

"Fit in die Kiste" -

**Geschlechtsspezifische
männliche Prävention**

Klotz T

Blickpunkt der Mann 2006; 4

(Sonderheft 1), 8-10

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

„FIT IN DIE KISTE“ – GESCHLECHTS- SPEZIFISCHE MÄNNLICHE PRÄVENTION

EINLEITUNG

Vitalität ist ein wichtiger Aspekt in unserer Gesellschaft, die im rasantem Tempo altert. Laut Weltgesundheitsorganisation sind im Jahre 2025 über 25% der Bevölkerung in Industrieländern älter als 65 Jahre. Der natürliche Alterungsprozess betrifft alle Organfunktionen, wobei die Prävention von Erkrankungen oder Symptomen zunehmend an Stellenwert gewinnt. Ziel ist es, den Erkrankungs- oder Symptombeginn möglichst lange hinauszuzögern.

Die Fortschritte in der Gesundheitsversorgung haben in den Industrienationen bei deutlich gesteigener Lebenserwartung zu einer Erhöhung der Altersmorbidity geführt. Während in den vergangenen 100 Jahren die medizinische Forschung mit Erfolg die Analyse und Behandlung von Krankheiten zum Ziel hatte, vollzieht sich in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Wandel. Bei stark gesteigener Lebenserwartung gewinnt die Lebensqualität immer mehr an Bedeutung. Ein heute 60jähriger ist nur selten bereit, Einschränkungen seiner Lebensqualität oder körperlichen Leistungsfähigkeit hinzunehmen.

THEORIEBILDUNG – GESCHLECHTSSPEZIFISCHE PRÄVENTION UND LEBENS- QUALITÄT

Wesentlich für eine effektive Prävention und Lebensqualität ist die Berücksichtigung von genetischen und umweltbezogenen Risikofaktoren sowie der Sozialisation. Die Betrachtungen von Risikoverhalten und Sozialisation legen nahe, daß ein gesundheitsbezogener Lebensstil, Aufklärung sowie präventive

Interventionen möglichst früh, am besten vor der Pubertät, einsetzen müssen, um für die Mortalität und Morbidität im Laufe des Lebens wirksam zu werden. Dies gilt auch für urologische/andrologische Erkrankungen, obwohl diese erst im höheren Alter symptomatisch werden. Andrologische Erkrankungen haben dabei in besonders hohem Umfang Einfluß auf die Lebensqualität. Prävention und Gesundheitsförderung führen zu einer Morbiditätskompression bei gleichzeitiger Lebensqualitätsverbesserung bzw. -erhalt. Dies wird für die Industrienationen vordringliches gesundheitspolitisches Ziel sein, um die ausufernden Kosten in den Griff zu bekommen (Abbildung 1).

ORGANBEZOGENE BEHAND- LUNGSVERFAHREN DOMINIEREN

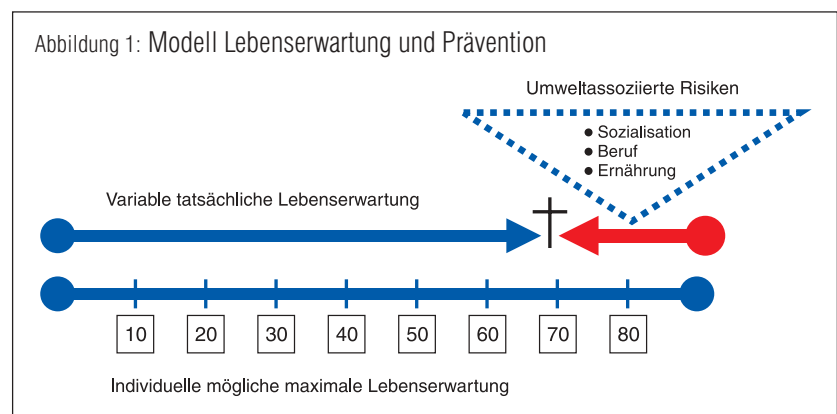
Ein weiterer Trend der letzten Jahre ist die Dominanz von organbezogenen Behandlungsverfahren von Befindlichkeitsstörungen. Die verhaltens- oder psychotherapeutische Betrachtung tritt eher in den Hintergrund. Dies verwundert nicht, da durch die pharmakotechnischen Neuentwicklungen der letzten Jahre sehr spezifische Angriffsorte für z. B. medikamentöse geschlechtsspezifische Behandlungen bekannt wurden (z. B. PDE5-Hemmer, Alpha2-Reduk-

taseinhibitoren, Testosteronersatztherapie etc.). Zudem scheint sich herauszukristallisieren, daß für eine Reihe von sogenannten Befindlichkeitsstörungen in erster Linie wohldefinierte organische Faktoren verantwortlich sind und erst nachfolgend psychische Faktoren hinzukommen. Die neue Ära der medizintechnischen Entwicklungen ermöglicht es immer mehr, degenerative Alterungsprozesse, die früher als selbstverständlich hingenommen wurden, therapeutisch zu beeinflussen. Zum verinnerlichten Selbstbild der meisten Menschen gehört es, möglichst lange für die Außenwelt „jungaussehend, dynamisch und erfolgreich“ zu wirken. Folge ist eine hohe Nachfrage nach einer organbezogenen Symptomtherapie von degenerativen Alterungsprozessen.

WAS KANN UND DARF DER „MÄNNERARZT“?

Diese Frage läßt sich leicht beantworten: alles, wofür er durch Aus- und Weiterbildung Kompetenzen erworben hat. Prävention stellt eine ureigene Aufgabe der Medizin dar, die gerade für die Urologie und den andrologischen Alterungsprozess Sinn macht. Hier gibt es für die erektile Dysfunktion, Osteoporose, BPH, Infertilität und das Prostata-

Abbildung 1: Modell Lebenserwartung und Prävention



karzinom jede Menge gut fundierter Ansätze.

Niemand kann sich anmaßen, in allen Fachbereichen therapeutisch und diagnostisch auf höchstem Level tätig zu sein. Jedoch ist eine fundierte Beratung durch einen Arzt, gleich welchen Fachgebiets, z. B. hinsichtlich Ernährungsfragen, Altersendokrinologie oder prinzipiellen Herz-Kreislaufgeschehnissen sinnvoll, möglich und notwendig. Entscheidend für eine Prävention von alterassozierten Erkrankungen ist somit eine breit gefächerte Weiterbildung auch außerhalb des klassischen urologisch/androgischen Fachgebiets. Dies gilt umso mehr, da viele Fragestellungen nur interdisziplinär zu beantworten sind. Bestes Beispiel ist die Behandlung der erektilen Dysfunktion mit PDE5-Hemmern, die kardiovaskuläre Kenntnisse notwendig macht. Weitere Beispiele sind umwelt- oder berufsassozierte Erkrankungen (z. B. Diabetes, Osteoporose, Dickdarmkarzinom, Bronchialkarzinom), die durch eine frühe interdisziplinäre Beratung oder Aufzeigen von Risiken vermeidbar sind. Neben der Primärprävention gewinnt auch die Früherkennung (= Sekundärprävention) von onkologischen oder epidemiologisch relevanten Erkrankungen an Bedeutung. Hier ist zu erwähnen, daß das Prostatakarzinom, der Diabetes mellitus und psychiatrische Erkrankungen durch die Alterspyramide in absehbarer Zeit zu beherrschenden Krankheitsentitäten von Männern werden.

Dies erfordert von „Männerärzten“ jedoch die Bereitschaft, regelmäßig an interdisziplinären Weiterbildungen teilzunehmen und mit fachfremden Kollegen zu kooperieren. Der informierte und gesundheitsbewußte Patient wird dies bemerken und honorieren, da er als „Manager“ seiner Anliegen oder Krankheit auftritt und entscheidet, wem er das Vertrauen schenkt (Weißbach L, Boedefeld EW. Urologe A 2002).

LIFESTYLE UND MÄNNERGESUNDHEIT

Der Einfluß von Lifestyle auf Körperbewußtsein, sozialen Erfolg und sexuelle Attraktivität darf als gesichert gelten und geht über Einflüsse auf einzelne Organsysteme hinaus. In einer Gesellschaft, in der Lebensqualität und Lebensgenuß zu den Leitbildern des Alters gehören, wird auch die Bedeutung des Lifestyles einen hohen Stellenwert einnehmen. In den letzten Jahren ist für beide Geschlechter eine Hinwendung zu einem sportlichen körperbezogenen Lifestyle zu bemerken. Dies wird von seiten der Industrie und der Medien aus naheliegenden Gründen massiv unterstützt. Von Auswüchsen abgesehen (z. B. Anorexie-Schlankheitsideal) geht damit ein höheres Körperbewußtsein und Eigeninteresse an Prävention, Gesundheit und Früherkennung einher. Insgesamt scheint die Lifestyle-Diskussion unter diesem Aspekt medizinisch sinnvoll.

WUNSCH UND WIRKLICHKEIT

Prävention und Früherkennung werden immer nur den geringeren Teil der medizinischen Tätigkeit darstellen. Hauptaufgabe und alltägliche Wirklichkeit wird weiterhin die klinische Arbeit am Patienten sein. Dies ist auch gut so, da Diagnostik und Therapie geschlechtsspezifischer Erkrankungen weiterentwickelt werden müssen. Trotz aller präventiver Anstrengungen wird der Zeitpunkt einer Erkrankung zeitlich hinausgeschoben, jedoch im allgemeinen nicht verhindert. In diesem Zusammenhang ist beispielsweise in den letzten Jahren eine Verschiebung zu operationspflichtigen Prostatavergrößerungen ins höhere Lebensalter zu beobachten. Während früher transurethrale Re-

sektionen nach dem 85. Lebensjahr hinaus eher selten waren und als Risikoeingriffe galten, stellt eine TUR-P beim über 85jährigen heute fast eine Standardprozedur dar.

Mit der Entwicklung des Fachgebiets in Diagnostik und Therapie ist jedoch nicht die in den letzten Jahren zu beobachtende Leitlinienflut gemeint, die in keinem anderen Land in ähnlicher Weise auftritt. Interessant ist, daß seit Jahren die mangelnde Umsetzung von Behandlungsleitlinien von seiten der Fachgesellschaft bemängelt wird, jedoch ein Blick in die vorhandenen Leitlinien genügt (Hodentumoren ausgenommen), um zu erkennen, daß diese meist an der klinischen Alltagsrealität vorbei entwickelt wurden.

FAZIT

Die geschlechtsspezifische Medizin erlebte in den letzten Jahren eine Weiterentwicklung und Bereicherung. Prävention und Früherkennung werden an Stellenwert gewinnen. Ein kompetenter Arzt muß und darf beratend auch außerhalb der klassischen „klinischen“ Beratung tätig werden, sofern eine interdisziplinäre Weiterbildung und Kooperation erfolgt. Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen, Ernährungs- und Sportberatung sind Beispiele. Hier existiert mittlerweile eine solide, wissenschaftlich abgesicherte Wissensbasis für den „Männerarzt“.

An der häufigsten onkologischen Tumorerkrankung des Mannes, dem Prostatakarzinom, und an einer Befindlichkeitsstörung wie der erektilen Dysfunktion läßt sich das Spannungsfeld von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen gut darstellen. Als Trend läßt sich erkennen, daß gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen zunehmend auf die einzelne Anamnese bzw. Risikoprofil individualisiert

zugeschnitten werden. Die Interaktionen von sozialen Faktoren und regionalen Unterschieden sind erheblich. Aufgrund der Fortschritte in der prädiktiven Diagnostik wird sich in Zukunft für jedes Individuum ein Risikoprofil für Erkrankungen erstellen lassen, welches die individuellen genetischen und umweltbezogenen Dispositionen berücksichtigt. Auf der Basis dieses Risikoprofils kann dann eine individualisierte Primär- und Sekundärprävention aufbauen, die naturgemäß eine hohe Akzeptanz aufweist.

Die spezifische Chemoprävention gewinnt an Stellenwert. Hier gibt es im Gegensatz zur unspezifischen Primärprävention zunehmend kontrollierte Studien auf hohem Evidenzlevel, die eine Wirksamkeit belegen (z. B. Prostatakarzinom). Problematisch ist die Medikalisierung größerer Bevölkerungsgruppen und die Kostenerstattung. Dies könnte u. a. bedeuten, daß sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen erschweren Zugang zu spezifischen präventiven

Maßnahmen erhalten, was den sozialen Gradienten verstärkt.

Literatur:

1. Biesalski HK. Die Bedeutung der Ernährung in der Prävention und Therapie von Krebs. Dtsch Arztebl 1997; 94 (51–52): A3477–2480.
2. Derouet H, Osterhage J, Sittlinger H. Erektile Funktionsstörungen Epidemiologie, Physiologie, Ätiologie, Diagnostik und Therapie. Urologe A 2004; 43: 197–209.
3. Friedenreich CM. Physical activity and cancer prevention: from observational to intervention research. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2001; 10: 287–301.
4. Friedlich MS, Stern HS. Primary prevention: what can you tell your patient? Surg Oncol Clin North Am 2000; 9: 655–60.
5. Galloway MT, Jokl P. Aging successfully: the importance of physical activity in maintaining health and function. J Am Acad Ortho Sur 2000; 8: 37–44.
6. Giovannucci EL, Liu Y, Leitzmann MF, Stampfer MJ, Willett WC. A prospective study of physical activity and incident and fatal prostate cancer. Arch Intern Med 2005; 165: 1005–10.
7. Giovannucci EL. A review of epidemiologic studies of tomatoes, lycopene, and prostate cancer. Exp Biol Med 2002; 227: 852–9.
8. Klotz T. Prävention von Krebskrankheiten: In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg.) Lehrbuch der Prävention und Gesundheits-

förderung. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, 2004.

9. Montorsi F, Briganti A, Salonia A, Rigatti P, Burnett AL. Current and future strategies for preventing and managing erectile dysfunction following radical prostatectomy. Eur Urol 2004; 45: 123–33.
10. Sommer F, Peters J, Klotz T, Michna H, Schoenenberger A, Engelmann U. Sport und Bewegung in der Prävention urologischer Erkrankungen. Urologe B 2002; 42: 297–305.
11. Sommer F, Klotz T, Mathers MJ. Are PDE5-inhibitors a men's health pill? J Urol 2005; 173 (suppl): 1248 (abstr).
12. Schmidt M, Eckel R, Engel J, Schubert-Fritschle, Tretter W, Hölzel D. Tumorregister München – Jahresbericht 2000. Zuckerschwerdt Verlag, München, Bern, Wien, New York, 2001.
13. Thompson IM, Goodman PJ, Tangen CM, Lucia MS, Miller GJ, Ford LG, Lieber MM, Cespedes RD, Atkins JN, Lippman SM, Carlin SM, Ryan A, Szczepanek CM, Crowley JJ, Coltman CA. The influence of finasteride on the development of prostate cancer. N Engl J Med 2003; 349: 215–24.

Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. Theodor Klotz, MPH
Klinik für Urologie und Kinder-
urologie, Klinikum Weiden
D-92637 Weiden, Söllnerstraße 16
E-mail: klotz@klinikum-weiden.de

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)