Von der symptombezogenen zur personenzentrierten Gesundheitsforschung

«Wir untersuchen, wie es gelingt, die Lebensqualität lange zu erhalten»

Bisherige Alternsforschung hatte das Ziel, einzelne Aspekte wie Kraft, Mobilität und Gedächtnis zu verbessern – mit wenig Effekt. Ein gross angelegtes Foschungsprojekt der Universität Zürich will jetzt herausfinden, was die Lebensqualität jedes einzelnen Menschen im Gesamten stabilisiert.

Interview: Beat Leuenberger

Herr Martin, Sie arbeiten bei einem interdisziplinären Forschungsprojekt der Universität Zürich mit, das den Titel trägt «Wie kann Lebensqualität stabilisiert werden, wenn sich alles ändert?». Haben Sie schon Antworten auf diese Frage?

Mike Martin: Nein, das wissen wir noch nicht. Niemand weiss es. Denn in der Forschung sind die meisten gängigen Untersuchungen darauf angewiesen, dass etwas verbessert werden kann oder dass frühzeitig Verschlimmerungen erkannt werden können. Das ist zwar nicht schlecht, doch solche varianzanalytischen Verfahren sind nicht dazu geeignet, die Stabilität oder die Stabilisierung von Lebensqualität zu untersuchen.

Der Stabilisierung gehen Sie mit diesem Forschungsschwerpunkt jetzt auf den Grund?

*Mike Martin, Prof. Dr. phil., ist Ordinarius für Gerontopsychologie, Direktor des Zentrums für Gerontologie und Geschäftsführender Direktor des Universitären Forschungsschwerpunkts «Dynamik Gesunden Alterns» an der Universität Zürich.

Ja. Wir fragen uns, welche unterschiedlichen Interventionen bei unterschiedlichen Leuten zu unterschiedlichen Zeiten zum gleichen Resultat führen – nämlich zu stabiler Lebensqualität. Dazu suchen wir andere Verfahren als die gängigen varianzanalytischen. Viele Studien untersuchen, wie sich die Verbesserung einzelner Aspekte – Gedächtnis, Mobilität, Kraft beispielsweise – auf die Lebensqualität auswirkt. Solche Studien zeigen zwar, dass es einen statistisch signifikanten Effekt von entsprechenden Interventionen auf Kraft, Mobilität oder Gedächtnisleistung gibt. Doch die Effekte sind im Durchschnitt extrem klein und haben kaum Auswirkungen auf die Lebensqualität der Testpersonen.

«Wir wollen alten Menschen Zugang zu ihren Daten geben und Forschende aus ihnen machen.»

Wir suchen nun danach, was bei einer einzelnen Person zu einem möglichst grossen Effekt führt. Der varianzanalytische Forschungsansatz ist symptomzentriert: Was verbessert die Lebensqualität aller älteren und alten Menschen in gleichem Mass ein bisschen? Unser Ansatz ist personenzentriert: Was stabilisiert auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse die Lebensqualität einer einzelnen Person im Gesamten?

Sie machen also qualitative Forschung am Einzelfall?

Nein. Wir suchen nach einem Regelsystem, das wir bei jeder, für sich sehr unterschiedlichen Person einsetzen können. Ein Beispiel dafür ist etwa die «Entschreibung» von Medikamenten bei älteren Personen, die eine ganze Anzahl verschiedener Arzneien einnehmen. Schädliche Neben- und Wechselwirkungen, Suchtpotenzial und Abhängigkeit jedes Medikaments klären wir für jede Person ab. Ergebnisse dieses Regelhaften sind individuelle Lösungen: Bei der einen Person wird man drei, bei

einer anderen fünf Medikamente absetzen, bei der dritten alles beim Alten belassen. Wir möchten ein wissenschaftliches Instrument bekommen, Algorhythmen, die wir bei allen Personen einsetzen können.

Der Forschungsschwerpunkt berücksichtigt neurophysiologische, neuroanatomische, psychologische und medizinische Grundlagen, die Gesundheit und Lebensqualität erhalten. Wie gehen Sie dabei konkret vor?
Unsere besondere Strategie ist es, von relativ wenigen Personen – ich denke an ungefähr 1000 – sehr viele verschiedene Informationen zu erfassen über die Gehirnstruktur, die Nutzung des Gehirns, die geistigen Leistungen, die Handlungsmotive, das Alltagsverhalten und die biologische Ausstattung. In einem nächsten Schritt untersuchen wir, wie alle diese Dinge zusammenhängen bei Personen, denen es gelingt, ihre Lebensqualität lange zu erhalten. Wir bringen alle Informationen in einen theoretisch sinnvollen, systematischen Zusammenhang.

«Wir trennen nicht zwischen gesunden und kranken Alten. Wir untersuchen nur Menschen.»

Mit welchem Ziel?
Das Ziel ist, einen Entscheidungsbaum zu erarbeiten, der vorgibt, wie wir bei einer Person am besten vorgehen, von der wir zunächst nur wissen, dass sie alt ist und eine Diagnose bekommen hat, etwa einer Demenzerkrankung. Wir möchten zu ganz praktischen Vorgehensweisen kommen, zu Guidelines, mit klinischer Evidenz und Forschungsevidenz, die zu besseren individuellen Ergebnissen für die betroffenen Personen führen.

Klinische Evidenz ist ja nicht dasselbe wie Forschungsevidenz. Betreiben Sie denn nun Grundlagen- oder Anwendungsforschung?
Wir glauben, dass wir diese Trennung aufheben. Wir machen Grundlagenforschung, um ein Regelsystem zu schaffen, das auf unterschiedliche Personen anwendbar ist. Gleichzeitig ist es aber auch Anwendungsforschung, weil die Guidelines für jede einzelne Person gelten.

Sie übergeben also diese Instrumente der Praxis?
Ja. Und diese Praxis schliesst auch Personen mit ein, die kein gesundheitliches Problem haben. Der Ausgangspunkt war nämlich, uns zu überlegen, was völlig gesunde Leute gesund erhält. Die meisten Leute denken, wenn sie keine Grippe und keine Depression haben und nicht dement sind, seien sie gesund. Die Empfehlung wäre also etwa, Gedächtnistraining zu machen, um nicht dement zu werden. Der Nachteil ist, dass die Menschen nicht nur an Demenz erkranken, sondern noch viele andere gesundheitliche Probleme haben. Für jede einzelne Krankheit, die droht, bräuchten sie ein oder zwei Stunden Präventionsmassnahmen pro Tag.

«Das ganze Leben würde daraus bestehen, auf Katastrophen zu warten.»

Was spricht dagegen?
Diese Denkweise ist meines Erachtens unrealistisch. Wer will denn schon ein solches Leben führen: morgens von 8 bis 10 Demenz vermeiden, von 10 bis 12 soziale Isolation vermeiden, von 12 bis 13 Uhr ungesunde Ernährung vermeiden und so weiter? Das ganze Leben würde daraus bestehen, auf Katastrophen zu warten und prophylaktisch etwas zu tun, damit sie nicht eintreten oder weniger schlimm sind.

Was schlagen Sie stattdessen vor?
Wir können überlegen, was gesunde Leute tun, damit sie gesund bleiben. Das sind meistens keine prophylaktischen Massnahmen. Vielmehr beanspruchen sie ihre Fähigkeiten in wechselnder Weise und in unterschiedlichen Kombinationen, zum Beispiel in einem interessanten Job. Wir glauben, dass dies sozusagen das beste Training ist. Gleichzeitig vermeiden die Leute damit Erkrankungen, obwohl sie ursprünglich gar nicht dieses Ziel haben. Diese Idee lässt sich auf jede einzelne Person anwenden, ob mit oder ohne Diagnose. Wir möchten nicht darüber streiten, wer gesund ist und wer krank, sondern verstehen und messbar machen, was jemand tun muss, um seine jetzige Lebensqualität zu stabilisieren. Wenn wir uns das aus einer personenzentrierten Sicht überlegen, brauchen wir nicht mehr zu trennen zwischen den kranken und den gesunden Alten. Wir untersuchen einfach nur Menschen.

Dazu benötigen Sie neue Messverfahren. Welche?
Wie gesagt: Zum einen brauchen wir viele Informationen von relativ wenigen Personen. Und wenn wir Gesundheitsstabilisierung als Prozess abbilden wollen, müssen wir für jede Person mehrere Messungen machen, mindestens fünf bis zehn. Um innert nützlicher Frist vernünftige Resultate zu bekommen, brauchen wir neue Instrumente, mit denen wir das, was uns interessiert, häufig in kurzen Abständen messen können.

Können Sie das konkretisieren?
Ein Beispiel: Wir beschäftigen uns damit, welche Rolle das Mobilitätsverhalten oder die sozialen Aktivitäten einer Person für ihre langfristige gesundheitliche Entwicklung spielen. Dazu wollen wir Daten im Alltag auf eine Art und Weise erfassen, die für die Personen, die an unserem Projekt teilnehmen, wenig störend ist. Wir statten etwa ein Handy mit einem Messinstrument aus, das alle 12 Minuten für 30 Sekunden Tonaufzeichnungen macht. Diese nutzen wir, um die sozialen Aktivitäten von Leuten in ihrem Alltag zu messen. So lässt sich zum Beispiel feststellen, ob sie sich verändern, wenn jemand von Zuhause in ein Heim umzieht.

Sind soziale Aktivitäten ein Marker für die Gesundheit?
Für viele Leute schon, die befürchten, dass der Wegzug von zu Hause in ein Heim die sozialen Kontakte gefährdet. Für ihre Lebensqualität und Gesundheit sind sie ganz zentral. Für andere ist es die Mobilität – die Möglichkeit, dorthin zu kommen, wohin sie möchten. Ohne die Leute befragen zu müssen, wollen wir mit Messgeräten feststellen, ob bestimmte Massnahmen in stationären Einrichtungen, etwa bessere Markie- >>

rungen und Signalisationen, einen grösseren Bewegungsradius erlauben.

Bevor Sie das untersuchen, müssen Sie von den Probanden aber wissen, welche Bedeutung für sie hat, was Sie messen.

Ja. In diese Richtung wird sich meines Erachtens die gesamte Gesundheitsentwicklung bewegen. In der Tat unterscheidet sich nämlich das, was Gesundheit ausmacht, oder die Art, Gesundheit und Zufriedenheit herzustellen, von Person zu Person und ändert sich auch über die Zeit. In unserer Forschung haben wir zum Beispiel ein Bedürfnisinventar für Personen mit Gedächtnisbeeinträchtigung entwickelt. Die Bedürfnisse, die wir erfassen, sind nichts anderes als Prioritätensetzung: Was ist für eine Person am wichtigsten? Dass sie zuhause ohne fremde Hilfe leben kann? Oder dass sie sich sehr sicher fühlt? Ein Ergebnis unserer Forschung ist die systematische Erfassung der subjektiven Bedürfnisse.

Bei der Beschreibung Ihres Projekts sprechen Sie auch von gesundheitsstabilisierenden Interventionen. An welche denken Sie?

Die kann bisher noch niemand benennen. Die meisten Interventionen, die wir bisher kennen, haben ja eine gesundheitsverbessernde Absicht. Meine Hypothese und unsere Befunde legen die Vermutung nahe, dass der Wechsel und die Kombination verschiedener Aktivitäten zur Stabilisierung der Gesundheit führen, ohne dass die Menschen an die Grenzen ihrer Fähigkeiten gehen müssen. Die Herausforderung ist es, heraus-

Mehr Informationen:
www.dynage.uzh.ch (Forschungsprojekt),
www.zfg.uzh.ch (Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich)

Was vermag die Lebensqualität zu stabilisieren? Sind es soziale Kontakte, die Mobilität oder ein gutes Gedächtnis? Die neue Alternsforschung sucht nach individuellen Faktoren.

zufinden, was jede einzelne Person ganz konkret tun muss, damit ihre Gesundheit so bleibt, wie sie es sich vorstellt. Dies erfordert ein Regelwerk, eine Kalibrierung, die den momentanen Ist-Zustand feststellt. Dann klären wir ab, ob sich daran etwas verändern soll und wie sich eine Veränderung wahrscheinlich auswirken wird.

Das tönt ziemlich theoretisch.
Ist es aber nicht. Mit Kollegen in Wales, in einem sogenannten Age Well Center, testen wir diese Vorgehensweise gerade. Mit den Menschen, die dahin kommen, besprechen wir, ob es etwas gibt, was sie in ihrem Leben ausprobieren oder ändern möchten. Wir machen eine Zielvereinbarung mit ihnen – zum Beispiel, die geistige Leistungsfähigkeit zu verbessern –, ohne mehr Zeit darauf zu verwenden. Ein halbes Jahr später überprüfen wir, was die Leute gemacht und ob sie das Ziel erreicht haben. Sie tun das in ihrem eigenen Alltag, also in einer Umwelt, die es schon gibt, die wir nicht extra bauen müssen. Wir stellen fest, dass die Trainings gleich gut wirken wie diejenigen in einer Laborsituation. Sie haben aber den grossen Vorteil, dass die Wirkung im Alltag anhält. Einen Transfer vom Labor in den Alltag kann die Trainingsforschung dagegen seit 30 Jahren nicht zeigen.

«Wir suchen danach, was bei einer einzelnen Person zu einem grossen Effekt führt.»

Foto: Maria Schmid

Machen bei Ihrem Forschungsprojekt auch hochaltrige Personen mit?
Ja. Daran haben wir ein grosses Interesse. Unter anderem lancieren wir partizipative Forschungsprojekte, die wir zusammen mit älteren Personen konzipieren. Gerade sind wir mit einer Arbeitsgruppe von Senioren daran, die Kriterien für gute Forschung festzulegen. In Zukunft wollen wir vermehrt auch älteren Personen Zugang zu ihren Daten geben und sie in die Lage versetzen, sie auszuwerten und zu interpretieren. Es ist in unserem Sinn, sie selbst zu Forschenden zu machen.

«Wir suchen danach, was bei einer einzelnen Person zu einem grossen Effekt führt.»

Wann wird dieses Forschungsprojekt abgeschlossen sein?
Wahrscheinlich haben wir mit diesem ganz neuen Ansatz noch Jahrzehnte zu tun. Die Förderung des jetzigen Projekts ist auf zehn Jahre begrenzt.

Haben Sie schon erste Resultate?
Ja, wir haben erste Ergebnisse, die zeigen, dass sich Alltagsaktivitäten, zum Beispiel soziale Kontakte, in der Gehirnentwicklung und in der Hirnstruktur niederschlagen. In weiteren Studien, die gerade mit mehreren 100 Personen im Alter zwischen 40 und 70 Jahren angelaufen sind, machen wir Hormonanalysen. Wir untersuchen die Entwicklung von fitten gesunden Menschen.

Welches ist Ihre Rolle in diesem Projekt?
Gemeinsam mit dem Neuropsychologen Lutz Jaencke leite ich diesen Forschungsschwerpunkt der Universität Zürich. Das passt gut, denn dadurch interessiert sich die Neuropsychologie für die Gerontolgie und umgekehrt. Wir fragen uns nach dem systematischen Zusammenhang zwischen der einzelnen Zelle und der Gesellschaft. Darüber hat sich die Forschung bisher noch wenig Gedanken gemacht. Wenn wir verstehen wollen, wie wir lange gesund bleiben, müssen wir Volkskundler, Ethnologen, Neuropsychologen, Mediziner und Biologen zusammenbringen. Die Stärke unseres neuen Ansatzes wird sein, dass er eine interdisziplinäre Dimension hat und im Alltag stattfindet – nicht im Labor. Der Alltag war bisher für die Alternsforschung völlig unerschlossen.

Werden auch Menschen, die in Alters- und Pflegeheimen leben, von diesem Forschungsprojekt profitieren können?
Mit Sicherheit. Es nimmt Fragestellungen auf, die bisher oft zu komplex für die Forschung waren. Multimorbidität beispielsweise war bis vor Kurzem aus der evidenzbasierten Forschung praktisch ausgeschlossen, obwohl 80 Prozent der älteren Patienten, die ins Spital kommen, multimorbid sind. Die klassische evidenzbasierte medizinische Forschung aber sagt, sie brauche Leute, die nur eine einzige Erkrankung haben, da jede weitere die Behandlungsergebnisse beeinflussen könnte. Der Ansatz, den wir wählen, macht Multimorbidität beforschbar. Wir können damit Evidenz gewinnen für das, was bei den unterschiedlichsten Fällen aus wissenschaftlicher Sicht die bestmögliche Behandlung oder Nichtbehandlung ist.

Gibt es auch ökonomisch relevante Aspekt dieser Forschung?
Laut einer amerikanischen Zeitschrift für Gerontologie sind 13 Prozent der über 65-Jährigen dement. Aber wäre es nicht auch interessant zu verstehen, was die 87 Prozent der Nichtdementen gesund erhält? Das Bundesamt für Statistik hat errechnet: Wenn es uns gelingt, die Gesunden ein Jahr länger gesund zu erhalten als bisher prognostiziert, sparen wir pro Jahr sieben Milliarden Franken Kosten im Gesundheitswesen.

Was ist Gesundheit?
Wir stellen die Stabilisierung in den Mittelpunkt: Gesundheit ist die Fähigkeit zur Anpassung und zum Selbstmanagement angesichts alltäglicher Anforderungen. Wie schaffen wir es im Alltag, unsere Gesundheit aufrechtzuerhalten? Die medizinische Versorgung trägt ungefähr 10 bis 15 Prozent dazu bei. Andere Einflüsse, sozioökonomische Bedingungen und vor allem der Lebensstil, sind mit 40 bis 50 Prozent viel entscheidender. Die Evidenz, nach der wir suchen, ist: Wie viele und welche Wege gibt es, die Gesundheit zu stabilisieren? ●