

## Geriatric

# Gesundheitsprävention im Alter – Wer gut beraten wird, lebt länger!

Thomas Münzer

Chefarzt Geriatrie St. Gallen, Präsident der Schweizerischen Fachgesellschaft für Geriatrie

Trotz medizinischer Fortschritte leiden viele alte Menschen an gesundheitlichen Problemen. Vor allem hochbetagte Menschen haben ein hohes Risiko, pflegebedürftig zu werden. Gemäss aktuellen Zahlen des Bundesamts für Statistik werden in der Schweiz nur 5% der 75-jährigen Personen in Heimen betreut, bei den 85-Jährigen sind es aber fast 20% und bei den über 90-Jährigen um 40% [1].

Weltweit stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten bestehen, Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alter entgegenzuwirken. In den Fokus ist dabei die Prävention in der hausärztlichen Versorgung gerückt. Präventive Massnahmen müssen, wie die Behandlung geriatrischer Patienten, interdisziplinär und multidimensional sein. Die praktische Umsetzung solcher Präventionsprogramme ist jedoch schwierig. Es besteht die Gefahr, dass ungezielte Screening- oder Präventionsmassnahmen, zum Beispiel beim Mamma- und Prostatakarzinom oder dem Aortenaneurysma, Aufwand und Verunsicherung auslösen oder gar Schaden anrichten. Mittlerweile zeichnen sich aber realistische Möglichkeiten ab, auch in der Hausarztpraxis «Prävention im Alter» wirksam umzusetzen.

Die Schweizer Geriatrie hat in den letzten Jahren einiges zur Präventionsforschung im Alter beigetragen. Standen zunächst präventive Hausbesuche im Fokus der wissenschaftlichen Untersuchungen [2], kam im Verlauf der letzten Jahre ein Instrument zum Einsatz, das anhand der Antworten auf einem Fragebogen computerbasiert ein Gesundheitsprofil erstellt (*health risk assessment*, HRA) [3, 4]. Dies enthält einerseits Empfehlungen für die Verhaltensmodifikation für die betroffene Person und andererseits fachliche Empfehlungen für die Hausärzte. Kürzlich konnten Ergebnisse einer Studie publiziert werden, die die Langzeiteffekte eines HRA in der Schweiz nach acht Jahren untersucht hat [5]. Im Rahmen der Untersuchung wurden mehr als 2000 über 65-jährige, selbständig zu Hause lebende Personen in zwei Gruppen unterteilt. Die Interventionsgruppe erhielt auf einen HRA-Fragebogen hin schriftliche Empfehlungen und zusätzlich ein individualisiertes Beratungsangebot durch eine speziell ausgebildete Pflegefachfrau, das mit

dem Hausarzt abgestimmt war. Die Vergleichsgruppe erhielt die übliche medizinische Betreuung. Häufige Beratungsinhalte waren Steigerung der körperlichen Aktivität, Optimierung der Ernährung, Medikation, Impfungen, Krebsvorsorge und Blutdruckbehandlung. Die Intervention führte dazu, dass sich das Gesundheits- und Vorsorgeverhalten der älteren Personen über zwei Jahre wesentlich verbesserte. Die Teilnehmer der Interventionsgruppe waren körperlich aktiver, hatten eine ausgewogenere Ernährung und auch eine umfassendere persönliche Gesundheitsvorsorge. Neu an dieser Studie war auch, dass nach acht Jahren die Mortalität in den einzelnen Gruppen verglichen wurde. Dabei zeigte sich, dass die Lebenserwartung in der Interventionsgruppe höher war als diejenige der Vergleichsgruppe. Pro 21 Personen mit HRA und präventiven Beratungen konnte ein Todesfall vermieden werden. Eine weitere Stärke der Studie war ihre Praxisnähe. Sie wurde in einer vordefinierten Region durchgeführt und nicht im Rahmen einer Auswahl motivierter Praxen oder älterer Personen. Somit konnte ein Selektionsbias minimiert werden. Die Studie hat allerdings auch ihre Grenzen. Die Langzeitergebnisse konnten bisher noch nirgendwo anders repliziert werden. Ebenso konnte nicht belegt werden, ob der positive Effekt auf

## Kürzlich konnten Studienergebnisse publiziert werden, die die Langzeiteffekte eines HRA in der Schweiz nach acht Jahren untersuchten

das Gesundheitsverhalten zu einer Reduktion der Pflegebedürftigkeit geführt hat. Grundsätzlich aber hat die Forschungsgruppe zeigen können, dass es möglich ist, ein wirksames multidimensionales Präventionsmodell umzusetzen. Eine Herausforderung für die Praxis wird sein, ein solches Modell finanziell abzubilden, da ein HRA nicht wie ein Labortest der Krankenkasse verrechnet werden kann. Hier sind sicher Initiativen aus der Praxis gefragt, beispielsweise in Form von Hausarztnetzwerken, der öffentlichen Hand, Interessengruppen von älteren Personen und nicht zuletzt den Krankenkassen. Neben dem HRA gibt es auch andere Möglichkeiten, wirksame präventive Massnahmen für alte Menschen

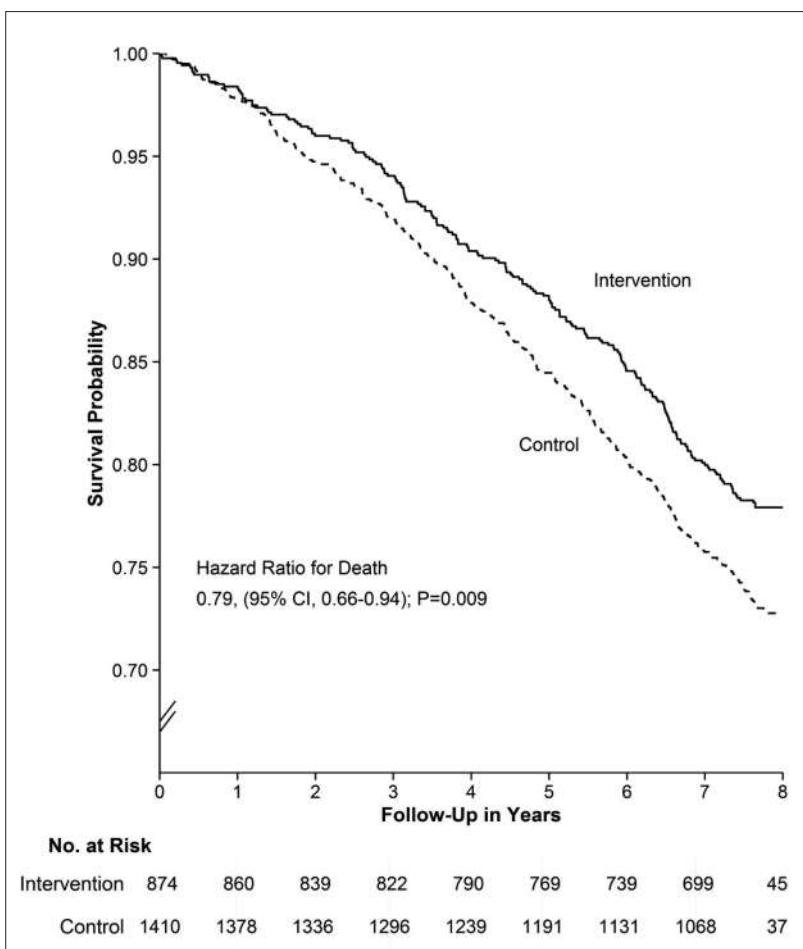


Thomas Münzer

Korrespondenz:  
 PD Dr. med. Thomas Münzer  
 Chefarzt Geriatrische Klinik  
 St. Gallen  
 Präsident der Schweizerischen  
 Fachgesellschaft für Geriatrie  
 Rorschacherstrasse 94  
 CH-9000 St. Gallen  
 thomas.muenzer[at]  
 geriatrie-sg.ch

in der Praxis umzusetzen. Sie sollten aber individualisiert werden oder auf bestimmte, im Alter häufig auftretende Probleme wie Stürze zugeschnitten sein [5]. Noch nicht eindeutig beantwortet ist die Frage, wie isolierte Risikofaktoren im Alter angegangen werden sollen. Als Beispiel für die bestehende Unsicherheit sollen die Empfehlungen zur Hypertoniebehandlung dienen. Im letzten Jahr hat sich zu diesem Thema einiges bewegt. Überarbeitete internationale Guidelines zur Hypertoniebehandlung bilden vermehrt spezifische Empfehlungen für ältere, namentlich auch für hochbetagte Personen ab. Allerdings ist gerade für die letztere Gruppe die Evidenz noch relativ gering. Ein neue Zusammenfassung über Guidelines zur Hypertonie-

rapie fasst zwei Grundprinzipien zusammen: Bei gesunden und selbständigen über 80-jährigen Personen gibt es aufgrund der aktuellen Studienlage keinen Grund, die Hypertonie anders einzustellen als bei über 65-jährigen Personen. Bei gebrechlichen Personen, die bereits aus anderen Gründen mit mehreren Medikamenten behandelt werden, ist die Evidenz jedoch wenig klar, hier werden eine individuelle Einstellung und andere Zielwerte empfohlen [4]. Einfach ausgedrückt, fitte alte Menschen sollten anders behandelt werden als gebrechliche alte Personen. Wie sich die neueste Studie zur Hypertoniebehandlung bei Personen mit einem kardiovaskulären Risiko oder im Alter von über 75 Jahren auf die Guideline-Entwicklung auswirkt, bleibt abzuwarten. Im SPRINT-Trial [7] konnte gezeigt werden, dass eine Senkung des systolischen Blutdrucks auf einen Zielwert von 120 mm Hg im Vergleich zum Zielwert 140 mm Hg Todesfälle und kardiovaskuläre Komplikationen reduziert. Bemerkenswert aus geriatrischer Sicht ist, dass mehr als ein Viertel der Studienteilnehmer (über 2600 Personen) über 75 Jahre alt waren, und die Untergruppenanalyse für die über 75-jährigen Personen bestätigte, dass sich der strenge Zielwert von 120 mm Hg im hohen Alter ebenso günstig auswirkt wie bei jüngeren Personen. Offen bleibt die Frage, ob ein Alter über 75 per se ein kardiovaskuläres Risiko darstellt, wie die Autoren anhand der Einschlusskriterien beschreiben, und wie wir in der Praxis mit der erhöhten Zahl von unerwünschten Nebenwirkungen der intensiven Hypertoniebehandlung (Synkopen, symptomatisch Hypotonie) umgehen sollen. Immerhin gab es nicht mehr schwere Stürze mit gravierenden Folgeverletzungen in der Interventionsgruppe. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Prävention im Alter sinnvoll ist und auch flächendeckend eingeführt werden kann. Je älter und gebrechlicher die Personen sind, desto mehr muss individualisiert und von bestehenden Guidelines abgewichen werden. Dass nicht alle geriatrischen Patienten in Guidelines passen und wir stets auf individuelle und funktionelle Aspekte Rücksicht nehmen müssen, macht Geriatrie zu einer spannenden und abwechslungsreichen Disziplin.



**Abbildung 1:** Überlebenswahrscheinlichkeit.

Der primäre Endpunkt nach acht Jahren Follow-up war die Gesamt mortalität. Basierend auf der Kaplan-Meier-Überlebensfunktion. Quelle: Stuck AE, Moser A, Morf U, Wirz U, Wyser J, et al. (2015). Effect of Health Risk Assessment and Counselling on Health Behaviour and Survival in Older People: A Pragmatic Randomised Trial. *PLoS Med* 12(10): e1001889. doi: 10.1371/journal.pmed.1001889.

#### Disclosure statement

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

#### Literatur

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter [www.medicalforum.ch](http://www.medicalforum.ch).

## Literatur / Références

- 1 Bundesamt für Statistik. Gesundheit im Alter - Daten, Indikatoren Personen in Heimen. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/01.html>.
- 2 Stuck AE, Minder CE, Peter-Wuest I, Gillmann G, Egli C, Kesselring A, et al. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Archives of internal medicine*. 2000;160(7):977-86.
- 3 Stuck AE, Elkuch P, Dapp U, Anders J, Iliffe S, Swift CG. Feasibility and yield of a self-administered questionnaire for health risk appraisal in older people in three European countries. *Age and ageing*. 2002;31(6):463-7.
- 4 Stuck AE, Moser A, Morf U, Wirz U, Wyser, J, Gillmann G et al. Effect of health risk assessment and counselling on health behaviour and survival in older people: A pragmatic randomised trial. *PLoS Med*. 2015;12(10): e1001889. doi:10.1371.
- 5 Münzer T, Gnädinger M. Erfassung des Sturzrisikos und Sturzprävention in der Hausarztpraxis. *Schweiz Med Forum*. 2014;14(46):857-861.
- 6 Benetos A, Rossignol P, Cherubini A, Joly L, Grodzicki T, Rajkumar C. Polypharmacy in the aging patient: Management of Hypertension in Octogenarians *JAMA*. 2015;314(2):170-180. doi:10.1001/jama.2015.7517.
- 7 The SPRINT Research Group. A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control. *New Engl J Med* 2015; Nov 9. doi:10.1056/NEJMoa1511939.