

Wertung der Risikofaktoren

Rauchen

Tabakgenuss hat als Risikofaktor der kardiovaskulären Erkrankungen seine größte Bedeutung in der ersten Hälfte des Lebens. Bei Männern im Alter von 46 bis 55 Jahren, die täglich regelmäßig 15 bis 24 Zigaretten rauchen, übersteigt die jährliche Todesrate den Wert von Nichtrauchern um das Dreifache, bei mehr als 25 Zigaretten pro Tag wurde der 3,5-fache Wert gefunden. Ab dem 70. Lebensjahr gleicht sich die altersbezogene Mortalität von Rauchern und Nichtrauchern zunehmend an. Doch noch im 80. Lebensjahr zeigen Raucher eine Übersterblichkeit von etwa 15 Prozent. Das Aufgeben des Rauchens aus primär präventiven Überlegungen wird somit auch im Alter noch als sinnvoll angesehen. Jedoch sollte man nachsichtig sein, vor allem dann, wenn geringer Rauchgenuss zur Lebensqualität gehört, sollte der Rat zur Nikotinkarenz bei offenbar herzgesunden Alten sparsam verwendet werden.

In der Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit steht das Aufgeben des Rauchens auch bei alten Menschen im Zentrum aller Bemühungen mit dem Ziel einer Senkung der Sterblichkeit und der Häufigkeit neuerlicher Infarkte. Eine medikamentöse Therapie für die Raucherentwöhnung erscheint oft sinnvoll und unterstützt die Compliance.

Hypertonie

Häufigster und wichtigster Risikofaktor im höheren Alter ist der arterielle Bluthochdruck. Durch präventive antihypertone Behandlung konnten Überlebenschancen und Lebensqualität von hypertonen alten Menschen deutlich verbessert werden. Insbesondere die Häufigkeit von Schlaganfällen konnte verringert werden.

Diabetes mellitus

Ein weiterer Risikofaktor, der mit dem Alter häufiger wird, ist der Diabetes mellitus Typ 2. Mit zunehmendem Alter steigen ohnehin die im Nüchternblut gemessenen durchschnittlichen Glukosekonzentrationen um etwa 2 mg/dl pro Dekade an. Schätzungen gehen dahin, dass bis zu 40 Prozent der Menschen im Pensionsalter Diabetiker sind.

Besonders zuckerkrankte ältere Frauen sind durch eine Herzinsuffizienz gefährdet, wobei Übergewicht noch gravierend mitwirken kann. Das Risiko einer tödlichen koronaren Herzerkrankung wird im Vergleich zu Nichtdiabetikern bei diabetischen Männern zwei- bis dreimal höher, bei Diabetikerinnen drei- bis siebenmal höher eingeschätzt. Nach akutem Herzinfarkt weisen besonders ältere Diabetiker infolge einer bei ihnen häufigeren Herzinsuffizienz eine erheblich höhere Mortalität auf als Nichtdiabetiker.

Fettstoffwechselstörung

Die Rolle der Hyperlipoproteinämie als primärer kardiovaskulärer Risikofaktor ist unbestritten. Unter Hyperlipoproteinämie wird die Erhöhung des Cholesterin-, Triglycerid- und Lipoproteinspiegels verstanden, wobei es zu einer ungünstigen Verschiebung des Anteils an LDL- und HDL-Cholesterin kommt. Die prognostische Bedeutung von HDL-Cholesterin ist bei älteren Patienten und bei Frauen stärker als die eines erhöhten Gesamtcholesterins.

Körperliche Inaktivität

Der Mensch ist bis ins hohe Alter trainierbar.

Abgesehen von genetischen Voraussetzungen ist die Leistungsfähigkeit eines Gesamtorganismus so wie die Funktion und Struktur seiner einzelnen Organe entscheidend von der funktionellen Belastung abhängig. Ohne adäquaten funktionellen Reiz verkümmern lebendige Strukturen.



Der Mensch ist auch im Alter durchaus noch trainierbar. So konnten durch sinnvolle regelmäßige Belastungen Trainingseffekte am Herz-Kreislauf-System und in der Muskulatur noch bis über das 70. Lebensjahr erreicht werden – selbst dann, wenn mehr als zwei Jahrzehnte lang keine wesentlichen körperlichen Belastungen mehr erbracht worden waren. Körperliche Belastung setzt als unabhängiger Schutzfaktor die Häufigkeit des Herzinfarktes auf die Hälfte herab und ist in der Sekundärprävention nach Herzinfarkt ebenso wirksam.

Aktivität stützt zudem gerade beim alten Menschen das Selbstvertrauen und die Kompetenz – das sind Hauptanliegen der Geriatrie. Somit sollte die Forderung laut werden: „Nicht nur mehr Bewegung in der Kardiologie, sondern auch in der Geriatrie“.

Eine Gewichtsreduktion ist auch im Alter zu empfehlen.

Übergewicht

Mit dem Alter nimmt die Masse des Fettgewebes im Körper zu. Eine Gewichtsreduktion kann auch im Alter als präventive Therapie durchaus sinnvoll sein. Dadurch wird über einen Stoffwechseleffekt ein günstiger Einfluss auch auf die übrigen Komponenten des metabolischen Syndroms ausgeübt. Es kommt zu einer Verringerung des überhöhten Insulinspiegels. Das metabolische Syndrom ist vor allem gekennzeichnet durch Übergewicht, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck und Insulinresistenz.



Psychosoziale Faktoren

In diversen Veröffentlichungen wurde gezeigt, in welchem Ausmaß Lebensumstände und soziale Kontakte Einfluss auf die Lebenserwartung von Infarktpatienten haben. Infarktkranke, die einem hohen Lebensstress oder sozialer Isolierung unterworfen waren, wiesen eine erhöhte Sterblichkeit auf, vor allem dann, wenn diese Faktoren mit mangelhafter Bildung kombiniert waren.

Soziale Kontakte fördern die Lebenserwartung von Infarktpatienten.

Alter „per se“ kann daher nicht als Kontraindikation für eine medikamentöse Primär- oder Sekundärprävention gelten. In den Zeiten einer koronaren Bypass- und Klappenchirurgie im achten und neunten Lebensjahrzehnt dürfen Primär- und Sekundärprävention im siebenten Lebensjahrzehnt kein Tabu sein, wo doch gezeigt wurde, dass dadurch innerhalb von weniger als zwei Jahren nachweisbar günstige Effekte auf die Mortalität entstehen können.



Multimorbidität und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Multimorbidität ist ein Phänomen, das bei nahezu allen älteren Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen anzutreffen ist. Dies gilt einerseits für die entsprechende Erkrankungskaskade, zum Beispiel eine langjährige arterielle Hypertonie mit folgender koronarer Herzerkrankung, Herzinsuffizienz und Vorhofflimmern. Andererseits potenziert sich das Herz-Kreislauf-Erkrankungsrisiko beim Hinzutreten weiterer chronischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus.



Die komplexe medikamentöse Therapie erfordert die Beachtung mannigfaltiger Möglichkeiten von Wechselwirkungen. Besonders die zusätzliche Behandlung weiterer, unter Umständen akut auftretender Erkrankungen kann bei bestehender Herz-Kreislauf-Medikation zu katastrophalen Folgen führen, wenn die bestehende Medikation unbekannt ist oder nicht ausreichend beachtet wird. So kann zum Beispiel die zusätzliche Gabe eines nicht steroidal Antirheumatikums bei einem Patienten mit Herzinsuffizienz, Diabetes mellitus und leichter Niereninsuffizienz bei entsprechender Medikation mit ACE-Hemmern und Diuretika fatale Folgen für die Nierenfunktion haben.

Aufgrund einer unendlich großen Zahl verschiedener möglicher Befundkonstellationen im Rahmen der Multimorbidität ist

Die Wechselwirkung von Medikamenten ist zu beachten. Die Behandlung von Herz-Kreislauf-Patienten im höheren Lebensalter immer eine individuelle Entscheidung, die vor allem in der Einstellungsphase eine engmaschige und höchst aufmerksame klinische Beobachtung und Befundkontrolle erfordert. Jedenfalls hat es sich als Vorteil erwiesen, auch älteren Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen alle vorhandenen medizinischen Möglichkeiten unter Beachtung der Kontraindikationen anzubieten und die Erfolg versprechendsten Therapieoptionen optimal auszuschöpfen.

Alle Maßnahmen der Prävention und einer sinnvollen Behandlung sind volkswirtschaftlich gerechtfertigt, um Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit zu erhalten sowie Pflegebedürftigkeit und Pflegeabhängigkeit zu verhindern oder zu verzögern.

FAZIT

- Auch ein gesundes Herz kann sich in fortgeschrittenem Alter nicht mehr so leicht an Belastungen anpassen wie in jungen Jahren. Das ist Teil des normalen Alterungsprozesses.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorzubeugen und sie ausreichend zu behandeln, ist eine der wichtigsten Grundlagen für ein Altern ohne Krankheit und Hilfsbedürftigkeit.
- Das Altern von Herz und Kreislauf kann nicht gestoppt werden, sehr wohl aber verlangsamt. Abgesehen von Lebensstilfaktoren (Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkohol) ist dafür vor allem die ausreichende Behandlung von Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörungen wichtig.
- Es ist nie zu spät, Übergewicht zu reduzieren, das Rauchen einzuschränken oder besser ganz aufzugeben. Es ist auch nie zu spät, mit einem körperlichen Trainingsprogramm zu beginnen.
- Herz-Kreislauf-Erkrankungen können sich im Alter „untypisch“ äußern. Wachsamkeit und ausreichende ärztliche Betreuung sind hier wesentlich.