Der alte Mensch und seine Bedürfnisse. Verlust der Autonomie?

- körperliche und psychische Aspekte des Alterns

Der Verlust der Autonomie stellt den größten Schrecken des Alterungsprozesses dar. So hat sich in den letzten Jahren eine etwas paradoxe Haltung entwickelt, die im Amerikanischen sehr treffend mit „**Live long but die young**“ bezeichnet wird.

Ein möglichst selbstbestimmtes Leben führen zu können ist für uns ein Grundrecht, für das wir in unseren Gesellschaften eintreten – andererseits ist es gleichzeitig eine **Fiktion**.

Als soziale Wesen sind wir in unserer Autonomie beschränkt, biologische und soziale Einschränkungen müssen in allen Lebensphasen respektiert werden. So ist der Verlust der Autonomie mit zunehmendem Lebensalter relativ – allerdings wird die Selbstbestimmtheit durch physiologische und pathologische Alterungsprozesse tatsächlich mehr oder weniger in Frage gestellt. Insbesondere das 4. Lebensalter, die Hochaltrigkeit, erlegt uns nach einer Phase größtmöglicher Autonomie - und diese wird heute von der Babyboomer-Generation, den 60 – 70 Jährigen, in besonderer Weise ausgekostet) – schrittweise erlebte, antizipierbare Autonomieeinschränkungen auf, die unaufhaltsam auf das Lebensende hinweisen.

Zunächst bedeuten das Alter und die Alternsphase heutzutage **Vorteile und Autonomiegewinn**.

Ein großer Erfahrungsschatz wurde im Laufe des Lebens erworben, wenn dieser auch gesellschaftlich nicht immer hochgeschätzt wird. Eine Vielzahl an Kenntnissen und Fertigkeiten wurden erlangt und können bis ins sehr hohe Alter ausgeweitet und vertieft werden. Auch Neues ist erfahr- und erlernbar.

Die soziale Abhängigkeit wird geringer, Das Berufsleben ist beendet, familiäre Verpflichtungen werden geringer. Die heutige Babyboomer-Generation ist überwiegend gesund und aktiv, verfügt über entsprechende Renten und kann einen dritten Lebensabschnitt genießen.

Schwerwiegendere körperliche Einschränkungen treten im physiologischen Altersprozess erst etwa ab dem 80. Lebensjahr auf. Kognitive Veränderungen sind zwar vom Beginn der Erwachsenenperiode an nachweisbar und erlebbar (Bsp. Memoryspiel, Feinmotorik), werden aber bei Hochbetagten zunehmend weniger kompensierbar. Die Perspektive auf das Lebensende hin verändert die Motivation.

Körperliche Einschränkungen betreffen die abnehmende Muskulatur, die Sinnesfunktionen und die Balance, Feinmotorikeinbussen, eine motorische und kognitive Verlangsamung sowie zunehmend eingeschränktere Organfunktionen.

Kognitive Funktionen, insbesondere was das Weltwissen und das semantische Gedächtnis betrifft, bleiben fast unverändert erhalten. Die kognitive Flexibilität aber und die kurzfristige Merkfähigkeit nehmen langfristig ab. So ist mit zunehmendem Alter auch ein erhöhter Aufwand nötig, um Merkleistungen zu vollbringen.

Hier kommen die psychologischen Besonderheiten des Alterns besonders zum Tragen. So kann die Motivation zunehmend reduziert sein und Neugierde fehlen. Externe Anreize wirken dann seltener. Häufig fehlt ein externer Veränderungsdruck, der in jüngeren Jahren durch Beruf und Familie entstand, oder aber wird eine Veränderungsnotwendigkeit negiert.

Auf der Basis der Berliner Altersstudie hat Paul Baltes ein Modell erfolgreichen Alterns zusammengefasst,

das auf Selektion, Optimierung und Kompensation basiert. Ich habe sie hier mit deutschen Sprichwörtern erklärt und hoffe, es gibt vergleichbare polnische Redensarten. Neben einer notwendigen Selektion (im Sprichwort: Man kann nicht auf 2 Hochzeiten tanzen!“ wurde auch die Optimierung vorhandener Fähigkeiten als erfolgsträchtig gefunden („Übung macht den Meister!“) Gleichzeitig machen die physiologischen Einschränkungen aber auch eine Kompensation notwendig (Fehlt es am Wind, so greife zum Ruder!). Als Beispiel führte Baltes gerne Artur Rubinstein an, der mit 93 J. sein letztes öffentliches Konzert gab.

Neben den physiologischen Einschränkungen ist das Altern aber auch durch die Kumulation pathologischer Einflüsse belastet, die zu chronischen Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der cerebralen Durchblutung und des muskuloskeletalen Systems führen. Schlaganfälle, Herzinfarkte und Herzinsuffizienzen auf dem Boden vaskulärer Risikofaktoren wie Hypertension und Diabetes sowie chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen sind die häufigsten chronischen Erkrankungen in der Geriatrie und die häufigsten Todesursachen. Neurodegenerative und dementielle Erkrankungen, wie Morbus Parkinson und Alzheimerdemenz sind altersabhängig und aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung viel häufiger geworden. Für die Bundesrepublik werden bis 2050 aufgrund der demographischen Entwicklung eine Verdoppelung der Demenzkranken auf über 2 Millionen Menschen erwartet. Auch die Parkinsonerkrankung zeigt eine ansteigende Prävalenz im Alter sowie eine höhere und raschere Demenzentwicklung bei spätem Erkrankungsbeginn. Diese Patienten sind insbesondere durch Stürze und Immobilität gefährdet. Kognitive Defizite betreffen insbesondere Verlangsamung, Flexibilität und Exekutivfunktionen.

Multifaktorielle Ätiologien und ein enges kompensatives Ineinandergreifen der einzelnen Körperfunktionen erfordern eine hochgradig interdisziplinäre und multiprofessionelle medizinische Versorgung. Gerade bei Hochbetagten kompliziert eine Demenz häufig die medizinische und psychosoziale Versorgung und gefährdet den Erfolg medizinisch möglicher Therapie.

Im Verlauf der Alzheimerdemenz ist der Erhalt der Selbständigkeit auch abhängig von einer frühen Diagnosestellung. Die medizinische Behandlung kann den Verlauf verlangsamen, kognitive Aktivierung und Selbständigkeitstraining initiieren und eine langfristige psychotherapeutisches und psychosoziale Begleitung anbieten. Patienten und Angehörigen ermöglicht die Diagnosestellung eine Auseinandersetzung mit der Erkrankung, unterstützende Hilfen und Vorsorgeerklärungen frühzeitig vorzubereiten und die weitere Versorgung zu planen. Neuropsychologische Diagnostik und Therapie ermöglichen spezifische Unterstützung der Gedächtnisstörung und individuelle Trainings zum Funktionserhalt. Bei späterer Diagnosestellung sind Verhaltensauffälligkeiten häufig prominent, kognitive Einschränkungen begrenzen die Kooperationsmöglichkeiten, sodass dann häufig eine institutionelle Versorgung unumgänglich scheint.

Besonders zu beachten sind spezielle geriatrische Risiken mit gravierenden Folgen. Die alternden Organe sind insbesondere stressintolerant und dekompensieren rasch, bislang stetig aufrecht erhaltene körperliche und geistige Funktionen und damit die Selbstbestimmtheit gehen verloren. Komplikationen sind häufig und haben oft erhebliche Folgen.

Die akute Verwirrtheit, das Delir nach ICD 10 steigt gerade im Alter massiv an. Kriterien sind neben dem akuten Beginn mit Tag-Nacht-Rhythmusstörung, die Aufmerksamkeitsstörung,

Desorganisiertheit, optische Halluzinationen und Wahnleben. Als gemeinsame pathophysiologische Endstrecke wird eine cholinerg-dopaminerge Dysbalance angenommen.

Die Prognose solcher Verwirrheitszustände ist ungünstig, - Komplikationen wie Stürzen, Infektionen, Dekubiti verlängern der Krankenhausaufenthalt. Das funktionelle Defizit ist erheblich und führt häufig zur Institutionalisation, auch die 1-Jahres-Mortalität erhöht.

Prädisponierende Faktoren sind vielfältig, wie Sie auf der folgenden Folie sehen können. Besonders hervorzuheben sind cerebrale Erkrankungen, Medikation, sensorische und Mobilitätseinschränkungen.

Gerade multimorbide Ältere weisen eine Vielzahl dieser Risiken auf. Potentielle Delirauslöser sind nicht selten iatrogen sind wie Medikamentenwahl und -dosierung, aber auch Stress- und infektbezogen. In der Regel sind verschiedene Ursachen gleichzeitig vorhanden. Die Vermeidung solcher Auslöser durch eine hochspezialisierte medizinische und pflegerische Behandlung ist daher unabdingbar.

Die ökonomische Dimension der Delirbehandlung ist ebenfalls erheblich. Sharon Inouye hat für die USA Gesamtkosten von ca 48.000 Dollar, ca 35.000 Euro pro Fall errechnet. Delirrate und -dauer können als Qualitätsmarker neuro-psycho-geriatrischer Behandlung gelten.

In der langfristigen Medikation geriatrischer Patienten ist daher insbesondere auf das anticholinerge Nebenwirkungsspektrum zu achten. Das Konzept der „anticholinergic burden“ trägt dem kumulativen Effekt von physiologischer Vulnerabilität, Nebenwirkungen und Neurodegeneration Rechnung. Hinsichtlich des Erhalts größtmöglicher Selbständigkeit ist sie von entscheidender Bedeutung.

Der gerontopsychiatrische Behandlungsbedarf wird daher weiter steigen.

Neben den neurodegenerativen Erkrankungen sind Depressionen und Anpassungsstörungen auch häufige Komplikationen organischer Erkrankungen. Organische Ursachen sind auch hier mitbedingend. Die Depressionsrate nach Schlaganfällen liegt mit circa 40 % noch höher als der Durchschnitt multimorbider Kranker. Insbesondere bei kardiovaskulären Erkrankungen bedingen zusätzliche Depressionen eine erhöhte Mortalität. Die häufig traumatisierte Kriegsgeneration zeigt auch häufiger als z.B. in den USA eine Reaktivierung früherer Traumata, die die Akzeptanz von Hilfestellungen erschwert. Der klaren Zielorientierung der gerontopsychiatrischen Behandlung kommt hier eine enorme Bedeutung zu.

Seit einigen Jahren steigt die Suizidrate nur noch im Alter an, insbesondere alleinstehende Männer über 70 J. sind gefährdet. Anpassungsstörungen, Verweigerung von Entwicklungsschritten des Alterns und die Angst vor Autonomieverlust scheine die wesentlichen Gründe. Der Abgrenzung einer Depression von einer dementiellen Entwicklung, aber auch vom physiologischen Rückzug angesichts des Lebensendes kommt eine große Bedeutung zu. Die Palliativbehandlung multimorbider und gerade auch dementer Patienten ist jedoch noch nicht weit genug ausgestaltet. Sie unterscheidet sich erheblich von der Palliativmedizin meist krebserkrankter jüngeren Menschen. Neben der psychosozialen Betreuung, suffizienter Schmerz- und Depressionsbehandlung ist insbesondere die langfristige Begleitung chronisch erkrankter, multimorbider Patienten erforderlich, die während ihrer häufigen und komplikationsreichen Krankheitsphasen immer wieder mit dem Tod konfrontiert wird.

Die Balance zwischen stetiger Aktivierung und aktivierender Unterstützung, rehabilitativer Behandlung und verhaltenstherapeutischer Strukturgebung und der Erarbeitung von Coping-

strategien bis hin zur Akzeptanz eines Sterbeprozesses und einer Regression ist nur in reflektierter, multiprofessioneller Teamarbeit verantwortlich zu halten.

Mit meinem Überblick über die Autonomieveränderungen mit dem Altern möchte ich die These aufstellen, dass erst die Akzeptanz der zunehmenden Autonomieveränderung und die Freiheit zur Nutzung vorhandener bzw. bereitzustellender Ressourcen bahnen kann und eine größtmögliche Selbstbestimmtheit ermöglicht!

Was sind die Aufgaben des medizinischen Systems angesichts der zu erwartenden Autonomieveränderungen? Medizinisch erscheint eine frühzeitige Demenzdiagnose und -behandlung wünschenswert, sollte die Konsiliar-Liason-Therapie depressiver Multimorbider ausgebaut und finanzierbar werden (aktuell keine Anreize im DRG!). Dies wäre ein wesentlicher Schritt zur Optimierung der interdisziplinär-geriatrischen Therapie, die Delirprävention groß schreibt und eine individualisierte geriatrische Rehabilitation befördert.

Primäres Ziel bleibt dabei der Erhalt der Lebensqualität, ideal umschrieben mit :

„Add life to years not years to life!“

Sozialpolitisch ist die Bereitstellung selbständigkeitserhaltender Ressourcen wesentlich, Bedürfnisorientierte Mobilitäts- und Freizeitangebote sowie die individuelle rechtliche Vorbereitung und Bestellung eines Stellvertreters erleichtern den Autonomieerhalt trotz chronischer Erkrankung mit kognitiven Einschränkungen.

Eine Autonomiebeschränkung tritt physiologischerseits erst im 4. Lebensalter >80J. ein.

Chronische psychogeriatrische Erkrankungen gelten als Hauptursache (Demenz, Mb Parkinson, Depression) für einen früheren Beginn. Spezielle interdisziplinär-geriatrische Behandlung durch verschiedene Berufsgruppen ist als Königsweg anzusehen.

Dadurch gelingt eine Prävention spezieller Risiken älterer Patienten, können Ressourcen- zum Autonomieerhalt bereitgestellt werden. Ein Desiderat ist noch die Entwicklung einer Palliativmedizin für Hochbetagte, die langfristige Begleitung in den Vordergrund rücken sollte.