

Multimorbid glücklich. Das Paradox des Wohlbefindens im hohen Alter.

Von Rudolf Bähler

Anna hat unlängst ihren neunzigsten Geburtstag gefeiert. Sie leidet – wen wundert's bei dem Alter? – an allerlei Gebrechen. Ihre Nackenwirbel schmerzen, und vorletztes Jahr musste sie wegen eines Karpaltunnelsyndroms die rechte Hand operieren lassen, weil der eingeklemmte Nerv ihr abwechslungsweise irritierendes Kribbeln und stechenden Schmerz bereiteten und das Greifen schwer machten. Auch sind beide Augen schon laserbehandelt. Dreiundachtzigjährig war sie im Garten gestürzt und brach sich Knie und Oberschenkel. Drei Wochen Spital und drei Monate Rehabilitation waren die Folge, seitdem je nach Witterung mehr oder weniger starke Schmerzen und ein hinkender Gang. Und dabei schmerzen die Kniegelenke ohnehin schon seit Jahren. Kurz nach ihrem achtzigsten Geburtstag hatte sie einen Herzinfarkt, seitdem wird es ihr oft «eng in der Brust». Schon, als ihr Mann noch lebte – sie ist bald seit 21 Jahren verwitwet –, musste sie Medikamente zur Senkung des Blutdrucks nehmen, und die Beeinträchtigung des Gehörs hat ein Ausmass angenommen, das es ihr unmöglich macht, trotz beidseitiger Hörgeräte einem Gruppengespräch über längere Zeit zu folgen. Kurzum, die alte Dame ist, um es in der Sprache der Medizin auszudrücken, multimorbid.

Mit dieser Multimorbidität befindet sich Anna in guter Gesellschaft: Wie eine gross angelegte interdisziplinäre Untersuchung bei alten Menschen in Berlin Anfang der 1990er Jahre ergab, leiden 96 Prozent der über Siebzigjährigen an mindestens einer objektiv mittelbis schwergradigen internistisch, neurologisch oder orthopädisch definierten Erkrankung. Über 40 Prozent der Frauen dieser Gruppe sind multimorbid, leiden also gleichzeitig an fünf und mehr körperlichen Erkrankungen, dies gegenüber lediglich 30 Prozent der gleichaltrigen Männer. Bei über fünfundachtzigjährigen Frauen sind laut der Berliner Alterstudie sogar 56 Prozent multimorbid, was von Hausärzten im Schnitt allerdings nur bei rund 26 Prozent erkannt und entsprechend behandelt wird. Die meisten der zehn häufigsten Erkrankungen der in Berlin untersuchten Frauen machen auch Anna zu schaffen: Herzinsuffizienz, Bluthochdruck, Erkrankung der Herzkranzgefässe, Gelenkknorpelabnutzung,

Seh- und Hörverlust und Durchblutungsstörungen. Nur gerade Altersdiabetes kann der Hausarzt bei der Neunzigjährigen ausschliessen, für genauere Untersuchungen von Herzrhythmusstörung und Osteoporose hat er bisher noch keine Veranlassung gesehen.

In Sachen Multimorbidität ist Anna somit eine typische Vertreterin ihrer Geschlechtsgenossinnen aus der Zwischenkriegszeit. Untypisch ist ihr Zustand allerdings insofern, als sie in ihren Funktionen noch nicht sehr stark eingeschränkt ist. Ihr kleines Häuschen mit zwei Wohngeschossen und Keller hält sie selbstständig in Schwung, sie kocht alle Mahlzeiten selbst, und zwar nach abwechslungsreichem Menüplan, der saisongerecht dominiert wird von Frischem, Eingemachtem, Gedörtem oder Tiefgefrorenem aus dem Garten, den sie mit Hingabe hegt und pflegt.

Eine Vielzahl von Krankheiten bedeutet somit, wie das Beispiel von Anna zeigt, für sich allein noch nicht in jedem Fall eine gravierende Einschränkung für die Bewältigung des Alltags im Alter. Ein anderer Grund für Funktionseinbussen ist eine krankheitsunabhängige, mit dem Alter zunehmende allgemeine Gebrechlichkeit, deren Ursachen von der gerontologischen und der geriatrischen Wissenschaft bisher noch ungenügend verstanden werden. Am Interfakultären Zentrum für Gerontologie der Universität Genf versucht man seit Jahren, dem Phänomen Gebrechlichkeit auf die Spur zu kommen. Ein Fokus liegt dabei auf Oberschenkelhalsbrüchen, die als wahrscheinliche Folge von Gebrechlichkeit gelten. Erste Ergebnisse weisen darauf hin, dass ihr Auftreten bei über Fünfundachtzigjährigen tatsächlich zwanzigmal höher ist als in der Gesamtbevölkerung. Interessanterweise scheint aber nicht nur das Alter, sondern auch der sozioökonomische Status bei der Häufigkeit dieser Unfälle eine Rolle zu spielen. In von niederen Einkommensklassen dominierten Quartieren der Stadt Genf kommt es, unabhängig von der Altersstruktur, offenbar bis zu einer dreimal höheren Rate von Oberschenkelhalsfrakturen als in den sozioökonomisch privilegierten Vierteln der Stadt. Forschende einer anderen Westschweizer Studie – der SWILSOO oder Swiss Interdisciplinary Longitudinal Study on the Oldest Old – glauben deshalb,

dass Gebrechlichkeit, zumindest in der Theorie, teilweise rückgängig gemacht werden kann, und zwar durch körperliches Training, bessere Ernährung, angemessene Medikation, regelmässige Kontrollen des Seh- und Hörvermögens sowie den Aufbau eines sozialen Netzwerkes.

Was durch keine weitere Studie mehr belegt werden muss, ist die Tatsache, dass die Alterseffekte sowohl bei der Anzahl der Krankheiten als auch bei den Funktionseinbussen ausgeprägter die Frauen betreffen. Etwa 60 Prozent der über fünfundachtzigjährigen Frauen brauchen, so die interdisziplinäre Berliner Altersstudie, Hilfe beim Duschen oder Baden. Bei den gleichaltrigen Männern sind es nur 32 Prozent. Hilfe beim Einkaufen oder bei Nutzung öffentlicher Transportmittel benötigen mehr als 80 Prozent der Frauen dieser Alterskategorie, jedoch nur rund 60 Prozent der Männer. Insgesamt zeigt sich auch hier das schon lange bekannte Morbiditäts-Mortalitäts-Paradox: Frauen sind kränker als Männer, leben im Durchschnitt aber rund sieben Jahre länger als diese. Die Gründe hierfür sind noch nicht restlos geklärt. Lebensverlängernd wirkt sicher, dass Frauen eher über gesundheitliche Probleme berichten als Männer, sich regelmässiger untersuchen lassen und häufiger verordnete und nicht verordnete Medikamente einnehmen. Die Haupttodesursachen sind bei beiden Geschlechtern zwar dieselben – Herzkrankheiten, bösartige Geschwülste sowie Folgen von Durchblutungsstörungen im Hirn –, aber diese Beeinträchtigungen treten häufiger bei Männern als bei Frauen auf, was die Unterschiede in der Langlebigkeit ebenfalls mit erklärt. Im Weiteren unterscheiden sich die Krankheitsmuster: Bei Frauen hingegen sind die nicht lebensbedrohenden Krankheiten – akute wie chronische – häufiger als bei Männern; Frauen haben eher Probleme mit den Gelenknorpeln und erhöhtem Blutdruck, Männer leiden öfter an Erkrankungen der Herzkranzgefässe.

Anna ist nicht nur funktionell wenig eingeschränkt, sie ist auch geistig rege. Sie nimmt Anteil am aktuellen Geschehen und liest viel, tagsüber, wenn sie der Garten nicht auf Trab hält, aber auch in schlaflosen Nächten, die sie schon immer gehabt hat. Ihr Gedächtnis lässt

sie bisher nur selten im Stich. Den drei Kindern und den Verwandten und Bekannten, die anrufen oder sie besuchen, erzählt sie, was auf diese beruhigend wirkt, individuell dosiert in Länge, Intensität und Thematik, und es passiert ihr kaum, dass sie sich wiederholt. Ihre Manipulationskunst setzt sie nach wie vor mit grosser Virtuosität ein und verschafft sich so Unterstützung durch Rat und Tat, wo sie diese als nötig erachtet. Auch in geistiger Hinsicht befindet sich Anna somit in einer beneidenswerten Situation. In der Population der über Neunzigjährigen leidet nämlich jeder dritte Mensch an einer Demenz, ein sehr viel grösserer Anteil dieser alten Menschen ist geistig beeinträchtigt. Und was die ältesten der Alten angeht, hat die Heidelberger Hundertjährigen-Studie gezeigt, dass nur knapp ein Viertel als geistig klar zu betrachten ist.

Allerdings täuschen diese Durchschnittswerte einen graduellen Verfall vor und vernachlässigen individuell sehr unterschiedliche Entwicklungen. In der Seattle Longitudinal Study, der Längsschnittstudie zur Entwicklung der Intelligenz im Erwachsenenalter mit dem bisher längsten Beobachtungszeitraum, werden die so genannten Primärfaktoren der Intelligenz untersucht: verbales Verständnis, räumliche Orientierung, schlussfolgerndes Denken, Umgang mit Zahlen sowie Wortflüssigkeit. Bei den über Achtzigjährigen zeigten rund 10 Prozent Einbussen in nur einem Fähigkeitsbereich, je etwa 40 Prozent in zwei und drei Bereichen, 10 Prozent in vier. Bei praktisch keiner untersuchten Person gingen die Leistungen bis zum Alter von achtundachtzig Jahren jedoch in allen fünf Intelligenzbereichen zurück. Mehr noch: In allen Altersgruppen gibt es immer auch Individuen, deren Leistungen in einzelnen Bereichen stabil bleiben oder sogar Leistungsverbesserungen zeigen.

Es zeigt sich somit vor allem eines: Trotz generellen körperlichen und geistigen Abbaus ist das Altern ein höchst differenzieller Prozess. Je älter die Menschen werden, umso grösser werden die Unterschiede zwischen Gleichaltrigen. Chronologische Alterskategorien wie junge Alte, alte Alte und Hundertjährige sagen daher wenig über den gesundheitlichen und den geistigen Zustand von alten Menschen aus. Aussagekräftiger ist die Unter-

scheidung in ein autonomes, ein gebrechliches und ein pflegebedürftiges Alter, wobei nicht jedes Individuum alle Stadien durchlaufen muss und vor allem nicht im gleichen chronologischen Alter. Das Beispiel einer betagten, geistig regen Zürcherin, die im Vorfeld ihres hundertsechsten Geburtstages mediale Aufmerksamkeit erhielt, scheint zu zeigen, dass ein schützender Rahmen wie der eines Altersheims auch Gebrechlichen ein Leben mit starken autonomen Zügen und wenig Pflegebedarf ermöglichen kann.

Wenn Anna nach ihrem gesundheitlichen Befinden gefragt wird, lautet ihre Standardantwort: «Ich darf nicht klagen.» Das klingt kaum erstaunlich angesichts ihrer geistigen Vitalität und ihrer noch nicht stark reduzierten funktionellen Einschränkungen – angesichts ihrer vielen Krankheiten und den damit einhergehenden chronischen Schmerzen schon mehr. Aber auch mit dieser Einstellung wissen wir die Neunzigjährige der überwiegenden Mehrheit ihrer Altersgenossen zugehörig. Krank sein und sich krank fühlen sind zwei sehr unterschiedliche Dinge. Gemäss den Ergebnissen der Berliner Altersstudie beurteilen rund zwei Drittel der über Siebzigjährigen ihre Gesundheit als gut bis sehr gut oder als befriedigend. Nur gerade 10 Prozent glauben, diese sei weniger gut als die der Gleichaltrigen. Die günstige Einschätzung der eigenen Gesundheit verstärkt sich mit zunehmendem Alter sogar noch. Dieser Sachverhalt wird auch etwa als Paradox des Wohlbefindens bezeichnet. Die Wohlbefindenspsychologie macht für dieses Phänomen Merkmale und Mechanismen von Selbst und Persönlichkeit verantwortlich. So vergleichen sich Menschen zur Aufrechterhaltung ihres Selbstwertgefühls gerne mit anderen Menschen. An Annas Klamentreffen, die umso häufiger werden, je stärker die Teilnehmerzahl schrumpft, sieht diese sich fast nur mit Defiziten und Abbau konfrontiert. In der Tat: Wie könnte sie da klagen? Und gibt es nicht überhaupt noch Schlimmeres als den Altersabbau, etwa die Nachbarin in den Mittvierzigern mit unheilbarem Lungenkrebs?

Annas Welt ist in den letzten Jahren kleiner geworden. Im Turnverein, in dem sie seit ihrer Jugend aktives Mitglied war, trat sie erst nach

der Genesung von ihrem Herzinfarkt widerwillig in die Seniorinnengruppe über, wo sie bis zum Beinbruch noch leidenschaftlich Unihockey spielte. Seitdem ist sie nur noch Passivmitglied, wird aber mit grosser Selbstverständlichkeit zu Geselligkeiten eingeladen. Dorthin, und überhaupt zu grösseren Veranstaltungen, geht sie inzwischen nur noch, wenn sie «etwas davon hat», das heisst, wenn sie dort Menschen wähnt, die ihr etwas bedeuten und von denen sie erwarten darf, dass sie sich ihr beim Gespräch zuwenden, damit sie der Konversation akustisch auch folgen kann.

Die gewollte Verkleinerung des sozialen Netzes ist in der gerontopsychologischen Forschung gut belegt und wird als adaptiv, als der Entwicklung förderlich, bezeichnet: Man sieht weniger Menschen, sucht sich aber diejenigen aus, die einem emotional am besten tun. Die Anzahl der Sozialkontakte nimmt mit dem Alter somit ab, nicht aber die Anzahl der als wirklich eng eingeschätzten sozialen Beziehungen. Wichtiger als die Anzahl der Kontakte scheint ihre psychologische Bewertung zu sein, etwa in der Weise, dass man überzeugt ist, von diesen Bezugspersonen Hilfe und Unterstützung erhalten zu können, wenn man sie dereinst benötigen sollte. Im Rahmen der bereits erwähnten SWILSO-OO-Studie konnte belegt werden, dass das Vorhandensein von Freunden in signifikanter Weise zur Autonomie beiträgt. Das soziale Bezugsgeflecht gibt offenbar Sicherheit, die vielfältigen Herausforderungen im Alter bewältigen zu können.

In der so genannten Lebensspannenpsychologie zeichnet sich überhaupt immer mehr ab, wie wichtig regulative Kompetenzen für das gute Altern sind: Ziele – auch wenn sie nicht bewusst ausformuliert werden – sind bestimmend für das Wohlbefinden, etwa das Ziel nach selbstständigem Leben und Autonomie. Studien zeigen allerdings auch, dass Entwicklungsziele das Wohlbefinden nur dann fördern, wenn sie mit den Bedürfnissen der Person übereinstimmen, beispielsweise mit dem Streben nach Autonomie oder dem Erhalt der Integrität. Materielle oder an gesellschaftlichen Normen orientierte Ziele können demgegenüber sogar ein reduziertes Wohlbefinden nach sich ziehen, weil sie gnadenlos die Diskrepanz zwischen angestrebtem Ideal und

den Realitäten des höheren Alters offenbaren. Es ist den schwindenden Ressourcen angemessener, die Idealvorstellungen dessen, was man sein möchte und wie man von anderen wahrgenommen werden möchte, herunterzuschrauben. Flexible Zielanpassung verspricht in vielen Fällen mehr Erfolg als hartnäckige Zielverfolgung. Im Sinne des SOK-Modells, das vom Altersforscher Paul Baltes konzipiert wurde, kann das so ausgedrückt werden: Selektion dessen, was einem wichtig ist, Optimierung der Ressourcen, die für diese Ziele eingesetzt werden, und schliesslich Kompensation mit anderen Ressourcen und Mitteln oder mit Hilfe Dritter, wenn die eigenen Ressourcen versagen. Eine derartige selektive Optimierung mit Kompensation, die nicht immer bewusst erfolgen muss, ermöglicht älter werdenden Menschen, ihr Leben auf eine ihnen genehme Weise zu gestalten.

Anna ist sich bewusst, dass ihre Welt kleiner wird. Etwas spekulativ könnte man sagen: Sie macht sie sich selbst kleiner, damit sie nicht von selbst noch kleiner wird. Denn eines will sie erklärermassen nicht, nämlich dass man sie «zu den Alten dort oben schickt». Das Dortoben meint sie nicht transzendental, sondern es bezeichnet rein topografisch das örtliche Alters- und Pflegeheim. Damit es nicht so weit kommt, konzentriert sie ihre Kräfte und ihre Energie und macht aus ihrem Alltag eine Art Trainingscamp. Haushalt und Garten halten sie körperlich fit, das flexible Zusammenstellen des täglichen Menuplans, das Memorieren von Episoden und Ereignissen für Telefongespräche und Besuche und das Interesse am Weltgeschehen sind Nahrung für die Hirnzellen. Damit arbeitet sie ganz bewusst daran, ihre Autonomie aufrechtzuerhalten. Sie versteht schlecht, dass andere das offenbar nicht so sehen. Häufig gehörte Kommentare der Art: «Du Glückspilz, wie fit du für dein Alter bist!» kontert sie mit einem: «Von nichts kommt nichts, ich tue ja auch etwas dafür!»

Ob und wie viel man tatsächlich für ein «gutes» oder «optimales» Altern tun kann, ist eine der grossen Fragen der gerontopsychologischen Forschung. Immerhin ist aufgrund zahlreicher Untersuchungen die Rede davon, dass rund 50 Prozent der Unterschiede in Gesundheitsverhalten und Langlebigkeit psy-

chologisch bedingt sind, also vom Erleben, Fühlen und Verhalten der Menschen selbst abhängen. Paul Baltes ist da pessimistischer. Er spricht von der «unvollendeten Architektur der Humanontogenese» und meint damit die mehr oder weniger dem Zufall überlassene Phase des Alters in der Evolutionsgeschichte des Menschen, weil ja die genetische Selektion vor allem in der ersten Lebenshälfte stattfindet und somit kein biologisch-genetischer Plan für das Alter besteht.

Gleichwohl machen sich Forscherinnen und Forscher aller Altersdisziplinen allmählich daran, biopsychosoziale «Schutzfaktoren» für das hohe Alter zu suchen. Bis sie so weit sind, kann es noch dauern. Einige Erkenntnisse aus den erwähnten und vielen anderen Untersuchungen liegen allerdings schon vor. Zufriedene alte Menschen beispielsweise sind mit Tätigkeiten beschäftigt, die Körper und Geist fordern und die Beziehung zu Familie und Freunden privilegieren. Diese Tätigkeiten finden in der Regel nicht dort statt, wo sich nur bestimmte Altersgruppen treffen. Grundsätzlich hängt die Wahl von Aktivitäten im späteren Leben mit Erprobtem zusammen, das sich über die Lebensspanne bewährt hat. Man wird, beispielsweise, nach der Pensionierung nicht ein neuer Mensch, selbst wenn man sich das noch so sehr wünscht. Man kann allenfalls die eine oder andere Facette ausleben, die man bis dahin unterdrücken zu müssen meinte.

Paul Baltes hat den Weg zum guten Altern einmal so umschrieben: «Gerade das hohe Alter ist dann zu bewältigen, wenn es uns auf gesellschaftlicher und individueller Ebene gelingt, Selektion, Optimierung und Kompensation in neuartiger Weise zusammenzuführen, also unser Verhalten auf weniger, aber wichtige Ziele einzustellen, diese optimal zu verfolgen und dabei immer mehr kompensatorische Massnahmen einzusetzen.» Annas Alltagsbewältigung belegt solche Prozesse. Ihre Altersbiografie spricht für ein Verständnis vom Menschen als Produkt und Produzent – spricht: klugem Gestalter seiner Entwicklung. So gesehen muss Anna sogar verziehen werden, dass sie den von allen geliebten Kirschbaum im Garten fällen liess, als er ihr zu viel Arbeit zu verursachen begann. ■