

16/156

Not am Mann?

Defizite und Chancen bei der Gesundheitsversorgung von Männern

Dokumentation des Fachgesprächs vom 23.05.2008 in Berlin

Uns geht's ums Ganze.
www.gruene-bundestag.de

BÜNDNIS 90
DIE GRÜNEN



Bundestagsfraktion

Impressum

Herausgeberin	Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Platz der Republik 1 11011 Berlin www.gruene-bundestag.de
Verantwortlich	Dr. Harald Terpe MdB Sprecher für Drogen- und Suchtpolitik, Obmann im Gesundheitsausschuss Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Platz der Republik 1 11011 Berlin E-Mail: harald.terpe@bundestag.de
Redaktion	Dr. Julia Wuttke, wiss. Mitarbeiterin
Bezug	Bündnis 90/Die Grünen Bundestagsfraktion Info-Dienst Platz der Republik 1 11011 Berlin Fax: 030 / 227 56566 E-Mail: versand@gruene-bundestag.de
Schutzgebühr	€ 1,--
Redaktionsschluss	September 2008

Inhalt

Not am Mann? Defizite und Chancen bei der Gesundheitsversorgung von Männern

Vorwort.....	3
Einführung	4
Ein Bild von einem Mann.....	7
Männergesundheit in Deutschland	13
Diskussion (Teil I):.....	17
An den Mann gebracht.....	24
Brauchen wir eine Männergesundheitsbewegung?.....	32
Diskussion (Teil II):.....	36
Fazit	40

Vorwort

In den letzten Jahren und Jahrzehnten wurde ein beträchtliches Wissen über die gesundheitliche Situation von Männern, über Risiko- und Schutzfaktoren und über Defizite bei der Erreichbarkeit und Versorgung gesammelt. Leider ist dieses Wissen nur einem kleinen Teil der Fachleute im Gesundheitswesen bekannt. Trotz des wachsenden Marktes an kommerziellen Gesundheits-, Lifestyle- und Kosmetikangeboten für Männer findet eine wirkliche Auseinandersetzung mit der gesundheitlichen Situation von Männern und den Auswirkungen mitunter rollenstereotyper Verhaltensweisen (fast) nicht statt.

Die gesundheitliche Situation und die Gesundheitsversorgung von Männern muss mehr in den Fokus der Öffentlichkeit rücken. Mit unserem Fachgespräch, das einen großen Zuspruch gefunden hat, und dieser Dokumentation möchte die Bundestagsfraktion von Bündnis 90 / Die Grünen einen Beitrag dazu leisten, das Thema Männergesundheit aus seinem Nischendasein zu holen. Dieser Reader umfasst die Vorträge und anschließenden Diskussionen dieses Fachgesprächs. Wir danken unseren Referenten ganz herzlich für ihre Teilnahme und die Überlassung ihrer Beiträge.

Dr. Harald Terpe MdB

Einführung

Volker Beck

Erster Parlamentarischer Geschäftsführer der Bundestagsfraktion Bündnis 90 / Die Grünen

Meine Damen und Herren, ich heiÙe Sie recht herzlich Willkommen zu unserem Fachgespräch „Not am Mann? Defizite und Chancen bei der Gesundheitsversorgung von Männern“. Das so ein Thema ausgerechnet bei den Grünen stattfindet, ist kein Zufall. Wir sind die Partei, die von Anfang an die Geschlechterfragen, die Gleichstellung von Mann und Frau, aber eben auch die verschiedenen Situationen von Männern und Frauen in unserer Gesellschaft über Jahrzehnte hin reflektiert hat, um die Verhältnisse zu verändern.

Das Thema Männergesundheit hat biologische, genetische und soziale Dimensionen und es ist ganz wichtig, sich jeweils klarzumachen, über welchen dieser Aspekte man reden will.

Im Gegensatz zur Frauengesundheit, die stark von der Frauengesundheitsbewegung profitierten konnte, ist Männergesundheit bislang weniger ein politisches Thema. Wir konstatieren eher eine stark kommerzielle Ausrichtung, mit der Betonung auf Fitness-, Lifestyle- und pharmazeutische Produkte - wir kennen das alle von unseren Spam-Filtern. Es gibt einen richtigen Lifestyle-Trend im Bereich der Männergesundheit, weil damit Geld zu machen ist. Dies ist der erste Bereich, wo die Gleichstellung offensichtlich sehr gut funktioniert. Männerkosmetik und Schönheitsoperationen bei Männern sind schwer im Kommen, zeigen aber auch wieder ein funktionales Verhältnis zum eigenen Körper. Häufig sind Korrekturen der Augenlider, Kinnimplantate, das klassische Lifting, Fettabsaugen im Bauchbereich und Brustverkleinerungen.

Daneben gibt es eine Bewegung, die die Arbeit der Frauenbewegung zu imitieren versucht und mit dem Ansatz von „Opferkonkurrenz“ auch um die gleichen Fördermittel kompetiert, um die sich die Frauengesundheitsbewegung bemüht. Es gibt aber auch immer mehr positive Ansätze, die die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die männliche Geschlechterrolle reflektieren und sich konstruktiv für mehr Geschlechtergerechtigkeit einsetzen.

In vielen Bereichen der Gesundheitsforschung galt der Mann lange Zeit als die Norm, und die Frauengesundheitsforschung hat den Blick auf frauenspezifische Aspekte gelenkt. Dabei wurde der Mann im Grunde als Neutrum erfasst, er war die Gattung Mensch schlechthin, aber die spezifischen Probleme von Männern wurden dabei nicht erörtert. Jetzt etabliert sich - insbesondere im angloamerikanischen Raum - langsam eine Männergesundheitsforschung.

Vor allem in der medizinischen Fachliteratur wird das Thema Männergesundheit bislang oft auf urologische Bereiche und auf Fragen der reproduktiven Medizin beschränkt, aber es wird wenig danach gefragt, wie die gesundheitlichen Bedingungen von Männern außerhalb dieses Bereiches sind. Wir wollen heute deshalb andere Fragen in das Zentrum der Debatte hier stellen und weitere Themen auffächern.

Woran liegt es, dass Männer immer noch früher sterben und von bestimmten Erkrankungen öfter betroffen sind als Frauen? Immer wieder gibt es Berichte, dass Männer schon genetisch mehr und mehr ins Hintertreffen geraten, weil sich das Y-Chromosom als recht instabil erwiesen hat und im Laufe der Evolution auf ein Drittel der ursprünglichen Größe verkümmerte. Es sterben auch mehr männliche Kinder während der Schwangerschaft und im Säuglingsalter als weibliche.

Männer sterben in Deutschland im Schnitt 5,6 Jahre früher als Frauen. Die Werte sind je nach Bundesland unterschiedlich: in NRW sind es beispielsweise 5,3 Jahre, in Mecklenburg-Vorpommern schon 7,1 Jahre.

Der Unterschied bei der Lebenserwartung zwischen den Geschlechtern ist aber nicht nur genetisch, sondern maßgeblich auch durch die Lebensumstände bedingt. Das kann man im internationalen Vergleich sehen. So stieg in der ehemaligen Sowjetunion nach dem Zusammenbruch des Kommunismus der Unterschied bei der Lebenserwartung zwischen Männer und Frauen auf 14 Jahre an, während er beispielsweise im israelischen Kibbuz fast nicht mehr vorhanden ist. Ein Hinweis, dass vielleicht auch Männer von der Auflösung der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilungen in Beruf und Familie profitieren können. Wie wir arbeiten, wie wir leben und welche Anforderungen wir an uns stellen beeinflusst auch die emotionale Gesundheit, die dann wiederum auch auf den Körper wirkt.

Weitere Risikofaktoren für die männliche Gesundheit sind selbstschädigende Verhaltensweisen wie übermäßiger Sport oder – auf der anderen Seite - Bewegungsmangel, Alkohol- und Drogenmissbrauch, risikoreiches Verhalten im Straßenverkehr, aber auch (berufs- oder sozial bedingte) ungesunde Ernährung und mangelnde Gesundheitsvorsorge. Wenig bekannt ist übrigens auch über den Einfluss der sexuellen Identität von Männern und Frauen auf deren Gesundheit - auch ein interessantes Thema. Man weiß eigentlich immer nur, dass Schwule ein höheres HIV-Infektionsrisiko haben, Lesben praktisch keins, aber das ist auch schon so ziemlich alles, was in diesem Bereich systematisch untersucht wurde.

Männer in intakten Partnerschaften werden im Schnitt 5 bis 7 Jahre älter als Männer, die allein leben, unabhängig davon von welchen Krankheiten sie betroffen sind. Der Verlust des Partners oder der Partnerin ist für Männer ein Gesundheitsrisiko, soziale Netzwerke tragen im Gegenzug zu einer schnelleren Genesung bei. So gibt es Untersuchungen, dass sich die Aufenthaltsdauer von Männern im Krankenhaus nach einer Bypassoperation verkürzt, wenn sie über ein höheres Ausmaß an sozialer Unterstützung verfügen. Eine Tatsache, die Männern oft gar nicht so bewusst ist.

Aber man sollte dabei berücksichtigen: Männer sind stressempfindlich. Eine Untersuchung hat ergeben, dass Männer, die mit ihren Frauen einkaufen gehen müssen, ein ähnlich hohes Stress-Level aufweisen wie Kampfpiloten im Einsatz. So etwas ist natürlich auf Dauer nicht gesund.

Rund 80 Prozent der Männer stufen ihren Gesundheitszustand als gut bis ausgezeichnet ein. Dabei ist der überwiegenden Mehrheit der befragten Männer die geistige Leistungsfähigkeit bedeutend wichtiger als die körperliche.

Der Umgang von Männern mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit wird in der Fachliteratur allerdings vielfach mit den drei *Ks* umschrieben: nicht *Kinder* – *Küche* - *Kirche*, sondern *Karriere* – *Konkurrenz* - *Kollaps*. Entsprechend der traditionellen Männerrolle betrachten viele den eigenen Körper als eine Leistungsmaschine, die funktionieren soll und die es zu kontrollieren oder zu reparieren gilt. Die Sorge um das

Wohlergehen und die entsprechende Pflege des eigenen Körpers sind in der Regel weiblich konnotiert und werden daher als unmännlich abgelehnt.

Rund ein Drittel der Männer kennt sein Gewicht nicht. Positiv ist dabei, dass weniger Männer als Frauen von Essstörungen betroffen sind, negativ hingegen, dass viele Männer sich als normalgewichtig einstufen, obwohl sie tatsächlich übergewichtig sind.

Eine Allensbach-Studie von 2001 hat zudem ergeben, dass 34 Prozent der Männer ungern zum Arzt gehen. Als Gründe nennen drei Viertel von ihnen, dass sie im Wartezimmer so lange warten müssen, nur 22 Prozent von ihnen geben an (oder geben zu), dass sie Angst vor schlechten Nachrichten haben und nur 20 Prozent fürchten eine möglicherweise schmerzhaft Untersuchung.

Die Erreichbarkeit von Männern für Gesundheitsthemen und -angebote ist nach Erkenntnissen von Fachleuten dort besonders hoch oder überhaupt nur gegeben, wo Männer nicht weglaufen können - und das ist eigentlich nur an drei Orten der Fall: im Gefängnis, im Krankenhaus oder am Arbeitsplatz. Am wenigsten erreicht man Männer im persönlichen Wohn- und Lebensumfeld. Muss man Männer also zwingen, sich mit ihrer Gesundheit zu beschäftigen?

Fraglich ist auch, ob der männertypische Umgang mit Gesundheit immer als Defizit beschrieben werden muss. Ist es wirklich negativ zu bewerten, wenn Männer nicht so häufig zum Arzt gehen? Wäre es nicht ausreichend, sie würden die Vorsorgeuntersuchungen regelmäßig machen und ansonsten tatsächlich auch nur zum Arzt gehen, wenn sie ein Bedürfnis danach haben? Ist es wirklich negativ, dass sie dazu neigen, Krankheiten nicht zu psychologisieren und eher ein funktionales Körperverständnis zu haben? Wo sind die Stärken und Schwächen der Verhaltensweisen und Einstellungen von Männern und Frauen?

Einige der aufgeworfenen Fragen werden wir heute mit ausgewiesenen Experten diskutieren. Ich freue mich darauf und ich hoffe, wir können damit einen Beitrag leisten, bei der Gesundheit von Männern und Frauen den Menschen auch als Individuum zu betrachten. Es ist ein ganz wichtiger Aspekt der medizinischen Versorgung, dass man den Einzelnen sieht und nicht nur statistische Größen, und dafür müssen wir eben auch die konkreten sozialen Lebensumstände von Männern und Frauen reflektieren.

Zum Schluss will ich Ihnen einen Ratschlag aus dem Gesundheitsreport 2008 der DAK mit auf den Weg geben. Dort wird gesagt: *„Zum Erhalt und Förderung ihrer Gesundheit sollten Männer ihre Dialogfähigkeit entwickeln, frühzeitig zum Arzt gehen und Männerfreundschaften pflegen.“*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Ein Bild von einem Mann

Männliche Selbstbilder und Gesundheit

Prof. Dr. Toni Faltermaier

Das Geschlecht ist zwar eine körperliche, aber - wie wir aus der Geschlechterforschung wissen - auch ganz elementar eine soziale Kategorie, also eine soziale Konstruktion. Diese Erkenntnis verdanken wir vor allem langen Jahren der Frauenforschung. Es gibt immer die Tendenz zu einer dichotomen Geschlechterlogik, d.h. Männer und Frauen als jeweils homogene Gruppe zu betrachten und die Unterschiede zwischen beiden herauszuarbeiten. Natürlich sind Männer aber eine sehr heterogene Gruppe, und wir müssten eigentlich sehr viel mehr differenzieren. Wir können dies aufgrund der aktuellen Forschungslage aber nur ganz bedingt. Ich denke, dass die Gesundheitspolitik und die Gesundheitsforschung Männer stärker berücksichtigen müssen. Wir müssen in der Prävention und Gesundheitsförderung einen Ansatz finden, nicht nur geschlechtersensibel vorzugehen, sondern auch einen Zugang zu schwer erreichbaren Männern zu finden.

Geschlechterrollen haben auch etwas mit dem psychischen Erleben und Verhalten von Männern zu tun. Ich verstehe Gesundheit und Krankheit in einem bio-psycho-sozialen Modell, d.h. eine Verbindung von biologischen, psychischen oder sozialen Einflüssen. Das Phänomen Gesundheit ist also mindestens in diesen drei Dimensionen zu betrachten.

Gesundheit und Krankheit sind in ihrer Entstehung und ihrem Verlauf sehr stark mit der sozialen Lage, mit der Lebenssituation und dem Lebensstilen von Menschen verbunden. Die soziale Kategorie des Geschlechts stellt in den Gesundheitswissenschaften ein wesentliches Differenzierungskriterium dar. Bei bestimmten Krankheiten können wir - ebenso wie Geschlechtsunterschiede - sehr häufig auch Schicht- oder Altersunterschiede feststellen.

Die Geschlechtsrolle bringt über eine männliche oder weibliche Sozialisation und über unterschiedliche Lebenssituationen und -verläufe verschiedene gesundheitliche Risiken und Ressourcen mit sich. Die Geschlechtsrolle bestimmt auch die Bedingungen, mit denen Männer zu möglichen Veränderungen ihres Gesundheits- oder Risikoverhaltens oder ihrer Lebenssituation zu bewegen sind.

Bei der Sterblichkeit von Männern und Frauen gibt es eine große Differenz in allen europäischen Ländern, zumindest den Industrienationen. Die Sterberate von Männern ist über die gesamte Lebensspanne hin erhöht, insbesondere im Alter von ca. 20 Jahren (bedingt durch Unfälle) und in den Altersbereichen von ca. 40 und 60 Jahren (bedingt durch sog. Zivilisationskrankheiten). Veränderungen bei der Lebenserwartung kann man eigentlich durch das Beispiel des Zusammenbruchs des Kommunismus in Russland sehr gut erläutern, weil die Lebenserwartung von Männern seitdem deutlich unter der von Frauen blieb und sogar noch sank (1990: 64,0 Jahre; 1995: 57,6 Jahre). Bei den Frauen sank sie auch, aber weit weniger deutlich (1990: 74,4 Jahre; 1995: 71,2 Jahre). Aus meiner Sicht ist dies ein ganz deutlicher Hinweis darauf, wie stark die sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse Krankheit und Sterberaten mit bedingen.

Mit welchen Arten von Krankheiten sehen sich Männer und Frauen konfrontiert? Und wo liegen die epidemiologischen Unterschiede? Depressionen, Ängste und Phobien treten bislang bei Frauen häufiger auf, aber es gibt auch einige männer-spezifische psychische Krankheiten: Alkoholismus, Persönlichkeitsstörungen und Suizid. Bei körperlichen Erkrankungen erleiden Männer häufiger einen Herzinfarkt, sie haben auch öfter Lungen- oder Prostatakrebs. Erkrankungen wie Brustkrebs, rheumatoide Arthritis und Migräne treten häufiger bei Frauen auf.

Woran liegt es, dass diese Krankheiten so unterschiedlich verteilt sind? Was erklärt eine höhere Prävalenz bestimmter Krankheiten bei Männern? Die Entstehung von Krankheit ist mit bestimmten psychosozialen Faktoren eng verbunden, was durch die internationale Gesundheitsforschung gut belegt ist. So haben soziale Stressoren wie Arbeitsbelastungen oder Lebensereignisse in der Genese vieler Erkrankungen (wie z.B. Herzinfarkt oder Depression) einen hohen Stellenwert. Gleichfalls erhöhen bestimmte Verhaltensweisen (Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, riskantes Fahrverhalten) in hohem Maße für Krankheiten und Unfälle. Auch individuelle Persönlichkeitsdispositionen, wie beispielsweise Typ-A-Verhaltensmuster (Tendenz zu Ärger, Aggressivität und Feindseligkeit) können das Krankheitsrisiko deutlich erhöhen. Diese psychosozialen Risikofaktoren wirken zusammen und potenzieren so die gesundheitliche Gefährdung. Es gibt aber auch protektive Faktoren wie soziale Unterstützung, soziale Netzwerke oder ein emotions- oder problemorientiertes Copingverhalten.

Diese Erkenntnisse beruhen auf relativ breiten wissenschaftlichen Belegen und Längsschnittstudien. Von daher wissen wir über die psychosozialen Risiken, die bestimmte Krankheiten - Herzinfarkt, bestimmte Krebserkrankungen, Infektionskrankheiten - und auch Unfälle bedingen, relativ gut Bescheid.

Trotzdem darf man sich nicht nur mit einem krankheits-ätiologischen Aspekt auseinanderzusetzen. Die Salutogenese ist in den Gesundheitswissenschaften heute sehr verbreitet, weil dort auch die Frage gestellt wird: Was erhält einen Menschen gesund?

Auch hier gibt es ein paar Faktoren, die eine Rolle spielen, insbesondere die Ressourcen eines Menschen. Wir wissen, dass bestimmte Kräfte - soziale, materielle, psychische und soziokulturelle - etwas mit der Gesunderhaltung zu tun haben. Und das ist, glaube ich, auch ganz wichtig für die Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung, weil Menschen darüber viel leichter zu motivieren sind. Positive Ziele zu formulieren ist besser als zu sagen: Vermeide doch ein bestimmtes Risikoverhalten, weil Du möglicherweise in 30 Jahren eine schwere Krankheit bekommst. Das ist eine schwierige Motivation. Insbesondere Jugendliche sind auf der Ebene des Risikos sehr, sehr schwer ansprechbar. Deshalb ist ein salutogenetischer Ansatz sehr wichtig.

Männer zeigen generell eine erhöhte Risikobereitschaft, insbesondere in der Adoleszenz. Dies äußert sich in Mutproben, in Risikosportarten, sexuellem Risikoverhalten, riskantem Verhalten im Straßenverkehr (eine Ursache für Unfälle), Gewalthandlungen, Rauchen (hier holen aber die Frauen in den jüngeren Generationen auf), sehr deutlich auch beim Alkohol und illegalen Drogen - nur bei Medikamenten sind mehr Frauen betroffen.

Auch das sog. Typ-A-Verhaltensmuster, das sich durch Ärger, Aggressivität, Konkurrenzkampf und eine stark hektische Lebensweise äußert und schon seit einigen

Jahrzehnten als ein Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gilt, findet man bei Männern häufiger.

Stressoren bei Männern sind vorrangig Belastungen in der Arbeitswelt und Belastungen, die sich aus Leistungsanforderungen ergeben. Teilweise sind diese angelegt in beruflichen Strukturen, aber auch in der Geschlechtsrolle selbst. Die Belastungen aus den männlichen Lebenssituationen, aus der Übernahme von Verantwortung für eine Familie, Konkurrenzdruck, Leistungsstreben und Statusdruck gehören ebenfalls hierzu. Belastung und Stress sind nicht nur etwas, das von außen kommt. Sie stehen auch im Wechselverhältnis zu dem, wie Menschen ihre Belastungen definieren. Moderne Belastungskonzepte gehen von einer Interaktion zwischen Umwelt und Person aus. Insofern spielt es eine große Rolle, welche Anforderungen sich Menschen selbst stellen und wie sie diese Anforderungen dann selbst erleben und damit umgehen (das sog. Coping).

Frauen zeigen insgesamt ein deutlich größeres Interesse an Gesundheit und Gesundheitsvorsorge als Männer. Das, was man heute als das neu entstandene Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung versteht, wird im Wesentlichen getragen von Frauen. Das zeigt sich im Bereich der Familie, aber auch im Bereich der Gesundheitsberufe und der Gesundheitsbildung. Wer studiert gesundheitsbezogene Studiengänge? Wer geht zu Vorsorgeuntersuchungen oder zu Präventionskursen, die von den Krankenkassen oder den Volkshochschulen angeboten werden? Überall finden wir einen Überhang von Frauen, meist aus der Mittelschicht.

Männer zeigen bei Interviews durchaus ein Wissen über Gesundheit. Ihre Überzeugungen sind denen von Frauen auch nicht unähnlich. Der Unterschied entsteht möglicherweise erst dadurch, dass Männer bestimmte Überzeugungen nicht umsetzen - aufgrund von äußeren Hemmnissen oder weil sie der eigenen Gesundheit im Leben keine so hohe Priorität geben wie Frauen.

Bei dem klassischen Thema der gesunden Ernährung dominieren Frauen. Bewegung und Sport sind eher männliche Bereiche, allerdings mit zwei Einschränkungen: sie verbinden Bewegungsaktivitäten häufig mit zu großem Ehrgeiz und Leistungsstreben oder verzichten auf der anderen Seite vollkommen auf Bewegung. Männer neigen hier also zu Extremen.

Frauen sind die Akteure, die gesundheitliche Einstellungen in der Familie weiter vermitteln und damit die Zuweisung in das professionelle System mit beeinflussen. Frauen sagen in der Regel ihren Kindern und auch ihren Männern, wann sie zum Arzt gehen sollten. Daraus ergibt sich auch, dass Männer, wenn sie in einer stabilen sozialen Partnerschaft leben, ein besseres Gesundheitsverhalten zeigen. Ehe und Partnerschaften sind also etwas, was für Männer gesundheitlich eher protektiv wirkt - anders als für Frauen. Männer zeigen in Partnerschaften ein stärkeres und besseres Gesundheitsverhalten. Wenn sie getrennt sind, bricht dieses Gesundheitsverhalten oft zusammen oder ist zumindest weniger stark ausgeprägt.

Allein lebende, verwitwete oder geschiedene Männer haben insgesamt auch weniger soziale Unterstützung. Soziale Netzwerke von Männern sind in der Regel eingeschränkter als die von Frauen. Männer konzentrieren sich häufig auf die Partnerschaft und weniger auf das soziale Freundesnetz darüber hinaus. Männer haben im Vergleich zu Frauen auch mehr Probleme, soziale Unterstützung und Hilfe zu suchen. Eine wichtige Ressource wird damit von ihnen nicht in Anspruch genommen. Insgesamt geben Männer selbst auch weniger soziale Unterstützung an andere wei-

ter, haben aber starke Erwartungen, dass sie selbst unterstützt werden. Männer definieren also soziale Unterstützung oft nicht als reziproken Austausch.

Haben Männer auch gesundheitliche Ressourcen? Ja, aber mit Einschränkungen. Ehe und Familie haben wir schon genannt. Soziale und personale Ressourcen im Beruf könne die Lebenszufriedenheit stärken, wobei der Beruf gleichzeitig auch ein Risikofaktor sein kann, beispielsweise bei Überforderung. Kognitive Aspekte wie Kontroll- und Selbstwirksamkeitsüberzeugung gelten als protektiv; wenn Männer also der Überzeugung sind, dass sie etwas bewegen und bewirken können. Optimismus als Lebenseinstellung, ein hohes Selbstwertgefühl, eine relativ stabile Ich-Identität, und ein höheres Kohärenzgefühl sind bei Männern öfter vorhanden und können ein protektiver Faktor für die Gesundheit sein.

Für viele Männer hat die Familie noch eine zentrale Bedeutung. Wenn Männer nach ihren gesundheitlichen Ressourcen befragt werden, geben viele die Familie an. Wie aber bereits gesagt, gibt es in Beziehungen allerdings ein gewisses Missverhältnis zwischen dem Geben und Nehmen, was auch mit manchen emotionalen Defiziten von Männern zu tun hat. Emotionen können aber natürlich auch positiv sein, auf Gefahren hinweisen - das ist ja sozusagen in uns angelegt. Gleichzeitig können Vertrauen und Zuneigung eine Basis für langfristige emotionale Unterstützung sein. Wenn Männer hier wenig investieren, werden sie natürlich auch weniger an Ressourcen aufbauen können.

Und was hat das alles mit der männlichen Rolle und dem männlichen Selbstbild, der männlichen Identität zu tun? Ich will vorab sagen, dass natürlich immer in die Gefahr besteht, dass man bei dieser Frage Klischees bedient, obwohl hier große Differenzierungen nötig sind. Dennoch gibt es einige zentrale Aspekte, die die männliche Rolle in Bezug setzen zu riskanteren Verhaltensweisen.

Meine These ist, dass die höhere Risikobereitschaft von Männern mit ihrem Selbstbild zu tun hat, das sehr von der Demonstration eigener Stärke dominiert ist. Diese Stärke drückt sich aus in sozialer, symbolischer Form, z.B. durch Rauchen oder Alkoholkonsum bei Jugendlichen oder Imponiergehabe. Aber auch körperliche Fitness ist ein Bereich, in dem sich Männer beweisen, wie fit oder körperlich stark sie sind. Das Bedürfnis, keine Schwächen zu zeigen hat ganz viel auch damit zu tun, dass Männer z.B. bestimmte Beschwerden gar nicht angeben oder Risiken in ihrem Leben zu optimistisch beurteilen. Die „Illusion der Unverwundbarkeit“ haben wir das in der Forschung genannt.

Arbeit, Leistungsfähigkeit und Status haben eine hohe Bedeutung. Der Beruf hat eine zentrale Stellung im Leben und wird wiederum als Zeichen von Stärke gesehen. Hoher Arbeitseinsatz und hohe Motivation kann allerdings auch zu hoher körperlicher und psychischer Belastung führen und dazu, die Risiken und Grenzen einer Überlastung nicht wahrzunehmen. Hohe Belastungen entstehen auch durch soziale Konkurrenz, d.h. starkes Leistungsstreben im sozialen Vergleich. Man definiert sich in Konkurrenz zu anderen, will immer ganz oben sein. Gleichzeitig werden dabei aber soziale Unterstützungsressourcen gefährdet, weil man eben weniger Unterstützung bekommt, wenn man seine Kollegen nur als Konkurrenten erlebt.

Eine hohe Gefährdung von Männern besteht dann, wenn wichtige männliche Projekte – insbesondere im Beruf - scheitern, sei es durch Arbeitslosigkeit, Ausbleiben des Aufstiegs, Scheitern einer beruflichen Selbstständigkeit, Krankheit oder das Ende einer privaten Beziehung oder durch Defizite bei der körperlichen Selbstdarstellung. Dann sind Männer stärker gefährdet als Frauen und neigen zu einem Be-

wältigungsverhalten, das oft radikale und aggressive Verhaltensmuster mit sich bringt. Dann werden auch die zugrunde liegenden Probleme und Motive gar nicht mehr thematisiert, sondern eher schnelle – mitunter aggressive - Lösungen gesucht, beispielsweise durch Anwendung von Gewalt oder selbstschädigendes Verhalten.

Auch in dem Bedürfnis nach körperlicher Stärke und sexueller Potenz zeigt sich noch mal das klassische Rollenbild, ebenso darin, männliche Attraktivität – also Muskeln – zu zeigen und seine Jugendlichkeit zu erhalten. Über seine Gesundheit nachzudenken bedeutet aber auch manchmal, einen gewissen Abbau von Leistungsfähigkeit wahrzunehmen und seine Schwächen akzeptieren zu lernen.

Robert Brannon hat die zentralen Punkte der männliche Rolle auf vier Aspekte gebracht: 1. Männer haben das Bedürfnis, anders zu sein als Frauen („no sissy stuff“). 2. Männer möchten anderen überlegen sein („the big wheel“). 3. Männer haben das Bedürfnis, mächtiger als andere zu sein – wenn nötig auch mit Gewalt („give 'em hell“). 4. Männer wollen unabhängig sein („the sturdy oak“). Ich denke, bis zum gewissen Grade ist diese Publikation, die aus den 70-er Jahren stammt, auch heute für einen größeren Teil der Männer immer noch - mit gewissen Variationen - aufrecht zu erhalten und hat mit bestimmten gesundheitlichen Risiken zu tun.

Zum Schluss aber noch ein paar Differenzierungen: Männer neigen mit zunehmendem Alter dazu, manche Risiken zu erkennen und diesen auch ein Stück gegenzusteuern. Die jüngere Generation von Männern ist möglicherweise sowieso schon auf einem etwas anderen Weg, zeigt nicht mehr so ein ausgesprochen traditionelles männliches Rollenverhalten und geht daher mit Risiken möglicherweise schon etwas anders um. Es gibt natürlich große sozial bedingte Unterschiede, je nach Status, Berufserfahrungen, beruflicher Sozialisation und kultureller Herkunft der Männer.

Was hat das für Konsequenzen für die Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern? Männer sind oft in Bezug auf ihr Gesundheitsbewusstsein, d.h. in dem, worüber sie sich schon Gedanken gemacht haben, weiter als in dem, was sie umsetzen. Bestimmte Lebensereignisse, z.B. neue Partnerschaften, die Geburt von Kindern, berufliche einschneidende Ereignisse, aber auch Krankheiten können Männer sensibler für Gesundheitsfragen machen und damit auch tendenziell erreichbar. Oft findet dann ein Umdenken statt, welche neue Prioritäten im Leben zu setzen sind und welche Rolle die Gesundheit dabei spielen sollte.

An diesem Punkt müssen wir bessere Rahmenbedingungen für Männer schaffen, mögliche persönliche Projekte für ihre Gesundheit auch umzusetzen. Nach wie vor gibt es hier strukturelle Barrieren, die in der männlichen Rolle und Lebenswelt angelegt sind. Insofern denke ich auch, dass diese Entwicklung nicht ganz einfach und schnell verläuft, sondern dass ein Prozess erforderlich ist, in dem männliche Sozialisation in einem breiteren Spektrum von Rollenhandeln erlebt werden kann. Männer nehmen aus meiner Sicht ihre Geschlechtsrolle immer noch relativ eng wahr. Durch die Frauenbewegung sich die Rollen von Frauen hingegen sehr stark verändert haben. Frauen haben heute ein viel breiteres Spektrum an Möglichkeiten - und diese Möglichkeit, ein breiteres Spektrum für seine Geschlechtsrolle zu haben, würde nach meiner Ansicht langfristig auch für die Gesundheit von Männern positive Aspekte mit sich bringen.

Prof. Dr. Toni Faltermaier ist Diplom-Psychologe und Geschäftsführender Direktor des Instituts für Psychologie der Universität Flensburg sowie Leiter der Abteilung für Gesundheitspsychologie und Gesundheitsbildung. Er arbeitet und forscht schwerpunktmäßig im Bereich Gesundheitspsychologie, insb. zum Umgang mit Gesundheit im Alltag, und zu Ansätzen der Gesundheitsförderung und Prävention. In diesem Rahmen war er bereits an den Universitäten München, Augsburg, Zürich, Freiburg (CH), Innsbruck und am Max-Planck-Institut für Psychiatrie München im Rahmen von Lehr- und Forschungsaufträgen tätig.

Männergesundheit in Deutschland

Die gesundheitliche Situation von Männern in der Bundesrepublik

Deutschland und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Haydar Karatepe

Ich danke zunächst einmal für die freundliche Einladung und freue mich über das Interesse an dem Thema Männergesundheit. Im ersten Teil meines Vortrages werde ich die organmedizinischen Grundlagen darlegen, in einem zweiten Teil geht es insbesondere um die medizinische Führung des Mannes im Sinne der Änderung seiner Lebensgewohnheiten in Richtung auf eine gesünderen Lebensweise.

In Deutschland gibt es trotz vieler Bemühungen noch keinen Facharzt für Männerheilkunde und auch keine entsprechende Weiterbildungsmöglichkeit durch die Landesärztekammern. Ob wirklich ein Facharzt für Männerheilkunde etabliert werden muss, ist auch diskussionswürdig. Denn die Aufgaben dieses Facharztes sollten meiner Meinung nach von den Ärzten übernommen werden, die im aktuellen Gesundheitssystem die ersten Ansprechpartner für den Mann sind. Das ist im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung in der Regel der Hausarzt.

Eine Einengung des Männerarztes auf den urologischen Bereich halte ich medizinisch nicht für sinnvoll. Ebenso halte ich die Reduktion des Mannes auf seine Reproduktionsfähigkeit - wie in der Andrologie - nicht für sinnvoll. Die urologischen und auch die andrologischen Gesundheitsprobleme sind nämlich epidemiologisch nicht die Vorrangigen und auch nicht die Kostenträchtigen. Die Krankheiten, die zahlenmäßig an der Spitze stehen und mit Kosten für das Gesundheitssystem verbunden sind, sind diejenigen, die sich aus den medizinischen Gegebenheiten und aus der Sozialisation als Mann ergeben.

Bei den Weiterbildungsmöglichkeiten außerhalb der Landesärztekammern und der Berufsverbände zeichnet sich glücklicherweise ab, dass sich ein in Männerheilkunde weitergebildeter Hausarzt irgendwann etablieren könnte. Dieser sollte die organmedizinischen Gegebenheiten aus den Disziplinen Innere Medizin, Chirurgie, Urologie, Endokrinologie, Ernährungsmedizin, Sportmedizin, Psychosomatik und Sozialmedizin und damit auch die psychischen und sozialen Lebensumstände des Mannes, aus denen Erkrankung resultieren können und die u.a. mit seiner Männerrolle zusammenhängen, berücksichtigen.

Weshalb ist eine Männerheilkunde überhaupt notwendig? Männer leiden insgesamt vermehrt an Erkrankungen, die ein erhöhtes Sterberisiko mit sich bringen. Frauen haben zurzeit im Vergleich zu Männern eine um acht Jahre höhere Lebenserwartung. Bei Männern treten neben den bekannten urologischen Krankheiten folgende Erkrankungen häufiger auf: Herzkrankheiten, bestimmte Krebsarten wie z.B. Lungen- und Magenkrebs, Leberzirrhose, aber auch HIV-Infektionen und Geschlechtskrankheiten. Es gibt auch Erkenntnisse, die erklären können, warum Herzkrankheiten, Lungen- und Magenkrebs oder Leberzirrhose bei Männern häufiger auftreten als bei Frauen. Das bedeutet aber auch dass nicht nur die behandelnden Ärzte, sondern auch die Gesellschaft ein besonderes Augenmerk auf diese Krankheiten bei Männern richten.

In psychischen Belastungssituationen gibt es mehr sog. „erfolgreiche“ Suizide bei Männern. Auch wenn es in der medizinischen Literatur heißt, Männer würden weniger zu Depressionen neigen, ist diese These durchaus zu hinterfragen. Männer zeigen bei Depressionen allerdings andere Symptome als Frauen. Depressive Männer können auch sozial anerkannte Verhaltensmuster an den Tag legen, die primär nicht als Depression gesehen werden, wie beispielsweise hohe Risikobereitschaft, Reizbarkeit, niedrige Impulskontrolle, geringe Stresstoleranz oder einen höheren Gebrauch von Suchtmitteln – dies alles kann bei Männern auf Depressionen hindeuten. Bei Männern gibt es wesentlich mehr Suchterkrankungen, nicht nur hinsichtlich Alkohol und Nikotin, sondern auch hinsichtlich illegaler Drogen. Bei Alkohol spielt die Männerrolle eine wichtige Rolle.

Betrachtet man nun die soziologische Dimension, also die Männerrolle in diesem Zusammenhang näher, stellt man fest, dass auch diese eine erhöhte Erkrankungshäufigkeit mit sich bringt. Zum Beispiel sind durch Selbstüberschätzung verursachte, schwere Unfälle bei Männern viel häufiger. Gewaltbereitschaft und die damit einhergehende Verletzungshäufigkeit und auch die Bereitschaft, bei einer körperlichen Auseinandersetzung eine Straftat zu begehen, ist bei Männern viel höher.

Männer gehen trotz Beschwerden ungern zum Arzt. Als Grund werden in erster Linie die langen Wartezeiten genannt (75 Prozent), aber auch Angst, dass der Arzt etwas Schlechtes mitteilt (22 Prozent) und Angst vor Schmerzen bei Untersuchungen (20 Prozent).

Das bisher Gesagte zeigt also: Männer sterben früher, Männer erkranken an bestimmten Krankheiten häufiger, Männer suchen weniger oft Ärzte auf, und es gibt zu wenige in Männerheilkunde weitergebildete Ärzte.

Trotz dieser objektiven Befunde existiert unter Männern erstaunlicherweise eine geradezu gegensätzliche Einschätzung ihres physischen und psychischen Gesundheitszustandes. So hält sich die Mehrzahl der Männer für gesünder als Frauen. Männer schätzen sich also als weniger hilfsbedürftig ein, als sie tatsächlich sind.

Wie kommt es zu dieser Diskrepanz? Ein wichtiger Aspekt ist die Rolle des Mannes in unserem Gesundheitssystem. Ich möchte einige Grundmerkmale der männlichen Rolle im Medizinsystem aufzeigen:

- Durch die Überschneidung der Arbeitszeiten von Männern und Ärzten gilt ein Mann, der während der Arbeitszeit des Öfteren zum Arzt geht und damit am Arbeitsplatz nicht zur Verfügung steht, als unzuverlässig.
- Schon der Anspruch des Mannes an sich selbst und seine Arbeitsfähigkeit hält ihn davon ab, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen.
- In der Arztpraxis sind Untersuchungen, insbesondere Vorsorgeuntersuchungen wie Prostataabtastungen, in der Regel von beiden Seiten mit Scham besetzt. Untersuchungen in diesem Bereich wecken mitunter Ängste bei den Patienten, aber auch Unbehagen und Peinlichkeit bei Ärzten. Die Folge ist, dass im gegenseitigen nonverbalen Einvernehmen zwischen Untersucher und Patient diese Gespräche und Untersuchungen unterlassen werden.

Neben der Rolle des Mannes im Gesundheitssystem sind auch die gesellschaftlichen Forderungen an die Männerrolle von besonderer Bedeutung. Für die Erziehung zur Männlichkeit und der sozialisierten Männerrolle in unserer heutigen Gesellschaft sind einige Merkmale charakteristisch:

- Eine unsorgsame Gesundheitspflege ist leider für Männer immer noch die Regel. Sehr oft werden psychische und physische Warnsignale übergangen und verleugnet.
- Arztbesuche sind, wenn sie nicht wegen akuter Erkrankung unbedingt sein müssen, selten.
- Nicht zuletzt aus homophoben Ängsten heraus fehlt es an echten authentischen Männerfreundschaften. In Krisensituationen haben Männer dadurch in der Regel keinen Freund, an den sie sich Hilfe suchend wenden könnten.
- Männer werden in Grenzsituationen, in denen sie selbst keine Lösung finden, oft krank. Auch Panikreaktionen, Amoklaufen und Selbstmord sind nicht selten Reaktions- und Bewältigungsformen in solchen akuten Krisensituationen.

Ich denke, zur Führung einer gesunden Lebensweise sind bei Männern vorrangig drei Dinge in Betracht zu ziehen: Aufklärung, Motivation und vor allem Hilfestellung. Sie bilden die Grundlage für Maßnahmen, die Männer zu einem gesundheitsbewussten Verhalten bewegen können.

Neben der Information ist es nicht nur wichtig, dass Männer motiviert werden, sich für ihren Körper zu interessieren. Es ist auch von besonderer Bedeutung, dass ihnen Hilfestellung gegeben wird, diese Information auch für sich persönlich zu nutzen.

Voraussetzung für den Erfolg der Umsetzung dieser wünschenswerten Veränderung ist ein klares Einvernehmen mit dem Mann über die zu erreichenden Ziele.

Insbesondere ist es wichtig, dass Wege gefunden werden, die Umsetzung des gesundheitsbewussten Verhaltens in den männlichen Alltag zu integrieren. Je mehr die gesunden Verhaltensweisen sich in die Lebensbezüge der Männer einfügen, desto mehr Männer können mit Erfolg angesprochen werden. Gesundheitsbewusstes Verhalten ist kein temporärer Zustand, der nur gelegentlich zum Einsatz kommt, sondern eine tägliche Haltung, der selbstverständlich im alltäglichen Lebensablauf integriert sein sollte. Diese Einsicht in die Selbstverständlichkeit ist auch eine wichtige Voraussetzung für die erfolgreiche Lebensstil-Optimierung.

In den Bereichen Ernährung, Sport und stabile Beziehungen sind gesellschaftspolitische Programme zu fordern, die sich speziell an den Mann richten. Für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten ist die Aufklärung der Ärzte notwendig. Diese müssen ein besonderes Augenmerk auf die Gesundheitsrisiken des Mannes haben. Ich möchte auch Sie persönlich, wenn Sie in entsprechender verantwortlicher Position sind, an diese besondere Verantwortung gegenüber den Männern erinnern.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit. Bitte haben Sie Verständnis, dass ich aufgrund der Kürze der Zeit meinen Vortrag stark komprimiert habe. Aber selbstverständlich stehe ich Ihnen für weiter ins Detail gehende Fragen gerne zur Verfügung.

Haydar Karatepe ist Facharzt für Allgemeinmedizin. Er leitet eine Praxis in Frankfurt / Main, die u.a. spezialisiert ist auf Fragen der Sexualmedizin und der medizinischen Versorgung von Männern.

Diskussion (Teil I):

Stefan Beier

(Netzwerk für Männergesundheit):

Vielen Dank an Prof. Faltermaier für den differenzierten Vortrag. Ich bin auch der Meinung, dass wir davon wegkommen müssen, von den Männern zu sprechen, genauso wenig wie man von den Frauen sprechen kann. Dazu noch eine Frage: Sie hatten in einem Satz gesagt, dass Männer weniger soziale Unterstützung geben. Mich interessiert, wie soziale Unterstützung in einer solchen Untersuchung definiert wird und ob das Gespräch mit dem Kumpel in der Kneipe, das ja auch tiefste soziale Unterstützung sein kann, aber normalerweise als dumpfbackiger Stammtisch-Kneipengang gewertet wird, auch berücksichtigt wird?

Prof. Dr. Toni Faltermaier:

Soziale Unterstützung und Geschlechtsunterschiede ist eigentlich ein altes Thema in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften. Das Konstrukt der sozialen Unterstützung besagt im Grunde, dass Unterstützung in vier Dimensionen läuft: 1. emotionale Unterstützung, 2. informationelle Unterstützung, 3. Unterstützung durch Evaluation oder Feedback und 4. instrumentelle Aspekte der Unterstützung. Ich habe mich in meinem Vortrag bezogen auf Untersuchungen insbesondere in Partnerschaften und Freundschaftsbeziehungen. Dort wurde festgestellt, dass es in der Regel eine Ungleichsituation gibt. Möglicherweise wurden methodisch nicht alle Aspekte von Unterstützung wie beispielsweise diese Kneipengespräche miteinbezogen. Dennoch geht daraus relativ deutlich hervor, dass es einen Unterschied gibt, nämlich dass Frauen in der Regel mehr (insb. emotionale) Unterstützung geben. Es mag durchaus der Fall sein, dass Männer sich auf der instrumentellen Ebene stärker engagieren, aber ich glaube, dass der emotionale Aspekt insbesondere für die Stressbewältigung in Partnerschaften oder in der Arbeit eine ganz zentrale Bedeutung hat, d.h. Menschen zu haben, mit denen man über seine Probleme reden kann. Da ist das Verhältnis in der Regel doch ungleich.

Dr. med. Wolfgang Grebe

(Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit):

Herr Professor Faltermaier hat vollkommen zu recht gesagt, dass es manchmal besser sein kann, zu den Vorsorgeuntersuchungen gar nicht hinzugehen, weil sie aus medizinischen Gründen schlichtweg schlechter geworden sind und bei weitem nicht das abbilden, was aus präventiver medizinischer Sicht gefordert wird. Deswegen vielleicht eine kurze Information: Sie wissen möglicherweise, dass es zwischen Privatversicherten und gesetzlich Versicherten einen Unterschied gibt. Der macht sich leider auch im Recht auf Vorsorge deutlich bemerkbar. Ein privat Versicherter darf in unseren Gesundheitssystem bereits ab dem 18. Lebensjahr einmal pro Jahr von Kopf bis Fuß untersucht werden, während das einem Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung erst ab dem vollendeten 35. Lebensjahr und dann nur jedes zweite Jahr ermöglicht wird. Über den PSA-Test könnte man leidenschaftlich diskutieren, aber dass man beispielsweise nur noch Gesamtcholesterin und den Blutzucker erfasst und andere wichtige Dinge wie Triglyzeride und auch Belastungs-EKGs nicht, ist schlichtweg ein Skandal. Insofern sollten wir heute den Tag auch zum Anlass nehmen, vielleicht einige Forderungen zu stellen.

Dr. Harald Terpe MdB:

Eine Frage an Herrn Karatepe zum Problem der Arztbesuche und Früherkennungsuntersuchungen: Grundsätzlich ohne Not nicht zum Arzt zu gehen ist ja etwas, was ich durchaus nachvollziehen kann. Aber woher kommt es dann, dass gleichzeitig Früherkennungsuntersuchungen – unabhängig von der Qualität – von Männern überproportional nicht wahrgenommen werden? Was sind die Gründe und was könnte man verändern? Es kann ja durchaus ein rationaler Umgang mit medizinischen Dienstleistungen sein, wenn man als junger, beschwerdefreier Mensch grundsätzlich den Arzt nicht aufsucht. Aber was muss getan werden, damit sich diese Haltung nicht auch auf wichtige Früherkennungsuntersuchungen überträgt, damit bestimmte Untersuchungen also als eine Art „Mindest-Check-Up“ wahrgenommen werden?

Dr. med. Haydar Karatepe:

Vielleicht ist der Grund der, dass man diese Vorsorgeuntersuchungen im Grunde bis jetzt immer noch dazu benutzt hat, Krankheiten zu erkennen und nicht wirklich im Sinne einer Vorsorge arbeitet. Wenn man als Arzt den Männern im Gespräch klarmachen könnte, dass es eigentlich eher um ein Vorbeugen geht und nicht darum, etwas zu dekurieren, dann kann ich mir sehr gut vorstellen, dass Vorsorgeuntersuchungen eher in Anspruch genommen werden. Ich merke das zumindest in der Praxis. Wenn man dem Patienten klarmacht, dass sie die Option haben, bestimmte Dinge regelmäßig abklären zu lassen, und dass man als Arzt nicht dafür da ist, Krankheiten zu entdecken, sondern sie gesund zu erhalten, kann ich mir gut vorstellen, dass Männer dann auch für Vorsorgemaßnahmen zu haben sind.

Prof. Dr. Toni Faltermaier:

Zur Ergänzung: Was ich in meinem Vortrag als „Illusion der Unverwundbarkeit“ bezeichnet habe, dass Männer also durchaus die Risiken kennen, aber nicht auf sich persönlich beziehen, kann das grundlegende Problem sein. Männer tendieren im Zweifelsfall eher dazu zu sagen: Ich bin vielleicht nicht betroffen. Ich glaube, dass man bei der Debatte über Vorsorgeuntersuchungen auch berücksichtigen muss, dass in der Regel nur die somatischen Risiken oder Krankheitszeichen abgeklärt werden, dagegen die psychosozialen Aspekte tendenziell weniger oder überhaupt nicht. Und wenn sie abgeklärt werden, hat das meistens keine Konsequenz, außer dass der Arzt sagt: „Sie sollten mit dem Rauchen aufhören“ oder „Sie sollten weniger trinken“ oder „Sie sollten Ihr Übergewicht reduzieren“. Ein systematisches Angebot im Sinne einer breit gestreuten psychosozialen Prävention gibt es in Deutschland noch nicht.

Hanns-Jörg Fiebrand

(Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.):

Herr Dr. Karatepe hat eine Krankheit in seiner Aufstellung vergessen, nämlich den Prostatakrebs. Ich möchte an die Männer den Appell richten: Gehen Sie zur Vorsorge. Die schlechte Nachricht lautet: Wenn Sie hundert Jahre alt sind, haben Sie alle ein Prostatakarzinom. Die gute Nachricht ist, dass 97 Prozent aller Karzinome nicht behandlungsbedürftig sind. In Deutschland wird in diesem Bereich gnadenlos übertherapiert. Jeder Arztbetrieb und jede Klinik ist auch ein wirtschaftlich denkendes Unternehmen. Eine Prostataoperation bringt einer Klinik zwischen 9.000 und 13.000

Euro. Die beliebtesten Patienten sind diejenigen, die ein niedriges Risiko haben, die man also nach fünf Jahren als geheilt bezeichnen könnte.

Ich weiß nicht, ob Männer tatsächlich mehr oder weniger Gesundheitsbewusstsein haben. Tatsache ist aber, dass Frauen sich 14 Jahre früher in Selbsthilfegruppen organisiert haben. Aber wir sind mittlerweile auch aufgewacht und holen, glaube ich, mächtig auf. Gesundheitsbewusstsein ist in erster Linie auch eine Erziehungsfrage. Was man als Kind nicht gelernt hat und was in der Schule nicht vermittelt wird, das ist im Alter nur schwer nachzuholen.

Und wenn ein Arzt im Durchschnitt nur 7,5 Minuten für einen Patienten hat, dann ist das meiner Meinung nach kein Beratungsgespräch mehr, sondern ein Durchschleusen. Da hat unser Gesundheitssystem einfach versagt. Und deshalb gehört dieses Fachgespräch, das ich für sehr wichtig halte, auch honoriert.

Ich kann nur allen nochmals raten: Gehen Sie zur Vorsorge, aber informieren Sie sich erst, bevor Sie irgendeine therapeutische Maßnahme ergreifen. Und glauben Sie keinem Arzt, wenn er Ihnen eine Aussage macht zu ihrer Lebenserwartung.

Dr. med. Wolfgang Harth:

Ich möchte vielleicht noch einige Aspekte aus der Praxis ergänzen, denn es besteht ja immer die Frage, wie man das Ganze umsetzt und wie man die Leute erreicht. Bei uns in der Sprechstunde ist es so, dass ein Drittel der Männer von ihren Frauen angemeldet werden. Es würden vielleicht sogar noch weniger zur Vorsorge gehen, wenn nicht die Frau dahinter stehen und die Termine vereinbaren würden. Wenn die Männer dann zu uns kommen, brauchen sie strukturierte, knackige Programme - alles in einem Haus und möglichst schnell, also ohne Wartezeit. Deshalb kann man ja mal provokant fragen: Wie wäre es, wenn man alle zwei Jahre parallele Termine macht - rechts den Wagen zum TÜV, links den Mann gleich zum Vorsorge-Check. Man muss Männer da abholen, wo Sie stehen - auch in ihrer Sprache. Das ist ein Erziehungs- und auch ein Gesundheitsbildungsproblem.

Andreas Goosses (Pro Familia Berlin):

Ich möchte anknüpfen an dem Punkt: Wie können wir die Männer dort abholen, wo sie stehen? Ich plädiere auch sehr dafür, bei den Ansatzpunkten von Angeboten Kreativität spielen zu lassen. Ich selber habe hier in Berlin die Männerberatung bei Pro Familia aufgebaut, die sich vor allem mit den Themen Partnerschaft, Sexualität und Lebensgestaltung befasst. Dort kommen natürlich der psychosoziale Aspekt und das Thema Gesundheit allgemein ganz stark hinein. Die Männer kommen ja meistens in Krisensituationen, und da ist die Sprechstunde voll - selbst wenn die Männer dafür bezahlen müssen, weil wir für diesen Bereich nicht vom Senat unterstützt werden. Das heißt: Die Männer sind in diesen Situationen bereit zu kommen, gerade wenn sie wenig soziale Netze haben. Sie suchen dann nach solchen Beratungsmöglichkeiten. Ärzte beispielsweise haben aber relativ wenig Zeit, sich auch diesen Bereich anzuhören. Und diese Sensibilisierung durch Lebensereignisse sollten wir nutzen, damit Hilfeangebote angenommen werden und dort auch die gesundheitlichen Aspekte mit einfließen können, bevor es zur Krankheit kommt. Ich merke, da ist noch ein großer Bedarf und da muss es weiter gehen.

**Dr. med. Wolfgang Grebe
(Deutsche Gesellschaft für Mann und Gesundheit):**

Ich bin niedergelassener Arzt und wollte nur kurz etwas ergänzen. Ich glaube, es liegt an der Verlogenheit aller Beteiligten im Gesundheitssystem. Einmal sind die Patienten erzogen worden mit einer Art Vollkaskomentalität – woran auch die Ärzte einen großen Teil Schuld tragen - und kommen immer nur dann, wenn schon Symptome aufgetreten sind. Die Krankenkassen glauben immer noch, für alles da sein zu wollen, obwohl die Finanzierung nicht mehr stimmt. Frau Künast hat als Verbraucherschutzministerin etwas Vernünftiges getan; sie hat nämlich darauf hingewiesen, dass es auch Informationspflichten gibt. Man kann vielleicht durch bessere Aufklärung etwas bewirken. Und damit bin ich bei der Gruppe, von der ich am meisten verstehe, den Ärzten. Wir sollen uns in den einzelnen Fachgesellschaften nicht zerfleischen und behaupten, der eine sei der einzig Wahre - wie das früher die Andrologen zum Teil gemacht haben. Mittlerweile sind auch sie vernünftiger geworden. Mittlerweile hat beispielsweise die Landesärztekammer Hessen den Tätigkeitsschwerpunkt „Männerarzt“ auch auf dem Praxisschild zugelassen; der Deutsche Ärztetag 2001 hat das ermöglicht. Wir können also in Zukunft auch anzuzeigen, was wir können, und das dürfte es einem Mann in Zukunft leichter machen, den richtigen Arzt aufzusuchen.

**Sabine Pirnay-Kromer
(Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit e.V.):**

Als Frau, die sich viel mit der Männergesundheit beschäftigt, muss ich sagen: Ich finde den Mann ziemlich komplex. Zum einen gibt es den Mann, der sehr funktionell agiert und versteht, auf der anderen Seite gibt es aber Forderungen wie beispielsweise von der DAK, der Mann solle sich verändern und mehr seine Softskills entwickeln. Ich finde es gar nicht so einfach, Angebote zu finden, die Männer auch tatsächlich ansprechen - und dann auch noch in jedem Lebensalter. Bei Jungs kann man noch viel in der Pädagogik vermitteln, aber bei älteren Männern, die eben doch sehr manifestierte Rollenverständnisse haben, ist das gar nicht so einfach. Ich würde mir wünschen, dass wir uns über sehr praxisorientierte Beispiele austauschen, wie wir den Mann erreichen. Und wir sollten ihn nicht nur über die IGeL-Leistungen erreichen, an denen irgendjemand verdient. Wir müssen auch Projekte entwickeln, die von hoher Stelle gefördert werden. Wir haben schon sehr früh mit der unserer Gesundheitsministerin Schmidt Gespräche aufgenommen über Themen im Bereich Männergesundheit – leider erfolglos. Als Frau darf ich das ja sagen: Es gehen ganz viele Gelder in die Frauengesundheit und in die Erforschung spezifischer Erkrankungen der Frauen. Aber ich hoffe, dass sich da jetzt ein bisschen etwas verändert und dass man beispielsweise auch von oberster Stelle einen Männergesundheitsbericht erstellt bzw. unterstützt. Und dass Gelder freigesetzt werden, um den Männern dort zu begegnen. Als Frau möchte ich nicht, dass die Männer so früh sterben. Ich denke, dass Männer den gleichen Anteil am Leben haben können wie Frauen auch, ist eine gesellschaftliche Forderung,

**Prof. Dr. med Doris Bardehle
(Universität Bielefeld):**

Ich möchte an diesen Worten anknüpfen und auf die vorzeitige Sterblichkeit von Männern zurückkommen. Das ist ja zum großen Teil die sog. „vermeidbare“ Sterblichkeit, welche im Augenblick diese Diskrepanz bei der Lebenserwartung bedingt, die aber nicht sein muss. Wir haben in Nordrhein-Westfalen Analysen in Kreisen

und kreisfreien Städten durchgeführt und haben dabei herausgefunden, dass in sozialen Brennpunkten – beispielsweise in Gelsenkirchen - die Lebenserwartung besonders niedrig ist und dass in anderen Gebieten, die sozial besser gestellt sind, eine höhere Lebenserwartung besteht. Die beiden Extreme in Nordrhein-Westfalen sind Gelsenkirchen und Bonn. Und nachdem wir die Lebenserwartung jetzt über Jahre verfolgt haben, stellt sich heraus, dass die Diskrepanz zwischen diesen beiden Polen sogar noch größer wird. Wir haben also eine soziale Komponente, mit der wir umgehen lernen müssen - auch bei der Männergesundheit. Abhängig von der sozialen Schicht variiert das Gesundheitsverhalten sehr stark. Wir müssen aufpassen, dass in sozialen Brennpunkten die Arztdichte nicht zurückgeht, weil es dort weniger Privatpatienten gibt, und sich damit auch noch die Versorgung dort verschlechtert.

Stefan Beier

(Netzwerk für Männergesundheit):

Ich arbeite als Gender-Trainer und Männerbildner hier in Berlin. Ich möchte sehr unterstützen, was Andreas Goosses gesagt hat: Wir müssen im Grunde viel früher ansetzen. Mich wundert es überhaupt nicht, dass Männer nicht zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Jugendlich gesprochen muss man sagen: Das rockt einfach nicht. Allein schon das Wort „Vorsorge“ tönt nicht an, und es fehlt der positive Aspekt. Deswegen spreche ich auch immer nur von „Selbstsorge“ und nicht von „Prävention“ und „Vorsorge“, weil es mir dabei nicht um Verhindern von Krankheiten geht. Prävention ist immer nur das Verhindern von etwas, und es stört mich sehr, dass wir in der öffentlichen Debatte immer nur auf dieser Ebene reden. Es ist zwar für einen bestimmten Teil der Männer richtig zu fragen, wie wir sie in die Arztpraxen kriegen. Aber ich glaube, dass man viel früher ansetzen und wirklich niedrigschwellige Angebote machen muss, wo Männer lustvoll etwas für sich tun können, nebenbei etwas Gesundheit mitnehmen und sich einen besseren Selbstbezug erarbeiten. Denn dann merken sie auch, wenn sie krank sind, und dann gehen sie auch zum Arzt.

Jens-Peter Zacharias

(Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.):

Ich bin der Meinung, dass Männer in dieser Gesellschaft viel zu schlecht behandelt werden. In Vorbereitung auf diese Veranstaltung habe ich mir Beispiele für die Lebenserwartung von Männern und Frauen in Industrieländern angeguckt und dabei kam ich auf Israel, wo Männer im Schnitt nur vier Jahre weniger leben als Frauen. Auch bei den Adventisten in Kalifornien leben die Männer im Schnitt nur drei Jahre kürzer als die Frauen und sehr viel länger als andere Amerikaner - mag sein, dass das an Venice Beach liegt. Das heißt für mich im Klartext: Im Industrieland Deutschland werden die Männer schlecht behandelt.

Das hat seine Ursache a) in die Abgeordneten und b) im gesamten Männerbild in dieser Gesellschaft. Dazu einige Bemerkungen: Wenn ich mir die Forschung angucke, so stelle ich fest, dass im Jahre 2006 fünf Millionen Euro für die Brustkrebsforschung ausgegeben wurden, aber nur eine Million für den Prostatakrebs. Ich frage mich: Wer trifft die Entscheidungen in den Ministerien und wer stellt die Anträge? So kann das nicht bleiben. Bei der Versorgungsforschung zu Prostatakrebs wird die Harow-Studie, die darüber Auskunft gibt, welche Therapien beim Prostatakrebs überhaupt wirkungsvoll sind, nicht von einem deutschen Ministerium bezahlt, sondern von GAZPROM. Es kann doch nicht angehen, dass die Männergesundheit von der Gesellschaft in derart mieser Weise gehandhabt wird. Männer werden in der Familie von Müttern – also Frauen - groß gezogen und sie werden in Kindergärten

und Schulen von Frauen erzogen, weil es so gut wie keine Männer dort mehr gibt. Wenn die Männer in der Ehe schlapp machen, melden ihre Frauen sie bei den Ärzten an, wie wir sehr oft beobachten können. Über 60 Prozent der Ärzteschaft sind Frauen. Ich glaube, wir haben es hier mit einem Diskriminierungsproblem zu tun, was dringend aufgearbeitet werden muss. Ich glaube, Frauen müssen die Männer ernster nehmen mit ihren Sorgen und ihren Problemen.

Volker Beck MdB:

Wir dürfen aber natürlich nicht aus dem Auge verlieren, dass diese Strukturen der Gesellschaft - zumindest soweit es den Bereich der Politik anbetrifft - immer noch mehrheitlich von Männern bestimmt werden. Ich glaube, man muss immer beide Seiten sehen. Jede Über- oder Unterrepräsentanz in gesellschaftlichen Bereichen ist eigentlich ein Indiz dafür, dass etwas schief läuft. Nur wenn Männer und Frauen in allen Bereichen angemessen vertreten sind, dann kann es funktionieren, weil die Unterrepräsentation in einem Bereich die Überrepräsentation in anderem Bereich ja quasi schon aus statistischen Gründen mit erzwingt. Deshalb, glaube ich, ist die Gleichberechtigungsperspektive immer in beide Richtungen zu sehen. Es ist auch die Verantwortung von uns als Männer, die in der Regel das, was wir hier jetzt diskutieren, im politischen Prozess nicht reflektieren, obwohl sie damit auch die Rahmenbedingungen für die Probleme setzen.

Prof. Dr. Toni Faltermaier:

Wir sollten uns stärker um die Männergesundheit kümmern, das ist evident. Wir sollten versuchen, nicht nur einen Risikodiskurs mit den Männern zu führen, sondern ihnen sehr viel stärker deutlich machen, was sie für einen Gewinn an Lebensqualität erreichen, wenn sie Entscheidungen zugunsten ihrer Gesundheit treffen.

Wir müssen Wege finden, wie wir Männer noch besser erreichen können. Das können Gefängnisse sein, wo Männer nicht weglaufen können, aber auch Strukturen, in denen Männer einen Großteil ihrer Lebenszeit verbringen. Deswegen ist für mich die betriebliche Gesundheitsförderung ein ganz zentrales Feld. Ich glaube, dass Männer schon in einer gewissen Weise sensibilisiert sind. Wir müssen herausbekommen, welche strukturellen Bedingungen sie hindern das umsetzen, was sie vielleicht in ihrem Leben gerne tun wollen.

Die Debatte sollte aber nicht so laufen, dass man einen Kontrapunkt zur Frauengesundheit bildet. Männergesundheit kann von einem besseren Dialog und Diskurs zwischen Männern und Frauen entscheidend gewinnen. Ich glaube, dass wir in Deutschland wirklich Strukturen brauchen, wo langfristig präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten geleistet werden können, die also nicht nur modellhaft ein paar Jahre lang projektartig laufen, sondern die sich in den Strukturen niederschlagen. Wir brauchen Strukturen an den Schulen und bei der betrieblichen Gesundheitsförderung. Prävention und Gesundheitsförderung sind eine langfristige Aufgabe, und wenn wir ein positives Outcome haben wollen - auch im Sinne einer Kostenreduktion im Gesundheitswesen, dann müssen wir in wirklich qualitätsvolle Maßnahmen investieren und Ressourcen auch ein Stück verlagern in Richtung Prävention und Gesundheitsförderung.

Dr. med. Haydar Karatepe:

Ich möchte noch einmal betonen, dass es unter den Männern natürlich deutliche Unterschiede gibt hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens. Ich habe ja einen Überblick über die türkische und die deutsche Kultur und damit auch über das Gesund-

heitsverhalten von türkischen und deutschen Männern. Was Sie gesagt haben, Herr Harth, dass Männer von ihren Frauen zum Arztbesuch angemeldet werden, trifft nur für deutsche Männer zu - nicht für türkische Männer. Die gehen aus eigenem Antrieb gern zum Arzt und nehmen diesen auch als Partner wahr. Was auch noch sehr bemerkenswert ist – und das sind meine eigenen Erfahrung in der täglichen Praxis: Wenn türkische Männer mit Sexualproblemen in die Arztpraxis kommen, kommen sie in der Regel nicht allein, sondern mit einem Mann als Freund und Unterstützer. Der ist zwar nicht im Sprechzimmer mit dabei, aber im Wartezimmer, so dass er gleich hinterher die entsprechende Unterstützung geben kann. Deutsche Männer sind meistens allein und – nach meinem Gefühl - einsam, wenn sie mit diesem Problem beim Arzt auftauchen. Ich denke, dieses positive Verhalten von türkischen Männern kann man auch deutschen Männern beibringen, denn die sind ganz sicherlich nicht informations- oder lernresistent.

Ich denke, wir müssen einfach jede Gelegenheit nutzen, Gesundheit oder Gesundheitsthemen an den Mann heranzubringen. Ich nutze die Gelegenheit auch jedes Mal, auch wenn der Betroffene mit einem ganz anderen Problem in die Praxis gekommen ist. Auch das langfristige Gesundheitsverhalten muss immer und immer wieder mit angesprochen werden – also sehr repetitiv. Es ist nun mal Teil des menschlichen Verhaltens, dass Dinge oft wiederholt werden müssen, bis sie tatsächlich in der gewünschten Form auch umgesetzt werden. Wir Ärzte stellen bei unseren Handlungen immer wieder den Krankheitsaspekt in den Vordergrund; was wir versäumen ist, viel mehr auf den Gesundheitsaspekt hinzuweisen. Das überlassen wir den Krankenkassen. Wir müssen den langfristigen Gesundheitsaspekt wirklich in jedem Zusammenhang, wo wir den Mann erwischen, zum Thema machen und hervorheben. Dann werden auch viele Männer für diese Themen ansprechbar.

An den Mann gebracht

Wie können Gesundheitsangebote „mann-gerecht“ ausgestaltet werden?

Dipl. Psych. Thomas Altgeld

Mein Thema ist: Wie können Gesundheitsangebote an den Mann gebracht und „mann-gerecht“ ausgestaltet werden? Allein schon an der Ausformulierung dieses Themas wird beispielhaft deutlich, wie wenig kundenorientiert das deutsche Gesundheitswesen letztlich organisiert ist. Man hört immer wieder: Da können Männer nicht mit umgehen, wir brauchen andere Öffnungszeiten, das muss schneller gehen usw. Ich glaube, von einer besseren Organisation und von weniger Wartezeiten profitieren alle Patienten - auch weibliche. Nur für sie wird es eben nicht so massiv gefordert wie für Männer.

Bevor die Frage nach männergerechten Gesundheitsangeboten befriedigend beantwortet werden kann, stellen sich zunächst ganz andere Fragen: An welchen Leitbildern orientieren sich Männer und Frauen? Wie viel Platz für Gesundheit gibt es in diesen geschlechtsspezifischen Orientierungen? Kann die Gesundheitsversorgung überhaupt effektiv geschlechtsneutral organisiert werden? Wenn man sich die Gestaltung der meisten Gesundheitsinformation anschaut, dann werden dort immer sehr hehre Botschaften an vermeintlich geschlechtslose Wesen gerichtet. Eigenverantwortung für Gesundheit, verantwortlicher Umgang mit dem eigenen Körper scheinen überhaupt nicht von geschlechtsspezifischen Sozialisationen abhängig zu sein, sondern irgendwie für jeden (zweckrationalen) Menschen lebbar und möglich zu sein. Diese Gesundheitsbotschaften konkurrieren jedoch mit sehr vielen anderen Botschaften, und vor allem konkurrieren sie eben mit einer geschlechtstypischen Sozialisation, in der Männer immer noch lernen, keinen Schmerz zu kennen oder für außenorientiertes Verhalten mehr belohnt werden als Frauen. In ganz anderen Sozialisationsbereichen werden die Grundlagen für gesundheitsbewusstes Verhalten gelegt als in der Hygiene- und Gesundheitserziehung selbst. Ich vermute beispielsweise, dass Vätermomente im Rahmen der Erziehungszeiten langfristig mehr für Gesundheit von Männern bringen, weil sie Männer und die öffentlichen Bilder von Mann-sein wahrscheinlich stärker verändern und weil sie damit auch vor allem (männlichen) Kindern andere Orientierungspunkte geben können als das bislang der Fall war.

Gesundheit ist im Alltag von Männern kein Thema und die traditionellen Männerrollen verhindern die Fürsorglichkeit für den eigenen Körper und für andere. Die traditionelle Männerrolle wird zudem vor allem im öffentlichen Raum ausgelebt - auf der Straße (z.B. durch eher aggressive, schnelle Fahrweisen), bei der Arbeit (z.B. durch Konkurrenzverhalten), in Gaststätten (z.B. durch eine gewissen Lautstärke und Trinkfestigkeit), in Freizeiteinrichtungen (z.B. durch Leistung beim Sport oder den Besuch von Sportveranstaltungen). Das Ausleben von Frauenrollen findet eher in privaten Räumen statt. Dieses Rollenverhalten beeinflusst natürlich auch die Körperwahrnehmung von Männern, die so oft starke Anteile über- und schwache Anteile eher unterbetonen. Doyal hat festgehalten, dass Männer eher eine Außenperspektive auf ihren Körper haben und Frauen eine Innenperspektive.

Auf der anderen Seiten haben wir es tatsächlich in den letzten Jahren mit einem wachsenden Männergesundheitsmarkt zu tun. Der medizinische und pharmazeutische Markt entdeckt Männer als eine wesentliche Zielgruppe. Ich glaube aber, dass er in den meisten Fällen Männer nicht gesünder macht - vielleicht auch nicht unbedingt ungesünder, aber auf jeden Fall nicht gesünder - weil er auf epidemiologisch kaum relevante Gesundheitsthemen setzt und die Angebote zudem oft zu sehr auf ein bestimmtes Geschlechtsteil fokussiert sind, d.h. auf Krankheiten oder vermeintliche Erkrankungen setzt, die eigentlich die Sterblichkeit und Morbidität von Männern nicht wesentlich beeinflussen oder bestimmen.

Trotzdem ist es ein Feld, das bei Männern ankommt. In Hamburg gibt es an der Universitätsklinik Eppendorf mit Herrn Prof. Dr. med. Frank Sommer den deutschlandweit ersten Universitätsprofessor für Männergesundheit ist, so zumindest die Eigenwerbung des Institutes. Auch Herr Prof. Sommer profiliert sich mit Themen rund um männliche Potenz und sexuelle Funktionsfähigkeit. Mit seinen Veröffentlichungen „Steh Deinen Mann! Die besten Tipps für Gesundheit, Glück und Sex“ und „Vigoric - Potenter durch gezieltes Fitnesstraining“ bedient er genau diesen Markt. In seine Veröffentlichungen und auch in seinen Behandlungen geht es schwerpunktmäßig darum, wie man(n) seine Potenz steigern kann. Auf der Homepage des Institutes für Männergesundheit des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf findet sich folgender Hinweis: „Die Funktion des männlichen Gliedes ist die Antenne des Herzens!“. Es wird also – auch mit öffentlichen Fördermitteln in staatlichen Gesundheitseinrichtungen – eine bestimmte Form von Männlichkeit überbetont und somit auch bestimmte Formen von männlicher Selbstinszenierung damit unterstützt.

Angefangen hat diese Entwicklung mit dem Siegeszug von Viagra. Das ist eine beispielelose Erfolgsgeschichte geworden, weil die Markteinführung von Viagra eben an traditionellen männlichen Potenzphantasien anknüpft. Ich glaube, wir können in Sachen Gesundheitskommunikation durchaus davon lernen – darauf werde ich später noch einmal zurückkommen. Die aktuelle Werbung von Pfizer zeigt ganz klassische Stereotype: ein emotionsloser Mann, eine hingebungsvolle Frau, die Frau liegt unter dem Mann. Dies Art der Werbung ist insbesondere deshalb sehr erfolgreich, weil sie an männliche Omnipotenzphantasien anknüpft – und die Anzeige ist schon von den Farbtönen eher männlich orientiert und natürlich in Blau gehalten. Auch bei dem Konkurrenzprodukt von Bayer werden klassische Stereotypen bedient: jüngere Frau mit einem älteren Mann im Bett, sie bespielt ihn und er lässt sich das gefallen.

Nicht nur Potenzmittel, sondern auch Schönheitschirurgie liegt bei Männern im Trend. 20 Prozent aller Operationen, die gemacht werden, werden bei Männern durchgeführt, seien es Haartransplantationen, Fettabsaugen, Kinn- oder Lidkorrekturen. Das sind alles medizinisch nicht notwendige Leistungen, bei denen die Krankenkassen folglich auch keine Haftung oder Kosten übernehmen, wenn es schief läuft.

John hat 2006 Angebote zur Männergesundheit im Internet analysiert. Die Mehrheit der Angebote stammt von Ärzten und Pharmaunternehmen. 88 Prozent dieser Angebote vermarkten irgendwelche Dienstleistungen oder Produkte. 83 Prozent der Auftritte befassen sich mit medizinischen Themen, am häufigsten mit erektiler Dysfunktion, Wechseljahre des Mannes sowie Hormonmangel, -substitution und -therapie, gefolgt von Themen der Sexualität und Bewegung. Epidemiologisch gesehen sind

diese Phänomene - bis auf Prostatakrebs - irrelevant. Die im Internet kommunizierten Themen weisen alle einen engen körperlich-medizinischen Bezug auf.

Solche „Gesundheitsangebote“ im Netz erreichen vor allem Männer, die sich diese Angebote auch leisten können – wie auch bei den IGeL-Leistungen. Es handelt sich eher um hochschwellige Angebote für gut situierte, zumeist körperbewusstere Männer. Häufig sind es Angebote mit fragwürdigem Gesundheitsnutzen, also wiederum alles rund um das männliche Geschlechtsteil (wie z.B. Vergrößerungen, Medikamentierung usw.).

Ebenso wichtige Themen mit psychosozialen Bezügen wie alkoholbedingte Lebererkrankungen oder andere Themen, die die Rolle des Mannes aufgreifen, werden im Internet kaum thematisiert. Wenn Sie sich angucken, weswegen Männer heute am häufigsten im Krankenhaus behandelt werden, dann sind es - neben den ganzen verhaltensbedingten Herzerkrankungen und dem Leistenbruch – an erster Stelle der Behandlungsstatistik psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten durch Alkohol. Im neuen DAK-Gesundheitsbericht kommt diese Entwicklung auch besonders zum Tragen, auch bei den Arbeitsunfähigkeitstagen spielen diese Störungen eine wachsende Rolle mit rasanten Steigerungsraten in den letzten 10 Jahren.

Es gibt mittlerweile eine ganze Hitliste von neuen „Männerkrankheiten“, wo versucht wird, Männern ebenso zu medikalisieren, was bei Frauen vom Gesundheitsmarkt seit Jahrzehnten bereits medikalisiert ist. Es wird versucht, eher normale Lebensphänomene in die Hand der Medizin zu geben. An oberster Stelle stand bislang dabei das männliche Klimakterium, dann Erektionsstörungen (die ja ab einem gewissen Alter vielleicht auch einfach zum Leben dazu gehören), Osteoporose, Depressionen, Adoniskomplex und Essstörungen. Bis auf die Erektionsstörungen umfasst die Hitliste vor allem Krankheiten, die bislang eher mit Frauen assoziiert wurden. Es werden Männern über die Vermittlung und Bewerbung dieser Angebote andere Körperbilder vermittelt als im Alltag und im Hinblick auf die Lebensperspektive tatsächlich lebbar sind.

Mittlerweile gibt es eine ganze Reihe von medizinisch zumindest umstrittenen Leistungen wie beispielsweise den PSA-Test, der in Deutschland massenhaft angeboten wird, ohne dass tatsächlich abgeklärt worden ist, welchen therapeutischen Nutzen er wirklich hat. Befürworter argumentieren, dass man damit tatsächlich Krebs in einem relativ frühen Stadium erkennen kann und damit auch die Heilungschancen größer sind. Aber wir wissen, dass Prostatakarzinome ab einem bestimmten Lebensalter relativ normal sind. Wir müssen uns daher fragen, was dieser Test an Zusatznutzen für Männer bringt und ob er nicht viel mehr Unsicherheit schafft oder Schaden stiftet, indem er über Prozesse informiert, die vielleicht gar nicht therapierbar sind. Die gleiche Frage stellt sich für die notwendigen Nachuntersuchungen und für Biopsien, die vielleicht sogar Krankheitsauslösende Wirkung haben, was in einer großen europaweiten Studie gerade getestet wird. Ich bin gespannt auf die Studienergebnisse.

Beunruhigend finde ich den Trend zur Medikalisierung, vor allem im frühen Jugendalter. Bis zum 14. Lebensjahr werden Jungen häufiger und mit mehr Medikamenten versorgt als Mädchen. Danach kehrt es sich um: Mit der Geschlechtsreife nehmen auch Frauen mehr Medikamente. Besonders gravierend ist in diesem Bereich die (vermeintliche) Zunahme von diagnostiziertem AD(H)S. Mit den steigenden Diagnosezahlen, die bewegungsauffälligen Jungen ein Krankheitsbild zuordnen, hat auch die Medikalisierung dieser Jungen in den letzten Jahren exponentiell zugenommen. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) des Robert-Koch-

Institutes hat gezeigt, dass Jungen 4,3mal häufiger von ADHS betroffen sind als Mädchen – und das ist noch die niedrigste Zahl zur Geschlechterauffälligkeit in diesem Bereich, die ich kenne.

Wenn man sich dann anguckt, welche Angebote zur Gesundheitsförderung und -versorgung kassenfinanziert - also aus quasi öffentlichen Mitteln - gemacht werden, dann sieht man schnell, dass das Gros dieser Leistungen, auch neue Leistungen wie die Disease-Management-Programme, völlig geschlechtslos angeboten werden. Es wird so getan, als sei beispielsweise ein Disease-Management-Programm zu Diabetes etwas, was man irgendeiner Apparatur impliziert, die sich dann neu programmiert und besser läuft. Es wird eben nicht darauf geachtet, ob man in diesem Bereich mit gezielten Angeboten für Männer und für Frauen eine höhere Wirksamkeit erreichen könnte.

Bislang wurde auch überhaupt noch nicht untersucht, wie denn Frauen und Männer von Disease-Management-Programmen profitieren. Tendenziell schreiben sich bei solchen Programmen und Gesundheitskursen mehr Frauen als Männer ein. Man sollte allerdings einmal geschlechtstypisch auswerten, wer solche Leistungen in Anspruch nimmt und wer davon in welcher Form profitiert. Meine These ist: von der heutigen Angebotsstruktur profitieren eher Frauen als Männer. Diese Leistung ist 2002 in den gesetzlichen Leistungskatalog der Krankenkassen eingeführt worden. Ich denke, es ist ein wirklicher Skandal, dass 2002 noch so geschlechterunsensibel bei der Einführung neuer Leistungen gearbeitet wurde. Gender Mainstreaming sollte als Kernstrategie bei der Gestaltung neuer Gesundheitsangebote verankert werden und bei Gesetzesvorhaben eine größere Rolle spielen als bislang.

Dieses Bewusstsein ist aber weder bei den Anbietern noch bei den Kostenträgern vorhanden. Besonders deutlich zeigt sich dies bei den Gesundheitsförderungskursen, die durch Krankenkassen angeboten werden. Zu 80 Prozent werden diese von Frauen besucht, obwohl krankenkassenfinanzierte Primärprävention laut Gesetzesauftrag einen Beitrag zur Verminderung bestehender gesundheitlicher Ungleichheiten leisten soll. So wie sie jetzt angeboten werden, leisten die Kurse allerdings einen Beitrag zur Vergrößerung vorhandener gesundheitlicher Ungleichheiten.

Das ist aber kein Naturgesetz: Es hat sich gezeigt, dass die Angebotsstruktur durchaus attraktiver für Männer gestaltet werden kann und z.B. bei den Volkshochschulen von Bundesland zu Bundesland erheblich variiert. Bremen beispielsweise ist das Bundesland mit der höchsten Teilnehmerate von Männern bei Angeboten zur Gesundheitsbildung, weil sie die Kurse relativ arbeitsweltorientiert anbieten. Das sind also keine Wohlfühlkurse mit Decken und lockerer Kleidung als Anforderung im Ausschreibungstext, was Männer eher abschreckt, sondern eher Sachen wie Stressmanagement am Arbeitsplatz oder Zeitmanagement, also vermeintlich harte Themen, in die man auch weiche Themen einbetten kann. Die meisten Ausschreibungen aber sind eher so weich formuliert, dass sie tatsächlich nicht besonders ansprechend sind. Es ist auch beispielsweise völlig sinnlos, Ernährungskurse für ältere Männer anzubieten, ohne zu gucken, wie man die Partnerin mit ins Boot kriegen kann.

Geschlechterrollen werden im Alltag jeden Tag aufs Neue hergestellt, und durch die Art, wie wir in Deutschland Prävention und Gesundheitsförderung betreiben, reproduzieren wir eher diese Geschlechterrollen. Das liegt an erster Stelle an der Themenauswahl ohne Berücksichtigung von Zielgruppen. Die Themen werden von irgendwelchen Experten vorgegeben und von der Politik mehr oder weniger begierig aufgenommen; deshalb gibt es auch immer wieder Modethemen. Das aktuelle

Modethema ist eben Adipositas, davor war es Nichtrauchen und in zwei Jahren wird es wahrscheinlich die Depression sein. Es sind zumeist sehr kurzlebige Themen, die aufgegriffen werden, aber nicht im Zusammenhang mit den Zielgruppen.

Männer selbst halten sich nicht für übergewichtig, auch wenn sie es nach objektiven Daten sind. Sie unterschätzen ihr Gewicht und würden deshalb auch keine Präventionsprogramme zu Übergewicht in Anspruch nehmen. Bereits die Lebenswelten und damit auch die Gesundheit(sprobleme) von Jungen und Mädchen unterscheiden sich. Die KIGGS-Studie hat nachgewiesen, dass Jungen häufiger Täter oder Opfer von Gewalthandlungen und mehr psychische Auffälligkeiten zeigen als Mädchen. Für genau diese Probleme bereits im Kindes- und Jugendalter haben wir sehr wenig effektive Präventionsprogramme, die auf die unterschiedlichen und sich verändernden Lebenswelten von Jungen und Mädchen Rücksicht nehmen. Die Wahl der Ansprache, die Medien und Gestaltung dieser Medien sind jedoch wichtig.

Wir haben in der Gesundheitsförderung eine völlige Überbewertung von Broschüren, Büchern, Ordnern und all dem, was man bunt auf weiß besitzt und getrost nach Hause tragen kann. Und wir haben eine Unterbewertung von Investitionen in bereits vorhandene, zielgruppennahe kommunikative Strukturen. Wenn man sich die Lesekompetenzen von Jungen und Mädchen anguckt, dann kann man sich auch erklären, warum überhaupt so wenige Männer über die Broschürenflut erreicht werden. Schon aus der Pisa-Studie wissen wir: Mädchen lesen einfach mehr und besser. Jungen sind in den unteren Kompetenzstufen des Lesens dominierend. Deshalb muss man sich sehr überlegen: Kommt eine Broschüre bei Jungs überhaupt an, und was kann man für Jugend auf diesem Wege überhaupt kommunizieren, zumindest bei Jungs aus niedrigen sozialen Lagen, die den höchsten Bedarf haben? Welche anderen Kommunikationswege kommen besser an?

Es gab neben der Broschürenflut in den letzten Jahren aus diesen Überlegungen heraus einen regelrechten Hype bei Präventionsprogrammen mittels Computerspielen, der allerdings wieder zurückgeht, weil die in diesem Gefolge gut gemeinten Computerspiele nicht den Thrill erzeugen können, den Jungs in ihren sonstigen Spielen erleben. Aber ich denke, etwas wirklich Aufwendiges und Aufregendes zu entwickeln könnte auf jeden Fall die Ansprache dieser Zielgruppen verbessern.

Die Wahl der Medien und die Erprobung neuer Ansprachekanäle kann man sich von den kommerziellen Anbietern anschauen. Die Anbieter bringen weniger Texte heraus und kommunizieren mehr über neue Medien. Die Texte in den Broschüren sind sehr, sehr bildlastig; es gibt also auch ein anderes Verhältnis von Text und Bildelementen. Es gibt beispielsweise eine von Pfizer gesponserte Homepage für Männerdepression, die auch gezielt die Frauen anspricht, weil es eben nach der gesellschaftlichen Arbeitsteilung häufig so ist, dass Frauen ihre Männer dazu bringen können, sich behandeln zu lassen. Auf dieser Homepage gibt es Tipps für die Partnerin, was sie denn tun kann, wenn sie den Verdacht hat, ihr Mann ist depressiv, und wie sie ihn zu einer Behandlung bewegen kann. Dabei werden sehr naheliegende Überlegungen kommuniziert: Mitunter kann es einfacher sein, als erstes zum Hausarzt zu gehen und die medikamentöse Behandlung ins Auge zu fassen. Viele Männer werden den Hausarzt und ein Medikament eher akzeptieren können als psychologische Hilfe oder psychiatrische Unterstützung. „Üben Sie möglichst wenig Druck aus. Stellen sie kein Ultimatum. Lassen Sie ihm Zeit zum Überlegen und Entscheiden. Sprechen sie davon, dass Sie sich Sorgen machen, und Sie froh wären, er würde etwas unternehmen. Sprechen Sie nicht von seinen Fehlern und von seiner

Unfähigkeit.“ Ähnlich ausdifferenzierte Strategien zum Einbezug von Partnerinnen kommen in der traditionellen Gesundheitsversorgung gar nicht erst vor.

Die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung hat in einigen Bereichen auch geschlechtsspezifische Materialien entwickelt, z. B. im Rahmen einer Nichtraucherkampagne. Es gibt dort mädchen- und jungenspezifische Spots. Man hat sich überlegt, wie man Jungen und wie man Mädchen anspricht, eben weil es keine Kinowerbung für geschlechtslose Wesen geben kann. Im Vergleich zu Spots aus der Kosmetik-Werbung ist er sehr textlastig und sehr ernst gemacht und das spielerische Element fehlt völlig, aber es geht trotzdem in die richtige Richtung. Gut ist auch der Ansprechkanal Sport, zumindest für eine gewisse Gruppe von Jungen. Die Bundeszentrale hat für diesen Themenbereich auch erstmals geschlechtertypische Materialien entwickelt, wo tatsächlich auch an vorhandenen Lesegewohnheiten, aber auch in der Gestaltung an Geschlechterrollen angeknüpft wird.

Ich glaube, man muss in der Prävention weg von den Materialien hin zu den Strukturen, die die Inhalte gut kommunizieren können, wie beispielsweise Erzieherinnen und Erzieher in Kindertagesstätten oder Lehrerinnen und Lehrer in Grundschulen. Dann sind Materialien vielleicht ein Hilfskonstrukt, aber nicht der einzige Weg zur Prävention. Die Zusammensetzung von Teams ist ein wichtiger Punkt. Die Geschlechterparität des Publikums bei dieser Veranstaltung ist ungewöhnlich für ein Männergesundheitsthema und schon mal viel wert. Normalerweise interessieren sich für Männergesundheit immer noch mehr Frauen als Männer. Ob es daran liegt, dass das Glück der Frauen die Gesundheit der Männer ist (wie ein Sprichwort sagt), weiß ich nicht, aber Männer interessieren sich für diese Themen (noch) nicht. Dies spiegelt sich auch in der Zusammensetzung von Präventionsteams oder von offiziellen Strukturen wider. In fast allen Gesundheitsförderungs- und Präventionseinrichtungen arbeiten deutlich mehr Frauen als Männer, weil diese Themen von Frauen tatsächlich mehr angenommen werden.

Die Outcome-Messung in der Prävention und Gesundheitsförderung und damit auch eine effektive Qualitätssicherung werden seit langem vernachlässigt. Wenn wir nachgucken würden, was die ganze Prävention bringt, dann würden wir sehr schnell feststellen, dass wenig zielgruppenspezifische Prävention grundsätzlich wenig bringt - und für Männer noch weniger. So werden wir Geschlechterrollen eher stabilisieren als Ungerechtigkeiten oder Defizite in der Gesundheitsförderung abbauen.

Was kann man vom Männergesundheitsmarkt möglicherweise lernen? Ich glaube, man kann von ihm lernen, dass die Verbindung von Gesundheitsthemen mit traditioneller Männlichkeit gelingen kann. Gesundheit ist ja eher ein Thema, das in der gesellschaftlichen Arbeitsteilung den Frauen zugeschlagen wird. Vor 20 Jahren wäre eine Produktlinie mit Männerkosmetika, die mitunter die größten Wachstumszahlen in dem ganzen Produktkatalog einer Firma ausweist, überhaupt nicht entstanden, weil es nicht zu der Männerrolle gepasst hat. Was die Werbung in diesem Bereich geschafft hat, ist andere Akzente zu setzen und zu sagen: Es kann auch eine sehr männliche Verhaltensweise sein, seinen Körper zu pflegen und sich z.B. einzucremen, eben weil es zur (neuen) Männerrolle passt.

Auf dem Männergesundheitsmarkt lässt sich erkennen, wie man tatsächlich an den Mann kommt. Was man dort unter anderem lernen kann, ist die Überwindung der Humorlosigkeit von Gesundheitsthemen. Wir kommen immer mit sehr ernststen Botschaften und mit Vorsorgebotschaften für Erkrankungen, die uns möglicherweise erst in 20 Jahren betreffen. Es ist beispielsweise schon ein sehr rationale Denkweise

zu sagen: Ich fahre mit 20 weniger schnell Auto, damit ich auf jeden Fall mein 84. Lebensjahr noch erreiche, obwohl alle anderen 20jährigen ihren Spaß am schnellen Fahren ausleben und ihre Autos austesten. Vieles in diesem Sektor wird relativ spaßlos kommuniziert. Vom kommerziellen Gesundheitsmarkt kann man lernen, auch Spaßthemen mit dem Gesundheitsbereich zu verknüpfen; einige Männerzeitschriften wie beispielsweise Men's Health oder auch Werbespots für Männerkosmetika machen dies deutlich.

Ich sehe aber auch insbesondere Handlungsbedarf bei der Verankerung von Gender-Mainstreaming in der Gesundheitsversorgung, -förderung und -forschung. Die Frauengesundheitsforschung ist wirklich nicht gut ausgebaut in Deutschland; die Männergesundheitsforschung steckt noch in den Kinderschuhen. Ich bin ohnehin kein Fan davon, die Interessen von Männern gegen die von Frauen auszuspielen, was beispielsweise die Verteilung von Forschungsgeldern anbelangt. Wir brauchen auch nicht wirklich einen Männergesundheitsbericht, nur weil es vor fünf Jahren einen Frauengesundheitsbericht gab. Wir haben in Deutschland mit dem Robert-Koch-Institut bereits über eine gegenderte Gesundheitsberichterstattung, die die Problemlagen für alle Geschlechter deutlich macht. Wir brauchen aber vielleicht für einzelne Bereiche männerspezifische Fragestellungen in der Gesundheitsberichterstattung. Im Übrigen müssen wir auf Bundesebene in der Gesundheitsberichterstattung eigentlich nur die vielen, vielen Daten weiter auswerten, wie das momentan gemacht wird.

In Bereichen der Forschung haben wir tatsächlich Bedarf. Wenn Forschungsgelder für Männergesundheitsthemen zur Verfügung gestellt werden, sind dies meistens medizinische Themen, die sich weniger mit psychosozialen und salutogenen Fragestellungen auseinandersetzen.

Auf Bundesebene brauchen wir so etwas wie neutrale Informationsmöglichkeiten. Wie ich bereits sagte, gibt es zwar viele Informationen im Netz, aber diese sind alle interessengeleitet und wollen vor allem Produkte und Dienstleistungen an den Mann bringen. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat seit 2003 eine Frauengesundheitsdatenbank, und etwas Ähnliches für Männer sollte möglich sein. Auch für den Bereich der Männergesundheit brauchen wir unabhängige, neutrale und bewertete Gesundheitsinformationen, bei denen man nicht den Anbietern ausgeliefert ist.

Die wesentlichen Stellschrauben für gesundheitsbewußtere Männer werden allerdings nicht wie eingangs bereits erwähnt im Gesundheitswesen selbst, sondern eher in Sozial- und Bildungsberufen gestellt. Dort müssen die Multiplikatoren frühzeitiger und umfassender für geschlechtergerechtes Arbeiten qualifiziert werden - insbesondere in den frühen Bildungseinrichtungen, denn diese tragen viel dazu bei, die klassischen Geschlechterrollen zu reproduzieren. Darüber hinaus müssen wir zielgerichtete Angebote für Männer und Jungen mit dem höchsten Bedarf entwickeln. Die bisherigen Angebote erreichen vor allem die Gruppen, die den wenigsten Bedarf haben; die mit dem höchsten Bedarf, also sozial benachteiligte Gruppen werden kaum erreicht.

Thomas Altgeld ist Diplom-Psychologe. Seit 1993 ist er Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. Zuvor war er Geschäftsführer der Aidshilfe Hamburg. In diesen Funktionen beschäftigt er sich verstärkt auch mit dem Themenbereich Männer und Gesundheit, insb. mit den Möglichkeiten der Gesundheitsförderung und Präventionsangebote für Männer. Er hat Lehraufträge an der Medizinischen Hochschule Hannover, der Fachhochschule Luzern und der Fachhochschule Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven.

Kontakt:

Thomas Altgeld

Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.

Fenskeweg 2

30165 Hannover

Tel.: 05 11/3 88 11890

e-mail: thomas.altgeld@gesundheit-nds.de

www.gesundheit-nds.de

Brauchen wir eine Männergesundheitsbewegung?

Handlungsbedarf bei den Versorgungsstrukturen aus der Perspektive der Männergesundheit

PD Dr. med. Wolfgang Harth

Ich möchte Ihnen heute Antworten zu der Frage geben: Brauchen wir eine Männergesundheitsbewegung? Und möchte Ihnen das aufzeigen, was auch schon in den vorherigen Vorträgen angeklungen ist: Männermedizin ist eine bio-psycho-soziale Herausforderung und demnach ein sehr komplexes Thema, wie viele andere Gesundheitsthemen heute auch sehr komplex geworden sind.

Ich selbst bin von Haus aus Dermatologe. Dermatologie hat sich immer schon mit Andrologie (vorwiegend mit Spermienuntersuchungen) befasst – auch schon bevor es die Andrologie als Qualitätsbegriff gab. Dies rührt daher, dass die Syphilis ein Hauptgebiet der Dermatologie war und sich Dermatologen auf diesem Weg auch mit Geschlechtskrankheiten befasst haben.

In Berlin gibt es seit 2006 – in anderen Bundesländern schon länger – einen Facharzt für Andrologie. Das ist für die Männergesundheitsbewegung etwas ganz Phantastisches. Es gibt nun einen Qualitätsbegriff, der einen auszeichnet, für den man also 1 ½ Jahre lang ausgebildet wird und anschließend eine Prüfung bei der Landesärztekammer ablegen muss. Dies ist seit Dezember 2006 hier in Berlin möglich.

Wie immer in der Medizin ist der Qualitätsbegriff allein aber nicht ausreichend. Es geht für die Patienten auch darum, ob sie zu einem solchen Spezialisten Vertrauen haben. Und es geht darum, was er ihnen anbietet und ob er nur einen Ausschnitt des Problems sieht. Ich möchte Ihnen heute aufzeigen, was die nächsten Schritte sein werden, um eine bessere Versorgung im Bereich der Männergesundheit zu erreichen.

Kommen wir zurück zum Andrologen - dem Pendant zum Gynäkologen. Er beschäftigt sich u.a. mit Infertilität (unerfüllter Kinderwunsch), Hypogonadismus (Unterfunktion der Keimdrüsen), erektiler Dysfunktion (Impotenz), Libidoverlust und Empfängnisverhütung.

Am Beispiel der erektilen Dysfunktion möchte ich Ihnen einmal zeigen, auf welchem sehr komplexen Themenfeld wir uns bewegen. Mit der Bevölkerungsentwicklung gibt es immer mehr älter werdende Männer und damit auch Wechseljahrsprobleme der Männer. Früher kannte man dies nur von Frauen, deren Periode irgendwann ausblieb. Männer hingegen kommen sehr schleichend in diese Wechseljahre - wenn man sie denn so nennen will. Ab 40 sinkt bei ihnen das hormonelle Testosteron.

Die Pille für den Mann gibt es noch nicht. Wissenschaftliche Untersuchungen zu diesem Thema werden im Moment durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen noch gravierende Nebenwirkungen auf, deswegen ist noch nicht abzusehen, wann so ein Präparat überhaupt auf den Markt kommt.

Wenn man sich Erektionsstörungen rein medizinisch anschaut, dann sehen Sie, wie komplex das ist. Es gibt nämlich eine Vielzahl von Erkrankungen, die so etwas auslösen können, von Diabetes mellitus über Bluthochdruck und koronaren Herzkrank-

heiten bis hin zu Nierenerkrankungen, Unfallfolgen oder Depressionen. Der Androloge muss also eigentlich ein sehr breit aufgestellter Mediziner sein. Die Facharztbezeichnung „Androloge“ kann aktuell von Urologen, Endokrinologen oder Dermatologen erworben werden.

Werden Medikamente eingenommen, können diese oftmals als Nebenwirkung zu Erektionsstörungen führen, beispielsweise Antidepressiva oder viele Mittel gegen Bluthochdruck. Dazu kommen die heute schon oftmals erwähnten Lebensbedingungen der Männer: Rauchen, Alkohol- oder Drogenmissbrauch und auch Bewegungsmangel oder Stress.

Stress ist ein neues Thema, über das man Männer gut ansprechen kann, denn Stress hat jeder, und jeder ist abends müde, wenn er von Arbeit kommt. Es gibt aus dem Jahr 2007 Untersuchungen aus asiatischen Ländern, die zeigen, dass mit jedem Lebensjahr rund ein zusätzliches Prozent aller Männer an Erektionsstörungen leidet. Im Alter von 31 bis 40 Jahren sind es 28,6 Prozent, im Alter von 61 bis 70 Jahren schon 61,1 Prozent. (In Asien ist die Prävalenz allerdings höher als in Europa.) Aufgrund der hohen Zahl von Betroffenen wird das Thema in unserer Gesellschaft nun enttabuisiert.

Durch diese Untersuchung wurde erstmal gezeigt, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen der Zahl der Arbeitsstunden und dem Auftreten von Erektionsstörungen – auch eine Erklärung, warum Asien eine höhere Prävalenz hat als Europa. Das sind die drei Ks, die heute schon angesprochen wurde: Karriere, Konkurrenzdenken und Kollaps.

Erektionsstörungen haben zu 80 Prozent organische Ursachen. Das Alter als Risikofaktor kann man nicht beeinflussen. Körperliche Krankheiten oder hormonelle Störungen sollten behandelt werden. Aufklärung und Prävention zu einem gesunden Lebensstil sollten weiter vorangetrieben werden. Zu über 60 Prozent gibt es daneben kausal psychische Ursachen: Insbesondere bei älteren Männern werden Depressionen, Angst- oder Persönlichkeitsstörungen wie auch Partnerschaftsprobleme dann mit ins Bett genommen. Jüngere Männer haben fast immer Sorge um ihre Penisgröße. Es kommen auch Konflikte - insbesondere Versagensängste - der beteiligten Personen dazu. Sexuell deviante Neigungen oder auch sexuelle Störungen bei dem Partner oder der Partnerin können ebenso eine Rolle spielen. Wenn Sie diese psychologischen Aspekte nicht beachten, werden Sie diese Störungen nicht in den Griff bekommen. Psychotherapeutische Grundversorgung ist demnach bei Männern mit Erektionsproblemen ein weiterer zentraler Faktor in der Behandlung.

Soziale Faktoren wie geschlechtstypisches Rollenverhalten und sexuelle Normen können ebenfalls eine Rolle spielen. Hier sind ganz häufig Medienberichte ursächlich. Wir wissen, dass 80 Prozent aller Frauen mit Brustvergrößerungen die Idee letztendlich aus den Medien bekommen haben. Über die Auswirkungen von Medien auf Männer beispielsweise gibt es kaum Untersuchungen.

Unser Schwerpunkt für Männermedizin am Klinikum Friedrichshain berücksichtigt dieses bio-psycho-soziale Modell. Jeder Mann hat einen Case-Manager - einen Andrologen oder Psychologen. Es gibt kaum Schwellen oder Berührungsängste, so dass es ganz normal ist, in diesem Umfeld auch über psychische Probleme offen zu sprechen. Dieser Case-Manager kooperiert mit Internisten, Kardiologen, Sportmedizinern, Urologen, auch mit Gynäkologen, d.h. es besteht ein breites Netzwerk von Experten. Ein Spezialist allein wird aus meiner Sicht in der Zukunft eine solche Beratung nicht bewältigen können. Wir brauchen daher spezialisierte Zentren - mög-

lichst flächendeckend. Diese müssen einfach zu erreichen sein, damit die Männer einen Anlaufpunkt haben, zu dem sie hingehen können. So kann Männermedizin in praktische Realität umgesetzt werden.

Lebensstiländerung steht dabei an erster Stelle. beispielsweise zur Behebung der Erektile Dysfunktion. Risikofaktoren wie Alter, Bluthochdruck, Bewegungsmangel, Diabetes oder Rauchen können dabei durch die einfache Einnahme einer Pille wie Viagra nicht behoben werden und bleiben bei einem gewissen Anteil der Männer, wirkungslos – eben wegen der Risikofaktoren. Daher brauchen wir eine Änderung des Lebensstils: gesunde Ernährung, ausreichend Sport, Nichtrauchen, Stressmanagement, Entspannungsverfahren.

Männer, die zu uns in die Sprechstunde kommen, erhalten einen Check-up-Fragebogen (den sog. Heinemann-Score) mit 17 wissenschaftlich anerkannten möglichen Beschwerden der sog. männlichen Wechseljahre. Hier werden auch psychische Faktoren abgefragt. Die meisten Männer beantworten ihn mit großem Interesse und sehr sorgfältig.

Wechseljahre können in vielen Bereichen ähnliche Symptomatiken aufzeigen wie Depressionen, die aber von den Männern weggedrückt werden. Es hat ja einer langen Entwicklung bedurft, bis in unserer Gesellschaft psychische Erkrankungen überhaupt offen diskutiert und therapiert wurden, bis man offen sagen konnte, man macht eine Psychotherapie. Männer stehen da noch etwas mehr am Anfang. Ebenso wie auf Wechseljahre können Symptome wie Reizbarkeit, körperliche Erschöpfung, Schlafstörungen, getrübbte Stimmung, Interessensverlust, Antriebsmangel oder die Abnahme der Libido auch auf Depressionen hindeuten.

Ein anderer Ansatzpunkt, insbesondere für uns Dermatologen: Sehr häufig bekommen Patienten, die Anabolika nehmen, eine starke Akne (54 Prozent). Das ist für uns natürlich auch ein Anlass, mit ihm ins Gespräch zu kommen und beispielsweise die dahinter stehenden Minderwertigkeitsgefühle zu thematisieren.

Das Entscheidende ist, die Gesundheitsbildung in der Zukunft zu verändern und auszubauen. Das ist nicht nur ein männertypisches Problem: Man weiß, je höher die Bildung, desto besser die Gesundheit. Das ist eine gesamtpolitische Aufgabe. Um die Einstellung zur eigenen Gesundheit zu ändern, ist es besonders auch bei Männern wichtig, die Vorteile aufzuzeigen, die Prävention und Vorsorge gegenüber einem Abwarten oder Verdrängen von Problemen haben. Wir Andrologen haben bei Erektionsstörungen einen guten Ansatzpunkt, aktiv zu werden, weil sich in einem solchen Fall viele Männer in ihrem Selbstwert gekränkt fühlen und dann bereit sind, ihren Lebensstil zu ändern. Männer wollen aber in der Regel lieber „testen“ und „handeln“, anstatt Prävention zu betreiben. Es gibt Strategien, die Männer dort abzuholen, wo sie stehen. Das muss sich aber im breiten medizinischen Verständnis noch weiter durchsetzen. Und deshalb brauchen wir auch Männersprechstunden, um Männer aus der Nische zu holen.

PD Dr. med. Wolfgang Harth ist Dermatologe und Androloge. Er arbeitet als Oberarzt und Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten am Vivantes-Klinikum am Friedrichshain in Berlin. Seit 2007 leitet er dort das Zentrum für Männergesundheit, das auf die Behandlung besonderer Erkrankungen und gesundheitlicher Bedürfnisse von Männern ausgerichtet ist und u.a. auch spezielle Sprechstunden für Männermedizin anbietet.

Diskussion (Teil II):

Gast:

Ich will auf keinen Fall Professor Sommer das Wort reden, aber ich möchte eine Sache klarstellen. Ich habe die Reaktion vieler Zuhörer gesehen auf den Satz: „Die Funktion des männlichen Gliedes ist die Antenne des Herzens“. Das stellt in einem sehr griffigen Satz dar, dass das Nicht-Funktionieren des Gliedes darauf hinweisen kann, dass das Herz geschädigt oder gefährdet ist. Das hat etwas mit den kardiovaskulären Gefäßen zu tun, die noch ein kleines bisschen größer sind als die Gefäße rund um den Penis, und deshalb erst später betroffen sind. Die Erektionsstörung tritt also ein, bevor Durchblutungsstörungen im Herz auftreten. Ich finde, das ist mit dem Satz eigentlich sehr schön wiedergegeben.

Gast

(Bundesverband Prostatakrebs Selbsthilfe e.V.):

Herr Altgeld, Sie haben vorhin diesen PSA-Test, also den Prostataspezifischen Antigentest, etwas herunter geredet. Ich glaube, zumindest wir Männer, die von Prostatakrebs betroffen sind, sollten darüber froh sein. Für Frauen gibt es bei Brustkrebs nichts Gleichwertiges. Das eigentliche Problem ist: Wie gehe ich mit der Information um? Viele Urologen - besonders die, die sich nicht in Weiterbildungskursen einfinden - wissen damit nicht umzugehen. Die gehen stur von bestimmten Werte aus und entscheiden danach, ob man operieren muss oder nicht. Und das ist ein ganz großer Unsinn, denn heute weiß man, dass man den Verlauf der Erkrankung beobachten muss. Dazu braucht es Zeit, und dazu muss man über mehrere Quartale hinweg Blut abnehmen. Ein erhöhter PSA-Wert ist niemals ein Notfall.

Gast:

Ich möchte für einen Männer-Gesundheitsbericht plädieren. Wenn ich die Lebensjahre, die Männern verloren gehen, vergleiche mit der Zahl der Verkehrstoten, dann muss ich sagen, dass die Männer sehr viel an diesem System zu leiden haben. Ein Männer-Gesundheitsbericht könnte die Aufmerksamkeit und das Interesse der Öffentlichkeit verändern, und damit endlich eine Änderung der Verhältnisse herbeizuführen.

Gast:

Ich habe eine Frage an Herrn Altgeld: Haben Sie praktische Erfahrungen gemacht hinsichtlich der von Ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen, auf welche Art und Weise man Männer besser ansprechen könnte? Oder sind es Anregungen, insbesondere was neue Medien anbetrifft? Gibt es hier Umsetzungsvorschläge oder Wege, wie man Männer besser erreichen kann?

Thomas Altgeld:

Bei den neuen Medien sind wir etwas unterbelichtet, aber wir haben schon geguckt, was kann man in Kindertagesstätten mit ErzieherInnen machen, damit diese mit Jungs geschlechtersensibel umgehen und eben nicht klassische Rollenstereotype reproduzieren. Aber in ein Video- oder Computerspiel zu investieren, das ist relativ teuer. Die BzGA hat das in einigen Bereichen gemacht und eigentlich müsste man da noch mehr investieren, denn – wie ich eben schon gesagt hab – war das bislang

im Vergleich zu anderen Computerspielen sehr reizlos. Man müsste hier wirklich versuchen, etwas Adäquates auf den Markt zu bringen. Das ist aber eine Aufgabe für eine Institution, die viel Geld hat – also in erster Linie die BzGA.

Wir haben auch beispielsweise in Jugendfreizeiteinrichtungen Projekte mit männlichen Jugendlichen gemacht, bei denen wir den Zugang über dort Beschäftigte und über die Jugendlichen selbst gesucht haben.

Der PSA-Test wird genauso gehandhabt, wie Sie es sagen, also mit sehr viel Unsicherheit von Seiten der Anbieter und mit noch mehr Unsicherheit auf Seiten der Patienten. Für einige kann dies auch schädlich sein, gerade wenn zu früh operiert wird, weil der Arzt sich unsicher war oder mit Dauerwerten nicht umgehen kann – Sie werden in Ihrer Arbeit ja häufig mit den Folgen konfrontiert. Ich denke, wir brauchen eine klare Richtlinie. Der Test darf auch nicht dauerhaft eine IGELEistung sein. Wenn er sinnvoll ist, müsste er auch standardisiert und mit einer hohen Qualitätssicherung angeboten werden. Aber das ist er momentan nicht, leider.

Dr. med. Harald Terpe MdB:

Ich hätte eine Frage an Herrn Harth: Sie hatten ja sehr schön an dem ausgewählten Thema Erektionsstörungen gezeigt, wie man sich einem komplexen Thema auch organisatorisch nähern kann. Ich würde aber gern wissen, ob die Fokussierung auf mehr oder weniger urologische bzw. andrologische Themen bei der Männergesundheit zielführend ist oder ob es Ihrer Ansicht nach nicht doch eher ein sehr viel breit gefächertes Thema sein sollte. Und ich würde Sie als Arzt gern fragen, ob Sie der Meinung sind, dass die Männergesundheit in den GBA-Vorgaben ausreichend abgebildet ist. (GBA steht für „Gemeinsamer Bundesausschuss“, der über die Verteilung der Gelder im medizinischen Behandlungssektor entscheidet.)

Dr. med. Wolfgang Harth:

Ich denke, es ist ein Anfang, dass es überhaupt ein Qualitätsbegriff „Andrologie“ gibt. Das ist erstmal ein guter Schritt.

Die Erektionsstörung ist eine Erkrankung des ganzen Menschen, genauso wie wir heute auch Krebs oder HIV-Erkrankungen als eine Erkrankung des ganzen Menschen sehen. Wir brauchen also interdisziplinäre Herangehensweisen. Es ist aber so, dass sich traditionell bestimmte Spezialisten schon länger mit Erektionsstörungen befasst haben. Die sind meistens in den einzelnen Regionen bekannt und haben ein Netzwerk von Hausärzten oder Urologen, die Patienten zu ihnen überweisen.

Sowohl Viagra als auch andere Medikamente wurden letztendlich mal erfunden, um den Blutdruck zu senken, haben sich dann aber auch als gut für die Potenz erwiesen. Diese Medikamente werden nicht von der Kasse übernommen. Damit beruht der gesamte Bereich der Sexualmedizin bei Männern vorwiegend auf IGEL-Leistungen, es sei denn die Hormonbeschwerden sind angeboren. Darüber besteht gesellschaftlich auch ein breiter Konsens.

Natürlich gibt es, beispielsweise im Bereich der Testosteronsubstitution, schwarze Schafe. Sie wissen, dass der Radprofi Sinkewitz, der mit 25 mg Testosteron erwischt wurde, dies von Ärzten in Freiburg verschrieben bekam. Man sollte sich aber daran halten, was die Fachgesellschaften empfehlen. Es gibt Referenzwerte für Testosteron, mit denen vernünftige Ärzte mit vernünftigen Patienten vernünftige Therapiestrategien verfolgen können.

Es ist tatsächlich ein Verdienst von Herrn Sommer, dass er versucht hat bekannt zu machen, dass die kleinen Gefäße im Penis die „Wünschelrute“ des Mannes sind. Das heißt, wenn die Erektion in den Keller geht, dann ist doch auch ein anderes Organ krank. Das muss man heute auch beim Hausarzt erkennen, aber der Gedanke ist leider noch nicht weit verbreitet. Mit dieser Veranstaltung sind wir Avantgarde und stehen ganz am Anfang.

**Andreas Haase
(Agentur Männerwege GbR):**

Ich bin Gendertrainer und Herausgeber einer Zeitschrift für Männer und Jungenarbeit. Ich leite eine AG Männergesundheit im Rahmen einer kommunalen Gesundheitskonferenz in Nordrhein-Westfalen. Was ich erlebe – in dieser Runde wie auch in anderen Runden – ist, dass wir mit ganz unterschiedlichen Professionen am Tisch sitzen: Ärzte, psychosoziale Beratungsstellen, Männer-Arbeiter, eher körperbewegte Menschen etc. Wir kommen schwer in eine Diskussion über die Begriffe „Gesundheit“, „Vorsorge“, „Selbstsorge“ usw. Deshalb meine Frage an alle Vortragenden: Wie kriegen wir es hin, einen Dialog zu gestalten, der diese ganz unterschiedlichen Zugänge von Männern und Professionen zum Thema Gesundheit wirklich so gestaltet, dass es uns weiterbringt? Bei Projekten stellt man sehr schnell fest, dass jeder seine eigenes Interesse hat – seien es ein kommerzielles Interessen oder ein Interesse an mehr Patienten. Wie kriegen wir einen guten Dialog hin? Ich merke auch hier, dass die Diskussion sehr schnell ganz unterschiedliche Aspekte aufgreift und diese aneinander vorbeischliddern.

Prof. Dr. Toni Faltermaier:

Die gemeinsame Sprache ist in der Tat ein Problem. In den Gesundheitsberufen und –disziplinen haben wir ganz unterschiedliche Ausrichtungen: von naturwissenschaftlich, medizinisch bis sozialwissenschaftlich, psychologisch, politologisch usw. Wir haben in Deutschland in den 90-er Jahren ja mal eine intensive Phase der Public Health - Forschung und –Förderung, wo versucht wurde, Gesundheitswissenschaften interdisziplinär einzuführen und alle Professionen, die hier beteiligt waren, mit ins Boot zu kriegen. Da wurde schnell klar, dass man auch sprachlich eine gemeinsame Ebene finden muss, um eine gemeinsame Basis für den Dialog zu finden. Ich denke, diese Entwicklung ist leider etwas gestoppt - auch dadurch, dass sich die Disziplinen leider tendenziell in kleine Fachgesellschaften verselbstständigen und damit eigentlich die Power, die solche interdisziplinären Organisationen haben könnten, wieder verloren geht. Es gibt sehr starke politische Kämpfe zwischen diesen verschiedenen Disziplinen. Ich denke, wenn man sich bei bestimmten Themen wie der Männergesundheit wieder zusammensetzt, haben wir eine Chance.

Man muss natürlich immer berücksichtigen, dass es schon ganz unterschiedliche Interessen gibt. Das Thema Wechseljahre bei Männern beispielsweise finde ich ein bisschen schwierig, wenn es rein aus medizinischer Sicht betrachtet wird, und auch die Gefahr einer Medikalisierung sehr groß ist. Da müssten wir auch psychosoziale Aspekte berücksichtigen und darüber reden, an welcher Stelle es notwendig ist, von einer Krankheit zu sprechen bei einem Prozess, der natürlich auch mit dem zutun hat, dass Männer älter werden. Und dass dann natürlich auch psychosoziale Krisen entstehen können, weil Männer - wie Frauen auch - in der Mitte ihres Lebens vielleicht eine Lebensbilanz ziehen und auch zu negativen Resultaten kommen. Ich frage mich deshalb: Brauchen wir dafür eine neue Krankheit oder reicht es nicht aus zu sagen, dass Männer wirklich eine Depression haben?

Man muss das Thema Männergesundheit in Zukunft stärker thematisieren – insbesondere auch im Dialog mit dem anderen Geschlecht. Wir sollten nicht risiko- und krankheitsorientiert denken, sondern Männern aufzuzeigen, was für einen Gewinn an Lebensqualität für sie in diesem Bereich entstehen kann. Deswegen ist für mich ein salutogenetischer und subjektorientierter Zugang, der aber die Strukturen nicht vergisst, das Wesentliche.

Dr. med. Haydar Karatepe:

Ich möchte noch einmal auf meine drei Punkte eingehen: das Informieren, das Motivieren und die Hilfe, eine gesunde Lebensweise in den Lebensalltag zu integrieren. Ich denke, dass wir überall da, wo Männer sich verorten, sie auch ansprechen müssen. Das ist ein Querschnittsthema über alle Fachbereiche, Disziplinen und Professionen hinweg. Insofern ist sicherlich auch das Zusammenbringen der verschiedenen Professionen kein größeres Problem, weil jeder, der sensibel dafür ist, mit Männern umzugehen, das Thema auf seine Art und Weise und in seinem Arbeitsgebiet dann auch den Männern nahe bringen kann. Das würde sicherlich zur Gesunderhaltung der Männer wesentlich mehr beitragen als zeitlich begrenzte einzelne Projekte.

Thomas Altgeld:

Ich glaube, wir brauchen einen anderen Gesundheitsbegriff. Wir diskutieren im Bereich der Männergesundheit ja oft entlang von Krankheiten – und die Krankheiten sind sehr am Penis orientiert. Ich glaub, man muss woanders anfangen - nicht im Gesundheitswesen selbst, sondern im Sozial- und Bildungsbereich und vielleicht unter einem anderen Stichwort wie „Identitätsentwicklung“, „Kompetenz“ oder „Persönlichkeitsentfaltung“. Da kann man viel für die Männergesundheit tun, was sich hinterher auch bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen positiv auswirkt. Hier wäre natürlich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gut.

Ich glaube aber, viele Professionen haben einfach handfeste (Markt-)Interessen. Dem muss man sich stellen und gucken, wie man damit umgeht. Pfizer beispielsweise will mit seinem Medikament Geld verdienen, auch wenn es bestimmten Männern für ihre Lebensqualität nützt. Und auch Ärzte sind Wirtschaftsunternehmer. Männergesundheit ist kein so verbindendes Thema, dass wir damit irgendwie alle glücklicher werden, wenn wir uns darüber austauschen. Hier kommen auch die Gegensätze wieder zum Tragen, die ohnehin schon das Gesundheitswesen bestimmen – vielleicht bei den Männern sogar noch ein bisschen schärfer.

Dr. med. Wolfgang Harth:

Ich denke, der Mann muss am Ende selbst aktiv werden, er muss sein eigener Gesundheitsmanager werden. Das ist sicherlich eine gesundheitspolitische Aufgabe, die viel mit Bildung und auch viel mit Änderung des Gesundheitsbewusstseins zu tun hat. Aber wir müssen vor allem Schwellenängste abbauen, damit auch Männer sich um ihren eigenen Körper kümmern.

Fazit

Dr. Harald Terpe MdB

**Obmann im Gesundheitsausschuss, Bündnis 90 / Die Grünen
Bundestagsfraktion**

Das Thema Männergesundheit ist – wie wir erfahren haben - kein rein gesundheitspolitisches oder gar medizinisches Thema. Wir berühren damit nicht nur Aspekte aus dem gesundheitlichen Bereich, sondern aus einem viel breiteren Themenfeld. Es gibt Bezüge zum Bildungswesen, zur frühkindlichen Entwicklung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen, zur Arbeitswelt, aber auch zu soziologischen Aspekten wie Geschlechterrollen und –stereotypen in unserer Gesellschaft.

Gerade den letztgenannten Aspekt darf man nicht unterschätzen. Die Frauenbewegung hat immer wieder thematisiert, wie die Festlegung von Geschlechterrollen in der Gesellschaft die positive Entwicklung sowohl von einzelnen Menschen, aber auch der Gesellschaft insgesamt behindert. Das Thema Männergesundheit veranschaulicht deutlich, dass auch viele Männer sich nichts Gutes tun, wenn sie in alten Rollenmodellen – wie haben von der „sturdy oak“ gehört – verhaftet bleiben.

Gerade deshalb ist es auch falsch, im Bereich der Gesundheitsförderung und -versorgung Männer und Frauen gegeneinander auszuspielen. Zumal – wie wir gehört haben – viele Männer vom Gesundheitsbewusstsein und der sozialen Unterstützung ihrer Frauen erheblich profitieren.

Wir können Folgendes festhalten: 1. Männergesundheit ist ein bio-psycho-soziales Thema. 2. Um nachhaltige Veränderungen zu bewirken, bedarf es eines Zusammenwirkens verschiedener Professionen und Gruppen, nicht nur aus dem Gesundheitsbereich. 3. Teile des „Männer-Gesundheitsmarktes“ sind geprägt von starken finanziellen und kommerziellen Interessen, die nachhaltigen Veränderungen auch durchaus entgegenstehen können. 4. Was wir vom kommerziellen Markt lernen können, ist die zielgruppengerechte Ansprache von Männern: humorvoll, nicht allzu problematisierend und durchaus auch unter Anspielung auf alte Rollenklischees.

Die Politik allein – sei es auf Bundes-, Länder-, oder kommunaler Ebene - kann lediglich für bessere Rahmenbedingungen sorgen. Um wirkliche Veränderungen im alltäglichen Verhalten zu erreichen, muss man aber dort ansetzen und auf Männer einwirken, wo sie für Unterstützung und Beratung zugänglich sind – im Betrieb, im sozialen Umfeld (der Familie), beim Arztbesuch oder in Krisensituationen, in denen sie Hilfe suchen und bereit sind, auch über Änderungen des eigenen Verhaltens nachzudenken. Gerade dies ist bedeutend, haben wir doch gehört, dass viele der auftretenden Erkrankungen nicht von der Natur vorgegeben, sondern durch riskantes oder zumindest unreflektiertes Verhalten selbst verursacht werden. Ich denke hierbei insbesondere an einen übermäßigen Alkoholkonsum.

Wir müssen nun zweierlei tun: Wir müssen einen Dialog zwischen allen beteiligten Professionen schaffen und dafür sorgen, dass diese über den eigenen fachlichen Tellerrand hinausblicken. Die Beiträge haben gezeigt, dass die Bereitschaft dazu bei Menschen, die sich mit dem Thema ernsthaft befassen, vorhanden ist. Und wir müssen die spezifischen Probleme und Bedürfnisse von Männern im gesundheitlichen Bereich verstärkt auch öffentlich thematisieren. Mit unserem Fachgespräch

wollten wir einen Anfang machen, damit sich in der Diskussion der Beteiligten, aber auch in der gesamtgesellschaftlichen Debatte etwas bewegt.

Damit können wir nämlich auch zeigen: Gesundheit ist kein typisch weibliches Thema. Je mehr Männer sich öffentlich mit solchen Fragestellungen auseinandersetzen, desto mehr verschwindet auch dieses alte Rollenklischee. Und desto mehr werden auch Männer bereit sein, für ihren eigenen Körper und ihre Gesundheit Sorge zu tragen.

Ich danke den Referenten, meinem Kollegen Volker Beck und auch allen Gästen für die angeregte Diskussion.

