

Gender und Altern

Prim. Dr. Katharina Pils
SMZ – Sophienspital
A-1070 Wien, Apolllogasse 19
katharina.pils@wienkav.at

Einleitung und Definitionen

In der medizinischen Betreuung konnte sich in den letzten Jahren eine Sensibilität gegenüber geschlechtsspezifischen Unterschieden etablieren. Im Bereich der Geriatrie ist diese Differenzierung noch komplexer.

Alter kann kalendarisch definiert werden. Die WHO spricht zwischen 60 und 75 Jahren von älter, bis 90 Jahre von alt, über Neunzigjährige gelten als hochbetagt und über 100-jährige als langlebig oder stoned. Das Alter an sich gibt aber keine Information über die soziale Partizipation, die Fähigkeit zur Selbsthilfe oder über relevante Erkrankungen. Das Alter an sich spiegelt weder den medizinischen, noch den sozialen Betreuungsbedarf wieder. Mit dem zunehmenden Alter steigt allerdings das Risiko für Erkrankungen.

So gilt ein kalendarisch alter Patient, der an mehr als 3 relevanten Erkrankungen leidet, bei dem ein besonderer Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen und psychosozialer Betreuung besteht als **geriatrischer Patient**. Alte Menschen leiden zumeist an chronischen, zum Teil schubhaft verlaufenden Erkrankungen. Akutereignisse sind seltener, als bei einer vergleichbaren jüngeren Kohorte. Zu diesen Erkrankungen zählen nach Isaak die Inkontinenz, die cardiale Instabilität und Folgeerkrankungen und der intellektuelle Abbau. Das 4. geriatrische I, die Immobilität nimmt einen besonderen Stellenwert ein. Es steht für die progrediente Einschränkung der Muskelkraft, des Balancegefühls, der Koordination und letztlich des erhöhten Sturzrisikos bis hin zur Schenkelhalsfraktur, die wiederum die Immobilität begünstigt.

Das soziale Alter nimmt vorrangig auf die Selbsthilfefähigkeit und die soziale Integration Bezug. Leopold Rosenmayr definierte die Phase des nicht mehr Berufstätig sein bzw. nicht mehr die Rolle eines für die Kindererziehung Verantwortlichen als die dritte und vierte Lebensphase, wobei die dritte Lebensphase jene Zeit des weitgehend physischen und psychischen Wohlbefindens ohne Arbeitsbelastung darstellt, die vierte Lebensphase jedoch von erhöhtem Betreuungs- und Pflegebedarf gekennzeichnet ist und letzten Endes zum Tod führt.

Baltes & Baltes haben versucht, den zahlreichen, eher pessimistischen Alterstheorien eine etwas optimistischere gegenüber zu stellen – Selektion, Optimierung, Kompensation – das SOK-Modell. Hier wird der kontinuierliche, aber langsam progrediente Verlust durch Selektion der individuell wichtigen Aktivitäten, gezieltes Training und Kompensation, durch Verhaltensänderung oder Hilfsmittel betont, sodass trotz funktioneller Einschränkungen noch zahlreiche Aufgaben erfolgreich und befriedigt durchgeführt werden können.

Das biologische Alter subsumiert alle physischen und kognitiven Veränderungen, wobei unter der Multimorbidität meist eher chronische Erkrankungen verstanden werden. Einzelne akute Ereignisse können allerdings vor dem Hintergrund der

vielfachen organischen Veränderungen zu massiven funktionellen Einschränkungen, zu einem erhöhten Pflegebedarf und letzten Endes zum Tod führen. Mit dem Alter steigt das Risiko der Multimorbidität. Hier werden die Erkrankungen entsprechend der vier I's in folgende Kategorien unterteilt: cardiale Instabilität, Immobilität, intellektuelles Impairment und Inkontinenz. Nachdem diese zahlreichen gleichzeitig bestehenden Erkrankungen auch mehrfacher Medikation bedürfen, können Multimedikation mit unerwünschten Nebenwirkungen, soziale Isolation, aber auch finanzielle und physische Abhängigkeit die Folge sein.

Die WHO definiert 1998 Sex als das biologische Geschlecht. Hierzu gehören genetische Codes, äußere und innere Geschlechtsmerkmale und Geschlechtsorgane sowie das Hormonprofil. Gender bezeichnet das soziale Geschlecht, vor allem die sozialen Fähigkeiten und das Rollenverhalten. Dieses wird nicht nur vom Sex, sondern vor allem von gesellschaftlichen Kulturen und Erwartungshaltungen geprägt.

Geschlecht und soziale Rolle

Der demografische Wandel, die kontinuierlich steigende Lebenserwartung, die Veränderungen der sozialen Geschlechtszuteilungen von Männern und Frauen, die Berufstätigkeit der Frauen und die Zunahme der Single-Haushalte und Patchwork-Familien führen zu neuen Lebenskonzepten, die letztlich auch wesentlichen Einfluss auf die dritte, besonders aber auch auf die vierte Lebensphase haben werden. Die Frau als klassisch Pflegende wird durch die eigene Berufstätigkeit nicht mehr in der gewohnten Art verfügbar sein. Als Antwort auf die steigende Lebenserwartung wird das Pensionsantrittsalter kontinuierlich hinaufgesetzt werden, wodurch die Generation der dritten Lebensphase, der potentiell Pflegenden, geringer werden wird. Andererseits könnten durch Gesundheitsförderung, durch individuelle Verbesserung des Lebensstils und Vermeidung von gesundheitsschädigenden Umweltfaktoren die gesunde Lebenserwartung und die betreuungsarmen Jahre weiter ansteigen.

Gender – die geschlechtsspezifische Wahrnehmung des eigenen Körpers und das damit verbundene Verhalten – beeinflusst wesentlich den Umgang mit der Erkrankung und deren Folgen. Genderaspekte fließen in die dritte Möglichkeit das Alter zu definieren ein. Das **soziale Alter** definiert sich über die Partizipation. Die **GoGoes** sind die körperlich aktiven, gut integrierten alten Menschen, die ihr Leben weitgehend selbständig organisieren. Sie sind weitgehend gesund, bestehende Erkrankungen führen zu keinen wesentlichen Einschränkungen.

GoGoes nehmen ihre Rolle als Frau oder Mann wahr und werden in der medizinischen Betreuung meist als solche auch wahrgenommen.

Kommt es durch altersspezifische Veränderungen oder durch eine relevante Erkrankung zu Einschränkungen bei den Aktivitäten, so kann das Leben nur unterstützt durch Familie, Freunde oder soziale Dienste gemeistert werden. Man spricht in Anlehnung an die onkologische Definition von den **SlowGoes**. Bestehen mehrere Erkrankungen gleichzeitig, nimmt die soziale Partizipation ab und steigt somit der Pflege- und Betreuungsbedarf, so spricht man von **NoGoes**. Mit dem Verlust der sozialen Rolle verschwindet meist auch die Wahrnehmung der eigenen Geschlechtsrolle, sowie der Sexualität. Durch die Pflegeabhängigkeit verschwindet die Tabuisierung der Öffentlichkeit des eigenen Körpers. Vor allem in der institutionalisierten Pflege verschwindet die private Atmosphäre. Selbst wenn ein Einzelzimmer zur Verfügung steht, ist der Zutritt einfach. Die Körperhygiene,

Ausdruck der eigenen Geschlechtlichkeit wird, durch Fremde unterstützt, durchgeführt. Zum Teil kann durch die räumlichen Gegebenheiten die Intimsphäre nicht gewahrt werden.

Mit Verlust der Kognition und des Kurzzeitgedächtnisses, werden frühere Erinnerungen wieder wach. Die Irritationen und Verhaltensauffälligkeiten werden als Verwirrtheit missinterpretiert. Dabei gilt es nur die oft schmerzhaft vergangenheit zu bewältigen.

Genderaspekte altersassoziierter Erkrankungen & geriatrische Syndrome

Ähnlich wie auch bei jüngeren Menschen gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede für bestimmte Erkrankungen: Manche Unterschiede lassen sich tatsächlich auf **Sex** – (körperliches Geschlecht mit primären Geschlechtsmerkmalen und dem entsprechenden Hormonstatus) zurückführen.

Ein zweiter Aspekt umfasst geschlechtsspezifische Veränderungen, Syndrome und Krankheiten. Im Alter steigt die Inzidenz für chronische Krankheiten. Einige Beispiele sollen die Sensibilität für genderspezifische Veränderungen im Alter steigern.

Osteoporose & Sarkopenie

Sturzrisiko & Stürze

Frailty

Definition und Klinische Zeichen nach Linda Fried:

- unbeabsichtigter Gewichtsverlust (5 kg oder mehr pro Jahr)
- Gefühl der allgemeinen Erschöpfung
- Schwäche (Handkraftmessung)
- geringe Gehgeschwindigkeit
- niedriges Niveau körperlicher Aktivität

Kognition & Stimmung

Literatur

Barat I, Andreasen F, Damsgaard EM: Drug therapy in the elderly: what doctors believe and patients actually do. Br J Clin Pharmacol. 2001 Jun;51(6):615-22

Baumgartner, RN, Waters DL, Gallagher D, Morley JE, and Garry PJ. Predictors of skeletal muscle mass in elderly men and women. Mech Ageing Dev 1999 107: 123-136

Chipperfield JG, Newall NE, Chuchmach LP, Swift AU, Haynes TL: Differential Determinants of Men's and Women's Everyday Physical Activity in Later Life. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci (2008) 63(4): S211-S218

Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C et al. Frailty in older adults. Evidence for a Phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001; 56:M146-M157

Fried LP, Walston J, 1998. Frailty and failure to thrive. Hazzard WR, Blass JP, Ettinger WH, Jr Halter JB, Ouslander J, ed. Principles of Geriatric Medicine and Gerontology 4th ed. 1387-1402. McGraw Hill, New York

Kuh D and the New Dynamics of Ageing (NDA) Preparatory Network*: A Life Course Approach to Healthy Aging, Frailty, and Capability. J Gerontol Med Sci 2007, Vol. 62A, No. 7, 717–721

Nakamura E, Miyao K: Sex Differences in Human Biological Aging. J Gerontol Biol Sci 2008, Vol. 63A, No. 9, 936–944

Newman AB, Kupelian V, Visser M, et al. Strength, but not muscle mass, is associated with mortality in the health, ageing and body composition study cohort. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2006;61:72-77.

Rueda S, Artazcoz L, Navarro V: Health inequalities among the elderly in Western Europe. J Epidemiol Community Health 2008 62: 473

Samuelsson B, Hedstrom MI, Ponzer S, Oderqvist AS, Samnegard E, Thorngren KG, Cederholm T, Saaf M, Dalen N: Gender differences and cognitive aspects on functional outcome after hip fracture—a 2 years' follow-up of 2,134 patients. Age and Ageing 2009; 38: 686–692