

Körperliche Erkrankungen im höheren Alter



FOTO: PRIVAT-KURATORIUM KNOCHENGESUNDHEIT E.V.

Die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist in den letzten hundert Jahren gekennzeichnet durch markante demographische Veränderungen. Besonders hervorzuheben ist dabei die deutliche Zunahme der durchschnittlichen Lebenserwartung der Menschen. Zurückzuführen ist diese Entwicklung hauptsächlich auf Fortschritte im Gesundheitswesen, auf verbesserte Hygiene, Ernährung, Wohn- und Arbeitsbedingungen sowie auf gestiegenen materiellen Wohlstand.

PROF. DR. PHIL. SIEGFRIED WEYERER / DR. PHIL. JOCHEN WERLE, MANNHEIM

Änderung des Krankheitsspektrums

Mit der gestiegenen Lebenserwartung hat sich das Spektrum der körperlichen Erkrankungen quantitativ (zahlenmäßig) von den akuten zu den chronischen Krankheiten verschoben. Bestimmten früher Infektionskrankheiten die Lebenserwartung und das Krankheitsmuster, so stehen heute die Zivilisationskrankheiten im Vordergrund: Herz-Kreislaufkrankungen sind die häufigste Todesursache, Erkrankungen des Bewegungsapparats und Diabetes mellitus haben an Bedeutung gewonnen; Krankheiten, deren Verlauf man durchaus beeinflussen kann durch präventive Maßnahmen. Alte Menschen sind jedoch nicht nur stärker als andere Altersgruppen von chronischen Erkrankungen betroffen, sie leiden darüber hinaus häufig an mehreren Krankheiten gleichzeitig.

Die Situation alter, chronisch erkrankter und oft auch multimorbider Patienten erfordert ein über akut-medizinische Modelle hinausgehendes Verständnis von Krankheit. Da die Erkrankungen in vielen Fällen nicht kurativ behandelt werden können, müssen neben den

Diagnosen auch andere Aspekte in die Betrachtung einbezogen werden: die Auswirkungen der Krankheit auf den Alltag und die Lebensqualität der Betroffenen sowie die Möglichkeiten, mit dauerhaften Einschränkungen umzugehen.

Für das Gesundheitswesen stellt sich die Frage, ob eine verlängerte Lebenserwartung mit einem Zugewinn an gesunden Lebensjahren oder mit einer gestiegenen Häufigkeit und längeren Dauer von Krankheit und Behinderung im Alter einhergeht.

Krankheiten, die im höheren Alter auftreten, können in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. Altersabhängige und altersbegleitende Erkrankungen sind Erkrankungen, die mit dem Alternsprozess eng verbunden sind, wie z.B. Arteriosklerose, Arthrosen der großen Gelenke, Osteoporose, Lungenemphysem. Es handelt sich bei diesen Veränderungen teilweise um physiologische Alternsvorgänge, die ein bestimmtes Ausmaß überschritten haben und als Krankheit in Erscheinung treten.

2. Typische Alterskrankheiten sind Erkrankungen, deren Häufigkeit mit dem Alter zunimmt. Dazu gehören zum Beispiel die Erhöhung des Blutdrucks auf pathologische Werte, Krebserkrankungen und Diabetes. ▷

3. Krankheiten im Alter sind Erkrankungen, die für einen jüngeren Organismus keinerlei ernsthafte Konsequenzen gehabt hätten, beim älteren Individuum jedoch auf Grund der eingeschränkten Organreserven zum Tode führen können. Dazu gehören in erster Linie Infektionen der Atmungsorgane wie Bronchopneumonien oder Influenza und Unfälle.

In Tabelle 1 sind die zehn häufigsten Krankheiten aufgeführt in der Rangfolge der jährlichen Prävalenzrate (= Anzahl der zu einem Untersuchungszeitpunkt Kranken) in der Bevölkerung. Die Daten sind repräsentativ für die 75- bis 80-jährige deutsche Bevölkerung und stammen aus dem Bundes-Gesundheitssurvey (Robert Koch Institut, 2003).

Die männliche und die weibliche Bevölkerung zeigen etwa das gleiche Krankheitsspektrum, die Prävalenzraten liegen jedoch bei den Frauen bei der Mehrzahl der Erkrankungen etwas höher. Die Rangfolge der Erkrankungen unterscheidet sich allerdings auch im höheren Lebensalter bei den Geschlechtern; die prognostisch ungünstigeren Erkrankungen wie Angina pectoris oder die periphere arterielle Verschlusskrankheit treten in der männlichen Bevölkerungsgruppe mit einem höheren Rangplatz auf als bei Frauen.

Tabelle 1: Jährliches Auftreten (in %) der zehn häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung der Altersgruppe der 75- bis 80-jährigen nach Geschlecht getrennt (Quelle: Robert Koch Institut, 2003).

Rang	Männer	Prävalenz	Frauen	Prävalenz
1	Bluthochdruck	57,2 %	Arthrose Hüft-/ Kniegelenke	60,7 %
2	Arthrose Hüft- / Kniegelenke	54,6 %	Bluthochdruck	57,6 %
3	Angina pectoris	37,0 %	Varizen	43,2 %
4	Varizen	27,6 %	Blutfett / Cholesterinerhöhung	31,9 %
5	Blutfett / Cholesterinerhöhung	24,1 %	Angina pectoris	24,2 %
6	Herzinsuffizienz	23,5 %	Herzinsuffizienz	22,7 %
7	Periphere arterielle Verschlusskrankheit	21,9 %	Osteoporose	21,9 %
8	Harnsäureerhöhung (Gicht)	18,5 %	Schilddrüsenerkrankung	18,3 %
9	Diabetes mellitus ohne Insulinbehandlung	15,3 %	Diabetes mellitus ohne Insulinbehandlung	14,6 %
10	Diabetes mellitus mit Insulinbehandlung	9,0 %	Entzündliche Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankung	14,2 %

Häufig leiden ältere Menschen nicht nur an einer Krankheit, sondern an mehreren Krankheiten. Es ist z.B. nicht nur eine Erkrankung des Herzens, sondern

hinzu kommen etwa ein Diabetes und eine Arthrose. Die beträchtliche Multimorbidität bei älteren Menschen wird begleitet von einer häufigen Einnahme von Medikamenten. Beispielsweise hatten etwa 30 % der in der Berliner Altersstudie untersuchten 70-jährigen und Älteren fünf und mehr Diagnosen und über ein Drittel nahmen täglich fünf und mehr Medikamente ein.

Kranksein ist mehr als Krankheit

Chronische körperliche Erkrankungen führen häufig zu funktionellen Einschränkungen und haben dabei einen starken Einfluss auf die subjektive Gesundheit. Die objektive und subjektive Bedeutung von Krankheit muss sehr differenziert und individuell betrachtet werden. Neben den klinisch objektivierbaren Sachverhalten spielt das subjektive Erleben eine wichtige Rolle. Objektive Gesundheitsprobleme müssen sich nicht zwingend negativ auf die Lebenszufriedenheit auswirken. In epidemiologischen Studien zeigte sich, dass objektive Beschwerden im Alter zwar zunehmen, die Zufriedenheit der Menschen aber deshalb nicht unbedingt schlechter wird. Eine gute Gesundheit im Alter bedeutet häufig nicht Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung, sondern sie bedeutet vielmehr Abwesenheit von quälenden und dauernden Beschwerden, z.B. Schmerzen. Als ein weiterer Aspekt bei der Betrachtung der subjektiven und objektiven Gesundheit muss berücksichtigt werden: Die subjektive Bedeutung einer chronischen Erkrankung im Alter wird am Anfang stärker wahrgenommen als im Verlauf, wobei die Bewältigung dieser Situation durch Anpassungsleistungen eine wichtige Rolle spielt.

Möglichkeiten der Prävention

Präventive Maßnahmen zur Erhaltung guter Gesundheit und Selbständigkeit können dazu beitragen, die Kosten im Gesundheits- und Sozialwesen zu reduzieren. Je besser die Gesundheit älterer Menschen, umso geringer wird die Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen und die Notwendigkeit pflegerischer Maßnahmen sein.

- Auch bei älteren Menschen unterscheidet man nach**
- **Primärprävention:** Vermeidung von Risikofaktoren;
 - **Sekundärprävention:** hier kommt es darauf an, das Fortschreiten einer bestehenden Erkrankung zu hemmen;
 - **Tertiärprävention:** hier ist das Ziel, die Vermeidung oder Milderung von Folgeschäden einschließlich der Pflegebedürftigkeit.

Wenn es um die Prävention von Krankheiten im höheren Lebensalter geht, spricht man häufig von **Geroprophylaxe**. Diese umfasst alle präventiven Maßnahmen, die den negativen Aspekten des Alters entgegenwirken. Prävention im Alter bedeutet nicht unbedingt Lebensverlängerung, wohl aber Förderung der Lebensqualität: Nicht nur dem Leben Jahre geben, sondern den Jahren Leben geben.

Bei der Prävention sollte ein ganzheitlicher Ansatz zum Tragen kommen: Neben medizinisch/pflegerischen Maßnahmen müssen auch die Lebenslage (psychische, soziale und finanzielle Ressourcen) und die Umwelt (z.B. Wohnumfeld) einbezogen werden. Die Ziele der Prävention für den älteren Menschen sind:

- Verringerung der Morbidität (Erkrankungsrisiko);
- zeitliches Verzögern der Manifestation chronischer Erkrankungen und Kompression der Morbidität (Verkürzung des Erkrankungszeitraums);
- Vermeidung und Verminderung der Behinderung, um eine größtmögliche Selbständigkeit zu erreichen.

Für viele chronische Erkrankungen des höheren Lebensalters sind Risikofaktoren bekannt, die durch Interventionen beeinflusst werden können. Durch eine Reduktion dieser Risikofaktoren könnten mehr Menschen ein hohes Lebensalter in guter Gesundheit erreichen. Um diesem Ziel näher zu kommen, müssten präventive Maßnahmen gefördert werden, die bereits im jüngeren und mittlerem Alter ansetzen. Beispielsweise ist Rauchen seit langem als bedeutsamer Risikofaktor für Herz-Kreislauferkrankungen bekannt. Trotz dieser Erkenntnis sind in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern keine nennenswerten Erfolge in der Reduktion des Rauchens in der Bevölkerung erkennbar. Wichtige weitere Risikofaktoren von Herz-Kreislauferkrankungen, der quantitativ bedeutsamsten Krankheitsgruppe mit den höchsten durchschnittlichen Krankheitskosten, sind Bewegungsmangel und Übergewicht und ihre Folgeerscheinungen, wie z.B. Diabetes mellitus. Die Erkrankungshäufigkeit des Übergewichts in Deutschland ist steigend. Die Wurzeln werden vielfach bereits in der Kindheit gelegt, wo eine besonders besorgniserregende Zunahme des Übergewichts zu verzeichnen ist. Verschiedene epidemiologische Studien haben gezeigt, dass durch regelmäßige körperliche Aktivität das Risiko einer koronaren Herzkrankheit entscheidend gesenkt werden kann und die Aufnahme sportlicher Aktivität nach einer längeren Pause statistisch gleiche Bedeutung erlangt, wie das Einstellen des Rauchens.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Einschränkungen der Alltagsaktivitäten aufgrund häufiger chronischer Erkrankungen wie Bluthochdruck oder Diabetes lassen sich bei frühzeitiger Erkennung und konsequenter Behandlung deutlich senken. Vor diesem Hintergrund ist der in epidemiologischen Studien wiederholt gefundene niedrige Behandlungsgrad dieser Erkrankungen sowie die sehr niedrige Beteiligungsrates an entsprechenden Früherkennungsuntersuchungen unbefriedigend.



FOTO: FOTOLIA © INGO BARTUSSEK

Aus der gerontologischen Forschung ist bekannt, dass auch ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen und deutlichen Kompetenzverlusten über Reservekapazitäten verfügen, die bei Rehabilitationsmaßnahmen genutzt werden könnten. Beispielsweise zeigen Interventionsstudien zur Steigerung der motorischen Leistungsfähigkeit, dass auch bei chronisch kranken älteren Menschen beträchtliche Veränderungspotenziale vorhanden sind. Investitionen in präventive Maßnahmen könnten nicht nur durch Verlängerung von Lebensdauer und Verbesserung von Lebensqualität einen höheren gesundheitlichen Nutzen bewirken, sondern auch Einsparungen im Gesundheitssystem.

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. Siegfried Weyerer, Dr. Jochen Werle
Arbeitsgruppe Psychiatrische Epidemiologie
und Demographischer Wandel
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
Fakultät für Klinische Medizin Mannheim / Universität
Heidelberg
J5
D-68159 Mannheim