Schlaf verbessern, möglicherweise zur Prävention einer Erkrankung beitragen.

Im zweiten Beitrag hat **Prof. Dr. Andreas U. Monsch**, Leiter der Memory Clinic der Universitären Altersmedizin FELIX PLATTER, unterschiedliche kognitive Interventionen für eine mögliche Risikominderung vorgestellt. Zum Beispiel werden bei einer allgemeinen kognitiven Therapie einzelne kognitive Funktionen durch spezifische Übungsaufgaben trainiert. Nach heutigem Erkenntnisstand konnte bei Demenzerkrankten bisher nur wenige und schwache Evidenz für eine positive Wirkung nachgewiesen werden und es stellt sich die Frage nach dem Transfer in den Alltag. Während eine computergestützte Intervention bei gesunden älteren Menschen und bei einer längeren Anwendung eine leichte Verbesserung der Kognition bewirkte, muss weiter erforscht werden, ob dadurch eine Demenz verhindert oder verzögert werden kann. Des Weiteren erfordert diese Intervention eine hohe Motivation der Teilnehmenden. Die Intervention der kognitiven Rehabilitation basiert auf einem Problemlösungsansatz und beinhaltet eine individuelle und intensive Behandlung. Daher ist diese Intervention sehr aufwendig und auf eine hohe Kompetenz der Therapeut/innen angewiesen. Dafür kann dieser Ansatz Demenzerkrankten ermöglichen alltägliche Aktivitäten besser zu bewältigen, oder ihre Unabhängigkeit länger zu bewahren. Im Vergleich zu den drei vorhergehenden kognitiven Interventionen, zeigte die kognitive Stimulation wiederholt, dass sie zu einer Verbesserung der kognitiven Funktionen bei Menschen mit einer leichten bis mittelschweren Demenz führt. Zusätzlich wird die Lebensqualität und das Wohlbefinden positiv beeinflusst. Das «BrainCoach Programm» basiert auf diesem Ansatz und wurde für Hausärzt/innen und Fachpersonen im Gesundheitswesen entwickelt. Die kognitive Stimulation ist bei jedem sinnvoll, besonders bei Personen mit einer geringen geistigen Aktivität. Dabei steht vor allem die Freude an der Aktivität und Regelmässigkeit der Durchführung im Fokus, und weniger die Art der Aktivität.

2.4 Technologische Unterstützung

Prof. Dr. Tobias Nef vom ARTORG Forschungszentrum für Biomedizinische Technik der Universität Bern sprach über assistive Technologien für Demenz-Patient/innen, deren aktueller Stand und gab einen Ausblick. Assistive Technologien werden zur Unterstützung, Stimulation und Überwachung verwendet und in die sechs nachfolgenden Bereiche unterteilt:

- ADL-Unterstützung (ADL; *activity of daily life*): Umfasst Technologien wie eine vereinfachte Kalenderuhr mit einer Agenda, die das tägliche Leben von Betroffenen erleichtern können.
- Social & emotional robotics: Roboter wie die Robbe *Paro*, welche schurrt und wärmt, kann den Schlaf positiv beeinflussen.
- Multimedia Stimulation: Betroffene können durch multimedia Technologien, wie zum Beispiel eine virtuelle Zugfahrt, stimuliert werden.
- Serious games: Die Kognition und Motorik werden spezifisch trainiert. Dabei können sowohl Alltagsaktivitäten, wie auch abstrakte Inhalte zu Hause, oder im Heim trainiert werden. Solche Technologien können auch im Rahmen einer Diagnose zum Einsatz kommen.
- Tele-Betreuung: Die Installation von vernetzten Sensoren, wie zur Erfassung von Bewegung oder Licht, soll Betroffenen ermöglichen zu Hause zu wohnen und kann basierend auf einer Studie den Heimeintritt bis zu 24 Monate verzögern.
- Pflegeunterstützung: Matratzen- und Bewegungssensoren können als Unterstützung für Pflegepersonen, wie auch als diagnostische Informationen genutzt werden.

Der Einsatz im Bereich der Pflegeunterstützung mittels Sensoren wird zurzeit in der Schweiz getestet. Während Pflegefachkräfte grundsätzlich eine positive Grundhaltung zum Einsatz solcher Anwendungen aufweisen, bestehen auch bestimmte Vorbehalte wie zum Beispiel, dass die assistiven Technologien den Patientenkontakt nicht ersetzen sollen. Zusammenfassend schreitet die Entwicklung von Technologien im Bereich der Demenz stetig voran und wird weiterhin den Alltag, wie auch die Pflege von Betroffenen beeinflussen und verändern.

Im zweiten Beitrag hat **Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno**, Leiterin des Instituts für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte der Universität Zürich, über den Technikeinsatz, und deren Fluch oder Segen gesprochen. Heute existieren unterschiedliche Hilfstechnologien für Demenzerkrankte wie Smartwachtes, Roboter oder Sensoren, welche unterschiedliche Einsatzmöglichkeiten aufweisen. Anhand des Beispiels des digitalen Trinkbechers, der an die Aufnahme von Flüssigkeit erinnert und das Trinkverhalten auswertet, wurden ethische Erwägungen, wie den tatsächlichen Nutzen, sowie mögliche Risiken der Technologie von verschiedenen Seiten beleuchtet. An einem weiteren Beispiel der Pflegerobbe *Paro*, welche haustierähnliches Verhalten zeigt, konnte dargestellt werden, dass die Reaktionen ambivalent emotional sind und sich innerhalb der letzten Jahre gewandelt haben. Obwohl solche Technologien die Pflegekräfte und Angehörige entlasten können, bergen sie auch Gefahren. Daher sollte ihre Anwendung durch medizinethische Prinzipien wie Autonomie, Wohltun, Nichtschaden und Gerechtigkeit individuell abgewogen werden. In Zukunft werden grundlegende Veränderungen erwartet, da an Stelle der Wertung zwischen «Echt» (menschliche Zuwendung) und «Ersatz» (Roboter), vermehrt über die Bedürfnisse, welche es abzudecken gilt, verhandelt wird. Die Toleranz und Akzeptanz bezüglich technologischen Assistenten werden innerhalb weniger Generationen wachsen. Zusätzlich werden die Hilfstechnologien zunehmend persönlicher und decken ein immer grösseres Funktionsspektrum ab. Aufgrund der fortschreitenden Entwicklung sollten wir daher schon heute die verschiedenen Aspekte rund um die Technologien in unsere Vorsorgewünsche mit einbeziehen.

2.5 Soziale Gesundheit

Prof. Dr. med. Christophe Bula, Leiter der Abteilung für Geriatrie und geriatrische Rehabilitation am CHUV, hat über soziale Determinanten der Gesundheit und das Demenzrisiko gesprochen. Hierbei ist zwischen einem Risikofaktor und einem Risikoindikator zu unterscheiden. Nur ersterer erlaubt eine Aussage über einen Kausalzusammenhang und kann bei einer gezielten Intervention das Demenzrisiko reduzieren. Aufgrund der mehrheitlich durchgeführten Beobachtungsstudien ist es schwierig eine Aussage darüber zu treffen, ob zum Beispiel eine soziale Isolation zu einem höheren Demenzrisiko führen kann, oder ob umgekehrtes der Fall ist. Insgesamt sind 12 Faktoren bekannt, die einen Einfluss auf eine Demenzerkrankung haben und potenziell veränderbar sind. Dazu zählen beschränkte Bildung, Hörprobleme, Hirntrauma, Bluthochdruck, exzessiver Alkoholkonsum, Übergewicht, Tabakkonsum, Depression, soziale Isolation, körperliche Inaktivität, Luftverschmutzung und Diabetes. Diese Faktoren entsprechen etwa 40% der Demenzen, die eventuell vermieden oder zumindest verzögert werden könnten. Insbesondere die sozialen Faktoren spielen beim Risiko für eine Demenzerkrankung eine wichtige Rolle. Demnach hat die Bildung, speziell während der Jugend, einen positiven Effekt und vermindert das Demenzrisiko. Im Erwachsenenalter gehören Hörschwierigkeiten zu den grössten Faktoren, die eine Demenz verstärken können, da sie eine starke Verringerung des sozialen Austausches bedeuten. Im höheren Alter kann eine soziale Isolation das Demenzrisiko beeinflussen. Zusammenfassend können viele verschiedene Faktoren das Risiko für eine Demenzerkrankung erhöhen, während eine bessere Bildung das Risiko reduziert. Während auch einige andere Faktoren potenziell veränderbar sind, müssen Interventionen, die tatsächlich die Wirkung dieser Faktoren auf die Inzidenz der Demenzerkrankungen beeinflussen können, noch besser präzisiert und vor allem gründlich getestet werden. Dennoch kann eine Veränderung der sozialen Faktoren die Lebensqualität älterer Menschen, ihrer Familien und Angehörigen positiv beeinflussen.

Dr. phil. Sandra Oppikofer, Leiterin Entwicklung und Evaluation sowie Evaluationsberaterin am Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich, sprach über die Lebensqualität bei Menschen mit einer Demenz. Eine gute Lebensqualität wird heute als eines der zentralen individuellen Ziele angesehen und im Zentrum einer Demenzerkrankung steht immer die Stabilisierung der individuellen Lebensqualität. Unsere Vorstellungen über Lebensqualität haben sich gegenüber den Anfängen der Forschung stark verändert und wird heute als Prozess verstanden. Obwohl eine Demenzerkrankung eine starke Belastung für das Umfeld darstellt, hat die Krankheit nicht immer eine schlechte Lebensqualität der betroffenen Person zur Folge. Gerade zu Beginn einer Demenzerkrankung, welche eine Phase darstellt, die mit Hilflosigkeit und Fassungslosigkeit verbunden ist, zeigen Ergebnisse einer europaweiten Studie, dass die Betroffenen sehr wohl noch Einfluss auf ihre Lebenssituation nehmen können und auch den Wunsch haben an Interventionen teilzunehmen, die ihr Wohlbefinden, Selbstvertrauen, Gesundheit, soziale Teilhabe, aber auch ihre Menschenrechte verbessern. Aktuelle Befunde zeigen, dass insbesondere die psychosozialen Dimensionen der Lebensqualität bedeutsam sind. Diese Aspekte beruhen auf Selbstäusserungen von Menschen mit Demenz und beinhalten 14 Dimensionen, wie zum Beispiel soziale Kontakte und Beziehungen, Selbstbestimmung und Freiheit, oder Wohnumfeld. Faktoren, die die Lebensqualität hemmen, umfassen unter anderem Hunger, Nebenwirkungen von Medikamenten, oder Konzentration auf Defizite statt noch vorhandener Ressourcen. Faktoren, die zu einer besseren Lebensqualität beitragen können, umfassen möglichst viel Normalität, pendeln zwischen Autonomie und Fürsorge, oder demenzspezifische Angebote. Die Lebensqualität kann in jedem Demenzschweregrad positiv beeinflusst werden, wofür uns viele Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

2.6 Pharmakologische Interventionen

In seinem zweiten Beitrag bot **Prof. Dr. med. Giovanni Frisoni**, Leiter der Memory Clinic am Universitäts-spital Genf, einen guten Überblick über den aktuellen Stand der Forschung und der Medikamentenentwicklung. Bis jetzt existieren nur Medikamente, die den Verlauf von Demenzerkrankungen verzögern. Der Ausbruch der Krankheit kann nach wie vor nicht verhindert werden. Zwar liest man in der Presse regelmässig über Rückschläge in der Demenzforschung, doch die Lage sieht gar nicht so hoffnungslos aus, und vielfältige Ansätze werden verfolgt. Zurzeit befinden sich drei Medikamente in Entwicklung, die in der Phase II- oder Phase III-Studie vielversprechende Resultate zeigen. Aducanumab, BAN2401 und Donanemab konnten den Verlauf von Demenzerkrankungen verzögern, wenn auch nicht verhindern. Ein anderer Ansatz verfolgt Souvenaid, ein diätetisches Lebensmittel bestehend aus Fettsäuren und Vitaminen, das Synapsen mit Zusatzstoffen versorgt und ihre Funktion steigert, was den Verlauf von Demenz in einem frühen Stadium ebenfalls verzögern konnte. Auch ganz anderen Ansätzen wird nachgegangen. Versuche mit Mäusen lassen vermuten, dass das Mikrobiom einen Einfluss auf das Entstehen von Demenz haben könnte. Zudem wurde ein Molekül identifiziert, das Licht produziert und die Blut-Hirn-Schranke passiert und einen positiven Einfluss auf die Demenzentwicklung hat. Und nicht zuletzt wurde entdeckt, dass nicht invasive Hirnstimulation (NIBS) mit gewissen Frequenzen bei Mäusen Amyloid im Hirn reduziert und das Verhalten der Mäuse verbessert.

Prof. Dr. med. Stefan Klöppel, Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie der UPD Bern, stellte die Wirkungsweise der verschiedenen Medikamente, die bereits auf dem Markt sind und eingesetzt werden, vor. Um die kognitiven Leistungen zu verbessern, werden bei Alzheimererkrankungen in der Regel zuerst Acetylcholinesterasehemmer (ACE) verschrieben. Sie sind angezeigt bei leichter und mittlerer Alzheimerdemenz, aber nicht bei schwerer Demenz. Je früher man mit der Therapie beginnt, desto besser ist die Wirkung. Allerdings treten oft Nebenwirkungen wie Durchfall und Herzrhythmusstörungen auf. Mehrere Firmen bieten ACE an. Zwischen den verschiedenen Marken konnte kein Wirkungsunterschied nachgewiesen werden. Eine Alternative zu ACE stellt Ginkgo Biloba dar, seine Wirkung wird unterdessen bei Psychosen positiver eingeschätzt als in der Vergangenheit. Das Medikament wird aber nur auf Patientenwunsch eingesetzt oder wenn ACE nicht vertragen werden. Als Prophylaxe bei gesunden Menschen wird Ginkgo Biloba nicht empfohlen, da eine Präventionswirkung nicht nachgewiesen werden konnte. Für mittlere bis schwere Demenz wird üblicherweise Memantin verwendet. Eine Kombination von ACE mit Memantin wird zurzeit geprüft und hat bei schwerer Demenz eine gute Wirkung gezeigt. Insgesamt sind die Effekte mässig und rein symptomatisch. Idealerweise werden sie ergänzt durch nicht-medikamentöse Ansätze. Verhaltens- und psychologische Symptome der Demenz wie Depressionen, Schlafstörungen oder Tag-Nacht-Umkehr führt oft zu Einweisung in Heime, es ist also wichtig, auch solche Symptome wirkungsvoll behandeln zu können. Dafür sind verschiedene Medikamente auf dem Markt, und Therapieempfehlungen für die Schweiz liegen vor. Zuletzt kam Stefan Köppel auf frontotemporale Demenzen zu sprechen, für die es keine überzeugende Evidenz zur medikamentösen Behandlung kognitiver Symptome oder Verhaltenssymptomen bei Patient/innen gibt.

2.7 Behandlungsmöglichkeiten für ein gutes Leben mit Demenz

Pascale Gmür ist Autorin des Buches «Puzzeln mit Ananas» und hat einen Vortrag mit dem Titel «Mit Demenz daheim – dank betreuender Angehöriger und Spitex» gehalten. In ihrem Praxisbericht hat sie über ihre eigenen Erfahrungen bezüglich der Betreuung ihrer Mutter, die an Alzheimer erkrankt ist, gesprochen. Viele Menschen mit einer Demenzerkrankung haben den starken Wunsch so lange wie möglich zu Hause zu wohnen. Besonders in den ersten Jahren einer Demenzerkrankung werden Betroffene oftmals von Angehörigen betreut. Insgesamt ist die Anzahl Personen, welche ihre Angehörigen zuhause betreuen und pflegen, weit höher als die Personen, die die ambulante Pflege im Rahmen ihres Berufes ausüben. Dabei erleben Angehörige viele schwierige, verzweifelte und traurige Situationen. Es bilden sich neue Rollenverteilungen und Abhängigkeiten, sowie eine Ambivalenz zwischen den eigenen Bemühungen und der Vernachlässigung der eigenen Interessen. Daher kann das Angebot der Spitex eine grosse Stütze für betreuende Angehörige bedeuten und bietet die Möglichkeit, dass Betroffenen länger zu Hause wohnen können. Diskussionsbedarf besteht jedoch bei der Vergütung von Betreuungskosten, welche im Unterschied zu den Pflegekosten nicht übernommen werden. Des Weiteren weist auch die häusliche Pflege und Betreuung von Demenzerkrankten Grenzen auf. Nicht in jedem Fall ist eine ambulante Betreuung besser als eine stationäre Betreuung. In ihrem Praxisbericht hat Frau Gmür offen und ehrlich über ihre eigenen Erfahrungen mit ihrer demenzerkrankten Mutter erzählt, insbesondere mit welchen Herausforderungen sie bei der Betreuung konfrontiert war.

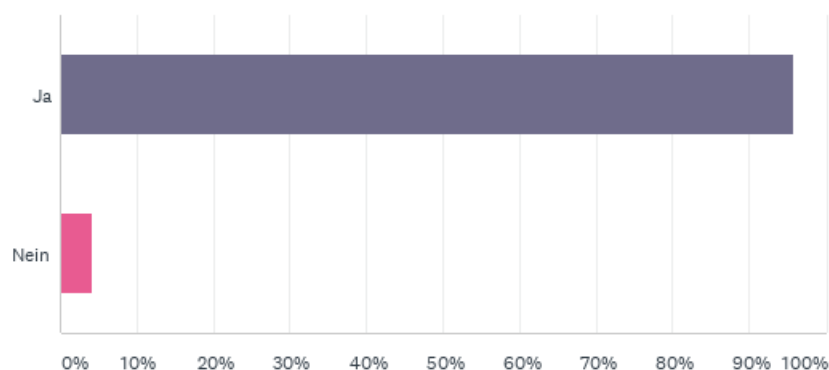
Prof. Dr. med. Stefan Klöppel, Direktor und Chefarzt der Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie der UPD Bern, gab einen Einblick in die Unterscheidung, Überschneidung und Behandlung von Depression und Demenz. Depressive Symptome wie auch eine Demenzerkrankung treten bei älteren Menschen häufig auf. Eine Depression im Alter kann unspezifische körperliche Symptome beinhalten und eine korrekte Diagnose gestaltet sich als schwierig. Zusätzlich treten bei beiden Erkrankungen Gedächtnisprobleme auf. Insbesondere bei der Verhaltensvariante der frontotemporalen Demenz zeigt sich die Unterscheidung als schwierig und viele Patient/innen erhalten zunächst eine Depression diagnostiziert. Während Patient/innen mit einer Demenzerkrankung insbesondere im frühen Stadium ihrer Erkrankung eine Depression zeigen, kann eine Depression bei älteren Menschen ein Anzeichen von einer beginnenden Demenzerkrankung sein. Beide Erkrankungen stehen in einem vielschichtigen Zusammenhang, der auch darin resultieren kann, dass beide Erkrankungen gleichzeitig auftreten und sich gegenseitig begünstigen. Zur Diagnostik einer Demenz oder Depression existieren unterschiedliche psychiatrische, somatische und bildgebende Verfahren. Dabei können eine Fremdanamnese und ein klar kognitives Profil richtungsweisend sein. Beim Auftreten beider Erkrankungen wird zuerst eine antidepressive Behandlung vorgeschlagen und auch eine Psychotherapie kann zur Behandlung angewendet werden. Für die Therapie und Prognose ist die korrekte Unterscheidung von zentraler Bedeutung, um eine Abwärtsspirale zu verhindern.

3. Fazit und Ausblick

Die spannenden und vielfältigen Beiträge aus der Klinik, der Forschung und der Praxis haben die Demenzprävention aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet. Dabei wurden mögliche Faktoren aus unterschiedlichen Fachrichtungen diskutiert, welche das Risiko für die Entwicklung einer Demenzerkrankung potenziell verhindern oder reduzieren. Nebst der wissenschaftlichen Evidenz für bestehende Ansätze in der Demenzprävention, wurden auch ihre Grenzen und aktuelle Wissenslücken dargelegt. Zusätzlich hat die Konferenz deutlich aufgezeigt, dass eine Demenzerkrankung ein Thema der öffentlichen Gesundheit ist, welches uns alle betrifft und auch in Zukunft eine zentrale Bedeutung haben wird.

Die erste Nationale Demenzkonferenz wurde online erfolgreich durchgeführt und hat grossen Anklang bei den Teilnehmenden gefunden. Wie in der untenstehenden Graphik abgebildet, würden laut Teilnehmerumfrage 96% der 243 Befragten die Veranstaltung weiterempfehlen. Die Veranstaltung wurde simultan sowohl in der deutschen als auch in der französischen Sprache durchgeführt. Dadurch konnte ein nationales Publikum erreicht werden. Die vielzähligen Fragen zu den Präsentationen, die spannenden Diskussionen und die vielen Themenvorschläge für weiterführende Konferenzen unterstreichen nochmals das grosse Interesse der Teilnehmenden an der ersten Nationalen Demenzkonferenz.

Würden Sie die nationale Demenzkonferenz weiterempfehlen?



Grafik 1: Abgebildet ist die Weiterempfehlung (%) der ersten Nationalen Demenzkonferenz, welche die hohe Zufriedenheit der Teilnehmenden widerspiegelt. Die Auswertungen basieren auf 243 Evaluationen, welche bis zum 31.5.2021 eingegangen sind.

Die vielen positiven Rückmeldungen und die sehr gut besuchte Konferenz mit 667 Anmeldungen zeigen das grosse Interesse am Thema Demenz und betonen die Wichtigkeit der Durchführung einer Nationalen Demenzkonferenz. Die Tagung wird im Jahr 2022 durch Alzheimer Schweiz und Public Health Schweiz weitergeführt und wird voraussichtlich in der Kalenderwoche 17 oder 18 stattfinden. An der zweiten Nationalen Demenzkonferenz wird das Thema Diagnostik und Früherkennung von Demenzerkrankungen im Zentrum stehen. Damit wird der Austausch zwischen der Forschung und der Praxis weiter gefördert und es wird ein wichtiger Beitrag zur Förderung des Wissens rund um das Thema Demenz sowohl in der Öffentlichkeit, wie auch in Fachkreisen geleistet.

4. Referentinnen und Referenten

Prof. PhD Emiliano Albanese	Institute of Global Health, Genf
Prof. Dr. med. Giovanni Frisoni	Memory Clinic, Genf
Dr. med. Dan Georgescu	Psychiatrische Dienste Aargau AG
Prof. Dr. med. Armin von Gunten	CHUV, Lausanne
Prof. Dr. med. Claudio Bassetti	Universitätsklinik für Neurologie, Bern
Prof. Dr. Andreas U. Monsch	Memory Clinic, Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER, Basel
Prof. Dr. Tobias Nef	ARTORG Zentrum, Bern
Prof. Dr. med. Dr. phil. Nikola Biller-Andorno	Institut für Biomedizinische Ethik und Medizingeschichte, Universität Zürich
Prof. Dr. med. Christophe Bula	CHUV, Lausanne
Dr. phil. Sandra Oppikofer	Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich
Prof. Dr. med. Stefan Klöppel	Universitätsklinik für Alterspsychiatrie und Psychotherapie der UPD, Bern
Pascale Gmür	Autorin, Zürich