

Demenz – Prävention und Therapie

**Ein Handbuch der
komplementärmedizinischen und
nichtmedikamentösen Verfahren**

Harald Walach, Martin Loeff (Hrsg.)

KVC | VERLAG

Inhalt

Teil 1: Allgemeine Einführung

| | |
|---|----|
| <i>Harald Walach, Martin Loeff:</i> Epidemiologie und Risikofaktoren | 1 |
| <i>Johannes Pantel:</i> Differenzialdiagnose und Pathophysiologie der Demenz..... | 9 |
| <i>Joachim Bauer:</i> Die Alzheimer-Krankheit als psychobiologisches Geschehen – Eine ganzheitliche Perspektive | 33 |
| <i>Hans Vogt, Gerd Reuther:</i> Iatrogene Demenz – Alzheimer als Folge ärztlicher Behandlungen?..... | 47 |

Teil 2: Prävention

| | |
|---|-----|
| <i>Martin Loeff, Harald Walach:</i> Prävention statt Therapie – Wie Lebensstilveränderung Demenz verhindern kann..... | 67 |
| <i>Sabine Würth:</i> Bewegung und Demenzprävention | 87 |
| <i>Ulrike Gonder:</i> Energienmangel trotz Zuckerflut – Ist Alzheimer „Typ III-Diabetes“? | 111 |
| <i>Volker Schmiedel:</i> Demenz und Nährstoffe | 139 |
| <i>Stefan Schmidt:</i> Meditation und Achtsamkeitspraxis als Demenzprävention – Konzepte und Befunde | 153 |

Valentina A. Teski, Johannes Pantel:
Gedächtnistraining oder Kognitive Stimulation –
Was kann als Prävention empfohlen werden? 175

Johanna Graf, Karlheinz Graf
Dentalmedizinische Risiken für neurodegenerative
Erkrankungen und deren Prävention 189

Karl-Heinz Weinisch:
Schadstoffe im Wohnbereich 205

Martin Loeff, Harald Walach:
Präventive Prognostik und die Option eines ganzheitlichen
Präventionsprogrammes 221

Teil 3: Therapeutische Aspekte

Karin Kraft:
Optionen der Phytotherapie..... 233

Michael Teut:
Homöopathie bei demenziellen Erkrankungen 249

Albrecht Warning:
Unkonventionelle Perspektiven zur degenerativen Demenz
(Alzheimer-Demenz) – Hinweise zu Therapie und Prophylaxe
aus Sicht der anthroposophisch orientierten Medizin 263

Daniela Hacke:
Aktiv bleiben trotz Demenz – Mobilisierung von
Körper und Geist durch Bewegung 283

Annette Kerckhoff, Klaus Schmitz:
Risikoarme Hausmittel bei Demenz als Baustein
eines integrativen Behandlungskonzeptes..... 307

Josef Hummelsberger:
Chinesische Medizin zur Vorbeugung und
Behandlung von Demenz 325

Joachim Mutter:
Schadstoffausleitung als Therapiemöglichkeit von
Alzheimer-Demenz 349

Johannes P. Naumann:
Wasser: Getrunken oder geschwitzt – Die Bedeutung
von Silizium (Kieselsäure), Lithium und Magnesium im
Trink- und Mineralwasser sowie Sauna und Demenz 375

Teil 4: Rahmenthemen

Elisa-Marie Behrndt, Elmar Gräßel, Anna Pendergrass:
Situation pflegender Angehöriger von Menschen
mit Demenz und Entlastungsangebote 391

Margareta Halek:
Das Verhalten von Menschen mit Demenz verstehen –
Eine pflegerische Perspektive 417

Andrea Berzlanovich, Niko Kohls:
Sicherheit statt Freiheit?! – Einsatz freiheitsentziehender
Maßnahmen (FEM) in der Pflege von Menschen mit Demenz 439

Beate Mayr, Maria Kotulek:
Bleibendes unterstützen – Menschen mit Demenz
spirituell begleiten 449

Epidemiologie und Risikofaktoren

Harald Walach, Martin Loef

Zusammenfassung

Die weltweite Prävalenz der Demenz steigt rapide, in Deutschland sind 1,6 Millionen Menschen erkrankt. Neben Alter und genetischen Faktoren existieren multiple Einflüsse, über deren Effektgrößen und Beeinflussbarkeit unterschiedliche Daten vorliegen. Die Einflüsse wirken häufig über Jahrzehnte oder das gesamte Leben. Sie bedingen einander, und wesentliche Faktoren sind möglicherweise noch nicht bekannt oder werden für Therapie und Prävention bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

Schlüsselwörter: Prävalenz, Inzidenz, Kosten, Risikofaktoren

Epidemiologie

Globale Prävalenz

Weltweit gab es 2018 fast 50 Millionen Demenzkranke (Patterson 2018). Schätzungen zufolge wird sich diese Zahl alle 20 Jahre verdoppeln und auf 152 Millionen im Jahr 2050 ansteigen, was dann mehr Menschen wären, als derzeit in Deutschland und England zusammengenommen leben. Bereits für 2018 wurden die weltweiten Kosten der Demenz auf eine Billion Dollar prognostiziert (Patterson 2018). Die Rate der Prävalenz steigt exponentiell mit dem Alter.

Die Krankheitsdauer ist abhängig vom Alter, in dem die Krankheit einsetzt (Bickel 2018). Bei einem Krankheitsbeginn im Alter von unter 65 Jahren dauert eine Demenz durchschnittlich acht bis zehn Jahre, was sich auf sieben Jahre für einen Beginn zwischen 65 und 76 Jahren verringert und weiter sinkt bis zu drei Jahren bei über 85-Jährigen. Allerdings wurden auch Einzelfälle berichtet, die über 20 Jahre mit einer diagnostizierten Demenz überlebt haben. Bei jedem dritten Mann und jeder zweiten Frau, die 65 Jahre geworden sind, wird sich entsprechend des statistischen Mittels im weiteren Leben eine Demenz einstellen (Bickel 2018). Es existiert demnach eine klare Geschlechtsabhängigkeit der Demenz: 70 % aller Fälle sind weiblich. Über die künftige Entwicklung der Prävalenz gibt es unterschiedliche Auffassungen. Während einige Autoren davon

ausgehen, dass sich die gegenwärtige Zahl z. B. in Deutschland bis 2050 verdoppeln (Bickel 2018) oder weltweit gar fast verdreifachen wird (Prince et al. 2015), beobachten andere Autoren ein geringeres Wachstum der Prävalenzrate von Demenz als bislang angenommen. Dies gibt Anlass zu Spekulationen, ob der Trend ungeachtet der fortschreitenden demographischen Alterung der Bevölkerung zu einer künftigen Stabilisierung der Erkrankungshäufigkeit führen wird (Wu et al. 2016).

In die meisten Prognosen künftiger Prävalenzwerte fließen ausschließlich demographische Faktoren ein. Verhaltensänderungen oder Lebensstiltrends auf nationaler oder globaler Ebene hin zu einer durchschnittlich gesünderen bzw. ungesünderen Lebensweise können zusätzlich Einfluss auf die Zahl der Neuerkrankungen nehmen. Wird beispielsweise die prognostizierte Zunahme des Übergewichts in einem Prognosemodell berücksichtigt, erhöht sich die bis 2050 erwartete Prävalenz in den USA bzw. in China um 9 % bzw. um 19 % (Loef und Walach 2013).

Inzidenz

Weltweit gibt es etwa zehn Millionen Neuerkrankte jedes Jahr oder auf kürzere Zeit gerechnet: einen neuen Fall alle 3,2 Sekunden. Regional verteilt sich die Anzahl der jährlichen Neuerkrankungen zu 49 % auf Asien, zu 25 % auf Europa, zu 18 % auf Süd-,Mittel- und Nord-Amerika und zu 8 % auf Afrika (Prince et al. 2015). Wie die Prävalenzrate ist auch die Inzidenzrate stark altersabhängig und verdoppelt sich ab dem 60. Lebensjahr alle 6,3 Jahre von 3,9 pro 1000 Personenjahre im Alter von 60–64 auf 104,8 pro 1000 Personenjahre im Alter 90+ (Prince et al. 2015). Die Inzidenz in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen unterscheidet sich nicht signifikant von der in Ländern mit hohem Einkommen (relatives Risiko RR = 0,90, 95 % Konfidenzintervall: 0,70–1,15). Inzidenzstudien von westeuropäischen Ländern (Schweden, Spanien, Niederlande, Großbritannien, Frankreich), den USA und Nigeria weisen darauf hin, dass sich die Demenz-Inzidenzraten in den vergangenen Jahren stabilisiert haben oder sogar gesunken sind (Wu et al. 2017). Diese Trends können nicht auf einen einzelnen Faktor zurückgeführt werden. Möglicherweise sind es gesamtgesellschaftliche Trends zu einem gesünderen Lebenswandel oder eine bessere Gesundheitsversorgung, welche die Inzidenzrate beeinflussen. Die Bestimmung der Neuerkrankungsraten über die vergangenen Jahrzehnte war in den betrachteten Studien nicht einheitlich, und die diagnostischen Methoden haben sich im Laufe der Zeit geändert, so dass nicht ausgeschlossen werden kann, dass diese Trends vorläufig sind.

Lage in Deutschland

Nach China, Indien, Japan und den USA ist Deutschland das Land mit den meisten Demenzerkrankten (Bickel 2011). Hierzulande gibt es etwa 1,6 Millionen Personen, die an Demenz erkrankt sind. Bei zwei Dritteln der Fälle geht die Erkrankung auf die Alzheimer-Pathologie zurück (Kastner und Löbach 2018). Die mittlere Prävalenzrate in Deutschland steigt von 1,6 % der 65–69-Jährigen auf 41,1 % der über 90-Jährigen an (Bickel 2011).

Zur Frage, ob es signifikant unterschiedliche Prävalenzraten für verschiedene Länder gibt, existieren derzeit zwar methodisch nur beschränkt verlässliche Daten (Rizzi et al. 2014; Prince et al. 2015). Doch zeigt sich selbst unter Berücksichtigung möglicher Störgrößen, dass beispielsweise in Südamerika mehr Personen an Demenz erkranken, als das auf Basis der Altersstruktur zu erwarten wäre, was auf ein relativ geringeres Bildungsniveau und ein hohes Ausmaß vaskulärer Risikofaktoren zurückgeführt wird (Rizzi et al. 2014). Für Deutschland werden Differenzen der Erkrankungshäufigkeit zwischen den Bundesländern auf Unterschiede in der Altersstruktur der über 65-Jährigen zurückgeführt (Bickel 2011). Ein Beleg, dass sozioökonomische Faktoren und solche des Lebensstils für die Prävalenzunterschiede der Bundesländer zu Grunde liegen könnten, gibt es bislang nicht.

Basierend auf Routinedaten einer Krankenkasse wurde jedoch festgestellt, dass betagte Versicherte ohne deutsche Staatsbürgerschaft (DS) im Vergleich zu solchen mit deutscher Staatsbürgerschaft eine höhere Demenzprävalenz aufwiesen, was besonders stark für die Männer ausgeprägt war (Stock et al. 2018). So lag die Prävalenz bei Männern der Altersgruppen 80–84 Jahre ohne DS bei 16,5 % vs. 14,2 mit DS (85–89 Jahre: 23,4 vs. 21,5 und 90+ Jahre: 32,3 vs. 26,3).

Risikofaktoren

Einflussgröße von Risikofaktoren

Nicht allein die Ausmaße interessieren die epidemiologische Demenzforschung. Verstärkt wird auch die Anzahl und Ausprägung der Risikofaktoren untersucht. Für Australien wurde geschätzt, dass über 48 % der Demenzfälle sieben beeinflussbaren Lebensstilfaktoren zugerechnet werden können: Übergewicht in mittleren Lebensjahren, körperliche Aktivität, Rauchen, Diabetes Typ II, Bluthochdruck, geringer Bildungsgrad und Depression (Ashby-Mitchell et al. 2017).

Andere Forscher erachten den Einfluss von Lebensstilfaktoren auf das Erkrankungsrisiko für geringer. Die genannten Faktoren, ergänzt um die sozialen Kontakte und den Hörverlust in mittleren Lebensjahren, welcher mit ca. 9 %

den größten Einzelfaktor ausmacht, würden sich demnach auf maximal 35 % (Livingston et al. 2017) bzw. 33 % (Luck und Riedel-Heller 2016) summieren. Die übrigen Anteile sind nicht beeinflussbar. Die Unterschiede in den bestimm- baren Risiken gehen auf unterschiedliche Annahmen hinsichtlich der Prä- valenz und der relativen Risiken der Einflussfaktoren zurück. Anhand dieser Daten lässt sich jedoch abschätzen, welchen Effekt die Reduktion von einzel- nen Risikofaktoren auf die Anzahl der Demenzkranken ausüben würde. Hoch- rechnungen für Deutschland zeigen, dass eine um 10 % niedrigere Prävalenz des hierzulande wichtigsten Risikofaktors, der körperlichen Inaktivität, die Anzahl der Patienten mit M. Alzheimer theoretisch um 17.000 (95 % KI (Kon- fidenzintervall) = 6000–24.000) Fälle reduzieren würde (Luck und Riedel- Heller 2016). Geht man gar von einer Reduktion der Prävalenzrate körperlicher Inaktivität um 50 % aus, würde die Zahl der Betroffenen um 95.000 (95 % KI = 29.000–144.000) sinken. Das Gesamtpräventionspotenzial bei Senkung der Prävalenz der sieben betrachteten Risikofaktoren um 10 %, 25 % bzw. 50 % liegt für die Alzheimer-Krankheit bei 23.000 (95 %-KI = 13.000–28.000), 61.000 (95 %-KI = 32.000–75.000) bzw. 130.000 (95 %-KI = 66.000–169.000). Dabei soll- ten wir nicht vergessen: Diese Zahlen gelten nur für die gut untersuchten Risi- kofaktoren. Andere in diesem Band angesprochenen Faktoren sind schlecht untersucht und daher bei diesen Berechnungen auch nicht berücksichtigt.

Darüber hinaus wird argumentiert, dass die Faktoren nicht kontinuierlich über das gesamte Leben wirken, sondern dass ein Lebensphasenmodell die Einflüsse besser widerspiegelt (Livingston et al. 2017). In diesem wirken die Bildung in frühen Jahren, Übergewicht, Hörverlust und Bluthochdruck in mitt- leren Lebensjahren (Alter: 45–65) und die übrigen Faktoren erst im späteren Leben (Alter: 65+) Einfluss auf das Krankheitsrisiko einer Demenz aus.

Über den Einfluss weiterer Faktoren wird geforscht (z. B. Quecksilber) (Mutter et al. 2010; Walach und Loef 2017), die Höhe des jeweiligen Einflusses kann bislang nur gemutmaßt werden, weil nicht genau bekannt ist, wie ver- breitet diese Faktoren in verschiedenen Bevölkerungsteilen sind und wie hoch der Effekt ist, den sie auf die Alzheimer-Krankheit oder Demenzen im Allge- meinen ausüben. Da viele dieser Umwelteinflüsse in Studien mit großen Popu- lationen weiterhin unberücksichtigt bleiben, wird es auch in Zukunft schwierig abzuschätzen sein, welchen Anteil Genetik und Umwelt tatsächlich an der Er- krankung haben.

Weitere Risikofaktoren

Weitere Faktoren, die in diesem Band angesprochen werden und deren Aus- wirkungen eine Rolle spielen könnten, sind etwa die Versorgung mit Vitalstof-