

## ZUM THEMA: LEBENSERWARTUNG HEUTE

**J. Pantel, J. Schröder, C. Bollheimer, C. Sieber, A. Krose (Hrsg.):**

**PRAXISHANDBUCH ALTERSMEDIZIN**

**Geriatric – Gerontopsychiatrie – Gerontologie**

**unter Mitarbeit von Valentina Tesky**

Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2014. 799 S., € 129,99

ISBN 978-3-17-021756-0

„Alle wollen es werden, keiner will es sein: alt.“ Wer kennt nicht diesen antiken Seufzer von Cato dem Älteren, später von vielen Großen des Geistes leicht variiert wiederholt – und inzwischen von Millionen Menschen erlebt, durchlebt, ggf. erlitten. Und dies abhängig von Erbanlage, individueller Disposition zu diesen und jenen Vor- und Nachteilen aus seelischer, körperlicher und psychosozialer Sicht, nicht zuletzt aber auch durch die jeweilige Lebensführung, was in negativer Hinsicht nicht nur den Ärzten Sorgen bereitet. Die demografischen Veränderungen in Deutschland in den letzten 100 Jahren haben es in sich:

Im Deutschen Reich 1910 lebten rund 65 Millionen Menschen (in einem allerdings auch größeren Territorium). Heute sind es 82 Millionen - und dabei mehr als 4-mal so viele Über-65-Jährige und mehr als 10-mal so viel Über-80-Jährige wie noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Jeder fünfte Deutsche hat das 65. Lebensjahr vollendet. Damit liegen wir innerhalb Europas an der Spitze, gefolgt von Italien und Griechenland (und auch nicht das Ende dieser Reihe zu vergessen, nämlich Irland, die Slowakei und Zypern: deutlich unter dem EU-Durchschnittswert).

Tatsächlich ist die Lebenserwartung ein häufig verwendetes Maß für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Denn auch hier kann sich Deutschland sehen lassen. Sie ist im erwähnten Zeitraum um mehr als 30 Jahre gestiegen. Das hört sich vielleicht in unserem von Zahlen nur so schwirrenden Umfeld nicht gerade spektakulär an, aber drei Jahrzehnte mehr oder nicht, das kann zu gegebener Zeit durchaus

ein Thema werden. Oder konkret: Bei den Männer von 45 auf mehr als 77, bei den Frauen von 48 auf über 82 Jahre. Und das nicht ausschließlich als Folge einer verringerten Säuglings- und Kindersterblichkeit, die in früheren Jahrhunderten natürlich ebenfalls ein entscheidender Faktor waren.

Dabei sollte man dies auch noch für die ältere Generation konkretisieren: Denn heute beträgt die so genannte „fernere Lebenserwartung“ eines 65-jährigen Mannes nicht mehr 7, sondern 17 Jahre; und die einer gleichaltrigen Frau nicht mehr 9, sondern über 20 Jahre. Das also darf man - statistisch gesehen - in diesem, früher als Greisen-Alter bezeichneten Lebensabschnitt noch erwarten. Gnadenreich, besonders wenn man dazugehört. Und selbst 80-Jährige können heute statistisch gesehen noch auf fast 8 bzw. 9 Jahren hoffen, je nach Geschlecht. Das ist - wenn es einem halbwegs gut geht - schlichtweg großartig. Auch hier liegen wir wiederum im Vorfeld, wobei uns vor allem die Französinen voraus sind (und die ehemals sozialistischen Länder am Schluss stehen). Letztlich entscheidend wirken sich dabei nicht nur biologische (also genetische und hormonelle Aspekte), sondern auch verhaltens- und umweltabhängige Faktoren aus. Beispiele: Rauchen, Alkoholkonsum, soziale und berufliche Stressbelastung, niedriger Lebensstand, schwerere Arbeitsbedingungen, ungesunde Ernährungsgewohnheiten und schlechtere Gesundheitsversorgung.

Und wie geht es weiter? Sie scheint weiter zu steigen, die Lebenserwartung, wenigstens bei uns. Das hängt allerdings - gesamt-gesellschaftlich gesehen - nicht zuletzt vom Versorgungssystem von Hoch- und Höchstbetagten mit allen seinen nicht nur psychosozialen, sondern auch wirtschaftlichen Voraussetzungen ab.

Hier gibt es nun verschiedene Theorien, wie es weitergehen könnte: Eine optimistische Sichtweise geht davon aus, dass die Mehrheit nicht mit schwereren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bezahlen muss. Hauptsache: gesündere Lebensweise und medizinischer Fortschritt, was sich vor allem bei chronischen Behinderungen auswirkt. Eine andere These hingegen bringt zwar auch den medizinischen Fortschritt ins Spiel, aber mit anderen Konsequenzen: Unter diesem Aspekt wird zwar das frühzeitige Sterben wegen akuter (!) lebensbedrohlicher Erkrankungen verhindert, dafür erreichen immer mehr ein höheres Alter mit chronischen Beeinträchtigungen. Oder kurz: kein tödlicher Ausgang, aber verlängerte Pflegebedürftigkeit. Für beiden Thesen liegen epidemiologische Studien vor, die schon deshalb komplizierter sind, weil

nicht nur die individuelle Gesundheits-Entwicklung einbezogen werden darf. Beispiele: Nachteilig sind unter anderem längere Krankheitsdauer, Zunahme der Neu-Erkrankungen, Zuwanderung erkrankter und Abwanderung gesunder Personen, Lebensverlängerung bei jenen Patienten, die doch nicht geheilt werden können, eine bessere diagnostische Erkennungsrate usf. Günstiger sind dafür kürzere Krankheitsdauer, Abnahme der Neu-Erkrankungen, Zuwanderung gesunder Personen, die dann auch bleiben, Abwanderung erkrankter Personen, der Anteil jener Krankheiten, die innerhalb eines bestimmten Zeitraums tödlich enden bzw. höhere Heilungsrate bei erkrankten Personen. Krankheiten, die die Mortalitäts-Raten entscheidend mitbestimmen sind vor allem Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Herzinfarkt, Krebs und Diabetes, letztlich auch die verschiedenen Einschränkungen der Mobilität.

Dabei fällt etwas auf, was schon im Alltag ins Auge sticht und inzwischen immer häufiger zum wissenschaftlichen Thema wird: die Bedeutung der sozialen Schicht. Während in den höheren sozialen Schichten öfter positive Entwicklungen zu registrieren sind (s. o.), geht es in den unteren z. T. deutlich negativer zu. Und das hat dann nicht nur etwas mit biologischen oder gar wirtschaftlichen Aspekten zu tun, sondern auch bzw. nicht zuletzt mit einer „gesunden Lebensweise“ - oder eben auch nicht.

Das lässt zuletzt folgende Schlussfolgerungen zu: In Deutschland und anderen Industrieländern sind neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen die Krebserkrankungen mit Abstand die häufigsten Todesursachen. Hier geht es vor allem um eine rechtzeitige Prävention, und zwar durch vermehrte Aufklärung, gezielte Vorsorge-Untersuchungen, gesunde Ernährung und damit gesundheitsbewusstes Verhalten generell. Nicht zu vergessen sind dabei auch psychosoziale Aspekte, z. B. die Erhöhung der Beschäftigungs-Chancen älterer Menschen, die Verbesserung der Vereinbarkeit von Beruf, Kinderbetreuung und Pflege und die erfolgreichere Integration von Migranten im Bildungs- und Beschäftigungssystem. So könnte beispielsweise eine kinder- und familienfreundliche Politik oder eine gezielte Einwanderungs-Politik zu einem günstigeren Alters-Quotienten führen, auch wenn dies auf den ersten Blick nicht zwingend erscheint.

Außerdem sollte man jene Erkenntnisse nicht unterschätzen, die die demografische Alterung in Abhängigkeit der jeweiligen Region untersucht. So wird der Anteil älterer

Menschen in den neuen Bundesländern überproportional ansteigen. Umgekehrt sind Großstädte unterdurchschnittlich alternde Regionen. Das heißt, dass insbesondere die Versorgungsbereiche berücksichtigt werden müssen, je nach Schwerpunkt: pflegende Angehörige, Selbsthilfegruppen, ambulante, teilstationäre und stationäre Einrichtungen, primär- und fach-ärztliche Bereiche, Krankenhäuser u. a.

Soweit die Basis, der derzeitige Zustand und die erwartete Zukunft. Und um dem begegnen zu können, braucht es Wissen, Fachwissen vor allem, aber auch Aufklärung, Anleitung, Motivation. Da sind wir zwar im deutschsprachigen Bereich gut vertreten, können uns aber auf dieser Position nicht ausruhen. Es geht ja ständig weiter, wie allein obige Erkenntnisse zeigen. Dieses Wissen bietet uns die Wissenschaft bzw. die einzelnen dafür zuständigen Fachbereiche. Es gibt heute praktisch keine medizinische Disziplin mehr (und in anderen Sparten unserer Gesellschaft ist es ähnlich), die sich nicht aufteilen muss, um den vielschichtigen Aufgaben gewachsen zu sein. So auch die erst einmal global so bezeichnete *Altersmedizin*. Denn um den angedeuteten Aufgaben wie Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation, psychosoziale Intervention und Beratung gerecht werden zu können, braucht es Geriatrie, Gerontopsychiatrie und angewandte Gerontologie. Das sind die drei Disziplinen, die das altersmedizinisch relevante Wissen bieten, die entsprechende Forschung vorantreiben und ihre Umsetzung garantieren sollen.

In Deutschland haben diese drei Fachbereiche eine unterschiedliche Herkunft: Während die *Geriatrie* (im enger gefassten Sinne) starke Wurzeln in der Inneren Medizin besitzt und sich die *Gerontopsychiatrie* in den vergangenen Jahrzehnten als Spezialdisziplin der Psychiatrie und Altenhilfe herausgebildet hat, ist die *Gerontologie* zwar interdisziplinär angelegt, dürfte aber traditionell der Psychologie am ehesten nahe stehen, vor allem was Fragestellungen und Konzepte der Verhaltenswissenschaft angeht. Man sieht: Es wird immer komplizierter, anspruchsvoller (und wohl auch teurer) - aber die Erfolge können sich eben auch sehen lassen (s. o.).

Glücklicherweise gibt es zur Realisierung all dieser Wünsche, Forderungen und Notwendigkeiten hervorragende medizinische Angebote, so das *Praxishandbuch Altersmedizin. Geriatrie – Gerontopsychiatrie – Gerontologie* aus dem Verlag W. Kohlhammer 2014. Sechs ausgewiesene Herausgeber und 70 Autoren bringen mit ihrem Fach-Wissen nicht nur die Grundlagen, sondern auch spezifische Aspekte zur um-

setzbaren Darstellung, die man sich vor Jahren nicht hätte träumen lassen. Die 800 Seiten mit ihren zahlreichen Tabellen, Abbildungen, den neuesten Literaturhinweisen im Anschluss an jedes Kapitel und einem hilfreichen Sachwortregister sind zwar „schwere Kost“, als Nachschlagewerk aber unersetzlich.

Das beginnt mit der Epidemiologie und dem demografischen Wandel (s. o.), der Vorstellung der einzelnen Disziplinen, sprich Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Gerontologie und den interdisziplinären Kooperationen. Es mündet in das Groß-Kapitel Grundkonzepte: gesundes und krankhaftes Altern, Gebrechlichkeit, Multimorbidität, Plastizität, kognitive Reserven, Empfehlungen für die Praxis was Bewältigung, soziale Teilhabe, Rehabilitation u. a. anbelangt usw. Und die syndrom-spezifische Behandlung, auf die man dann hilfreich zurückgreifen kann, je nach Aufgabe: Immobilität, Instabilität, Inkontinenz, Mangelernährung, Polypharmazie im Alter, Störungen der Wundheilung und das weite Feld der Schmerzen. Und nicht zu vergessen bzw. immer bedrängender werdend: Delir (also akute Verwirrtheit), Demenz und durchaus schon leichte kognitive Beeinträchtigungen; ferner Depressionen, ggf. Suizidalität, Angst, psychotische Symptome wie Wahn und Halluzinationen, Substanzmissbrauch und Suchtgefahr (gerade im höheren Lebensalter gerne übersehen bzw. mehr oder weniger unbeabsichtigt gebahnt). Dies vor allem bei zusätzlich drohender Isolations-Gefahr. Interessant, dass die so genannten somatoformen Störungen (früher unter dem Übergriff psychosomatisch zusammengefasst) auch im höheren Lebensalter zunehmen, von den Schlafstörungen ganz zu schweigen.

Hilfreich auch die altersmedizinisch ausgewählten Fachdisziplinen mit ihren speziellen Themen: Hypertonie, Anästhesiologie, Diabetologie, Intensivmedizin, Kardiologie, Neurologie u. a. Nicht zu unterschätzen die Paar- und Familientherapie (heute leben die Menschen so lange zusammen, wie früher die gesamte Lebenserwartung dauerte). Ebenfalls nicht zu unterschätzen: die Zahnheilkunde im Alter.

Dann die Möglichkeiten und Grenzen einer gezielten Behandlung: pharmakotherapeutisch, psychotherapeutisch, psychosozial, vor allem was nicht-pharmakologische Interventionen anbelangt. Eigene Kapitel finden sich für spezifische Fragen geriatrischer und insbesondere gerontopsychiatrischer Versorgungsstrukturen mit entsprechenden Empfehlungen für die Behandlungs-Teams, für Rehabilitation, innovative Wohnformen und - schließlich - Palliativ Care und Spiritual Care.

Denn Abschluss bilden ethische und rechtliche Aspekte und neu und immer zwin-  
gender transkulturelle Hinweise (und sogar ein Kapitel über Anti-Aging bzw. positiver  
ausgedrückt: Pro-Aging).

Ein beeindruckendes Angebot, aber eben auch eine große Aufgabe, vielleicht sogar  
eine der größten, die unsere Gesellschaft jetzt zu bewältigen hat. Wohl den diagnos-  
tisch, therapeutisch und präventiv zuständigen Berufsgruppen, die mit solch einem  
dokumentierten Wissen ausgestattet auch erfolgreich arbeiten können. Wem sich  
das hier ein wenig zu emotional anhört, der denke einfach an seine Vorfahren. Es  
reichen schon die Großeltern, die man zum Teil noch mit ihren still erduldeten Mo-  
lesten gekannt hat. Und mit einer durchschnittlichen Lebenserwartung, mit der man  
heute wahrhaftig nicht zufrieden sein würde (VF).