

13 SENIOREN IN WIEN

Zusammenfassung

Männer und Frauen altern quantitativ wie qualitativ unterschiedlich. Die altersrelevanten Einschnitte konzentrieren sich bei Männern auf einen kürzeren zeitlichen Rahmen, die qualitativen Anforderungen bei Männern sind vor allem der Pensionsantritt und das zunehmende Angewiesensein auf die Unterstützung anderer. Männer sind von den typischen Altersrisiken, wie Alleinleben oder gesundheitlichen, materiellen und sozialen Beeinträchtigungen, weniger betroffen. Männer wohnen auch seltener allein als Frauen. Im internationalen Vergleich sind Frauen 2–10mal häufiger verwitwet.

Männer schätzen ihren Gesundheitszustand generell als besser ein denn Frauen. 50 % der Männer halten ihn für sehr gut oder gut, während dies bei den Frauen nur auf 40 % zutrifft. Generell sind 34,4 % der Wiener männlichen Senioren ohne Beeinträchtigungen, wie Seh- und Hörprobleme, Bewegungsbeeinträchtigungen oder chronische Krankheiten (26,9% der Frauen). Insgesamt liegt der Anteil der Männer bei allen Sehbeeinträchtigten, Hörbeeinträchtigten, Gehbehinderten und chronisch Kranken zwischen 30 und 40 %. Den höchsten Stellenwert bei chronischen Krankheiten haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen (33,8 %), Wirbelsäulenschäden (17,8 %), Gicht, Ischias und Rheuma (9,7 %).

Die Wahrscheinlichkeit, hilfsbedürftig zu werden, ist bei den über 70jährigen Männern (7,9 %) geringer als bei Frauen. Sie nehmen auch weniger Hilfe durch Familie, Freunde und Bekannte in Anspruch und sind weniger häufig von öffentlichen Diensten abhängig als Frauen.

Summary

Men and women age differently, qualitatively as well as quantitatively. The challenges for men, most importantly, the onset of retirement and increasing dependence on others. Men are less affected by the typical risks of old age, such as living alone or reduction in health status, material comforts and social interaction. Men also live alone less frequently than women. Women survive their spouses 2 to 10 times more often.

Men's assessment of the state of health is generally better than women's. 50 % of men judge their health to be very good or good, compared to 40 % of women. Of Viennese male seniors, 34.4 % have no disabilities such as vision or hearing loss, trouble moving, or chronic illnesses, compared to 26.9 % of women. Men make up 30 to 40 % of those suffering from these disabilities. The most frequent of the chronic diseases are cardiovascular disorders (33.8 %), damage to the spine (17.8 %), and arthritis, sciatica, and rheumatism (9.7 %).

The probability of becoming dependent is lower among men over 70 (7.9 %) than in women in that age group (11.9 %). They also accept less help from family and friends, and are less frequently dependent on public services than women.

13.1 Sozioökonomische Situation

Die demographische Alterung, d.h. die Tatsache, daß sich der Anteil der älteren Personen an der Wohnbevölkerung erhöht, ist nicht als Trend zur sozialen Überalterung zu interpretieren. Die Gleichsetzung demographischer Alterung mit sozialer Überalterung wird aus wissenschaftlicher Sicht als Fehlschluß gesehen, und demographische Faktoren sind lediglich als Rahmenbedingungen zu betrachten.

Das kalendarische Alter ist in der Altersforschung eine sehr komplexe Variable. Es umfaßt nicht nur das aktuelle Lebensalter, sondern ist auch Ausdruck der Lebensdauer und psychosozialer Alterungsprozesse. Die wirtschaftliche Lage und die soziale Situation älterer Menschen von heute unterscheiden sich sicherlich deutlich von jenen der Zukunft, genauso wie sie sich von denen der Vergangenheit unterscheiden. Es ist anzunehmen, daß die zukünftigen älteren Menschen finanziell oft besser gestellt, besser ausgebildet und wahrscheinlich aktiver sein werden als die heutige Generation älterer Menschen (HÖPFLINGER et al., 1992).

Alters- und Alterungsdiskussionen werden oftmals in der Öffentlichkeit noch immer als defizit-orientierte Diskussionen geführt. An die gerontologische Forschung wird der Anspruch erhoben, sich nicht nur auf Fragen der Pflegebedürftigkeit und Altershilfe zu beschränken, sondern Fragen lebenszyklischer Entwicklungen, der Fortbildung, der sozialen Teilnahme und Integration, der Prävention und Therapie etc. gleichwertig zu berücksichtigen (HÖPFLINGER et al., 1992).

Die Weltgesundheitsorganisation unterscheidet auf Basis des kalendarischen Alters in der zweiten Lebenshälfte zwischen alternden Menschen (51. bis 60. Lebensjahr), älteren Menschen (60- bis 75jährigen), alten Menschen (75- bis 90jährigen), hochbetagten Menschen (über 90jährigen) und langlebigen Menschen (über 100 Jahre alt).

206

Nach ROSENMAYER (1993) bedeutet das Alter aus soziologischer Sicht einen Status, der Personen derselben Altersgruppe zugeordnet wird. Das Alter ist je nach gesellschaftlicher Situation ein hochgeschätzter oder mißachteter Status. Soziologisches Alter ist eng mit den jeweiligen Normvorstellungen einer Gesellschaft verbunden, und Altern ist demgemäß sowohl sozial wie historisch zu deuten (HÖPFLINGER et al., 1992).

Jedoch ist auch das soziologische Alter ebenso mehrdeutig wie beispielsweise das psychologische Alter. Diese Altersbegrenzungen haben daher nur Orientierungswert (ROSENMAYER, 1990).

Der Umgang mit dem Alter und dem Altern ist von ökonomischen, politischen und ideologischen Diskussionen geprägt. In jeder Gesellschaft gibt es widersprüchliche Sichtweisen dieses Umstandes, und je nach Kontext wird das Alter bzw. Altern als Belastung oder als Fortschritt und Ressource betrachtet (BACKES, 1994).

Die Soziologin Gertrud Backes beschreibt, daß bei all diesen Diskussionen die Hintergründe der jeweiligen Positionen außer acht gelassen und selten Verbindungen zu anderen gesellschaftlichen Entwicklungen und Interessen gesucht werden. So wird selten die dahinter verborgene Sozialstruktur des Alters untersucht, die sich nach Geschlecht, Lebenslage, Status, Schicht, Nationalität, Region und anderen Merkmalen sozialer Ungleichheit unterscheidet (BACKES, 1994).

Sie schreibt: „Alter hat sich vom ehemals primär individuellen über ein primär soziales zum primär gesellschaftlichen Problem entwickelt. Dabei stehen nicht nur bisherige Konzepte des Alters zur Debatte, sondern darüber hinaus andere tragende Strukturen unserer Gesellschaft, etwa jene der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, der Arbeitsteilung zwischen den Generationen und Kohorten und der einseitigen Konzentration von Rechten und Entfaltungschancen auf Erwerbsarbeitende.“

13.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede des Alterns

Die Diskussion in bezug auf Alter(n) wird für Männer und Frauen vor allem öffentlich unterschiedlich geführt. Die gesellschaftlichen Veränderungen, insbesondere auch der Strukturwandel des Alters,

zeigt seine negativen Begleiterscheinungen und Konsequenzen eher bei Frauen, die positiv bei Männern. BACKES (1994) spricht von einem quantitativ und qualitativ unterschiedlichen Umgang von Männern und Frauen:

- „Männer müssen sich mit weniger und Frauen mit mehr grundlegenden Veränderungen und Verlusten lebensbestimmender Aufgaben und Beziehungen auseinandersetzen. Die relevanten Einschnitte konzentrieren sich bei Männern auf einen kürzeren zeitlichen Rahmen als bei Frauen.“
- „Die qualitativ-inhaltlichen Anforderungen, die an Männer und Frauen im Laufe des Lebens gestellt werden, unterscheiden sich deutlich: Bei Männern konzentrieren sie sich auf die Bewältigung des ‚Verlust der Erwerbsarbeit und Neubestimmung von Inhalten und Zielen‘ sowie ‚Bewältigung des Angewiesenseins auf Unterstützung durch andere, in der Regel der Partnerin‘.“
- „Bei Frauen stehen darüber hinaus Veränderungen und Verluste in zusätzlichen Bereichen im Vordergrund – nach Auszug der Kinder – um Veränderungen der Hausarbeit, um das Ende der Erwerbsarbeit und der Erwerbsarbeit des Partners, um die Übernahme von Pflegekräften für oder alter Familienmitglieder (meist hochbetagter Eltern bzw. Schwiegereltern und des Partners) und um die Betreuung von Enkelkindern, also um die Übernahme neuer familiärer Aufgabenbereiche.“
- „Im höheren Alter geht es stärker um Hilfsbedürftigkeit gegenüber den eigenen Kindern als um die Unterstützung von professionellen Kräften. Darüber hinaus geht es um die Bewältigung des Partnerverlustes, um die Bewältigung des alleine-Weiterlebens oder auch des Überganges in ein Alten- oder Pflegeheim“ (BACKES, 1994).

Das heißt, daß typische Altersrisiken, wie Alleinleben, gesundheitliche, materielle und soziale Beeinträchtigungen, Männer weniger stark betreffen. Andererseits schaffen es Männer eher als Frauen, den Beeinträchtigungen des Alter(n)s konstruktiv umzugehen und trotzdem ein zufriedenes Leben zu führen.

Es können jedoch auch keine Verallgemeinerungen gemacht werden: So kann nicht vom Typus der Männer oder alter Mann und ältere oder alte Frau gesprochen werden, da sich für jeden, je nach Lebenssituation und Arbeitsverhältnissen, Alter, sozialer Schicht, Biographie, persönlichem Lebensstil und kulturellen Deutungen, nach Region, Lebens- und Wohnumfeld, familiären Bedingungen und persönlichen Interessen, die konkrete Lebenssituation ergibt (BACKES, 1994).

13.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Familiensituation älterer Menschen in Österreich

Durch die demographischen Veränderungen gibt es auch in bezug auf Familie und Verwandtschaft soziale Entwicklungen: Durch die kürzere Lebenserwartung z.B. 1870/80 (Männer 37 Jahre, Frauen 43 Jahre) kam es nur kurze Zeit innerhalb einer Familie zu Überlappungen dreier Generationen. Durch eine wesentlich höhere Lebenserwartung, kommt es zu einer „Ausdehnung“ der Verwandtschaft, und es wird beinahe eine ganze Generation eingefügt, welches als „intergenerationale Ausdehnung“ bezeichnet wird (HETTLAGE, 1992). Demnach hat es noch nie so viele Großeltern gegeben wie heute. In der Soziologie wird von einer vertikalen Verlagerung des Verwandtschaftssystems gesprochen (LÜSCHEN, 1989; HETTLAGE, 1992). Dabei ist aufgrund der Tatsache, daß Frauen eine höhere Lebenserwartung haben als Männer, von einer „Feminisierung der Verwandtschaft“ die Rede. Vorzeitiges Ausscheiden der Älteren aus dem Beruf zieht erwartungsgemäß ein stärkeres Engagement für die nachfolgende Generation nach sich. Die Drei-Generationenfamilie wird als soziales und finanzielles Netz angesehen. Wenn die Großeltern selbst noch erwerbsfähig sind, sind sie zwar für die direkte Kinderbetreuung nicht verfügbar, können ihre Kinder bzw. Enkelkinder finanziell unterstützen.

Männer sind von dem Umstand, sich um die nachfolgende Generation zu sorgen, weniger betroffen als Frauen: zum einen aufgrund der geringeren Lebenserwartung und zum anderen aufgrund der erfahrungsgemäß höheren Engagements von Frauen (vor allem von Großmüttern) für die V

schaft (HETTLAGE, 1992). Laut Mikrozensus „Ältere Menschen in Österreich“ erhalten 13 % der befragten Haushalte Hilfe von Personen ab 60 Jahren. In der Regel sind es die Mütter, die helfen. Haushalte, die Unterstützung erhalten, bekommen diese in der Hälfte der Fälle von den Müttern und in nur 17 % von den Vätern (ÖSTAT, 1989).

Vor allem was die tägliche Hilfe betrifft, erfahren Familien häufiger durch ältere Frauen als durch ältere Männer Hilfe. Dies trifft besonders auf die Hilfe bei der Haushaltsführung zu (12 % der Frauen, 3 % der Männer). Auch bei der Betreuung von Wohnung und Garten bestehen die Unterschiede zwischen Männern und Frauen (Frauen 9 %, Männer 5 %).

15 % der alten Menschen fühlen sich allein und isoliert. Auf ältere Frauen trifft dies dreimal so häufig zu als auf Männer (21 % vs. 7 %). Trotz der „intergenerationellen Ausdehnung“ ist bei Frauen das Alter oftmals durch Alleinsein geprägt. Ältere Männer wohnen wesentlich seltener allein als Frauen. Besonders hoch ist der Anteil der alleinlebenden Personen in der Altersgruppe ab 75 Jahren (47 %), und hier besonders bei den Frauen (61 %). Schon ab dem 50. Lebensjahr leben Frauen seltener mit ihrem Ehepartner in einem gemeinsamen Haushalt, Männer jedoch erst ab dem 75. Lebensjahr. Fast jede zweite 60- bis 64jährige Frau und nur mehr jede 10. Frau über 85 Jahre lebt mit ihrem Ehemann oder Lebensgefährten im gemeinsamen Haushalt (SENIORENBERICHT, 1994).

Im internationalen Vergleich sind verwitwete Frauen 2- bis 10mal häufiger anzutreffen als verwitwete Männer. Bei Männern liegt der Prozentsatz der Verwitweten zwischen 7 und 24 % (bei den Frauen zwischen 47 und 68 %) (DICZFALUSY, 1998) (Tab. 13.3.1).

Tabelle 13.3.1: Prozentsatz der Verwitweten bei den 60jährigen und älteren in den Ländern mit den höchsten Bevölkerungsraten 1996

Land	Männer	Frauen
China	24	52
Indien	20	51
Europäische Union	13	44
USA	11	42
Indonesien	11	58
Brasilien	13	47
Russische Föderation	12	55
Pakistan	12	47

208

Quelle: Diczfalusy, 1998

Offensichtlich werden Frauen jedoch mit dem Alltag eines Einpersonenhaushaltes leichter fertig als Männer. Frauen waren während ihres gesamten Lebens für die Haushaltsführung verantwortlich. Also ziehen verwitwete Männer viel öfter in ein Alten- oder Pflegeheim bzw. zu ihren Kindern als Frauen (SENIORENBERICHT 1994). Der Anteil der älteren Männer, die Kinder, Schwiegerkinder und in geringerem Maß Geschwister haben, liegt in praktisch allen Altersgruppen höher als jener der Frauen mit diesen Verwandten. Dieser höhere Anteil ergibt sich vor allem aufgrund der höheren Quote der jemals Verheirateten. Der Anteil der Männer und Frauen, deren Eltern noch leben, ist bei beiden Geschlechtern gleich, jener mit Urenkeln aufgrund des niedrigeren Alters bei der Geburt der eigenen Kinder bei Frauen höher (ÖSTAT, 1989).

Geschlechtsspezifisch zeigt sich bei älteren Frauen, die allein leben, daß sie häufiger Besuche machen (38 % zumindest wöchentlich, 19 % nie) als alleinstehende Männer (30 % zumindest wöchentlich, 25 % nie). In Mehrpersonenhaushalten machen Männer etwas häufiger Besuche als Frauen. 6 % der älteren Frauen und 5 % der Männer besuchen ihre Verwandten oder Bekannten täglich. 25 % der Frauen und 23 % der Männer besuchen diese wöchentlich. Frauen machen zu 17 % keine derartigen Besuche im Vergleich zu 14 % der Männer.

Die Besuchshäufigkeit der älteren Menschen ist auch von der Schulbildung abhängig. Ältere Menschen mit höherer Schulbildung besuchen ihre Verwandten und Bekannten häufiger als Menschen mit Pflichtschulabschluß.

Die Kontaktpflege mit Bekannten und Freunden schränkt sich mit zunehmendem Alter ein. Kontaktpflege mit Nachbarn werden mit ansteigendem Alter immer wichtiger. Ältere Menschen besuchen Nachbarn häufiger als durch Freunde und Bekannte (11 % täglich) (ÖSTAT, 1989).

Man kann davon ausgehen, daß etwa die Hälfte der über 60jährigen ihre Freizeit auch durch regelmäßige Besuche von Veranstaltungen und Lokalen gestalten, und zwar Männer häufiger als Frauen (62 % vs. 46 %). Männer nehmen auch etwas häufiger als Frauen an Sportveranstaltungen und Kulturveranstaltungen teil. Frauen hingegen bevorzugen etwas häufiger als Männer Ausflüge und sind Mitglieder in Seniorenklubs (32 % der Männer vs. 37 % Frauen) (ÖSTAT, 1989). Seniorenzentren organisieren oftmals eine Vielfalt von Aktivitäten, wie etwa Bildungs- und Kulturveranstaltungen, Bewegungsprogramme, Kulturveranstaltungen, Wanderungen und Ausflüge. Befragt man Senioren, so würden sie sich eine größere Zahl solcher Seniorenzentren wünschen (SCHÖBERBERGER et al., 1995).

Wie bei der Pflege des Bekanntenkreises nehmen auch diese Aktivitäten mit zunehmendem Alter bei beiden Geschlechtern ab, bei Männern zu einem geringeren Prozentsatz. Bei den über 70jährigen sind es 45 % Männer und 33 % Frauen, die Freizeitaktivitäten angeben (ÖSTAT, 1989).

13.4 Subjektiver Gesundheitszustand der älteren männlichen Bevölkerung

Der subjektive Gesundheitszustand der Wiener SeniorInnen wurde in mehreren Surveys untersucht und ist im WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT detailliert dargestellt. Aus dem Mikrozensus 1991 geht hervor, daß Männer ihren Gesundheitszustand immer als etwas besser einschätzen als Frauen. Über 50 % der über 60jährigen Männer sehen ihren Gesundheitszustand als gut bzw. gut an (etwa 40 % der Frauen). Auch der Anteil der Männer mit subjektiv schlechtem Gesundheitszustand ist geringer als bei den Frauen (etwa 12 % vs. 17 %).

Mit zunehmendem Alter verschlechtert sich der Gesundheitszustand. Den eigenen Gesundheitszustand empfinden Frauen mit zunehmendem Alter häufiger als „schlecht“, als dies bei den Männern der Fall ist. Bei den über 75jährigen bezeichnen 17 % der Frauen ihren Gesundheitszustand als sehr schlecht im Vergleich zu 14 % der Männer, wobei anzumerken ist, daß Frauen einen höheren Anteil von „schlechten“ Tagen verzeichnen (ÖSTAT, 1989). Im Gegensatz zu den Männern schätzen Frauen jedoch ab dem 45. Lebensjahr ihren Gesundheitszustand als „schlechter“ ein denn Männer (FRIEDL, 1991).

Der Beeinträchtigungsgrad der Wiener Senioren ist geringer als der der Seniorinnen. Dies gilt sowohl für Seh-, Hör- und Bewegungsbeeinträchtigung als auch für chronische Krankheiten. Insgesamt sind 34,3 % der Senioren ohne Beeinträchtigung (26,9 % der Seniorinnen). Nach Altersgruppen untergliedert trifft dieser Umstand auf alle Altersgruppen zu, außer auf die 79jährigen. In dieser Altersgruppe wird von einem etwas höheren Prozentsatz als bei den Seniorinnen mindestens eine körperliche Beeinträchtigung erwähnt (72,3 % vs. 68,6 %). Insgesamt liegt der Anteil der Männer bei allen Sehbeeinträchtigten, Hörbeeinträchtigten, Gehbehinderten und Chronisch Kranken zwischen 30 und 40 %. Chronisch krank sind 53 % der Senioren in Wien (61 % der Seniorinnen). Den höchsten Stellenwert haben Herz-Kreislauf-Erkrankungen (33,8 %), Wirbelsäulenerkrankungen (17,8 %), Gicht, Ischias und Rheuma (9,7 %). Umgerechnet auf Absolutzahlen, leiden 52.300 Senioren an chronischen Krankheiten (106.400 Seniorinnen) (MIKROZENSUS ÖSTERREICH, STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN, 1997).

In Wien ergibt sich im Vergleich zu Gesamtösterreich in bezug auf die Gesundheit der Senioren der über 55jährigen ein besonderes Bild. Schäden der Wirbelsäule und Erkrankungen der Atemwege, aber auch chronische Atemwegserkrankungen (Asthma, Emphysem, chronische Bronchitis) sind bei Männern weniger häufig vor (25 % bzw. 22 %) als im übrigen Bundesgebiet (altersstandardisiert). Bei der Zuckerkrankheit (Typ-I- und Typ-II-Diabetes) verhält es sich gegenteilig. Die altersstandardisierte Prävalenzrate liegt bei Männern um etwa 10 % höher als im Bundesdurchschnitt.

Von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist ein Drittel der Männer ab dem 75. Lebensjahr betroffen (im Gegensatz zu einem Sechstel der Frauen). Bei den jüngeren SeniorInnen geben Frauen häufiger eine Krankheit dieser Kategorie an. Der Unterschied zum Bundesdurchschnitt zeigt, daß die altersbereinigte Krankheitshäufigkeit in Wien bei Männern um ein Achtel und bei Frauen um ein Drittel niedriger ist.

Die Anzahl der Beschwerden und Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu. Männer geben weniger häufig als Frauen Beschwerden an. Im Mikrozensus haben 9 % der 60- bis 74jährigen sechs oder mehr Beschwerden, in der Altersgruppe der 75- bis 84jährigen sind es 26 % (bei den Frauen 16 % bzw. 30 %). Bei den über 85jährigen ist davon etwa ein Drittel betroffen, Männer etwas weniger (31 %), Frauen etwas mehr (37 %). In allen Altersgruppen, nicht nur bei den SeniorInnen, geben Männer weniger häufig Beschwerden an (WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997).

13.5 Pflegesituation und Pflegebedürftigkeit von älteren Männern in Österreich und Wien

Im Alter besteht der Bedarf an fremder Hilfe und Pflege für die Bereiche Gesundheit, Wohnen, häusliche Versorgung, Einkommen und soziale Beziehungen. Zwei Drittel der gravierenden Behinderungen betreffen Personen jenseits des 75. Lebensjahres (SENIORENBERICHT, 1994).

210

Im Survey „Leben in Wien“ ergab sich ein Männeranteil an den beschwerdefreien SeniorInnen von 40 %. Bei der Gruppe der Hilfs- und Pflegebedürftigen ist der Männeranteil 25 %, bei den kranken Dauerbeeinträchtigten 30 %, der gering Beeinträchtigten etwa 35 %. Die Wahrscheinlichkeit, hilfs- und pflegebedürftig zu werden, ist bei männlichen und weiblichen Senioren unter 70 Jahren etwa gleich hoch (Männer 2,1 %, Frauen 2,4 %). Bei den über 70jährigen ist diese Wahrscheinlichkeit bei den Männern geringer als bei Frauen. In dieser Altersgruppe fallen nur 7,9 % der Männer in diese Kategorie (11,4 % der Frauen). Der Grad der Beeinträchtigung hat, wie bereits in anderem Zusammenhang erwähnt, Beziehung zur früheren Berufssituation und auch zur Schulbildung. Ebenfalls aus dem Survey „Leben in Wien“ ist bekannt, daß der Anteil bei den Hilfs- und Pflegebedürftigen von angelernten ArbeiterInnen, HilfsarbeiterInnen und LandwirtInnen 40 % beträgt (STATISTISCHE MITTEILUNGEN DER STADT WIEN, 1997). Die PflegegeldbezieherInnen sind vor allem Frauen: Etwa dreimal mehr Frauen als Männer beziehen Pflegegeld. Grundsätzlich geht aus den Daten des Mikrozensus 1995 hervor, daß Senioren, auch wenn sie körperlich beeinträchtigt sind, fremde Hilfe oder Hilfe durch Familie, Freunde und Bekannte seltener in Anspruch nehmen als Seniorinnen.

Eine tägliche Inanspruchnahme von Hilfe bei körperlich beeinträchtigten SeniorInnen in Wien findet sich bei 14,5 % der Männer, wöchentliche Hilfe bei 5,1 % der Männer. 70,5 % der Männer nehmen eine solche Hilfe nie in Anspruch, Frauen tun dies öfter (lediglich 55,5 % nehmen nie Hilfe in Anspruch). Bei der Inanspruchnahme der Hilfe durch Familie/Verwandte ergeben die Daten aus dem Mikrozensus 1995, daß körperlich beeinträchtigte Männer seltener Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen (19 % vs. 27 %). Auch bei der regelmäßigen Hilfe durch Freunde/Bekannte (2,6 % der Männer vs. 3,8 % der Frauen) und durch andere Personen (2,3 % der Männer und 7,2 % der Frauen) zeigt sich ein Unterschied (ÖSTAT, 1995; STATISTISCHE MITTEILUNGEN ZUR GESUNDHEIT IN WIEN, 1997).

Soziale Dienstleistungen werden von 7,8 % körperlich beeinträchtigter SeniorInnen regelmäßig in Anspruch genommen, und zwar von halb so vielen Männern wie Frauen (4,2 % vs. 9,8 %). Insgesamt sind Senioren nicht so häufig von öffentlichen Diensten abhängig wie Seniorinnen. Die geschlechtsspezifischen Unterschiede haben sich auch im österreichweit durchgeführten Mikrozensus „Ältere Menschen“ gezeigt.

Wesentlich in der Altenbetreuung ist auch der Anteil kostenloser Hilfe für ältere Menschen, die allein leben. Allein lebende Menschen über 75 Jahre erhalten im Vergleich zu anderen Altersgruppen den größten Anteil an regelmäßiger kostenloser Hilfe im Haushalt (17 % der Frauen und 16 % der Männer). Diese Hilfe erfolgt bei 11 % der Männer und 24 % der Frauen zusätzlich zur bezahlten Hilfe (z.B. zu sogenannten „Heimhilfen“). Auf dem Land (für Frauen auch in Kleinstädten) ist diese Art der Hilfestellung für ältere Menschen wesentlich stärker ausgeprägt als in der Stadt, vor allem durch

Nachbarschaftshilfe (POMEZNY, 1994). Mit steigendem Alter nimmt natürlich auch der Wunsch der älteren Menschen, selber Hilfe zu erhalten, zu. Frauen benötigen häufiger Hilfe als Männer. Bei Frauen doppelt bis dreimal so häufig wie bei Männern diesen Bedarf. Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede im Wunsch nach Hilfe kommen vor allem bei den über 65jährigen zum Ausdruck (ÖSTAT, 1989).

Eine Erkrankung im Alter, die nicht unbedingt längerfristige Pflegebedürftigkeit oder eine Abhängigkeit von der Pflege aus dem häuslichen Bereich bedeuten muß, kann allerdings, wenn dies ältere Menschen betrifft, trotzdem zum Pflegeproblem werden. Ältere Männer werden bei Erkrankung häufiger von ihren Gattinnen gepflegt. Etwa drei Viertel der älteren Männer werden bei Krankheiten bis zu einer Woche von ihrer Gattin gepflegt. Bei Frauen sind es nur 27 % bzw. 22 %, die bei längerer Erkrankung von ihrem Ehepartner gepflegt werden (ÖSTAT, 1989).

13.6 Erkrankungen des älteren und alten Mannes

13.6.1 Osteoporose

Zusammenfassung

Osteoporose ist eine der wesentlichen Ursachen für Morbidität, Mortalität und erhöhte Behinderungsraten in der westlichen Welt. 30 % der Oberschenkelfrakturen und 20 % der Wirbelbrüche, die durch Osteoporose bedingt sind, kommen bei Männern vor. In der Altersgruppe der +80jährigen zeigt sich die höchste Inzidenz an osteoporotischen Frakturen. Die EU rechnet mit einem jährlichen Anstieg der Oberschenkelfrakturen zwischen 0,5 % und 3 %. Dieser Anstieg wird bei den Männern größer sein als bei den Frauen.

Die Pathogenese der männlichen Osteoporose ist noch weitgehend unerforscht: Bei 30 bis 45 % der Männer findet man keine Risikofaktoren, manche Risikofaktoren sind allerdings dieselben wie bei den Frauen (geringes Körpergewicht, Rauchen, hoher Alkoholkonsum, Kortikosteroidtherapie, Bewegungsarmut). Das Ausmaß der Osteoporose in der männlichen Bevölkerung bleibt zur Zeit noch ungewiß. Abgesehen von demographischen Veränderungen mit der Zunahme der Lebenserwartung sind es Lebensstilfaktoren wie Rauchen, hoher Alkoholkonsum und ungesunder Lebensstil, die die Entstehung von Osteoporose beeinflussen.

Summary

Osteoporosis is one of the most important causes of morbidity, mortality and increased disability in the Western world. Men account for 30 % of femoral fractures and 20 % of the vertebral fractures resulting from osteoporosis. The highest incidence of osteoporotic fractures is found in those over the age of 80. The European Union anticipates an annual increase in femoral fractures of between 0.5 % and 3 %. This increase will be higher in men than in women.

The pathogenesis of male osteoporosis is largely uninvestigated. No risk factors have been identified in 30 to 45 % of men, though some are the same as in women (low body weight, cigarette smoking, excessive alcohol consumption, corticosteroid therapy, lack of exercise). The pathogenesis of osteoporosis in the male population remains uncertain at present. Apart from demographic changes, with increases in life expectancy, it is elements of lifestyle such as smoking, heavy alcohol consumption, and other unhealthy habits that influence the development of osteoporosis.

Osteoporose ist definiert durch eine Verringerung der Knochenmasse, ein Aufbrechen der regulären Knochenarchitektur, eine Verminderung der Stärke des Knochens und ein erhöhtes Frakturrisiko, wobei besonders Oberschenkelknochen, Wirbelsäule und Unterarm betroffen sind.

Das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, steigt mit dem Alter an. Die Osteoporose hat deshalb eine enorme Auswirkung auf die Volksgesundheit der Bevölkerung in den westlichen Ländern. Die Frakturrate wird in den nächsten 50 Jahren weiter ansteigen. Osteoporose ist in der westlichen Welt eine wesentliche Ursache für Morbidität, Mortalität und erhöhte Behinderungsraten.

Obwohl Osteoporose als eine Frauenkrankheit gilt, kommen bis zu 30 % der Oberschenkelfrakturen und 20 % der Wirbelbrüche in der männlichen Bevölkerung vor. Wirbelbrüche kommen bei Männern häufiger vor, als man bisher angenommen hat, mit einem Verhältnis Frauen : Männer von nur 2:1 (PERIS et al., 1996). Life-time risk für osteoporotische Frakturen vom 50. Lebensjahr an beträgt für Männer 3 bis 6 % für Oberschenkelfrakturen, 2 bis 5 % für Wirbelfrakturen, 2 bis 3 % für Handgelenkfrakturen.

Die Europäische Union hat die Osteoporose als wesentliches volksgesundheitliches Problem der nächsten Jahrzehnte zu einem Schwerpunkt gemacht und hat zu diesem Zweck 1998 ihren Report „The European Union Report on Osteoporosis – Action for Prevention“ fertiggestellt.

1990 ereigneten sich weltweit etwa 1,66 Millionen Oberschenkelfrakturen, 30 % davon bei Männern. Die Prognosen für das Jahr 2050 belaufen sich auf 6,26 Millionen Oberschenkelhalsfrakturen. In einem 40jährigen Beobachtungszeitraum zeigte sich, daß 20 % der Wirbelbrüche bei Männern in der Altersklasse der 35- bis 69jährigen auf mäßige Traumen zurückzuführen sind, in der Altersgruppe der +80jährigen beträgt die Prävalenz der Wirbelbrüche bereits annähernd 50 % jener von Frauen (EU, 1998).

212

Die EU verweist in bezug auf die Bedeutung der Osteoporose und vor allem der damit verbundenen Frakturen auf die dramatischen demographischen Veränderungen, die sich in der ältesten Altersgruppe (80 Jahre und mehr) abspielen wird. In dieser Altersgruppe ist die Inzidenz der osteoporotischen Frakturen am größten. Dieser Teil der Population wird in der EU bei den Männern von 4,5 Millionen (1995) auf 17,4 Millionen Männer im Jahr 2050 ansteigen (die Zahl der über 80jährigen Frauen von 8,9 Millionen auf 26,4 Millionen). Die EU rechnet etwa mit einem jährlichen Anstieg der Oberschenkelfrakturen zwischen 0,5 % und 3 %. Die jährliche Anzahl der Oberschenkelfrakturen wird von 414.000 (um das Jahr 2000) auf 972.000 im Jahr 2050 ansteigen, welches einem Anstieg von 135 % entspricht. Dieser Anstieg wird bei Männern viel größer sein als bei Frauen, und die Female:male-ratio wird geringer werden. Dieser Trend wird sich bis in das Jahr 2035 fortsetzen, ab diesem Zeitpunkt wird es wieder zu einem Anstieg der Inzidenz bei Frauen kommen. Die Zahl der Spitalsbetten in der EU beläuft sich auf 2,8 Millionen. Der Anteil der Betten, welcher für Patienten mit Oberschenkelfrakturen und Wirbelfrakturen benötigt wird, beträgt heute 0,88 %. Dieser Anteil wird auf 1,97 % ansteigen.

Für Österreich prognostiziert der Bericht der EU einen rapiden Anstieg des Vorkommens von Frakturen, für Männer zwischen den Jahren 2010 und 2040 und für Frauen ab 2020.

Die altersspezifische Inzidenz für Oberschenkelfrakturen beträgt in Österreich für Männer bei den 50- bis 54jährigen 3,22/10.000, bei den 70- bis 74jährigen 24,2/10.000 und bei den über 85jährigen 110,0/10.000. Die altersspezifische Prävalenz von Wirbelfrakturen wird für 50- bis 54jährige Männer mit 1.580/10.000 angegeben, für 70- bis 74jährige mit 2.310/10.000 und für über 85jährige mit 3.080/10.000.

Die jährliche Anzahl der neu auftretenden Oberschenkelfrakturen betrug 1995 bei Männern in Österreich 1.830, im Jahr 2000 werden es 2.000 Fälle sein, im Jahr 2030 4.050 Fälle und im Jahr 2050 5.360. Die Female:male-ratio liegt heute etwa bei 3,7:1, im Jahr 2040 ist ein Tiefstand von 3,16:1 erreicht. Die prognostizierte Prävalenz der Wirbelfrakturen wird bei den Männern von 216.000 (1995) auf 379.000 (2030) und 386.000 (2050) ansteigen. Die Female:male-ratio wird im Jahr 2020 auf den tiefsten Stand von 1,39:1 gesunken sein (EU, 1998).

Die Pathogenese der männlichen Osteoporose unterscheidet sich deutlich von jener der postmenopausalen Osteoporose, und die Therapie der männlichen Osteoporose ist ein Gebiet, welches noch

weitgehend unerforscht ist. Zudem ist die Information über die Symptomatik bei Männern mit Osteoporose noch gering, was eine rasche Diagnostik erschwert. Männer mit Osteoporose sind am häufigsten über Rückenschmerzen, welche aber nicht immer mit Wirbelfrakturen verbunden sein müssen (PERIS et al., 1996).

Oberschenkelfrakturen erreichen naturgemäß die klinische Aufmerksamkeit, Wirbelfrakturen hingegen nicht unbedingt. Der Großteil bleibt asymptomatisch, der andere Teil ist mit unterschiedlichen Graden von Schmerzen, Deformierungen und Behinderungen verbunden. Aus diesem Grund beschränkt man sich bei der Wirbelfraktur auch auf die Angabe der Prävalenz.

Für Männer werden verschiedene Risikofaktoren für Osteoporose diskutiert, welche zum Teil von jenen sind, die Frauen betreffen. Die Risikofaktoren für Oberschenkelfrakturen und Wirbelfrakturen sind: geringes Körpergewicht, Rauchen, hoher Alkoholkonsum, Kortikosteroidtherapie und Bewegungsmangel.

Erkrankungen, welche prädisponierend sind für verstärkten Knochenmasseverlust und neurolgische Instabilität, die entweder mit einer sekundären Osteoporose assoziiert sind oder mit erhöhtem Risiko, zu stürzen, sind für Oberschenkelfrakturen Thyreoidektomie, Leberzirrhose, Eisenmangelanämie, chronische Bronchitis, Morbus Parkinson, Vertigo und Blindheit, Hypogonadismus, reduzierte Kalziumzufuhr, und für Wirbelkörperfrakturen Magengeschwüre und Tuberkulose (ANDERSON, 1998).

Die häufigsten Ursachen für die männliche Osteoporose sind sekundärer Natur, wie Erkrankungen und medikamentöse Therapien. Zwischen 30 und 45 % der Männer mit Osteoporose haben keine identifizierbaren Risikofaktoren und keine medizinische Ursache für diese Krankheit (ANDERSON, 1998). Bei diesen Männern ist die Ursache der primären Osteoporose unklar. Zusätzlich zu dem „normalen“ Knochenmasseverlust durch den Alterungsprozess haben über 50 % der Männer spezifische Gründe für die Osteoporose, wie hohen Alkoholkonsum, Hypogonadismus, Kortikoidtherapie, gastrointestinale und parathyreoidale/thyreoidale Beschwerden.

Alkoholkonsum ist assoziiert mit einem erhöhten Osteoporoserisiko und erhöhtem Frakturrisiko. Alkoholkonsum ist verknüpft mit einem 2,8fachen Risiko für Oberschenkelfrakturen, Leberzirrhose mit einem 3,5fachen Risiko. Alkoholkonsum ist eine sehr häufige Ursache für die Osteoporose bei Männern. Verringerungen der Knochenmasse zeigen sich durch verschiedene Wirkungsmechanismen des Alkohols. Eine Verringerung der Knochenmasse zeigte sich bei 60 g Alkohol pro Tag (ANDERSON et al., 1996).

Obwohl bei Männern Oberschenkelbrüche nicht so häufig vorkommen wie bei Frauen, zeigen Männer eine längere Verweildauer im Spital, und dies verursacht 25 % der diesbezüglichen Kosten (EASTELL et al., 1998). Unabhängig vom Geschlecht wird der Krankenhausaufenthalt mit Oberschenkelbrüchen auf 10 und 30 Tagen beziffert (JOHNELL et al., 1997).

In Österreich betragen die geschätzten Spitalskosten pro Oberschenkelfraktur öS 170.990,-. Die Gesamtkosten/Jahr (Spitalskosten) der Osteoporose werden auf öS 1.737.265.512,- beziffert (ANDERSON, 1995).

Der eingangs erwähnte Bericht der EU zur Osteoporose enthält Empfehlungen, die auf eine verbesserte Prävention der Osteoporose in der Zukunft abzielen.

Diese Empfehlungen lauten:

- Mehr Information zur Inzidenz und Prävalenz der osteoporotischen Frakturen.
- Kohärente Ernährungspolitik in der gesamten EU.
- Bereitstellung verbesserter Diagnosemöglichkeiten.
- Verbesserungen in der Patientenbetreuung, mit verbessertem Angebot an Gesundheitsleistungen für die „health professionals“ und der Öffentlichkeit.
- Vermehrte Förderung von Selbsthilfegruppen.

Besonders deutlich sind vor allem noch die Defizite bei der Osteoporose des Mannes, welche jedoch aufgrund der demographischen Entwicklung in den nächsten Jahrzehnten einen enormen Anstieg insbesondere in bezug auf die Folgeschäden, wie Frakturen, erwarten läßt.

13.6.2 Demenzerkrankungen

Zusammenfassung

Das Lebenszeitrisiko für die Alzheimer-Demenz beträgt für Männer 25,1 und für eine Multiinfarktdemenz 29,8. Männer haben im Vergleich zu Frauen ein höheres Risiko, an einer Multiinfarktdemenz zu erkranken. Die Risikofaktoren dafür sind gleichbedeutend mit jenen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere Schlaganfall. Präventionsmaßnahmen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen können auch zur Senkung des Risikos für Multiinfarktdemenzen beitragen. Es ist jedoch aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Männer auch mit einer ansteigenden Inzidenz und Prävalenz der Alzheimer-Demenz zu rechnen. In Wien betrug 1996 die geschätzte Zahl von Demenzerkrankten 6.855 bei den Männern. Derzeit haben Männer einen höheren Anteil an demenzfreier Lebenserwartung als Frauen.

Summary

The life-time risk in men is 25.8 for Alzheimer's disease and 29.8 for multiinfarct dementia. Men have a higher risk for multiinfarct dementia than women. The same risk factors for this kind of dementia are responsible for cardiovascular diseases, especially stroke. Reducing the risk of cardiovascular disease will also result in a reduction of risk for multiinfarct dementia. Nevertheless, increasing the life expectancy of men will also lead to higher incidence and prevalence rates of Alzheimer's dementia. Based on international prevalence studies in Vienna the number of men with dementia can be estimated to be nearly 7.000. Men have a higher dementia-free life expectancy than women.

214

Die Demenz ist ein Syndrom, das durch Störungen im kognitiven, emotionellen und psychomotorischen Bereich charakterisiert ist. Das dementielle Syndrom verläuft gewöhnlich chronisch oder fortschreitend, unter Beeinträchtigung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewußtsein ist quantitativ nicht gestört. Die kognitiven Beeinträchtigungen sind meist begleitet von Verschlechterungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens und der Motivation (HAIDINGER et al., 1992).

Durch die Zunahme des Anteiles betagter und hochbetagter Menschen wird sich auch das Erkrankungsspektrum in Richtung Zunahme der Demenzerkrankungen verändern. In den OECD-Ländern rechnet man mit einer Zunahme an Demenzerkrankten von 4,4 Millionen (1980) auf 6,14 Millionen im Jahr 2000 und auf 12,3 Millionen im Jahr 2050 (WETTSTEIN, 1991). Die Demenzprognosen für Österreich zeichnen folgendes Szenario: Aufgrund der Bevölkerungsentwicklung wird im Jahr 2050 der Anteil von Personen mit Morbus Alzheimer und seniler Demenz vom Alzheimer-Typ von derzeit 0,61 % auf 1,51 % ansteigen (HAIDINGER et al., 1992).

Der Anteil der Demenz vom Alzheimer-Typ an den primären Demenzen nimmt ca. 60 bis 70 % ein, die Multiinfarktdemenz etwa 20 bis 23 % und die Mischform 12 bis 14 % (FÜSGEN, 1989).

Zum heutigen Zeitpunkt beträgt das Lebenszeitrisiko für senile Demenz vom Alzheimer-Typ für Frauen 31,9, für Männer 25,5. Das Lebenszeitrisiko, an einer Multiinfarktdemenz zu erkranken, beträgt für Frauen 25,1 und für Männer 29,8 (HAGNELL et al., 1992). Die Inzidenz einer Alzheimer-Krank-

heit wird für Männer auf 16,5 (13,8–19,8)/100.000 geschätzt, für Frauen auf 28,2 (24,1–32,3)/100.000. Die Schätzungen für die Inzidenz der Multiinfarktdemenz liegen für Männer bei durchschnittlich 25,1 (23,3–27,1)/100.000 und für Frauen bei 13,4 (12,1–14,8)/100.000 (McGLOTHLIN et al., 1993).

Das Risiko, bei Überschreiten des 80. Lebensjahres an einer Alzheimer-Krankheit zu erkranken, liegt bei 15 bis 20 %, bei Überschreiten des 90. Lebensjahres bei 40 % (DANIELCZYK, 1993).

Männer haben ein höheres Risiko für Multiinfarktdemenzen, die durch die gleichen Risikofaktoren gekennzeichnet sind, wie etwa ein Schlaganfall (u.a. Bluthochdruck). Die höhere Inzidenz und Prävalenz dieser Risikofaktoren in der männlichen Bevölkerung lassen vor allem bei der Multiinfarktdemenz die Bedeutung des Problems ersehen. Die Senkung der Prävalenz der Risikofaktoren durch Kreislauf-Erkrankungen führt auch zur Senkung des Risikos für Multiinfarktdemenzen. Die Lebenserwartung der Männer und die demographischen Veränderungen werden jedoch durch die Erhöhung des Lebenszeitriskos für andere Demenzerkrankungen, vor allem der Alzheimer-Krankheit, nach sich ziehen.

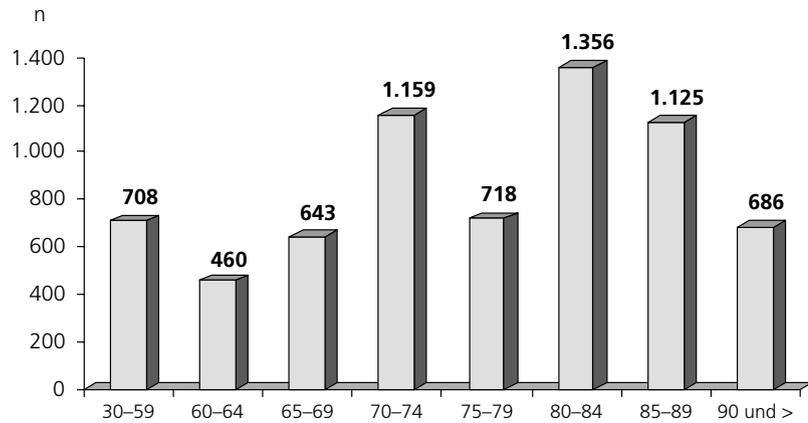
In bezug auf die Überlebensraten bei Alzheimer-Krankheit gibt es einen besonderen geschlechtsspezifischen Aspekt. Für Frauen werden bessere Überlebensraten berichtet als für Männer, bei Berücksichtigung der allgemein höheren Mortalitätsraten der Männer in der Bevölkerung. Der Geschlechterunterschied in der Anzahl der Jahre des Überlebens nach der Diagnosestellung könnte eine mögliche Ursache für die höhere Prävalenz der Alzheimer-Krankheit bei Frauen sein (BRETELLI et al., 1992). Grundsätzlich werden die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Auftreten von Demenzerkrankungen nicht durchgehend in allen epidemiologischen Studien vorgefunden.

Die altersspezifische Prävalenz von Demenzerkrankungen beträgt für Männer 0,2 % bei den 59-jährigen, bis 31,6 % bei den 95- bis 99-jährigen (HOFMANN et al., 1991).

In Österreich und in Wien sind epidemiologische Daten zu Demenzerkrankungen nicht vorhanden. Die vorhandenen Daten beruhen auf Schätzungen aus internationalen Studien. Basierend auf den 6.855 Wiener Männern im Alter von 30 bis 90+ Jahren an einer Demenzerkrankung (Abb. 13.6.1) sind bei den 30- bis 59-jährigen bereits 708 Männer betroffen. Die höchste Prävalenz weisen die 84-jährigen mit 1.356 Erkrankten auf (Abb. 13.6.1).

Die Entwicklung der Demenzerkrankungen der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ (SDAT) zu Alzheimer-Demenz (AD) bis zum Jahr 2050 wurde, basierend auf Daten von internationalen epidemiologischen Studien, von HAIDINGER et al. für Österreich berechnet. Die Prävalenz für SDAT wird für das Jahr 2050 bei den über 64-jährigen auf 1.505,3/100.000 geschätzt und bei den über 84-jährigen auf 736,16/100.000 (Tab. 13.6.1).

Abbildung 13.6.1: Geschätzte altersspezifische Demenzerkrankungen der Wiener Männer 1996 (Angaben in Anzahl der Fälle, Altersverteilung in Jahren)



Quelle: eigene Berechnungen nach Hofmann et al., 1991

Tabelle 13.6.1: Entwicklung der Prävalenz von Alzheimer-Demenz und der senilen Demenz vom Alzheimer-Typ bis zum Jahr 2050 (auf 100.000)

Jahre	1990	2000	2010	2020	2030	2040	2050
>= 65	613,86	662,74	760,28	877,55	1.084,14	1.315,26	1.505,30
>= 85	204,01	268,04	300,69	343,42	459,99	540,58	736,16

216

Quelle: Haidinger et al., 1992

Der WIENER SENIORENGESUNDHEITSBERICHT 1997 bezeichnet die Demenzerkrankungen als gesundheitspolitisch brisantes Thema, da mit der steigenden Lebenserwartung nicht nur das Risiko des einzelnen, an einer Demenz zu erkranken, steigt, sondern auch ein hoher Grad an Pflegebedürftigkeit gegeben ist.

Jeder dritte, theoretisch erblich belastete Patient wird tatsächlich während seines Lebens an einer Demenz erkranken (BREITNER et al, 1988). So ist auch aus diesem Grund durch eine steigende Lebenserwartung mit einem Anstieg der Prävalenz und Inzidenz der Demenzerkrankungen zu rechnen.

Bei einer Demenzerkrankung werden 55 % der PatientInnen in Pflegeheimen gepflegt und 3 % zu Hause (FRATIGLIONI et al., 1994). Aus einer Zürcher Untersuchung geht hervor, daß 24 % aller 65jährigen Personen Betreuung brauchen und die Hälfte dieser Personen an einer Form der Demenz leidet (WETTSTEIN, 1991). Präventionsmaßnahmen im Bereich der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren, u.a. Bluthochdruck als primärem Risikofaktor, sollen den Anteil der vaskulären Demenzen reduzieren. Diese Präventionsmaßnahmen werden vor allem in der männlichen Bevölkerung aufgrund des höheren Risikos, an vaskulären Demenzen zu erkranken, zum Tragen kommen.

13.6.2.1 Demenzfreie Lebenserwartung

Männer haben einen etwas höheren Anteil an demenzfreier Lebenserwartung an ihrer Gesamtlebenserwartung zu verzeichnen als Frauen. 65jährige Männer haben einen Anteil an demenzfreier Lebenserwartung von 96,4 % und 77jährige Männer von 92,6 %. Für 65jährige Frauen von 95,4 % und für 77jährige Frauen ein Anteil von 90,8 % demenzfreier Lebenserwartung errechnet. Die Trends in bezug auf die demenzfreie Lebenserwartung verhalten sich ähnlich wie bei der behinderungsfreien Lebenserwartung (RITCHIE et al., 1994).

13.6.3 Prostatahypertrophie

Zusammenfassung

Die Inzidenz einer klinisch nachweisbaren Prostatahypertrophie steigt von 14 % bei Männern zwischen 40 und 49 Jahren auf 43 % in der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen. Die steigende Lebenserwartung läßt vermuten, daß Inzidenz und Prävalenz der benignen Prostatahypertrophie in den nächsten Jahren steigen werden. Eine ausreichende Erfassung liegt aber noch nicht vor, welches auch die Einschätzung der gesundheitlichen und ökonomischen Aspekte erschwert. Aus der Spitalsentlassungsstatistik 1996 gehen 1.686 stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose benigne Prostatahypertrophie hervor.

Summary

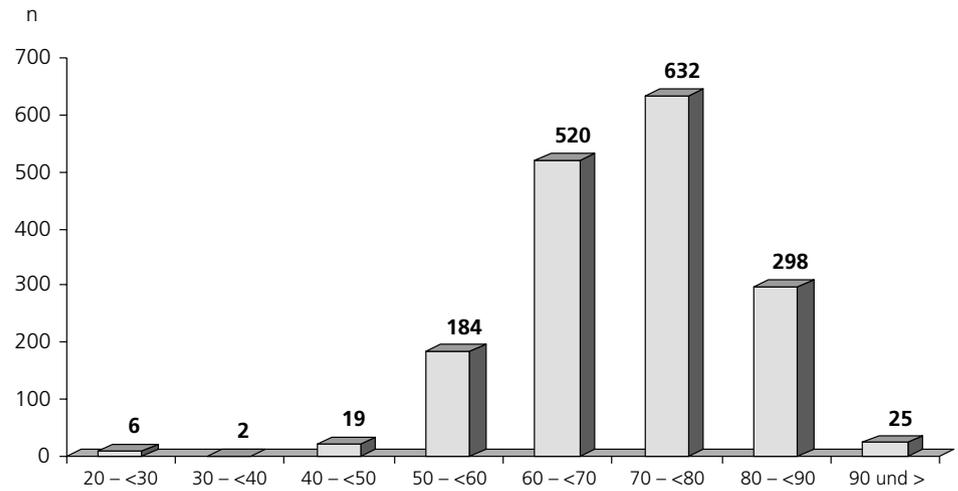
The incidence of clinically evident prostatic hypertrophy is about 14 % among 40 to 49-year-old men and increases to 43 % among 60 to 69-year-old men. In 1996 a total of 1.686 hospital patients with prostatic hypertrophy were discharged in Vienna. The increasing life expectancy suggests that the incidence and prevalence of prostatic hypertrophy will increase. It is difficult to estimate the actual total number of men with the disease, just as it is difficult to estimate the impact of the disease on well-being, health and economic aspects.

Die benigne Prostatahypertrophie zählt zu den häufigsten Erkrankungen der Männer im höheren Lebensalter. Das Gewebewachstum in der Prostata beginnt meist schon mit dem 2. Lebensjahrzehnt. Ab dem 3. Lebensjahrzehnt ist sie bereits histologisch nachweisbar, bei den 60jährigen findet sie sich zu 60 bis 70 %, bei den 80jährigen zu über 90 %. Die Inzidenz der klinisch nachweisbaren Prostatahypertrophie steigt von 14 % bei Männern zwischen 40 und 49 Jahren auf 43 % in der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen. Die Prävalenz von Beschwerden beim Prostatahypertrophie wird mit bis über 90 % beschrieben. Über die Hälfte der davon betroffenen Männer fühlen sich durch diese Symptome auch belastet (KOSKIMÄKI et al., 1998).

Aus einer Befragung im Jahr 1991 geht hervor, daß 21,1 % der Männer in Wien eine diagnostisch vergrößerte Prostata haben. Etwa ein Drittel der Männer hatte laut eigenen Aussagen noch keine Prostatauntersuchung (SCHOBERBERGER et al., 1995). In der SERMO-Studie gaben 2,4 % der Männer in Wien an, an einer Prostataerkrankung zu leiden (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Aus der Krankenhausentlassungsstatistik geht hervor, daß 1996 in Wien 1.686 Patienten mit der Diagnose Prostatahypertrophie stationär aufgenommen worden waren. Die Gruppe der 60- bis 69jährigen macht über ein Drittel der Patienten (37 %, n = 632) aus, gefolgt von den 70- bis 79jährigen (31 %, n = 520). Bei den 80- bis 89jährigen wurden 298 Patienten (18 %) mit der Diagnose aus Wiener Krankenanstalten entlassen. 11 % waren 50 bis 59 Jahre alt (n = 184) (Abb. 13.6.2).

Abbildung 13.6.2: Spitalsentlassungsstatistik 1996 für Wien, Prostatahyperplasie
(Angaben in Anzahl der Fälle, Altersverteilung in Jahren)



Quelle: ÖSTAT, 1998

218

Für das Jahr 1990 haben SCHWARZ et al. (1993) für Österreich die jährlichen Spitalskosten für die Behandlung der benignen Prostatahypertrophie berechnet. Diese beliefen sich auf 306 Millionen Schilling für alle Spitäler. Es wurden 10.710 Patienten und 138.761 Pflage tage registriert. Die Zahl der Personen mit benigner Prostatahyperplasie wird auf 770.000 geschätzt. Die Kosten werden von etwa 1,3 % der Betroffenen verursacht. Die gesundheitlichen und ökonomischen Aspekte der benignen Prostatahyperplasie werden, trotz des Bewußtseins der Häufigkeit der Erkrankung, weit unterschätzt, da eine tatsächliche Erfassung nicht vorliegt. Man nimmt an, daß der noch wesentlich größere Kostenanteil im nichtstationären Bereich liegt (SCHWARZ et al., 1993).

Es ist anzunehmen, daß Inzidenz und Prävalenz der benignen Prostatahypertrophie durch die steigende Lebenserwartung weiter zunehmen werden.

13.6.2.1 Demenzfreie Lebenserwartung

Männer haben einen etwas höheren Anteil an demenzfreier Lebenserwartung an ihrer Gesamtlebenserwartung zu verzeichnen als Frauen. 65jährige Männer haben einen Anteil an demenzfreier Lebenserwartung von 96,4 % und 77jährige Männer von 92,6 %. Für 65jährige Frauen von 95,4 % und für 77jährige Frauen ein Anteil von 90,8 % demenzfreier Lebenserwartung errechnet. Die Trends in bezug auf die demenzfreie Lebenserwartung verhalten sich ähnlich wie bei der behinderungsfreien Lebenserwartung (RITCHIE et al., 1994).

13.6.3 Prostatahypertrophie

Zusammenfassung

Die Inzidenz einer klinisch nachweisbaren Prostatahypertrophie steigt von 14 % bei Männern zwischen 40 und 49 Jahren auf 43 % in der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen. Die steigende Lebenserwartung läßt vermuten, daß Inzidenz und Prävalenz der benignen Prostatahypertrophie in den nächsten Jahren steigen werden. Eine ausreichende Erfassung liegt aber noch nicht vor, welches auch die Einschätzung der gesundheitlichen und ökonomischen Aspekte erschwert. Aus der Spitalsentlassungsstatistik 1996 gehen 1.686 stationäre Aufenthalte mit der Hauptdiagnose benigne Prostatahypertrophie hervor.

Summary

The incidence of clinically evident hypertrophy is about 14 % among 40 to 49-year-old men and increases to 43 % among 60 to 69-year-old men. In 1996 a total of 1.686 hospital patients with prostatic hypertrophy were discharged in Vienna. The increasing life expectancy suggests that the incidence and prevalence of prostatic hypertrophy will increase. It is difficult to estimate the actual total number of men with the disease, just as it is difficult to estimate the impact of the disease on well-being, health and economic aspects.

Die benigne Prostatahypertrophie zählt zu den häufigsten Erkrankungen der Männer im höheren Lebensalter. Das Gewebewachstum in der Prostata beginnt meist schon mit dem 2. Lebensjahrzehnt. Ab dem 3. Lebensjahrzehnt ist sie bereits histologisch nachweisbar, bei den 60jährigen findet sie sich zu 60 bis 70 %, bei den 80jährigen zu über 90 %. Die Inzidenz der klinisch nachweisbaren Prostatahypertrophie steigt von 14 % bei Männern zwischen 40 und 49 Jahren auf 43 % in der Altersgruppe der 60- bis 69jährigen. Die Prävalenz von Beschwerden beim Prostatahypertrophie wird mit bis über 90 % beschrieben. Über die Hälfte der davon betroffenen Männer fühlen sich durch diese Symptome auch belastet (KOSKIMÄKI et al., 1998).

Aus einer Befragung im Jahr 1991 geht hervor, daß 21,1 % der Männer in Wien eine diagnostisch vergrößerte Prostata haben. Etwa ein Drittel der Männer hatte laut eigenen Aussagen noch keine Prostatauntersuchung (SCHOBERBERGER et al., 1995). In der SERMO-Studie gaben 2,4 % der Männer in Wien an, an einer Prostataerkrankung zu leiden (SCHMEISER-RIEDER et al., 1997).

Aus der Krankenhausentlassungsstatistik geht hervor, daß 1996 in Wien 1.686 Patienten mit der Diagnose Prostatahypertrophie stationär aufgenommen worden waren. Die Gruppe der 60- bis 69jährigen macht über ein Drittel der Patienten (37 %, n = 632) aus, gefolgt von den 70- bis 79jährigen (31 %, n = 520). Bei den 80- bis 89jährigen wurden 298 Patienten (18 %) mit der Diagnose aus Wiener Krankenanstalten entlassen. 11 % waren 50 bis 59 Jahre alt (n = 184) (Abb. 13.6.2).

13.6.4 Inkontinenz

Zusammenfassung

Inkontinenz, d. h. unkontrollierter Harn- und Stuhlverlust, ist ein Gesundheitsproblem vor allem der älteren Menschen und vor allem der weiblichen Bevölkerung. Jedoch sind auch Männer in größerer Zahl von dieser Problematik betroffen. Die Prävalenz wird auf bis zu einem Drittel der Männer geschätzt, betroffen sind vor allem Männer über dem 60. Lebensjahr. Es ist anzunehmen, daß in Wien mehr als 30.000 Männer über 60 Jahre an Inkontinenz leiden. Nach Prostatektomien leiden etwa 20 bis 30 % der Männer an einer Form von Inkontinenz. Inkontinenz verursacht häufig soziale Isolation und ist vielfach Ursache für Pflegebetreuung und Langzeitpflege. Inkontinenz muß als Gesundheitsproblem auch der männlichen Bevölkerung bewußt gemacht werden. Prävention, Früherkennung und Therapie müssen forciert werden.

Summary

Incontinence affects above all people. Fewer men than women from this health problem. How may be estimated that to a third male population older than 60 y age are affected by some kind of tinenze. After prostatectomy 20 t of men report incontinence sympt may be estimated that more than men in Vienna suffer from incont which often leads to social isolati institutional care. It is important ognize incontinence as a major health problem among the male p tion. Prevention, early detectio treatment should be intensified.

Inkontinenz, d. h. unkontrollierter Harn- und Stuhlverlust, ist ein Gesundheitsproblem vor allem der älteren Menschen und vor allem der weiblichen Bevölkerung. Jedoch sind auch Männer in größerer Zahl von dieser Problematik betroffen. Prävalenz-Schätzungen, wie häufig Inkontinenz tritt auf, sind sehr unterschiedlich. Diese sind abhängig von der Erhebungsmethode und der Altersgruppe. Auch davon beeinflusst, daß es sich bei der Inkontinenz noch immer um ein Tabuthema handelt.

Für ältere Männer wird die Inkontinenzprävalenz auf 11 bis 34 % geschätzt, tägliche Inkontinenz auf 2 bis 11 %. Die Häufigkeit bei den älteren Frauen wird 1,3- bis 2mal so häufig als bei den Männern angenommen. Innerhalb der Bevölkerung mittleren Alters und bei den Jüngeren wird die Prävalenz bei den Männern mit 3 bis 5 % dargestellt (bei Frauen 12 bis 42 %) (THOM, 1998).

In einer finnischen Bevölkerungsstudie wurden folgende Angaben von Männern (über 50 Jahre) mit einer bestehenden Inkontinenz gemacht (altersstandardisiert): 17 % der Männer leiden unter einer Urge-Inkontinenz, 9 % unter einer Streß-Inkontinenz und weitere 10 % an einer anderen Form von Inkontinenz. Die Inkontinenz wurde vor allem als leicht bezeichnet, unabhängig vom Typ der Inkontinenz. Darüber hinaus wurden andere urologische Symptome (Nachträufeln beim Wasserlassen, nächtlicher Harndrang etc.) noch wesentlich häufiger angegeben als die Inkontinenz. Insgesamt haben 89 % der Männer urologische Probleme genannt, welches auch den Ergebnissen anderer Studien entspricht. Am häufigsten sind die über 60jährigen Männer betroffen. Jedoch gab es bei 84 % der 50jährigen Männer Probleme an. Insgesamt fühlen sich zwei Drittel der Männer durch diese Symptome erheblich beeinträchtigt (KOSKIMÄKI et al., 1998).

In den USA werden jährlich etwa 16 Milliarden Dollar für die Harninkontinenz aufgewandt (BROOKS, 1998). Im Pflegebereich werden in den USA Aufwendungen für die Behandlung der Inkontinenz von 1 bis 2 Milliarden Dollar genannt, außerhalb der Pflegeheime von 6 bis 8 Milliarden Dollar (BROOKS et al., 1998). Die ökonomischen Daten beziehen sich jedoch vor allem auf den Bereich der institutionalisierten Pflege, die Kosten für den gesamten Bereich der Inkontinenz sind weitgehend unbekannt.

Etwa 30 % der 80jährigen, die zu Hause wohnen, und 50 bis 70 % aller Pflegeheimbewohner sind von einer Inkontinenz betroffen. Inkontinenz wird als zweithäufigste Ursache für die Aufnahme in ein Heim und als die häufigste Ursache für die Langzeitpflege angesehen (KOBELT, 1997; BÖHMER, 1998). Die Inkontinenz ist verbunden mit einer starken Beeinträchtigung der Lebensqualität und oftmals mit dem Verlust der Unabhängigkeit und Selbständigkeit.

Etwa nur 15 % der Betroffenen sind in ärztlicher Behandlung (BÖHMER, 1998). Zirka ein Drittel der Betroffenen hat jemals mit dem Arzt oder der Ärztin darüber gesprochen (UHER et al., 1995).

Die Dunkelziffer der Betroffenen ist hoch und schwer schätzbar, auch aufgrund der Inkontinenzversorgung ohne Diagnostik der zugrundeliegenden Ursache, und betrifft PatientInnen, die Inkontinenzmittel anwenden, ohne einen Arzt zu konsultieren. Bis zu einem Drittel der Betroffenen bezeichnen sich selbst nicht als inkontinent, bejahen aber die Frage nach Urinverlusten.

Bei Männern über 70 Jahren besteht eine starke Koinzidenz von Urge-Inkontinenz, obstruktiver oder irritativer Symptomatik und zwei- oder mehrfacher Nykturie, was auf eine obstruktive Miktionsstörung infolge benigner Prostatahyperplasie hinweist (nach BÖHMER, 1998). Für Männer hat die Harninkontinenz nach Prostataoperationen (Prostatektomie) besondere Bedeutung. Aus der Literatur geht hervor, daß 20 bis 30 % der Männer nach einer Prostatektomie irgendeine Form der Inkontinenz erleben. Die tatsächliche Prävalenz wird in der Literatur jedoch sehr unterschiedlich angegeben, abhängig von Methode, Schweregrad der Inkontinenz etc. (BROWN et al., 1998). SCHWARTZ et al. berechneten die Inkontinenzfälle, die sich aufgrund von Prostatektomien ergeben würden, würde man in den USA ein bevölkerungsweites Prostatakarzinom-Screening durchführen. So würden laut SCHWARTZ et al. jährlich 61.618 inkontinente Männer aus dieser Maßnahme resultieren (SCHWARTZ et al., 1993). Eine rezente Arbeit von BATES et al. untersuchte Prävalenz und Impact der Inkontinenz und Impotenz nach Prostatektomien bei 89 Patienten (49 bis 75 Jahre). Basierend auf einer standardisierten Fragebogenerhebung ergab sich nach Totalprostatektomie eine Inkontinenzrate von 69 % postoperativ, präoperativ war keiner der Patienten inkontinent. 34 % der Betroffenen sahen darin ihre Lebensqualität beeinträchtigt. Die Autoren fanden in ihrer Untersuchung eine wesentlich höhere Inkontinenz-Inzidenz, als in der bisherigen Literatur berichtet wurde. Sie waren jedoch überrascht vom geringen Einfluß auf die Lebensqualität (BATES et al., 1998).

220

THEODOROU et al. fanden in ihrer Studie bei 41 % der Männer mit benigner Prostatahypertrophie eine postoperative Inkontinenz nach Prostatektomie. Sie schließen aus ihren Ergebnissen, daß dieser Umstand besonders beachtet werden muß bei Patienten, bei denen eine Prostatektomie notwendig ist und eine weiterführende Therapie (auch operativ) zur Verbesserung der Inkontinenz vorgenommen werden muß. Die Inkontinenz nach transurethraler und transvesikaler Prostatektomie beträgt etwa 1 % bei benigner Prostatahypertrophie (THEODOROU et al., 1998). Die durchschnittliche Lebenserwartung der betroffenen Männer beträgt etwa 10 Jahre nach einer Prostatektomie, und falls es zu einer permanenten Inkontinenz kommt, sind diese Jahre mit einer schweren Beeinträchtigung verbunden (BISHOFF et al., 1998).

Die Harninkontinenz ist eine altersabhängige Krankheit, die bislang nicht einmal als Krankheit definiert, sondern als eine Art Befindlichkeitsstörung abgetan wurde. Wenn die Inkontinenz als Folge einer Prostataoperation auftritt, sind jedoch nicht nur ältere Männer davon betroffen, sondern auch Männer mittleren Alters, die noch im Berufsleben stehen. Es ergeben sich daraus schwerwiegende psychosoziale Probleme, bis hin zur sozialen Isolierung und zum Arbeitsplatzverlust. Sie ist immer noch ein Tabuthema, für Männer sicher noch viel mehr als für Frauen. Inkontinenz wird vor allem als Frauenproblem gesehen, welches sich nach Durchsicht epidemiologischer Daten anders darstellt. Frauen sind zwar eine besondere Risikogruppe, und sie sind auch wesentlich häufiger betroffen als Männer, trotz allem würde sich nach den Schätzungen in bezug auf die Prävalenz (10 bis 30 % der über 60jährigen) auf den Wiener Bereich eine Zahl von 12.000 bis 36.000 über 60jährigen Inkontinenz-betroffenen Männern ergeben.

Die Inkontinenz ist somit auch bei Männern kein geringes Problem. Insgesamt sind urologische Probleme bei Männern mit zunehmendem Alter sehr häufig anzutreffen.

Die Enttabuisierung des Themas, die Diagnostik und Therapie der Inkontinenz sowie das Vorgehen bei der Prävention, Früherkennung und Rehabilitation haben aufgrund der demographischen Entwicklung einen enormen sozioökonomischen Impact. Eine schwedische Untersuchung zeigte, dass bei älteren PatientInnen in 86 % der Fälle durch therapeutische Maßnahmen entweder ein vollständiges Verschwinden oder eine erhebliche Verbesserung der Inkontinenz erreicht werden konnte (WIENER SENIORSUNDHEITSBERICHT 1997). Inkontinenz ist behandelbar. Ein frühzeitiger Beginn einer Behandlung reduziert auch die Kosten inklusive der Folgekosten, indem Sekundärerkrankungen vermieden werden (nach BÖHMER, 1998).

Es ist wichtig, die Inkontinenz auch als mänderspezifische Krankheit zu sehen sowie den urologischen Symptomenkomplex bewußt zu machen. Abgesehen von der Inkontinenz sind urologische Probleme in der männlichen Bevölkerung besonders häufig anzutreffen. Es ist der Weg zur Früherkennung und frühzeitigen Therapie, auch zugrundeliegender Krankheiten, erleichtert und verkürzt. Die Einrichtung entsprechender Hotlines und Ansprechstellen für Männer ist in diesem Sinn zu fördern.

13.7 Altersforschung – „The aging male“

Zusammenfassung

Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen (in Österreich 6,3 Jahre) mit ihren sozialen, individuellen und sozioökonomischen Auswirkungen fordern die nationalen Gesundheits- und Sozialprogramme. Das wichtigste Ziel von Therapie und Prävention wird es sein, die Unabhängigkeit älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten.

Hat man die präventive Funktion der Geschlechtshormone bei Frauen bereits erkannt, so sind hier bei den Männern noch viele offene Fragen zu klären. Die Gesamttestosteronspiegel sinken ab dem 40. Lebensjahr etwa um 1 % pro Jahr ab. Zirka 20 bis 30 % der Männer über dem 65. Lebensjahr würde man, wenn sie junge Männer wären, als hypogonadal bezeichnen. Die Andropause wird nicht mehr bestritten, sie spielt sich jedoch in einem Zeitraum von vielen Jahren ab, und nicht wie die Menopause innerhalb weniger Monate. Die Wissensdefizite sind in bezug auf die Gesundheit des alternden Mannes noch groß. „The aging male“ ist jedoch immer mehr Schwerpunkt internationaler Forschung. Im folgenden Kapitel wird auf einige dieser Forschungsanliegen eingegangen.

Summary

The difference in life expectancy between men and women (6.3 years in Austria), with its social, personal, and socioeconomic effects, presents a challenge to national health and social programs. The most important goal of therapy and prevention will be to maintain the independence of older people as long as possible. While the prevalence of sex hormones in women has been recognized, many open questions in this regard remain to be clarified for men. Total testosterone values decrease about 1 % per year starting from the age of 40. About 20 to 30 % of men over 65 would be considered hypogonadal if they were young. The existence of „andropause“ is no longer questioned, but it plays out over many years and not like menopause, over the course of a few months. In the following chapter the main research areas are described.

Es bestehen noch wesentliche Defizite in der Altersforschung sowie eine Reihe von Fragen, die zu untersuchen sind. Diese Fragen sind den Bereichen wirtschaftliche und gesellschaftliche Auswirkungen der demographischen Alterung, der sozialen Integration und persönlichen Entwicklung im Alter, weiters den Bereichen Gesundheit, Pflege und Betreuung betagter Menschen zuzuordnen (HÖPFLINGER et al., 1992). Innerhalb dieser Fragen sind sicherlich geschlechtsspezifische Untersuchungen erforderlich.

Wir müssen uns zweifellos darauf vorbereiten, die Frage Lebenserwartung/Lebensalter in neuen Dimensionen zu sehen; es muß zu einer neuen Sicht des Alters, des Alterns und des Alten-Problems kommen. Ziel sind die neuen Alten. Es handelt sich um interessierte, gesunde, vielfach ökonomisch relativ gutsituierte Menschen, die den sogenannten dritten oder vierten Lebensabschnitt aktiv gestalten.

Viele ältere Menschen leben längere und gesündere Leben als je zuvor, deshalb weist eine aktivere Gemeinschaft älterer Menschen darauf hin, daß die „Last“ einer alternden Bevölkerung in ein Phänomen von großer sozialer, ökonomischer und kultureller Hoffnung verwandelt werden kann (LEVI, 1995).

Die zunehmende Erfahrung mit einer älteren Bevölkerung soll dazu beitragen, die wichtigsten Maßnahmen zu treffen, um die Lebensqualität das ganze Leben hindurch zu optimieren. 1995 wurde nun von der WHO das Programm „Aging and Health“ ins Leben gerufen, u.a. mit einem Arbeitsschwerpunkt geschlechtsspezifische Gesundheit und Lebensbedingungen (WHO, 1995).

13.7.1 The Aging Male

222

Die Lebenserwartung der Männer ist kürzer als die der Frauen, auch in Industrieländern mit guter medizinischer Versorgung. Die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen betragen in Europa etwa 8 Jahre, in den USA 6,7 Jahre und in Afrika 3 Jahre. Diese Unterschiede haben große soziale, individuelle und sozioökonomische Auswirkungen.

Trotz der enormen Fortschritte in der Medizin sind die letzten Lebensjahre von Krankheit und Behinderung begleitet. Der Schlüsselfaktor für ein gesundes Altern wird sein, so lange als möglich unabhängig zu bleiben. Das zentrale Anliegen sind Therapie und Prävention jener Erkrankungen und daraus resultierenden Behinderungen, die die ältere Bevölkerung am häufigsten betreffen: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Arthritis, Alzheimer-Erkrankung, Angstkrankheiten, Depressionen, Diabetes, eingeschränktes Hör- und Sehvermögen, chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen, Lungenerkrankungen. Es sind die nationalen Gesundheits- und Sozialprogramme gefordert, ein gesünderes Älterwerden zu ermöglichen und die Lebensqualität des Alters zu verbessern. Dazu gehören gesunder Lebensstil, gesundheitsfördernde Umwelt und Gesundheitserziehung auch für ältere Menschen. Die präventive Funktion der Geschlechtshormone ist bei den Frauen bereits als eine Möglichkeit erkannt worden gegen Osteoporose, Alzheimer und Herz-Kreislauf-Erkrankungen wirksam zu werden. Die Forscher, die sich mit der Gesundheit des alternden Mannes beschäftigen, sehen diesbezüglich bei Männern noch enorme Defizite und viele wissenschaftliche Informationslücken.

Sie fordern verstärkt Forschung im Bereich Epidemiologie, sozioökonomische Studien, klinische Studien, Präventionsstudien etc., um eine Verbesserung der Prävention für den alternden Mann herbeizuführen.

In der „Massachusetts Male Aging Study“ (MMAS) wurden drei Eckpfeiler für eine gesündere Population der älteren Männer formuliert:

- PSA-Screening und Intervention bei ansteigendem Spiegel, damit Senken der Mortalität durch das Prostatakarzinom.
- Die Risikofaktoren für Erektionsstörungen sind sehr ähnlich jenen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Präventionsmaßnahmen auch: Raucherentwöhnung, Blutdruckkontrolle und Hypertonetherapie, Diabetesprävention und -therapie.

- Prostatahyperplasie verringert die Lebensqualität erheblich. Die frühzeitige Therapie der Prostatahyperplasie verhilft zu einer deutlich verbesserten Lebensqualität.

Bereits 55jährige Männer sind sich des Alterns bewußt: abnehmende Männlichkeit, verringerte Libido, abnehmende körperliche und geistige Performance, Stimmungsschwankungen und Störungen. Viele Männer meinen, daß Erektionsstörungen sicherlich sehr häufig sind; wenn sie betroffen sind, verschweigen sie das jedoch meist. Auch beim Urologen werden diese Probleme von sich aus angesprochen, sondern andere Symptome in den Vordergrund gerückt. Wenn Männer nicht direkt darauf angesprochen werden und andere Symptome des Älterwerdens angesprochen werden können, wird die Lebensqualität des Patienten weiterhin in Mitleidenschaft gezogen sein. Zugrundeliegende Erkrankungen werden (wie z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) nicht früh erkannt werden, und präventive sowie therapeutische Maßnahmen können nicht ergriffen werden. Die Prävalenz aller Schweregrade erektiler Dysfunktion (ED) wird in der männlichen Bevölkerung auf etwa 30 bis 50 % geschätzt, die der kompletten ED bei 65jährigen auf 5 %, bei über 65jährigen bis 20%.

Die ED-Prävalenz steigt mit dem Alter deutlich an und ist besonders hoch bei kardiovaskulären Erkrankungen (CVD). Die Prävalenz-Angaben zu einer ED bei Männern mit kardiovaskulären Erkrankungen reichen laut Literatur von 40 bis 60 %. GUNDLE et al. (1990) berichten, daß bei Männern mit koronarer Herzkrankheit 1 bis 2 Jahre nach einer Bypass-Operation eine ED vorliegt (Alter $51,4 \pm 7,1$ Jahre).

In einem Sample von 131 Myokardpatienten (31 bis 84 Jahre) wurde von 64 % der Patienten die Form der Impotenz angegeben (WRABEK et al., 1980). DIOKNO et al. (1990) fanden bei 60jährigen Koronarpatienten nach einem Myokardinfarkt eine ED-Prävalenz von 59 %, während bei jenen ohne Myokardinfarkt die ED-Prävalenz bei 9,6 % lag. Aus der „Massachusetts Male Aging Study“ geht hervor, daß die Wahrscheinlichkeit einer ED bei Koronarpatienten bei 39 % liegt, im Vergleich zu 9,6 % bei den Kontrollen. In einem weiteren Sample der Studie (1.290 Männer zwischen 40 und 70 Jahren) (FELDMAN et al., 1998) wurden die kardiovaskulären Risikofaktoren Zigarettenrauchen, Adipositas und Hypertonie als Prädiktoren für eine später auftretende ED identifiziert, unabhängig vom Auftreten klinisch-symptomatischer CVD (FELDMAN et al., 1998).

Für Österreich liegen keine vergleichbaren epidemiologischen Untersuchungen vor. Bei einer ED-Prävalenz von 40 bis 60 % bei CVD-Patienten kann, mit Bezug auf die österreichische Krankenhausentlassungsstatistik (1996), angenommen werden, daß in Österreich 2.700 bis 4.000 bis 6.893 behandelten Patienten mit akutem Myokardinfarkt auch von einer ED betroffen sind. Bei den zwischen 18.000 und 27.000 Patienten mit der Diagnose ischämische Herzkrankheit (Österreichische eigene Berechnungen). Basierend auf den Prävalenz-Angaben zur koronaren Herzkrankheit in der Framingham-Studie, kann von etwa 300.000 bis 350.000 ED-Betroffenen mit koronarer Herzkrankheit ausgegangen werden.

Mit Bezug auf die rezenteren Studien zum Altern des Mannes hat sich jeweils der Zusammenhang zwischen absinkenden Hormonspiegeln gezeigt, jedoch auch immer multifaktorielles Geschehen im Vordergrund der Symptome. Die Andropause wird nicht mehr bestritten. Sie spielt sich jedoch über einen Zeitraum von vielen Jahren ab, und nicht wie die Menopause innerhalb weniger Monate.

Es ist bewiesen, daß ab dem 40. Lebensjahr der Testosteronspiegel absinkt. Der Gesamttestosteronspiegel sinkt um etwa 1 % pro Jahr ab. Etwa 20 bis 30 % der Männer über dem 65. Lebensjahr werden, wenn sie junge Männer wären, als hypogonadal bezeichnet. Trotzdem gibt es keine eindeutige Sensitivität über einen Wert des Testosteronspiegels beim älteren Mann, welchen man dann als Androgenmangel diagnostizieren würde. Diese Diskussion führt natürlich zur Frage der Hormonersatztherapie beim Mann. Die meisten Experten möchten alle älteren Männer mit Androgenmangel substituiert werden. Nicht geklärt ist die Frage der altersadäquaten Dosis und der Sensitivität des Testosterons. Ein weiterer offener Punkt der Diskussion ist die Form der Ersatztherapie, wie Tabletten, Pflaster, Injektionen etc.

In der Erforschung sind auch neue Substanzen, sogenannte SARMS (selektive Androgenrezeptoragonisten) oder selektiv wirksame Androgene (MENT) oder sogenannte 5 α -Reduktase-Hemmer

stosteron-Substitution birgt natürlich die Gefahr, daß damit ein vorhandenes Prostatakarzinom forciert wird. In einer 3jährigen Studie wurden die Nebenwirkungen einer solchen Therapie untersucht, die sich in Grenzen gehalten haben, unter der Voraussetzung, daß man die PSA-Spiegel laufend kontrolliert hat. Die Benefits einer solchen Substitutionstherapie bedürfen sicherlich noch einer genaueren Untersuchung, und dies vor allem in Langzeitstudien.

Die „International Society for the Study of the Aging Male“ wurde mit dem Ziel ins Leben gerufen, die Lebensqualität der älteren Männer zu verbessern. 350 Wissenschaftler, Kliniker und Experten aus verschiedenen Disziplinen aus 42 Ländern haben 1998 anlässlich des ersten diesbezüglichen internationalen Kongresses das sogenannte Genfer Manifest erstellt.

13.7.2 Geschlechtsspezifische Ergebnisse der „Baltimore Longitudinal Aging Study“ (BLSA)

Die „Baltimore Longitudinal Aging Study“ begann im Jahr 1958 und ist die längste, noch laufende Langzeitstudie zum Thema Altern. Sie ist ausgerichtet auf die Untersuchung von biologischen Prozessen und Verhaltensänderungen von Menschen mit dem Alter und will die Beziehung dieser Veränderungen zueinander herausfinden: welche Vorgänge Alterungsprozesse sind und welche Veränderungen durch Erkrankungen und Umweltfaktoren bedingt sind.

Bis 1978 wurden ausschließlich Männer in die Studie aufgenommen. 1993 waren annähernd 700 Männer und 500 Frauen im Alter zwischen 20 und 90 Jahren in der Studie. Die Teilnehmer werden alle 2 Jahre untersucht. Die gesammelten Daten enthalten Informationen zu Herz-, Lungen- und Nierenfunktionen, Immunsystem, Stoffwechsel und Hormonhaushalt, Körperzusammensetzung, Sinneswahrnehmung, Gedächtnisleistung, Persönlichkeit und Ernährung.

224

Bis heute hat man folgende generelle Schlußfolgerungen aus der BLSA-Studie gezogen: Altern geht nicht mit einer generellen Abnahme von geistigen und körperlichen Fähigkeiten einher, und es gibt auch kein generelles Muster des Alterns. Altern ist ein sehr individueller Prozeß. Die Studienleiter sehen auch, daß ihre Fragestellungen immer komplexer werden, daß es keine einfachen Antworten auf ihre Fragen gibt und daß das Fragen nie aufhört.

Aufgrund der 40jährigen Laufzeit der Studie ist der Informationsgehalt zum Altern des Mannes besonders herausragend. Unter anderem wurden folgende Erkenntnisse gewonnen:

- Männer mit einem Prostatakarzinom haben bereits 5 Jahre vor Auftreten des Karzinoms erhöhte PSA-Werte, was bei Männern mit einer späteren Prostatahyperplasie nicht der Fall ist.
- Ein hoher Cholesterinspiegel ist auch im Alter noch ein Risikofaktor. Männer im Alter zwischen 65 und 96 Jahren haben weiterhin ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, auch diejenigen, die noch keine Herzkranzgefäßerkrankung haben. Deshalb werden auch im höheren Alter Präventivmaßnahmen, wie etwa cholesterin- und fettreduzierte Ernährung, empfohlen.
- Der Knochenmasseverlust von jungen und alten Männern ist sehr ähnlich, nur die Turnover-Rate ist bei jüngeren Männern höher. Dieses erklärt möglicherweise die Entwicklung von Osteoporose im Alter.
- Die körperliche Fitneß nimmt bei gesunden Menschen mit jedem Lebensjahrzehnt um 5 bis 10 % ab.
- Die androide Fettverteilung (Fettansatz um die Taille), wie sie vor allem bei Männern vorkommt, ist mit einem erhöhten Herz-Kreislauf-Risiko verbunden.
- Personen, die sehr schlank oder sehr übergewichtig sind, leben kürzer als Personen mit mittlerem Gewicht. Männer, die mit dem Alter mäßig an Gewicht zugelegt haben, hatten eine höhere Lebenserwartung.
- Männer mit eingeschränkter Lungenfunktion zeigten eine höhere Sterblichkeit, vor allem für ischämische Herzerkrankungen.

- Eine eingeschränkte Glukosetoleranz ist im Alter nicht unbedingt mit der Entwicklung betes verbunden.
- Im Alter zeigen auch sehr gesundheitsbewußte und gut ernährte Männer eine zu geringe Konzentration von Vitamin B₆, Magnesium und Zink.
- Bei Männern entwickeln sich bereits ab dem 30. Lebensjahr Einschränkungen des Hörsinns, die so rasch wie bei Frauen. Es bedarf einer eingehenden Untersuchung, welche Faktoren dieser Einschränkung führen, wie etwa Lärm, Bluthochdruck, systemische Erkrankungen und Medikamente. Ab dem 60. bis 70. Lebensjahr nimmt das Hörvermögen bei niedrigen Frequenzen ab.
- Im 4. Lebensjahrzehnt wird es schwierig, nahe Gegenstände zu fokussieren, ab dem 5. Lebensjahrzehnt nimmt die Fähigkeit ab, bewegte Gegenstände zu entdecken, im Zwielicht zu sehen („man muß immer genauer hinsehen“), ab dem 7. Lebensjahrzehnt wird es immer schwieriger, feine Details ausfindig zu machen.
- Die Arterienwände verdicken sich, und der systolische Blutdruck steigt um 20 bis 25 % zwischen dem 20. und 75. Lebensjahr.
- Im Laufe der Jahre nimmt die Herzfrequenz ab, und zwar unter maximaler Belastung um 25 % zwischen dem 20. und 75. Lebensjahr.
- Die maximale Atemkapazität sinkt um etwa 40 % zwischen dem 20. und 80. Lebensjahr.
- Die Bauchspeicheldrüse ist dafür verantwortlich, daß die Glukosestoffwechselrate sinkt.
- Die Muskelmasse nimmt ab und mit ihr auch die Sauerstoffaufnahme während der Belastung, und zwar um etwa 5 bis 10 % alle 10 Jahre. Die Kraft des Handgriffes läßt bis zum 75. Lebensjahr um 45 % nach.
- 65jährige Männer zeigten die gleiche Vigilanz wie jüngere Männer. Ab dem 70. Lebensjahr sinkt die Vigilanz deutlich, und es bedarf mehr Zeit, um auf Stimuli zu reagieren. Jedoch ist dies individuell und variabel. Etwa ein Viertel der Teilnehmer der BLSA zeigte jedoch auch nach dem 70. Lebensjahr keine Einbußen in der Gedächtnisleistung. Man nimmt heute an, daß das Gehirn ähnlich wie das Herz, mit dem Alter mehr Adaptionsleistungen und weniger Leistungsabfall bringt, als man bisher gedacht hat. In bezug auf das Erinnerungsvermögen zeigten sich geschlechtsspezifische Unterschiede. Männer können besser Zahlen aus dem Kurzzeitgedächtnis abrufen, Frauen besser Wörter. Männer und Frauen haben jedoch insgesamt etwa die gleichen Abbaustufen in bezug auf die Gedächtnisleistung. Forscher der BLSA sind auf der Suche nach Früherkennungszeichen für Morbus Alzheimer, und sie haben herausgefunden, daß die verlangsamte visuelle Gedächtnisleistung lange vor anderen Anzeichen beeinträchtigt ist.
- In bezug auf das Wohlbefinden, auch das psychische Wohlbefinden, zeigte sich mit dem Alter, daß Personen, die in jüngeren Jahren niedrige Befindlichkeitslevels hatten, auch im Alter ähnlich abschnitten. Personen, die jedoch eher extrovertiert waren, hatten in jedem Lebensalter höhere Testscores.
- Die Fähigkeit, Streß zu bewältigen, nimmt auch mit dem Alter nicht ab.

XIV.
RESÜMÉ

RÉSUMÉ

