

Vital bis ins Alter

Interaktives Seminar / 12. Kasseler Gesundheitstage

Vom Traum der ewigen Jugend, der den Göttern der Antike vorbehalten war, bis zu den Jungbrunnen oder Quellen der Ewigen Jugend in der Literatur des Orients (Koran, Sure 18,60–64), die dem, der davon trinkt, ewige Jugend oder ewiges Leben verheißt, oder die Jugend und Schönheit im Bildnis des Dorian Gray von Oscar Wilde. Dieser Traum verfolgt uns täglich in der Werbung: Kräuter und Salben, Lotionen und Mixturen sollen uns jung und schön erhalten, Beauty-Farmen und Schönheitskliniken versprechen faltenfreie Haut. Diäten und Bewegungstherapien sollen vor Alterskrankheiten schützen. Was können wir wirklich tun, um Altersbeschwerden vorzubeugen und wie können sie behandelt werden?

Diese Fragen diskutierten unter der Moderation von Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior (ehem. Urologe am Klinikum Kassel) im Rahmen der 12. Kasseler Gesundheitstage:

- Prof. Dr. med. Martin Ohlmeier, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Neurologie, Direktor Ludwig-Noll-Krankenhaus – Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kassel
- Dr. med. Olaf Sawal, Urologe, Chefarzt und Ärztlicher Direktor der Asklepios-Helenen-Klinik Bad Wildungen
- Prof. Dr. med. Rudolf Hesterberg, Viszeralchirurg und Proktologe, Leiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Rotes-Kreuz-Krankenhaus Kassel
- Dr. med. Ulrich Wernhard, Augenarzt in Kassel
- Lutz-Michael Schäfer, Hals-Nasen-Ohrenarzt in Kassel
- Dr. med. Gerd Rauch, Orthopäde und Sportarzt in Kassel

Demenz & Depressionen

Prof. Dr. med. Martin Ohlmeier: Eine „Früherkennung“ hinsichtlich Demenz hat wenig Sinn. Wenn eine familiäre Vorbelastung besteht (zum Beispiel Morbus Alzheimer oder Chorea Huntington bei Verwandten ersten Grades) und im relativ

frühen Lebensalter beispielsweise Kurzzeitgedächtnisstörungen auftreten, sind geeignete Untersuchungen: die klinisch-neurologisch-psychiatrischen Untersuchung, inklusive Testpsychologie und bildgebender Verfahren (CCT, MRT, PET) sowie Liquordiagnostik.

Eine „prophylaktische“ Therapie gegen Demenz ist nicht möglich. Sinnvoll aber sind ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung und ein angemessenes soziales Umfeld. Die Altersdepression ist die wichtige Differenzialdiagnose der Demenz. Gedächtnisstörungen im Alter sind oft Ausdruck einer Depression und nicht einer demenziellen Entwicklung. Eine differenzierte Diagnostik ist wichtig, da Altersdepressionen sehr häufig sind, für die es gute therapeutische Behandlungsmöglichkeiten gibt.

Suizidalität tritt häufig bei depressiven Erkrankungen auf. Besonders gefährdet sind ältere, alleinstehende Männer. Menschen mit lebensmüden Gedanken brauchen die Ansprache. Bei Suizidalität muss auch eine stationäre Behandlung erwogen werden.

Sehstörungen

Dr. med. Ulrich Wernhard: Zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr lässt die Naheinstellungsfähigkeit des Auges nach, so dass für die Nähe eine Brille benötigt wird. Dazu kommt ein höheres Risiko, am Glaukom („Grüner Star“) zu erkranken: Erhöhung des Augeninnendrucks, welche zu Schäden am Sehnerv und letztlich zur Erblindung führt. Deshalb regelmäßig zum Augenarzt! Häufiger tritt zwischen dem 60. und 80. Lebensjahr der „Graue Star“ auf, die Trübung der Augenlinse (Katarakt), welche operativ durch Ersatz der trüben Linse durch eine Kunstlinse behandelt werden kann. Reduziertes Farbsehen sind die ersten Zeichen! Mit zunehmendem Lebensalter treten auch degenerative Veränderungen der Netzhaut auf, die das Netzhautzentrum (Macula) betreffen und für die Herabsetzung des scharfen Sehens verantwortlich sind. Neue Medika-

mente können oft die Verschlechterung der Sehschärfe verzögern!

Hörstörungen

Lutz-M. Schäfer: Nicht sehen trennt von Dingen – nicht hören trennt von Menschen. Die Schwerhörigkeit im Alter gravierend. Nicht versorgte Schwerhörigkeit führt zur Hörentwöhnung und zum demenziellen Abbau des Gehirns. Altersschwerhörigkeit beginnt ab dem 50. Lebensjahr; sie ist bei Naturvölkern nicht bekannt. Altersschwerhörigkeit in Industrienationen ist eine „Abnutzungsschwerhörigkeit“. Es gibt aber auch genetische Komponenten. Gemeinsames Merkmal ist ein symmetrischer Verlust der hohen Frequenzen. Begünstigende Faktoren sind Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Durchblutungsstörungen, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes) und Lärmexposition.

Bei der Altersschwerhörigkeit gibt es keine Heilung. Hörsturz, chronisch progrediente Innenohrschwerhörigkeit müssen ausgeschlossen werden. Hörgeräte sind angezeigt, können jedoch nicht das eigentliche Hörvermögen simulieren. Deshalb: „Erhalte dein Ohr, solange es geht!“ Eine Schwerhörigkeit beginnt langsam, schleichend, meist beidseits; anfangs noch relativ gute Kompensation; dann „Cocktail-Party-Effekt“: Störgeräusche werden genauso laut empfunden wie das Gespräch, das man führt. Tinnitus oder Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) sind Begleiteffekte.

Bewegungstherapie

Dr. med. Gerd Rauch: Sportliche Aktivität ist in jedem Alter notwendig – zur Erhaltung der Beweglichkeit, Verbesserung der Kreislaufparameter, Stärkung der körpereigenen Abwehr. Sportlich aktive Menschen sind alerter und haben mehr Spaß am Leben. Jede sportliche Aktivität wie kleine Spaziergänge und eigenständige Gymnastik oder Gymnastik unter Anleitung sind empfehlenswert, selbst im Al-

tenheim. Was geeignet ist und wie man sich belasten soll, muss individuell entschieden werden. Kreislauf-Anamnese, muskulären Status, Schwindelanamnese, Überprüfung der Beweglichkeit, gegebenenfalls auch Röntgenaufnahmen der Gelenke sind angezeigt; dergleichen sind Unfälle, Fehlstellungen und endoprothetische Versorgung zu bedenken.

Knie- und hüftschonende sportliche Aktivitäten sind Radfahren, Gehen oder Laufen auf Waldböden, Schwimmen und Bewegung im Wasser. Wichtig ist regelmäßiges Üben ohne Überschreitung der Belastungsgrenzen. Selbst Übungen auf dem Stuhl können für betagte Menschen im Altersheim eine Erhöhung der Mobilität und Lebensfreude bedeuten. Regelmäßige Bewegung mit Koordinationsübungen sind eine optimale Prophylaxe vor Stürzen.

Obstipation und Stuhlinkontinenz

Prof. Dr. med. Rudolf Hesterberg: Ältere Menschen leiden fünfmal häufiger an Verstopfung als jüngere; mehr als 50 Prozent der über 80-Jährigen haben hiermit Probleme. Gründe sind Bewegungsmangel, geringe Flüssigkeitsaufnahme und falsche Ernährung. Im Alter kann es jedoch vor allem im Dickdarm zu Veränderungen der Darmfunktion durch eine Abnahme des in der Darmmuskulatur vorhandenen Nervenplexus kommen. Die Folge sind Darmträgheit und oft auch eine Ausweitung des Darmes, ein „Megakolon“. Vielfach bestehen falsche Vorstellungen, wie häufig ein Stuhlgang sein sollte. Der Normalwert schwankt von drei bis vier Stuhl-

gängen pro Tag bis hin zu zwei bis drei Mal Stuhlgang pro Woche.

Zur Anregung des Darmes im Alter ist eine eiweißreiche, aber im Fett- und Kohlenhydratanteil reduzierte Nahrung empfehlenswert. Wichtig ist die ausreichende Zufuhr von Ballaststoffen: gegebenenfalls können Ballaststoffe ergänzend eingenommen werden, zum Beispiel Flohsamen oder Weizenkleie. Ballaststoffe wirken jedoch nur, wenn sie mit einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr verbunden sind. Bei den Abführmitteln unterscheiden wir zwischen den Mitteln, die ähnlich wie Weizenkleie und Flohsamen Flüssigkeit binden (zum Beispiel Macrogol), von anderen, die die Darmtätigkeit anregen. Macrogol kann aber Völlegefühl und Blähungen verursachen. Auch bieten sich die darmanregenden Abführmittel wie Laxoberal-Tropfen oder Agiolax an.

Stuhlinkontinenz lässt sich gut behandeln: Ernährungsumstellung und stopfende Medikamente verbunden mit gezielter Stuhlentleerung durch ein kleines Klistier zum gewünschten Zeitpunkt. Der Einbau eines Schließmuskelschrittmachers oder eines künstlichen Schließmuskels sind nur selten erforderlich.

Anders bei Menschen, die ihren Stuhlgang nicht mehr kontrollieren können: Die heutige Windelversorgung bietet eine große Sicherheit bezüglich der Verschmutzung von Wäsche. Da Stuhlgang von der Windel nicht aufgenommen werden kann, ist es wichtig ist, Stuhlgang rechtzeitig zu erkennen und die Windel zu wechseln. Weiterhin kann die Haut durch spezielle Schutzcremes oder Schutzsprays geschützt werden. Im Einzelfall, wenn schwere, durch pflegerische Maßnahmen nicht beherrschbare Hautver-

änderungen oder ein Dekubitus vorliegen, raten wir aber auch zu Anlage eines künstlichen Darmausganges. Dies lässt sich heute mit einer geringen operativen Belastung minimal-invasiv bewerkstelligen.

Harninkontinenz und Miktionstörungen

Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior: Harninkontinenz wird meist als Folge einer Schließmuskelschwäche angesehen. Das gilt aber fast nur für Frauen im mittleren Alter mit einer Beckenbodenschwäche oder für Männer nach einer Prostata-(Krebs-)Operation. Die Altersblase aber wird mehr und mehr vom Gehirn abgekoppelt („supraspinale Inkontinenz“): Bei einem gewissen Füllungsgrad setzt imperativer Harndrang ein und die Blase entleert sich zu ungewolltem Zeitpunkt am ungewollten Ort. Die Altersblase kann nicht entleert werden, wenn sie nicht gefüllt ist, und ein einsetzender Harndrang bei gefüllter Blase kann nicht unterdrückt werden. Hier gibt es nur eine Therapie: den Lebensrhythmus dem Blasenrhythmus anpassen: „Toiletten-Training!“

Da ältere Menschen einen unglaublich festen Tagesrhythmus haben, haben sie auch regelmäßige Zeiten der Blasenfüllung und -entleerung. Diese Ess-, Trink- und Blasenrhythmen muss man über eine gewisse Zeit protokollieren und die Lebensgewohnheiten dem Blasenrhythmus anpassen. Medikamente sind wenig hilfreich; sie erhöhen zwar die Blasenkapazität, nicht aber den überfallartigen Harndrang. Es ist auch nicht immer die Prostata schuld, wenn der Harn nicht mehr richtig fließt!



Unter der Moderation von Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior (3. von rechts) diskutierten (von links): Dr. med. Olaf Sawal, Prof. Dr. med. Martin Ohlmeier, Prof. Dr. med. Rudolf Hesterberg, Dr. med. Ulrich Wernhard, Lutz-M. Schäfer und Dr. med. Gerd Rauch

Häufig sind medikamentöse Nebenwirkungen die Ursache für Miktionsstörungen im Alter: Antidepressiva, speziell Diazepam-Derivate, Sedativa (Baldrian-Derivate) und Analgetika, aber auch Anticholinergika und Antihistaminika.

Das betrifft aber nicht nur Männer, sondern auch Frauen, jedoch seltener, da diese meist ihre Blase passiv durch Bauchpresse entleeren können. Das sollte oder muss der Therapeut wissen!

Sexualstörungen im Alter

Dr. med. Olaf Sawal: Erektionsstörungen haben 71 Prozent der Männer im Alter von 71 bis 80 Jahren. Die erektile Dysfunktion (ED) beeinträchtigt das Selbstwertgefühl, die Partnerschaft und die Lebensqualität. Hierfür sind neurologische, psy-

chische, hormonelle und vaskuläre Faktoren sowie medikamentöse Nebenwirkungen und das „metabolische Syndrom“ von Bedeutung.

Das metabolische Syndrom – abdominale Adipositas, Hypertriglyceridämie, niedriges HDL-Cholesterin, Hypertonie und Diabetes mellitus – wird bei Auftreten von drei der fünf Risiken für eine ED verantwortlich gemacht. Durch das Nachlassen der Testosteron-Produktion im Alter sinkt der Hormonspiegel im Blut; zugleich wird durch die Zunahme des Testosteron bindenden Globulins im Blut mehr Testosteron gebunden. Dies führt zu Veränderungen an den Schwellkörpern, zu Libidoverlust, Müdigkeit, Muskelabbau, Osteoporose und psychischen Problemen. Deshalb ist die Testosteron-Substitution wichtig; PDE-5-Hemmer

sind bei nahezu allen Erektionsstörungen wirksam.

Frauen leiden hormonell bedingt im Alter oft an einer Abnahme der Schleimbildung im Bereich der Vagina, was aber behandelt werden kann. Da für den Geschlechtsverkehr keine Erektion erforderlich ist, sind Sexualstörungen bei der Frau weniger offensichtlich.

Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior: Vital altern, aber wie? „Gesund“ Essen, „maßvoll“ trinken, sich regelmäßig bewegen und „denken“, soziale Kontakte pflegen und kognitive Fähigkeiten möglichst erhalten: Dies sind die wichtigsten Faktoren für ein vitales Leben auch im Alter. Alters-Krankheiten kann man nicht verhindern, durch Früherkennung aber die Heilungschancen verbessern. Ich danke für das Gespräch.