Hendrik Jürges, Johannes Siegrist,
Matthias Stiehler (Hg.)

Männer und der Übergang in die Rente

Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit

Psychosozial-Verlag

Hendrik Jürges, Johannes Siegrist, Matthias Stiehler (Hg.)
Männer und der Übergang in die Rente

Forschung Psychosozial

Hendrik Jürges, Johannes Siegrist, Matthias Stiehler (Hg.)

Männer und der Übergang in die Rente

Vierter Deutscher Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit

Mit Beiträgen von Doris Bardehle, Eric Bonsang, Daniela Borchart, Martina Brandt, Jennifer Burchardi, Christian Deindl, Dina Frommert, Freya Geishecker, Siegfried Geyer, Stefan Gruber, Felizia Hanemann, Hans Martin Hasselhorn, Moritz Heß, Jens Hoebel, Hanno Hoven, Rainer Jordan, Hendrik Jürges, Theo Klotz, Adèle Lemoine, Michal Levinsky, Howard Litwin, Peggy Looks, Thorsten Lunau, Ingrid Mayer-Dörfler, Anne-Maria Möller-Leimkühler, Niels Michalski, Bernhard Mülbrecht, Laura Naegele, Nikola Ornig, Kathleen Pöge, Jean-Baptist du Prel, Gregor Sand, Alina Schmitz, Johannes Siegrist, Stefanie Sperlich, Anne Starker, Matthias Stiehler und Morten Wahrendorf

Psychosozial-Verlag

Herausgeber:
Prof. Dr. Hendrik Jürges – Bergische Universität Wuppertal
Prof. Dr. Johannes Siegrist – Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Dr. Matthias Stiehler – Stiftung Männergesundheit Berlin

Stiftung Männergesundheit
Claire-Waldoff-Str. 3
10117 Berlin
www.stiftung-maennergesundheit.de

Redaktion: Dr. David Grundmann

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Originalausgabe
© 2020 Psychosozial-Verlag, Gießen
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)
ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert
oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.
Umschlagabbildung: Collage © KLAPPROTH & KOCH GmbH
Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar
ISBN 978-3-8379-3023-8 (Print)
ISBN 978-3-8379-7704-2 (E-Book-PDF)

Inhalt

Einleitung 9
Hendrik Jürges & Johannes Siegrist

Kapitel 1 – Die gesundheitliche Lage von Männern zwischen 55 bis 74 Jahren

1.1 Volkskrankheiten 17
Ausgewählte geschlechtsspezifische Aspekte
Theodor Klotz

1.2 Zeitliche Trends in Morbidität und Gesundheit bei Männern in Deutschland 31
Siegfried Geyer & Stefanie Sperlich

1.3 Psychische Gesundheit und psychische Störungen von Männern im mittleren und höheren Lebensalter 45
Anne-Maria Möller-Leimkühler

1.4 Vorzeitige Sterblichkeit 57
Doris Bardehle

1.5 Soziale Unterschiede in der Gesundheit von Männern beim Übergang in den Ruhestand 67
Kathleen Pöge, Niels Michalski, Jens Hoebel, Jennifer M. Burchardi & Anne Starker

1.6 Orale Gesundheit 81
A. Rainer Jordan

Kapitel 2 – Erwerbsarbeit – die Situation 10 Jahre vor der Berentung

2.1 Gesundheit und Erwerbsperspektive bei Männern und Frauen im höheren Erwerbsalter 93
Hans Martin Hasselhorn

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention bei älteren Beschäftigten im Geschlechtervergleich 107
Jean-Baptist du Prel & Daniela Borchart

2.3 Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei älteren erwerbstätigen Männern 123
Hanno Hoven, Morten Wahrendorf & Thorsten Lunau

2.4 Erwerbsminderung 133
Vorgeschichte und Absicherung im Leistungsfall
Dina Frommert

Kapitel 3 – Übergangsphase und drittes Lebensalter

3.1 Gewonnene Zeit? 147
Die Zeitverwendung von Männern vor und nach Renteneintritt
Hendrik Jürges

3.2 Berentung als kritisches Lebensereignis? 165
Johannes Siegrist & Anne-Maria Möller-Leimkühler

3.3 Was kommt nach der Arbeit? 177
Erwerbstätigkeit im Ruhestand
Felizia Hanemann

3.4 Aktivitäten bei fortgesetzter Arbeit 189
Moritz Heß & Laura Naegele

3.5 Renteneintritt und kognitive Leistungsfähigkeit 199
Eric Bonsang & Adèle Lemoine

3.6 Aktives Altern und Gesundheit in Deutschland und Europa 211
Alina Schmitz, Martina Brandt & Christian Deindl

3.7 Physische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden älterer Migranten in Europa 221
Stefan Gruber & Gregor Sand

3.8 Verringern soziale Netzwerke die negativen Auswirkungen des Ruhestands auf die Gesundheit? 233
Howard Litwin & Michal Levinsky

Kapitel 4 – Modelle guter Praxis

4.1 Gesundheitsfördernde Projekte für Männer vor und nach dem Renteneintritt – Teil 1 249
Matthias Stiehler

4.2 Lebensperspektiven 50plus 253
Ingrid Mayer-Dörfler

4.3 Soziale Teilhabe für alle Generationen 259
Angebote und Engagementmöglichkeiten in »Mehrgenerationenhäusern«
Nikola Ornig

4.4 Bewegungsförderung und soziale Teilhabe 265
Projekte für Senioren in einer Großstadt
Peggy Looks & Freya Geishecker

4.5 Auswirkungen des Wohnkonzeptes »Wohnen 60plus« auf die gesundheitliche Situation ehemals wohnungsloser Männer 271
Bernhard Mülbrecht

4.6 Gesundheitsfördernde Projekte für Männer vor und nach dem Renteneintritt – Teil 2 277
Matthias Stiehler

Kapitel 5 – Fazit

Fazit für Gesellschaft und Politik 287
Matthias Stiehler

Danksagung 293

Einleitung

Hendrik Jürges & Johannes Siegrist

Seit ihrer Gründung im Jahr 2006 setzt sich die Stiftung Männergesundheit dafür ein, gesundheitspolitisch aktuelle Themen anhand eines Spektrums wissenschaftlicher Beiträge sowie praxisnaher Berichte einem größeren Leserkreis[1] näherzubringen. Trotz der Flut aktueller Beiträge in neuen Medien stellt der auf ein Thema konzentrierte, vielseitige Aspekte beleuchtende Ansatz eines in Druck vorliegenden Sammelbandes nach wie vor eine kaum zu ersetzende Bereicherung dar. Dies wird auch im vorliegenden vierten Männergesundheitsbericht besonders deutlich. Er befasst sich mit gesundheitsrelevanten Aspekten einer besonders wichtigen Lebensphase, den Jahren vor und nach der Berentung. In dem etwa zwei Jahrzehnte umfassenden Zeitraum vor und nach dem gesetzlich definierten Renteneintrittsalter werden weitreichende und tiefgreifende Erfahrungen gemacht und Entscheidungen getroffen. Sie beziehen sich auf Zeitpunkt und Modalitäten des Ausscheidens aus dem Berufsleben und die Gestaltung der nachberuflichen Lebensphase. Warum ist diese Phase für Männer mit besonderen Risiken und Herausforderungen verbunden? Was ist über gesundheitliche Gefährdungen und ihre Hintergründe bekannt? Welche Faktoren des Rentendaseins wirken sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus? Antworten auf diese Fragen werden anhand eigener Forschungsergebnisse von einer Gruppe von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern aus Ökonomie, Medizin, Soziologie und Psychologie gegeben. Die vorgestellten Erkenntnisse machen zugleich den weiteren gesundheits- und gesellschaftspolitisch wichtigen Gestaltungsbedarf deutlich. In den kommenden 15 Jahren werden die geburtenstarken Jahrgänge der 1950er und 1960er Jahre das Renteneintrittsalter erreichen und die Zahl der Renteneintritte damit einen Höhepunkt. In zehn Jahren werden in Deutschland voraussichtlich mehr als 20 Millionen über 65-jährige Menschen leben. Die Chancen für ein aktives und gesundes »drittes Lebensalter« können und sollen weiter verbessert werden, auch mithilfe von Erkenntnissen aus der Forschung.

Der Band gliedert sich in drei Hauptteile, gefolgt von einer Auswahl kurz dargestellter Modellprojekte zur Gesundheitsförderung sowie einem zusammenfassenden Ausblick.

Im *ersten Teil* wird die gesundheitliche Lage von Männern im Altersbereich zwischen Mitte 50 und Mitte 70 behandelt. *Theo Klotz* gibt einen knappen Überblick über die in dieser Lebensphase be-

1 Der Verzicht auf konsequente gendersensible Schreibweise in diesem Band ist nur der Praktikabilität geschuldet. Wo es nicht aus dem Kontext anders hervorgeht, sind stets Frauen, Männer und Diverse gemeint.

sonders häufigen Volkskrankheiten und ihre geschlechtsspezifische Verteilung. Da manche dieser Krankheiten gemeinsame, auch verhaltensgebundene Risikofaktoren aufweisen, kommt der Prävention eine besondere Bedeutung zu. Der Beitrag vertieft das Problem häufiger Krebserkrankungen bei älteren Männern und gibt Hinweise auf Erfolg versprechende Maßnahmen von Früherkennung, Behandlung und Prävention. Der Frage, ob Männer im Alter heute im Durchschnitt gesünder sind als in früheren Jahrzehnten, gehen *Siegfried Geyer und Stefanie Sperlich* anhand eigener Auswertungen von Krankenkassendaten nach. Ihre Ergebnisse zeigen, dass dies in gewissem Umfang für den Herzinfarkt und den Lungenkrebs gilt, weil sie zu einem späteren Zeitpunkt im Lebenslauf erstmals auftreten und weil auch ihre Häufigkeit tendenziell abnimmt. Das Gegenteil ist jedoch bei Diabetes der Fall. Von einer ausgeprägten und einheitlichen »Kompression« der Krankheitslast bei älteren Männern kann somit gegenwärtig nicht gesprochen werden. Psychische Krankheiten stellen in dieser Lebensphase eine besondere Herausforderung dar. *Anne-Maria Möller-Leimkühler* belegt dies mit besonderem Bezug auf depressive Störungen. Sie spielen eine dominante Rolle bei Fehlzeiten und Frühberentung, sind aber auch bei über 65-jährigen Männern mit etwa 25 Prozent eine ernstzunehmende Gefährdung. Besonders beunruhigend ist der hohe Anteil unbehandelter Depressionen in dieser Altersgruppe und damit auch ein erhöhtes Suizidrisiko. Im Beitrag wird auf die Dringlichkeit einer verbesserten Frühdiagnostik dieser Erkrankung speziell bei Männern hingewiesen. Mit der vorzeitigen Sterblichkeit befasst sich der Beitrag von *Doris Bardehle*. Anhand von Daten der Mortalitätsstatistik wird für den Zeitraum 2010 bis 2017 gezeigt, dass die vorzeitige Sterblichkeit der Männer etwas stärker als bei Frauen sinkt, wenn auch auf höherem Niveau. Zusätzlich wird die Sterblichkeit jeweils 10 Jahre vor und nach der Berentung untersucht. Trotz tendenziell positiver Entwicklung kann das von der Regierung angestrebte gesundheitspolitische Ziel der Senkung vorzeitiger Sterblichkeit bis zum Jahr 2030 nicht erreicht werden. Die Autorin verweist auf erfolgreiche diesbezügliche Strategien in einigen anderen Ländern und zeigt damit einen spezifischen Handlungsbedarf für Deutschland auf.

Nach wie vor bestehen auch in Deutschland ausgeprägte soziale Ungleichheiten der Morbidität und Mortalität, die bei Männern deutlicher als bei Frauen ins Gewicht fallen. Das von *Kathleen Pöge* angeführte Autorenteam aus dem Robert Koch-Institut bestätigt diesen Trend eindrucksvoll mit neuen, bisher nicht publizierten Daten aus der Studie »Gesundheit in Deutschland«. Höhere Krankheitshäufigkeiten bei sozial schlechter gestellten Männern im Alter zwischen 55 und 74 Jahren zeigen sich bei koronaren Herzkrankheiten und Typ-II Diabetes, und bei Depressionen ist das soziale Gefälle besonders im Erwerbsalter sehr ausgeprägt. Die um Sozialindikatoren ergänzte Gesundheitsberichterstattung bildet eine wichtige Voraussetzung für bedarfsgerechte präventive und interventive Maßnahmen mit dem Ziel, gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Der erste Teil des Bandes endet mit einem Bericht zur Zahngesundheit von Männern im Alter zwischen 65 und 74 Jahren, dessen Daten der Studie »Mundgesundheit in Deutschland« aus dem Jahr 2014 entstammen. Die von *Rainer Jordan* vorgestellten Befunde bestätigen auch für die häufigen Probleme

Karies und Parodontitis den erwähnten sozialen Gradienten, weisen aber darauf hin, dass im Vergleich zu früheren Jahren Anzeichen einer Verschiebung des Zahnkrankheitsgeschehens in das höhere Lebensalter bestehen.

Im *zweiten Teil des Buches* steht die gesundheitliche Lage arbeitender Personen in den letzten 10 Jahren der Erwerbskarriere im Zentrum. *Hans-Martin Hasselhorn* untersucht anhand neuer Daten der von ihm geleiteten liDA-Studie den Zusammenhang zwischen selbst eingeschätzter Gesundheit und der Absicht bzw. dem Plan, frühzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden zu wollen. In dieser umfangreichen Population der 53- bis 59-Jährigen bestätigt sich interessanterweise der Trend zwischen schlechter eingeschätzter Gesundheit und früherem geplantem Ausstieg sowohl für Männern wie auch für Frauen. Eine daran anschließende, präventivmedizinisch wichtige Frage nach Teilnahme an Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung wird von *Jean-Baptiste du Prel und Daniela Borchart*, ebenfalls anhand von Daten aus der liDA- Studie, beantwortet. Demnach sind Männer in dieser vulnerablen Altersphase trotz ihres teilweise schlechteren Gesundheitszustandes weniger bereit als Frauen, an diesen Aktivitäten teilzunehmen. Der Beitrag analysiert einige der zugrundeliegenden Motive und erörtert Ansätze zur Optimierung von Gesundheitsverhalten. Dass psychosoziale Arbeitsbelastungen im höheren Erwerbsalter die Gesundheit beeinträchtigen können, ist inzwischen gut belegt. Es fehlen jedoch Hinweise zur sozialen Ungleichverteilung dieser Belastungen. *Hanno Hoven, Morten Wahrendorf und Thorsten Lunau* zeigen anhand von Datenauswertungen des *European Working Conditions Surveys*, dass zwar einige dieser Belastungen bei Älteren im Vergleich zu Jüngeren geringer ausgeprägt sind, dass jedoch prekär und in niedrigen Positionen Beschäftigte deutlich stärker von diesen Belastungen betroffen sind. Aus diesen Resultaten ergeben sich für rentenpolitische Entscheidungen wichtige Folgerungen. Ein beachtlicher Teil älterer Beschäftigter muss die Tätigkeit aufgrund dokumentierter Erwerbsminderung vorzeitig aufgeben. *Dina Frommert* analysiert anhand von Informationen aus der Studie »Lebensverläufe und Alterssvorsorge« die auffälligen Unterschiede zwischen diesem Kollektiv und der erwerbstätigen Vergleichsgruppe. Dabei zeigt sich vor allem, dass früh Berentete ungünstigere Erwerbsverläufe und, vor allem bei Männern sehr ausgeprägt, höhere Arbeitslosigkeitsraten aufweisen. Auch diese Ergebnisse unterstützen die Forderung nach frühzeitigen, die Gesundheit und die Arbeitsbedingungen adressierenden Präventionsmaßnahmen.

Die Übergangphase von der Erwerbstätigkeit in den Ruhestand und die vielfältigen damit einhergehenden Veränderungen sowie die ersten Jahre als Rentner stehen im Fokus *des dritten Teils dieses Buches*. Die offensichtlichste Veränderung mit der Aufgabe der Erwerbstätigkeit und Eintritt in den Ruhestand betrifft den Zuwachs an verfügbarer Zeit. *Hendrik Jürges* zeigt anhand von Daten der Zeitverwendungsstudie des Statistischen Bundesamtes, dass das subjektive Empfinden von Zeitdruck oder Zeitmangel aufgrund der »gewonnenen« Zeit nach Renteneintritt stark nachlässt. Ein beträchtlicher Anteil der frei gewordenen Zeit wird mit unbezahlter Arbeit im Haushalt oder auch im Ehrenamt verbracht. Bemerkenswert ist, dass die Erwerbsarbeit selbst von den noch arbeitenden Befragten teils als die Aktivität des Tages bezeichnet wird, die am wenigsten Freude gemacht hat, teils

als die Aktivität, die am meisten Freude gemacht hat. Für die letztere Gruppe könnte daher mit der Aufgabe der Arbeit als wichtiger, identitätsstiftender sozialer Rolle Lebensziel und Lebenssinn verloren gehen. *Johannes Siegrist und Anne-Maria Möller-Leimkühler* gehen daher der Frage nach, ob Berentung tatsächlich Merkmale eines kritischen Lebensereignisses aufweist, das mit gesundheitlichen Risiken verbunden ist, und plädieren für eine nach beruflichen Vorerfahrungen differenzierende Betrachtung. Im Regelfall scheint sich der Übergang in die Altersrente eher positiv auszuwirken. Insbesondere jedoch, wenn er frühzeitig und unfreiwillig erfolgt, oder bei hoher Identifikation mit der Berufsrolle wirkt der Renteneintritt eher negativ auf die Gesundheit und das Wohlbefinden.

Felizia Hanemann zeigt anhand der deutschen Teilstichprobe der SHARE-Studie, dass 17 % der Bezieher von Renten im Alter zwischen 65 und 69 einer Erwerbstätigkeit nachgehen. Im Vergleich zu anderen Gruppen sind die erwerbstätigen Rentner in einer körperlich und seelisch guten gesundheitlichen Verfassung. Es finden sich auch keine Hinweise darauf, dass die fortgesetzt Erwerbstätigen wegen wirtschaftlicher Notlagen arbeiten müssten. Auf Basis einer anderen Datenquelle, dem »Transitions and Old Age Potential (TOP)«-Survey, untersuchen *Moritz Heß und Laura Naegele* ebenfalls den Zusammenhang von subjektivem Gesundheitsstatus und der Erwerbstätigkeit im Ruhestand, fokussieren dabei aber auf Unterschiede nach Bildungsniveau. Dabei zeigt sich, dass Gesundheit einen deutlicheren Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit hat, in der Rente zu arbeiten, als Bildung, und dass der Einfluss der Gesundheit Hoch- und Niedriggebildete gleichermaßen betrifft. Beide Studien zusammen zeigen, dass Maßnahmen der Kompetenzentwicklung und Gesundheitsförderung unter Einschluss betrieblicher Akteure die Beschäftigungs- und Karrieremöglichkeiten im Rentenalter unterstützen sollten.

Einen Überblick über die aktuelle internationale Studienlage zur Auswirkung des Renteneintritts auf die kognitive Leistungsfähigkeit liefern *Eric Bonsang und Adèle Lemoine*. In den internationalen Studien zeigt sich bei hohem methodischem Aufwand ein durchaus heterogenes Bild. So findet sich bei Menschen in kognitiv stimulierenden Berufen nach Renteneintritt eher eine Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Arbeitnehmer in Berufen mit hoher körperlicher oder psychosozialer Arbeitsbelastung scheinen dagegen vom Renteneintritt in Bezug auf Gesundheit und Kognition zu profitieren. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass Menschen auch im Alter die Entwicklung ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit teilweise selbst beeinflussen können, woraus sich auch Potenzial für Interventionen ergibt. Produktive unbezahlte Tätigkeiten oder »aktives Altern« in Form von Angehörigenpflege, Enkelbetreuung und ehrenamtlichem Engagement stehen im Fokus des Beitrags von *Alina Schmitz, Martina Brandt und Christian Deindl*. Mittels Analysen des Deutschen Alterssurvey wird gezeigt, dass Frauen in fast allen betrachteten Altersgruppen zwischen 40 und 85 häufiger pflegen und betreuen, während Männer häufiger im Ehrenamt engagiert sind. Gesundheitliche Auswirkungen des aktiven Alterns sind erwartungsgemäß heterogen. Insbesondere die Angehörigenpflege wird oft als psychisch stark belastend empfunden. Weitere Analysen mit Daten der SHARE-Studie zeigen im internationalen Vergleich, dass die Geschlechterunter-

schiede in der Übernahme von Aufgaben und deren gesundheitliche Auswirkungen auch vom gesellschaftlichen Kontext abhängen. Insbesondere unsere nördlichen Nachbarländer bieten zu Familie und anderen sozialen Netzwerken komplementäre soziale Dienste an, die gleichberechtigtes Engagement von Männern und Frauen und niedrigere Belastungen erlauben.

Mit der gesundheitlichen Lage älterer Migranten befassen sich *Stefan Gruber und Gregor Sand* in einer weiteren Sonderauswertung der SHARE-Daten. Dabei zeigt sich, dass sich der als »healthy migrant effect« bekannte Gesundheitsvorteil von Migranten direkt nach Ankunft im Zielland in späteren Jahren und höherem Lebensalter in einen Nachteil verwandelt. Insbesondere Migranten aus südeuropäischen Ländern weisen eine teils deutlich schlechtere physische und psychische Gesundheit auf als Einheimische, wobei sich der Unterschied in physischer Gesundheit mit Eintritt in den Ruhestand tendenziell zu verringern scheint. Dennoch legen die Befunde nahe, dass der Gesundheit älterer Migranten auch im Versorgungsalltag mehr Aufmerksamkeit zuteilwerden muss. Die positive Rolle persönlicher sozialer Netzwerke als wichtige Ressource im Übergang von der Arbeit in die Rente unterstreichen *Howard Litwin und Michal Levinsky* ebenfalls mit einer Sonderauswertung der SHARE-Daten. Persönliche soziale Netzwerke bieten vielfältige Arten der Unterstützung (praktische Hilfeleistungen, emotionale Zuwendung, kognitive Unterstützung und Gemeinschaft) und mindern die negativen Auswirkungen des Renteneintritts auf physische, psychische und kognitive Gesundheit. Diese Ressourcen zu pflegen und zu nutzen sollte daher stärker in den Fokus auf den Ruhestand vorbereitender gesellschaftspolitischer Maßnahmen rücken.

Zusammenfassend lassen sich aus dieser differenzierten Darstellung einige allgemeine *Schlussfolgerungen* ziehen. Bezogen auf die *gesundheitliche Lage* von Männern im Alter zwischen Mitte 50 und Mitte 70 werden im zeitlichen Verlauf einige Fortschritte festgestellt (z. B. Abnahme der Frühsterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Zugleich besteht die soziale Ungleichheit weit verbreiteter, auch psychischer Störungen fort, sodass hier ein wichtiger präventiver Handlungsbedarf besteht. Die *Arbeits- und Beschäftigungssituation* am Ende des Berufslebens ist durch eine gewisse Polarisierung gekennzeichnet. Auf der einen Seite stehen Gruppen mit einer guten Arbeitsqualität sowie der Fähigkeit und Bereitschaft, bis zum Renteneintritt zu arbeiten, während auf der anderen Seite Gruppen mit eingeschränkter Gesundheit und/oder belastenden Arbeitsbedingungen einen hohen Bedarf haben, ihre Beschäftigung vorzeitig zu beenden. Hier sind weitere arbeits- und sozialpolitische Maßnahmen angezeigt, um dieser Polarisierung entgegenzuwirken. Der *Übergang in den Ruhestand* erfordert eine differenzierte Betrachtung. Für die Mehrheit der Männer überwiegen positive Aspekte des Ruhestands (fortgesetzte Arbeit, Ehrenamt, Hobbies), während Frauen teilweise durch Pflegetätigkeit belastet sind. Es gibt aber auch Gruppen, die den Wegfall des Berufs als Krise erleben und über keine Optionen für die nachberufliche Phase verfügen. Schließlich unterliegen die *individuellen Erfahrungen mit der Verrentung* einer großen Heterogenität, abhängig von Bildung, Berufsverlauf sowie verfügbaren sozialen Netzwerken. Auch hier zeigt sich Handlungsbedarf für spezielle Gruppen, wie dies am Beispiel älterer Migranten

sichtbar wird. Das in diesem Band zusammengeführte Wissen liefert somit eine Vielzahl von Anregungen für konkrete Maßnahmen zur weiteren Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen. Sie beziehen sich sowohl auf spezifisch männliche Herausforderungen als auch auf solche, die alle in der Verrentung stehenden Menschen betreffen. Die am Schluss des Buches getroffene Auswahl einzelner Modellvorhaben gibt lediglich einen begrenzten Einblick in die Herausforderungen und Chancen dieser Aufgabe.

Prof. Dr. Hendrik Jürges
Ausgeübte Tätigkeit: Lehrstuhl Volkswirtschaftslehre, insb. Gesundheitsökonomik
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Gesundheits- und Bildungsökonomik
Adresse: Bergische Universität Wuppertal, Rainer-Gruenter-Str. 21 (FN), 42119 Wuppertal
E-Mail: juerges@uni-wuppertal.de

Prof. Dr. Johannes Siegrist
Ausgeübte Tätigkeit: Emeritus, Seniorprofessur »Psychosoziale Arbeitsbelastungsforschung«
Arbeits- und Forschungsschwerpunkte: Medizinsoziologische Forschung zu Arbeit, Altern und Gesundheit
Adresse: Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum – Centre for Health and Society (CHS), Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf
E-Mail: siegrist@uni-duesseldorf.de

Kapitel 1

Die gesundheitliche Lage von Männern zwischen 55 bis 74 Jahren

1.1 Volkskrankheiten

Ausgewählte geschlechtsspezifische Aspekte

Theodor Klotz

Zusammenfassung
Volkskrankheiten beeinflussen über Lebensstile, Alterungsprozesse und sozioökonomische Bedingungen die Lebenserwartung von Männern und Frauen in entwickelten Gesellschaften wie Deutschland. Eine besondere Rolle spielen dabei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose, Diabetes und Tumorerkrankungen. In diesem Kapitel werden geschlechtsspezifische Aspekte der Häufigkeit sowie der Prävention und Behandlung dieser Erkrankungen erörtert, wobei die onkologische Inzidenz und Mortalität ausführlicher thematisiert wird. Das Kapitel befasst sich auch kritisch mit methodischen Begrenzungen der Todesursachenstatistik. Da führende Volkskrankheiten einige gemeinsame Risikofaktoren aufweisen, ergeben sich für eine verstärkte präventive Arbeit wichtige Aufgaben. Diese Aufgaben sollten auch die individualisierte Risikobeurteilung und Beratung einschließen.

Common Diseases
Selected Gender-Specific Aspects
Diseases with public health impact affect the life expectancy of men and women in modern societies, such as Germany, through lifestyles, aging processes, and socioeconomic circumstances. Among these, cardiovascular diseases, arthrosis, diabetes and cancer are of primary significance. This chapter discusses gender-specific aspects of their prevalence, prevention and treatment, with special emphasis on incidence and mortality of distinct cancers. The chapter also addresses some critical comments on death certificates and their methodological restrictions. As leading chronic diseases share certain risk factors, improved preventive activities are required, and these activities should include individualized risk screening and counselling.

Einleitung

> »Als Volkskrankheiten bewertet werden nichtepidemische Krankheiten, die aufgrund ihrer Verbreitung und ihrer wirtschaftlichen Auswirkungen (Behandlungskosten, Anspruch auf Lohnausgleich bei Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) sozial ins Gewicht fallen. Typische Zivilisationskrankheiten in den Industrienationen sind Herz-Kreislauf- und Nieren-Erkrankungen [...], Arthrose und Diabetes mellitus Typ 2 (die Folge von Überernährung). Eine weitere bedeutende Volkskrankheit ist Krebs« [1].

Nachfolgend sollen einige spezifische interdisziplinäre Aspekte mit Schwerpunkt männliche Volkskrankheiten und Alterung diskutiert werden.

Der Renteneintritt fällt in der Regel bei beiden Geschlechtern in eine Lebensphase, in der spezifische Erkrankungen bei vielen Menschen als sogenannte Volkskrankheiten symptomatisch

werden. Die Betrachtung der geschlechtsspezifischen Unterschiede ist dabei wesentlich, da sich daraus unterschiedliche Präventions- und Behandlungsstrategien ableiten. Spezifisch männliche Gesundheitsprobleme sind seit ca. 20 Jahren ein Thema der wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussion, die sich aus der augenfälligen unterschiedlichen Lebenserwartung der Geschlechter zum Nachteil von Männern ergeben musste. Aktuell beträgt der geschlechtsspezifische Lebenserwartungsunterschied in der BRD ca. 5–6 Jahre bei leicht sinkender Tendenz. Das dominierende biomedizinische Modell von Gesundheit und Krankheit kann aufgrund der eher mechanistischen Kausalitätsketten auf viele Fragen bezüglich der geschlechtsspezifischen Lebenserwartung alleine keine befriedigenden Antworten geben, sodass weitgehend Konsens besteht, biomedizinische und soziokulturelle Erklärungsmodelle für die unterschiedliche Morbidität und Mortalität bei Frauen und Männern heranzuziehen [2, 3]. Dies gilt besonders für die reife Lebensphase um den Renteneintritt, da hier biologische Kompensationsmechanismen häufig erschöpft sind. In dieser Lebensphase werden dispositionelle, sozio-kulturelle und biologische Risiken, die in der Regel eine lange Wirkzeit aufgewiesen haben, biologisch-organisch symptomatisch, was dann zu den erwähnten Volkskrankheiten führt.

In der BRD beträgt der Anteil der über 50-Jährigen in vielen Kommunen über 40 % der Gesamtbevölkerung. Daher besteht die Notwendigkeit, sich mit Alterungsprozessen, Prävention und Gesundheitsförderung zu befassen.

In diesem Beitrag sollen auf verständliche Weise einige geschlechtsspezifische Risiken und Morbiditäten diskutiert werden, wobei interdisziplinäre, medizinische und gesundheitswissenschaftliche Aspekte mit besonderem Bezug zu Männern betont werden. Auf die Darstellung der Epidemiologie sowie Inzidenz und Mortalität von Erkrankungen wird nachfolgend bei einigen Volkskrankheiten verzichtet, da diese für jeden Interessierten in den Statistiken der bundesdeutschen Gesundheitsberichterstattung abgerufen werden kann [4, 5]. Die Vielschichtigkeit der Zusammenhänge bedingt weiterhin eine mehr oder weniger subjektive und willkürliche Darstellung von Einzelaspekten.

Lebenserwartung, Alterungsprozesse, sozialer Status und Lifestyle als Risikofaktoren für Volkskrankheiten

Die durchschnittliche Lebenserwartung ist in der BRD in den letzten Jahrzehnten deutlich gestiegen. Ein neugeborenes Mädchen wird aktuell ca. 83 Jahre und ein neugeborener Junge ca. 77 Jahre alt. Für die Thematik des Renteneintritts ist die sogenannte fernere Lebenserwartung relevant. Sie beträgt bei 65-jährigen Männern ca. 17 Jahre und bei Frauen ca. 20 Jahre, mit steigender Tendenz. Morbidität und Mortalität sind im wesentlichen Maße von nicht-biologischen Faktoren wie sozialem Status, Einkommen, Berufstätigkeit und Wohnort abhängig [6]. Daraus folgt, dass Häufigkeit und Schweregrad von Volkskrankheiten eine ausgeprägte soziale Schichtung aufweisen. Konkret heißt dies, dass es große Unterschiede gibt, in welchem Alter und in welchem Schweregrad eine sogenannte Volkskrankheit symptomatisch wird. So wird eine Gelenkarthrose beispielsweis nach einer 40-jährigen Arbeit bei einem Lagerarbeiter mehr oder weniger zwangs-

läufig auftreten – eine Arthrose bei einem Lehrer dagegen eher nicht. Wenn geschlechtsspezifische Betrachtungen Eingang finden, wird die Beurteilung von Risiken noch komplizierter, da soziale Faktoren dispositionelle/genetische Risiken bezüglich Morbidität und Mortalität deutlich steigern oder auch senken können.

Dasselbe gilt für traditionelle männliche Verhaltensweisen (»Lifestyle«). Lifestyle kann sowohl Gesundheitsrisiken reduzieren, als auch erhöhen. Wesentlich ist die Wirkdauer von Lifestyle, d. h. in der heutigen Generation der Männer um das Renteneintrittsalter waren Lebensumstände maßgebend, die vor mindestens 30 Jahren wirksam waren. In der Gruppe der Männer, die sich aktuell um das Renteneintrittsalter befinden, d. h. Altersklasse > 50Jahre, sollen nachfolgend einige Risiken dargestellt werden, die sich in einer Reihe von »Volkskrankheiten« manifestieren.

Umweltnoxen und Alterung

Auf die Beschreibung des weithin bekannten Risikofaktors des Nikotinabusus wird nachfolgend nur kurz eingegangen, da das Wissen um die Risiken für Morbidität und Mortalität sowohl in der wissenschaftlichen als auch öffentlichen Diskussion etabliert ist. Rauchen war besonders bei jüngeren Männern bis vor ca. 20 Jahren weit verbreitet – und auch jetzt ist der Anteil der Männer, die rauchen, höher als bei den Frauen. Erfreulicherweise ist in den letzten Jahren eine eher sinkende Tendenz der Zahl von Raucherinnen und Rauchern zu vermerken. Zweifellos war die Verhältnisprävention für diese Entwicklung in hohem Maße verantwortlich.

Rauchen weist hochgradig atherogene und kanzerogene Effekte auf, die zum einem aus Veränderungen der Gefäßinnenhaut (Endothel) mit den bekannten atherogenen Folgen (arterielle Gefäßkrankheit) und zum anderen zu molekulargenetischen Tumorzellinitiierungen (Kanzerogenese) führen. Die körpereigenen Reparatursysteme bzw. das Immunsystem können diese toxischen Einflüsse individuell unterschiedlich eine lange Zeit kompensieren, wobei mit zunehmendem Alter Erschöpfungsprozesse auftreten, die dann zu der jeweiligen symptomatischen Erkrankung führen. Man könnte sagen, dass Rauchen und andere chronische Umweltnoxen (Sonneneinstrahlung, Alkoholabusus) Alterungsprozesse beschleunigen und damit zu den sogenannten Volkskrankheiten wie Atherosklerose und Krebs entscheidend beitragen. In diesem Zusammenhang ist unter geschlechtsspezifischer Perspektive zu betonen, dass das weibliche Endothel und Immunsystem für die Noxe »Rauchen« anfälliger ist. Deutlich sichtbar ist dies in der steigenden Morbidität von z. B. Lungenkrebs bei Raucherinnen.

Prinzipiell ist aufgrund der höheren Lebenserwartung bei beiden Geschlechtern die Entstehung von sogenannten Volkskrankheiten unvermeidlich. Durch Umwelteinflüsse im weitesten Sinn wird unsere dispositionelle Lebenserwartung reduziert (Abb. 1). Daraus folgt, dass Volkskrankheiten nicht vermieden, sondern nur herausgezögert werden können. Im besten Fall kann eine Prävention und Gesundheitsförderung die Phase der Morbidität ebenfalls herauszögern und komprimieren, aber letztlich nicht verhindern. Auf den Aspekt der Morbiditätskompression wird an anderer Stelle in diesem Männergesundheitsbericht eingegangen.

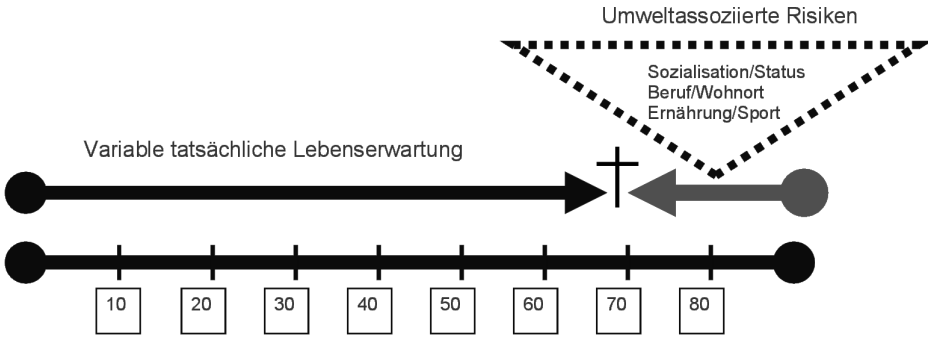

Abbildung 1: Lebenszeitverkürzung durch umweltassoziierte Risiken (modifiziert T. Klotz – aus Prävention und Gesundheitsförderung 2018)

Volkskrankheiten und Problematik der Todesursachenstatistiken

Die wissenschaftliche und politische Diskussion bezüglich der sogenannten Volkskrankheiten wird in der Regel beherrscht durch die Todesursachenstatistik. Hier werden als Volkskrankheiten Herz-Kreislauf-Krankheiten (Herzinfarkt, Schlaganfall), Diabetes mellitus und Krebserkrankungen am häufigsten genannt. Landläufig bekannt ist, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen die häufigste Todesursache darstellen *(»wir alle müssen sterben und Tod bedeutet Herz-Kreislauf-Versagen«)*. Diese Perspektive ist problematisch. Hier gilt es sich erneut zu vergegenwärtigen, dass ein unendlicher Anstieg der Lebenserwartung nicht möglich ist. Ebenfalls unmittelbar einsichtig ist, dass es eine Todesursache geben muss, die in letzter Konsequenz immer als Herz-Kreislauf-Versagen zu interpretieren ist. Herz-Kreislauf-Versagen oder der akute Herztod sind also nicht selten Folge einer Grunderkrankung, die im höheren Alter in den onkologischen Entitäten und/oder anderen Begleiterkrankungen zu suchen ist. In vielen, auch wissenschaftlich geführten Diskussionen wird jedoch die dokumentierte Todesursache auf dem offiziellen Totenschein quasi als Einzeldiagnose betont. Dies ist sicher nicht mehr zielführend.

Am Ende eines langen Lebens besteht im Rahmen der meist vorhandenen Polymorbidität immer ein Zusammenspiel von Erkrankungen, welche zum Tode führen. Die Betonung einer isolierten Todesursache, im Rahmen des Todesscheins, die dann auch in die Todesfallstatistiken eingeht, ist daher problematisch. Dies gilt umso mehr, da der Totenschein häufig nicht vom behandelnden Hausarzt und ohne Kenntnis der Anamnese ausgefüllt wird. Auch bei Eintritt des Todes im Krankenhaus liegt die Bestimmung der korrekten Todesursache meist nicht im Fokus. In diesem Zusammenhang muss betont werden, dass in Deutschland praktisch keine pathologischen Obduktionen (außer bei ungeklärter Todesursache) stattfinden, da diese von den Kostenträgern nicht vergütet werden. Der eigentlich sinnvolle Vermerk »unklare oder ungeklärte Todesursache« bei Tod (z. B. Verdacht auf Lungenembolie im Rahmen einer Infektion bei Immobilität bei Arthrose) löst jedoch über polizeiliche Vermittlungen und Staatsanwaltschaft einen Bürokratismus aus, sodass ein Ver-

meidungsverhalten entsteht. Dies führt dazu, dass die Todesursache als »natürlich« dokumentiert wird, was zwar medizinisch akzeptabel ist, jedoch die eigentliche Todesursache (z. B. Darmkarzinom unter Chemotherapie als Ursache einer tödlichen Lungenembolie mit Begleiterkrankung Diabetes) nicht immer korrekt wiedergibt. Ebenfalls erfolgt keine wünschenswerte Qualitätssicherung durch eine pathologisch-anatomische Untersuchung (Obduktion). In der Zusammenfassung ist davon auszugehen, dass momentan in Deutschland Todesursachen häufig fehlbeschrieben werden und kardio-vaskuläre Erkrankungen als maßgebende Todesursache überrepräsentiert sind.

Die momentane Todesursachenstatistik verzerrt und erschwert daher eine Analyse der geschlechtsspezifischen Polymorbidität am Ende eines Lebens außerordentlich und wird vor allem der Komplexität von Erkrankungen, die ineinandergreifen und sich gegenseitig bedingen, nicht gerecht. Dennoch bleibt festzuhalten, dass Männer in fast allen Erkrankungsentitäten, die man gemeinhin als Volkskrankheiten bezeichnet, benachteiligt sind. Dies bedeutet, sie erkranken früher und sterben häufiger daran, was letztlich einen relevanten Anteil an der unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Lebenserwartung ausmacht. Nicht unterschlagen werden darf, dass ein hoher Anteil der niedrigeren männlichen Lebenserwartung auf Todesfälle im jungen Erwachsenenalter zurückzuführen ist (z. B. Arbeitsunfälle, Infektionen, gewaltsamer Tod etc.) – also gar nichts mit den sogenannten Volkskrankheiten zu tun hat. Auf diesen Sachverhalt wurde bereits in den vorherigen Männergesundheitsberichten eingegangen [7].

Ernährung und Volkskrankheiten

Durch die Betrachtung von geschlechtsspezifischen Verhaltensweisen lassen sich Ansatzpunkte für die Entstehung von Volkskrankheiten finden. Hier spielt die Ernährung eine entscheidende Rolle. Nahrungszusammensetzung, Nahrungsmenge und zeitliche Rhythmik der Nahrungsaufnahme bestimmen das geschlechtsspezifische Ernährungsverhalten. Bisher werden Ernährungsprobleme eher mit dem weiblichen Geschlecht assoziiert, jedoch sind falsche Ernährungsverhaltensweisen zweifellos ein »Sargnagel« für die männliche Morbidität und Mortalität. Betont werden muss, dass die Frage, wie mit einem Überangebot an Essbarem umgegangen wird, nur für die Industrienationen relevant ist. In der geschlechtsspezifischen Analyse der Adipositas fällt auf, dass ein deutlich höherer Anteil von Männern in den jüngeren Altersklassen adipös ist, während eine ausgeprägte Fettleibigkeit mit einem Body-Mass-Index > 30 kg/m^2 vor allem bei Frauen der höheren Altersklassen vorkommt. Fast 70 % der über 50-jährigen Männer weisen eine Adipositas auf, deren Spätfolgen sich dann im weiteren Verlauf manifestieren. Beispiele sind Bluthochdruck, Fettstoffwechselstörungen, Diabetes mellitus und knöchern-degenerative Erkrankungen [8, 9, 10].

Dabei ist nicht nur die Menge und Verwertung, sondern auch die Auswahl der Speisen geschlechtsspezifisch. So essen bereits Jungen mehr Salz, Fett und Zucker, während Mädchen mehr Obst und Gemüse verzehren. Im Erwachsenenalter findet man bei Männern einen höheren Verzehr von Fleisch, Brot, Alkohol und Süßwaren, während Frauen Obst, Joghurt und Kaffee bevorzugen. Metaanalysen haben gezeigt, dass der Verzehr von

rotem Fleisch (z. B. Rind, Schwein) mit einer erhöhten Rate an Darmkrebs korreliert. Als risikoreich gilt zudem scharf angebratenes und gegrilltes Fleisch. Männer bevorzugen genau diese Zubereitungsarten. Insgesamt ist die Kost von Frauen abwechslungs- und vitaminreicher. Für das männliche Geschlecht besteht somit in Ernährungsfragen ein immenser Aufklärungs- und Informationsbedarf. Dies ist bemerkenswert, da in den letzten Jahren das mediale Interesse an gesunder Ernährung (siehe z. B. Kochshows) und Aufklärung enorm gestiegen ist, jedoch die Fettleibigkeit bei beiden Geschlechtern in allen Altersklassen eher zunimmt.

Herz-Kreislauf-Krankheiten, muskeldegenerative Erkrankungen und körperliche Aktivität

Altern bringt eine langsame Verringerung der funktionellen Kapazität fast aller Organsysteme mit sich. Als Faustregel gilt ein Abfall der funktionellen Kapazität von 10–15 % pro Dekade. Dieser ist an einer Reihe von physiologischen Parametern ablesbar (Tabelle 1). Dabei kommt der Verringerung der funktionellen Kapazität alleine noch kein Krankheitswert zu, allerdings können additive Belastungen schlechter kompensiert werden.

Tabelle 1: Physiologische Parameter und Alterung im Erwachsenenalter

Parameter	Veränderungen beim Mann
Blutdruck	↑ 10–40 mmHg bis zum 70. Lebensjahr
Abdominelles Fett	↑ 20% bis zum 70. Lebensjahr
Knochendichte	↓ 1–2% pro Jahr ab dem 50. Lebensjahr
Nervenleitgeschwindigkeit	↓ 0,4% pro Jahr ab dem 20. Lebensjahr
Testosteron	↓ 1% pro Jahr ab dem 40. Lebensjahr

Männer weisen im jüngeren Erwachsenenalter eher eine höhere körperliche Aktivität aus, die dann in den reiferen Lebensphasen deutlich nachlässt. Die höhere Aktivität in jungen Jahren geht allerdings nicht selten mit einem inadäquaten Risikoverhalten (z. B. Autorennen, Risikosportarten) und entsprechendem erhöhtem Unfallrisiko etc. einher. Im höheren Erwachsenenalter liegt eher eine zu geringe körperliche Aktivität vor, was ebenfalls Risiken birgt, da Organsysteme (Kreislaufsystem, Muskulatur) funktionell nicht mehr stimuliert und trainiert werden, was zu einer organisch-morphologischen Degeneration (Osteoporose, Hirnleistungsstörungen) führt.

Ziel einer Prävention von Volkskrankheiten und Erhalt einer möglichst hohen Lebensqualität ist es, den altersbedingten Verlust an funktioneller Kapazität zu verzögern. Das dazugehörige Leitbild wurde durch den Begriff des »Gesunden Alterns« von der WHO vor mehr als 15 Jahren treffend beschrieben. Zweifellos ist der Alterungsprozess in weiten Teilen genetisch-dispositionell fixiert, dennoch spielen Umwelt- und Verhaltensfaktoren, wie bereits mehrfach erläutert, eine entscheidende Rolle. Damit reiht sich der Umweltfaktor »körperliche Aktivität« nahtlos als Ressource oder bei Fehlen als Risikofaktor für sogenannte Volkskrankheiten ein. Es existieren eine Vielzahl von Untersuchungen über den günstigen Einfluss von körperlicher Aktivität auf einzelne Organsysteme. Von besonderem Interesse sind Studien zur koronaren Sterblichkeit bei Männern, da der plötzliche Herztod bei Männern zu der häufigsten Todesursache in der Altersgruppe zwischen 50–70 Jahren zählt, und hier ein deutliches

Ungleichgewicht zum weiblichen Geschlecht besteht. Auf diesen Sachverhalt wurde in den vorherigen Männergesundheitsberichten bereits mehrfach ausführlich eingegangen [7]. Es konnte in Longitudinaluntersuchungen gezeigt werden, dass bereits leichtes Spazierengehen über 3 km/Tag eine Halbierung der Mortalität bezüglich der koronaren Herzerkrankung bewirkt. Kontrollierte Trainingsprogramme erreichen bei 65–74-jährigen Männern für eine Vielzahl von kardiopulmonalen Parametern eine Verbesserung, die den Alterungsprozess teilweise kompensieren.

Interessant sind Untersuchungen zu hormonellen Parametern und zur Immunologie. Es konnte nachgewiesen werden, dass Ausdauertraining die ß-Endorphinbasalwerte deutlich steigert. Diese körpereigenen Endorphine verbessern nicht nur Stimmungslage und Libido, sondern erhöhen auch die Fettverbrennung und reduzieren die Schmerzempfindlichkeit. Obwohl die Befunde in der Literatur bezüglich einer Stimulation des Immunstatus nicht in allen Punkten konsistent sind, ist unter moderatem Ausdauertraining eine unspezifische Steigerung des Immunstatus wahrscheinlich.

Ein bei Männern bisher unterschätztes Gesundheitsproblem stellt die Osteoporose dar. Zwar ist hier das weibliche Geschlecht nach der Menopause bevorzugt betroffen (Knochenabbau 2–3 % pro Jahr), jedoch zeigt sich auch bei Männern über dem 50. Lebensjahr ein relevanter Knochensubstanzverlust (1–2 % pro Jahr). Die höhere Prävalenz der Osteoporose bei Frauen erklärt sich durch das hormonelle Östrogendefizit nach der Menopause. Hier haben Männer einen Vorteil, da der Testosteroneinfluss individuell unterschiedlich bis ins hohe Alter bestehen bleibt. Es kann in Deutschland von ca. 4 Millionen Männern und 8 Millionen Frauen ausgegangen werden, die an einer relevanten Osteoporose leiden. Männer erleiden die krankheitsrelevanten Frakturen meist ab dem 75. Lebensjahr. Für ältere Männer sind aufgrund ihrer Sozialisation und ihres geschlechtsspezifischen Risikomusters die positiven Effekte einer moderaten sportlichen Aktivität besonders ausgeprägt, allerdings auch besonders schwer zu vermitteln. Dabei muss der Beginn einer regelmäßigen sportlichen Aktivität möglichst vor dem 30–35. Lebensjahr beginnen, damit die positiven Effekte im höheren Alter zum Tragen kommen [11, 12]. Die Basisempfehlungen sind seit Jahren weitgehend gleichbleibend, banal und sollen hier aufgrund hoher Relevanz für sogenannte Volkskrankheiten dargestellt werden (Tab. 2).

Tabelle 2: Empfehlungen für moderates Training im Erwachsenenalter

Sport (z. B. Laufen, Schwimmen, Radfahren)	**3–5x wöchentlich**
Verteilung	75% Ausdauertraining, 25% Krafttraining
Intensität	60–80% der max. Herzfrequenz (220-Alter)
Dauer	30–60 Minuten

Krebs als Volkskrankheit – Grundlagen

Krebserkrankungen stellen in den westlichen Industrienationen die zweithäufigste Todesursache in der Todesursachenstatistik dar. Aufgrund der oben geschilderten Problematik der Todesursachenstatistik werden onkologische Erkrankungen in der Häufigkeit eher unter- als überschätzt.

Daher soll auf Krebs als Volkskrankheit im Folgenden etwas ausführlicher eingegangen werden.

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Arthrose, Diabetes und Tumorerkrankungen als Volkskrankheiten sind stark abhängig von Alterungsprozessen und beeinflussen sich gegenseitig. Die Risikofaktoren von Tumorerkrankungen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen überschneiden sich in weitem Maße (Abb. 2).

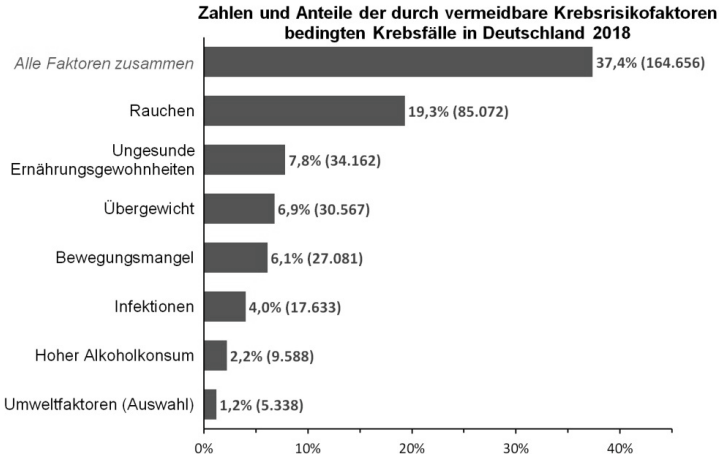

Abbildung 2: Vermeidbare Krebsrisikofaktoren (www.krebsinformationsdienst.de)

Im Jahre 2011 wurde in Deutschland der Nationale Krebsplan publiziert, welcher die Bedeutung der Diagnose »Krebs« für Individuum und Gesellschaft unterstreicht und aktuell fortwirkt. Die Diagnose »Krebs« ist in ihrer Häufigkeit altersabhängig, was aufgrund der demografischen Entwicklung in den Industrienationen relevant ist. Prinzipiell sind beide Geschlechter von dieser Entwicklung gleich betroffen. Es handelt sich bei den epidemiologisch relevanten Krebserkrankungen um sogenannte epitheliale Tumoren drüsiger Organe (z. B. Brust, Darm, Prostata). Die rohe Inzidenz (d.h. Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr) hat sich mehr als verdoppelt. Ca. 250.000 Männer und 225.000 Frauen erkranken in Deutschland pro Jahr an Krebs. Die häufigsten Krebsarten beim Mann sind bezüglich der Inzidenz das Prostatakarzinom (ca. 26 %), das Lungenkarzinom (ca. 14 %) und Darmkarzinome (ca. 13 %). Beim weiblichen Geschlecht sind die häufigsten Krebsarten bezüglich der Inzidenz der Brustkrebs (ca. 31 %), gefolgt vom Darmkarzinom (ca. 13 %) und dem Lungenkarzinom (ca. 8 %). An diesen epidemiologischen Daten wird sich bis auf absehbare Zeit nichts prinzipiell ändern (Abb. 3).

Wichtig ist, dass Inzidenz und Mortalität (Sterblichkeit) streng zu trennen sind. Dies gilt insbesondere auch aus der geschlechtsspezifischen Perspektive. Die Analyse der Bedeutung der Diagnose »Krebs« wird aufgrund der Tatsache erschwert, dass prinzipiell nicht jede diagnostizierte Krebserkrankung Einfluss auf die Lebenserwartung hat. Eine Reihe von sogenannten »Alterskrebsen« (Hautkrebsarten, Prostatakrebs, Mammakarzinom, Alterslymphome) werden für das einzelne Individuum bezüglich der Lebenserwartung nicht mehr relevant, da die Lebenserwartung durch Komorbiditäten (z. B. Demenz, Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) stärker beeinflusst wird. Somit ist die Gleichsetzung »Krebs = baldiger Tod« stark zu relativieren. »Krebs« wird immer mehr zu

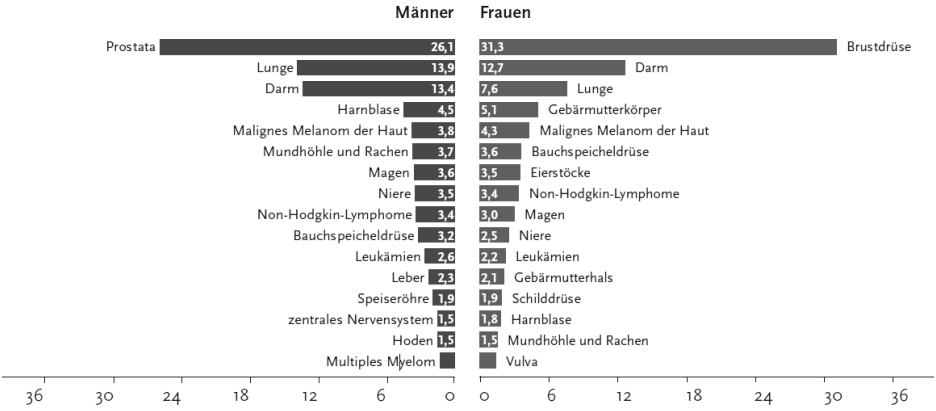

Abbildung 3: Prozentualer Anteil der häufigsten Krebsneuerkrankungen in Deutschland 2010 (aus RKI 2013: Krebs in Deutschland 2009/2010)

einer chronischen Erkrankung – »mit« der man lebt, aber »an« der man nicht unbedingt stirbt. Die modernen Therapiekonzepte führen häufig über eine »Chronifizierung der Tumorerkrankung« zu einer Verlängerung des tumorspezifischen Überlebens – natürlich u. a. um den Preis einer fortschreitenden Medikalisierung. Bei fast allen Tumorarten ist dieser Trend in den letzten Jahren zu bemerken. Die Erkrankung Krebs wird auch beim älteren Menschen beider Geschlechter interdisziplinär und multimodal (Operation, Radiotherapie, medikamentöse Tumortherapie, Immuntherapie etc.) behandelt, wobei die einzelnen Verfahren je nach Tumorentität planmäßig verzahnt oder je nach Erkrankungsverlauf und Stadium hintereinandergeschaltet werden. Nicht selten lassen sich onkologische Therapien bei guter Lebensqualität über viele Jahre fortführen und führen zu der bereits erwähnten Chronifizierung der Tumorerkrankung, was u. a. durch die Etablierung von Leitlinien möglich wurde. Die von den Fachgesellschaften in den letzten Jahren interdisziplinär entwickelten S3-Leitlinien haben dabei insbesondere in der Onkologie einen sehr hohen Stellenwert erlangt. Sie spiegeln über hochrangige Einzelpublikationen und Registerdaten hinaus die momentan höchste verfügbare Evidenz in der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge von häufigen Krebserkrankungen wider, sind frei verfügbar und werden in der Regel alle zwei Jahre aktualisiert. Die Bewertung von Publikationen, die in eine S3-Leitlinie Eingang finden können, unterliegt dabei definierten Kriterien an Design, Methodik, Datenanalyse und Interpretation der zugrundeliegenden Studien [13–16].

Geschlechtsspezifische onkologische Inzidenz und Mortalität im Überblick

Die Inzidenz von Tumorerkrankungen stimmt beim männlichen Geschlecht nicht mit der Rangfolge bei den Krebstodesfällen überein. Beim Mann des mittleren Lebensalters (40–65 Jahre) führt hinsichtlich der Mortalität der Lungenkrebs, gefolgt von Darm- und Prostatakarzinom. Beim Prostatakarzinom des Mannes ist ein starker Inzidenzanstieg zu verzeichnen, was auf das verbreitete PSA-Screening (prostataspezifisches Antigen-Sekundärprävention) zurückzuführen

ist. Allerdings stellt es zurzeit *nicht* die häufigste onkologische Todesursache bei Männern im Renteneintrittsalter dar. Erst bei den onkologischen Erkrankungen des alten Mannes (> 70 Jahre) ist das Prostatakarzinom führend.

Beim jungen Mann (20–35 Jahre) ist die häufigste onkologische Erkrankung der Hodenkrebs. Epidemiologisch spielt dieser als Todesursache jedoch eine untergeordnete Rolle. Bei der Frau ist die Inzidenz des Brustkrebses (Mammakarzinom) steigend, was auf die Einführung des Mammografie-Screenings zurückzuführen ist (Sekundärprävention). Das Mammakarzinom stellt jedoch auch die häufigste onkologische Todesursache der jüngeren Frau dar. Dennoch ist in den letzten 20 Jahren insgesamt die Mortalität beim Mammakarzinom leicht sinkend, während beim Bronchialkarzinom der Frau sowohl die Inzidenz als auch Mortalität steigen. Aus der Geschlechterperspektive sind folgende grobe onkologische Trends in Deutschland in den letzten Jahren festzustellen:

- Die altersstandardisierten Sterberaten an Krebs sind bei beiden Geschlechtern rückläufig (Rückgang bei Männern ca. 17 %, Rückgang bei Frauen ca. 11 %). Allerdings stieg die absolute Zahl der Sterbefälle bei Männern um ca. 8 % an, während sie bei Frauen weitgehend gleichbleibend ist.
- Mamma- und Prostatakarzinome weisen eine deutlich steigende Inzidenz bei abnehmender Mortalität auf. Ursächlich ist eine verbreitete und gesundheitspolitisch gestützte *Sekundär*prävention, wodurch frühe Tumorstadien auch im höheren Alter entdeckt werden.
- Die Lungenkrebsinzidenz steigt bei Frauen. Ursächlich ist der im Zeitverlauf häufigere Zigarettenkonsum, das spezifische Rauchverhalten beim weiblichen Geschlecht und die erhöhte Vulnerabilität des weiblichen Bronchialsystems gegenüber Kanzerogenen.
- Hodentumoren stellen die häufigsten Karzinome des jungen Mannes (20–40 Jahre) dar. Es ist ein langsamer aber stetiger Inzidenzanstieg zu beobachten. Epidemiologisch handelt es sich um keine relevante Todesursache des jungen Mannes. Ein maßgeblicher Risikofaktor stellt der kindliche Hodenhochstand dar. Die Therapieerfolge beim Hodentumor sind beeindruckend. Ca. 90 % aller Patienten können unabhängig vom Stadium geheilt werden.
- Zervixkarzinome (Gebärmutterhalskrebs) weisen eine deutliche Inzidenzabnahme auf, was unter anderem auf die akzeptierte und effiziente Vorsorgeuntersuchung auch bei jungen Frauen (PAP-Abstrich) zurückzuführen ist. Eine *Primär*prävention durch die Impfung gegen Papillomviren wird seit dem Jahre 2014 bei Mädchen empfohlen.
- Das spezifisch männliche Peniskarzinom spielt keine epidemiologisch relevante Rolle. Allerdings sind zum Teil auch Papillomviren ursächlich für die Tumorentstehung. Die HPV-Impfung wird seit ca. zwei Jahren ebenfalls für Jungen offiziell empfohlen (Herdenimmunität).

Bezüglich der onkologischen Todesursachen ist bei Frauen in der Altersklasse der 30–44-Jährigen ein Ungleichgewicht zu Ungunsten des weiblichen Geschlechts zu konstatieren (SMR – Sex Mortality Ratio 0,8). Dies lässt sich fast ausschließlich auf das Mammakarzinom zurückführen.

In der Altersklasse der 45–64-Jährigen ist ein Ungleichgewicht zu Ungunsten des männlichen Geschlechts festzustellen (SMR – Sex Mortality Ratio 1,5). Im höheren Lebensalter bleibt das Ungleichgewicht zu Ungunsten der Männer bestehen.

Häufige männliche Tumorentitäten

Jede Tumorentität weist Besonderheiten aus Sicht der Geschlechterperspektive auf [17]. Dies gilt nicht nur für die typischen geschlechtsspezifischen Tumore (Mammakarzinom, Prostatakarzinom). Im Nachfolgenden soll auf die einzelnen häufigen Tumorentitäten mit männlichem Geschlechterbezug eingegangen werden.

- *Lungenkarzinom:* Der Lungenkrebs ist in Deutschland die häufigste Krebstodesursache bei Männern (25 %) und die dritthäufigste Krebstodesursache bei Frauen (14 %). Betont werden muss, dass sich die altersstandardisierten Erkrankungs- und Sterberaten bei den Geschlechtern gegenläufig entwickeln. In den letzten 20 Jahren stiegen die Inzidenz und Mortalität bei Frauen um ca. 30 %, während sie bei Männern um ca. 20 % zurückging. Dies kann auf die geänderten Rauchgewohnheiten zurückgeführt werden.
- *Prostatakarzinom:* Das Prostatakarzinom ist mit ca. 25 % aller diagnostizierten Krebserkrankungen die häufigste Krebserkrankung des Mannes in Deutschland. Die Inzidenz beträgt ca. 120 auf 100.000 Männer pro Jahr. Es erkranken ca. 65–70.000 Männer pro Jahr neu an Prostatakarzinom. Die vermeintlich starke Zunahme ist zum einen auf die verbesserte Früherkennung durch das PSA-Screening (prostataspezifisches Antigen), als auch auf die höhere Lebenserwartung zurückzuführen. Die Gesamtzahl der Todesfälle liegt bei ca. 12.000 Männern pro Jahr in Deutschland. Es existieren international deutliche regionale Unterschiede. Die weltweit höchste beschriebene Inzidenz findet sich den USA, insbesondere bei afroamerikanischen Männern (Tumorinzidenz 185 pro 100.000 Männer pro Jahr). Bei den tödlich verlaufenden Tumorerkrankungen bei Männern steht das Prostatakarzinom mit ca. 10 % in Deutschland an dritter Stelle. Allerdings stellt das Prostatakarzinom die häufigste onkologische Todesursache des alten Mannes (> 70 Jahre) dar. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei ca. 69 Jahren. Insgesamt tragen ca. 40 % der männlichen Bevölkerung das Risiko, im Laufe ihres Lebens ein Prostatakarzinom zu entwickeln, aber nur 10 % werden symptomatisch und nur 3 % versterben daran (S3-Leitlinie 2019). Es steigt insbesondere der Anteil früher Stadien. Diese Stadienverschiebung wird auf die Bestimmung des Tumormarkers PSA (prostataspezifisches Antigen) zurückgeführt. Im Frühstadium sind die Tumoren asymptomatisch. Das PSA-Screening stellt im Gegensatz zur Mammografie *keine* gesetzlich verankerte Früherkennungsmethode dar, obwohl die Bedeutung des PSA-Wertes als Marker, sofern er angemessen eingesetzt wird, wissenschaftlich bereits lange unstrittig ist (S3-Leitlinie 2019).

Besonderheiten der onkologischen Prävention im höheren Erwachsenalter

Die Geschlechterperspektive bei Krebserkrankungen hängt stark von der Tu-

morentität ab. In dem komplexen Diagnose- und Therapiefeld hat sich die Etablierung der sogenannten S3-Leitlinien vor allem bei den häufigen onkologischen Entitäten bewährt (Mammakarzinom, Prostatakarzinom). Diese sind frei zugänglich. Es besteht bei den altersabhängigen epithelialen Tumoren, insbesondere beim Mammakarzinom und Prostatakarzinom, eine Screening-Problematik. Die Sinnhaftigkeit von Screening-Programmen (Mammografie-Screening, PSA-gestütztes Screening) wird zurzeit sehr differenziert kontrovers diskutiert. Klar ist, dass die geschlechtsspezifischen Screeningprogramme im Rahmen der Sekundärprävention wirksam sind, jedoch mit Überbehandlungen einhergehen. Dies ist bedeutsam, da die Diagnose und Behandlung sowohl beim Mammakarzinom als auch beim Prostatakarzinom einschneidende Einschnitte in der Lebensqualität bedeuten können (Body-Image, Selbstwertgefühl, erektile Funktion, Inkontinenz, Berufstätigkeit etc.). Erkennbar wird, dass bei Tumoren des weiblichen Geschlechts eindeutig eine höhere politisch motivierte Neigung besteht, Screeningprogramme (PAP-Abstrich, Mammografie) und Primärpräventionsprogramme (Impfung gegen Papillomviren) zu Lasten der Kostenträger zu verankern. Dies ist aus der Geschlechterperspektive betrachtet durchaus bemerkenswert.

Ausblick und Fazit bezüglich Prävention und Therapie von Volkskrankheiten

Deutlich erkennbar wird, dass für die sogenannten Volkskrankheiten in Zukunft die dispositionellen Einflüsse im Sinne der Genetik/Disposition einen höheren Stellenwert bekommen werden. Dies lässt sich in der Onkologie bereits seit Längerem gut zeigen. Es bestehen z. B. Leitlinien bezüglich der Hochrisikogene BRCA1 und BRCA2 beim Mammakarzinom und Prostatakarzinom. Für die heterogene Gruppe der Risikofaktoren der Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Fettstoffwechsel) oder Diabetes mellitus ist dies ebenfalls teilweise etabliert. Damit wird insbesondere eine geschlechtsspezifische Beratung im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention in Zukunft deutlich an Stellenwert gewinnen und an die jeweilige Lebenssituation angepasst werden. Aufgrund der Fortschritte in der präventiven Diagnostik wird sich in Zukunft ein Risikoprofil für die sogenannten Volkserkrankungen erstellen lassen, welches die genetischen Dispositionen und umweltbezogenen Einflussfaktoren berücksichtigt. Hier haben geschlechtsspezifische Verhaltensunterschiede eine hohe Relevanz, wie sich anhand des Rauchverhaltens belegen lässt. Auf der Basis dieses Risikoprofils kann nicht nur eine individualisierte Primär- und Sekundärprävention aufbauen, sondern auch eine individualisierte Therapieentscheidung. Hier stehen wir jedoch noch am Anfang einer Entwicklung. Bedeutsam ist weiterhin, dass durch die etablierten effektiven multimodalen Therapien Spätnebenwirkungen induziert werden, die bisher nur inadäquat wissenschaftlich untersucht sind. Zweifellos erhöht sich in den nächsten Jahren die Komplexität der oft multimodalen Therapiekonzepte von Volkskrankheiten trotz der akzeptierten S3-Leitlinien. Die Bedeutung eines engen Arzt-Patienten-Verhältnisses wird gerade durch die zunehmende Individualisierung der Therapie und individuelle Medikalisierung weiter an Bedeutung zunehmen.