

Inhalt

Demenzforschung in der Gerontopsychiatrie

S. 1

Interview mit Prof. Dr. Lutz Frölich

S. 2 + 3

Umfrage

S. 3

Übung des Monats

S. 4

Rezept des Monats

S. 4

Impressum

S. 4



🎄 Demenzforschung in der Gerontopsychiatrie 🎄

Älteren Menschen fällt es oft schwer zu unterscheiden, ob ihre zunehmende Vergesslichkeit lediglich eine Alterungserscheinung ist, oder ob es sich um Symptome einer beginnenden Demenzerkrankung handelt. Manchmal ist es das soziale Umfeld (z. B. Familie), welches auf die veränderten Umstände aufmerksam wird [1]. Da die Symptome einer Demenzerkrankung oft den Symptomen anderer Erkrankungen ähneln (z. B. Depressionen, Delir), wird die Diagnose oft erschwert und es kann zu Fehldiagnosen kommen [2].

Hier setzt die Gerontopsychiatrie an, welche sich mit der Prävention, dem Erkennen, der Behandlung und der Rehabilitation psychischer Störungen im höheren Lebensalter befasst. Aufgrund des im Alter zunehmenden Erkrankungsrisikos liegt ein besonderes Augenmerk auf organisch bedingten Störungen (insbesondere Demenz, leichte kognitive Beeinträchtigung und Delir) [3]. Im Bereich der gerontopsychiatrischen Forschung sollen neurodegenerative Krankheiten, wie beispielsweise die Alzheimer-Krankheit, unter anderem durch die Entdeckung neuer Biomarker effizienter diagnostiziert und effektiver behandelt werden können [4]. Als Biomarker werden messbare biologische Faktoren bezeichnet, die unter anderem Hinweise auf Erkrankungen geben können. Beispielsweise ist ein erhöhter Insulinwert ein Biomarker für Diabetes [4]. Auch die Alzheimer-Krankheit lässt sich anhand von Biomarkern diagnostizieren. Hierbei spielen Amyloid und Tau eine wichtige Rolle. Amyloid ist ein Eiweiß, welches sich im Gehirn ansammelt und sich zwischen den Nervenzellen als Belag absetzt. Man spricht hier auch von den sogenannten Alzheimer-Plaques. Tau ist ein Strukturprotein, dass sich bei Alzheimer aufgrund krankhafter Veränderungen in den Fasern der Nervenzellen ablagert und damit zu einer Zerstörung der Nervenzellen führt [5]. Krankhafte Amyloid-Veränderungen oder abnormale Tau-Protein-Befunde können in der Diagnostik Hinweise auf eine beginnende Alzheimer-Krankheit geben [4].

Im Interview: Prof. Dr. Lutz Frölich, Leiter der Abteilung Gerontopsychiatrie am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim.

Sein Medizinstudium absolvierte Prof. Dr. Lutz Frölich an den Universitäten in Kiel und Heidelberg mit einem einjährigen Aufenthalt an der University of Kentucky. Sein beruflicher Werdegang führte ihn über Heidelberg, Würzburg und Frankfurt nach Mannheim, wo er seit 2003 Leiter der Abteilung Gerontopsychiatrie am ZI ist. Dort arbeitet er an der Entwicklung und Evaluation neuer Therapien bei neurodegenerativen Demenzen (u. a. Alzheimer-Krankheit) und anderen gerontopsychiatrischen Erkrankungen (z. B. Depression und Delir). Ein weiterer Schwerpunkt seiner Arbeit liegt in der Diagnostik von psychiatrischen Alterserkrankungen [1,6-8].



Abbildung 1: Prof. Dr. Lutz Frölich (ZI)

Sie sind Gerontopsychiater. Wie sieht Ihr Arbeitsalltag aus?

Am Zentralinstitut für seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim leite ich die Abteilung für Gerontopsychiatrie und den klinischen Part der gerontopsychiatrischen Versorgung. In meiner klinisch-forscherischen Tätigkeit beschäftige ich mich eigentlich seit meinem Arbeitsbeginn insbesondere mit Alzheimer und Demenzen. Wir haben am ZI seit vielen Jahren eine größere Gedächtnisambulanz, wo Patienten mit beginnenden kognitiven Störungen – vor allen Dingen Vergesslichkeit im höheren Alter – zu uns kommen, weil sie sich fragen oder die Sorge haben: „Habe ich jetzt die Alzheimer-Krankheit oder eine andere Demenzform im Beginn? Oder ist das ganz ‚normal?‘“ Das ist ein Teil meiner Arbeit neben dem, dass ich mich in der zweiten Hälfte damit beschäftige, wie man Menschen mit einer schon existierenden Demenz besser versorgen kann. Wann brauchen sie so etwas wie eine Krisenintervention und müssen ins Krankenhaus, beispielsweise wenn Verhaltensstörungen ganz bedrohlich und unangenehm für die soziale Umgebung werden? Oder was passiert, wenn Patienten depressiv werden?

Sie beschäftigen sich viel mit Biomarkern zur Diagnose/Früherkennung einer Alzheimer-Erkrankung. Wie läuft so eine Untersuchung ab?

Eine große Neuerung der letzten fünf bis zehn Jahre ist die Untersuchung mittels sogenannter Biomarker, ob sich eine Alzheimer-Erkrankung am lebenden Menschen nachweisen lässt. Das kann entweder über eine Nervenwasseruntersuchung mittels Lumbalpunktion gemacht werden oder mittels einer bildgebenden Untersuchung des Kopfes. Bei einer Nervenwasseruntersuchung wird mit einer dünnen Nadel am Rücken der flüssigkeitsgefüllte Schutzraum um das Rückenmark punktiert, sodass etwas Nervenwasser abtropfen kann. Darin werden im Labor dann Eiweiße bestimmt, die typisch für eine Alzheimer-Erkrankung sind. Die bildgebenden Verfahren sind teurer, aber nicht invasiv und werden im Moment noch nicht von den Krankenkassen erstattet. Mit diesen Verfahren kann man beim lebenden Menschen mit hoher Sicherheit klären, ob eine Person eine Alzheimer-Erkrankung hat, die sich in leichten Symptomen äußert. Das ist wichtig zu betonen: Es geht hierbei oft um Personen, bei denen man im Gespräch zweifelt, ob das jetzt eine ernsthafte Gedächtnisstörung oder vielleicht doch eine ganz „normale“ Vergesslichkeit ist. Man kann mit diesen Untersuchungen also bereits zehn bis fünfzehn Jahre vorher klären, ob es zum Zustand einer Demenz kommen wird, also bevor die betroffene Person Hilfe benötigt und pflegebedürftig wird. Damit hat man natürlich auch viel bessere Interventionsmöglichkeiten, gegen den Prozess anzugehen.

Die Biomarker-Forschung steht aktuell nur in ausgewählten Forschungseinrichtungen / (Uni-) Kliniken zur Verfügung. Inwieweit profitieren „normale“ Personen mit Demenz?

Über eine ganz normale hausärztliche Überweisung. Allerdings muss man ehrlich gestehen, dass das deutsche Gesundheitssystem auf diese neue Situation noch nicht richtig vor-

bereitet ist. In unserer gut versorgten südwestdeutschen Region gibt es schon mehrere, größere Gedächtnisambulanzen, die zumeist an Krankenhäuser angegliedert sind. Der diagnostische Aufwand, der von den niedergelassenen Neurolog*innen und Psychiater*innen betrieben werden kann, ist aus vielfältigen Gründen deutlich geringer. Sie sind vielleicht genauso aufmerksam, wie die Ärztinnen und Ärzte in der Gedächtnisambulanz, aber sie haben den Zugang zu den Biomarker-Untersuchungen nicht. Deswegen wäre es jetzt vermessen zu sagen, dass die Gedächtnisambulanzen eine große Zahl von Patientinnen und Patienten versorgen können. Hier müssen sich neue Modelle der Kooperation entwickeln.

Viele gesunde ältere Menschen fürchten zwar, dass sie eine Demenzerkrankung haben könnten, betrachten aber Gedächtnisstörungen als normale Alterserscheinung. Ist es sinnvoll, ab einem gewissen Alter seiner Ärztin/seinen Arzt darauf anzusprechen? Gibt es in so einem Fall überhaupt Möglichkeiten einer Untersuchung?

Ein so genanntes anlasslose Screening, z. B. ab einem gewissen Alter, sollte man nicht anstreben. Da fehlen noch viele Erkenntnisse, als dass man einem symptomfreien Menschen sagen könnte: „Bei Ihnen wird sich in fünfzehn bis zwanzig Jahren eine Alzheimer Krankheit entwickeln“. Auch positive Biomarker bedeuten nicht, dass ein völlig gesunder älterer Mensch eine Demenz entwickeln wird. Aber wenn sich jemand Sorgen macht und Vergesslichkeit bei sich spürt, oder wenn das soziale Umfeld auf Gedächtnisstörungen aufmerksam macht - dann ist die Situation anders. Dann bringt diese Frühdiagnose wirklich ein höheres Maß an Klarheit und man kann eine Diagnose stellen.

Bislang sind Demenzerkrankungen nicht heilbar. Bisher zugelassene Medikamente behandeln eher Symptome der Erkrankung, wie kognitive Beeinträchtigungen und Verhaltensstörungen. In diesem Jahr wurde jedoch in den USA ein neues Medikament für eine ursachenorientierte Therapie zugelassen. Welche Wirkung hat der zugelassene Wirkstoff Aducanumab?

Hier hat sich etwas dramatisch Positives ereignet. Da ist in Amerika ein Medikament zugelassen worden, das behaupten kann, dass es diesen immer weiter fortschreitenden biologischen Prozess bei einer Alzheimer-Erkrankung abbremsen kann. Parallel dazu soll es natürlich auch bewirken, dass die Gedächtnisstörungen und die anderen geistigen Leistungsstörungen nicht zunehmen oder der Abbau deutlich gebremst wird. Aktuell wird viel darüber diskutiert, ob es wirklich angemessen war, das Medikament jetzt schon zuzulassen. Aber nun ist die Entscheidung von der amerikanischen Zulassungsbehörde getroffen worden und das hat die Sicht auf die Alzheimer-Erkrankung deutlich verändert. Nun gilt die Erkrankung als behandelbar, und zwar zu einem Zeitpunkt, wo die Patientin oder der Patient noch nicht dement ist. Deswegen ist es umso wichtiger, eine Frühdiagnose zu stellen.

Früher hat man sich oft gefragt, was soll eine Frühdiagnose, wenn eine Alzheimer-Demenz nur symptomatisch mit Medikamenten beeinflusst werden kann und damit der Langzeitverlauf nicht verändert wird. Man hat deshalb die Frühdiagnostik etwas „verschleppt“. Aber jetzt, durch diese neue Option – zumindest in Amerika – sollte eine Behandlung in Frühstadien beginnen. In späteren Stadien hilft dieses neue Medikament nicht mehr.

Wie sind die aktuellen Aussichten für die Zulassung des Medikaments in Deutschland?

Möglich ist alles! Der Antrag auf Zulassung für dieses Medikament ist bei der europäischen Zulassungsbehörde eingereicht und diese wird wahrscheinlich noch vor Weihnachten oder im neuen Jahr darüber entscheiden. Die Situation ist kompliziert, weil die notwendigen Studien zur Überprüfung der Evidenz aus methodischer Sicht nicht ordentlich durchgeführt wurden. Da ist viel passiert, was nicht hätte passieren sollen. Es ist ein klares „No-Go“, eine Studie zu beginnen, dann während des Verlaufs der Studie etwas an der Vorgehensweise zu ändern, schließlich die Studie abubrechen, aus Zweifeln, dass ein positives Ergebnis zu erzielen ist, und schlussendlich doch auszuwerten mit dem Ergebnis, dass das Medikament wirksam sei. Insofern bin ich nicht so sicher, was die europäische Zulassungsbehörde damit machen wird.

Bislang sind Demenzerkrankungen nicht heilbar. Könnte man mit so einem Medikament da hinkommen?

Da kommen wir schon eher in diese Richtung. Es ist zu erwarten, dass durch den Wirkstoff der Verlauf der Erkrankung verzögert werden kann und zwar langfristig. Man „gewinnt“ also Zeit und irgendwann sterben wir im hohen Alter an etwas anderen, aber nicht mehr aufgrund vollständiger Pflegebedürftigkeit. Es geht vor allen Dingen um die Aufrechterhaltung von Autonomie und Selbstständigkeit in der gewohnten Umgebung.

Neben medikamentösen Therapien gibt es auch nicht-medikamentöse Ansätze, wie z. B. körperliche Aktivität. Finden Sie eine Kombination beider Ansätze wichtig?

Absolut, unbedingt! Eigentlich sind ja nicht-medikamentöse Interventionsverfahren die echte Prävention. Eine gesunde Person sollte diese Dinge zu einem Zeitpunkt beginnen,

wo eine Erkrankung noch gar nicht da ist. Vielleicht kann dadurch die Entwicklung der Erkrankung verzögert werden oder sie kann lange kompensiert werden. Lebensstilmodifikation ist natürlich immer einfacher gesagt als getan. Man denke nur an das Rauchen. Aber man weiß es beispielsweise von den kardiovaskulären Erkrankungen, dass die echte Primärprävention das Beste ist. Es wäre im Rahmen der „Medizinalisierung“ der Alzheimer-Erkrankung wichtig, dass es sogenannte „Brain-Health-Clinics“ oder Einrichtungen zur Förderung der Hirngesundheit gäbe. Für die Gesunden, um gesund zu bleiben – das ist ein wichtiges Thema für die Zukunft. Das man nicht wartet, bis die Krankheit da ist und dann hofft, dass die Medikamente es richten. Man sollte sich um seine Gesundheit kümmern, wenn alles noch in Ordnung ist.

Eine abschließende Frage: Wenn Ihnen unbegrenzt viel Zeit und Geld zur Verfügung stehen würde, was würden Sie in der Demenz- und Alzheimerforschung erreichen bzw. umsetzen wollen?

Also sicher würde ich – wenn ich Zeit und Ressourcen hätte – für die nächsten drei, vier, fünf Jahre unbedingt herausarbeiten wollen, wie gut diese Biomarker wirklich die Gesunden und die Kranken voneinander trennen. Also mit einer Sicherheit, dass man niemanden verunsichert und möglichst wenige falsch-positive Ergebnisse hat, aber trotzdem in korrekter Weise diese Krankheit frühzeitig erkennen kann. Das wäre das eine. Das andere ist etwas, das viel mehr Zeit braucht, weil die Erkrankung auch so ist, dass sie sich über Jahre hinweg entwickelt. Eine Kombinationstherapie, die auf den richtigen Erkenntnissen zur Biologie dieser Erkrankung fußt – das wäre wirklich ein Gewinn. Ich glaube nicht, dass ein Medikament allein die Sache richten wird. Das wird eine systematische und sinnhafte Kombination von Substanzen sein, die angepasst an die Krankheitsstadien speziell für die genetisch-biologische Ausstattung des einzelnen Betroffenen wirkt. Es geht darum, präzisere Medikamente zu entwickeln und sinnhafte Kombinationen herauszufinden.

Herzlichen Dank Prof. Dr. Lutz Frölich für das spannende Interview!

Umfrage

Sehr geehrte Leser*innen,

um diesen Newsletter noch ansprechender für Sie zu gestalten und um Sie weiterhin mit interessanten Themen zu versorgen, haben wir eine kleine Umfrage vorbereitet. Hier können Sie uns alle Wünsche mitteilen und uns Feedback geben. Wir freuen uns über Ihre konstruktive Kritik.

Hier geht es zur Umfrage: https://www.socisurvey.de/incope_newsletter_feedback/

🌲 Übung des Monats 🌲

Rückenstrecker

Unser Rücken wird im Alltag stark beansprucht, was häufig zu Schmerzen führt. Daher ist es wichtig, der Rückenmuskulatur immer wieder etwas Aufmerksamkeit zu schenken. Die Rückenstrecker-Muskulatur ist für die Aufrichtung der Wirbelsäule verantwortlich. Mit der folgenden Übung können Sie diese Muskelgruppe trainieren.

Setzen Sie sich aufrecht auf einen Stuhl und stellen Sie die Füße parallel und hüftbreit auf dem Boden auf. Greifen Sie mit beiden Händen ein Seil oder ein der Länge nach gefaltetes Handtuch. Bringen Sie Ihre Arme auf Kopfhöhe in eine U-Position und spannen Sie das Seil/Handtuch. Beugen Sie nun für eine Wiederholung den Oberkörper mit geradem Rücken nach vorne und richten sich danach wieder auf. Behalten Sie die Armposition die ganze Zeit bei. Die Schultern bleiben dabei immer tief und der Rücken gerade. Wiederholen Sie die Übung sechs Mal. Nach einer Pause folgen weitere sechs Wiederholungen.

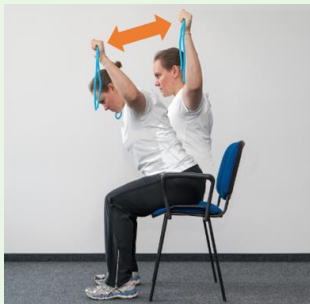


Abbildung 2: Rückenstrecker

🌲 Rezept des Monats 🌲

Rosenkohl-Quiche



Abbildung 3: Rosenkohl-Quiche

Zutaten für eine Springform:

Für den Teig	200g Mehl, 100g Butter, 100g Quark
Für die Füllung	500g Rosenkohl, 2 Zwiebeln, etwas Gemüsebrühe, Olivenöl
Für den Guss	2 Eier, 200g Crème fraîche, 100g geriebener Käse, Salz, Pfeffer, Gemüsebrühe

1. Stellen Sie aus Mehl, Butter und Quark einen Teig her und stellen diesen für ca. 30min kühl.
2. Putzen Sie den Rosenkohl und würfeln Sie die Zwiebel. Dünsten Sie den Rosenkohl und die Zwiebel mit etwas Gemüsebrühe bissfest an.
3. Fetten Sie eine Springform ein und verteilen Sie den Teig darin (mit ca. 3cm Rand). Stechen Sie den Boden mehrmals ein und backen das Ganze 10min bei 200°C vor.
4. Verrühren Sie die Eier mit der Crème fraîche und dem Käse und würzen Sie die Mischung nach Belieben.
5. Verteilen Sie das Gemüse in der Springform, geben Sie die Sauce darüber und backen Sie das Ganze weitere 20-25min bei 200°C.

🌲 Impressum 🌲

Herausgeber:

InCoPE-Projekt des Instituts für Sport und Sportwissenschaft am Karlsruher Institut für Technologie Engler-Bunte-Ring 15, Geb. 40.40 76131 Karlsruhe



Telefon: +49 721/608-48513

E-Mail: incope@ifss.kit.edu

Internet: www.sport.kit.edu/incope

Redaktion: Jelena Bezold, Claudia Eckstein, Mümin Ersoy

Layout und Ansprechpartnerin: Jelena Bezold

Erscheinungsweise: monatlich

Bildnachweis: auf Anfrage

Auflage: unbegrenzt

© 2020 -2021 InCoPE

Wenn Sie sich vom Newsletter **abmelden** möchten senden Sie uns einfach eine E-Mail mit dem Betreff „Newsletterabmeldung“ an incope@ifss.kit.edu oder füllen Sie das Kontaktformular hier aus:

http://www.sport.kit.edu/incope/Team_und_Kontakt.php

🌲 Literatur 🌲

- [1] uni-heidelberg.de (2008). Interview vom 19. Dezember 2008 mit Prof. Dr. Lutz Frölich. Letzter Zugriff 20.11.2021 https://www.nar.uni-heidelberg.de/service/int_froelich.html
- [2] Lenzen-Schulte, M. (2018). Biomarker für Demenz: Alzheimer ab jetzt biologisch definiert. *Deutsches Ärzteblatt*, 115 (22).
- [3] Pantel, J., et al. (Hrsg.). (2014). *Praxishandbuch Altersmedizin: Geriatrie-Gerontopsychiatrie-Gerontologie*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- [4] Alzheimer Gesellschaft München (2016). 03_2016 „Was sind Biomarker“. Letzter Zugriff 29.11.2021 <https://www.agm-online.de/demenz-und-alzheimer/einblickdemenz-wissensportal/einblickdemenz-2016/03-2016.html>.
- [5] Deutsche Gesellschaft für Neurologie (2020). Studie belegt Verlässlichkeit eines Biomarkertests aus dem Blut für die Diagnose des M. Alzheimer. Letzter Zugriff 29.11.2021 <https://dgn.org/presse/pressemitteilungen/studie-belegt-verlaesslichkeit-eines-biomarkertests-aus-dem-blut-fuer-die-diagnose-des-m-alzheimer/>.
- [6] zi-mannheim.de (2021). Gerontopsychiatrie. Letzter Zugriff 20.11.2021 <https://www.zi-mannheim.de/forschung/abteilungen-ags-institute/geronto.html>
- [7] Frölich, L., & Hausner, L. (2021). Krankheitsmodifizierende Therapieansätze bei Alzheimer-Krankheit. *Nervenarzt*.
- [8] zi-mannheim.de (o.J.). Personen. Letzter Zugriff am 26.11.2021 unter <https://www.zi-mannheim.de/forschung/personen/person/382.html>