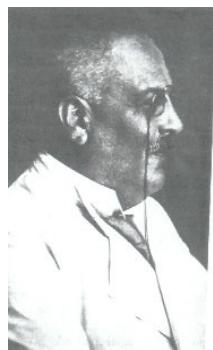


Berechtigte und übertriebene Ängste vor der Altersvergesslichkeit und der Demenzerkrankungen



Geriatrisches Zentrum
am Universitätsklinikum Tübingen



Gerhard W. Eschweiler,
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Böblingen, Kreisseniorenrat 14.11.2013

Geistige (kognitive) Fähigkeiten

- Denkfähigkeit
- Wahrnehmungsgeschwindigkeit
- Gedächtnis
- Wissen
- Wortflüssigkeit
- Lernfähigkeit

CERAD Batterie

Denkfähigkeit Buchstabenfolge

c e g i k ?

Wissen Praktisches Wissen

- Was ist ein Trichter?
- Wozu dient eine Haftpflichtversicherung?
-

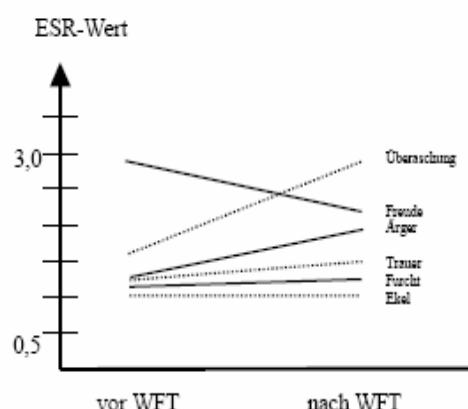
Anagramme- Wortfindungsaufgabe

• K E R A N ?

• ANKER

• W E O P S?

• WESPE (nein)



Bähr, Universität Düsseldorf
Dissertation 2001

Abbildung 6: ESR-Werte vor und nach der WFT

246 Das autobiographische Gedächtnis: eine lebenslange Entwicklungsaufgabe

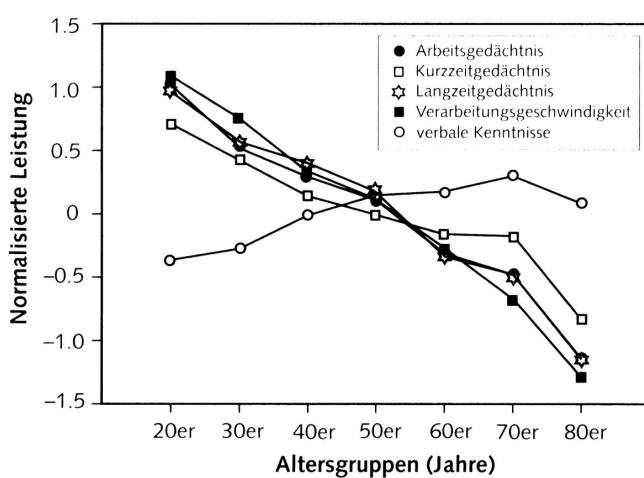
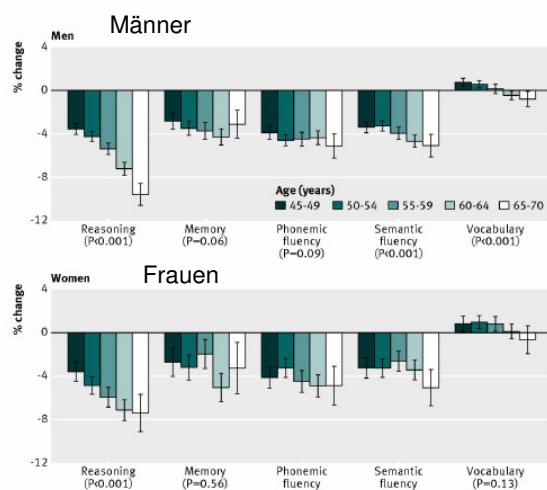


Abb. 12.4 Kognitive Leistungsveränderungen mit ansteigendem Alter (nach Denise Park; vgl. Park & Gutchess, 2002).

Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study

Figure

BMJ 2012;344:d7622 doi: 10.1136/bmj.d7622 (Published 5 January 2012)



Frauen erleben **keinen** dramatischen Abfall der kognitiven Leistungen nach dem 50. LJ ca 5% pro Dekade

Design Prospective cohort study. At study inception in 1985-8, there were 10 308 participants, representing a recruitment rate of 73%.

Setting Civil service departments in London, United Kingdom.

Participants 5198 men and 2192 women, aged 45-70 at the beginning of cognitive testing in 1997-9.

Decline in cognitive test scores over 10 years (% change=change/range of test \times 100) as function of baseline age cohort in men and women, estimated from linear mixed models. P values denote test for linear trend across age categories, derived by entering them as continuous variable

Definition der Demenz ICD 10

- Eine schwerwiegende Hirnveränderung führt zu einem **deutlichen Verlust geistiger Fähigkeiten** und damit zu einer nachhaltigen **Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung**:
 - mit **Bewusstseinsklarheit** (\neq Delir)
 - Ausschluß einer Depression
 - Dauer von **mindestens 6 Monaten** (\neq Delir)

Leichte kognitive Störung: Mild cognitive impairment MCI (F06.7)

- ICD 10 Psychometrisch objektivierbare kognitive Störung ohne Störung der Alltagsrelevanz
- laut DSM IV:
 - Beeinträchtigung in mind.2 kogn. Bereichen
 - berichtet von Patient oder Bezugsperson
 - Beeinträchtigung von sozialen und beruflichen Funktionen aber nicht von Alltagsfähigkeiten
- Konversion zu Alzheimer Demenz in 12 Mon: 10-25%

Epidemiologie der Demenzerkrankungen

Tabelle 1: Prävalenz von Demenzerkrankungen in Abhängigkeit vom Alter

Altersgruppe	Mittlere Prävalenzrate nach EuroCoDe (%)			Geschätzte Krankenzahl In Deutschland Ende des Jahres 2010		
	Männer	Frauen	Insgesamt	Männer	Frauen	Insgesamt
65-69	1,8	1,4	1,6	38.000	32.000	70.000
70-74	3,2	3,7	3,5	73.000	97.500	170.500
75-79	7,0	7,7	7,4	98.000	141.500	239.500
80-84	14,5	16,4	15,7	129.000	240.500	369.500
85-89	20,9	28,5	26,4	78.500	279.000	357.500
90 und älter	29,6	45,1	41,1	45.500	198.500	244.000
65 und älter	6,4	10,3	8,6	462.000	989.000	1.451.000

Quelle: Deutsches Zentrum für Altersfragen, Statistisches Informationssystem GeroStat; Alzheimer Europe 2009

Tabelle 2: Geschätzte Zahl der Erkrankten im Jahr 2010 nach Bundesländern

Bundesland	Altersgruppe						
	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90 +	65 +
Baden-Württemberg	8.570	21.170	29.560	46.070	45.580	33.490	184.440
Bayern	10.190	24.880	34.330	54.170	54.500	34.040	212.110
Berlin	3.250	6.780	8.680	12.090	11.660	10.800	53.260

**Tabelle 3: Jährliche Wahrscheinlichkeit von Neuerkrankungen
(Inzidenzrate) in Abhängigkeit vom Alter**

Altersgruppe	Mittlere Inzidenzrate pro Jahr (%)	Geschätzte Zahl der Neuerkrankungen in Deutschland im Jahr 2010
65-69	0,4	17.200
70-74	0,9	42.700
75-79	1,9	57.000
80-84	4,1	81.400
85-89	6,5	64.800
90 und älter	10,1	35.400
65 und älter	1,9	298.500

Quelle: Bickel (2000)

Nervenarzt 2013; 84:477–482
DOI 10.1007/s00115-012-3688-1
Online publiziert: 20. März 2013
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

H. Braak¹ · S. Feldengut² · K. Del Tredici²
¹ Zentrum für Biomedizinische Forschung, Universität Ulm
² Klinik für Neurologie, Universität Ulm

Pathogenese und Prävention des M. Alzheimer

Wann und auf welche Weise beginnt der pathologische Prozess?

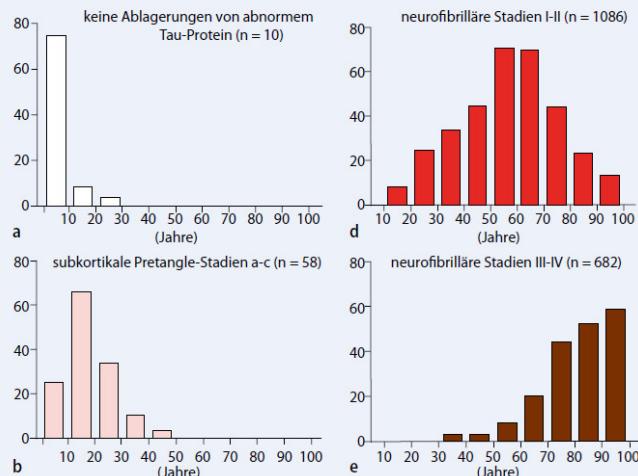


Abb. 1 ▲ Neurofibrilläre Stadien des pathologischen Prozesses, der dem Morbus Alzheimer zugrunde liegt. Doppelhemisphärenschnitte, senkrecht zur Interkommissurallinie, in Immunreaktionen gegen abnormales Tau-Protein (AT8). a Neurofibrilläres Stadium VI (72-jährige demente Frau, Aspirationspneumonie). Alle Teile der Hirnrinde, auch die spät im Verlauf des Pro-

Pathogenese und Prävention des M. Alzheimer

Wann und auf welche Weise beginnt der pathologische Prozess?

Übersichten



Pathogenese und Prävention des M. Alzheimer

Wann und auf welche Weise beginnt der pathologische Prozess?

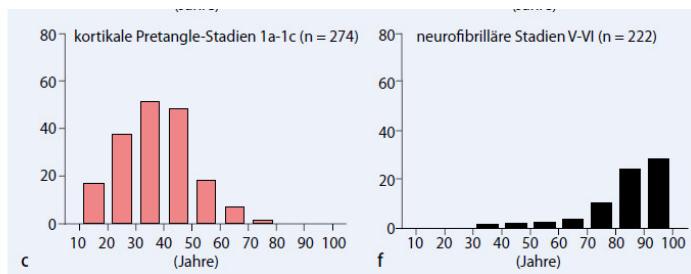


Abb. 2 ▲ Prozentuale Häufigkeit unterscheidbarer Stadien der intraneuronalen Ablagerungen von abnormalem Tau-Protein bei 2332 nicht selektierten Autopsiefällen. **d, e, f** Fibrilläre und argyrophile Einschlussskörper bilden die kennzeichnenden Merkmale der kortikalen neurofibrillären Stadien I–VI. Die Säulen sind farbenkodiert. Neurofibrilläre Stadien V–VI erscheinen in schwarz (**f**), die Stadien III–IV in braun (**e**), und die Stadien I–II in rot (**d**). **c** Nicht versilberbares und nicht fibrilläres Vorläufermaterial in

Was muss verhindert werden?

- Frailty: Gebrechlichkeit
- Sturz und Sturzangst
- Vereinsamung
- Alzheimer
- Schlaganfall und vaskuläre Demenz
- Schädel-Hirn-Verletzungen
- Altersdepression
- Sucht im Alter
- Überdosierung von Medikamenten

Der Einfluss biografischer Ereignisse und des Lebensstil auf das Demenzrisiko

- Risikobehaftet:
 - Schädel-Hirn-Trauma
 - Wenig Bildung
 - Zuviel Alkohol
 - Rauchen
 - Depression
 - Schlaganfälle
 - Übergewicht
 - Bewegungsmangel
 - Einsamkeit
- Schützend:
 - Hohe Bildung
 - Für Männer Ehe
 - Sport bei Älteren
 - Mediterrane Diät
 - Geistige Aktivität
 - Soziale Vernetzung

Symptome der Depression (ICD10)

- Gedrückte Stimmung
- Freudlosigkeit
- Antriebsstörung
- Konzentrationsstörung
- vermindertes Selbstwertgefühl
- Schuldgefühle
- pessimistische Zukunftsaussichten
- Lebensverneinende Gedanken-Suizidgedanken
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

--Über 2 Wochen in mehr als der Hälfte der Zeit

7 Risikofaktoren für vorzeitige Alterung

1. Rauchen
2. Diabetes mellitus
3. Hypertonie
4. Depression
5. Übergewicht (BMI über 30 kg/m²)
6. Körperliche Inaktivität
7. Geistige Inaktivität

-> Schützt die Vermeidung der Risiken vor Demenzen?

Grenzwerte für Adipositas

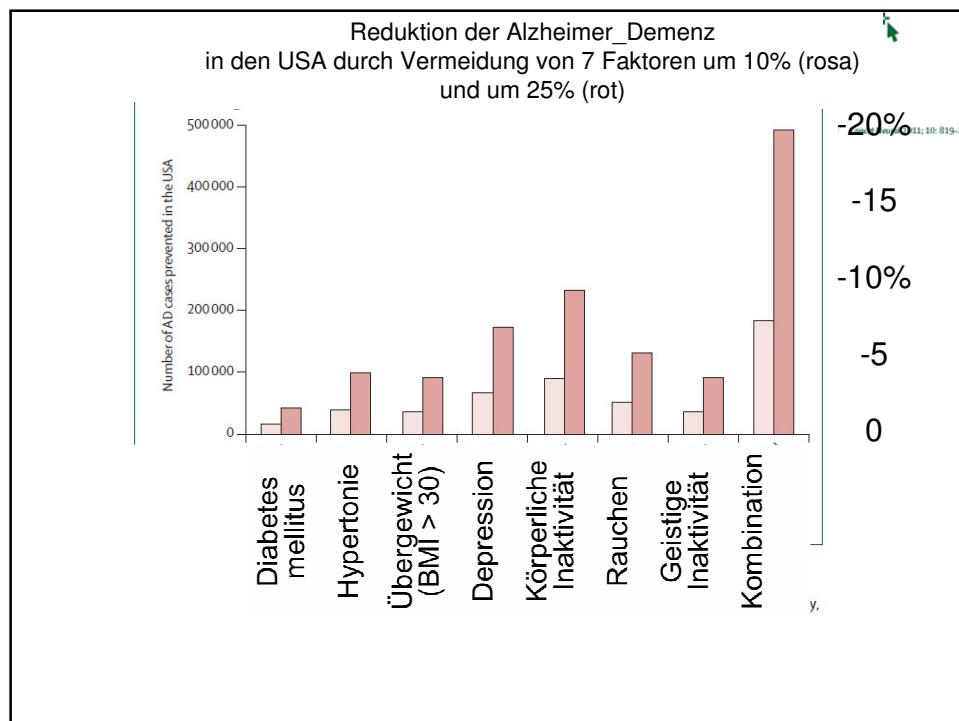
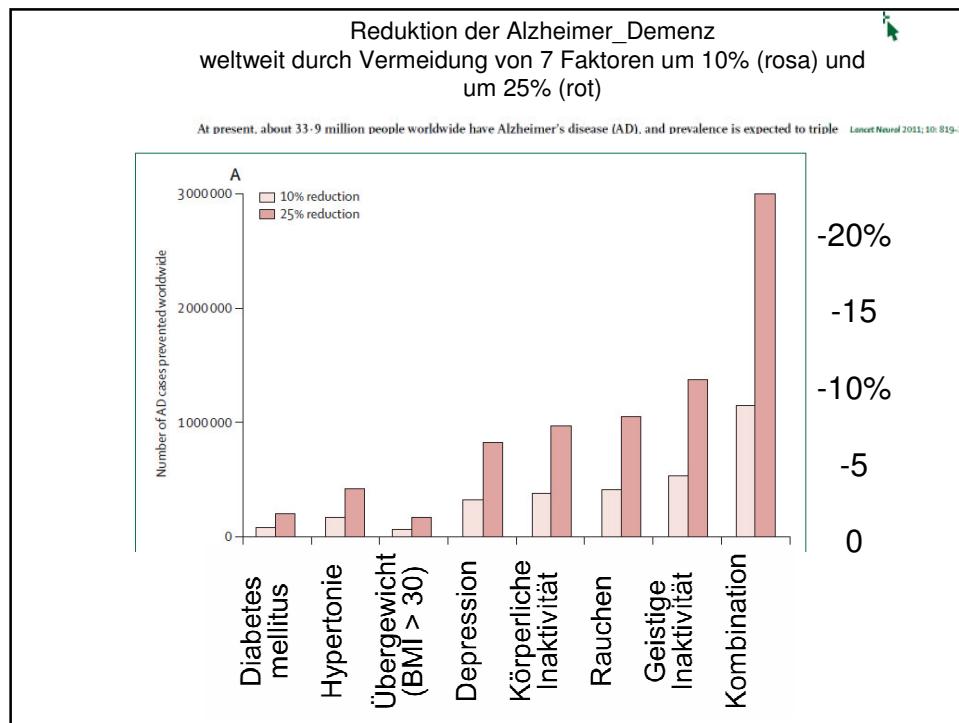
Größe	Gewicht in kg bei BMI von 30
	kg/m ²
1,50	68
1,55	72
1,60	77
1,65	82
1,70	87
1,75	92
1,80	97
1,85	103
1,90	108
1,95	114

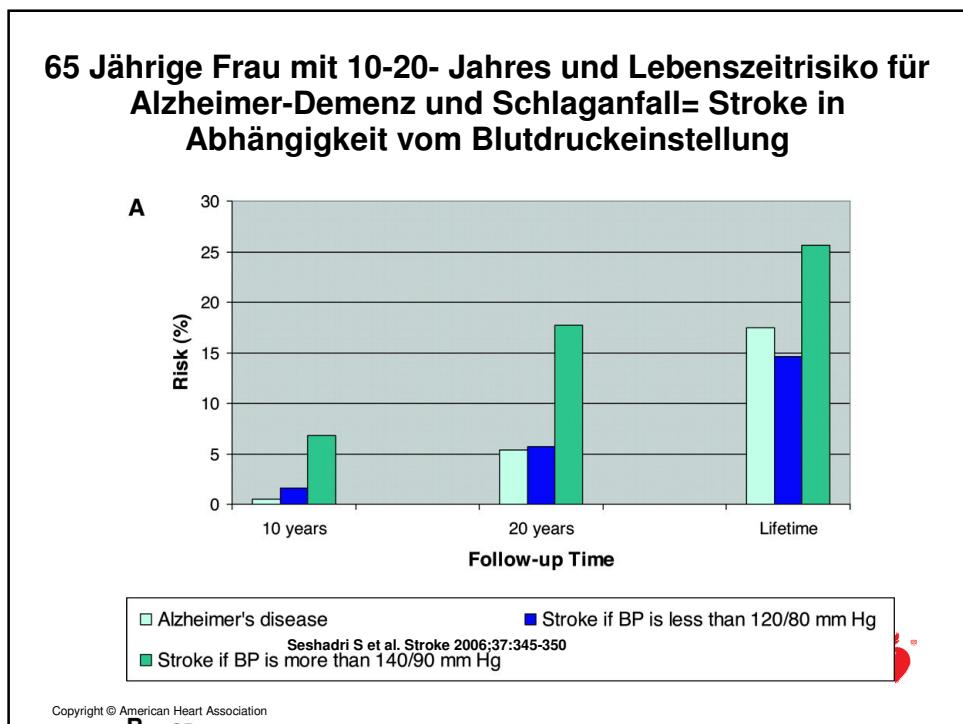
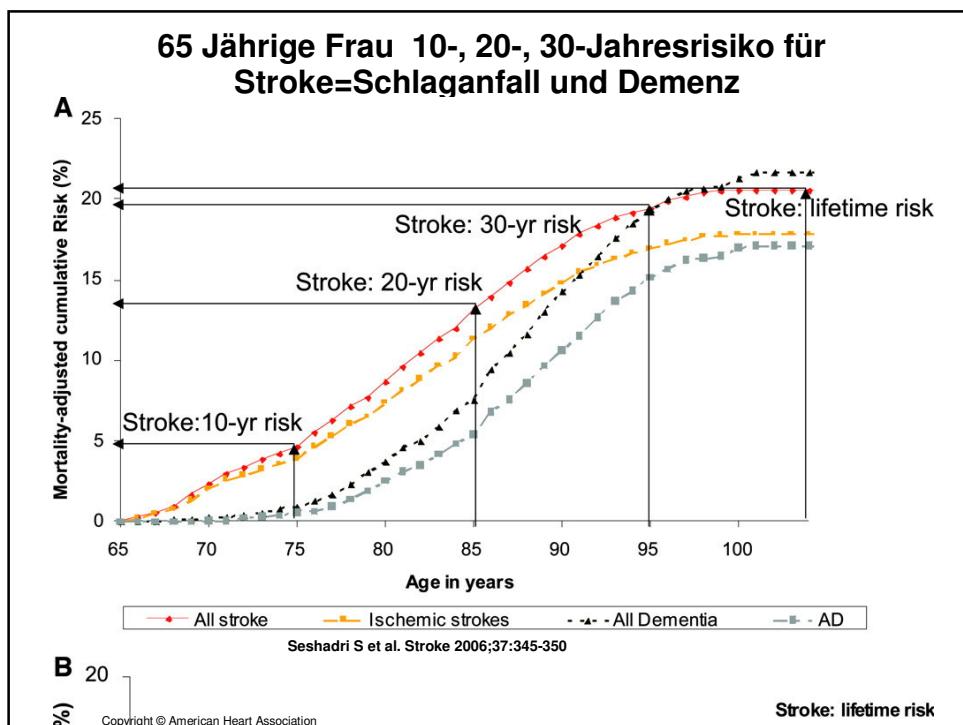
Alzheimer-Demenz und 7 Risiko-Faktoren

	Population prevalence	Relative risk (95% CI)	
Weltweit			
Worldwide			
Diabetes mellitus	6.4%	1.39 (1.17-1.66)	Diabetes mellitus
Midlife hypertension			Hypertonie
Midlife obesity			Übergewicht (BMI > 30)
Depression			Depression
Physical inactivity			Körperliche Inaktivität
Smoking			Rauchen
Low education	Geistige Inaktivität
Combined (maximum)	Kombination
USA			
Diabetes mellitus	8.7%	1.39 (1.17-1.66)	Diabetes mellitus
Midlife hypertension		2.24	Hypertonie
Midlife obesity		1.92	Übergewicht (BMI > 30)
Depression		2.33	Depression
Physical inactivity		2.78	Körperliche Inaktivität
Smoking		2.20	Rauchen
Low education		1.86	Geistige Inaktivität
Combined (maximum)	Kombination

PAR=population attributable risk. *Absolute number.

Table: Alzheimer's disease cases attributable to potential





Andere beeinflussbare Faktoren

1. Hormonstatus (Hormonersatztherapie)
2. Entzündungen
3. Herzrhythmusstörungen
4. Blutfette
5. Schlaf und Schlafmittel
6. Multimedikation

Was sagt die Alzheimer- Gesellschaft 2013: Gibt es eine Vorbeugung?

Bislang gibt es leider keinen Schutz davor, an Alzheimer zu erkranken.

Es gibt aber einige Faktoren, die das Risiko zu erkranken verringern können.

Dazu gehören:

1) die Behandlung von **Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen und Diabetes Mellitus.**

Plus Seh- und Hörhilfen

2) **geistige, körperliche und soziale Aktivität,**
3) ausgewogene Ernährung

Die 4 Säulen der geistigen Frische im Alter



S3 Leitlinie Demenz 2009 DGPPN/DGN

- 87 Vaskuläre Risikofaktoren und Erkrankungen (z.B. Hypertonie, Diabetes mellitus, Hyperlipidämie, Adipositas, Nikotinabusus) stellen auch Risikofaktoren für eine spätere Demenz da. Daher trägt deren leitliniengerechte Diagnostik und frühzeitige Behandlung zur Primärprävention einer späteren Demenz bei.

Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007

Es gibt Hinweise, dass bestimmte Ernährungsgewohnheiten (u.a. Konsum von Fisch, mediterrane Diät) protektiv bezüglich des Auftretens einer Demenz sein können. Es ist allerdings nicht möglich, aus der aktuellen Datenlage eine Ernährungsempfehlung abzuleiten, die über einer allgemein ausgewogenen Ernährung mit der Vermeidung von Übergewicht hinaus geht^{328, 329}.

Statement: Eine ausgewogene Ernährung (z.B. mediterrane Diät) wird zur allgemeinen Risikoreduktion empfohlen.

S3 Leitlinie Demenz 2009 DGPPN/DGN

Ein aktiver Lebensstil mit körperlicher Bewegung, sportlicher, sozialer und geistiger Aktivität ist protektiv bzgl. des Auftretens einer Demenz^{332, 333}.

88 Regelmäßige körperliche Bewegung und ein aktives geistiges und soziales Leben sollte empfohlen werden.

Empfehlungsgrad B, Leitlinienadaptation NICE 2007



Vielen Dank!
Vorträge ab 2.
Dezember
Montags 17 Uhr in
der UKPP Tübingen
Prävention 50plus
Auch März und Juni
2014