



Erster Deutscher
Männergesundheitsbericht

Zusammenfassung

»Seit zehn Jahren kämpfen meine
Forschungskollegen und ich für diesen Bericht.
Jetzt ist er endlich möglich geworden!

Er macht deutlich, wie dringend die gezielte
Analyse der männlichen Gesundheit ist.«



Klaus Hurrelmann

Inhalt

Kapitel 1: Die gesundheitliche Lage von Männern

Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven <i>Martin Dinges</i>	4

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Männern <i>Doris Bardehle</i>	8

Kapitel 2: Männergesundheit ausgewählter Altersgruppen

Jungengesundheit in Deutschland: Themen, Praxis, Probleme <i>Gunter Neubauer, Reinhard Winter</i>	12

Der Alternde Mann <i>Kurt Seikowski, Uwe Paasch</i>	16

Kapitel 3: Gesundheitsrisiken aus der Arbeitswelt und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit <i>Johannes Siegrist</i>	20

Riskantes Verhalten <i>Birgitta Sticher</i>	22

Kapitel 4: Ausgewählte Krankheiten bei Männern

Männerkrankheiten <i>Frank Sommer, Lothar Weißbach</i>	26

Krankheiten von Männern: Interdisziplinäre Betrachtungen <i>Theodor Klotz</i>	32

Psychische und Verhaltensstörungen <i>Anne Maria Möller-Leimkühler, Siegfried Kasper</i>	34

Kapitel 5: Wegweiser für die Weiterentwicklung von Männer- gesundheit und Internetangeboten für Männergesundheit

Männergesundheit aus Sicht der DKKV Deutsche Krankenversicherung AG <i>Birgit Babitsch, Ruth Waldherr-Ifada, Doris Bardehle, Sabine Mackeben-Haag, Ingo Fuß</i>	38

Online-Angebote zum Thema Männergesundheit <i>Maren Salberg, Doris Bardehle</i>	40

Wir wissen zu wenig über Männer und Männergesundheit <i>Matthias Stiehler</i>	44

Männlichkeit und Gesundheit: Aktuelle Debatte und historische Perspektiven

Historische Perspektiven werden bisher zu selten in der Männergesundheitsdebatte beachtet. Sie erlauben aber

- ein besseres Verständnis von Männergesundheit als das gängige durch Schwarz-Weiß-Kontraste geprägte Bild der Gesundheitssituation von Männern;
- umfassendere Erklärungen als die in der Öffentlichkeit gängigen biologischen und oder genetischen Befunde;
- die Analyse von Entwicklungen, die bis zur Apostrophierung von Männern als „Gesundheitsidioten“ geführt hat.

Historische Perspektiven können deshalb Veränderungspotenziale für Männergesundheit in Gegenwart und Zukunft aufzeigen. Damit werden sie auch gesundheitspolitisch relevant.

Zentral für den Männergesundheitsdiskurs ist die Debatte um die derzeit 5,5 Jahre geringere Lebenserwartung der Männer in Deutschland. Dieser Unterschied hat nur wenig mit der biologischen oder genetischen Ausstattung von Männern und Frauen zu tun. Die unterschiedliche Lebenserwartung bei der Geburt hat sich vielmehr erst seit einigen Generationen entwickelt. Die Früh- und Hochindustrialisierung (1835-1914) war offenbar besonders problematisch. Danach war es vor allem die Zeit der Kriegsfolgenbewältigung in den Jahrzehnten des Wiederaufbaus nach dem Zweiten Weltkrieg.

Die Entwicklung der unterschiedlichen Lebenserwartung lässt zwei Hauptgründe für die Verschlechterung des Gesundheitsstatus der Männer erkennen. Erstens führt die genderspezifische Arbeitsteilung mit dem Modell des männlichen Haupternährers seit der Industrialisierung zu einer ganz einseitigen Berufsbelastung bei den Männern. Der zweite Hauptgrund sind traditionelle Leitbilder „hegemonialer“ Männlichkeit. Solche Leitbilder spielten im 19. und 20. Jahrhundert und spielen immer noch als Ursache für Gesundheitsgefährdungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten im männlichen Lebenslauf eine Rolle. Jungen spielen gefährlicher. Pubertierende männliche Jugendliche verhalten sich risikoreicher als Mädchen – so (zumindest bis vor ca. 15 Jahren) beim Rauchen, und weiterhin beim Drogen- und Alkoholkonsum, auch mit den bekannten Unfallfolgen. Junge Männer verletzen sich gegenseitig viel häufiger und bringen sich auch viel häufiger selbst um. Die stärkere Erfolgsorientierung von Männern veranlasst sie nicht selten zu einem oft gesundheitsgefährdenden Leistungsverhalten – übrigens auch im Sport. Berufstätige Männer bevorzugen oft recht einseitig das Engagement in der Arbeit, häufig bis zur Selbstüberforderung.

Prof. Dr. phil. Martin Dinges

E-Mail martin.dinges@igm-bosch.de | Internet www.igm-bosch.de
Martin Dinges, geb. 1953, ist Archivar und stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung in Stuttgart. Forschungsschwerpunkte: Männer und Gesundheit im historischen Wandel



Wichtiger als die Kritik am Verhalten von Männern ist die Stärkung ihrer Gesundheitsressourcen. Man kann an Eigenschaften anknüpfen, die ihnen als positiv zugeschrieben werden, und die man in Richtung Gesundheit weiterentwickeln kann. Hohe Leistungsbereitschaft ist fraglos eine üblicherweise Männern zugeschriebene Stärke, die auch gesellschaftlich von Ihnen erwartet wird. Will man gleichzeitig eine höhere Familienpräsenz, dann muss die Arbeitswelt entsprechend auch für Männer umgestaltet werden. An Verantwortungsbewußtsein kann man appellieren, wenn Risikoverhalten vermieden werden soll.

Aus historischen Untersuchungen wissen wir nun auch, dass Männer für die Kommunikation über Gesundheit keine Genderpräferenz haben: Sie reden also mit Frauen – je nach Situation – ebenso leicht über Gesundheit und Krankheit wie mit Männern. Dass Männer konkurrenzhalber nicht miteinander über Krankheit reden könnten, ist in dieser Allgemeinheit eine Mär. Es kommt also darauf an, die richtigen Kontexte für die Thematisierung von Gesundheit zu schaffen – zum Beispiel auch im Betrieb.

Schädigungsverhalten wie das Rauchen ist erst während der letzten 150 Jahre spezifisch männlich geprägt worden. Das ändert sich gerade. Es war also nicht immer „typisch männlich – sondern ist ein Bewältigungsverhalten, das mit bestimmten Belastungen zusammenhängt.

Auch der Gesundheitshabitus von Männern und Frauen wurde und wird erlernt. Erst seit 150 Jahren gehen Frauen ca. anderthalb mal so oft zum Arzt wie Männer. Das muss nicht immer so bleiben.

Die angebliche Beratungsresistenz der Männer ist das Ergebnis von 250 Jahren Gesundheitsaufklärung. Die Gesundheitsangebote zielten bisher fast nur ausschließlich auf Frauen! Umso beachtlicher ist es, dass Männer über 50 Jahren Vorsorgeangebote stark nutzen.

Im Ergebnis lässt sich fast nichts von dem aufrechterhalten, was in der öffentlichen Debatte als „typisch männliches“ oder gar „unveränderbar männliches“ Gesundheitsverhalten gilt: weder die angebliche Neigung, über Krankheit zu schweigen; noch das Risikoverhalten; noch angeblich mangelndes Vorsorgeinteresse; noch die Arztferne – und übrigens auch nicht der derzeit immer noch deutlich geringere Arzneimittelkonsum. Das sind alles präsentistische Konstrukte, die aktuelle Befunde als das Wesen des Mannes ausgeben. Vielmehr wurden Männer durch vielfältige Einflüsse in den letzten 150 Jahren weniger langlebig, weniger gesund und weniger gesundheitsbewusst als Frauen gemacht. Diese Tendenzen kehren sich derzeit teilweise bereits um. Das ist ermutigend. Außerdem kann man diese Entwicklungsrichtung beschleunigen.

Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Männern

Um zu belegen, in welcher Weise sich die Gesundheit von Männern (40 Millionen) und Frauen (42 Millionen) in Deutschland unterscheidet, soll versucht werden, anhand von einigen ausgewählten Indikatoren den Gesundheitszustand der Männer zu analysieren. Dasselbe trifft auch auf die gesundheitliche Versorgung zu. Gibt es Unterschiede in der Versorgung zwischen Männern und Frauen in Deutschland?

Der Vergleich der gesundheitlichen Lage wird gegenüber den Frauen und durch die Gegenüberstellung mit internationalen Daten geführt. Die von EUROSTAT und der Europäischen Kommission geführten Indikatoren werden mit Indikatoren in Deutschland verglichen. Besonderes Augenmerk wird den Nachhaltigkeitssindikatoren und gestellten Gesundheitszielen gewidmet. Es wird überwiegend auf amtliche Daten, weniger auf Fachliteratur zurückgegriffen.

Sowohl bei der Sterblichkeit, bei der Lebenserwartung, bei der gesunden Lebenserwartung, bei der vorzeitigen Sterblichkeit (der unter 65-Jährigen) als auch bei der vermeidbaren Sterblichkeit gibt es schlechtere Kennziffern bei den Männern gegenüber den Frauen. Obwohl die Sterblichkeitskennziffern in den vergangenen 30 Jahren eine günstige Entwicklung genommen haben, konnte der Abstand zu den Frauen nicht aufgeholt werden.

Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Männer betrug im Jahr 2006 in Deutschland 758 je 100.000 Personen der männlichen Bevölkerung und lag wesentlich über der altersstandardisierten Sterblichkeit der Frauen mit 482 je 100.000 Personen der weiblichen Bevölkerung. Dieser Unterschied bedeutet, dass die standardisierte Sterblichkeit der Männer 57 Prozent über der der Frauen lag. Im Europäischen Durchschnitt aller 27 Mitgliedsländer (Sterblichkeit der Männer 1.212; Sterblichkeit der Frauen 676 je 100.000) beträgt der Unterschied sogar 79 Prozent zu Ungunsten der Männer.

Im EU-Vergleich liegt Deutschland demzufolge nicht auf den hinteren Plätzen. Das Absinken der Sterberaten hat zu einem kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung geführt. Die Analyse der Sterblichkeit für NRW für die Jahre 1980-2007 lässt erkennen, dass in den Altersgruppen von 15 bis 29 Jahren der prozentuale Rückgang der Sterblichkeit der Männer höher als der der Frauen war, dasselbe konnte für die Altersgruppen der 45- bis 79-jährigen Männer beobachtet werden.

Die Lebenserwartung der Männer betrug im Durchschnitt der Jahre 2006/2008 in Deutschland 77,2 Jahre und ist gegenüber dem Jahr 1980 (Lebenserwartung der Männer 70,2 Jahre) um 7 Jahre angestiegen. Damit liegt die Lebenserwartung der Männer 5,3 Jahre unter der Lebenserwartung der Frauen.

Die gesunde Lebenserwartung der Männer liegt mit 58,8 Jahren für Deutschland nur bei 76 Prozent der gesamten Lebenserwartung, d.h. dass Männer im Durchschnitt 18 Jahre mit Einschränkungen der Gesundheit leben.

Für das Jahr 2007 haben 83,8 Prozent der Männer und 80,3 Prozent der Frauen ihre Gesundheit als gut oder sehr gut eingeschätzt (SILC-Befragung).

Prof. Dr. med. Doris Bardehle

E-Mail bardehle@stiftung-maennergesundheit.de
Internet www.stiftung-maennergesundheit.de
Doris Bardehle, geb. 1941, ist Wissenschaftlicher
Vorstand der Stiftung Männergesundheit in Berlin.
Forschungsschwerpunkte: Gender, Medizinische Statistik



Bei bösartigen Neubildungen zeichnet sich folgende Entwicklung ab: Seit dem Jahr 1980 erfolgte ein Inzidenzanstieg bei Krebserkrankungen von 23 Prozent bei den Männern und von 15 Prozent (altersstandardisierte Werte) bei den Frauen. Die Überlebenszeiten nach Krebsbehandlung verlängerten sich in den vergangenen Jahren, so dass eine zunehmende Zahl von Männern und Frauen noch eine wachsende Zahl von Lebensjahren vor sich haben.

Erfreulicherweise gingen die Suizidraten der Männer im vergangenen Jahrzehnt zurück, Das betraf alle Altersgruppen. Dennoch liegen die Suizidraten der über 85-jährigen Männer noch über dem Durchschnitt der 27 EU-Länder. Die Suizidraten zählen zu den nachhaltigen EU-Indikatoren und bedürfen einer besonderen Aufmerksamkeit in jedem Mitgliedsland.

Häufiger als Frauen werden Männer wegen Herz-Kreislaufkrankungen, Neubildungen und Krankheiten des Atmungssystems stationär behandelt. Männer weisen geringere Pflegequoten im höheren Lebensalter als Frauen auf, der Anteil Pflegebedürftiger beträgt bei über 85-jährigen Männern 27 Prozent, bei Frauen dieser Altersgruppe dagegen 40 Prozent.

Im Jahr 2006 betragen die durchschnittlichen Krankheitskosten für Männer 2.480 und für Frauen 3.230. Innerhalb von zwei Jahren (von 2006 bis 2008) stiegen die Krankheitskosten für Männer auf 3.100 und bei Frauen auf 3.340 an. Der Anstieg der Kosten erfolgte in den letzten Jahren stärker bei den Männern und bei den Altersgruppen ab 65 Jahre.

Die indirekten Krankheitskosten wurden bis zum Jahr 2006 vom RKI berechnet. Sie sind durch die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre geprägt, die sich im Jahre 2006 auf 2.625 Millionen Euro für Männer und auf 1.348 Millionen Euro bei Frauen beliefen. Demzufolge entfielen 2/3 der Ressourcenverluste auf Männer und 1/3 auf Frauen. Bei Männern entfielen 42 Prozent der verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre auf Invalidität, 30 Prozent auf Krankheiten und Unfälle mit Todesfolge und 28 Prozent auf Arbeitsunfähigkeit.

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Männern lassen sich einige Schwerpunkte erkennen. An erster Stelle steht die Senkung der vorzeitigen Sterblichkeit. Das betrifft den Lungenkrebs, die ischämische Herzkrankheit, die Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten, Krankheiten der Leber, Transportmittelunfälle und andere Erkrankungen. Dazu müsste versucht werden, das Gesundheitsverhalten von Männern zu beeinflussen. So wird seit Jahren angemahnt, dass die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen (z.B. auf Krebserkrankungen) von Männern unzureichend ist. Die Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Besonderheiten war in den vergangenen Jahren stärker auf Frauen ausgerichtet worden. Es zeigt sich, dass auch für Männer ein spezifischer Zugang zur Gesundheitsförderung erforderlich ist.

Jungengesundheit in Deutschland: Themen, Praxis, Probleme

Die Mehrzahl der Jungen ist gesund. In einigen Bereichen, wie beispielsweise bei Unfällen, psychischer Gesundheit, Suizid, Hodenkrebs, ist die gesundheitliche Lage der Jungen in Deutschland jedoch bedenklich. Ein geringer sozialer Status und Migrationshintergrund verschärfen die Situation und verringern die ohnehin schwierigen Zugänge zu gesundheitlicher Bildung, Versorgung und Beratung. Dementsprechend muss Jungengesundheit verstärkt in den Blick genommen werden:

- Übergewicht und Adipositas finden zu geringe Aufmerksamkeit.
- ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung) wird tendenziell einseitig medizinisch versorgt.
- Unfälle von Jungen verursachen zwar hohe Kosten, sind aber kein Thema der Prävention.
- Depressionen werden oft nicht erkannt.
- Jüngere Jungen verhalten sich bei sportlicher Bewegung noch überwiegend gesund, gehen aber allmählich zu bewegungsarmem, weniger gesundem Verhalten über.
- Ein niedriger sozialer Status äußert sich unter anderem durch problematisches Gesundheitsverhalten.
- Aber auch Migrant*innen mit hohem Sozialstatus haben überproportional größere Probleme im Bereich sozialer Ressourcen/sozialer Gesundheit.
- Daneben wurden Jungen mit „expansiven Verhaltensweisen“ als besondere Zielgruppe identifiziert; ihre subjektive gesundheitliche Selbsteinschätzung ist gerade bei geringem Sozialstatus unerwartet schlecht.

Gesundheitsbildung und -versorgung sind insgesamt zu wenig auf Jungen eingestellt und konzeptionell unzureichend auf sie ausgerichtet. Die notwendige Geschlechterdifferenzierung in den Gesundheitsangeboten ist wenig ausgebildet. So erreichen zum Beispiel präventive oder intervenierende Angebote Jungen gerade in den problematischen Bereichen „Übergewicht und Adipositas“ und „psychische und Verhaltensprobleme“ nur schlecht.

Gunter Neubauer

E-Mail gunter.neubauer@sowit.de | Internet www.sowit.de
Gunter Neubauer, geb. 1963, ist geschäftsführender Gesellschafter des Sozialwissenschaftlichen Instituts Tübingen. Forschungsschwerpunkte: Gender, Jungen- und Männergesundheitsförderung, Jugend-, Medien- und Geschlechterforschung

Dr. rer. soc. Reinhard Winter

E-Mail reinhard.winter@sowit.de | Internet www.sowit.de
Reinhard Winter, geb. 1958, ist geschäftsführender Gesellschafter des Sozialwissenschaftlichen Instituts Tübingen. Forschungsschwerpunkte: Jungen, Männer, Jungenarbeit



Vor diesem Hintergrund sind Gesundheitsrisiken von Jungen im Allgemeinen höher:

- Die Gesundheitsrisiken von Jungen sind institutionell höher, da sie eine nicht so gute Versorgung genießen. Außerdem gibt es keine nennenswerte jungenbezogene Gesundheitsbildung.
- Die Gesundheitsrisiken von Jungen sind individuell höher, da ihnen zu wenig Gesundheits- und Risikokompetenzen vermittelt werden.

In einer Gesamtperspektive auf Jungengesundheit muss es zukünftig besonders darum gehen, „Jungen“ und „Gesundheit“ zusammen zu denken. Dabei müssen männlichkeitskritische Vorurteile überwunden werden. Ein Jungengesundheitsdiskurs braucht einen Blick auf bislang zu wenig beachtete gesunde Aspekte bei Jungen bzw. im Männlichen. Wird Jungengesundheit zum Thema gemacht, dann ist bisher ein überwiegend pathologischer bzw. pathogenetischer Diskurs bestimmend. Zugänge einer Jungengesundheitsförderung und -bildung bleiben demgegenüber im Hintergrund. Außerdem fehlen durchgängig Perspektiven, wie mit festgestellten Geschlechtsunterschieden pädagogisch, präventiv oder gesundheitspolitisch umzugehen ist.

Auf einer konzeptionellen Ebene finden wir kaum Ansätze zu einer eigenständigen Jungengesundheitsförderung und -bildung. Nur wenige Projekte setzen Jungengesundheit als einen thematischen Schwerpunkt. Gesundheitspolitische Impulse in diesem Feld gibt es bislang keine oder nur sehr vereinzelt. Eine umfassende, fachlich qualifizierte und vertiefte Beschäftigung mit Jungengesundheit für Fachleute im Bereich von Gesundheitsförderung, Bildung und Medizin ist unter solchen Voraussetzungen zurzeit kaum möglich.

Das Wissen über Themen der Jungengesundheit ist insgesamt nur gering entwickelt und, wo vorhanden, schwer zugänglich. In diesem Sinn wäre ein Jungengesundheitsdiskurs auch durch Förderung von Forschung und Evaluation anzustreben.

Dort, wo Jungengesundheit thematisiert wird, ist die Qualität der Daten, aber vor allem deren Darstellung und Interpretation verbesserungswürdig. Der schlichte Mädchen-Jungen-Vergleich ist irreführend sofern er nicht genderbezogen qualifiziert wird. Er führt tendenziell zu einer problematischen bipolaren Konstruktion der geschlechterbezogenen Differenz-Prämisse „Mädchen und Jungen sind verschieden“.

Aus statistischen Trends werden Annahmen abgeleitet, die aber nur auf einen Teil der Jungen tatsächlich zutreffen. Kategorien wie Herkunft, Sozialstatus und Bildung werden häufig außer Acht gelassen. Die meisten Daten, die sich auf Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen beziehen, werden nur dargestellt und nicht genderbezogen reflektiert, so dass aus dem „anders“ latent ein allgemeines „besser – schlechter“ wird.

Die Jungengesundheit bestimmt zwar auch die Männergesundheit von morgen. Dennoch sollte der Zugang zur Jungengesundheit nicht über Themen und Probleme der „späteren“ Männergesundheit vorgenommen werden. Grundorientierung einer Jungengesundheitsbildung und -förderung, die Jungen entgegenkommt, sollte dagegen sein: weg vom prospektiven Präventionsdruck und hin zu einer Förderung von Jungengesundheit „hier und heute“. Jede gedankliche Bewegung von den Gesundheitsthemen erwachsener Männer her sollte so wieder bei dem „Eigenen“ der Jungen landen und bei dem, was ihnen unmittelbar gut tut.

Der Alternde Mann

Die Lebenserwartung hat sich in Folge des medizinischen Fortschritts kontinuierlich erhöht, wobei sich die Differenz in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen verringert hat. Für das Jahr 2060 ergibt sich für Männer eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von 85,0 Jahren und für Frauen von 89,2 Jahre (Statistisches Bundesamt 2009). Das bedeutet aktuell, dass 65jährige Männer immer noch mit weiteren 22,3 Lebensjahren rechnen können. Das sind jeweils rund 5 Jahre mehr als 2006/2008. Mit hoher Wahrscheinlichkeit kann man davon ausgehen, dass die Lebenserwartung der deutschen Männer bei immer besserer Gesundheit steigt. Gleichzeitig wächst das Verlangen nach hoher Lebensqualität, besonders bei typisch maskulinen Bedürfnissen.

Wie sehr häufig bei der Erschließung neuer Themengebiete orientiert sich die Wissenschaft an den englischen Fachtermini – und so wurde aus „Aging Male“ der „alternde Mann“. Dieser Begriff umfasst im eigentlichen Sinne zwei Entwicklungsabschnitte – das mittlere Lebensalter von circa 40 bis 65 Jahren sowie das späte Lebensalter, das mit dem Eintritt in das Rentenalter ab 65 Jahren auch als Seniorenalter bezeichnet wird.

Es gibt viele Gründe, sich mit diesen zwei Lebensabschnitten zu beschäftigen. Sind es doch Phasen in der Entwicklung von Männern, wo das bisherige a priori von vielen Männern implizite „perfekte Männerbild“ nicht mehr funktioniert, was auch als „männlicher Geschlechtsrollenstress“ bezeichnet wird (Daig 2009). Auch historisch gesehen hatte der Mann immer perfekt zu sein – und es wurden dem Mann kaum Möglichkeiten „gegönnt“ auch mal schwach zu sein. Schon immer galten Männer als das „starke Geschlecht“ (Dinges 2007 a und b). Dabei fällt auf, dass die medizinische Forschung dieses „Vorurteil“ unterstützt, indem sie Männern über die Floskel „Anti-Aging“ das Gefühl vermittelt, ewig jung bleiben zu können. Dahinter steht die Angst einer sich im Alter verschlechternden Gesundheit. Dem ist nicht so. Neben dem pathopsychologischen und dem pathophysiologischen Konzept des Alterns werden zunehmend auch positive Aspekte mit dem Älterwerden assoziiert.

Ab einem bestimmten Alter kann es durchaus sein, dass eine Lesebrille benötigt wird, dass Fakten schneller als vorher vergessen werden, die Konzentrationsfähigkeit nachlässt, mehr Erholung für die eigene Regenerierung erforderlich ist und bestehende Risikofaktoren wie Rauchen, Alkohol, Adipositas unter anderen zunehmend chronische Krankheiten nach sich ziehen. Doch gleichermaßen kann man aufgrund von Lebenserfahrungen Krisen besser meistern. Oft hat sich auch ein sehr guter unterstützender Freundes- und Bekanntenkreis etabliert. Das abstrakte Denken und auch das Zusammenhangswissen als Gedächtnisleistungen nehmen sogar noch zu. Berufliche und familiäre Sicherheiten stellen zunehmend auch schützende Faktoren für die eigene Gesundheit dar.

PD Dr. rer. nat. Kurt Seikowski

E-Mail kurt.seikowski@medizin.uni-leipzig.de

Internet <http://pst.uniklinikum-leipzig.de>

Kurt Seikowski, geb. 1955, ist Mitarbeiter für psychosomatische Dermatologie und Urologie an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Leipzig.

Forschungsschwerpunkte: sexuelle und Partnerschaftsprobleme bei urologischen und Hautpatienten, der alternde Mann



Prof. Dr. med. Uwe Paasch

E-Mail uwe.paasch@medizin.uni-leipzig.de

Internet www.hautklinik.uniklinikum-leipzig.de

Uwe Paasch, geb. 1965, leitet den Bereich Andrologie der Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie am Universitätsklinikum Leipzig. Forschungsschwerpunkte:

Andrologie, Psychosomatik, Laser- und Lichttherapie



Der Umstand bleibt bestehen, dass sowohl für Frauen als auch für Männer mit zunehmendem Alter das Risiko für Krankheiten steigt. Während für Frauen der Gang zu Vorsorgeuntersuchungen selbstverständlich ist, haben Männer damit Probleme. Durch das historisch gewachsene „perfekte“ Männerkonzept werden sie nach Dinges (2009) zu „beratungsresistenten Gesundheitsidioten“. Das betrifft unter anderen alle mÄnnerspezifischen somatoformen Störungen wie z.B. unspezifisches Ziehen im Genitalbereich, hypochondrische Störungen in Bezug auf männliche KÖrpermerkmale wie den Penis (Harth et al. 2007) und solche MÄnnererkrankungen wie Prostatakrebs im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen oder auch Formen der Prostatitis wie auch Beschwerden im Vorfeld von Hypertonie, Herzinfarkten und SchlaganfÄllen (Seikowski 2008). Sie nehmen Beratungsangebote weniger oft in Anspruch, gehen seltener zum Arzt, interessieren sich weniger fÖr ihre Gesundheit als Frauen.

Durch die Anti-Aging-Debatte wird den MÄnnern zusÄtzlich suggeriert, dass sie keine Angst vor dem Altern haben mÖssen, denn die sich mittlerweile so nennende „Lifestyle-Medizin“ zeigt ihnen – oft in Form von Medikamenten (z.B. Viagra, Levitra und Cialis bei Potenzproblemen oder Propecia bei Haarausfall) – dass man seinen bisherigen Lebensstil so weiter leben kÖnne wie bisher (Harth et al. 2008). Die zu diesen Aspekten dargestellten Untersuchungen belegen jedoch, dass dem nicht so ist.

Es gibt auch neue Probleme, die beim alternden Mann zunehmend ins Blickfeld geraten. So zeigt sich, dass das Alter von MÄnnern, die zum ersten mal Vater werden, stetig zunimmt. Kinderbekommen ist als nicht mehr nur ein Problem junger MÄnner. Die Frage hierbei wÄre, ob die ZeugungsfÄhigkeit mit zunehmendem Alter auch stabil bleibt.

Zum anderen verÄndert sich der Mann mit zunehmendem Alter auch hormonell. Was diesbezÖglich bei Frauen schon lange in der Wissenschaft thematisiert wurde, wird in den letzten Jahren auch zunehmend bei MÄnnern erforscht.

Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeit und Beschäftigung sind zentrale Bestandteile der Lebensführung Erwachsener in modernen Gesellschaften. In Form von Erwerbsarbeit sichern sie kontinuierliches Einkommen und sozialen Status und tragen zur Entwicklung von Fähigkeiten und von positivem Selbstwertgefühl bei. Neben positiven Effekten gehen von einer beruflichen Tätigkeit jedoch auch Gefahren für die Gesundheit aus. Von diesen Gefahren sind Männer in stärkerem Ausmaß als Frauen betroffen. Sie betreffen nicht nur die in amtlichen Statistiken erfassten Berufskrankheiten, Arbeitsunfälle und krankheitsbedingten Frührenten, sondern auch die mit Arbeitsplatzverlust und nachfolgender Langzeitarbeitslosigkeit assoziierten Krankheitsrisiken sowie weit verbreitete arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren in spezifischen Berufsgruppen bzw. Branchen, insbesondere stressassoziierte Erkrankungen.

Der Bericht informiert über wichtige aktuelle, für Deutschland und andere europäische Länder zutreffende wissenschaftliche Erkenntnisse zu Einflüssen von Arbeitslosigkeit und prekärer Arbeit sowie zu Einflüssen von Qualität von Arbeit und Beschäftigung in ‚Normalarbeitsverhältnissen‘ auf erhöhte Risiken körperlicher und seelischer Krankheiten. Im Einzelnen werden physikalische und chemische Arbeitsplatznoxen sowie ungünstige ergonomische Bedingungen behandelt. Großen Raum nehmen sodann die mit moderner Erwerbsarbeit und wirtschaftlicher Globalisierung einhergehenden psychosozialen Arbeitsbelastungen ein. Diese werden insbesondere anhand so genannter Arbeitsstressmodelle erfasst (v.a. Anforderungs-Kontroll-Modell; Modell beruflicher Gratifikationskrisen). Aufgrund häufigerer und längerer Exposition, aber auch aufgrund Geschlechts(rollen)-spezifischer Eigenschaften ist die berufsbedingte Krankheitslast bei Männern generell höher als bei Frauen.

Abschließend wird die Frage behandelt, welche Maßnahmen geeignet sind, die arbeitsbedingte Krankheitslast bei Männern zu verringern. Hierzu wird zwischen der nationalen und überbetrieblichen Ebene einerseits und der betrieblichen Ebene andererseits unterschieden. Erstere umfasst bestimmte sozial- und beschäftigungspolitische Initiativen und Gesetze (z. B. Arbeitsschutz und arbeitsmedizinische Betreuung; Beschäftigungsprogramme für ältere Arbeitnehmer; Bekämpfung von Jugendarbeitslosigkeit; Förderung beruflicher Rehabilitation). Auf betrieblicher Ebene ist zunächst entscheidend, kritische Arbeitsbedingungen zu identifizieren und darauf aufbauend die betriebliche Gesundheitsförderung weiter zu entwickeln. Diese sollte auch Maßnahmen der Organisations- und Personalentwicklung einschließlich Schulung von Führungsverhalten mit einschließen.

Prof. Dr. phil. Johannes Siegrist

E-Mail siegrist@uni-duesseldorf.de
Internet www.uni-duesseldorf.de/medicalsociology/
Johannes Siegrist, geb. 1943, ist Direktor des Instituts für Medizinische Soziologie am Universitätsklinikum Düsseldorf.
Forschungsschwerpunkte: berufliche Gratifikationskrisen, soziale Ungleichheit und Krankheit



Riskantes Verhalten

Männer gefährden ihre Gesundheit wesentlich stärker als Frauen durch riskante Verhaltensweisen wie z.B. durch die Ausübung physischer Gewalt, durch extremes Rauch- und Trinkverhalten, durch problematisches Essverhalten und durch riskantes Verhalten im Straßenverkehr. Ein Verhalten wird als riskant bezeichnet, wenn es mit hoher Wahrscheinlichkeit kurz- oder langfristig mit erheblichen Schäden für die eigene Person oder andere Personen verbunden ist.

Bei der eingehenden Beschäftigung mit riskanten Verhaltensweisen fällt auf, dass deren Ausprägung sehr stark mit den jeweiligen Lebensumständen, dem Alter und der Bildung in Beziehung zu bringen ist. So kann exemplarisch gezeigt werden,

- dass physische Gewalt, vor allem gefährliche und schwere Körperverletzung, hauptsächlich von 18-21jährigen Männern ausgeübt wird. Männer dieser Altersgruppe sind sowohl als Täter aber auch als Opfer in ihrer Gesundheit durch gewalttätige Handlungen besonders gefährdet.
- dass auch riskantes Verhalten im Straßenverkehr besonders im Jugendalter stark ausgeprägt ist. Dies gilt ebenfalls für problematisches bzw. pathologisches Glücksspielen.
- dass riskante Verhaltensweisen, z.B. das Rauchverhalten, gesellschaftlichen Veränderungsprozessen unterliegen. Zwar rauchen Männer in allen Altersgruppen häufiger als Frauen, aber die Differenz zwischen Männern und Frauen nimmt immer stärker ab.

- dass riskantes Verhalten, z.B. der riskante Alkoholkonsum, in enger Beziehung zum geringen sozialen Status der Männer steht. Nach einer aktuellen Untersuchung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung liegt der riskante Alkoholkonsum bei Hauptschülern bei 7 Prozent, bei Gymnasiasten bei 2 Prozent.
- dass riskantes Verhalten, z.B. problematisches Essverhalten, eng mit Bildungs- und Wissensdefiziten verknüpft ist. Die häufigste Todesursache für Männer zwischen 45 und 49 Jahren war 2008 der Herzinfarkt, der unter anderem mit den Essgewohnheiten zusammenhängt. Aber es konnte nachgewiesen werden, dass sich bei Frauen und Männern mit dem Anstieg der Bildung die Ernährungsgewohnheiten verbessern.

Auf der Suche nach Ansatzpunkten für die Veränderung des riskanten Verhaltens von Männern steht die Frage nach den Ursachen im Mittelpunkt.

Ist die genetische Ausstattung des Mannes Schuld an der verstärkten Ausprägung riskanten Verhaltens? Der Einfluss von Testosteron auf das männliche Gehirn wird näher erläutert. Die Erkenntnis lautet, dass im Prozess der geschlechtsspezifischen Ausdifferenzierung das biologische Potential zwar bedeutungsvoll ist, aber die Entwicklung auf der körperlichen Ebene vielfältig durch die soziale, geistige und kulturelle Umwelt geformt wird.

Prof. Dr. phil. Birgitta Sticher

E-Mail birgitta.sticher@hwr-berlin.de | Internet www.hwr-berlin.de
Birgitta Sticher, geb. 1960, ist Professorin für
Psychologie und Führungslehre an der Hochschule für
Wirtschaft und Recht in Berlin. Forschungsschwerpunkte:
Polizei- und Kriminalpsychologie, Führungslehre



Die an den Mann von seinem sozialen Umfeld gestellten komplexen Erwartungen, wie er sich als Mann verhalten und welche psychologischen Charakteristika (Attribute) er aufweisen sollte, die männliche Geschlechtsrolle, ist von zentraler Bedeutung für das Verständnis von Risikoverhalten. Der Erwerb der Geschlechtsrolle ist das Ergebnis eines lebenslangen Lernprozesses. Zwar existieren in unserer Gesellschaft viele verschiedene Geschlechtsrollen nebeneinander, aber die traditionelle männliche Rolle ist immer noch für die Ausbildung des individuellen Geschlechtsrollen-Selbstkonzeptes von erheblicher Bedeutung: vom Mann wird erwartet, dass er sich durch Leistung hervortut, möglichst keine Schwäche zeigt und Abenteuer und Risiko sucht. Wenn Männer sich an diesem traditionellen Geschlechtsrollenkonzept orientieren, ist dies mit erheblichen Gefährdungen für die Gesundheit verbunden.

Will man Ansatzpunkte für die Veränderung riskanten Verhaltens finden, reicht es nicht aus zu erheben, wer objektiv riskantes Verhalten zeigt, sondern die Beweggründe für die gezeigten Verhaltensweisen müssen aus der Perspektive der handelnden Person erforscht werden. Es ist dabei grundsätzlich davon auszugehen, dass dies Verhalten von der Person selbst unter den gegebenen Umständen als sinnvoll bewertet wird.

Am Beispiel von 264 jungen Männern in Berlin – so genannte „Intensivtäter“ – wird gezeigt, wie diese ihre schwierige, durch Ressourcenmangel charakterisierte randständige soziale Situation verarbeiten und welche Funktion das Risikoverhalten, vor allem das gewalttätige Verhalten, für sie hat. Gewalttätige Handlungen werden als geeignetes Mittel angesehen, der stets drohenden Demontage der eigenen Stärke und des eigenen Status vorzubeugen und sich den Wunsch nach Größe doch noch zu erfüllen. Um dies zu erreichen sind sie bereit, das Risiko der eigenen Verletzung in der körperlichen Auseinandersetzung in Kauf zu nehmen. Der eigene Körper wird zu diesem Zweck instrumentalisiert.

Erst aufbauend auf dem Verständnis riskanten Verhaltens, dass die subjektive Sichtweise der Akteure einbezieht, gelingt es, sinnvolle Ansatzpunkte für die Veränderung, für den Abbau von Risikoverhalten und den Aufbau von gesundheitsfördernden Verhaltensweisen zu beschreiben. Veränderung muss sowohl bei den Verhältnissen als auch beim Verhalten ansetzen. In diesem Zusammenhang gewinnt die politische Forderung nach der Herstellung von Geschlechtergerechtigkeit an Bedeutung sowie die gesellschaftliche Aufgabe, positive männliche und weibliche Geschlechtsrollen zu entwickeln.

Um die Gesundheit der Männer zu fördern, muss für diese und am besten mit der jeweiligen Personengruppe genau definiert werden, was das Problem ist. Erst darauf aufbauend kann ein Programm geplant und entsprechend durch die Wahl der geeigneten Methoden ausgestaltet werden. Diese Vorgehensweisen, die Passgenauigkeit unter Berücksichtigung des Alters, des soziokulturellen Hintergrundes, der Lebenslage etc. anstrebt, wird „geschlechtergerechte Settingarbeit“ genannt.

Männerkrankheiten

Weil Männerkrankheiten mit geminderten Präsenz und Leistungsbereitschaft assoziiert sind, werden sie von unserer Gesellschaft weitgehend tabuisiert. Frauenkrankheiten werden von einem hohen gesellschaftlichen Interesse begleitet, gut kommuniziert und von der Forschung über die Früherkennung bis zur Versorgung öffentlich prominent gefördert. Der Umgang mit Männer- und Frauenkrankheiten ist also sehr unterschiedlich; das beste Beispiel sind die Unterschiede zwischen Mamma- und Prostatakarzinom.

Männerspezifisch sind Erkrankungen der Prostata (gutartige Prostatavergrößerung, Prostatakarzinom und Prostatitis) sowie Sexualstörungen (z.B. Erektions- und Ejakulationsprobleme) und männliche Fertilitätsstörungen.

Erkrankungen der Vorsteherdrüse (Prostata) gehören neben Herz-Kreislaufaffektionen zu den häufigsten Erkrankungen bei Männern im höheren Lebensalter. Eine gutartige Vergrößerung der Prostata, deren Folgezustände nach neuer Nomenklatur als Benignes Prostata-Syndrom (BPS) bezeichnet werden, ist die wohl häufigste Männerkrankheit. Als behandlungsbedürftig gilt sie nur, wenn sie Symptome verursacht (Lower Urinary Tract Symptoms = LUTS). Es handelt sich dabei vor allem um Probleme bei der Blasenentleerung. Von den rund 12 Millionen Männern in Deutschland im Alter über 50 Jahre leiden rund 40 Prozent an LUTS. Die Symptomatik verläuft in der Regel chronisch progredient, im Einzelfall ist der Verlauf aber nicht vorhersagbar. Ziel der Therapie ist neben der Symptombesserung auch die Progressionshemmung und der Schutz vor Komplikationen. Es werden medikamentöse und operative Behandlungsverfahren eingesetzt. Die TURP (Transurethrale Prostatektomie) gilt als der sog. goldene Standard zur Behandlung der zur Obstruktion führenden Prostatavergrößerung. Sie war nach Angaben des Statistischen Bundesamtes von 2006 mit 75 000 Eingriffen die in Deutschland am häufigsten durchgeführte urologische Operation.

Prostatakrebs-Diagnosen haben in Deutschland in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen, laut Robert-Koch-Institut (RKI) gibt es jährlich rund 64 000 Neuerkrankungen. Gründe für die Zunahme sind die demographische Entwicklung und die Verbreitung des PSA-Tests. Das Prostatakarzinom ist inzwischen die häufigste Krebserkrankung des Mannes. Typisch für dieses Karzinom ist, dass es oft erst im höheren Lebensalter auftritt und eher langsam wächst. Jahrelang gab es kontroverse Diskussion, ob der Bluttest auf PSA (Prostata-Spezifisches-Antigen) lediglich die Nachweisquote klinisch nicht relevanter, wenig aggressiver Tumore erhöht oder ob er tatsächlich durch verbesserte Früherkennung und frühzeitige Behandlung Todesfälle an diesem Karzinom verhindert.

Prof. Dr. med. Frank Sommer

E-Mail sommer@maennergesundheit.info | www.maennergesundheit.info
Frank Sommer, geb. 1967, ist Inhaber des Lehrstuhls für Männergesundheit am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V.
Forschungsschwerpunkte: Erektions- und Fertilitätsstörungen, Prostataleiden und Alternder Mann



Prof. Dr. med. Lothar Weißbach

Stiftung Männergesundheit

E-Mail weissbach@stiftung-maennergesundheit.de
www.stiftung-maennergesundheit.de
Lothar Weißbach, geb. 1940, ist Wissenschaftlicher Vorstand der Stiftung Männergesundheit und am MännerGesundheitsZentrum der Berliner MEOCLINIC tätig. Forschungsschwerpunkte: Prostatakarzinom, urologische Erkrankungen



Insgesamt tragen 40 Prozent der Männer in den westlichen Industrieländern das Risiko, im Laufe ihres Lebens ein Prostatakarzinom zu entwickeln, aber nur 10 Prozent werden symptomatisch und nur 3 Prozent sterben daran. Die im Rahmen der Früherkennung von den Krankenkassen bezahlte Tastuntersuchung ist eine Maßnahme der Späterkennung, wird also falsch etikettiert. Die Kosten des geeigneten PSA-Tests werden nicht übernommen. Auch hier wird der unterschiedliche Umgang in der Gesellschaft mit Frauen- und Männerkrankheiten deutlich: die Mammographie ist – bei ähnlicher Datenlage – eine GKV-Leistung. Anders als die Frau hat also der wertfrei aufgeklärte und umfänglich informierte Mann in Eigenverantwortung über die Früherkennungsmaßnahme zu entscheiden und diese zu bezahlen. Bei der Frau übernimmt dies die Gesellschaft, ja sie fordert die Frau sogar zu Teilnahme auf und lädt sie hierzu ein.

Langsam wachsende Prostatakarzinome sind, insbesondere bei älteren Männern, nicht immer behandlungsbedürftig. Es gilt im Einzelfall den Nutzen und die assoziierten Risiken bzw. Nebenwirkungen der Therapie mit dem Betroffenen gegeneinander abzuwägen. Über das individuelle Vorgehen soll der Betroffene nach wertfreier Information durch seinen Arzt entscheiden. Leider sieht die Realität anders aus, weil richtungsweisend und nicht wertfrei über die möglichen Behandlungsmethoden informiert wird. Mögliche Optionen sind Aktives Beobachten, Beobachtendes Abwarten, die radikale Prostatektomie, die perkutane Strahlen- und Brachytherapie, der Hormonentzug sowie in Einzelfällen die Chemotherapie. Prinzipiell ist auch eine Chemoprävention des Prostatakarzinoms durch langjährige Einnahme von Medikamenten möglich – sie ist aber umstritten.

Die Prostatitis, eine akute oder chronische unspezifische bakterielle oder abakterielle Entzündung der Prostata, kommt eher bei Männern im jüngeren bzw. mittleren Alter vor. Behandelt wird die akute und die chronische bakterielle Entzündung mit Antibiotika, das chronische Beckenschmerzsyndrom symptomatisch. Bei rezidivierenden Beschwerden kann eine psychologische Betreuung sinnvoll sein.

Sexuelle Funktionsstörungen machen einen wichtigen Anteil der männertypischen Erkrankungen aus. Sie lassen sich einteilen in: Libido-, Erektions- und Ejakulationsstörungen sowie die eingeschränkte Zeugungsfähigkeit (androgene Infertilität).

Bei der Ejaculatio praecox (EP) gelingt es dem Mann nicht, den Zeitpunkt des Samenergusses zu kontrollieren. Die Ejakulation erfolgt so früh, dass für beide Partner die Freude am sexuellen Akt eingeschränkt ist. Die EP ist häufig und betrifft nach Schätzungen jeden dritten bis vierten Mann. Ursache ist wahrscheinlich oft eine unzureichende Hemmung des Ejakulationsreflexes durch Serotonin. Für die Behandlung stehen verhaltens-, psycho- und paartherapeutische sowie medikamentöse Strategien (v.a. Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer = SSRI) zur Verfügung. Im Vergleich zur EP sind andere Ejakulationsstörungen wie die Ejaculatio retardata, der verzögerte Samenerguss, die retrograde Ejakulation (dry sex) und die Anejakulation eher selten.

Die erektile Dysfunktion (ED) mindert Selbstwertgefühl, Lebensqualität und Wohlbefinden der Betroffenen sowie der Partnerin/des Partners. Sie ist ein spezifisch männliches Krankheitssymptom mit großer sozialer, psychosozialer und medizinischer Relevanz. Die ED ist weit verbreitet: Unter zufällig ausgewählten 40- bis 70jährigen Männern hatte jeder vierte eine mäßige, jeder zehnte eine schwere ED. Auch im fortgeschrittenen Alter besteht bei den Männern häufig noch ein Therapiewunsch. In einer Umfrage berichteten über 70 Prozent der 70- bis 80jährigen deutschen Männer über sexuelle Aktivität. Allerdings sprechen nur 10 bis 15 Prozent der Männer das Problem bei ihrem Arzt an. Jeder dritte Patient wünscht die Verordnung eines Medikamentes gegen ED ohne Gespräch mit dem Arzt. Therapie der ersten Wahl bei ED sind heute die PDE-5-Hemmer (Sildenafil, Tadalafil und Vardenafil). Die Behandlung mit diesen Tabletten ist einfach, führt bei organischen und psychogenen Ursachen sehr häufig zum Erfolg und ist – bei Beachtung der Kontraindikationen – nebenwirkungsarm. Andere Therapien haben seit der Verfügbarkeit von Viagra® und Co an Bedeutung verloren.

Wenn trotz regelmäßigen ungeschützten Verkehrs ein Jahr lang eine Schwangerschaft ausbleibt, spricht man von Infertilität. Ca. 15 Prozent der Paare in Deutschland haben einen unerfüllten Kinderwunsch. In etwa der Hälfte der Fälle liegt die (Mit-)Ursache beim Mann (androgene Infertilität). Wichtige Untersuchungen bei Verdacht auf männliche Infertilität ist die klinische Untersuchung des äußeren Genitale und die Analyse des Ejakulats. Zusätzlich sind Hormonanalysen wichtig. Kausale Therapien gibt es nur bei wenigen Konstellationen. Die meisten männlichen Fertilitätsstörungen werden heute mit Hilfe der assistierten Reproduktionsmedizin behandelt. Mittels ICSI (Intra-Cytoplasmatische Spermien-Injektion), bei der das Spermium direkt in die Eizelle injiziert wird, werden Befruchtungsraten bis 95 Prozent und Schwangerschaftsraten von im Mittel 29 Prozent erreicht.

Alle Sexualstörungen des Mannes sind mit Versagensängsten besetzt, mindern das Selbstwertgefühl und wirken sich nachteilig auf die Partnerschaft aus. Durch die neuen PDE-5-Hemmer konnten zumindest die durch Erektionsstörungen ausgelösten psychischen Belastungen gebessert werden. Trotzdem sind in unserer Gesellschaft nach wie vor die männlichen Sexualstörungen tabuisiert. Es ist nicht zu erwarten, dass die neuen medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten das allgemeine Gesundheitsbewusstsein der Männer verbessern. So lange soziökonomische Faktoren wie Arbeitsbelastung, nicht erfüllte Qualifikation im Beruf und Überforderung in der Familie zu subjektiv wahrgenommenen Defiziten führen wird die sexuelle Einschränkung viele Männer begleiten und belasten.

In diesem Sinne muß mänderspezifische Prävention, aber auf die gesamtgesundheitliche Situation des Mannes bezogen werden. Unsere Gesellschaft sollte dem Mann helfen, realistische Erwartungen an sich zu entwickeln und Krankheit nicht als Versagen zu empfinden.

Krankheiten von Männern: Interdisziplinäre Betrachtungen

Die alleinige Betrachtung von geschlechtsspezifischen Morbiditäten und Mortalitäten im Rahmen eines Männergesundheitsberichts ist zwar sinnvoll, greift jedoch zu kurz. Eine nüchterne Analyse der aktuellen Daten zeigt, dass bei fast allen relevanten Erkrankungen eine Übersterblichkeit des männlichen Geschlechts besteht. Es besteht ein ausgeprägtes Defizit in der geschlechtsspezifischen Forschung bezüglich der Versorgungssituation in Deutschland, sodass hier, wie an mehreren Stellen erwähnt, dringender Forschungsbedarf besteht. Ebenfalls ist die These, dass weibliche und männliche Sozialisationsprozesse den wichtigsten Einfluss auf die Mortalität und Morbidität darstellen, falsch. Hier sind insbesondere die morphologischen und neurophysiologischen, gut dokumentierten geschlechtsspezifischen Unterschiede zu beachten. Aus diesem Grund müssen eine Vielzahl von Faktoren in die geschlechtsspezifische Betrachtung der Morbidität und Mortalität Einfluss finden. Hier sind insbesondere Rollenverständnis, Sozialisationsprozesse, genetische Voraussetzungen und Betrachtungen zur Lebensalter und Lebensphase abhängigen Lebensqualität anzuführen.

Es liegt nahe, dass der geschlechtsspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung ein entscheidender, zukunftsweisender Aspekt zukommen wird. Ein gesundheitsbezogener Lebensstil sowie primäre Interventionen, z.B. über Themen der Ernährung, Sport und medizinischen Vorsorge müssen vor allem bei männlichen Individuen vor der Pubertät einsetzen und mit typisch männlichen Attributen (z.B. soziale Anerkennung, aktivitätsorientierte Verhaltensmuster) verknüpft werden, um im Laufe des Lebens Wirkung auf Morbidität und Mortalität zu induzieren. Diese Wirksamkeit ergibt sich dann für alle relevanten Erkrankungen (koronare Herzkrankheit, Malignome, COPD etc.).

Diese oberflächliche Analyse, auch im Zusammenhang mit einem Männergesundheitsbericht, kann die Notwendigkeit einer weiterführenden geschlechtsspezifischen Männerforschung allerdings nur unterstreichen. Die Beschäftigung mit der Thematik geschlechtsspezifische Gesundheit, Prävention und speziell „Männergesundheit“, die deutlich über ein Berichtswesen hinausgehen muss, ist somit nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Gleichberechtigung, sondern wird mit Sicherheit Erkenntnisse in der Grundlagenforschung hervorbringen, die beiden Geschlechtern dienen.

Prof. Dr. med. Theodor Klotz

E-Mail theodor.klotz@kliniken-nordoberpfalz.ag

Internet www.klinikum-weiden.de

Theodor Klotz, geb. 1962, ist Chefarzt der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Klinikum Weiden. Forschungsschwerpunkte: Männergesundheit, Prostatakrebs, Impotenz und männliches Altern



Psychische und Verhaltensstörungen

Psychische Störungen sind komplexe, multifaktoriell bedingte Erkrankungen, von denen etwa jeder dritte erwachsene Deutsche im Laufe eines Jahres betroffen ist. Sie gehören zu den häufigsten und kostenintensivsten Erkrankungen, insbesondere Angsterkrankungen und Depressionen, die seit den 1990er Jahren zunehmend zu Fehlzeiten, stationären Behandlungen und Frühberentungen führen – auch bei Männern. Trotz an sich verfügbarer effektiver Behandlungsmöglichkeiten bleiben psychische Störungen jedoch häufig unerkannt und unbehandelt, was vor allem für Männer gilt. Angst vor sozialer Stigmatisierung, Männlichkeitsnormen, dysfunktionale Stressverarbeitungsstrategien und mangelnde Hilfe-suche auf der einen sowie fehlende, auf Männer zugeschnittene Hilfsangebote auf der anderen Seite verhindern eine rechtzeitige Inanspruchnahme professioneller Hilfe. Die Folgen sind ein ungünstiger Verlauf, unter anderen charakterisiert durch ein hohes Risiko für Komorbidität, Alkoholabhängigkeit, Kriminalität, vorzeitige Mortalität und Suizidalität.

Entgegen allgemeiner Auffassung leiden Männer nicht seltener an psychischen Störungen als Frauen, sie weisen nur – relativ gesehen - andere Erkrankungshäufigkeiten auf. Während Frauen eher an nach innen gerichteten Erkrankungen wie Angststörungen, Depressionen und psychosomatischen Störungen leiden, sind nach außen gerichtete Störungen wie Alkohol- und Drogenabhängigkeit, antisoziale Persönlichkeitsstörung, Gewalttätigkeit und vollendeter Suizid typisch für Männer.

Die häufigste psychische Störung bei Männern ist Alkoholabhängigkeit mit zahlreichen und schwerwiegenden gesundheitlichen und sozialen Folgeproblemen, die zur sozialen Desintegration führen können. Alkoholabhängige Männer weisen eine hohe psychiatrische Komorbidität auf, häufig assoziiert mit einer antisozialen Persönlichkeitsstörung oder Depression. Das Risiko für Suizid und gewalttätiges Verhalten ist stark erhöht. Hinsichtlich der Versorgungslage muss von einer eklatanten Unterversorgung alkoholkranker Männer ausgegangen werden, obwohl differenzierte Hilfsangebote zur Verfügung stehen.

Angststörungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung, wobei die Erkrankungsrate bei Männern nur halb so hoch ist wie die der Frauen. Unklar ist, ob diese geringere Erkrankungsrate bei Männern auf ein tatsächlich geringeres Erkrankungsrisiko zurückgeführt werden kann, oder ob aufgrund geringerer gesellschaftlicher Toleranz Männer weniger bereit sind, Angstsymptome zu berichten. Da Angststörungen keine Bagatellerkrankungen darstellen, können sie auch bei Männern zu schwerwiegenden Beeinträchtigungen der Lebensqualität bis hin zur Erwerbsunfähigkeit führen.

PD Dr. rer. soc. Anne Maria Moeller-Leimkühler

E-Mail anne-maria.moeller-leimkuehler@med.unimuenchen.de
Internet <http://psywifo.klinikum.uni-muenchen.de>
Anne Maria Möller-Leimkühler, geb. 1954, ist leitende Sozialwissenschaftlerin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum der Universität München. Forschungsschwerpunkte: Gender, psychische Störungen und Angehörigenforschung



Prof. Dr. DDr. h. c. Siegfried Kasper

E-Mail biol-psychiatry@meduniwien.ac.at
Internet www.meduniwien.ac.at/Psychiatrie/
Siegfried Kasper, geb. 1950, leitet die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Medizinischen Universität Wien.
Forschungsschwerpunkte: Psychobiologie, Neuropsychopharmakologie, Klinische Psychiatrie.



Ähnliches gilt für die „Volkskrankheit“ Depression. Zwar wird die (unipolare) Depression als typische Frauenkrankheit verstanden mit steigender Inzidenz in den jüngeren Geburtskohorten, die Erkrankungsrate nimmt jedoch auch bei jüngeren Männern deutlich zu. Depressionen können bei Männern häufig durch eine für Depression untypische Symptomatik wie gesteigerte Aggressivität, Irritabilität, antisoziales Verhalten oder Sucht- und Risikoverhalten verdeckt sein und deshalb weder rechtzeitig erkannt noch behandelt werden. Unbehandelte Depressionen führen zu einem hohen Suizidrisiko; etwa 80 Prozent aller Suizide sind auf eine Depression zurückzuführen. Die Suizidrate der Männer übersteigt die der Frauen mindestens um das Dreifache, die Rate der diagnostizierten Depressionen bei Männern ist jedoch nur halb so hoch ist wie die der Frauen. Dieses „Geschlechterparadox“ verweist wahrscheinlich auf eine hohe Dunkelziffer von Depressionen bei Männern und auf die Dringlichkeit einer rechtzeitigen Diagnostik, die nicht nur klassische Depressionssymptome, sondern auch männertypisches Stressverhalten systematisch mitberücksichtigt. Eine adäquate und frühzeitige Depressionsdiagnostik ist damit gleichzeitig auch Suizidprophylaxe.

Hinsichtlich der Risikofaktoren für psychische Störungen müssen sowohl biologische, biographische, psychologische und soziologische Faktoren berücksichtigt werden, die häufig miteinander interagieren. Risikofaktoren für psychische Störungen können sich zwar je nach Art der Störung unterscheiden, es zeigt sich jedoch bei den psychosozialen Faktoren, dass diese eng mit der Geschlechterrolle und den soziostrukturellen Lebenschancen zusammenhängen. Allgemein ist ein niedriger sozioökonomischer Status assoziiert mit höheren Raten psychischer Störungen, wobei insbesondere jüngere Männer mit einer mangelnden Schul- und Berufsbildung eine erhöhte Vulnerabilität für psychische Störungen aufweisen. Im Erwachsenenalter sind vor allem berufsbezogene Stressoren wie Arbeitslosigkeit, Gratifikationskrisen und Pensionierung zu nennen, aber auch Alleinleben, Trennung/Scheidung und Verwitweung sind für Männer relativ bedeutsamere Risikofaktoren als für Frauen. Einer der wichtigsten psychosozialen Risikofaktoren ist jedoch ihre auf traditionellen Männlichkeitsnormen basierende mangelnde Inanspruchnahme professioneller Hilfe, die in schwere und chronische Krankheitsverläufe münden kann.

So eindeutig die Geschlechterdimension psychischer Störungen ist, so wenig systematisch ist sie bis heute in Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Forschung eingegangen. Während Gender-Mainstreaming in Politik und Medizin im Wesentlichen auf Frauen und ihre Problemlagen fokussiert, sind Männer gesundheitswissenschaftlich, gesundheits- und sozialpolitisch, aber auch sozialpädagogisch das weitgehend vernachlässigte Geschlecht.

Aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Störungen, ihrer häufigen Komorbiditäten, ihrer erheblichen Folgewirkungen bzgl. der eigenen Lebensqualität und der der Familie sowie hoher direkter und indirekter volkswirtschaftlicher Kosten, ist sowohl die Förderung einer adäquaten Inanspruchnahme psychiatrischer/psychosozialer Leistungen durch die betroffenen Männer als auch die Prävention psychischer Störungen bzw. die Förderung psychischer Gesundheit eine vordringliche Aufgabe. Spezifische Problemlagen von Männern müssen im Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbereich stärker beachtet und entsprechende Präventionsansätze entwickelt werden, die idealerweise zielgruppen- und settingorientiert sein sollten. Hierzu bedarf es ausreichender geschlechtsspezifischer epidemiologischer Grundlagen und Langzeitstudien, die für Deutschland allerdings noch weitgehend fehlen. Eine gesamtgesellschaftliche Hauptaufgabe liegt darin, psychische Störungen bei Männern zu entstigmatisieren und frühzeitige Hilfesuche zu fördern.

Männergesundheit aus Sicht der DKV Deutsche Krankenversicherung AG

Bisher vorliegende Daten weisen für Männer im Vergleich zu Frauen eine geringere Lebenserwartung, höhere Gesundheitsrisiken und im Verlauf des Lebens früher auftretende schwere und tödlich verlaufende Erkrankungen nach. Der vorliegende Beitrag stellt erstmalig epidemiologische Daten der Deutschen Krankenversicherungs AG dar; dabei vergleicht er die gesundheitliche Lage männlicher und weiblicher Versicherter in dem Zeitraum 2004-2009. Ausgewählt wurden folgende Diagnosegruppen: ernährungsbedingte Erkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Psychische und Verhaltensstörungen, bösartige Neubildungen und muskuloskeletale Erkrankungen. Insgesamt werden geschlechtsspezifische Daten für 14 Krankheitsbilder beschrieben, wobei einleitend die Grundbegriffe epidemiologischer Krankheitsdarstellung wie Prävalenz, Inzidenz, Relatives Risiko und Altersstruktureffekte erklärt werden.

In den letzten Jahren haben die ernährungsbedingten Krankheiten (Adipositas, Diabetes mellitus und Gicht) an Bedeutung gewonnen. Sie zeichnen sich nicht nur durch die Krankheitslast aus, sondern sind Risikofaktoren für das Auftreten anderer (Sekundär-) Erkrankungen. Das relative Risiko beträgt für den Mann im Vergleich zur Frau bei der Gicht 382 Prozent, bei Diabetes mellitus ist es um 59 Prozent und bei der Adipositas um 33 Prozent erhöht.

Bei den Erkrankungen des Herzkreislaufsystems nimmt der Hirninfarkt seit 2004 mit seiner altersstandardisierten Inzidenz deutlich zu. Diese Inzidenzrate liegt bei Männern um das 1,5-fache höher als bei den Frauen. Der akute Myokardinfarkt ist bei den männlichen Versicherten um das 2,4-fache gegenüber dem weiblichen Geschlecht erhöht. Die Herzinsuffizienz ist bei Männern 1,3 mal so häufig gegenüber Frauen, während die geschlechtsspezifischen Unterschiede bei der Hypertonie nicht allzu stark ausgeprägt sind. Hier ist das relative Risiko bei den Männern um 15 Prozent erhöht. Die Auswertungen zum Prostatakarzinom bestätigen die bekannten altersspezifischen Prävalenz- und Inzidenzraten, wobei die hohe Prävalenz (gegenüber der Inzidenz) für den günstigen Erkrankungsverlauf spricht. Bei den übrigen Neubildungen zeigt der Geschlechtervergleich ein hohes relatives Risiko für das Lungen und Bronchialkarzinom beim Mann mit 144 Prozent und für das Kolorektale Karzinom mit 115 Prozent gegenüber den Frauen.

Betrachtet man die affektiven Störungen, die von manischen Episoden bis zur Depression reichen, so sind hier die Störungen bei Frauen und Männern prozentual gleich verteilt; die durchschnittliche altersstandardisierte Inzidenzrate der weiblichen Versicherten ist um das 1,6-fache höher. Das relative Risiko, an einer affektiven Störung zu erkranken, ist für die Männer der DKV nur halb so groß wie für die Frauen. Es stellt sich die Frage, ob diese Störungen beim Mann ausreichend diagnostiziert werden. Bei den alkoholbedingten psychischen und Verhaltensstörungen ist das relative Risiko bei den männlichen Versicherten um 55 Prozent höher als bei den weiblichen. Koxarthrose und Gonarthrose haben für den Mann ein geringeres relatives Risiko von 0,75 bzw. 0,77 gegenüber den Frauen.

Die Daten der DKV bestätigen publizierte Befunde und leiten zu der Frage über, welche konkreten Ansätze zur Prävention sich daraus ableiten lassen. Die sich abzeichnende Multimobilität (Adipositas, Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen) stellen besondere Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung Betroffener.

Prof. Dr. P. H. Birgit Babitsch

E-Mail birgit.babitsch@charite.de | Internet www.bsph.charite.de
Birgit Babitsch, geb. 1967, leitet den Bereich
Versorgungsforschung an der Berlin School of
Public Health der Charité – Universitätsmedizin Berlin.
Forschungsschwerpunkte: Versorgungsforschung und Gender

Online-Angebote zum Thema Männergesundheit

Das Internet ist mittlerweile für viele Menschen zu einer der wichtigsten Informationsquellen geworden. Laut der aktuellen Onlinestudie der Fernsehanstalten ARD und ZDF aus dem Jahr 2010 sind bereits 69,4 Prozent der Deutschen regelmäßige Nutzer des Internet. Fast zwei Drittel dieser Nutzer suchen im Internet nach Gesundheitsinformationen. Noch beschränkt sich diese Informationssuche häufig auf Informationen über Krankheiten und Behandlungsmethoden, doch es ist zu erwarten, dass dem Thema Prävention in Zukunft eine größere Bedeutung zukommen wird. Für die Gesundheit von Männern stellt das Internet im Bereich der Gesundheitsförderung eine besondere Chance dar. Aufgrund seiner niedrigen Hemmschwelle bietet es Männern die Möglichkeit, sich zwanglos und anonym über verschiedene Gesundheitsthemen zu informieren, allen voran das sensible Thema der sexuellen und psychischen Gesundheit.

Dabei kommt es vor allem auf die Art und Weise der Auseinandersetzung mit Männergesundheitsthemen an. In der Vergangenheit wurde häufig Kritik daran geübt, dass im Internet selten Evidenz-basierte und qualitativ hochwertige Informationen zu finden seien. Stattdessen findet die Auseinandersetzung mit Gesundheitsthemen häufig vor einem kommerziellen Hintergrund statt. Um einer weiteren Entwicklung in die kommerzielle Richtung entgegenzuwirken, ist vor allem die Kooperation und Mitwirkung diverser Fachrichtungen wichtig und notwendig, um neutrale und unabhängige Informationen weitergeben zu können.

Ob und wie Träger verschiedener Internetangebote zur Männergesundheit dieser Herausforderung gerecht werden, war Gegenstand einer Untersuchung aus dem Jahr 2010. Seit 2000 hat sich die Zahl der Suchergebnisse für das Stichwort „Männergesundheit“ stetig vervielfacht. Eine Google-Recherche im Mai 2010 lieferte zu diesem Stichwort bereits 142.000 Treffer. Mithilfe eines Auswahlverfahrens für Online-Inhalte wurden für die Untersuchung 51 Anbieter aus den Suchergebnissen von drei bekannten Suchmaschinen herausgefiltert. Analysiert wurden kommerzielle Aspekte, Themenauswahl und -Darstellung sowie Aspekt der Qualitätssicherung.

31 Prozent der 51 untersuchten Internetangebote werden durch nicht-kommerzielle Anbieter betrieben. Damit stellen die nicht-kommerziellen Website-Betreiber zunächst die größte Gruppe. Die nächstgrößeren Anbieter-Gruppen stellen Dienstleister oder Anbieter aus dem Verlagswesen mit jeweils 25,5 Prozent. Nur fünf der untersuchten Internetangebote sind auf Pharmaunternehmen zurückzuführen. Wenig Beachtung findet das Thema Männergesundheit bei Kostenträgern (2 Prozent), Privatpersonen (3,9 Prozent) und anderen kommerziellen Anbietern (2 Prozent). Wissenschaftliche Einrichtungen befinden sich nicht unter den untersuchten Anbietern. 43,1 Prozent der Anbieter konzentrieren sich auf ihrem Internetauftritt auf das Thema Männergesundheit, bei den übrigen Anbietern spielt es eine untergeordnete Rolle.

Maren Salberg

E-Mail ma.salberg@gmail.com

Maren Salberg, geb. 1988, studiert Gesundheits- und Medienwissenschaften an der Universität Bielefeld.

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsbildung über neue Medien



Prof. Dr. med. Doris Bardehle

E-Mail bardehle@stiftung-maennergesundheit.de

Internet www.stiftung-maennergesundheit.de

Doris Bardehle, geb. 1941, ist Wissenschaftlicher

Vorstand der Stiftung Männergesundheit in Berlin.

Forschungsschwerpunkte: Gender, Medizinische Statistik



In einigen Fällen erschlossen sich kommerzielle Aspekte der Internetauftritte bereits durch den verantwortlichen Träger. Aber auch die Analyse der Werbeanzeigen, Angaben zu Sponsoring und Produktangeboten gaben weiteren Aufschluss zu dieser Thematik. 51 Prozent der Anbieter werden gesponsert, 31,4 Prozent der Anbieter finanzieren die Website zusätzlich über Werbeanzeigen. Diese Zahlen lassen bereits vermuten, dass eine Unabhängigkeit der Informationen bei einigen Anbietern nicht immer gewährleistet werden kann.

Auffällig bei der Themenauswahl der einzelnen Anbieter ist zunächst die pathogene Betrachtungsweise von Männergesundheit. Neben Informationen über verschiedene Männerkrankheiten setzen die meisten Anbieter zusätzlich auf die Themen Attraktivität, Fitness und Sexualität, die Ansatz für eine kommerzielle Auseinandersetzung bieten. Sozialmedizinisch oder gesundheitswissenschaftlich relevante Aspekte werden hingegen von vielen Anbietern außen vor gelassen. Das Thema Übergewicht, welches oftmals mit vielen der heutigen Zivilisationskrankheiten in Verbindung gebracht wird, findet z.B. nur bei 15,7 Prozent Anbietern Erwähnung während das Thema sexuelle Funktionsstörungen von fast 30 Prozent der Anbieter behandelt wird.

Qualitative Aspekte, die über die Optik des Internetauftritts hinausgehen, werden nur von wenigen Anbietern berücksichtigt. Quellenangaben und Aktualisierungsangaben fehlen bei fast der Hälfte der untersuchten Anbieter. Ein anerkanntes Qualitätszertifikat für Gesundheitsinformationen im Internet ist nur an sechs Anbieter verliehen worden.

Bestehende Vernetzungspotentiale, sowohl zwischen Anbietern als auch Nutzern, werden derzeit nicht ausgenutzt. Während nicht-kommerzielle Anbieter häufig im Netzwerk für Männergesundheit organisiert sind, werden die Vernetzungspotentiale zwischen nicht-kommerziellen und kommerziellen Anbieter im Bereich der Männergesundheit nicht ausgeschöpft. Die Beteiligung einzelner Nutzer kann vor allem über die Aktivität in sozialen Netzwerken im Internet erreicht werden. Dieser Aspekt wird nur von acht Anbietern aufgegriffen.

Die Darstellung von Männergesundheit im Internet scheint weiter ausbaufähig zu sein. Obwohl in dieser Untersuchung die nicht-kommerziellen Anbieter (darunter zehn Vereine) die größte Anbieter-Gruppe stellen, können sie sich bislang nicht ausreichend von den kommerziellen Anbietern abgrenzen. Eine eingehendere Beschäftigung mit Männergesundheitsthemen mit dem Fokus auf neutrale und unabhängige Informationen sowie der Ausbaubestehender Angebote wären von Seiten der nicht-kommerziellen Anbieter wünschenswert.

Insbesondere bei der Auswahl der Themen ist es wichtig, dass der Fokus vermehrt auf gesundheitsfördernde und präventive Aspekte gelenkt wird. Anstatt sich auf Krankheits- und Wellness-Themen zu konzentrieren, sollten Anbieter diese Themen nutzen, um die Aufmerksamkeit der Nutzer auf gesundheitsrelevante Themen zu lenken und diese in den Mittelpunkt zu stellen. Denn schließlich versteht man unter Gesundheit mittlerweile nicht mehr allein die bloße Abwesenheit von Krankheit, sondern das physische, psychische und soziale Wohlbefinden.

Wir wissen zu wenig über Männer und Männergesundheit

Der „Erste Deutsche Männergesundheitsbericht“ stellt die Gesundheitssituation von Männern in ihrer körperlichen, seelischen und sozialen Dimension dar. Dabei zeigen sich überraschende Ergebnisse, die im öffentlichen Bewusstsein so nicht präsent sind. Hierzu zählen beispielsweise Defizite bei der Erforschung mänderspezifischer medizinischer Problemlagen (z.B. Hypogonadismus), vor allem jedoch bei psychischen Erkrankungen. Die Meinung, dass ein Mann erst dann richtig krank ist, wenn er körperliche Symptome aufweist, ist immer noch verbreitet. Dieser Meinung unterliegen die Männer oftmals selbst, wenn sie psychische Probleme als Schwäche und Versagen sehen. Dies gilt aber auch für die Anforderungen, die aus dem sozialen und beruflichen Umfeld heraus an die Männer gestellt werden: Männer sollen vor allem stark sein und wenig Probleme machen.

Das führt dazu, dass verschiedene Themen von der Gesellschaft kaum wahrgenommen werden – zumindest nicht als mänderspezifisches Problem. Hierzu zählt die bei Männern deutlich höhere Zahl an Suiziden, das verstärkte Vorkommen von Depressionen und auch die Belastungen, die Arbeitslosigkeit und prekäre Arbeitsverhältnisse auf den Gesundheitszustand von Männern ausüben. Themen wie „Männer als Opfer von Gewalt“ (durch andere Männer oder durch Frauen), „soziale Ursachen riskanten Verhaltens“, „soziale Auffälligkeit als Symptom psychischer Erkrankung“ oder auch „Medikalisierung auffälligen Verhaltens von Jungen“ sind zu wenig in der Öffentlichkeit präsent.

Der „Erste Deutsche Männergesundheitsbericht“ greift diese Themen auf und stellt sie in den Zusammenhang einer umfassenden Sicht auf Gesundheit. Damit wird deutlich, dass Männer eben nicht die „Gesundheitsidioten“ sind, als die sie auch medial immer wieder dargestellt werden, weil sie scheinbar selbst schuld an ihrer gesundheitlichen Situation und beispielsweise auch an ihrer gegenüber Frauen niedrigeren Lebenserwartung sind. Es ist vielmehr die gesellschaftliche Sicht auf Männer, die sich ändern muss, auch wenn daran selbstverständlich die Männer selbst mitarbeiten müssen.

Der „Erste Deutsche Männergesundheitsbericht“ möchte dazu beitragen, dass diese Diskussion verstärkt fortgesetzt wird und sich so neue Perspektiven für die Gesundheitssituation von Männern herausbilden. Das gilt auch für eine verstärkte Genderkompetenz der Medizin. Ziele sind aber auch eine bessere Erreichbarkeit der Männer für Vorsorge und die Entwicklung zielgruppenspezifischer Präventionsangebote, die besser als bisher an den Kompetenzen und Potenzialen von Männern anknüpfen.

Dr. phil. Matthias Stiehler

E-Mail matthias.stiehler@dieg.org | Internet www.dieg.org
Matthias Stiehler, geb. 1961, ist Vorsitzender des Dresdner Instituts für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e. V. sowie Leiter der Beratungsstelle für AIDS und sexuell übertragbare Krankheiten im Gesundheitsamt Dresden. Forschungsschwerpunkte: sozialwissenschaftliche Männergesundheitsforschung.



„Der Männergesundheitsbericht der Stiftung Männergesundheit und der Deutschen Gesellschaft für Mann und Gesundheit e. V. mit freundlicher Unterstützung der DKV Deutsche Krankenversicherung AG zeigt für die wichtigsten Themenfelder der Männergesundheit den Stand des gegenwärtigen Wissens auf. Dabei wird sowohl die körperliche und seelische Spezifik des Mannes dargestellt als auch seine gesellschaftliche Situation, die den Gesundheitsstatus wesentlich bestimmt, beleuchtet. Es wird deutlich, dass wir auf all diesen Gebieten noch zu wenig wissen.

