

Altersmedizin/Fachartikel

Eine wichtige Herausforderung für das Gesundheitssystem ist das „gesunde Altern“. Obwohl Frauen durchschnittlich länger leben, verbringen sie genauso viele Jahre in guter Gesundheit wie Männer (siehe auch: Lebenserwartung). Das heißt, während der Jahre, die Frauen länger leben, leiden sie häufig unter chronischen Krankheiten und berichten von einer geringen krankheitsbezogenen Lebensqualität mit deutlichen Funktionseinschränkungen. Ein enormer Anteil des Gesundheitsbudgets wird für chronische Erkrankungen bei älteren Frauen ausgegeben. Im höheren und hohen Erwachsenenalter unterscheiden sich Männer und Frauen nicht nur bezüglich der Art ihrer Erkrankungen, sondern auch in der Anzahl der gesundheitlichen Einschränkungen. Dabei sind Frauen deutlich häufiger von Multimorbidität (simultanes Auftreten mehrerer Erkrankungen) betroffen.^[1] Doch selbst wenn Frauen und Männer unter der gleichen Anzahl gesundheitlicher Einschränkungen leiden, scheinen die Beschwerden, die Frauen beschreiben, schwerwiegender zu sein. Dabei kann tatsächlich ein schwerwiegenderes Problem ursächlich sein, und/oder andere Faktoren (zum Beispiel das soziale Geschlecht) beeinflussen die Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit.^[2] Bisher besteht diesbezüglich wenig Forschungserkenntnis.

Belegt werden kann ein höherer Frauenanteil bei somatischen Erkrankungen in der Gruppe der über 75-jährigen. Zu erklären ist dies unter anderem mit einer höheren Lebenserwartung bei Frauen. Betrachtet man in dieser Altersgruppe (≥ 75 Jahre) die Prävalenzzahlen chronischer Krankheiten, sind 41 Prozent der Männer und 53 Prozent der Frauen dauerhaft erkrankt. Je älter eine Person, desto wahrscheinlicher berichtet sie von einer oder mehreren chronischen Beeinträchtigungen. Krankheiten, in deren Folge Frauen durchschnittlich häufiger versterben als Männer, sind psychiatrische und verhaltensrelevante Störungen (v. a. Demenz), Erkrankungen der Haut und des Unterhautgewebes (z. B. Dekubitus) sowie Erkrankungen der Muskeln und Gelenke (Osteoporose, Osteoarthritis und Arthritis).^[3] Das Östrogendefizit nach der Menopause ist der häufigste Grund für Gesundheitseinschränkungen bei Frauen wie der Verlust der Knochendichte, kardiovaskuläre Erkrankungen (inklusive Hämorrhagien des Gehirns), kognitive Störungen, Alzheimer Demenz, Depression und Inkontinenz.^[4] Da das gesamte weibliche Körpersystem sich vom männlichen grundlegend unterscheidet, sollte von frauen- und mänderspezifischen Alterungsprozessen ausgegangen werden. So ist die weibliche Ovarialfunktion nicht begrenzt auf die Reproduktionsfähigkeit, sondern spielt eine Schlüsselrolle für den Gesamtzustand bezüglich Gesundheit und Wohlergehen während des ganzen Lebens von der Embryonalphase bis zum Tod.^[5]

Standen vor rund 50 Jahren vor allem Infektionskrankheiten im Blickfeld medizinischer Betrachtung, hat sich in den letzten Jahrzehnten der Forschungsschwerpunkt von Akutkrankheiten weg und hin zu Erkrankungen mit chronischem Charakter verschoben. Aufgrund erheblicher Fortschritte in der medizinischen Grundversorgung hat die Bedeutung von Infektionskrankheiten bezüglich ihrer hohen Sterblichkeitsrate enorm abgenommen. Zeitgleich mit dieser Entwicklung erhöht sich aufgrund von Veränderungen der weltweiten Altersdemographie die Prävalenz chronischer Erkrankungen zunehmend und damit der Anspruch an langfristige Behandlungsmaßnahmen mit multifaktoriellen Therapieansätzen.^[6] Insbesondere Demenz ist ein wachsendes Problem der älteren Generation. Verschiedene Studienergebnisse belegen diesbezüglich eine ähnliche Prävalenzrate bei Männern und Frauen. Dennoch scheinen Erbfaktoren vor allem bei dementiellen Erkrankungen von Männern eine große Rolle zu spielen, während bei Frauen das Östrogenlevel einen wichtigen Faktor darstellt. Männer mit Demenz haben eine kürzere Lebensspanne und eine höhere Mortalitätsrate als Frauen. Armut ist ein entscheidender Risikofaktor für gesundheitliche Probleme vor allem bei älteren Frauen. Frauen erhalten geringere Rentenbeträge. Dabei bekommen vor allem Frauen mit Migrationshintergrund häufig keine betriebliche Rente und haben zudem keinen vollen Anspruch auf staatliche Rente. Sie sind dann von Sozialhilfe abhängig. Dieses häufig übersehene finanzielle Problem steigert sich unter anderem durch den Aspekt, dass immer mehr Migrantinnen und Migrantinnen an Demenz erkranken und auf ständige Unterstützung angewiesen sind.^[7]

Literatur

Klicken Sie auf "Ausklappen" um die Literaturverweise anzuzeigen.

1. The Netherlands Organisation for Health Research and Development. Gender and Health: Knowledge Agenda. Den Haag; 2015.
2. Whitson HE, Landerman LR, Newman AB, Fried LP, Pieper CF, Cohen HJ. Chronic medical conditions and the sex-based disparity in disability: the Cardiovascular Health Study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences* 2010; 65(12):1325-31.
3. Merens A, van den Brakel, M. Emancipatiemonitor 2014. Den Haag: SCP/CBS; 2014 Dec 16.
4. Jaspers L, Daan NMP, van Dijk GM, Gazibara T, Muka T, Wen K et al. Health in middle-aged and elderly women: A conceptual framework for healthy menopause. *Maturitas* 2015; 81(1):93-8.
5. The Netherlands Organisation for Health Research and Development. Gender and Health: Knowledge Agenda. Den Haag; 2015.
6. Ehlert U, editor. *Verhaltensmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2003. (Springer-Lehrbuch).
7. The Netherlands Organisation for Health Research and Development. Gender and Health: Knowledge Agenda. Den Haag; 2015.

Lizenz

Dieser Artikel ist unter der Creative Commons Lizenz veröffentlicht. Den vollen Lizenzinhalt finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode>

Autoren

Zuletzt geändert: 2021-03-09 11:58:40