

Bundesamt für Gesundheit  
**z.H. Verena Hanselmann**  
Direktionsbereich Gesundheitspolitik  
Sektion Nationale Gesundheitspolitik  
Schwarzenburgstrasse 161  
CH-3003 Bern

Bern, 7. August 2013

## **Nationale Demenzstrategie**

### **Dringende Notwendigkeit zum Einbezug der primären und sekundären Prävention von Demenz**

Sehr geehrte Damen und Herren

Der Entwurf zur Nationalen Demenzstrategie vom 8.7. 2013 enthält wichtige Aspekte einer nationalen Demenzstrategie. Allerdings fehlt bei den Handlungsfeldern, Zielen und Projekten jegliche Erwähnung der primären und sekundären Prävention.

Dies ist insofern erstaunlich, als im Kapitel Grundlagen des Strategieentwurfs, auf Seite 8, die Bedeutung verschiedener kardiovaskulärer Risikofaktoren und der sogenannten „kognitiven Reserve“ – und damit Hinweise für eine wirksame Demenzprävention – aufgeführt und die dazu notwendigen Massnahmen grob skizziert werden. Ausdrücklich wird darauf verwiesen, dass gemäss Fachleuten in der Schweiz aktuell eine grosse Unterversorgung in der Demenzprävention besteht. Diese Erkenntnisse fanden jedoch keinen Eingang in den Massnahmenkatalog.

Die Erwähnung der Prävention und die Planung entsprechender Massnahmen in einer nationalen Demenzstrategie ist jedoch unverzichtbar. Auf Seite 7 des Grundlagenkapitels wird darauf hingewiesen, dass mit einer Zunahme der Zahl der Demenzkranken von heute 111'000 auf fast 300'000 im Jahr 2060 zu rechnen ist. Erstes Ziel muss hier sein, diese dramatische Entwicklung durch geeignete präventive Massnahmen günstig zu beeinflussen.

#### Prävention und Behandlung von vaskulären Risikofaktoren und Erkrankungen

Aufgrund der bei neurodegenerativen Erkrankungen heute noch eingeschränkten prophylaktischen sowie therapeutischen Massnahmen kommt der Prävention und Behandlung vaskulärer Risikofaktoren/Erkrankungen eine erhebliche – auch prognostische – Bedeutung hinsichtlich der Entwicklung und Progredienz von Demenzen zu.

Vaskulär bedingte Demenzen stellen nach der Alzheimer Demenz die zweithäufigste Demenzform dar und somit die häufigste nicht-neurodegenerativ verursachte Demenz

(Roman 2006; Stevens 2002). Darüber hinaus ist bekannt, dass vaskulären Prozessen auch im Rahmen der Alzheimer Demenz eine erhebliche Bedeutung bei der Demenzentwicklung zukommen kann (Heyman et al. 1998; O'Brien et al. 2003; Roman 2003; Snowdon et al. 1997).

Somit spielen vaskuläre Faktoren nicht nur bei den „reinen“ vaskulär bedingten Demenzformen, sondern aufgrund häufiger Überschneidungen auch den degenerativen Demenzformen wie der Alzheimer Demenz (AD) eine erhebliche Rolle. Dies unterstreicht die Relevanz der vaskulären Therapie und Prävention. Die Bedeutung vaskulärer Faktoren in der Demenzentstehung und –entwicklung wurde vor kurzem auch in einem Papier der American Heart Association (AHA) betont (Gorelick et al. 2011).

### Kardio- und zerebrovaskuläre Risikofaktoren

Kardio- bzw. zerebrovaskuläre Risikofaktoren haben einen entscheidenden Einfluss auf die Demenzentstehung. Hierzu zählen insbesondere die Ernährung, die ungenügende körperliche Aktivität, der Nikotinabusus, die arterielle Hypertonie, der Diabetes mellitus, die Hyperlipidämie bzw. –cholesterinämie, die Adipositas. Nach heutigem Kenntnisstand sind diese Risikofaktoren die wichtigsten modifizierbaren Faktoren dementieller Erkrankungen und sind somit von grosser prognostischer Relevanz.

Die Wirkung von mediterraner Kost auf das Demenzrisiko ist aus prospektiven Studien gut belegt: So zeigten von 2258 in New York prospektiv untersuchten, zu Hause lebenden Betagten (78+/-7 Jahre alt) mit durchschnittlicher Einhaltung von 6-9 Komponenten einer mediterranen Ernährung 40% weniger neu auftretende Demenz als solche, mit nur 0-3 Komponenten (Scarmeas N et al 2006; Kawas Ch 2006).

In einer 14 Jahre prospektiven Studie war ein aktiver Lebensstil mit einem signifikant reduzierten Demenzrisiko assoziiert, auch wenn die ersten 7 Jahre nicht berücksichtigt werden (um auszuschliessen, dass eine subklinische Hirnleistungsschwäche einen inaktiven Lebensstil verursachte und nicht umgekehrt der inaktive Lebensstil die Hirnleistungsschwäche) (Verghese et al 2002, Scarmeas N et al 2003).

Rauchen ist nicht nur ein bekannter vaskulärer Risikofaktor, der das Hirnschlagrisiko verstärkt. Aus Studien ist zudem seit langer Zeit bekannt, dass Rauchen das Demenzrisiko deutlich erhöht (Launer et al 1999; Ott et al 1998).

Eine frühere Studie (Lindsay et al. 1997) konnte detailliert das mit verschiedenen vaskulären Faktoren assoziierte Demenzrisiko identifizieren (Hypertonie odds ratio (OR): 2,8; Herzerkrankungen: OR: 1,17). Eine Assoziation von Diabetes mellitus mit kognitiven Störungen ist mehrfach beschrieben (Ahtiluoto et al. 2010; Murthy et al. 2010; Arntzen et al. 2011). Adipositas scheint mit einem erhöhten Demenzrisiko assoziiert zu sein (Xu et al. 2011).

Eine cholesterinsenkende Behandlung mit Statinen kann das Hirnschlagrisiko und somit vaskulär bedingte kognitive Störungen senken (The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels [SPARCL] Investigators 2006).

Eine frühzeitige Diagnosestellung und Behandlung dieser vaskulären Risikofaktoren/Erkrankungen zur Primärprävention bzw. Vermeidung einer Progression der Demenz sollte somit aus medizinisch-neurologischer Sicht unbedingt angestrebt werden.

## Zerebro- und kardiovaskuläre Erkrankungen

Darüber hinaus ist bekannt, dass etwa jeder zehnte Patient nach einem Hirnschlag eine Demenz entwickelt (Pendlebury 2009). Dieses unterstreicht die Bedeutung der vaskulären Primärprävention, da o.g. vaskuläre Risikofaktoren bzw. Erkrankungen zudem die wichtigsten Risikofaktoren für einen Hirnschlag darstellen, der seinerseits wiederum einen relevanten Risikofaktor für eine Demenzentwicklung darstellt.

Kardiale Erkrankungen und assoziierte Rhythmusstörungen, insbesondere Vorhofflimmern, stellen einen wichtigen Risikofaktor für einen Hirnschlag dar. Möglicherweise stellt Vorhofflimmern jedoch zudem einen eigenständigen Risikofaktor für kognitive Störungen dar (Bunch et al. 2010). Der Therapie des Vorhofflimmerns kommt somit auch aus diesem Blickwinkel eine mögliche präventive Bedeutung zu.

Noch gravierender stellt sich die Situation nach einem erneuten Hirnschlag („Hirnschlag-Rezidiv“) dar: etwa jeder 3. Betroffene entwickelt in dieser Situation eine Demenz. Hierdurch wird erneut ersichtlich, welche Bedeutung vaskuläre Risikofaktoren in der Demenzentstehung haben. Der Hirnschlag-Sekundärprophylaxe wie auch der Akutbehandlung des Hirnschlags kommt somit indirekt eine entscheidende Bedeutung in der Demenzprävention zu.

Ziel sollte also auch die flächendeckende Gewährleistung der akuten Hirnschlagtherapie in ausgewiesenen Stroke-Zentren und Stroke-Units und der leitliniengerechten Sekundärprophylaxe sein.

## Prävention durch Stärkung der „kognitiven Reserve“

Es gibt Hinweise darauf, dass regelmässige kognitive Aktivität, sei es bei der Arbeit oder in der Freizeit, das Demenzrisiko positiv beeinflussen kann (Wilson et al 2002, Heltner et al 2007). Eine höhere Bildung im Sinne einer sogenannten kognitiven Reserve scheint protektive Einflüsse auf die Demenzentwicklung zu haben (Fratiglioni et al 2004, Prince et al 2012).

## Schlussfolgerungen

Aufgrund der obenstehenden Ausführungen ist es aus medizinisch-neurologischer Sicht essentiell, dass der Themenkomplex vaskuläre Prävention Eingang in die Umsetzung der nationalen Demenzstrategie findet. Die Bedeutung der Prävention ist angesichts des erwarteten Anstiegs der Demenzerkrankungen so gross, dass sich ein eigenes Handlungsfeld „Prävention“ mit eigenen Zielen und entsprechenden Projekten aufdrängt.

### Empfehlung 1:

Die vier Handlungsfelder „Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation“; „Bedarfsgerechte Angebote“; „Qualität und Fachkompetenz“; „Daten und Wissensvermittlung“ wird um ein **neues Handlungsfeld „Prävention“** erweitert. Dieses Handlungsfeld befasst sich mit der Prävention von kardiovaskulären Risikofaktoren und Erkrankungen sowie mit der Bildung von „kognitiver Reserve“.

### Empfehlung 2

Im Rahmen der im Entwurf zur Nationalen Demenzstrategie 2014 – 2017 aufgeführten Handlungsfelder und Projekte sind folgende Ergänzungen anzubringen:

#### Handlungsfeld „Gesundheitskompetenz, Information und Partizipation“

Ziel 1 wird ergänzt wie folgt:

Die Bevölkerung hat ein verbessertes Wissen zu Demenzerkrankungen. **A) Sie weiss um die Risikofaktoren und die Massnahmen zur Prävention und zur Verzögerung des Auftretens von Demenzerkrankungen. B) Sie weiss um die vielfältigen Lebensrealitäten der ....**

Projekt 1.1 „Information“ wird ergänzt um präventive Massnahmen und Massnahmen zur kognitiven Reservebildung.

#### Handlungsfeld „Bedarfsgerechte Angebote“

Ziel 3 wird angepasst. Folgender Satz wird hinzugefügt:

**Der gesamten Bevölkerung stehen qualitativ hochstehende Versorgungsangebote für eine adäquate, Evidenz-basierte medizinische Prävention und Beratung zur Verfügung.**

Ein entsprechendes Projekt ist neu zu formulieren, welches bezweckt, die medizinische Prävention und Beratung (insbesondere die Abklärung von kardiovaskulären Risikofaktoren) flächendeckend sicher zu stellen.

Das Projekt 3.4 „Förderung der Versorgung in Akutspitalern“ ist so zu erweitern, dass es die ambulante und stationäre Hirnschlag- und die kardiovaskuläre Therapie mitumfasst.

#### Handlungsfeld „Qualität und Fachkompetenz“

Die Projekte 6.1 „Weiterentwicklung von Empfehlungen in den Bereichen Früherkennung, Diagnostik und Behandlung für die Grundversorgung“ und 6.2 „Förderung der interdisziplinären Assessment“ werden im Hinblick auf die Diagnostik und Behandlung sowie die Interdisziplinarität bei der Behandlung von kardio- bzw. zerebrovaskulären Erkrankungen erweitert.

Ziel 7 wird ergänzt wie folgt:

Fachpersonen in allen Gesundheits- und Sozialberufen verfügen über die in ihrem Berufsfeld erforderliche Handlungskompetenz zur qualitätsorientierten **Prävention**, Diagnostik, Behandlung, Betreuung und Pflege Demenzerkrankter sowie zur Begleitung der nahestehenden Bezugspersonen.

#### Handlungsfeld „Daten und Wissensvermittlung“

Die Projekte 8.2 „Begleitforschung“ und 9.1 „Vernetzung von Forschung und Praxis“ werden um die Aspekte Prävention sowie Behandlung von kardio- bzw. zerebrovaskulären Erkrankungen erweitert.

### **Empfehlung 3**

Schliesslich ist es aus neurologischer Sicht von Bedeutung, dass in dem Strategiepapier ersichtlich ist, dass der Begriff Demenz keine singuläre Erkrankung widerspiegelt, sondern ein Syndrom mit vielfältigen Ursachen.

Vor diesem Hintergrund sollte die Aussage zur Begriffserklärung (Absatz 1.1) der vaskulären Demenz angepasst werden. Die hier aufgeführte Begriffserklärung ist nicht vollständig korrekt. Die vaskuläre Demenz ist nicht nur durch „.....kleine häufige aufeinanderfolgende Hirninfarkte.....“ verursacht. Diese (sog. mikroangiopathische vaskuläre Demenz) ist eine Ursache unter mehreren.

Vielmehr könnte es etwa heissen:

Die vaskuläre Demenz stellt keine einheitliche Erkrankung dar, sondern einen Oberbegriff, der eine Vielzahl an vaskulär verursachten Demenzen umfasst. Hierzu zählen u.a. embolische territoriale Hirnschläge, multiple Hirninfarkte, strategisch lokalisierte Infarkte sowie die mikroangiopathisch bedingte Demenz, d.h. kleine, häufig aufeinanderfolgende Hirninfarkte oder Durchblutungsstörungen des Gehirns.

Wir danken Ihnen, dass wir zur Nationalen Demenzstrategie 2014 – 2017 Stellung beziehen durften und bitten Sie, unser Anliegen zu berücksichtigen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. Dr. F. Mahler

Präsident

A. Biedermann MD  
Koordinator

## Referenzen

- Ahtiluoto S, Polvikoski T, Peltonen M et al. Diabetes, Alzheimer disease, and vascular dementia: a populationbased neuropathologic study. *Neurology*. 2010; 75: 1195–202
- Arntzen KA, Schirmer H, Wilsgaard T et al. Impact of cardiovascular risk factors on cognitive function: the Tromsø study. *Eur J Neurol*. 2011; 18: 737–743
- Bunch TJ, Weiss JP, Crandall BG, et al. Atrial fibrillation is independently associated with senile, vascular, and Alzheimer's dementia. *Heart Rhythm*. 2010;7:433-7.
- Fratiglioni L. et al. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. [Lancet Neurol](#). 2004 Jun;3(6):343-53.
- Gorelick PB, Scuteri A, Black SE et al. Vascular contributions to cognitive impairment and dementia: a statement for healthcare professionals from the american heart association/american stroke association. *Stroke* 2011; 42: 2672–2713
- Heltner E. P. et al (2007). Leisure activity and cognitive decline in incident alzheimer disease. *Archneuro* 64: 1749 1754
- Heyman A, Fillenbaum GG, Welsh-Bohmer KA et al. Cerebral infarcts in patients with autopsy-proven Alzheimer's disease: CERAD, part XVIII. Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. *Neurology* 1998;51:159-162
- Kawas Ch, 2006, Diet and the risk for Alzheimer's disease. *Annals of Neurology*, 59, 877-879
- Launer LJ, Andersen K, Dewey ME et al. Rates and risk factors for dementia and Alzheimer's disease: results from EURODEM pooled analyses. EURODEM Incidence Research Group and Work Groups. *European Studies of Dementia.Neurology*. 1999;52:78-84.
- Lindsay J, Hébert R, Rockwood K. The Canadian Study of Health and Aging: risk factors for vascular dementia. *Stroke* 1997; 28: 526–530
- Murthy SB, Jawaid A, Qureshi SU et al. Does diabetes mellitus alter the onset and clinical course of vascular dementia? *Behav Neurol* 2010; 23: 145–151
- O'Brien JT, Erkinjuntti T, Reisberg B et al. Vascular cognitive impairment. *Lancet Neurol* 2003;2:89-98
- Ott A, Slioter AJ, Hofman A et al. Smoking and risk of dementia and Alzheimer's disease in a population-based cohort study: the Rotterdam Study.*Lancet*. 1998;351:1840-3.
- Pendlebury ST, Rothwell PM. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Neurol* 2009; 8: 973–975
- Prince M, Acosta D, Ferri CP et al., Dementia incidence and mortality in middle-income countries, and associations with indicators of cognitive reserve: a 10/66 Dementia Research Group population-based cohort study. *Lancet*. 2012;380:50-8.
- Roman GC. Stroke, cognitive decline and vascular dementia: the silent epidemic of the 21st century. *Neuroepidemiology* 2003;22:161-164
- Roman GC, Kalara RN. Vascular determinants of cholinergic deficits in Alzheimer disease and vascular dementia. *Neurobiol Aging* 2006;27:1769-1785

Scarmeas N et al, 2003, Association of live activities with cerebral blood flow. Archives of Neurology, 60, 359-365

Scarmeas N et al, 2006, Mediterranean diet and risk for Alzheimer's disease. Annals of Neurology 59, 912-921

Snowdon DA, Greiner LH, Mortimer JA et al. Brain infarction and the clinical expression of Alzheimer disease. The Nun Study. JAMA 1997;277:813-817

Stevens T, Livingston G, Kitchen G et al. Islington study of dementia subtypes in the community. Br J Psychiatry 2002;180:270-276

The Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack. N Engl J Med 2006; 355: 549–559

Verghese et al, 2002, Influence of mental and physical activities on the risk of dementia in the elderly. Annals of neurology, 52, Suppl1 29, 31

Wilson RS, Mendes De Leon CF, Barnes LL et al. Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. JAMA. 2002;287:742-8.

Xu WL, Atti AR, Gatz M et al. Midlife overweight and obesity increase late-life dementia risk: a population-based twin study. Neurology 2011; 76: 1568–1574