

„Selbständigkeit erhalten, fit werden für den jeweiligen Alltag“

Probleme und Perspektiven der Altersmedizin

Keine Bevölkerungsgruppe wächst so schnell wie die Gruppe der über 80-jährigen, 2050 werden es in Deutschland voraussichtlich zehn Millionen Menschen sein. Ganz ähnlich wie in vielen anderen Ländern auf allen Kontinenten, mit Ausnahme von Afrika. Aber ist die Medizin auf diese unausweichliche Entwicklung vorbereitet? »Noch nicht,« sagt Privatdozent Dr. Rupert Püllen, Altersmediziner und Chefarzt der Medizinisch-Geriatriischen Klinik der Frankfurter Diakonie-Kliniken. »Die Geriatrie führt unter den vielfältigen medizinischen Fachdisziplinen noch immer ein Schattendasein. Es mangelt an ausgebildeten Altersmedizinern ebenso wie an verlässlichen wissenschaftlichen Daten, aus denen sich evidenzbasierte Behandlungsstrategien für diese Altersgruppe ableiten lassen.«



Sich als Arzt bewusst für die Geriatrie zu entscheiden, für eine Patientengruppe also, bei der Heilung selten und Behandlungserfolge relativ sind, das fällt vielen Jungmedizinern schwer. Und da viele Ärzte verschiedener Fachdisziplinen im Alltag – oft erfolgreich – alte Patienten behandeln, erschließt sich ihnen nicht unbedingt die Notwendigkeit einer spezifischen Medizin für alte Menschen. »Somit liegt das erste Problem der Altersmedizin darin, dass viele ihre Daseinsberechtigung anzweifeln«, weiß Püllen aus Erfahrung. »Dabei überträgt kaum



Die Musiker des Buena Vista Social Club waren bei der Gründung der Gruppe im Jahr 1996 bereits älter als 70 Jahre. Als Wim Wenders zwei Jahre später das Leben der Musiker im Film dokumentierte, hatte die ein Jahr zuvor eingespielte CD insbesondere in der westlichen Welt weitaus mehr Erfolg, als der Produzent Ry Cooder jemals erwartet hatte. Das Album verkaufte sich weltweit mehr als fünf Millionen Mal, bei ihrem Konzert in der Carnegie Hall in New York wurden die Musiker mit standing ovations gefeiert. Ibrahim Ferrer und Ruben Gonzales (am Klavier) sind inzwischen verstorben, die Sängerin Omara Portuondo, die einzige Frau unter dem Musikern, ist heute 77 Jahre.

jemand Vorgehensweisen der Erwachsenenmedizin auf Kinder oder gar Neugeborene, bei der Behandlung älterer Menschen geschieht dies oft unkritisch in großem Umfang.« Wie problematisch das sein kann, zeigt sich am Beispiel des prognostischen Wertes des Serum-Gesamtcholesterins: Ein erhöhter Gesamtcholesterinwert gilt als Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der mit einer erhöhten Sterblichkeit korreliert. Bei über 80-jährigen Personen ohne manifeste kardiovaskuläre Erkrankung besteht dagegen diese Korrelation nicht. Vielmehr korreliert in dieser Altersgruppe ein niedriger Cholesterinwert mit einer höheren Mortalität.

Kennzeichen des Alterns

Den komplexen Vorgang des Alterns kann man nicht auf eine kurze Formel bringen. Doch »es lassen sich einige Kennzeichen des Alterns und des alten Menschen benennen«, so

Püllen, die wesentlich die Altersmedizin bestimmen: »Altern bedeutet Zunahme der Heterogenität, Zunahme der Mortalität und Zunahme der Verwundbarkeit durch geringere Adaptationsfähigkeit«. Ältere Menschen unterscheiden sich voneinander in einem viel größeren Maße als Menschen mittleren Lebensalters: durch ein individuelles Muster an Begleitkrankheiten, ihre Medikation, funktionelle Defizite und persönliche Präferenzen bei der medizinischen Versorgung. Diese Heterogenität stellt die Altersmedizin vor ein doppeltes Problem: Sie erschwert zum einen den Erkenntnisgewinn, denn randomisierte klinische Doppel-Blind-Studien, die Basis einer evidenzbasierten Medizin, erfordern Struktur-, Behandlungs- und Beobachtungsgleichheit der beiden zu vergleichenden Kohorten. Die dem Alter innewohnende Heterogenität erschwert somit die Gewinnung zuverlässiger klinischer Daten. Gleich-

„Ich lebe seit Monaten im Bett und langweil mich überhaupt nicht. Ich bin sogar glücklich, wenn ich meinen Tag ausgefüllt habe...“, schrieb Henri Matisse 1941 an einen Freund, nachdem er in Folge einer schweren Operation nicht mehr an der Staffelei stehen konnte. Der französische Maler entdeckte in dieser Situation den Scherenschnitt als eine neue künstlerische Ausdrucksform, die heute als Höhepunkt seiner Schaffenskraft gilt.



zeitig aber stellt sich die Frage, inwieweit Studienergebnisse auf den konkreten Einzelfall übertragbar sind. Gelten sie beispielsweise auch für den demenzkranken Patienten in einem Pflegeheim oder den hochbetagten Dialysepatienten? Zwar taucht dieses Problem generell bei jedem Patienten unabhängig vom Lebensalter auf, gewinnt aber unter alten Menschen an Schärfe. »Dieser Umstand darf aber nicht zur Folge haben, bei medizinischen Entscheidungen im hohen Lebensalter auf klinische Studien zu verzichten«, warnt der Altersmediziner Püllen. »Im Gegenteil, uns fehlen geeignete Studien unter hochbetagten Patienten, und sie sind dringend erforderlich!« Denn derzeit werden Daten zur Prävention, Diagnostik und Therapie zahlreicher Erkrankungen, die bei Personen mittleren Lebensalters gewonnen wurden, auf die große Gruppe der Hochbetagten übertragen. So stützen sich Therapieentscheidungen häufiger Erkrankungen, beispielsweise von Malignomen, auf Studien, die vielfach eine obere Altersgrenze bei 70 oder 75 Jahren haben.

Altern bedeutet Zunahme der Mortalität

Diese scheinbar banale Erkenntnis hat zur Folge, dass ältere Patienten von klinischen Studien häufig ausgeschlossen werden. Auch weil Todesfälle innerhalb einer Studie eine Fülle an Dokumentationen nach sich ziehen, von Beginn an eine größere Zahl an Teilnehmern nötig ist, um schließlich eine statistisch signifikante Aussage zu treffen.

Gerade in der Altersmedizin muss jede Maßnahme zur Präventi-

on, Diagnostik oder Therapie von der Frage begleitet werden, ob die vermutete Lebensdauer den Patienten von der geplanten Maßnahme profitieren lässt. »So ist bei einem hochbetagten Patienten mit koronarer Herzkrankheit vor Beginn einer Statintherapie zu fragen, ob der Patient die wahrscheinliche Lebenserwartung hat, bis er von dem erwarteten Nutzen einer Statintherapie profitiert«, gibt Püllen zu bedenken. In der European Heart-Protection Study wurden die Patienten beispielsweise fünf Jahre lang behandelt, um ein dadurch vaskuläres Ereignis wie beispielsweise einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu verhindern. Gleichzeitig findet sich in der Praxis allerdings auch eine falsch niedrige Einschätzung der Lebenserwartung älterer Personen. Das hat dazu beigetragen, ältere Personen vom Screening auf Tumore auszuschließen, beispielsweise ältere Frauen vom Mammografie-Screening. Eine 80-jährige Patientin aber hat eine mittlere Lebenserwartung von 8,7 Jahren, ihr relatives Risiko für Brustkrebs liegt bei etwa 1 : 10, bei den 30-Jährigen dagegen bei 1 : 2225. »Nähme man allein die Wahrscheinlichkeit eines positiven Befundes zum Maßstab, so müsste das Screening auf Mamma-Karzinome auch 80-jährige Frauen umfassen«, resümiert Püllen.

Vulnerabilität durch verminderte Adaptations- fähigkeit

Das wesentliche Kennzeichen des hohen Lebensalters ist die verminderte Fähigkeit, externen oder internen Stressoren zu widerstehen. Die eingeschränkte Anpassungs-

fähigkeit hat ihre wesentliche Ursache in der Abnahme von Reserven sämtlicher Organsysteme. So verfügt ein gesunder 80-Jähriger nur noch über etwa 65 Prozent der für die Filterleistung der Niere verantwortlichen Nierenkörperchen, über 55 Prozent der Handmuskulatur im Vergleich zu einem 30-jährigen und über 56 Prozent der Vitalkapazität der Lunge, also der beim Atmen maximal nutzbaren Luftmenge.

Zu diesen altersphysiologischen Vorgängen kommen über die Jahre erworbene Krankheitsfolgen hinzu. Dies alles führt zu Multimorbidität und funktionellem Abbau, beides Kennzeichen geriatrischer Patienten. »Mit einem nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Arzt-Patient-Beziehung«, gibt Püllen zu bedenken: »Ältere hören oft nicht mehr so gut, ihre Sehkraft lässt nach, kognitive Defizite kommen dann oft noch hinzu. Das alles erschwert den Umgang mit dem älteren Patienten.« Bei den über 80-Jährigen leidet jeder dritte Patient unter einer Demenz unterschiedlicher Ausprägung. Deshalb muss in vielen Fällen die Eigenanamnese durch eine Fremdanamnese ergänzt werden, Angehörige, Betreuungs- und Pflegepersonen müssen zu Tagesabläufen, Beschwerden und Veränderungen befragt werden. Die Fülle der vorliegenden Erkrankungen fordert vom Arzt, Symptome und Krankheiten zu gewichten und Prioritäten zu setzen. Zwar muss sich ein Altersmediziner in vielen Fachrichtungen der Medizin auskennen, doch »ein Geriater ist kein Alleskönner, man stößt schnell an seine Grenzen.« Entscheidend sei deshalb eine gute Vernetzung zu anderen Fachdisziplinen. »Wer alte Menschen behandelt, muss mit vielen Menschen sprechen«, weiß Püllen aus seiner täglichen Arbeit. Und dabei ist nicht nur das Gespräch mit Kollegen und dem Patienten immens wichtig. Bevor man über inhaltliche Dinge redet, muss zudem oft geklärt werden, wer im juristischen Sinne Ansprechpartner ist, also ob eine Betreuung oder eine Vollmacht besteht. Mit dem Sozialdienst und Pflegeeinrichtungen müssen Konzepte erstellt werden, damit der ältere Mensch wieder im gewohnten Umfeld seinen Alltag bewältigen kann. »Altersmedizin bedeutet auch, sich Zeit zu nehmen und dabei immer den ganzen Men-

schen in seinem Umfeld im Blick behalten«, fasst der Geriater seine Erfahrungen zusammen. Der ganzheitliche Ansatz, der neben Krankheiten auch psychosoziale und funktionelle Aspekte umfasst, läuft jedoch vielen Entwicklungen in der Medizin entgegen, deren Fortschritte zu immer weiterer Spezialisierung zwingen.

Umdenken ist notwendig

Das in einer Gesellschaft vorherrschende Altersbild prägt wesentlich die Rolle der Altersmedizin. Eine heute 70-jährige Frau kann noch zwanzig Jahre aktiv und selbständig leben, »alt gleich pflegebedürftig, das ist ein völlig falsches Bild«, warnt Püllen. »Unter den heute 70- und 80-Jährigen gibt es weitaus häufiger als früher gesundheitlich sehr rüstige Personen, die weite Reisen unternehmen und die noch viele Wünsche haben, die sie sowohl gesundheitlich als auch finanziell verwirklichen können.« Dies bestätigt auch die Berliner Alterstudie, die wie keine andere Untersuchung in Deutschland Fakten über die Situation älterer Menschen lieferte. Und dazu beigetragen hat, das Bild vom alten Menschen zu korrigieren. Denn es zeigte sich, dass selbst in der Gruppe der über 94-Jährigen nur 37 Prozent in Heimen leben, 90 Prozent der über 70-Jährigen leben zu Hause, davon drei Viertel ohne Hilfe. 94 Prozent aller älteren Menschen hatten ausgeprägte Lebensziele, nur ein Drittel aller älteren Personen fühlten sich krank, obwohl 30 Prozent an fünf und mehr Krankheiten litten. „Im

Gegensatz zur Medizin des mittleren Alters aber hat der präventive, der vorbeugende Aspekt gegenüber der augenblicklichen Lebensqualität einen viel geringeren Stellenwert«, so Püllen: »Wie ist die geschätzte Lebenserwartung, profitiert also der ältere Mensch von einer Therapie, das ist für uns die entscheidende Frage.« In der Geriatrie müssen die Behandlungsziele auf die individuelle Lebenssituation des Patienten abgestimmt sein. Püllen nennt als Beispiel zwei 85-Jährige, bei beiden musste nach einem Sturz eine Schenkelhalsfraktur operativ versorgt werden. Während Patient A aber vorher selbstständig allein in seiner Wohnung im ersten Stock lebte, litt Patient B bereits an den Folgen eines Schlaganfalls und wurde von der berufstätigen Tochter zu Hause betreut. »Es ist also wichtig, dass dieser Patient wieder eigenständig vom Rollstuhl ins Bett kommt, denn damit lässt sich die

Heimeinweisung verhindern.« Patient A aber, gleiches Alter und gleiche Diagnose, sollte wieder wie vor dem Sturz die Treppe zu seiner Wohnung bewältigen können.

»Selbständigkeit zu erhalten, fit zu werden für den jeweiligen Alltag«, so umschreibt Püllen eine maßgebliche Anforderung an die Geriatrie.

Krisen als Chance begreifen

Gleichzeitig aber müsse der Altersmediziner auch Behinderung und funktionelle Einbußen akzeptieren, den Patienten und Angehörigen die Unausweichlichkeit vieler Prozesse verdeutlichen, die Akzeptanz erleichtern und zugleich konkrete Hilfen bei der Bewältigung des Alltags anbieten. »Dies kann beispielsweise bei gangunsicheren Personen in der Verordnung einer geeigneten Gehhilfe sein, die Vermittlung eines Hausnotrufes oder Ratschläge zur sicheren Gestaltung der Wohnung, damit Stürze vermieden werden.«



Im 21. Jahrhundert leben die Menschen im Durchschnitt nicht nur länger, sondern altern auch gesünder. Links die Schauspielerin Senta Berger an ihrem 65. Geburtstag und im Vergleich dazu die Mutter von Albrecht Dürer im Alter von 63 Jahren aus dem Jahr 1514.

Das magische Alter ab Siebzig

»Ihr jungen Leute! Freut euch eurer Jugend nicht zu früh, denn vor euch liegt ein langer Weg voller Tücken, bis ihr die Herrlichkeit des Lebens zuletzt erreicht. [...] Marschieret nur weiter, eurem Ziel entgegen! Dem magischen Alter ab Siebzig. Da wird das Leben selbst zur Kostbarkeit.

Glaubt nicht dem Gejammer über schmerzende Knochen. Es stimmt zwar, dass die Anzahl der Schmerzen pro Stunde und Quadratzentimeter der eigenen Körperoberfläche mit zunehmendem Alter ebenfalls ständig zunimmt, aber umgekehrt nimmt auch die Schmerzempfindlichkeit ab. Man gewöhnt sich an den Schmerz, oder er wird einem im großen und ganzen gleichgültig. [...]

Mit Siebzig bricht der Kampf zwischen den Geschlechtern plötzlich ab. Friedenszeit. Männer und

Frauen werden einander immer ähnlicher, alle verlieren nun ihre Haare, und selbst die Brüste des Mannes baumeln nun schlaff herunter, während der Hintern der Frau so flach wird wie ein Pfannkuchen. Näher kommt man auf Erden dem Paradies nicht. Männer und Frauen hören auf, voneinander das Unmögliche zu erwarten. Die Beziehungen werden lebenswürdiger. Es gibt nur noch Freude am anderen. Und wenn es keinen anderen mehr gibt, dann gibt es immer noch die heftigste Freude von allen, die Freude an sich selbst – der Mund voller leckerem Essen, der wolkenlose Himmel. Jahrzehnte müßt ihr warten, Ihr Jungen, bis euch diese einfachen, profanen Dinge mit wahren Entzücken erfüllen.«

Irene Dische, Großmama packt aus, dtv-Verlag, München 2007, Seite 338–341.

Nicht leichtfertig auf Diagnostik verzichten

Zugleich aber zeigt sich hier auch das Spannungsfeld, in dem sich die Altersmedizin befindet, so Püllen: »Denn nicht jede FunktionseinbuÙe, jeder Verlust ist ein Zeichen des Alterns. Auch beim älteren Menschen müssen neu aufgetretene Symptome ätiologisch abgeklärt und therapiert werden, insbesondere, wenn sie sich rasch entwickeln.« Patienten, Angehörige, aber auch Ärzte neigen oft dazu, neu aufgetretene Symptome vorschnell als Ausdruck des Alterungsprozesses zu deuten. In der Konsequenz wird auf eine Diagnostik und Therapie verzichtet. Doch selbst bei einem 85-jährigen Patienten lassen sich eine neu aufgetretene Verwirrtheit, ein rascher Gewichtsverlust oder auch eine Inkontinenz in aller Regel nicht vollständig als Ausdruck altersphysiologischer Veränderungen deuten. »Hier ist aktives ärztliches Handeln gefragt.«

Altersmedizin erfordert auch Altersforschung

Das aber muss sich auch in der Altersmedizin, wie in allen Medizin-

bereichen, auf evidenzbasierte Daten stützen. Püllen wünscht sich deshalb mehr Studien und Forschungen, die die Besonderheiten des alternden Menschen berücksichtigen: Lebensqualität, die geriatricspezifische Erfassung von Komplikationen wie Verlust der Selbstständigkeit, Heimaufnahme oder akuter psychischer Störungen, beispielsweise eines Delir. »Ein Problem hierbei ist, dass die Sterblichkeit in dieser Personengruppe naturgemäß hoch ist, deshalb mehr Patienten rekrutiert werden müssen, um ausreichend viele Studienteilnehmer zu haben, und dies dazu beiträgt, dass Forschung teurer ist.« Ohne gesicherte Daten und an Studien ausgerichteten Leitlinien aber kommt auch die Altersmedizin nicht aus, sonst wird sie trotz einer immer größer werdenden Patientenzahl auch weiter ein schwer zu durchschauendes und ungeliebtes Feld der Medizin bleiben.

Gelingt dem älteren Menschen die Akzeptanz seiner Einschränkungen und lernt er, die verbliebenen Ressourcen gut zu nutzen, so eröffnen sich ihm oft neue, ungeahnte Möglichkeiten. Als Paradebeispiel nennt Püllen den Maler

Henri Matisse, der im Alter von 72 Jahren nach einer schweren Operation überwiegend ans Bett gefesselt war. Seine Krankheit zwang ihn, seine Kreativität in neue Bahnen zu lenken, in den noch verbliebenen 13 Lebensjahren entstanden die weltberühmten Scherenschnitte. »Ich lebe seit Monaten im Bett und langweile mich überhaupt nicht. Ich bin sogar glücklich, wenn ich meinen Tag ausgefüllt habe«, schrieb Henri Matisse damals an einen Freund. In deutlich besserem gesundheitlichem Zustand war Marc Chagall, der zeitlebens kreativ und innovativ blieb. Er wandte sich auch im hohen Lebensalter neuen Arbeitstechniken und Aufträgen zu: Mit 91 Jahren begann er die Ausgestaltung der Kirchenfenster von St. Stephan in Mainz, an denen er bis kurz vor seinem Tod arbeitete. Marc Chagall starb mit 98 Jahren. ♦

Literatur:

Mayer K. U., Baltes Paul.B (Hrsg): Die Berliner Altersstudie. Akademie Verlag, Berlin 1998

Die Autorin

Eva Maria Siefert, 47, ist Ärztin und freiberufliche Medizinjournalistin. Sie teilt ihre Zeit zwischen Notfallmedizin und Berichterstattung für Zeitungen, Radio und Fernsehen.

»Ich kann jetzt nicht aufhören...«

Deutschland braucht das Wissen pensionierter Professoren



Das Foto auf der Homepage von Prof. Dr. Norman Davis zeigt einen verschmitzt lächelnden, weißbärtigen Mann. Die Brille hat er keck auf die Nasenspitze geschoben. Entspannt sitzt der US-amerikanische Neurobiologe im blaugrau gemusterten Poloshirt an seinem Mikroskop, das in der Division of Neurobiology an der University of Arizona in Tuscon steht. Davis ist dort Research Professor im Team von Prof. Dr. John Hildebrand. Früher war er Lehrstuhlinhaber an einer der renommierten Ostküsten-Unis. Doch ans Aufhören dachte er auch im hohen Alter nicht. Stattdessen erforscht er nun als ganz normales Teammitglied ohne Extravaganzen

Der Vogelkundler Prof. Dr. Wolfgang Wilschko (69) macht auch heute noch Forschungsreisen ans andere Ende der Welt, um den magnetischen Orientierungssinn der Vögel zu erforschen.