

Altersmedizin: «Eine sehr tolle Herausforderung!»

Interview mit Professor Dr. Reto W. Kressig, Felix Platter-Spital, Basel

Über die Herausforderungen der Altersmedizin angesichts demografischer Veränderungen und die damit einhergehenden Aufgaben der Hausärzte sprachen wir mit Prof. Reto W. Kressig, der sich seit Langem für die Belange der Altersmedizin engagiert und immer mehr junge Ärzte mit seiner Begeisterung anstecken kann.

Wir werden immer älter, und die damit einhergehenden Veränderungen machen auch vor der hausärztlichen Praxis nicht halt. Welche Herausforderungen kommen auf uns zu?

Prof. Reto W. Kressig: Zunächst einmal ist das eine sehr tolle Herausforderung. Vieles, was in unseren Köpfen mit dem Alter assoziiert wird, entspricht längst nicht mehr der Realität. 80-Jährige von heute sind im Vergleich zu 80-Jährigen vor 20 Jahren in einem viel besseren Gesundheitszustand. So liegt beispielsweise die Demenzzinzidenz um fast 50 Prozent tiefer als noch vor 20 Jahren. Für mich ein Beweis dafür, dass die vielen präventiven Massnahmen vor allem im vaskulären Bereich, die bei Diabetes, Hypertonie oder Hypercholesterinämie vor rund 20 Jahren intensiv begonnen wurden, jetzt Früchte tragen.

Auf der anderen Seite sprechen manche aber von einem drohenden Demenz-Tsunami ...

Kressig: Ich bin verhalten positiv, dass wir der Heilung der Alzheimer-Demenz immer näherkommen. Nicht zuletzt auch deshalb, weil die Forschungsgemeinde, die seit Jahrzehnten die Therapie auf die pathologische Ablagerung des Beta-Amyloids im Gehirn ausgerichtet hat, mit den Tau-Proteinen nun ein weiteres therapeutisches Angriffsziel gefunden hat.

«Vielleicht sind der Hausarzt und die Altersmediziner bald die Einzigen, die noch den Mut haben, den ganzen Menschen anzuschauen.»

Die Tau-Proteine findet man zwar wahrscheinlich erst in einem etwas späteren Stadium, aber immer noch vor dem Auftreten von Symptomen. Möglicherweise wird in Zukunft sogar einmal eine Kombination dieser beiden Therapieansätze denkbar sein. Die neuesten Demenztherapien werden jetzt schon an kognitiv gesunden Probanden getestet, die ein Hochrisikoprofil für die spätere Entwicklung einer Alzheimer-Demenz haben.



Zur Person

Professor Dr. Reto W. Kressig ist Ärztlicher Direktor der Universitären Altersmedizin Basel am Felix Platter-Spital.

Kann man einer demenziellen Erkrankung vorbeugen?

Kressig: Ich empfehle allen Menschen mit hohem Risiko, eine Alzheimer-Demenz zu entwickeln, eine Mischung aus einer Lebensstilmodifikation mit deutlich mehr körperlicher Aktivität, sozial kognitiver Stimulation in Form von Gruppen- und Einzelaktivitäten, spezifischen Ernährungsmassnahmen und letztlich einer sehr rigorosen, konsequenten hausärztlichen Betreuung, was die vaskulären Risikofaktoren angeht. Diese Kombination hat gemäss ersten Ergebnissen der finnischen Finger-Studie bei Hochrisikopatienten nach zwei Jahren eine kognitive Verbesserung bewirken können. Wir hoffen, noch in diesem Jahr mehr darüber zu erfahren, inwiefern auch das Auftreten einer Demenz verzögert oder verhindert werden kann. Aus epidemiologischen Studien wissen wir schon lange, dass all diese Faktoren wichtig sind. Wenn wir nun aber eine Kausalität erstmals auch randomisiert und prospektiv zeigen könnten, wäre das etwas ganz anderes.

Auf welche Patientengruppe sollte der Hausarzt besonders schauen?

Kressig: Wenn in einer Familie schon einmal jemand an Demenz erkrankt ist, liegt ein erhöhtes Risiko vor. Vaskuläre Faktoren sind auch wichtig. Sie wurden in der Finger-Studie mit einem speziellen Score abgefragt, dem CAIDE (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia). Bei Patienten, die es wirklich wissen wollen, könnte man einen genetischen Test machen. Aussagekräftig ist beispielsweise der ApoE4-Test. Das Risiko, an einer Alzheimer-Demenz zu erkranken, ist bei ApoE4-Trägern in monozygoter Konstellation nach heutigem Wissen um bis zu 50 Prozent erhöht. Eine solche Untersuchung hat aber auch Konsequenzen für die Psyche.

Man muss daher mit Patient und Familie vorher sehr gut überlegen, ob man das wirklich wissen und was man dann machen will.

Welchen Nutzen hätte es zu wissen, dass man ApoE4-Träger ist?

Kressig: In der Schweiz läuft gerade die «Generation Study» an, eine Phase-III-Studie von Novartis, die eine Immunisierungstherapie untersucht und explizit nur ApoE4-Träger einschliesst, die kognitiv noch gesund sind. Wenn das funktioniert, dann wird der ApoE4-Status ein zentraler Risikofaktor werden. Mit einer Impfung hätte man natürlich ganz andere Optionen als heute, wo ein bekanntes genetisches Risiko allenfalls eine grössere Motivation für eine Lebensstilmodifikation gemäss der bereits erwähnten Finger-Studie bedeuten kann.

Wann ist der richtige Zeitpunkt für die Evaluation des Risikos beziehungsweise eine allfällige Veränderung des Lebensstils gekommen?

Kressig: Das weiss man nicht so genau. Will man aktiv etwas am Lebensstil ändern und seine Ernährung umstellen, muss man spätestens ab 55 anders essen, um gesund zu bleiben. So muss etwa ein älterer Mensch deutlich mehr Proteine zu sich nehmen als ein jüngerer Erwachsener, um seine Muskeln gesund zu halten. Hier gibt es eine sehr deutliche Verbindung zu einem demenziellen Geschehen. Interessanterweise beginnt bei Demenzpatienten bereits ein Jahr vor Diagnosestellung ein verstärkter Muskelabbau – also deutlich früher, als die Einschränkung der Gehirnleistung auffällt. Das gilt übrigens auch für andere demenzassoziierten Veränderungen.

Sollte nach solchen Veränderungen gesucht werden?

Kressig: Eine kurze Messung der Hirnleistung sollte ab 55, wie das Blutdruckmessen oder ein EKG, zur Routineuntersuchung in einer Hausarztpraxis gehören, um nichts zu verpassen. Auch mit den heutigen Therapieoptionen können wir bereits je früher umso besser behandeln.

Werden die vorhandenen medikamentösen Therapieoptionen ausgenutzt?

Kressig: Leider nein, und dafür gibt es verschiedene denkbare Erklärungen. Möglicherweise waren die Preise anfänglich zu hoch. Auch ist es schwer, eine chronische Erkrankung zu behandeln, ohne dass man unmittelbar eine Erleichterung erfährt. Es ist unrealistisch, beim Einsatz von Cholinesterasehemmern oder Memantin sofort eine Wirkung zu erwarten. Es braucht etwa ein Jahr, bis man einen Unterschied zu jenen

bemerkt, die es nicht nehmen. Dabei liegt die Number needed to treat für diese Präparate unter 10, nämlich in einer Gröszenordnung von 3 bis 7, das ist im Vergleich zur Hypertoniebehandlung sehr gut.

Ärzte, die den Effekt von Antidementiva auf längere Sicht nicht aus eigener Erfahrung kennen, verordnen diese vielleicht eher nicht. Ich aber sehe diese Patienten seit Jahren in meiner Privatsprechstunde. Unter ihnen sind auch Patienten, die es sich privat leisten können, Cholinesterasehemmer und Memantin zusammen einzunehmen – was als Off-label-Gebrauch zugelassen ist, aber nicht von den Krankenkassen vergütet werden muss. Mit dieser Kombination bleiben viele Patienten über Jahre stabil und selbstständig, ein ungeheurer Gewinn an Lebensqualität. Ausserdem sind die mit der Krankheit häufig einhergehenden Verhaltensauffälligkeiten bei ihnen deutlich seltener.

Wie sieht es in diesem Zusammenhang mit Ginkgo biloba aus?

Kressig: Ginkgo biloba hat sich in den letzten Jahren nicht nur in der Prävention, sondern auch in der Therapie der Demenz einen Stellenwert erarbeitet. Es gab etliche Studien mit gutem Studiendesign, die gezeigt haben, dass bezüglich der Kognition ähnliche Effekte gemessen werden können wie bei Cholinesterasehemmern. Und auch bei den Verhaltensauffälligkeiten hat Ginkgo vergleichbar abgeschnitten.

Welche diagnostischen Hilfsmittel empfehlen Sie für die Demenzfrüherkennung in der Hausarztpraxis?

Kressig: Wir haben mit den Schweizer Memorykliniken eine App für den Hausarzt entwickelt, mit der das gezielte Case Finding viel schneller und fast noch besser gelingt als mit Uhren- und Mini-Mental-Status-Test. Wir können heute mit einer Sicherheit von 90 Prozent unterscheiden, was kognitiv noch normal ist und was weiter abgeklärt werden sollte. Dieser Test besteht aus vier Fragen an den Patienten, einem Uhrentest und einer strukturierten Befragung des nächsten Angehörigen (mehr zum Brain Check siehe Seite 10 f.). Bescheid zu wissen ist so entscheidend für den weiteren Verlauf, nicht nur für den Patienten, sondern auch für das Umfeld. Das trägt entscheidend dazu bei, Stress zu reduzieren.

Ab welchem Stadium sind Veränderungen fassbar?

Kressig: Anhand von Kohortenstudien haben wir eine Vorphase zum Mild Cognitive Impairment gefunden, bei dem ja schon etwas greifbar ist. Davor scheint es einen sogenannten Subjective Cognitive Decline zu geben: Der Patient beklagt sich, dass es nicht mehr so ist wie früher, mit den heute bekannten Untersuchungen kann jedoch noch nichts objektiviert werden. Wenn diese subjektiv empfundene Einschränkung den Patienten beunruhigt, ist das ungemein prädiktiv für eine spätere Demenz. Der Patient fühlt bereits etwas, wenn wir noch gar nichts fassen können.

Was bedeutet diese subjektiv empfundene Einschränkung?

Kressig: Sie ist viel ernster zu nehmen, als wir das bis anhin getan haben. Bisher haben wir Entwarnung gegeben, wenn wir in den Untersuchungen nichts gefunden haben. Das müssen wir revidieren. Wenn heute jemand mit dieser Klinik in die Sprechstunde kommt, sage ich ganz klar, dass damit ein erhöhtes Risiko vorliegt, und empfehle Lebensstilmassnahmen.

Generation Study

Für die Phase-III-Studie werden noch ApoE4-Träger zum Einschluss gesucht. In Basel gibt es ein Register mit mehr als 5000 Menschen, die sich im Lauf der Jahre für den Einschluss in potenzielle Studien interessiert haben. Alle für diese Studie Geeigneten ab 60 Jahren wurden angeschrieben, ob sie an einer Teilnahme interessiert sind.

Mehr zu den Zielen und Einschlusskriterien der «Generation Study» finden Sie online unter: www.generationstudy.com

Priscus-Liste

Der Projektverbund Priscus Deutschland bietet einen Überblick potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen. In einer Negativliste werden 83 Medikamenten aus 18 Arzneistoffklassen aufgelistet.



rosenfluh.ch/
qr/priscusliste

Biologische Wertigkeit von Proteinquellen

Proteinquelle	biologische Wertigkeit (PDCASS)
Fleisch, Fisch	100%
Milch, Käse	121%
Eier	118%
Soja	91%
Kichererbse	91%
Weizen, insgesamt	67%
Weizen in Zerealien	42%

PDCASS: Protein Digestibility-Corrected Amino Acid Score

Quellen: WHO technical report series; no. 935, 2007; Schaafsma J et al., J Nutr 2000; 130: 1865S–1867S.

Auch eine gute Beherrschung vaskulärer Risikofaktoren ist für diese Patienten wahrscheinlich noch wichtiger als für andere. Möglicherweise gibt es auch eine Öffnung für Präparate wie Ginkgo biloba oder Omega-3-Fettsäuren. Zwar gibt es dazu in dieser Indikation keine Studienresultate, aber vom Wirkmechanismus her beziehungsweise den Resultaten bei Mild Cognitive Impairment, also einem kleinen Schritt weiter in Richtung Demenz, spricht sehr vieles dafür, dass deren Einsatz auch hier möglicherweise sinnvoll wäre.

«Cholesterinarme Ernährung wegen erhöhter Blutfettwerte ist Mumpitz.»

Sollte man Ginkgo biloba also heute so früh wie möglich einsetzen?

Kressig: Dafür sprechen die Ergebnisse der GUIDAGE-Studie, in der es um den Einsatz von Ginkgo biloba bei der Konversion vom Mild Cognitive Impairment zur Demenz ging. Im gesamten Kollektiv wurde der primäre Endpunkt zwar nicht erreicht, aber eine Subgruppenanalyse zeigte eine signifikante Risikoreduktion bei denen, die mindestens 4 Jahre lang Ginkgo biloba genommen hatten.

Alte Patienten nehmen häufig eine Vielzahl von Medikamenten. Auf welche Substanzen und Substanzklassen muss man besonders achten?

Kressig: Es geht primär darum, die für Europa adaptierte Priscus-Liste der im Alter ungeeigneten Medikamente gut zu kennen. Zum Beispiel sind NSAR in der Schmerztherapie alter Patienten heute keine Option mehr. Ich bin immer wieder erschrocken, wie viele alte Menschen ohne Berücksichtigung dieser sorgfältig erstellten Liste nicht steroidale Antirheuma-

tika konsumieren. Die gastralen Nebenwirkungen sind lange bekannt und können zum Teil durch Protonenpumpenhemmer aufgehoben werden. Das Neueste ist die Erkenntnis, dass die Herzinfarkthäufigkeit massiv steigt, man kann durch die Einnahme von NSAR einen Herzinfarkt auslösen. Auch an die renalen Komplikationen im Sinne einer interstitiellen Nephritis oder eines akuten Nierenversagens, vor allem bei dehydrierten Patienten, muss man denken. Die Schmerzbehandlung bei älteren Patienten unterscheidet sich von derjenigen für jüngere. Wichtig zu wissen ist, dass hier sehr schnell niedrig dosierte Opioide verwendet werden sollten – das versuchen wir auch in Fortbildungen immer wieder zu kommunizieren.

«Es braucht bereits zum Frühstück Proteine, um den altersphysiologischen Muskelabbau zu verhindern.»

Stichwort Ernährung, auf was muss man da im Alter besonderes Augenmerk legen?

Kressig: Der Stoff zum Erhalt der Muskelgesundheit sind Proteine und zuvorderst ebenfalls das Vitamin D. Im Alter muss die Proteinzufuhr erhöht werden. Der Proteinbedarf eines gesunden Erwachsenen wird mit 0,8 g pro Kilogramm Körpergewicht definiert. Bei jüngeren Menschen spielt es keine grosse Rolle, wie er das erreicht. Bei älteren Menschen wissen wir, dass er pro Mahlzeit eine Menge von mindestens 20 g überschreiten sollte, weil die Schwelle zur Muskelneusynthese im Alter höher liegt. Ältere Menschen brauchen 1,2 bis 1,5 g Protein pro Kilogramm Körpergewicht, das sind dann schnell 100 g Protein am Tag. Das wäre ein halbes Kilo Fleisch, selbst in drei Portionen ist das unmöglich. Ausgezeichnete Proteinlieferanten sind beispielsweise Milchprodukte und Eier. Wichtig ist die Botschaft, dass es bereits zum Frühstück Proteine braucht, um den altersphysiologischen Muskelabbau zu verhindern. Ohne Gegensteuer verlieren wir altersspezifisch ein Drittel unserer Muskulatur.

Auch jemand mit einem erhöhten Cholesterin profitiert also von Eiern zum Frühstück?

Kressig: In den Achtzigerjahren wurde fälschlicherweise das Cholesterin mit der Ernährung in Zusammenhang gebracht. Dieses alte Vorurteil hält sich trotz gegenteiliger Studienresultate hartnäckig, auch da müssen wir Gegensteuer geben. Wenn man ein hohes Cholesterin hat, stellt der Körper das her, unabhängig von der Ernährung. Der Genuss von Eiern beeinflusst den Cholesterinwert überhaupt nicht. Bei wirklich erhöhten Blutfettwerten kommt man mit einer Ernährungsumstellung nicht zum Ziel – auch wenn diese für andere Risikofaktoren sinnvoll ist. Cholesterinarme Ernährung ist hier Mumpitz. Um ein zu hohes Cholesterin zu senken, müssen Sie letztlich Statine einsetzen.

Die Angst vor dem Cholesterin steht bedauerlicherweise der Umsetzung der neuesten internationalen Guidelines zum Erhalt der Muskelgesundheit im Alter im Wege. Darin werden diese Proteinempfehlungen propagiert, und Eier sind nun einmal die billigsten und wirksamsten Proteinlieferanten. Ich empfehle zwei bis drei Eier pro Tag.

Bei einer proteinreichen Diät, zu der ich ab 55 Jahren rate, müssen Sie natürlich die Kohlenhydrate reduzieren. Wir brauchen durch den Muskelabbau etwa ein Viertel weniger Kalorien, und die müssen wir bei den Kohlenhydraten einsparen, um die Gesamtkalorien zu reduzieren. Am besten gibt es weniger oder gar kein Brot, keine Pasta und so weiter. Wenn man ein Leben lang gleich viel isst, kommt ein Jahresring zum anderen.

Es gibt Proteinsupplemente, für die eine Senkung der Mortalität gezeigt wurde. Wie ist das einzuordnen?

Kressig: Betroffenen Patienten können Proteinsupplemente helfen, denn die Frailty ist natürlich mit der Mortalität verknüpft. Wichtig ist, dass diese Produkte molkebasiert und mit Leucin angereichert sind. Damit können Muskeln sogar ohne Training wieder wachsen. In der Klinik reichern wir zum Teil das Essen mit Proteinpulver an, um eine proteinreiche Ernährung sicherzustellen. Eine ergänzende Zufuhr von Proteinen ist auch nach dem Training sinnvoll. Aber Ernährung ist keine medizinische Massnahme, sie soll Spass machen. Wir sollten daher auf keinen Fall längerfristig Mahlzeiten durch Shakes ersetzen.

Wie viel Vitamin D sollten Ältere zu sich nehmen?

Kressig: Das kommt auf die Ernährung und den Lebensstil an, wesentlich auch auf Hauttyp und Sonnenschutz. Im Winter ist ein Vitamin-D-Mangel weitverbreitet, nicht nur bei älteren Menschen. Im Sommer ist es möglicherweise etwas anders. Man muss aber wissen, dass die ältere Haut etwa viermal schlechter Vitamin D herstellen kann als die jüngere. Auch unter einem Sonnenschutz über Faktor 8 findet diese Synthese nicht mehr statt. Eine Vitamin-D₃-Spiegel-Messung schadet nie. Ist der Spiegel zu niedrig, sollte supplementiert werden, auch wenn jemand jünger als 65 Jahre ist. Bei den über 65-Jährigen gibt es eine generelle Empfehlung des BAG zur Supplementierung. Die Dosis liegt nach neuesten Erkenntnissen bei 24 000 Einheiten Vitamin D₃ pro Monat, die entweder einmal im Monat oder verteilt auf tägliche Mengen per os eingenommen werden können. Zu grosse Dosen aufs Mal in einem noch grösseren Intervall sind dagegen kontraproduktiv, statt der positiven Effekte haben wir darunter mehr Stürze gesehen, und es war kein Zugewinn an Muskelkraft zu verzeichnen.

Wie sollte man die Muskeln im Alter trainieren?

Kressig: Um Stürze zu verhindern, müssen die Muskeln auch richtig trainiert werden. Reines Krafttraining ist dafür ungenügend. Gefragt sind Trainingsformen, die auch Hirnleistung und Koordination erfordern, erfolgreich sind Tanz, Tai Chi und Rhythmik – diese senken die Sturzrate um bis zu 50 Prozent. Damit die älteren Menschen dabeibleiben, muss es auch Spass machen. Gute Erfahrungen haben wir mit der Dalcroze-Rhythmik mit Musik gemacht, in Basel nehmen mehr als 350 Senioren sehr regelmässig teil. Auch Demenzkranke können das noch erlernen, obwohl sie das nicht mehr bewusst wahrnehmen. Das unbewusst motorische Lernen in Verbindung mit Musik ist bei Demenzkranken ein bekanntes Phänomen. Das musikalische Gedächtnis wird bis zuletzt vom Abbau verschont, wie Untersuchungen des Max-Planck-Instituts zeigen konnten. Das erklärt, was wir aus der

Praxis kennen: Patienten, die nicht mehr sprechen, können manchmal noch ganze Strophen singen.

Woran muss man bei der Demenzprävention noch denken?

Kressig: Sehr häufig verpassen wir in diesem Zusammenhang im Alter eine Depression, die heute vielfach in der klinischen Manifestation nicht mehr dem entspricht, was in den Lehrbüchern steht. Sehr oft muss man die Symptome gezielt suchen. Die Suizidraten steigen im Alter exponentiell, es gibt einen Peak in der Jugend, im Alter um 20 Jahre, und dann wieder im Alter um 60 Jahre, insbesondere bei Männern. Die Wahrscheinlichkeit, dass das mit einer verpassten Depression zusammenhängt, ist ungeheuer gross. Gerade ältere Männer sind diesbezüglich schwierig zu diagnostizieren, anstelle von Traurigkeit kann sich eine Depression auch in aggressivem Verhalten äussern. Das Traurige daran ist, dass eine Depression, einmal erkannt, sehr gut zu behandeln wäre.

Wer sollte eine Depression erkennen und behandeln – Hausarzt oder Spezialist?

Kressig: Die Psyche und die psychische Gesundheit systematisch anzuschauen, sollte in der Hausarztpraxis zur Grunduntersuchung eines älteren Menschen gehören. Insofern ist es auch eine primäre Aufgabe der Hausärzte, eine Depression zu erkennen. Auch die Therapie kann durch den Hausarzt erfolgen, wenn dieser sich das zutraut. Sonst kann man an Alterspsychiater verweisen, die bei Depressionen nicht nur Medikamente geben, sondern sich nicht scheuen, auch ältere Patienten psychotherapeutisch zu betreuen, mit sehr guten Erfolgen.

Wie steht es denn mit dem altersmedizinischen Wissen der Ärzteschaft generell?

Kressig: Nach einer Generation, die altersmedizinisch zum Teil gar nicht ausgebildet wurde, sehen wir unter den Jüngeren viele, die sich dafür interessieren. Wir hatten die Chance, uns an der Studienreform zu beteiligen, und können heute im Studium wichtige altersmedizinische Inhalte vermitteln. Offenbar machen wir das nicht schlecht, denn wir haben viele Anfragen für die anschliessenden Weiterbildungsphasen, und wir bekommen gute Bewertungen. Sehr häufig beginnen die jungen Kollegen ihre Ausbildung bei uns und kommen nach deren Abschluss als junge Oberärzte wieder zurück. Ein Trend, der mich ungemein freut – für uns fünf Lehrstuhlinhaber in der Schweiz ein Ausweis, dass wir zeigen konnten, wie spannend unser Gebiet in Lehre, Forschung und Alltag ist.

Hinzu kommt, dass die jungen Ärzte und die Studierenden von heute ein anderes Lebensziel haben als früher. Die Work-Life-Balance ist viel wichtiger geworden. Es geht nicht mehr um das Scheffeln von möglichst viel Geld, sondern vielmehr darum, etwas Sinnvolles, Stimulierendes zu tun. In Zeiten einer immer stärkeren Kompartimentierung und Segmentierung in der Medizin sind der Hausarzt und die Altersmediziner vielleicht bald die Einzigen, die noch den Mut haben, den ganzen Menschen anzuschauen.

Herr Prof. Kressig, wir danken Ihnen für das Gespräch. ❖

Das Interview führte Christine Mücke.