

Kardiovaskuläre Erkrankungen: Funktionalität und Lebensqualität im Alter

Chefarzt Dr. med. Klaus E. Timmer

Schlossklinik Rottenburg

Landshuter Kommunalunternehmen für Medizinische Versorgung (LaKUMed)

Schloss-Str. 1, 84056 Rottenburg

Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in Deutschland die häufigsten Krankheiten, die meisten Todesfälle sind hierdurch bedingt. Herz-Kreislauf-Erkrankungen nehmen mit steigendem Lebensalter zu, wobei die Altersforschung von einer genetisch angelegten Lebensdauer des menschlichen Organismus von bis zu 120 Jahren ausgeht.

Wenn es nicht gelingt, einer steigenden Gesamterwartung einen späteren Beginn chronischer Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) folgen zu lassen, würde sich aus einer reinen Lebensverlängerung nur ein „verlängertes Leben in Krankheit“ ergeben.

Die „klassischen“ oder „konventionellen“ beeinflussbaren Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen, wie arterielle Hypertonie, Dyslipoproteinämie, Diabetes mellitus, Rauchen, körperliche Inaktivität sind auch für die Gruppe der alten und hochbetagten Menschen von Bedeutung. In vielen großen Herz-Kreislaufstudien der vergangenen Jahrzehnte wurden als ältere Patientin diejenigen definiert, die älter als 65 Jahre waren, so dass die Gruppe der Hochbetagten in diesen Studien schlecht repräsentiert ist und häufig fundierte Aussagen zu dieser Patientengruppe fehlen.

Es lassen sich jedoch auch Daten finden, die zeigen, dass die „konventionellen“ Risikofaktoren auch im Alter starke Prädiktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen bleiben, dass sich auch im höheren Alter eine Einflussnahme auf die Risikofaktoren lohnt, wobei insbesondere für die Konstellation von Hypertonie und Schlaganfall bis ins hohe Alter eine Korrelation belegt ist.

Wenn man kardiovaskuläre Erkrankungen im Alter unter dem Aspekt von Funktionalität und Lebensqualität betrachtet, kommt man nicht umhin, die alten Patienten in zwei Gruppen zu unterteilen: Eine (größere) Gruppe derjenigen, die auch im hohen Alter funktionell weitgehend unabhängig ist und eine (kleinere) Gruppe derjenigen, die diesen Lebensabschnitt gebrechlich („frail“) und von Fremdhilfe abhängig begehen muss.

Bei der Gruppe der alten Patienten, die funktionell unabhängig und von keinen lebensbedrohlichen Komorbiditäten bedroht sind, fällt die Entscheidung für ein invasives oder operatives Vorgehen umso leichter, wenn man betrachtet, dass eine 80- bis 85-jährige Frau in Deutschland momentan eine durchschnittliche Restlebenserwartung von noch fast neun Jahren hat. Zwei Publikationen zum interventionellen und operativen Vorgehen bei Patienten in der neunten Lebensdekade aus der Kardiologie des KH Landshut - Achdorf werden vorgestellt.

Die zweite der beiden Patientengruppen ist dadurch gekennzeichnet, dass diese alten Menschen durch verschiedene Behinderungen, Funktionseinbußen und durch Multimorbidität eingeschränkt sind und häufig die Kompetenz, das Leben noch selbstbestimmt zu gestalten, abnimmt. Eine Akuterkrankung und ein Krankenhausaufenthalt führen oft dazu, dass eine möglicherweise vorher eingeschränkte Selbständigkeit gänzlich verloren geht.

Als Beispiel für ein operationalisiertes und strukturiertes Vorgehen in der Frage nach „aggressiv – interventionellem“ oder „defensiv - palliativem“ Vorgehen bei alten Patienten wird der Entscheidungsfindungsprozess aus der geriatrischen Onkologie vorgestellt, der auf dem geriatrischen Assessment basiert, und den man durchaus in abgewandelter Form auf alte Herz – Kreislaufpatienten übertragen könnte.

Dass ein multidimensionales, teambasiertes Vorgehen bei geriatrischen Patienten nachweisbare Erfolge für die Kompetenz im Alltagsleben erbringt, wird an einigen Daten des GiBDAT-Projektes (Geriatric in Bayern Datenbank) dargelegt. Da die meist verwandten Definitionen und Modelle für den Begriff „Lebensqualität“ in erster Linie funktionell, psychisch und auf das soziale Umfeld bezogen sind (bio-psychosoziales Krankheitsmodell), erlaubt der Nachweis funktioneller Fortschritte auch einen Rückschluss auf die Verbesserung der Lebensqualität.

Herz-Kreislaufdiagnosen im Alter sind der häufigste Einweisungsgrund für stationäre Behandlung. Gefährdete alte Menschen können durch die Akuterkrankung, aber auch durch den Krankenhausaufenthalt und die damit verbundenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ihre Rest - Kompetenz im Alltagsleben verlieren. Daher ist es notwendig, diese „Risikopatienten“ im Krankenhaus rechtzeitig zu erkennen. Dies sind Patienten, die immobil oder inkontinent sind, die ein Problem mit der Nahrungs- oder Flüssigkeitsaufnahme haben, die verwirrt sind, die dekubitusgefährdet sind und für die eine soziale Problematik hinsichtlich der weiteren Versorgung besteht.

Für nahezu alle Patienten, die zwei oder mehr dieser aufgeführten Risikofaktoren aufweisen, besteht im Krankenhaus die PPR - Pflegeeinstufung A3. Für die Zukunft ist es empfehlenswert, diese Patientengruppe im Krankenhaus in eigenen geriatrischen Abteilungen zu versorgen.

Auch wenn für das hohe Lebensalter der Wert präventiver Maßnahmen belegt ist, kann das anfangs erklärte Ziel, die Inzidenz von Herz-Kreislaufkrankungen ins immer höhere Lebensalter zu verschieben und somit ein längeres gesundes Leben zu ermöglichen nur mit Präventionsstrategien erreicht werden, die schon im Kindes – und Jugendalter beginnen.

Dieser Vortrag ist Herrn Prof. Dr. med. Robert Heinrich gewidmet, einem Vorreiter und Gestalter der bayerischen Geriatrie, den wir sehr vermissen.