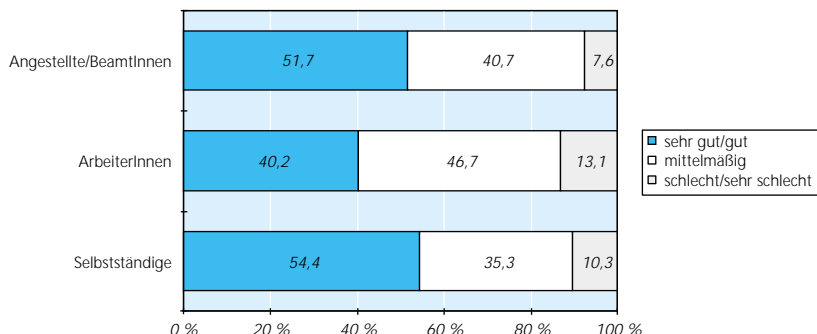


Grafik 4: Subjektive Gesundheit nach früherer beruflicher Stellung, Wien 1998

Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998.

6.1.1 Subjektive Gesundheit der SeniorInnen im regionalen Vergleich

Dr. Gerhard FÜLÖP
Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

Bei der von der Bundesanstalt STATISTIK ÖSTERREICH im Jahr 1998 durchgeführten Messung „Ältere Menschen“ wurden über 60-jährige Personen, darunter auch rund 1.400 Wiener, unter anderem nach der subjektiven Einschätzung ihres Gesundheitszustandes befragt.

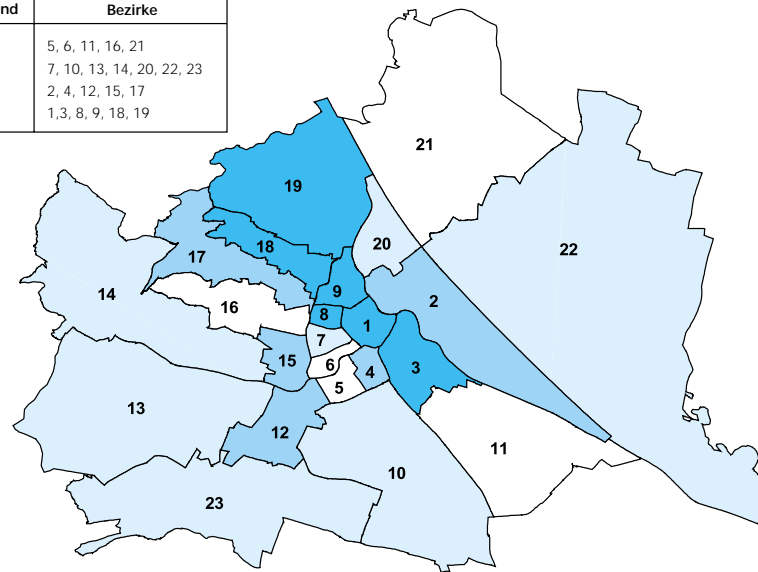
Rund 54 Prozent der befragten Wiener Senioren bzw. rund 46 Prozent der Wiener Seniorinnen neten ihren Gesundheitszustand dabei als „gut“ oder „sehr gut“. Gesundheitlich „schlecht“ oder „sehr schlecht“ fühlten sich zehn Prozent der älteren Männer bzw. rund neun Prozent der älteren Frauen. Rest schätzte den eigenen Gesundheitszustand als „mittelmäßig“ ein.

Der Anteil der subjektiv gesunden oder fast gesunden SeniorInnen schwankte zwischen den Bezirken beträchtlich. Im 1., 3., 8., 18. und 19. Bezirk schätzten sowohl die älteren Männer als auch die Frauen ihren Gesundheitszustand deutlich besser ein als dies vor allem in den Bezirken 13 und 14 der Fall war (vgl. Grafiken 5 und 6). Im Südwesten des Stadtgebietes und jenseits der Donau fühlte sich die Bevölkerung beim Einschätzen des eigenen Gesundheitszustandes tendenziell schlechter aus als in den innerstädtischen Bezirken sowie im 18. und 19. Bezirk.

Wie auch bei anderen Gesundheitsindikatoren zeigt sich hier eine Analogie zwischen der ökonomischen Situation der Bezirksbevölkerung und der gesundheitlichen Selbsteinschätzung. In der Regel ist die Situation im Hinblick auf Ausbildung und Wohlstand, umso günstiger sind tendenziell das Gesundheitsverhalten und Gesundheitszustand. Eine Ausnahme bilden hier jedoch die Bezirke 13 und 14, in denen sozioökonomisch besser gestellte Bevölkerungsschichten konzentriert sind, andererseits die gesundheitliche Selbsteinschätzung bei beiden Geschlechtern relativ ungünstig ausfällt. Dies lässt sich mit der kritischeren Grundhaltung von höher gebildeten Personen gegenüber ihrer eigenen Gesundheit zusammenhang stehen.

Grafik 5: Über 60-jährige Männer mit „(sehr) gutem“ Gesundheitszustand nach Bezirken, Wien 1998

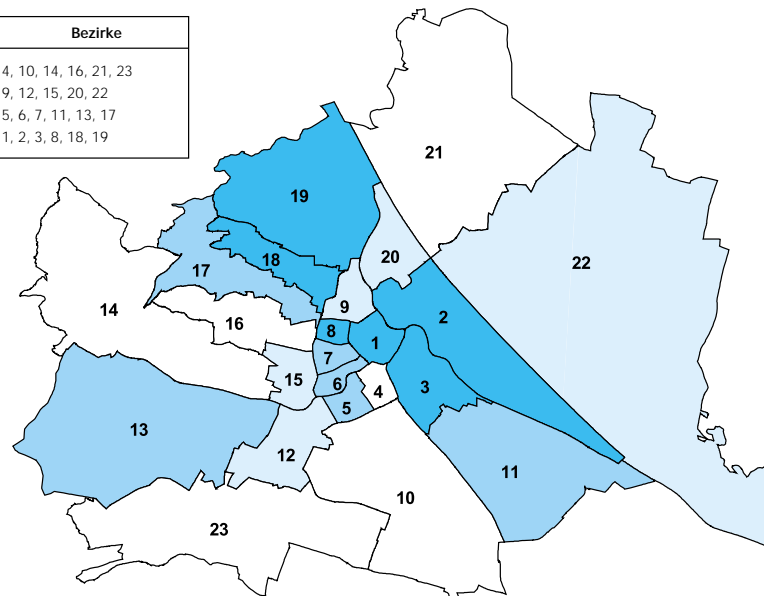
(sehr) guter Gesundheitszustand	Bezirke
< 43,5	5, 6, 11, 16, 21
43,5 und < 55,6	7, 10, 13, 14, 20, 22, 23
55,6 und < 71,4	2, 4, 12, 15, 17
71,4	1, 3, 8, 9, 18, 19



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998, ÖBIG-Berechnungen

Grafik 6: Über 60-jährige Frauen mit „(sehr) gutem“ Gesundheitszustand nach Bezirken, Wien 1998

(sehr) guter Gesundheitszustand	Bezirke
< 41,9	4, 10, 14, 16, 21, 23
41,9 und < 46,2	9, 12, 15, 20, 22
46,2 und < 54,9	5, 6, 7, 11, 13, 17
54,9	1, 2, 3, 8, 18, 19



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998, ÖBIG-Berechnungen

6 SCHWERPUNKT: GESUNDHEITLICHE SITUATION ÄLTERER MENSCHEN

6.1 Subjektive Gesundheit der Wiener SeniorInnen

Zusammenfassung

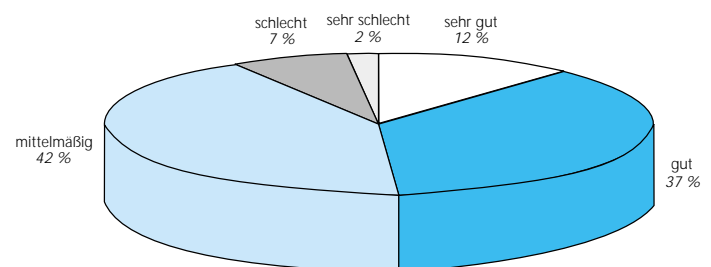
Nahezu die Hälfte der befragten über 60-Jährigen schätzt ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein, 42 Prozent der Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig; schlecht oder sehr schlecht fühlen sich rund zehn Prozent. Frauen betrachten sich etwas gesünder als Männer dieser Altersgruppe; mit steigendem Alter nehmen die günstigen Gesundheitsbeurteilungen immer mehr ab. Ehemalige ArbeiterInnen beurteilen ihre Gesundheit negativer als Selbstständige und Angestellte/BeamtenInnen.

Summary: Subjective state of health of senior citizens in Vienna

Almost half of the people in the age group above 60 consider themselves in good or very good health, 42 per cent rate their state of health as average and approximately 10 per cent in poor or very poor health. Women tend to think better of their state of health than men in the same age group. As people grow the less favourable they consider their health. Former workers are more negative about their health than former self-employed and white-collar workers.

Im Mikrozensus-Sonderprogramm über ältere Menschen (STATISTIK ÖSTERREICH, 1998) wurde die subjektive Beurteilung der Gesundheit, welche ein entscheidender Einflussfaktor für das Wohlbefinden ist,⁶³ erhoben. Die Ergebnisse für Wien zeigen, dass nahezu die Hälfte der befragten über 60-Jährigen ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut einschätzt, 42 Prozent der Befragten beurteilen ihren Gesundheitszustand als mittelmäßig; schlecht oder sehr schlecht fühlen sich beinahe zehn Prozent.

Grafik 1: Beurteilung des Gesundheitszustandes durch Wiener SeniorInnen, 1998



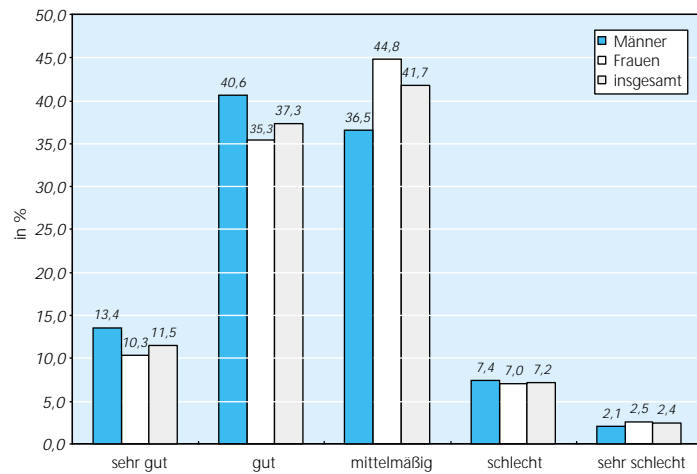
Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998

Erfolgt eine Differenzierung nach **Geschlecht**, lässt sich an den vorliegenden Daten ersichtlich machen, dass 60-jährige Männer ihren Gesundheitszustand geringfügig besser beurteilen als Frauen dieser Altersgruppe. Dieser Geschlechterunterschied lässt sich v. a. durch den höheren Anteil älterer Frauen in der Stichprobe erklären.

Folgende Ergebnisse wurden für Männer und Frauen erzielt: Eine sehr gute bis sehr gute Gesundheitseinschätzung geben 54 Prozent der Wiener Senioren ab, aber nur 46 Prozent der Wiener Seniorinnen. Bei der mittelmäßigen Gesundheitseinschätzung dominieren Frauen. Kein Geschlechterunterschied lässt sich bei der Kategorie schlechter/sehr schlechter Gesundheitszustand erkennen. Bei schlechtem/very poor Gesundheitszustand sind Männer mit 9,5 Prozent gegenüber Frauen je 9,5 Prozent (Grafik 2).

⁶³ STATISTIK ÖSTERREICH: Statistische Nachrichten 2/2000, 112 ff.

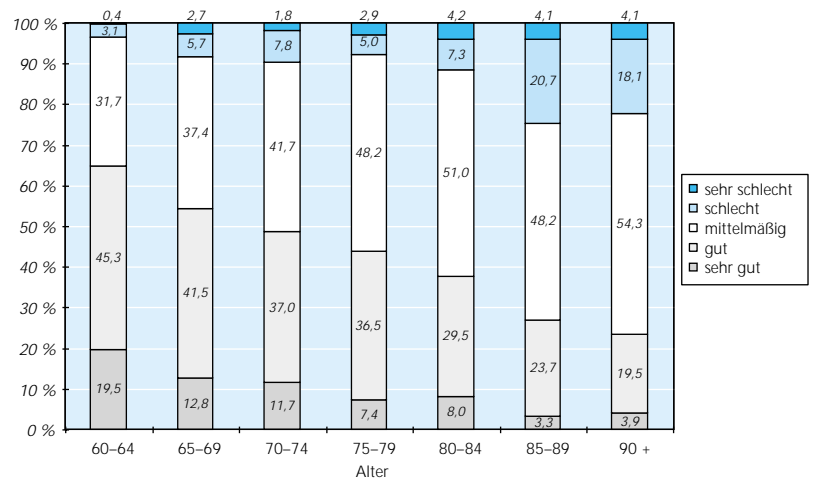
Grafik 2: Subjektive Gesundheit nach Geschlecht, Wien 1998



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998

Mit steigendem **Alter** nehmen die günstigen Gesundheitsbeurteilungen immer mehr ab, die schlechten analog zu. So weisen noch knapp zwei Drittel der 60- bis 64-Jährigen und rund die Hälfte der 65- bis 74-Jährigen Wiener und Wienerinnen einen sehr guten bzw. guten Zustand auf, jedoch nur 37 Prozent über 75-Jährigen. Der Anteil der Befragten mit schlechtem oder sehr schlechtem Gesundheitszustand beträgt bei den 60- bis 64-Jährigen vier Prozent, bei den 65- bis 74-Jährigen neun Prozent und bei den 75- bis 84-Jährigen schon 13 Prozent. Die Werte für die einzelnen Altersgruppen sind der Grafik 3 zu entnehmen.

Grafik 3: Subjektive Gesundheit nach Alter, Wien 1998



Quelle: Statistik Österreich, Mikrozensus 1998

Werden die Daten nach der früheren **beruflichen Stellung** analysiert, zeigt sich, dass Wienerinnen, die ArbeiterInnen waren, ihre Gesundheit negativer beurteilen als ehemals Selbstständige und Beamten/BeamtInnen. Dies lässt sich aus Grafik 4 ersehen.

6.2.1 Zur Epidemiologie der Demenz

Die Häufigkeit der Demenzen steigt mit zunehmendem Alter. Das Alter ist sozusagen der Kofaktor für eine Demenz. Auf Grund der noch uneinheitlichen Anwendung der diagnostischen Kriterien fehlen exakte Inzidenz- und Prävalenzraten. Bei etwa fünf Prozent der über 65-Jährigen ist eine Demenz, bei den über 90-Jährigen sind es schon ca. 30 Prozent. Diese Tatsache kann auch als demographischer – betrachtet werden: Zwei Drittel der Menschen, die dieses hohe Alter erreichen, werden vom Problem nicht betroffen.

Die durchschnittliche Lebenserwartung wird immer länger. Daraus ergibt sich die Tatsache, dass der Anteil gerade jener Altersgruppe, in welcher das Problem der Demenz zunimmt – eben der über 65-Jährigen – und vor allem der noch Älteren an der Gesamtbevölkerung – in naher Zukunft deutlich zunehmen wird. Diese Entwicklung wird bis ungefähr zur Mitte des 21. Jahrhunderts prognostiziert. Im EU-Bereich wird man bis zum Jahr 2025 mit einer 50-prozentigen Zunahme der 60- bis 80-Jährigen, einer 100-prozentigen Zunahme der 80- bis 90-Jährigen und einer 200-prozentigen Zunahme der über 90-Jährigen rechnen. Ein Drittel der Gesamtbevölkerung wird dann mehr als 60 Jahre alt sein. In Österreich gibt es eine deutliche Zunahme der mehr als 60-Jährigen ein deutliches West-Ost- und Süd-Nord-Gefälle: Die Zunahme der Bevölkerung im Alter von 60 und mehr Jahren im Zeitraum von 1981–2021 in Wien wird mit + 97,2 Prozent angegeben, so rechnet man in Südosterreich mit + 46,0 Prozent und in Ostösterreich mit + 16,1 Prozent (ÖROK-Prognose). Der Bevölkerungszuwachs in der geriatrischen Altersgruppe wird überwiegend weiblich sein, auf 1.000 Frauen der Altersgruppe von 75–80 Jahre werden im Jahr 2050 1.200 kommen. Somit wird auch die Gesamtzahl der von Demenz Betroffenen ansteigen, und es wird sich vorwiegend um weiblich verwitwete Frauen sein, deren soziale Betreuung schon rein quantitativ eine nicht zu unterschätzende Aufgabe und Belastung für die Gesellschaft darstellen wird. In diesem Zusammenhang wird erwartet werden, dass schon jetzt die Hälfte der pflegenden Angehörigen mehr als 65 Jahre alt ist und eine der Betroffenen an der Alzheimer Krankheit leidet. Schon heute wird die Zahl der an der Alzheimer Krankheit leidenden in Österreich mit etwa 80.000–90.000 angegeben, bis zum Jahr 2050 werden bis zu 190.000 sein. Grund der unterschiedlichen demographischen Entwicklung von West- und Ostösterreich wird es zu einem deutlichen Anstieg davon im Westen kommen.

6.2.2 Zur Diagnose der Demenz

Die Demenz verläuft chronisch fortschreitend, sie beeinträchtigt höhere Gehirnfunktionen wie Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen, das Wachsein als Voraussetzung des Bewusstseins, ist nicht beeinträchtigt. Diese Beeinträchtigung ist meist von einer Verschlechterung der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Persönlichkeit begleitet. Wie erwähnt, müssen diese Symptome schwerwiegend genug sein, um mit der sozialen Funktion der Betroffenen zu interferieren – dies hängt auch von den kulturellen Gegebenheiten ab. Bei der Demenzdiagnose sind falsch positive Zuordnungen zu vermeiden; insbesondere bei der Parkinson'schen Erkrankung geschehen diese immer wieder. Mangelnde Aufmerksamkeit, Verlangsamung des Antriebs und der Motorik, allgemeine körperliche Schwäche und Ermüdbarkeit sind Symptome dieser Krankheiten sein können, täuschen den Verlust intellektueller Fähigkeiten bei einer Demenz auftreten, nur vor.

Als das markanteste diagnostische Hauptkriterium gilt die Störung des Gedächtnisses. Insbesondere die Aufnahme, das Speichern und die Wiedergabe neuer Information. Erst im späten Stadium kommt es zum Verlust von früher gelernten, länger vertrauten Gedächtnisinhalten. Wie schon erwähnt, ist Demenz nicht nur eine Gedächtnisstörung: Die Verarbeitung von neuen Informationen ist schwierig bis unmöglich – die Betroffenen können sich nicht mehr als nur einem Stimulus widmen, sie sind nicht in der Lage, einem Gespräch mit mehr als nur einer Person zu folgen, sie können nicht von einem Thema zum anderen nicht mehr verlagern. Im Unterschied zur akuten Demenz (Delir), die ähnliche kognitive Symptome aufweist, bei der es sich aber um einen im Grunde durch verschiedene exogene Faktoren ausgelösten Zustand handelt, ist bei der Demenz die Diagnose schwierig, das Bewusstsein klar, die Symptome bestehen länger. Für die sichere klinische Diagnose

menz wird eine Symptomdauer von mindestens sechs Monaten verlangt – dies und einige der o. g. erwähnten Kriterien verlangt die ICD-10, die auch bei uns obligatorische internationale Klassifizierungskriterien für Demenzerkrankungen sind. Die ICD-10-Kriterien für Demenzerkrankungen sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Im DSM III-R, der revidierten dritten Fassung des international gebräuchlichen „Diagnostic and Statistical Manual“ wird neben der nachweisbaren Beeinträchtigung des Kurz- und Langzeitgedächtnisses mindestens eines der folgenden vier Merkmale verlangt:

- Beeinträchtigung des abstrakten Denkvermögens,
- Beeinträchtigung des Urteilsvermögens,
- Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen wie Aphasie (Störung der Sprache), Apraxie (Unfähigkeit, trotz intakter Motorik, motorische Aktivitäten auszuüben), Agnosie (Unfähigkeit, trotz intakter sensorischer Funktionen, Gegenstände zu erkennen und zu benennen) und der Fähigkeit, komplexe Aufgaben zu lösen (z. B. Unfähigkeit verschiedene geometrische Figuren nachzuzeichnen oder diese zusammenzusetzen),
- Persönlichkeitsveränderungen (Veränderung oder Akzentuierung bestehender Persönlichkeitszüge).

Laut DSM III-R müssen durch den Schweregrad der Störungen soziale Alltagsaktivitäten und persönliche Beziehungen zu anderen Menschen ebenfalls deutlich beeinträchtigt werden, wobei diese nicht von einem Delirs auftreten dürfen. Es sollen Hinweise auf einen spezifischen organischen Faktor, der den ätiologischen Zusammenhang mit der Störung nahe legt, vorhanden sein. Wenn ein konkreter ätiologischer Zusammenhang nicht nachzuweisen ist, muss eine nicht organisch bedingte psychische Störung, z. B. eine Depression mit kognitiver Beeinträchtigung, ausgeschlossen sein. Das heißt, es muss nach einer sekundären Demenz und nach einer Depression gesucht werden – erst deren Ausschluss ermöglicht die Verdachtsdiagnose einer primären Demenz im Sinne einer Alzheimer Krankheit.

Zur Diagnostik der kognitiven Leistungsfähigkeit verfügt die Neuropsychologie über eine Reihe psychometrischer Testverfahren. Diese sind genauso unabdingbar wie eine gründliche internistische und neurologische Untersuchung inklusive EKG und EEG, die Bestimmung einiger Laborparameter sowie die Anwendung bildgebender Verfahren wie die Computertomographie, die Magnetresonanztomographie, bei der zumindest eines angewandt werden sollte. Die so genannte Positronen Emissions Tomographie (PET) und die Single Photon Emissions Computertomographie (SPECT) sind spezialisierten Zentren vorbehalten, funktionenberechnende (PET) und funktionsdarstellende (SPECT) Verfahren, mit denen die Durchblutung, der Stoffwechsel, die Rezeptordichte und Aktivität von Gehirnarealen untersucht werden kann – sie ergeben vor allem differenzialdiagnostische Hinweise.

Die Laboruntersuchungen dienen zunächst dem Ausschluss von Krankheiten, die u. a. auch eine kognitive Symptomatik aufweisen können. Derzeit gibt es noch keinen sicheren Labortest zum Nachweis einer Alzheimer Krankheit. Der Nachweis bestimmter, bei der Alzheimer Krankheit vermehrt vorkommender Proteine in der Gehirnflüssigkeit, z. B. das Tau-Protein oder das A-Beta-42-Peptid, kann dazu beitragen, die derzeit bei der klinischen Diagnostik noch vorhandene Rate von ca. zehn Prozent Fehldiagnosen zu reduzieren. Der Nachweis einer bestimmten, das so genannte Apolipoprotein-E Gen (ApoE4) tragenden, genetischen Konstellation, die dann in Abhängigkeit vom Alter für die Manifestation einer Alzheimer Krankheit prädisponiert, könnte zu deren Frühdiagnose führen. Mangels einer nachhaltigen prophylaktischen bzw. therapeutischen Interventionsmöglichkeit ergäben sich aus diesem derzeit aber hauptsächlich ethische Probleme.

Die erwähnten diagnostischen Verfahren ermöglichen auch die Differenzialdiagnose zwischen der Alzheimer Krankheit und der vaskulären Demenz.

6.2.3 Depression und Demenz

Höheres Alter geht mit einem höheren Risiko für psychische und kognitive Störungen einher. Vor den Anfangsstadien der Demenz reagieren viele der Betroffenen – möglicherweise als Reaktion auf den auch subjektiv noch wahrgenommenen kognitiven Verfall – mit einem depressiven Syndrom. Das klinische und therapeutische Prozedere unterscheidet sich nicht von jenem bei nicht dementen Personen.

wobei – wie bei jeder Medikation bei älteren Menschen – auch bei den Antidepressiva mit Vorsicht und einschleichend verabreicht werden soll.

Eine Depression kommt bei älteren Menschen relativ häufig vor, und sie kann sich besonders oft mit kognitiven Einbußen und Störungen, also mit allgemeiner Verlangsamung, Verwirrung, Denkstörungen bis zur Verwirrtheit manifestieren – somit mit Symptomen wie bei einer Demenz. Es ist es schwierig, diese Symptome eindeutig einer Demenz oder einer Depression zuzuordnen. In einem solchen Fall ist eine antidepressive Behandlung angezeigt. Auch sollte die typische allgemeine Verlangsamung, die sie bei der Parkinson'schen Krankheit vorkommt, nicht zur Diagnose einer Demenz führen (wobei sie auch mit einer Depression nicht verwechselt werden sollte). Bei der Parkinson'schen Krankheit kann eine gezielte Behandlung ebenfalls eine merkbare Verbesserung bringen. Aus den angeführten Gründen ist ersichtlich, warum bei Verdacht auf das Vorhandensein von Demenzsymptomen eine kombinierte somatische und psychologische Diagnostik durchgeführt werden sollte.

6.2.4 Zur Prävention und Therapie der Demenz

Die Möglichkeiten der Primärprävention der meisten Formen der Demenz sind, ähnlich wie bei der Depression, Therapie und Rehabilitation (also Sekundär- und Tertiärprävention) noch immer recht bescheiden. Trotz der auf zunehmende Möglichkeiten der Frühdiagnose und auf durchaus wirksame Medikamenten- und handlungsmöglichkeiten hingewiesen werden, doch kann der demenzielle Abbau bisher nicht rückgängig gemacht werden. Ihn rückgängig zu machen oder gar zu verhindern, bleibt eine Aufgabe für die Zukunft.

Zumindest sind aber Ansätze zur **Prävention** vorhanden:

Die Erhaltung höherer Hirnleistungsfähigkeiten, vor allem die Erhaltung der Gedächtnisfunktionen, ist eine Voraussetzung für die Erhaltung von Autonomie und Selbstständigkeit im Alter. Das psychische Wohlbefinden älterer Menschen, damit auch das Freisein von Depression, wird auch von der positiven Einstellung zur Einschätzung der eigenen Gedächtnisleistung (HÖPFLINGER, STUCKELBERGER, 1999) beeinflusst. Gedächtnisverlust und andere kognitive Einbußen werden im Sinne des Defizitmodells der Demenz im hohen Alter noch oft als unvermeidlich antizipiert – und das bereits von jungen Erwachsenen. Gedächtnisprobleme bei älteren Menschen werden von der Umwelt besonders häufig, fast automatisch, antizipiert. Eine differenzierte wissenschaftliche Betrachtung zeigt aber, dass Gedächtnisstörungen mit zunehmendem Alter wohl häufiger auftreten, aber individuell in sehr unterschiedlichem Ausmaß. Nicht alle Gedächtnisfunktionen gleichzeitig bzw. im gleichen Ausmaß betroffen.

Bekannt ist die, den Intelligenzmodellen folgende, recht vereinfachende Differenzierung zwischen fluiden und kristallinen Intelligenz. Die erste, an Hand der Lösung handlungsorientierter und tendenziell neuartiger Aufgaben gemessene kognitive Leistung erreicht im Alter von ca. 20 Jahren ihr Maximum und beginnt dann abzunehmen. Die zweite, kristalline Intelligenz, welche an der Lösung erfahrungsabhängiger Aufgaben gemessen wird, nimmt bis ins Alter von etwa 30 Jahren zu und bleibt dann bis ins hohe Alter konstant bestehen. Nach Ansicht mancher Forscher nimmt diese im Alter sogar zu. Besonders auffällig ist also mit zunehmendem Alter schlechter werdend, ist die in einem bestimmten Moment von der Aufmerksamkeit und die damit einhergehende Verarbeitungsgeschwindigkeit von Informationen. Daraus ergibt sich, dass die kognitiven Funktionen und das Gedächtnis im Alter insbesondere bei komplexen Aufgaben auffallen, wenn alte Menschen eine Leistung unter Zeitdruck erbringen müssen, wenn sie Aufgaben gleichzeitig lösen müssen oder wenn ihnen zusätzliche Erinnerungshilfen fehlen. Die kognitive Flexibilität im Sinne der Speicherung und Nutzung von Erfahrung bleibt beim gesunden alternden Menschen weitgehend unverändert erhalten (HÖPFLINGER, STUCKELBERGER, 1999).

Studien weisen nach, dass objektive, somatische Gesundheitsindikatoren mit Gedächtnisleistungen im Alter positiv korrelieren. Eine positive Beeinflussung dieser Faktoren, insbesondere der durch körperliche Aktivität erreichbaren besseren Muskelkraft verbessert auch die Gedächtnisleistungen im Alter (PERRILLI, STÄHELIN, 1997).

Für die Multiinfarkt-demenz (vaskuläre Demenz) gelten die gleichen Risikofaktoren wie für die Alzheimer-Demenz. Sie kommt vor allem bei Menschen mit Diabetes mellitus und Hypertonie gehäuft vor. Die Vermeidung bzw. Behandlung dieser Risikofaktoren reduziert das Risiko des Auftretens von vaskulärer Demenz.

Einzelnen wissenschaftlich bekannten Risikofaktoren für die Alzheimer Krankheit, wie eine genetisch determinierte Konstellation von bestimmten Apolipoproteinen, kann nicht vorgebeugt werden. Es gibt gewisse – noch vorläufige, aber epidemiologisch bereits dokumentierte – Hinweise auf Zusammenhänge zwischen der postmenopausalen Hormonsubstitutionstherapie und einer niedrigeren Inzidenz von Alzheimer. Möglicherweise ergibt sich daraus – neben der Osteoporose-Prävention – ein zusätzliches Argument für die Hormonsubstitution. Eine Langzeitanwendung von nichtsteroidalen Antirheumatika, z. B. im Rahmen der Therapie von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, scheint ebenfalls einen protektiven Effekt hinsichtlich eines kognitiven Abbaus im höheren Alter zu haben – hier muß ebenfalls noch zusätzliche Evidenz geliefert werden, um sicherere Empfehlungen abgeben zu können. Auch gibt es einen durch einige Studien belegten Zusammenhang zwischen den niedrigen Plasmaspiegeln von Folsäure und Vitamin B12 und einem kognitiven Defizit im Sinne einer Demenz. Allerdings fehlt der sichere Beweis eines positiven Effekts der Supplementierung dieser Substanzen im Sinne einer Prävention der Entwicklung von Demenz. Möglicherweise wird es demnächst diesbezügliche Empfehlungen geben.

Die medikamentöse **Therapie** der Demenz ist derzeit nur im Sinne von Ansätzen zu einer symptomatischen Therapie möglich. Die meisten der in Österreich für die Indikation Alzheimer Krankheit zugelassenen Substanzen, die so genannten Antidementiva (früher „Nootropika“) entsprechen den von der EMA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) festgesetzten Kriterien. Diese fordern für die Indikation Alzheimer Krankheit auch einen – in prospektiv, randomisiert und doppelblind durchgeführten Untersuchungen festgestellten – Wirksamkeitsnachweis, im Vergleich zur Kontrollgruppe aus einer Verbesserung der kognitiven Funktion, der Leistungsfähigkeit in den Alltagsaktivitäten (ADL, Activities of Daily Living) und des klinischen Eindrucks bestehen soll. Die Studiendauer soll dabei mindestens sechs Monate betragen. Bei fehlender Wirksamkeit nach drei Monaten soll nach dem Österreichischen Alzheimer-Krankheit-Konsensuspapier (1999) die Therapie beendet werden und eventuell eine andere Substanz versucht werden.

Es stehen drei Substanzgruppen zur Verfügung:

Im Rahmen der Alzheimer-Krankheit ist das cholinerge System am frühesten und am stärksten betroffen. Die **Cholinesterasehemmer** hemmen jenes Enzym, welches den Botenstoff Acetylcholin abbaut. Der für die Alzheimer-Krankheit charakteristischen Acetylcholinmangel soll dabei entgegengewirkt werden. In Österreich stehen die Substanzen Donepezil, Galanthamin, Rivastigmin und Tacrin zur Verfügung. Diese verlangsamen die Krankheitsprogredienz, sie verbessern die kognitive Leistung (jedoch in einem eher geringen Ausmaß) und sie verbessern die Leistungsfähigkeit in den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die positiven Wirkungen sind nur bei der leichten bis mäßigen Demenz im Rahmen der Alzheimer-Krankheit festzustellen, nicht aber bei schwereren Formen. Bei der zuerst eingeführten Substanz Tacrin gibt es einen Unterschied zu den anderen genannten – erhebliche Nebenwirkungsraten, insbesondere Leberfunktionsstörungen und diverse gastrointestinale Nebenwirkungen.

Die **Nootropika** sollen den Metabolismus des Gehirns positiv beeinflussen und zu verbesserten Funktionen für die Durchblutung sowie die Glukose- und Sauerstoffverwertung führen. Hinsichtlich des für diese Substanzen postulierten Wirkmechanismus herrscht jedoch kein wissenschaftlicher Konsens. Auch sprechen die Studien, die den Wirksamkeitsnachweis erbringen wollten, vielfach nicht den hohen wissenschaftlichen Qualitätsanforderungen wie jene über die Cholinesterasehemmer. In Österreich können folgende Substanzen aus dieser Klasse verordnet werden: Co-Dergocrin, Piracetam, Gingko-biloba-Extrakte, Nimodipin.

Antioxidative Substanzen (Vitamin E und Selegilin) werden vor allem auf deren krankheitsverzögernde Wirkung geprüft, die Ergebnisse sind bisher wissenschaftlich noch nicht gesichert.

Ein Parameter für die Krankheitsverzögerung ist der Zeitpunkt der Institutionalisierung. Wenn die Krankheitsentwicklung sachlich hinausgezögert werden kann, dann müsste dieser Effekt auch in die ökonomische Argumentation bei der Diskussion um die Kosten der Medikamententherapie einbezogen werden.

Bei der medikamentösen Behandlung von Demenz sollten auch die nichtkognitiven Symptome beachtet werden. Dazu gehören: Depression, Schlafstörungen, psychomotorische Unruhe, psychische Symptome wie Wahnvorstellungen und Halluzinationen sowie akute Verwirrtheit (Delir). Die Gabe psychoaktiver Medikamente sollte hier aber wohl überlegt sein und nicht unbedingt die Therapieoption der ersten Wahl darstellen. Verhaltens- und milieutherapeutische Interventionen sowie eine einfühlsame

lebenswelt des Kranken berücksichtigende Kommunikationsweise (z. B. Validation) sollten Psychopharmaka (hierbei handelt es sich vor allem um Antidepressiva und Neuroleptika) von diesen adjuvant begleiten.

6.2.5 Zum Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind

Ein Kennzeichen der zeitlichen, örtlichen und situativen Desorientierung, von welcher Demenz fortgeschritteneren Stadien der Erkrankung meist betroffen sind, ist die Rückkehr der frühzeitig zurückliegenden Art, die Welt zu erleben. Grundlegende Bedürfnisse nach Liebe und Anerkennung der verwirrte Mensch nicht im „Hier und Jetzt“ aus, sondern er beginnt mit Personen seiner Kindheit zu kommunizieren. Die logische, erlernte Sprache nimmt mit der Zeit ab und die Person kehrt zu früheren Sprachmustern zurück – vor allem zu Lauten, die Geborgenheit hervorrufen, oder Reimen, etc., die an die Kindheit erinnern. Desorientierten dementen Menschen fehlt ein Repertoire, sie halten an ihren vergangenen Rollen fest, z. B. will die demente alte Frau den längst verstorbenen – Mann das Mittagessen richten. Unbewältigte Gefühle aus der Vergangenheit (Angst oder Schuld) werden sehr präsent. Eine Argumentation auf der Basis intellektueller Einsicht ist unmöglich. Es ergeben sich folgende Empfehlungen für den Umgang mit Menschen, die an Demenz erkrankt sind:

- man soll nicht urteilen und dem desorientierten Menschen seine eigene Realität aufzuweisen
- man darf die Demenzkranken nicht infantilisieren; sie sind keine Kinder,
- man muss ehrlich und wertschätzend sein,
- man muss die Gefühle des Demenzkranken ernst nehmen und zuhören,
- man hüte sich vor leichtfertigen Analysen, vor eigenen Interpretationen des Lebens der Menschen.

Die Hauptlast der Betreuung Demenzkranker wird weiterhin von den Angehörigen getragen. In der Geriatrie, überwiegend um Frauen: Ehefrauen, Partnerinnen oder Schwiegertöchter der betreuungsbedürftigen Kranken. Sie sind dabei großen psychischen, sozialen und materiellen Belastungen ausgesetzt und erfahren relativ wenig Unterstützung und Anerkennung. So zeigt sich hinsichtlich des materiellen Aspekts, dass etwa 85 Prozent der Gesamtpflegekosten von den Angehörigen getragen werden. Nicht kalkulierbar sind dabei die Belastungen der Angehörigen wie Aufgabe des Berufs, Einkommensverzicht, soziale Isoliertheit, Vereinsamung, Verschlechterung der eigenen psychischen und somatischen Gesundheit. Angehörigen-Selbsthilfegruppen versuchen hier Abhilfe zu leisten und einem Burnout der betreuenden Angehörigen entgegenzuwirken. Strukturen zur Entlastung der BetreuerInnen sind weitestgehend vorhanden: Tageszentren und Urlaubsbetten („Respite care“), deren Dichte vor allem im Hinblick auf den zukünftigen Bedarf aber nicht ausreichend sind. Nur etwa 20–30 Prozent der Demenzkranken werden in stationärer oder institutioneller Betreuung. Auch wenn es bei dieser Rate bleibt, wird es in Zukunft vor allem in Österreich einen deutlich höheren Bedarf an Heimplätzen geben, wobei hier nicht nur ein höherer Bedarf abgedeckt werden sollte. Die zu fordernden professionellen Qualitätsstandards erfordern eine entsprechende Anzahl und Ausbildung der BetreuerInnen aus den Bereichen der Pflege, Physiotherapie (Physio-, Ergo-, Musiktherapie, Logopädie) Psychologie, Psychotherapie, Sozialarbeit. Die zu erwartenden höheren Lebenserwartung der Demenzkranken einhergehende höhere Lebenserwartung wird auch einen vermehrten medizinischen Betreuungsbedarf mit sich bringen. In der ambulanten und institutionellen Langzeitbetreuung der Demenzkranken stehen natürlich auch präventive und therapeutische Maßnahmen, für die es in naher Zukunft den Ausbau eines wiederum qualitativ adäquaten Netzes sowohl internistischer als auch neurologisch geriatrischer und geriatrischer ambulanter, teilstationärer und stationärer Strukturen, inklusive der spezialisierten Strukturen, bedarf.

6.2 Demenz – die krankhafte Form des Alterns des Gehirns

Dr. Thomas FRÜHWALD
Geriatrizentrum am Wienerwald

Zusammenfassung:

Bei etwa fünf Prozent der über 65-Jährigen findet sich eine Demenz, bei den über 90-Jährigen sind es schon ca. 30 Prozent. Durch die prognostizierte Zunahme älterer Menschen wird im EU-Raum mit einem starken Anstieg der Demenzkranken in den nächsten Jahrzehnten gerechnet.

Die bekannteste und häufigste Form der Demenz ist die Alzheimer Krankheit. Etwa 60 Prozent der Demenzen haben diese Ursache. Mit einem Anteil von ca. 20 Prozent sind Durchblutungsstörungen, die zu einem Schlaganfall führen können, die zweithäufigste Form einer Demenz. Durchblutungsstörungen werden durch die Arteriosklerose verursacht (Risikofaktoren: Bluthochdruck, Zuckerkrankheit, erhöhter Cholesterinspiegel).

Präventive Maßnahmen beziehen sich u. a. auf die Verbesserung der Muskelkraft, die auch die Gedächtnisleistungen im Alter verbessern soll. Durch die Vorbeugung bzw. frühzeitige Behandlung von Diabetes mellitus und Hypertonie kann die Anzahl der Demenzkranken ebenfalls reduziert werden. Auch gibt es Hinweise auf den Zusammenhang zwischen der postmenopausalen Hormonsubstitutionstherapie und einer niedrigeren Inzidenz von Morbus Alzheimer.

Empfehlungen für den Umgang mit demenzkranken Menschen:

- keine Urteile und kein Aufzwingen der eigenen Realität,
- keine Infantilisierung des Kranken,
- Ehrlichkeit und Wertschätzung,
- ernst nehmen des Kranken,
- keine Analysen und Interpretationen des Lebens des Dementen.

Summary: Dementia – pathology of the brain

Approximately 5 percent of people over the age of 65 are found to suffer from dementia, for people aged 90 and over the percentage is as high as 30 percent. In mind forecasts of an EU-wide population, the number of elderly people, and the number of cases of dementia is also expected to increase dramatically in the decades to come.

The best known and most common form of dementia is Alzheimer's disease. About 60 percent of all dementia patients are afflicted. 20 percent are diagnosed with circulatory disorders, the second most frequent type of dementia, which in the worst case may trigger apoplexy. Circulatory disturbances are caused by arteriosclerosis; risk factors include high blood pressure, diabetes and high cholesterol levels.

Preventive measures are aimed at increasing muscle strength, which is also said to improve memory with elderly people. Prevention and/or early treatment of diabetes mellitus and hypertension is also effective in reducing the number of dementia cases. Furthermore, links have been found between post-menopausal hormone substitution therapies and a lower incidence of Alzheimer's disease.

Recommendations for dealing with dementia patients suffering from dementia:

- Never make judgements about your own reality on them
- Do not treat them as infants
- Be honest with them and show appreciation of them
- Take them seriously
- Do not attempt analyses or interpretations of a patient's life.

6.3 Osteoporose

A.o. Univ.-Prof. Dr. Elisabeth PREISINGER
Univ.-Klinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation

Zusammenfassung

Unter den metabolischen Knochenerkrankungen hat Osteoporose die höchste Prävalenz in den Industrienationen. Sie ist eine systemische Skeletterkrankung, die mit einer verminderten Knochenmasse, einer gestörten Mikroarchitektur des Knochengewebes und einer erhöhten Knochenfragilität einhergeht. Die Folge sind Frakturen mit allen Konsequenzen. Insbesondere Osteoporose-bedingte Wirbelkörper- und hüftgelenksnahe Frakturen führen nicht nur zu Schmerzen, sondern häufig auch zur permanenten Behinderung und Pflegebedürftigkeit. Einrichtungen, die sich mit der gesamten Problematik dieser Erkrankung auseinandersetzen – Prävention, Früherkennung, Risikoabklärung, gezieltes therapeutisches Vorgehen – und eine umfangreiche öffentliche Aufklärung sollten nicht nur die individuelle Lebensqualität verbessern, sondern auch Einsparungen am Gesundheitssektor bringen.

Summary: Osteoporosis

Osteoporosis is the single most prevalent of all metabolic bone diseases registered in industrial countries. It is a skeletal disease typically accompanied by reduced bone mass, disturbed micro-architecture of the bone tissue and increased bone fragility. Osteoporosis increases the likelihood of fractures with all their consequences. Fractures of the vertebral bodies or the hip joint thus incurred are not painful but frequently lead to long-term disabilities and a patient's dependence on nursing care. The measures developed deal with all the aspects of the disease, such as prevention, early diagnosis, risk assessment, targeted therapies – as well as extensive information of the public. It is believed to improve the quality of life of the people concerned and to at the same time alleviate the health budget.

6.3.1 Definition der Osteoporose

Osteoporose ist eine systemische Skeletterkrankung, die mit einer verminderten Knochenmasse, einer gestörten Mikroarchitektur des Knochengewebes und einer erhöhten Knochenfragilität einhergeht (International Osteoporosis Foundation, 1993). In der Folge kommt es zu Frakturen mit allen Konsequenzen: akute und chronische Schmerzen, eine permanente gesundheitliche Beeinträchtigung und Behinderung bis hin zur Pflegebedürftigkeit. Diese Knochenbrüche sind nicht durch massive Krafteinwirkung vergleichsweise beim Verkehrsunfall auftreten, sondern durch Bagateltraumen, z. B. durch einen Sturz aus der Wohnung, oder sogar atraumatisch bedingt (= Fragilitätsfrakturen).

Nach den Richtlinien der WHO wird bei Frauen dann von Osteoporose gesprochen, wenn die Knochenmineraldichte mehr als 2,5 Standardabweichungen unterhalb des Normwertes gesunder junger erwachsener Frauen liegt (WHO Technical Report 843, 1994; Tabelle 1). Für Männer wurde noch kein derartiger Wert definiert.

Tabelle 1: WHO-Kriterien für Osteoporose bei Frauen

Definition: WHO-Kriterien für Osteoporose bei Frauen	Anzahl der SD ¹⁾ von BMD ¹⁾ oder BMC ¹⁾ unterhalb des Normwertes junger erwachsener Frauen
normal	≤ 1
Osteopenie (niedrige Knochenmasse)	1–2,5
Osteoporose	> 2,5
manifeste Osteoporose	> 2,5; zusätzlich die Präsenz von einer oder mehreren Fragilitätsfrakturen

1) SD = Standardabweichung, BMD = Knochenmineraldichte, BMC = Knochenmineralgehalt.

6.3.2 Ursachen von Osteoporose und Risikofaktoren

Die Knochenmasse des Menschen ist eine Funktion der individuellen maximalen Knochenmasse nachfolgender Substanzverluste. Im Durchschnitt erreicht sie um das 30. Lebensjahr ihr Maximum und nimmt danach ab. Neben Einflüssen, die sich aus den individuellen Lebensgewohnheiten (z. B. unter Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen – stellen weitere Faktoren wie Lebensalter, Krankheiten, etc. wichtige Determinanten des Frakturrisikos dar. Einige Ursachen von Osteoporose sind in Tabelle 2 angeführt.

Besonders gefährdet an Osteoporose zu erkranken sind Frauen mit heller Hautfarbe, mit Osteoporose-Disposition, grazilem Körperbau und frühem Eintritt der Menopause (vor dem 45. Lebensjahr). Zu den Faktoren, die das Frakturrisiko erhöhen und mit dem Lebensalter zunehmend relevant werden, gehören neben der verminderten Knochendichte:

- reduzierte Balancefähigkeit,
- reduzierte Muskelkraft,
- reduziertes Sehvermögen,
- Inaktivität,
- körperliche Beeinträchtigung (z. B. Unvermögen, sich ohne Mithilfe der Arme vom Stuhl zu erheben),
- vorangegangene Knochenbrüche,
- Sensibilitätsstörungen,
- schlechter Allgemeinzustand,
- hohe Ruheherzfrequenz (> 80/min).

Tabelle 2: Ursachen für Osteoporose

Ursachen für Osteoporose	
Hypogonadismus	Menopause (besonders vor dem 45. Lebensjahr), bilaterale Eierstockektomie, Keimdrüsenbestrahlung, Amenorrhoe, verspätete Pubertät, Hodenektomie
weitere endokrine Ursachen	Überfunktion der Schilddrüse, der Epithelkörperchen oder der Nebennieren
Krankheiten	rheumatoide Arthritis, Morbus Bechterew oder weitere entzündliche Gelenkerkrankungen, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, Skoliose, multiples Myelom, Sarkoidose, biliäre Leberzirrhose, Nierenversagen, Hypoparathyreoidismus, Hypoadrenale Drüseninsuffizienz
Fehlernährung	Mangelernährung (z. B. einseitige Ernährung, mangelnde Zufuhr von Vitaminen A, D, C und K, Anorexia nervosa, Malabsorption), phosphatreiche Ernährung, kochsalzreiche Nahrung, hoher Anteil an tierischen Proteinen
reduzierte Gewichtsbelastung	Immobilisation, Paralyse (Insult, Querschnittlähmung), Raumfahrt
Medikamente	Glukokortikoide (> 7,5 mg pro Tag), adrenokortikotropes Hormon, Antiepileptika, Heparin, Nikotin, Zytostatika, Thyroxin-Überdosierung, Tamoxifen
Organtransplantationen	
Gastrektomie	
renale Osteodystrophie	
juvenile Osteoporose	

6.3.3 Epidemiologie der Osteoporose

Unter den metabolischen Knochenerkrankungen hat Osteoporose die höchste Prävalenz in den Industrieländern. Osteoporose-bedingte Frakturen nehmen mit dem Lebensalter zu: Unterarmfrakturen die höchste Inzidenz um das 50., Wirbelkörperfrakturen um das 60. und hüftgelenksnahe Frakturen um das 70. Lebensjahr.⁶⁴ Nach in den USA durchgeführten Studien weisen 54 Prozent aller postmenopausalen Frauen eine Osteopenie und 30 Prozent eine Osteoporose auf. Etwa 20 Prozent der an Osteoporose erkrankten Personen sind Männer. Die Prävalenz von osteoporotischen Wirbelkörperdeformierungen ist nach in Dänemark und den USA durchgeführten Studien bei den 65- bis 70-jährigen Frauen zwischen 15 und 27 Prozent. Nach dem 80. Lebensjahr erleidet jede 3. Frau und jeder 6. Mann eine hüftgelenksnahe Fraktur. Schon in den 90er Jahren wurden in den USA die innerhalb von 50 Jahren für hüftgelenksnahe Frakturen anfallenden Kosten auf \$ 240 Mrd. geschätzt.

6.3.4 Folgen von Osteoporose

Die häufigsten Osteoporose-bedingten Knochenbrüche sind Wirbelkörper-, proximale Femur-, distale Radius-, subkapitale Humerus- und Rippenfrakturen. Die langzeitigen Folgen von Wirbelkörper- und hüftgelenksnahen Frakturen sind nicht nur sozialökonomisch bedeutend, sondern können die individuelle Lebensqualität stark beeinträchtigen.

Etwa 30 Prozent der Wirbelkörperfrakturen werden als akut schmerzhaft angegeben (International Osteoporosis Foundation, Juni 1999, Wien). Bei 50 Prozent aller Betroffenen, v. a. bei denjenigen mit Mehrfachfrakturen, entwickeln sich chronische Rückenschmerzen und etwa 30 Prozent sind bei der Verrichtung ihrer Alltagstätigkeiten behindert und auf fremde Hilfe angewiesen (Konsensus-Meeting, November 1999, Wien). Im Zusammenhang mit der Anzahl der Wirbelkörperbrüche kommt es zu einer eindrucksvollen Kompression der gesamten Wirbelsäule mit Verlust an Körpergröße, Einschränkung der Lungenfunktion, Zunahme der Schmerzen, Inaktivität und Behinderung im Alltag.

Hüftgelenksnahe Frakturen führen akut zu einer Immobilisation. In der Regel besteht ein akuter chirurgischer Interventionsbedarf. Während des nachfolgenden Halbjahres ist das Mortalitätsrisiko um das Vierfache erhöht. Bei mehr als der Hälfte aller Betroffenen kommt es zu einem Verlust an Selbstständigkeit. Etwa 20 Prozent der PatientInnen werden versorgungspflichtige Invalide.

6.3.5 Prävention und Früherkennung der Osteoporose

Die Prävention der Osteoporose sollte in der frühen Jugend beginnen. Gewichtsbelastende körperliche Aktivität, gemischte, ausgewogene Kalzium- und Vitamin-D-reiche Ernährung, Vermeiden von übermäßigem Genuss von Kaffee, Alkohol, Kochsalz und tierischem Eiweiß tragen zum Knochenbau bei.

Die Hormonersatztherapie während und nach den Wechseljahren, Kalzium- und Vitamin-D-Supplemente sind präventiv wirksam. Die Kalziumaufnahme soll beim Erwachsenen vor dem 50. Lebensjahr 1.000 mg pro Tag und danach 1.200 mg pro Tag betragen. Eine tägliche Vitamin-D-Aufnahme von 400–800 I.E. (Internationalen Einheiten) wird bei über 70-Jährigen empfohlen. Besonders bei älteren Personen ist die Vitamin- und Kalzium-Supplementation zur Frakturprophylaxe sinnvoll.

Die Messung der Knochendichte oder des Knochenmineralgehalts an dafür definierten Stellen ist eine Methode der Wahl zur Beurteilung des Osteoporose-bedingten Frakturrisikos.⁶⁵ Nimmt die Knochendichte um eine Standardabweichung (SD) ab, so erhöht sich das Frakturrisiko um das 1,5–3-fache. Sinkt der Knochendichtewert um zwei SD unter den Mittelwert gesunder erwachsener Frauen, so beträgt das Frakturrisiko einer perimenopausalen Frau 60 Prozent.

⁶⁴ LIPPINCOTT, W. & WILKINS (1999): Primer on the Metabolic Bone Diseases and Disorders of Mineral Metabolism. Vol. 1. Philadelphia, S. 257–259, S. 264–273.

⁶⁵ KANIS, J.A. et al. (1994): The Diagnosis of Osteoporosis. JBMR, 9, 1137–1141.

Zu den nicht-medizinischen Einrichtungen zählen Institutionen, z. B. Selbsthilfegruppen, denen eine Aufgabe zukommt, die Bevölkerung und die bereits Betroffenen über die Krankheit, über medizinische Einrichtungen, über präventive Maßnahmen und Einrichtungen, etc. zu informieren. Zusätzlich sind flächendeckend nicht-medizinische, in ihrer gesundheitsfördernden Qualität jedoch kontrollierte Einrichtungen gefordert, wie bsw. Trainingszentren, Fitness- und Wellnessbetriebe, Gymnastikgruppen, „Gesundheitskitchen“ in Restaurants, etc.

6.3.8 Gesundheitspolitische Relevanz

Eine umfangreiche Aufklärung der Bevölkerung könnte das Bewusstsein für die häufige Krankheit Osteoporose schulen und zumindest bei einem Teil der Bevölkerung zu einer Umstellung der Lebensgewohnheiten – Ernährung, Training, Verzicht auf Genussmittel, Erkennen von Risikofaktoren – im Sinne der Prävention beitragen. Ein flächendeckendes Angebot von Einrichtungen zur Gesundheitsförderung, z. B. geschultes Personal in Trainings- und Fitnessbetrieben, Ernährungsberatung, gesundheitsorientierte Betriebe, etc., könnten dies unterstützen. Eine rechtzeitige Diagnosestellung und gezielte Therapie sowie die Vermeidung von Risiken könnten möglicherweise viele Knochenbrüche mit allen Folgeerscheinungen verhindern und die damit verbundenen Kosten sparen.

6.4 Harninkontinenz

6.4.1 Ursachen und Formen von Harninkontinenz⁶⁷

Das Krankheitsbild der Harninkontinenz (in der Folge kurz als Inkontinenz bezeichnet) ist geprägt von unfreiwilligen Harnabgang tagsüber oder in der Nacht, auch beim Husten, Niesen, Heben, Springen oder anderer körperlicher Anstrengung. Darüber hinaus tritt Inkontinenz aber auch als Folge eines nicht drückbaren Harndranges auf. In den letzten 25 Jahren hat dieses Krankheitsbild sozialpolitisch zunehmend an Bedeutung gewonnen. Wurde früher Inkontinenz in erster Linie als Folge einer gestörten Schließmuskelfunktion – verursacht durch Geburt, Operation oder Verletzung – gesehen, so ist die häufigste Ursache heute auf Grund des immer Älterwerdens der Bevölkerung in einer defekt gewordenen Harnblasensteuerung zu suchen. Zwei Drittel der – vor allem älteren – Betroffenen sind der Meinung, es sich bei der Inkontinenz um eine natürliche Alterserscheinung handelt, für die es keine Behandlungsmöglichkeiten gibt und nehmen aus diesem Grund und auch aus Scham keine ärztliche Hilfe in Anspruch. Inkontinenz gilt als einer der primären Anlässe für die Einweisung in ein Pflege- oder Altenheim.

Die häufigste Form der Harninkontinenz bei Frauen zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr ist die **stressinkontinenz**, deren Ursache eine Beckenbodenschwäche oder eine direkte Schädigung des Schließmuskels sein kann. Bei älteren Menschen, sowohl bei Frauen als auch bei Männern, kann der Grund zerebraler, degenerativer und krankhafter Veränderungen zu einem Kontrollverlust über die Harnsenfunktion und daher zu einer **Harndranginkontinenz** kommen. Von **Überlaufinkontinenz** spricht man bei chronisch erhöhtem Blasenauflastwiderstand (z. B. durch Prostatavergrößerung) oder bei einer Muskelschwäche. Läsionen im Gehirn und im Rückenmark können zur **neurogenen Harninkontinenz** (Reflexinkontinenz) führen, die dadurch charakterisiert ist, dass die Betroffenen bei fehlendem Harndranggefühl keine Kontrolle über ihre Harnblase haben.

⁶⁷ MADERSBACHER, H.: Harninkontinenz. In: Hausarzt Nr. 7/8a, Panta rhei? Fortbildungsheft zum Thema Inkontinenz, 1

6.4.2 Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum⁶⁸

Univ.-Prof. Dr. Stephan MADERSBACHER, Klinik für Urologie der Universität Wien
 Univ.-Prof. Dr. Gerald HAIDINGER, Abteilung für Epidemiologie am Institut für Krebs
 Universität Wien
 Dr. Christian TEMML, Abteilung für Gesundheitsvorsorge der Stadt Wien

Zusammenfassung

Insgesamt geben 26 Prozent der untersuchten Frauen und fünf Prozent der Männer eine Harninkontinenz während der letzten vier Wochen an. Für Wien hochgerechnet bedeutet dies, dass 180.000 Frauen und 29.000 Männer betroffen sind. Bei beiden Geschlechtern steigt die Prävalenz der Harninkontinenz kontinuierlich mit zunehmendem Lebensalter an. Etwa 18 Prozent der betroffenen Personen sehen ihre Lebensqualität durch die Harninkontinenz deutlich beeinträchtigt. Nur fünf Prozent der betroffenen Frauen und 16 Prozent der Männer stehen aber in ärztlicher Behandlung. Dieser Umstand verweist auf die sozioökonomische Bedeutung und gesellschaftliche Tabuisierung dieser Erkrankung.

Summary: Prevalence of Urinary Incontinence in Vienna

A total of 26 percent of women and 5 percent of men examined admitted to have experienced urinary incontinence during the last 4 weeks. Extrapolated for Vienna, this means 180,000 women and 29,000 men are affected. Prevalence of urinary incontinence rises continuously with age in both genders. 18 percent of those concerned consider their quality of life significantly impaired by urinary incontinence. However, only 5 percent of women and 16 percent of men seek and receive medical treatment, a fact that indicates the socio-economic significance and social stigmatization caused by the disease.

Die Harninkontinenz, insbesondere beim älteren Menschen, ist ein weit verbreitetes medizinisches Problem. Die für Diagnose und Therapie der Harninkontinenz eingesetzten finanziellen Mittel sind in der Größenordnung von jenen für Diabetes mellitus oder Hypertonie. Die zu erwartende kontinuierliche Alterung der Bevölkerung, insbesondere in den westlichen Industriestaaten, unterstreicht die sozioökonomische Bedeutung dieser Erkrankung. In Österreich wird der Anteil der Bewohner ab 75 Jahre, von ca. 550.000 im Jahre 1998 (6,8 Prozent der Gesamtbevölkerung) auf ca. 1,1 Millionen im Jahre 2030 (12,1 Prozent der Gesamtbevölkerung) ansteigen. Aus diesem Grund sind weitere Daten über Prävalenz und Inzidenz der Harninkontinenz vor allem für die Gesundheitsplanung und auch für die mit diesem Problem befassten Ärzte von großem Interesse.

Bis dato lagen zu diesem Thema keine verlässlichen Daten aus Österreich vor. Das Ziel der Studie war es, die Prävalenz der Harninkontinenz im Wiener Raum detailliert zu untersuchen und diese Daten auch auf Österreich zu extrapolieren.

⁶⁸ MADERSBACHER, S.; HAIDINGER, G.; TEMML, C.: Prävalenz der weiblichen Harninkontinenz in einer urbanen Bevölkerung. Ergebnis einer offenen Querschnittstudie. In: Hausarzt Nr. 7/8a, Fortbildungsheft zum Thema Inkontinenz, 1999, S. 1-4.
 TEMML, C.; HAIDINGER, G.; SCHMIDBAUER, J.; SCHATZL, G.; MADERSBACHER, S.: Urinary Incontinence in Vienna: Prevalence Rates, Impact on Quality of Life and Sexual Life. Neurourol Urodyn 19: 259-271, 2000.

6.4.3 Methodik

Im Großraum Wiens werden in regelmäßigen Abständen Gesundenuntersuchungen durchgeführt. Im Rahmen dieser Untersuchung werden folgende Parameter erhoben: detaillierte Anamnese, laufende medikamentöse Therapien, physikalische Untersuchung inkl. Größe, Gewicht, Body-Mass-Index, Herzfrequenz, Blutdruck, EKG und Spirometrie; Harnstatus; Blutuntersuchung inkl. Leber- und Nierenfunktionparameter, Blutbild, high und low density Lipoprotein, Cholesterin und Glucose; soziodemografische Parameter wie Ehestatus, Ausbildung, sportliche Aktivitäten, Zigaretten- und Alkoholkonsum, Stressoren.

Zwischen Mai 1998 und April 1999 legten wir zu diesen Gesundenuntersuchungen einen 37 Fragebogen umfassenden Fragebogen (Bristol-LUTS-Fragebogen; JACKSON⁶⁹ et al, 1996) bei, der die verschiedenen Aspekte von Harninkontinenz und Miktionsbeschwerden, sowie die Beeinträchtigung der Lebensqualität und des Sexuallebens befragt. In diesem Fragebogen wurde die Harninkontinenz als unwillkürlicher Urinverlust innerhalb der letzten vier Wochen definiert.

Sowohl die Gesamtprävalenz der Harninkontinenz als auch die Prävalenz in den verschiedenen Altersjahre wurden altersbezogen berechnet.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe und Gesamtpopulation

	Frauen	Männer	insg.
Anzahl (über 20 Jahre)	1.262	1.236	2.498
durchschnittliches Alter	49,7 +/- 13,6 Jahre	48,6 +/- 13,0 Jahre	
Grundpopulation (über 20 Jahre), Österreich 1995	3.233.618	2.942.590	6.176.208
Grundpopulation (über 40 Jahre), Österreich 1995	1.962.415 (60,7 %)	1.611.334 (54,8 %)	3.573.749

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

6.4.2 Ergebnisse

6.4.2.2.1 Prävalenz der Harninkontinenz bei beiden Geschlechtern

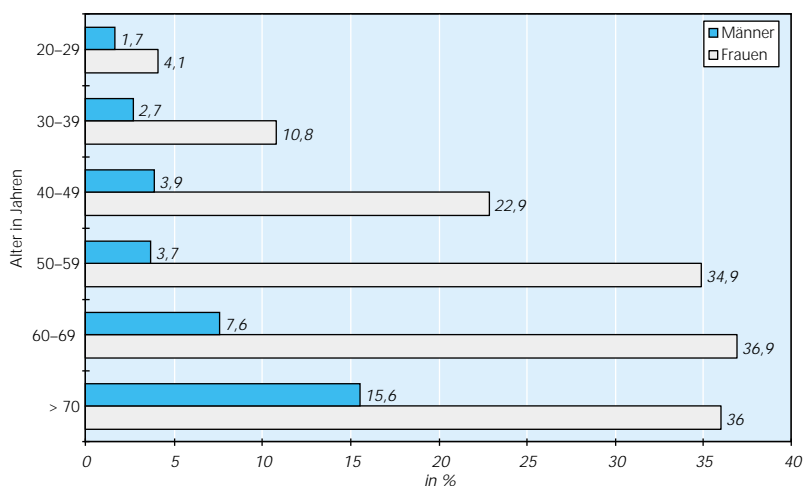
Insgesamt gaben 26,3 Prozent (n = 332) der untersuchten Frauen und 5,0 Prozent (n = 62) der Männer an, eine Harninkontinenz während der letzten vier Wochen zu haben. Das Auftreten einer Harninkontinenz ist im Vergleich zu den Männern bei den Frauen fast siebenmal so hoch. Bei beiden Geschlechtern steigt die Prävalenz der Harninkontinenz kontinuierlich mit zunehmendem Lebensalter an. Bei den Frauen sind folgende Prävalenzen zu beobachten: Während nur vier Prozent der unter 30-jährigen Frauen von derartigen Beschwerden berichtet werden, betraf dies 37 Prozent der 60- bis 69-jährigen Frauen. In sämtlichen Lebensdekadenn sind die jeweiligen Prozentzahlen bei den Männern signifikant kleiner.

⁶⁹ JACKSON, S.; DONOVAN, J.; BROOKES, S.; ECKFORD, S.; SWITHINBANK, L.; ABRAMS, P.: The bristol female lower urinary tract symptoms questionnaire: development and psychometric testing. Br J Urol 77: 805–812, 1996.

Tabelle 4: Harninkontinenz nach Geschlecht und Alter, Österreich 1998/1999

Alter in Jahren	Frauen			Männer	
	Anzahl	Harninkontinenz in den letzten 4 Wochen		Anzahl	Harninkontinenz in den letzten 4 Wochen
		absolut	in %		absolut
20-29	75	3	4,1	59	1
30-39	176	19	10,8	184	5
40-49	397	91	22,9	458	18
50-59	321	112	34,9	294	11
60-69	157	58	36,9	132	10
> 70	136	49	36,0	109	17
insgesamt	1.262	332	26,3	1.236	62

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Grafik 7: Harninkontinenz bei Frauen und Männern nach Alter, Österreich 1998/99

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Extrapoliert man diese Daten altersadjustiert auf die Bevölkerung im Wiener Raum, so sind dies 180.000 Frauen und 29.000 Männer eine Harninkontinenz an. In Österreich leben etwa 1.000.000 Frauen und 148.000 Männer mit einer Harninkontinenz, in Summe österreichweit nahezu 1.000.000. In Wien allein über 200.000 betroffene Personen.

Tabelle 5: Extrapolation der Daten für Wien/Österreich, 1998/99

Alter in Jahren	Anzahl der betroffenen Frauen	
	Wien	Österreich
20-29	6.943	33.783
30-39	19.248	91.849
40-49	29.478	143.720
50-59	42.921	190.206
60-69	30.503	167.238
über 70	51.654	232.603
insgesamt	180.747	859.399

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Harnstressinkontinenz zeigte bei den Frauen in allen Dekaden eine deutlich höhere Prävalenz als bei den Männern. Im Gegensatz dazu fand sich bei der **Dranginkontinenz** bei beiden Geschlechtern annähernd gleich hohe Prävalenz.

Dauer und **Frequenz** der Harninkontinenz waren vergleichbar bei beiden Geschlechtern. 17,6 Prozent der Frauen und 22,0 Prozent der betroffenen Männer gaben an, erst relativ kurz (weniger als ein Jahr) mit einer Harninkontinenz zu leiden, bei 43,7 Prozent bzw. 32,2 Prozent bestand dieser Zustand schon länger als drei Jahre. Eine tägliche Harninkontinenz wurde von 33,4 Prozent der inkontinenten Frauen und 27,0 Prozent der Männer angegeben.

Im Großen und Ganzen passen diese Ergebnisse in das Spektrum der bis dato publizierten Studien. PEL et al.⁷⁰ führten eine Metaanalyse von 48 epidemiologischen Studien durch, die zwischen den Jahren 1954 und 1995 publiziert worden sind. In der Gruppe der unter 30-Jährigen gaben im Durchschnitt 17,6 Prozent der Frauen einen mehr oder weniger regelmäßigen Harnverlust an (vgl. vorliegende Studie: 24,8 Prozent). Bei den 30- bis 60-Jährigen variierten die Prozentsätze zwischen 14 und 41 Prozent mit einem Durchschnittswert von 24,5 Prozent (vgl. vorliegende Studie: 24,8 Prozent). In der Gruppe der über 60-Jährigen betrug der Durchschnittswert 23,5 Prozent (vgl. vorliegende Studie: 36,5 Prozent). Genannt wurden Studien, die objektive und subjektive Parameter kombinierten, niedrigere Prozentsätze als Studien, die nur Symptome erfragten.

Über Harninkontinenz beim Mann ist bisher nicht allzu viel publiziert worden. Ähnliche Daten wie in der vorliegenden Studie wurden erst vor kurzer Zeit in Schweden und Belgien veröffentlicht. MALMSTEN et al.⁷¹ untersuchten unter Zuhilfenahme eines Fragebogens Männer ab dem 45. Lebensjahr und fanden einen linearen Anstieg der Gesamtinkontinenzrate von 3,6 Prozent bei den 45-Jährigen (vgl. vorliegende Studie: 3,9 Prozent) bis zu 28,2 Prozent bei den über 90-Jährigen (vgl. vorliegende Studie: 22,2 Prozent) (bei über 80-jährigen Männern). SCHULMAN et al.⁷² untersuchten die Prävalenzraten bei 2.499 Männern ab 30 Jahren und beobachteten, dass 5,2 Prozent der Männer Inkontinenzepisoden hatten (vgl. vorliegende Studie: 5,0 Prozent).

6.4.2.2 Einfluss der Harninkontinenz auf Lebensqualität und Sexualleben

Insgesamt gaben 65,7 Prozent der betroffenen Frauen und 58,3 Prozent der inkontinenten Männer an, dass sie durch den Harnverlust in ihrer Lebensqualität beeinträchtigt zu sein. Eine mäßiggradige bis schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität gaben 18,3 Prozent der Frauen und 16,6 Prozent der Männer an. Bei einem Drittel aller inkontinenten Frauen (34,3 Prozent) und Männer (41,7 Prozent) negieren jeglichen negativen Einfluss der Harninkontinenz auf die Lebensqualität.

Tabelle 6: Einfluss der Harninkontinenz auf die Lebensqualität nach Geschlecht

Grad der Beeinträchtigung	Frauen	Männer
	in %	
keine	34,3	41,7
leicht	47,4	41,7
mittelgradig bis schwer	18,3	16,6

Quelle: MADERSBACHER, S. et al., 1999

Harnstressinkontinenz beeinträchtigt Frauen mehr als Männer: 86,1 Prozent der betroffenen Frauen gegenüber 39,1 Prozent der Männer berichteten über eine derartige Beeinträchtigung. Der Einfluss

⁷⁰ HAMPEL, C.; WIENHOLD, D.; BENKEN, N.; EGGERSMANN, C.; THÜROFF, J.W.: Prevalence and natural history of female urinary incontinence. Eur Urol 32 (suppl 2): 3–12, 1997.

⁷¹ MALMSTEN, U.G.H.; MILSOM, I.; MOLANDER, U.; NORLEN, L.J.: Urinary incontinence and lower urinary tract symptoms: a demiological study of men aged 45 to 99 years. J Urol 158: 1733–1737, 1997.

⁷² SCHULMAN, C.; CLAE, S.H.; MATTHIJS, J.: Urinary incontinence in Belgium: a population-based epidemiological survey. Eur Urol 32: 315–320, 1997.

Dranginkontinenz auf die Lebensqualität war bei beiden Geschlechtern nahezu ident: 60,4 Prozent bei den Frauen und 57,5 Prozent bei den Männern. Eine mäßiggradige oder schwere Beeinträchtigung der Lebensqualität beklagten 30,4 Prozent der Frauen und 29,8 Prozent der Männer an.

Über die Beeinträchtigung des Sexuallebens durch die Harninkontinenz wurde nur selten befragt. Bei den Frauen ben 74,9 Prozent der Frauen und 69,5 Prozent der Männer überhaupt keine Beeinträchtigung des Sexuallebens beklagten 6,4 Prozent der Frauen und 10,2 Prozent der Männer. Generell bestand eine enge Korrelation zwischen der Beeinträchtigung des Sexuallebens und der Lebensqualität durch die Harninkontinenz.

6.4.2.2.3 Risikofaktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz

Da im Rahmen dieser Gesundenuntersuchung eine Reihe möglicher Risikofaktoren für das Auftreten einer Harninkontinenz parallel erhoben wurde, untersuchten wir die Assoziation dieser Faktoren zum Auftreten einer Harninkontinenz.

Bei Frauen weisen die Faktoren Lebensalter, Body-Mass-Index, Harndranggefühl und das Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung sowie vorangegangene gynäkologisch-operative Eingriffe Zusammenhänge zur Harninkontinenz auf. Von allen erhobenen Laborparametern bestand nur der Hämoglobinblutzucker die höchste Korrelation zur Harninkontinenz.

Bei Männern zeigten sich die höchsten Korrelationen zum Lebensalter, Harndranggefühl und zum Gefühl der unvollständigen Blasenentleerung und zu abgeschwächtem Harnstrahl.

Bei beiden Geschlechtern hatten weder Trink- oder Rauchgewohnheiten noch der Bildungsweg Einfluss auf das Auftreten einer Harninkontinenz.

Trotz signifikanter Anstrengungen einer Reihe von Non-Profit-Organisationen, ÄrztInnen und PatientInnenorganisationen in Österreich während der letzten Jahre ist es bemerkenswert, dass derzeit nur 16,1 Prozent der betroffenen Frauen und 16,1 Prozent der inkontinenten Männer in ärztlicher Behandlung sind. Dieser Umstand zeigt deutlich, dass Harninkontinenz unter betroffenen PatientInnen noch immer ein weitverbreitetes Problem ist und ein dringender Bedarf an entsprechender Öffentlichkeitsarbeit besteht.

VII.
GESUNDHEIT
VERHALTEN

HEALTH BEH

7 GESUNDHEITSVERHALTEN

7.1 Rauchen

7.2 Alkoholkonsum und alkoholbezogene Probleme in Wien

7.2.1 Der Pro-Kopf-Konsum alkoholischer Getränke und die Getränkepräferenzen in Wien und in Österreich

7.2.2 Die Wiener Konsumsitten

7.2.3 Die Sterblichkeit an Leberzirrhose

7.2.4 Alkoholunfälle

7.3 Ernährung und Übergewicht

7.3.1 Ernährungssituation der Wiener Bevölkerung

7.3.1.1 Ernährungserhebungen in Wien

7.3.1.2 Erwachsene

7.3.1.3 Kinder und Jugendliche

7.3.1.4 Schwangere und Stillende

7.3.1.5 SeniorInnen

7.3.1.6 Fazit

7.3.2 Übergewicht

7.3.2.1 Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen

7.4 Bewegung und Sport

7.5 Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen

7.5.1 Ergebnisse der Untersuchungen

7.6 Gesundheitsvorsorge für Mutter und Kind

7.6.1 Mutter-Kind-Pass/Vorsorgemedizinische Beratungsstellen

7.6.2 Die Wiener Elternberatungsstellen

7.6.3 Perinatalzentren