Interview mit

Frau Univ.-Prof. Dr. Dr. M. Cristina Polidori



© Steffen Gerhards

Cristina Polidori ist Professorin für Klinische Altersforschung an der Universität zu Köln und leitet die Klinische Altersforschung am Universitätsklinikum Köln. Sie ist Mitglied des Academic Board der European Geriatric Medicine Society (EuGMS) und Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG). Ihre Forschungsschwerpunkte umfassen gesundes Altern, intrinsische Kapazität, Frailty, Multimorbidität und geriatrisches Assessment. Sie ist Autorin und Herausgeberin von über 250 wissenschaftlichen Publikationen und Fachbüchern und Trägerin zahlreicher nationaler und internationaler Auszeichnungen.

Das Interview mit Prof. Dr. Dr. M. Cristina Polidori **(CP)** wurde geführt von Prof. Dr. J. F. Riemann **(JFR)**, Vorstandsvorsitzender der Stiftung LebensBlicke.

Pflegebedürftigkeit vor dem Hintergrund des demographischen Wandels

JFR: Der demographische Wandel und das Ausscheiden der Babyboomer aus der Arbeitsbevölkerung werfen inzwischen lange Schatten auf die Gesundheits- und die Pflegeentwicklung. Was kommt da noch auf uns zu? Wie gut sind wir darauf vorbereitet?

CP: Ich denke, bei der Beantwortung dieser Frage sollten wir zunächst einmal die Perspektive zurechtrücken: So groß die Herausforderungen auch sind, wir sollten nicht übersehen, wie viel in den vergangenen Jahrzehnten bereits erreicht wurde. Hans Rosling hat in seinem Buch *Factfulness* sehr eindrücklich gezeigt, wie sehr unsere Wahrnehmung der gesellschaftlichen Entwicklung häufig von negativen Nachrichten geprägt ist und wie wenig wir dabei die langfristigen Fortschritte wahrnehmen. Das gilt gerade auch für Gesundheit und Lebensqualität. Wir leben heute länger, sind im Durchschnitt besser gebildet, haben einen deutlich besseren Zugang zu medizinischer Versorgung und verfügen über ein wesentlich größeres Wissen über Prävention, Ernährung, Bewegung und gesundes Altern. Die Lebenserwartung in Deutschland ist seit Anfang der 1990er-Jahre um rund sechs Jahre bei Männern und gut vier Jahre bei Frauen gestiegen. Auch die gesellschaftliche Integration hat sich in vielen Bereichen weiterentwickelt: Deutschland ist vielfältiger geworden, und die Bildungs- und Erwerbsbeteiligung von Menschen mit Einwanderungsgeschichte hat sich deutlich verbessert. So hat sich beispielsweise der Anteil der 18- bis 24-jährigen Eingewanderten, die eine Hochschule besuchen, zwischen 2005 und 2023 nahezu verdoppelt. Allerdings zeigt eine RKI-Untersuchung von 2026, dass rund 81 % der befragten Erwachsenen

Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen haben. Das ist ein wichtiger Hinweis darauf, dass mehr medizinisches Wissen in der Gesellschaft nicht automatisch bedeutet, dass alle Menschen es auch praktisch nutzen können.

Auch die Gerontologie hat unser Verständnis vom Altern verändert. Alter ist längst nicht mehr gleichbedeutend mit Krankheit, Abhängigkeit und Rückzug. Wir wissen heute viel mehr über die Bedeutung körperlicher Aktivität, sozialer Teilhabe, geistiger Anregung und Prävention. Es geht nicht nur darum, dem Leben Jahre hinzuzufügen, sondern den gewonnenen Jahren möglichst viel Lebensqualität zu geben. Allerdings wäre es ebenso falsch, daraus eine uneingeschränkte Erfolgsgeschichte zu machen. Denn der Fortschritt verteilt sich keineswegs gleichmäßig. Die soziale Schere öffnet sich auch bei den Gesundheits- und Lebenschancen. Das Robert Koch-Institut hat 2025 eine erhebliche Lebenserwartungslücke zwischen wohlhabenden und sozial benachteiligten Regionen festgestellt: Sie beträgt bei Männern 7,2 Jahre und bei Frauen 4,3 Jahre. Diese Unterschiede haben sich gegenüber den frühen 2000er-Jahren sogar vergrößert. Bildung, Einkommen, Wohnumfeld und Arbeitsbedingungen entscheiden also weiterhin wesentlich darüber, wie gesund Menschen leben und wie alt sie werden. Und genau hier liegt aus meiner Sicht eine der zentralen gesellschaftlichen Aufgaben: Wir müssen nicht nur die durchschnittliche Lebenserwartung erhöhen, sondern auch dafür sorgen, dass möglichst viele Menschen von den Fortschritten profitieren können. Der demografische Wandel verschärft diese Aufgabe erheblich. Die Babyboomer verlassen zunehmend den Arbeitsmarkt, während kleinere nachfolgende Generationen nachrücken. Nach der aktuellen Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird 2035 bereits jeder vierte Mensch in Deutschland mindestens 67 Jahre alt sein. Bis 2038 steigt die Zahl der Menschen in dieser Altersgruppe auf mindestens 20,5 Millionen. Gleichzeitig wird die Zahl der Menschen im Erwerbsalter zurückgehen.

Besonders deutlich wird die Herausforderung in der Pflege. Eine Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes zeigt, dass der Bedarf an Pflegekräften bis 2049 deutlich steigen könnte. Selbst bei einer günstigen Entwicklung könnten dann rund 280.000 Pflegekräfte fehlen. Das ist eine Größenordnung, die deutlich macht, dass wir nicht einfach auf die bestehenden Versorgungsstrukturen setzen können. Was bedeutet das für unsere Vorbereitung? Ich glaube, wir müssen uns von der Vorstellung lösen, dass wir die demografische Entwicklung NUR durch mehr Pflegeeinrichtungen und zusätzliches Personal bewältigen können. Wir brauchen vielmehr einen grundlegenden Perspektivwechsel: mehr Prävention und Gesundheitsförderung, eine stärkere Verzahnung von medizinischer und pflegerischer Versorgung, bessere Arbeitsbedingungen und eine konsequente Nutzung technologischer Möglichkeiten. Ebenso wichtig sind die Stärkung pflegender Angehöriger, die Förderung des freiwilligen Engagements und die Schaffung von Wohn- und Lebensumfeldern, die Selbstständigkeit und soziale Teilhabe bis ins hohe Alter ermöglichen. Dazu gehört auch, Migration und Integration nicht nur als gesellschaftspolitische Herausforderung, sondern als wichtigen Bestandteil unserer Zukunftsstrategie zu begreifen. Wir müssen Menschen, die zu uns kommen, bessere Bildungs- und Teilhabechancen eröffnen und ihre Potenziale auch im Gesundheits- und Pflegewesen nutzen.

Meine Einschätzung ist deshalb durchaus ambivalent, aber keineswegs pessimistisch: Wir haben in den vergangenen Jahrzehnten enorme Fortschritte erzielt. Wir wissen heute viel mehr darüber, wie Gesundheit, Lebensqualität und gutes Altern gelingen können. Was uns allerdings noch fehlt, ist die konsequente Übersetzung dieses Wissens in eine gerechtere und zukunftsfähige Versorgungsrealität. Die eigentliche Frage ist daher vielleicht weniger, ob wir auf eine alternde Gesellschaft vorbereitet sind, sondern ob wir bereit sind, unsere Strukturen rechtzeitig und grundlegend genug zu verändern. Denn die demografische Entwicklung kommt nicht überraschend. Sie ist seit Jahrzehnten absehbar. Entscheidend wird sein, ob wir aus diesem Wissen endlich die richtigen Konsequenzen ziehen.

JFR: Es hat lange gedauert, bis sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, dass der ältere/alte Mensch auch ärztlicherseits einen kompetenten Ansprechpartner braucht. Welches Konzept hat die 1985 gegründete Deutsche Gesellschaft für Geriatrie für diese schon länger absehbare Entwicklung?

CP: Genau das meinte ich mit der Verteilung und Umsetzung der Fortschritte. Ältere Menschen sind keine großen Erwachsenen – genauso wenig, wie Kinder kleine Erwachsene sind. Gerade in diesen beiden Lebensphasen braucht es einen konsequent personenzentrierten Ansatz, der den Menschen in seiner biologischen, psychischen, funktionellen und sozialen Gesamtheit betrachtet. Das war übrigens bereits im WHO-Gesundheitsbegriff von 1948 angelegt: Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Leider hat die Medizin lange gebraucht, um diese Erkenntnis auch methodisch und organisatorisch umzusetzen. Ein wichtiger Meilenstein war das von Laurence Z. Rubenstein in den 1980er-Jahren geprägte Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): ein multidimensionales, interdisziplinäres Assessment medizinischer, funktioneller, kognitiver, psychischer und sozialer Ressourcen und Probleme, aus dem ein individueller Behandlungs- und Versorgungsplan abgeleitet wird. Die WHO hat diese ganzheitliche Perspektive 2001 mit der ICF konzeptionell weiter operationalisiert. Das passt leider zum häufig zitierten Know-do-Gap: Zwischen wissenschaftlicher Erkenntnis und ihrer Umsetzung in der Versorgung liegen im Durchschnitt oft rund 17 Jahre. Umso erfreulicher ist, dass Deutschland hier vergleichsweise früh strukturelle Konsequenzen gezogen hat: Der OPS 8-550 für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung wurde bereits 2001 eingeführt und ab 2004 im DRG-System vergütungsrelevant. Damit wurden interdisziplinäres Team, Assessment, Therapieplanung und Rehabilitation auch strukturell und ökonomisch verankert. Ein weiterer wichtiger Schritt ist die erste S3-Leitlinie zum Comprehensive Geriatric Assessment, die 2024 von der AWMF veröffentlicht wurde (Registernummer 084-003). Das freut uns sehr. Denn letztlich geht es nicht darum, Krankheiten bei älteren Menschen nur besser zu behandeln, sondern darum, ihre Selbstständigkeit, Funktionalität und Lebensqualität möglichst lange zu erhalten.

JFR: Welche Kompetenz zeichnet einen erfahrenen Geriater aus? Welche Erfahrungen aus diversen Fachrichtungen der Medizin sind dabei besonders hilfreich?

CP: Eine sehr schöne Frage! Ich würde sagen: Ein guter Geriater ist vor allem ein Arzt, der die Physiologie und Pathophysiologie des Alterns wirklich versteht. Er erkennt die unterschiedlichen Phänotypen des Alterns – vom Erhalt der Organintegrität über funktionelle Veränderungen bis hin zu Krankheit und Vulnerabilität – und kann sie einordnen, möglichst früh erkennen, verhindern und behandeln. Der Geriater muss nicht jede Fachdisziplin besser beherrschen als deren Spezialisten. Seine eigentliche Kompetenz liegt darin, deren Wissen zusammenzuführen, systemische Zusammenhänge zu erkennen und die Komplexität auf den einzelnen Menschen herunterzubrechen. Hilfreich sind dabei insbesondere Erfahrungen aus der Inneren Medizin und Kardiologie, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie und Rehabilitation, Pharmakologie sowie Palliativmedizin. Aber entscheidend ist nicht die Summe der Fachgebiete, sondern die Fähigkeit, ihre Erkenntnisse in einen individuellen Behandlungsplan zu übersetzen. Ein erfahrener Geriater erkennt Frailty als Ausdruck verminderter physiologischer Reserve und als mögliche Vorstufe von Behinderung, bevor irreversible Funktionseinbußen entstehen. Er weiß zugleich, dass Multimorbidität und Frailty keineswegs dasselbe sind. Er berücksichtigt systematisch jene Funktionsverluste, persönlichen Werte und Lebensziele, die in einem primär organ- und krankheitszentrierten Gesundheitssystem allzu häufig übersehen werden. Er passt Behandlungen an die individuelle Robustheit und Vulnerabilität an, statt Leitlinien schematisch auf jeden Menschen zu übertragen. Und er weiß: Eine schlechte Indikation kann für einen älteren Menschen wesentlich schädlicher sein als Polypharmazie. Vielleicht ist das die wichtigste Kompetenz: nicht möglichst viele Krankheiten gleichzeitig zu behandeln, sondern zu erkennen, welche Intervention bei diesem Menschen zu diesem Zeitpunkt tatsächlich einen Unterschied macht – für seine Funktionalität, Selbstständigkeit, Lebensqualität und Wohlbefinden.

Geriatrie ist deshalb für mich keine additive Fachmedizin, sondern eine integrative Medizin. Sie verbindet das Wissen der Organmedizin mit dem Verständnis des alternden Menschen als Ganzes.

JFR: Auch die Pflege leidet unter zunehmendem Personalmangel. Über 80 % pflegebedürftiger Menschen werden von Familienangehörigen versorgt mit eher rückläufiger Tendenz. Gibt es Überlegungen, welche Maßnahmen in Zukunft Abhilfe schaffen könnten. Es ist sicher nicht nur eine finanzielle Frage.

CP: Ich glaube auch, dass es nicht allein eine finanzielle Frage ist, sondern dass wir Pflege grundsätzlich neu denken müssen. Drei Dinge halte ich für besonders wichtig: erstens die Akademisierung und Professionalisierung der Pflege mit neuen Kompetenzprofilen, etwa Advanced Practice Nurses und Community Health Nurses. Zweitens eine konsequente interprofessionelle Teambildung, in der Medizin, Pflege und Therapieberufe gemeinsam Verantwortung übernehmen. Und drittens die Stärkung der Gesundheitskompetenz durch Patientenakademien und Angehörigenschulungen.

Wir müssen weg von einer rein versorgungsorientierten Logik und stärker in Prävention, Selbstständigkeit und Teilhabe investieren. Pflege ist keine Hilfsdisziplin der Medizin, sondern

eine eigenständige Profession. Das muss sich endlich auch in ihren Strukturen, Kompetenzen und Entwicklungsmöglichkeiten widerspiegeln.

JFR: Wir als Stiftung LebensBlicke fühlen uns der Prävention verpflichtet, im Besonderen der Darmkrebsprävention. Prävention geht natürlich weit darüber hinaus. Welchen Einfluss übt Prävention auf die Altersentwicklung einschließlich der Pflegebedürftigkeit aus?

CP: Schätzungen zufolge sind rund 40 % der Krebsfälle und bis zu 80 % der vorzeitigen kardiovaskulären Ereignisse vermeidbar. Bei Demenz könnte das Präventionspotenzial nach dem erweiterten Risikomodell von Mostert et al. (2025) sogar bei etwa 65 % liegen. Aber Prävention im Alter ist viel mehr als die Vermeidung einzelner Erkrankungen. Sie darf nicht ausschließlich krankheits- oder angstbasiert verstanden werden. Es geht vielmehr darum, gesund, aktiv, selbstbestimmt und sozial eingebunden zu bleiben. Dafür brauchen wir einen gesellschaftlichen Paradigmenwechsel: Altern nicht primär als Verlustprozess zu begreifen, sondern lebenslange Wege zu schaffen, Gesundheit, Funktionalität und Wohlbefinden zu erhalten. Unser Ziel sollte nicht nur sein, dem Leben mehr Jahre zu geben, sondern den Jahren mehr Leben.

JFR: Sie haben in einem lesenswerten FAZ-Interview gesagt, dass sich ca. ein Drittel aller Pflegefälle vermeiden ließe respektive um Jahre hinausgezögert werden könne. Wie erklären Sie das? Hat das nicht auch ganz wesentlich mit Prävention zu tun?

CP: Ja, und vor allem durch eine systematische und strukturierte Früherkennung funktioneller Verluste. Das ist für mich der entscheidende Punkt: Wir dürfen nicht erst reagieren, wenn Menschen nicht mehr selbstständig essen, sich ankleiden oder zur Toilette gehen können. Viel früher geben Einschränkungen der sogenannten instrumentellen Alltagsfunktionen (IADL), etwa beim Einkaufen, Kochen, Umgang mit Medikamenten oder bei der Haushaltsführung, wichtige Warnsignale. Deshalb brauchen wir ein frühzeitiges, multidimensionales Assessment im Sinne des Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Motorische, kognitive und sensorische Fähigkeiten, Mobilität, Ernährung, psychische Gesundheit und Alltagsfunktionen sowie Multimedikation und Multimorbidität müssen systematisch erfasst werden. Ziel ist es, Verluste der intrinsischen Kapazität zu erkennen, solange sie noch beeinflussbar sind. Studien zeigen, dass sich durch gezielte Interventionen bis zu einem Drittel der Frailty-Fälle vermeiden oder hinauszögern lässt. Da Frailty ein wesentlicher Risikofaktor für spätere Pflegebedürftigkeit ist, liegt hier auch ein enormes Potenzial, Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern und Selbstständigkeit länger zu erhalten. Genau hier setzt das WHO-Konzept ICOPE (Integrated Care for Older People) an: nicht erst Krankheit und Pflegebedürftigkeit behandeln, sondern die körperlichen und mentalen Ressourcen erhalten und stärken. Besonders freut mich, dass wir diesen Ansatz nun auch im deutschsprachigen Raum voranbringen. Ich hatte die Ehre, die Taskforce der Jungen Geriater und Gerontologen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zur deutschsprachigen Umsetzung von ICOPE zu leiten. Das ist ein wichtiger Schritt hin zu einer präventiven, personenzentrierten Altersmedizin. Denn ein Drittel der Pflegefälle hinauszuzögern oder möglicherweise zu

vermeiden, bedeutet vor allem: rechtzeitig hinzuschauen und zu handeln, bevor aus ersten Funktionsverlusten dauerhafte Abhängigkeit wird.

JFR: Sehen Sie bei Menschen im besten Alter ebenso wie bei älteren Menschen einen Bewusstseinswandel im Hinblick auf präventive Maßnahmen, um das Altwerden zu erleichtern? Müsste Prävention nicht schon viel früher ansetzten?

CP: Zunächst müsste man vielleicht klären, was wir überhaupt unter dem „besten Alter" verstehen! (lacht) Aber im Ernst: Ja, Prävention muss viel früher beginnen – idealerweise über den gesamten Lebensverlauf. Gleichzeitig sollten wir nicht übersehen, dass die heutigen älteren Generationen bereits deutlich besser gewappnet sind als frühere Kohorten: Sie sind im Durchschnitt besser gebildet, gesundheitsbewusster und verfügen über mehr Wissen und Möglichkeiten, ihre Gesundheit aktiv zu erhalten. Auch die medizinischen Leitlinien geben inzwischen Empfehlungen, wann und wie Prävention beginnen sollte. Entscheidend ist allerdings ein Perspektivwechsel: Gesundheit zu erhalten ist zunächst auch eine individuelle Aufgabe und Verantwortung jedes Einzelnen. Das Gesundheitssystem muss dafür die Voraussetzungen schaffen, informieren, befähigen und unterstützen. Was mir dabei besonders wichtig ist: Alle Ärztinnen und Ärzte müssen künftig deutlich mehr über personenzentrierte Medizin, die Komplexität des Alterns und den Erhalt funktioneller Gesundheit wissen. Und das nicht auf der Grundlage (gut gemeinter?) Ratschläge, sondern evidenzbasiert. Wir brauchen eine Medizin, die nicht erst reagiert, wenn Krankheit entsteht, sondern Menschen dabei unterstützt, möglichst lange gesund, selbstständig und selbstbestimmt zu bleiben.

JFR: Wir beklagen schon seit langem die mangelnde Gesundheitskompetenz unserer Bevölkerung. Was müsste wie getan werden, um diese fehlende bzw. nicht ausreichende Kompetenz zu verbessern? Welche Rolle spielen sogenannte „Gesundheits-Influencer" in den sozialen Medien?

CP: Das ist tatsächlich eine unserer großen gesellschaftlichen Herausforderungen. Die aktuelle HLS-GER-3-Studie von 2025 zeigt, dass 55,7 % der Bevölkerung in Deutschland eine geringe Gesundheitskompetenz aufweisen. Besonders schwierig ist es für viele Menschen, die Qualität und Vertrauenswürdigkeit von Gesundheitsinformationen zu beurteilen. Wir müssen deshalb Gesundheitskompetenz viel früher vermitteln: in Schulen, Familien, am Arbeitsplatz und natürlich auch im Gesundheitssystem. Menschen müssen lernen, Informationen zu finden, kritisch zu bewerten und evidenzbasierte von unbelegten oder irreführenden Behauptungen zu unterscheiden. Gleichzeitig müssen wir als Ärztinnen und Ärzte verständlicher kommunizieren und Patienten stärker in Entscheidungen einbeziehen. Eine besondere Herausforderung sind die sogenannten Gesundheits-Influencer. Sie können durchaus eine wichtige Rolle spielen, wenn sie wissenschaftliche Erkenntnisse verständlich und niedrigschwellig vermitteln. Leider erleben wir aber auch das Gegenteil: fehlende Evidenz, Interessenkonflikte, kommerzielle Heilsversprechen und teilweise regelrechte Scharlatanerie. Besonders problematisch wird es, wenn persönliche Erfahrungsberichte als wissenschaftliche Beweise verkauft oder Menschen von wirksamen medizinischen Maßnahmen abgehalten werden. Wir brauchen deshalb mehr Transparenz, klare Qualitätsstandards und eine stärkere

wissenschaftliche Präsenz in den sozialen Medien. Vor allem aber brauchen wir mehr Forschung: Welche Kommunikationsformen erreichen welche Bevölkerungsgruppen? Wie lässt sich die Wirkung von Gesundheitsinformationen messen? Und welche Interventionen verbessern tatsächlich Gesundheitsverhalten und Versorgungsergebnisse? Mein Credo: Gesundheitskompetenz ist keine individuelle Begabung, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe. Wir müssen Menschen befähigen, informierte und selbstbestimmte Gesundheitsentscheidungen zu treffen – und ihnen dafür verlässliche, verständliche und wissenschaftlich fundierte Informationen zur Verfügung stellen.

JFR: Hat sich Ihrer Meinung nach in der Ausbildung der Medizinstudierenden etwas geändert, um schon frühzeitig junge Medizinerinnen und Mediziner mit den meist komplexen Erkrankungen einer älter werdenden Gesellschaft zu konfrontieren?

CP: Ehrlicherweise: Noch nicht genug. Aber es bewegt sich einiges, und wir arbeiten intensiv daran. Die neue Approbationsordnung bietet die Chance, multidisziplinäre, patientenzentrierte und innovative Lehrinhalte stärker im Medizinstudium zu verankern. Wir brauchen geriatrische Grundlagen für alle Medizinerinnen und Mediziner, nicht nur für diejenigen, die später Geriater werden. Auch die Fachgesellschaften engagieren sich: Die DGG hat die Junge Geriatrie gegründet, die DGEM die Junge DGEM. In Köln bieten wir seit der Pandemie einen eigenen Wahlblock Ernährung in der Medizin an, weil Ernährung und Muskelgesundheit zentrale, aber noch immer unterschätzte Aspekte der Medizin sind. Ein weiterer wichtiger Schritt ist der von Köln als koordinierendem Zentrum im europäischen Universitätsverbund EUniWell etablierte Masterstudiengang *Wellbeing-Oriented Healthcare*, der einen neuen, gesundheits- und wohlbefindensorientierten Ansatz in der Ausbildung verfolgt und im November das European Degree Label erhalten soll. Auch international gibt es Initiativen wie eTRIGGER im Umfeld der IAGG, die den Wissenstransfer und die geriatrische Kompetenzentwicklung voranbringen. Mein Wunsch ist, dass jede Ärztin und jeder Arzt künftig versteht, wie Altern funktioniert, wie Multimorbidität und Frailty die Behandlung beeinflussen und warum Funktionalität, Selbstständigkeit und persönliche Lebensziele genauso wichtig sind wie die Diagnose einzelner Erkrankungen. Geriatrische Kompetenz sollte eine Grundlage der gesamten Medizin sein – nicht das Spezialwissen einer kleinen Fachgruppe.

JFR: In der Medizin setzt sich zunehmend die Personalisierung und Individualisierung in Diagnostik und Therapie durch. Übertragen auf den älteren und alten Menschen birgt das sicher besondere Herausforderungen? Gibt es für Sie eine Prioritätenliste?

CP: Ja, gerade bei älteren Menschen ist Personalisierung besonders wichtig. Das chronologische Alter sagt erstaunlich wenig darüber aus, wie belastbar, robust oder vulnerabel ein Mensch tatsächlich ist. Zwei 80-Jährige können biologisch, funktionell und hinsichtlich ihrer Lebensziele völlig unterschiedlich sein. Deshalb darf es keine Medizin nach dem Geburtsdatum geben. Meine Prioritätenliste wäre: Erstens: die individuelle funktionelle und biologische Situation erfassen – insbesondere Frailty, intrinsische Kapazität, Mobilität, Kognition und Ernährung. Zweitens: Therapieziele gemeinsam mit den Patienten festlegen. Was ist diesem Menschen wichtig? Längeres Überleben, Selbstständigkeit, Schmerzfreiheit oder möglichst

lange zu Hause leben zu können? Diese Ziele müssen klinische Entscheidungen leiten.Drittens: Polypharmazie und Übertherapie vermeiden. Nicht jede leitliniengerechte Intervention ist für jeden älteren Menschen automatisch sinnvoll. Auf der anderen Seite soll einem Mensch mit Frailty nicht a priori ein Medikament enthalten werden. Viertens: Ernährung und Bewegung stärker individualisieren. Gerade hier sehe ich große Gefahren einer unkritischen Übertragung allgemeiner Empfehlungen. Was für jüngere Menschen gesundheitsfördernd sein kann, kann im hohen Alter schaden. Strenge Diäten, Gewichtsreduktion oder unnötige Nahrungseinschränkungen können Muskelmasse und Muskelkraft kosten und eine Sarkopenie oder Frailty begünstigen. Bei älteren Menschen müssen deshalb ausreichende Energie- und Proteinzufuhr sowie der Erhalt der Muskelmasse häufig Vorrang haben. Und fünftens: soziale Situation, Wohnumfeld, Angehörige und persönliche Ressourcen in die Therapieplanung einbeziehen. Personalisierte Medizin bedeutet für mich letztlich, nicht nur die richtige Behandlung für die richtige Krankheit zu finden, sondern die richtige Behandlung für den richtigen Menschen – zu diesem Zeitpunkt seines Lebens. Das ist vielleicht die wichtigste Herausforderung der modernen Geriatrie.

JFR: Die medikamentöse Therapie älterer und alter Menschen ist häufig sehr vielgestaltig und sehr komplex. Sollten die pharmakologische Entwicklung und die Forschung nicht auch dahingehend ausgerichtet werden, Medikamentengruppen so zusammenzufassen, dass die Zahl einzunehmender Medikamente deutlich sinkt? Manche Therapie scheitert sicher an der Fülle der rezeptierten Einzeldosen!

CP: Absolut. Die Polypharmazie ist eine der großen Herausforderungen der Altersmedizin. Allerdings glaube ich, dass wir das Problem nicht allein durch neue Kombinationspräparate lösen können. Wir brauchen vor allem eine andere pharmakologische Perspektive: weg von der krankheitsorientierten Addition einzelner Medikamente, hin zu einer personenzentrierten, integrierten Pharmakotherapie. Die Forschung sollte stärker untersuchen, welche Wirkstoffkombinationen sinnvoll und sicher sind, wie sich Einnahmeschemata vereinfachen lassen und welche Medikamente bei Multimorbidität tatsächlich einen zusätzlichen Nutzen bringen. Ebenso wichtig sind die Entwicklung und Validierung von De/Represcribing-Strategien, also das systematische und kontrollierte Absetzen nicht mehr sinnvoller Medikamente aber auch Erhöhung der Adhärenz bei wichtigen Präparaten. Gerade bei älteren Menschen müssen wir zudem veränderte Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Nierenfunktion, Frailty und mögliche Wechselwirkungen berücksichtigen. Und wir dürfen die Therapielast nicht unterschätzen: Viele Einnahmezeitpunkte und komplizierte Dosierungsschemata gefährden die Adhärenz und damit den Therapieerfolg. Nicht die Zahl der verordneten Medikamente sollte unseren Behandlungserfolg bestimmen, sondern der tatsächliche Nutzen für den einzelnen Menschen – bei möglichst geringer Therapielast und maximaler Lebensqualität.

JFR: Derzeit macht der Begriff Longevity viel Furore. Was versteht man darunter und ist es aus Ihrer Sicht sinnvoll und anstrebenswert, die Forschung nach Möglichkeiten der Lebensverlängerung zu forcieren?

CP: Longevity ist derzeit tatsächlich ein großes Thema. Im Kern geht es um die biologischen Mechanismen des Alterns und die Frage, ob wir diese beeinflussen können, um nicht nur länger, sondern vor allem gesünder zu leben. Ich halte diese Forschung für ausgesprochen wichtig und sinnvoll. Allerdings sollten wir zwischen Lebenserwartung und behinderungsfreie Lebenserwartung unterscheiden: Es reicht nicht, die Lebenszeit zu verlängern. Unser eigentliches Ziel muss sein, die gesunden Lebensjahre zu verlängern und den Zeitraum mit Krankheit, Frailty und Pflegebedürftigkeit möglichst zu verkürzen. Die Gerontologie und Altersmedizin beschäftigen sich schon lange mit diesen Fragen. Neu ist, dass die Forschung zunehmend die biologischen Alterungsprozesse selbst untersucht – etwa zelluläre Seneszenz, chronische Entzündung, mitochondriale Funktion und den Verlust physiologischer Reserven. Daraus ergeben sich spannende therapeutische Perspektiven. Allerdings ist vieles, was derzeit im Longevity-Markt als Durchbruch verkauft wird, wissenschaftlich nicht belegt. Ich sehe deshalb zwei Prioritäten: Wir brauchen mehr hochwertige, klinische Forschung zu den Mechanismen des Alterns und ihren therapeutischen Möglichkeiten. Gleichzeitig dürfen wir die bereits gut belegten Maßnahmen nicht aus den Augen verlieren: Bewegung, Krafttraining, ausgewogene Ernährung, soziale Teilhabe, Prävention und die Behandlung von Risikofaktoren.

JFR: Wovon sollte die Therapie des älteren Menschen abhängig gemacht werden? Gibt es einen Langlebigkeitstest oder ein geriatrisches Assessment, das Hilfestellung für therapeutische Entscheidungen geben kann?

CP: Einen eigentlichen Langlebigkeitstest gibt es nicht. Was wir aber haben, sind sehr gute geriatrische Assessmentverfahren, die für therapeutische Entscheidungen wesentlich aussagekräftiger sind als das Geburtsdatum. Ich halte das Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) für besonders wichtig. Dabei untersuchen wir systematisch motorische und kognitive Fähigkeiten, Mobilität, Ernährung, Sinnesfunktionen, psychisches Befinden und Alltagskompetenz. Entscheidend ist, nicht nur Krankheiten zu zählen, sondern die funktionelle Reserve und die individuelle Vulnerabilität zu erfassen. Besonders wichtig sind für mich die intrinsische Kapazität und Frailty. Sie geben Hinweise darauf, wie gut ein Mensch Belastungen und therapeutische Interventionen verkraften kann. Zusammen mit Komorbiditäten, Nierenfunktion, Medikation und persönlichen Lebenszielen können wir daraus eine wesentlich bessere individuelle Prognose ableiten. Die Therapie sollte deshalb nicht primär vom Lebensalter abhängen, sondern von Funktionalität, biologischer Reserve, Prognose und den Wünschen des Patienten.

JFR: Gibt es Altersgrenzen für ein Screening zum Beispiel für die häufigsten Karzinome wie Brust-, Prostata- und Darmkrebs?

CP: Ja, für die etablierten Krebsfrüherkennungsprogramme gibt es Altersgrenzen. In Deutschland gilt beispielsweise:

- Brustkrebs: Mammographie-Screening für Frauen zwischen 50 und 75 Jahren, in der Regel alle zwei Jahre.

- Prostatakrebs: Die PSA-Bestimmung ist derzeit keine allgemeine Leistung des gesetzlichen Früherkennungsprogramms. Sie sollte nach Aufklärung und individueller Nutzen-Risiko-Abwägung erfolgen.

- Darmkrebs: Anspruch auf eine Koloskopie haben Frauen und Männer ab 50 Jahren; alternativ gibt es den immunologischen Stuhltest (iFOBT). Eine zweite Koloskopie ist bei unauffälligem Befund nach zehn Jahren möglich.

Aber die entscheidende geriatrische Frage lautet: Was machen wir mit Menschen, die diese Altersgrenzen überschritten haben? Hier halte ich eine individualisierte Entscheidung für unverzichtbar. Bei einem robusten 80-Jährigen mit guter funktioneller Reserve und einer Lebenserwartung von mehr als zehn Jahren kann ein Screening durchaus noch sinnvoll sein. Bei einem hochbetagten, gebrechlichen Menschen mit erheblicher Multimorbidität kann dagegen der potenzielle Schaden den Nutzen überwiegen. Wir müssen insbesondere die Zeit bis zum möglichen Nutzen eines Screenings, die konkurrierenden Sterberisiken, Überdiagnostik und mögliche Belastungen der Folgeuntersuchungen berücksichtigen.

JFR: Was sind die wichtigsten Eckpfeiler für eine Pflegevermeidung, die man älteren Menschen mit auf dem Weg geben kann? Welche Rolle spielen hier die Hausärzte und wie müssten sie gegebenenfalls geschult werden?

CP: Die Eckpfeiler sind eigentlich gut bekannt: regelmäßige Bewegung und insbesondere Kraft- und Gleichgewichtstraining, ausreichende und proteinreiche Ernährung, Mundhygiene, geistige Aktivität, soziale Teilhabe, Impfungen, gute Schlafqualität und die konsequente Behandlung chronischer Erkrankungen. Ebenso wichtig sind die Vermeidung von Mangelernährung, Stürzen und unnötiger Polypharmazie. Eine Schlüsselrolle kommt dabei den Hausärztinnen und Hausärzten zu. Sie kennen die Menschen oft über Jahrzehnte und können Veränderungen der Mobilität, Kognition, Ernährung und Alltagskompetenz frühzeitig erkennen. Dafür brauchen sie mehr geriatrische Kompetenz und einfache, strukturierte Screening- und Assessmentinstrumente, die Hinweise auf Frailty und den Verlust intrinsischer Kapazität geben. Bei Auffälligkeiten sollte ein umfassendes geriatrisches Assessment und eine gezielte Intervention folgen. Ich würde deshalb geriatrische Fortbildung verbindlicher in die hausärztliche Weiterbildung integrieren – denke aber auch, dass das die Hausärzte nicht allein schaffen. Wir brauchen meiner Ansicht nach für die sehr komplexen Patienten (nach Screening) auch so etwas wie Ambulante Geriatrische Zentren, die die Hausärzte unterstützen. Und warum sind keine Funktionsparameter in der ePA und warum haben wir und die Pflege keinen Zugriff auf die Pflegegutachten – und die Gutachter nicht auf unser Assessment? Nur wenn wir die Funktionalität auch abrechnungsrelevant als wichtigen Parameter in allen Systemen haben, werden wir irgendwann hoffentlich nicht nur Krankheiten behandeln, sondern Funktionalität beurteilen, Frailty früh erkennen, Prävention einleiten und interprofessionell zusammenarbeiten.

Herzlichen Dank für dieses aufklärende und inhaltsreiche Interview!