



Neurologie

Dr. med. Daniel Eschle

Facharzt für Neurologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation
Kantonsspital Uri

«Ich freue mich, wenn sich einfache und kostengünstige Massnahmen als wirksam erweisen»

Wurden 2025 in Ihrem Fachbereich Medikamente zugelassen, die die Therapie erheblich verbessern?

Es gibt erfreuliche Entwicklungen in Bezug auf das Thema «Demenzprävention». Bei über 130 000 demenzfreien Personen über 65 Jahre aus Stockholm wurde der Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin bestimmt. Während einer medianen Beobachtungsdauer von 3,9 Jahren entwickelten 7% eine Demenz. Ein Albumin-Kreatinin-Quotient im Urin über 30 mg/g war mit einem mindestens um 25% erhöhten Demenzrisiko vergesellschaftet, was auch mit der Proteinurie korrelierte, die mittels eines einfachen Urinstreifentest gemessen wurde. Die Autoren heben die Wichtigkeit einer routinemässigen Suche einer Albuminurie hervor, um die zugrundeliegende Erkrankung anzugehen und somit die Tür zur Demenzprävention zu öffnen (1). Da ein Typ-2-Diabetes mellitus ein erheblicher Risikofaktor für eine Albuminurie ist, stellt sich hier die Frage, welche blutzuckersenkende Medikation zur Demenzprävention am besten geeignet ist. In einer Studie aus den USA mit über 50 000 demenzfreien Personen über 50 Jahre und einem Typ-2-Diabetes war die Demenzinzidenz bei Verwendung von GLP-1-Rezeptoragonisten (GLP-1-RA) oder SGLT2-Hemmern im Vergleich zu anderen blutzuckersenkenden Medikamenten niedriger: Hazard Ratio 0,67 für GLP-1-RA und 0,57 für SGLT2-Hemmer im Vergleich zu anderen Antidiabetika (2). Somit eröffnet sich mit diesen neuen Erkenntnissen die Perspektive, auf neurodegenerative Krankheitsprozesse mit einfachen diagnostischen Massnahmen sowie Medikamenten präventiv Einfluss zu nehmen, die bereits im ärztlichen Alltag verankert sind und gar nicht erst auf eine Zulassung warten müssen.

Ist künstliche Intelligenz (KI) für Sie nützlich? Wenn ja, in welchem Bereich? Können Sie gegebenenfalls eine Anwendung empfehlen?

Ich muss gestehen, dass ich ab und zu KI verwende, wenn mir die Geduld fehlt für eine aufwändige Literaturrecherche in PubMed. Es geht so schnell – und das ist einfach verführerisch. Aber man braucht doch wieder Zeit, um die eigentlichen Quellen und somit die Vertrauenswürdigkeit der Informationen zu überprüfen. Für die Zukunft sehe ich z.B. die Anwendung von KI bei der Triage von Patienten, um Notfallstationen von Bagatellfällen zu entlasten

und Prioritäten zu setzen. Personen mit einem medizinischen Problem oder bestimmten Symptomen fragen ein KI-Programm um Rat: Handelt es sich um einen Notfall? Reicht eine gelegentliche Konsultation in der hausärztlichen Sprechstunde? Ist es eine Bagatelle und ein Arzttermin ist gar nicht nötig? KI könnte hier unter Umständen eine kostengünstigere Lösung sein im Vergleich zu den telemedizinischen Angeboten der Krankenkassen, die rund um die Uhr eine medizinische Fachperson benötigen. Natürlich müssten solche KI-Angebote wissenschaftlich begleitet werden, um deren Fehlerquote zu beurteilen. Es gibt bereits erste Ansätze in dieser Richtung, die sich vielversprechend anhören (3).

Was hat Sie 2025 am meisten gefreut und was am meisten geärgert?

Ich freue mich immer, wenn sich in unseren Zeiten mit steigenden Gesundheitskosten einfache und kostengünstige Massnahmen als wirksam erweisen: In einer Migränepräventionsstudie aus Norwegen wurden rund 450 Personen (mehrheitlich Frauen) randomisiert mit Candesartan oder Plazebo behandelt. Es konnte eine signifikante Reduktion der Migränetage erreicht werden dank Candesartan, bei guter Verträglichkeit und Patientenzufriedenheit (4). In der Schweiz betragen die monatlichen Kosten für 8 mg/Tag Candesartan rund 16 Franken im Vergleich zu etwas über 400 Franken im Monat für CGRP-Antagonisten. Ist teurer auch besser? Ich bin sehr gespannt auf die gesundheitsökonomische Analyse, die vom Autorenteam angekündigt wurde.

Ist 2026 in Ihrem Fachbereich etwas Besonderes zu erwarten oder geplant und was versprechen Sie sich davon? Was erhoffen Sie sich von 2026?

Eingangs war von Demenz die Rede: In diesem Zusammenhang wird es spannend, ob 2026 blutbasierte Biomarker zur Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung und monoklonale Antikörper zur Behandlung auch in der Schweiz zugelassen werden; Lecanemab und Donanemab wurden 2025 von der European Medicines Agency bewilligt. Hier könnte es problematisch werden, wenn die Schere zwischen diagnostischen Möglichkeiten und therapeutischen Optionen auseinanderklafft. Es ist anzunehmen, dass diese teuren Antikörper zunächst nur von spezialisierten Institutionen wie z.B. einer Memory Clinic wenigen Patienten unter besonderen Auflagen verschrieben werden dürfen. Was passiert aber, wenn Alzheimer-Bluttests in grossem Stil durchgeführt werden und viele Betroffene dann auf eine Therapie verzichten müssen? Es muss also zuerst eine gesellschaftliche Debatte geführt werden, um dieses ethische Dilemma zu vermeiden.

Was ist Ihre wichtigste «Message» für die Kolleginnen und Kollegen in der Hausarztpraxis?

Ich möchte die Themen «Sturzprävention» und «Osteoporose» ansprechen. Hier treffen sich Grundversorgung und Neurologie. Stürze und die damit einhergehenden – per definitionem osteoporotischen – Frakturen sind in der Schweiz häufig, können iatrogen entstehen und sind gefährlich. Mindestens ein Viertel der zuhause lebenden Senioren stürzt mindestens einmal pro Jahr (5). Personen mit bestimmten neurologischen Erkrankungen sind besonders sturzgefährdet, z.B. bei chronisch progredienter Multipler Sklerose

oder Morbus Parkinson. Es kommt z.B. jährlich zu rund 14 000 Hospitalisationen im Zusammenhang mit Hüftfrakturen in der Schweiz (6), und in den ersten 90 Tagen ist mit einer Mortalität von rund 20% zu rechnen (7). Nebst Steroiden sind anfallssupprimierende Medikamente (ASM) für die Knochengesundheit problematisch (8). Eine Knochendichthemaßung ist bei einer Behandlung mit ASM mittlerweile eine Pflichtleistung der Krankenkassen. Und zahlreiche Medikamente erhöhen das Sturzrisiko, z.B. Antipsychotika, Antidepressiva und Benzodiazepine (9). Wir müssen es uns daher zur Gewohnheit machen, bei Senioren das Sturz- und Frakturrisiko im Fokus zu haben – in der neurologischen wie in der hausärztlichen Sprechstunde (10). Dazu gehört u.a. eine kritische Betrachtung der Medikation, und wir sollten gemeinsam versuchen, den Osteoporose-Treatment-Gap zu schliessen (11). □

Referenzen:

1. Luo K et al.: Albuminuria is associated with increased risk of dementia, independent of eGFR: The SCREAM project. *J Intern Med.* 2025;298(5):489-503. doi:10.1111/joim.70022
2. Tang H et al.: GLP-1RA and SGLT2i medications for type 2 diabetes and Alzheimer disease and related dementias. *JAMA Neurol.* 2025;82(5):439-449. doi:10.1001/jamaneurol.2025.0353
3. Williams CY et al.: Use of a large language model to assess clinical acuity of adults in the emergency department. *JAMA Network Open.* 2024;7(5):e248895. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.8895
4. Øie LR et al.: Candesartan versus placebo for migraine prevention with episodic migraine: a randomised, triple-blind, placebo-controlled, phase 2 trial. *Lancet Neurol.* 2025;24(10):817-827. doi:10.1016/S1474-4422(25)00269-8
5. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/stuerze>. Letzter Zugriff: 21.10.2025
6. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/hospitalisierungsrate-bei-hueftfrakturen>. Letzter Zugriff am 21.10.2025
7. Roitzsch C et al.: Unveiling the hidden risks: 90-day mortality and complications in older adults with proximal femur fractures. *Aging Clin Exp Res.* 2025;37(1):220. doi:10.1007/s40520-025-03134-0
8. Baddoo DR et al.: Metabolic bone disease in patients with epilepsy and the use of antiepileptic drugs – insight from a Danish cross-sectional study. *Seizure.* 2021;86:29-34. doi:10.1016/j.seizure.2021.01.008
9. Seppala LJ et al.: Fall-risk-increasing drugs: a systematic review and meta-analysis: II. Psychotropics. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(4):371.e11-e17. doi:10.1016/j.jamda.2027.12.098. Weitere Substanzklassen werden im Teil I sowie III abgehandelt, siehe *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(4):371.e1-371.e9 und *J Am Med Dir Assoc* 2018;19(4):372.e1-372.e8
10. <https://www.bfu.ch/stoppsturz/arztpflicht>. Letzter Zugriff: 21.10.2025
11. Lippuner K et al.: The osteoporosis treatment gap in Switzerland between 1998 and 2018. *Arch Osteoporos.* 2023;18(1):20. doi:10.1007/s11657-022-01206-6