

**Kann Verhaltensänderung
Männersterblichkeit
beeinflussen?
Schnittstellen zwischen
Soziologie und
Physiologie.**

Klotz T

Blickpunkt der Mann 2006; 4 (3)

16-18

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

Kann Verhaltensänderung Männersterblichkeit beeinflussen?

Schnittstellen zwischen Soziologie und Physiologie

T. Klotz

Die geschlechtsspezifische Lebenserwartung ist für Männer um ca. 6,5 Jahre kürzer als für Frauen. Dies gilt in unterschiedlichem Ausmaß für alle industrialisierten Nationen. Es existieren sehr viele Hypothesen, um diese Unterschiede in der Lebenserwartung zu erklären. Die isolierte Betrachtung der höheren Prävalenz der koronaren Herzerkrankung oder von Malignomen bei Männern greift zu kurz und kann nur der Beginn einer unvoreingenommenen Betrachtung des geschlechtsspezifischen Gesundheitszustands sein. Ebenso ist die einfache These, daß weibliche und männliche Denk- und Verhaltensmuster für gesundheitliches Risikoverhalten steuerbaren Sozialisationsprozessen und einer „vernünftigen“ Einsicht unterliegen, leider falsch und wird tagtäglich widerlegt. Das Zusammenspiel genetischer und umweltbezogener Risikofaktoren sowie der Sozialisation ist außerordentlich komplex und kaum geklärt. Die geschlechtsspezifischen Betrachtungen von Risikoverhalten und Lebensqualität legen nahe, daß ein gesundheitsbezogener Lebensstil, Aufklärung sowie präventive Interventionen vor allem bei männlichen Individuen vor der Pubertät einsetzen müssen, um für die Mortalität und Morbidität im Laufe des Lebens wirksam zu werden. Die Beschäftigung mit geschlechtsspezifischem Risikoverhalten und den daraus resultierenden Konsequenzen für die präventive und kurative Medizin stellt immer noch wissenschaftliches Neuland dar.

*The genderspecific life expectancy is 6.5 years shorter for males than for females. This phenomenon exists for all industrialized nations. There are many hypotheses that explain that difference. The isolated view of higher prevalence of coronary heart disease or oncologic diseases in males is not sufficient and can only be the starting point for a deeper examination of genderspecific health. The interactions of genetic and environmental risk factors and socialisation are very complex and not evaluated. Genderspecific studies showed that a health orientated life-style and prevention have to start before puberty especially in males, because then the impact on mortality and morbidity is more relevant in higher ages. More research of genderspecific risk and socialisation factors is urgently warranted and will be useful for both genders. **Blickpunkt DER MANN 2006; 4 (3): 16–18.***

Die Fortschritte in der Gesundheitsversorgung haben in den Industrienationen zu einer gestiegenen Lebenserwartung, aber auch zu einer Erhöhung der Altersmorbidity geführt. Dabei ist interessant, daß erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede existieren. Der aktuelle Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen nach den amtlichen Statistiken des Jahres 2005 beträgt ca. 6,5 Jahre.

Vor allem in den Bereichen der kardiovaskulären Mortalität, der Onkologie des späten Erwachsenenalters und der verhaltensspezifischen Mortalität stellen Männer das benachteiligte Geschlecht dar. Ein geschlechtsspezifischer Lebenserwartungsunterschied zu Ungunsten der Männer läßt sich für fast alle Nationen nachweisen und ist besonders bei den westlichen Industrienationen bei hoher Gesamtlebenserwartung ausgeprägt.

Interessant ist die Tatsache, daß obwohl die geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsunterschiede sehr auffällig und seit langem bekannt sind, wenig Anstrengungen unternommen wurden, diese Unterschiede interdisziplinär wissenschaftlich zu untersuchen. Die bisherigen Untersuchungen beschränken sich zumeist auf einzelne Krankheitsbilder bzw. Altersgruppen. Die Analyse der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität stellt eine wichtige Aufgabe für die Gesundheitssysteme der nächsten Jahrzehnte dar.

Entscheidend ist, daß die geschlechtsspezifische Mortalität stark mit dem Alter variiert. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppen der unter 50jährigen. So sind Männer für verhaltensbezogene Mortalitäten in der Altersklasse der jungen Erwachsenen vulnerabel. Im reifen Erwachsenenalter nach dem 50. Lebensjahr dominieren Herzkreislauferkrankungen für Mortalitäts-

betrachtungen. Ab dem 75. Lebensjahr gleichen sich die Mortalitätsziffern von Männern und Frauen für die meisten Erkrankungen an, wobei sich für die höheren Altersklassen ein deutlicher „Frauenüberschuß“ (2:1) manifestiert hat.

Es existiert eine Reihe von Hinweisen, daß die Basis des geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsunterschiedes in der Jugend, d. h. vor dem 30. Lebensjahr, gelegt wird. Dies unterstreicht die Hypothese eines hohen genetischen oder genetisch assoziierten Einflusses auf die Lebenserwartung bzw. Mortalität, der durch verhaltens- und umweltbezogene Einflüsse modifiziert wird. Mit anderen Worten wird das geschlechtsspezifische Gesundheitsverhalten in der Präpubertät verankert. Dies wiederum bedeutet, daß Familienpolitik und genau genommen die meist über Mütter vermittelte Gesundheitserziehung entscheidenden Einfluß auf das spätere Leben eines Mannes hat.

Männlicher Lebensstil und Genetik

Es ist gut belegt, daß männliche Verhaltensweisen häufig riskant und gesundheitsschädigend sind. Ernährungs- und Suchtverhalten sind nur zwei Beispiele. Es gibt epidemiologisch eindeutige Belege für männliches Risikoverhalten. So sind Männer hinsichtlich Body Mass Index (BMI) als Bezugsgröße in allen Altersklassen adipöser: „Frauen reden über Diäten – Männer sind dick.“ Ebenso ist im allgemeinen die Qualität der Ernährung hinsichtlich Abwechslung, Art und Zubereitung bei Männern deutlich schlechter. In der Altersgruppe der Erwachsenen beträgt das Verhältnis von männlicher zu weiblicher Sterblichkeit 2:1.

Die alleinige verhaltensbezogene Argumentation für die höhere Mortalität von 50–70jährigen Männern greift zu kurz, auch wenn falsches Eß- und Bewegungsverhalten wichtige Faktoren sind. So kann der

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. T. Klotz, MPH, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Söllnerstr. 16, D-92637 Weiden, E-mail: klotz@klinikum-weiden.de

verhaltensbezogene Ansatz nicht die höhere männliche Sterblichkeit bei männlichen Kleinkindern und den späten Angleich der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit bei den Hochbetagten erklären. Ironisch könnte man argumentieren, daß die Männer erst im hohen Alter vernünftig werden.

Es stellt sich die Frage, in welchen Ausmaß diese genetischen Assoziationen für die geschlechtsspezifische Mortalität verantwortlich sind. Den genetischen Aspekten kommt für die geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede sicher eine entscheidende Bedeutung zu. Ein auffälliger geschlechtsspezifischer Unterschied ist die hormonelle Situation, die letztlich genetisch assoziiert ist. Einige Untersuchungen machen einen Einfluß der geschlechtsspezifischen Hormonsituation für Risikoverhalten und bestimmte krankheitsspezifische Mortalitäten wahrscheinlich. Ein gutes Beispiel stellt der Straßenverkehr dar. Hier dominieren die männlichen Verkehrstoten und Unfallverursacher. Frauen sind somit eindeutig die besseren Autofahrer.

Die alte Kontroverse, ob genetische oder verhaltensspezifische bzw. soziologische Einflüsse für die geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede maßgeblich sind, könnte durch folgende Hypothesen gelöst werden. So ist weitgehend unstrittig, daß die genetisch definierten geschlechtsspezifischen Unterschiede zum wesentlichen Teil hormonell assoziiert sind und sich morphologisch in geschlechtsspezifischen Unterschieden des Gehirns und Herzkreislaufsystems manifestieren (z. B. räumliches Denken, sprachliche Assoziation). Daraus resultieren geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und Vulnerabilitäten, die in unterschiedlicher Weise Erkrankungen und vor allem Risikoverhalten (z. B. männliches Imponiergehabe, Raumgreifungstendenz) und bestimmte soziologische Muster (patriarchalische Gesellschaftsstruktur) fördern. Diese Hypothese würde erklären, warum eine Änderung von geschlechtsspezifischem Risiko- und Rollenverhalten so schwierig ist, da es quasi zum biologisch männlichen Programm gehört. Computergestützte Simulationsmodelle für Alterungsprozesse unterstützen diese These und deuten an, daß hormonelle Einflüsse in der Gruppe der jungen männlichen Erwachsenen entscheidend für die verhaltensbezogene Mortalität (z. B. Straßenverkehr, Gewaltdelikte), aber auch für die verhaltensbezogene Altersmorbidity (Herz-Kreislauf-erkrankungen, Adipositas) sind. Dies belegt erneut, daß geschlechtsspezifische gesundheitliche Primärprävention vor allem in der Altersgruppe der Jugendlichen und Kinder erfolgen muß, wenn sie epidemiologisch wirksam werden soll.

Soziales Immunssystem

Soziale Netzwerke haben die Funktion, individuelle Belastungen der Umwelt abzufedern. In Analogie wird hier auch vom sozialen Immunsystem gesprochen. So ist eindeutig belegt, daß eine fehlende soziale Unterstützung mit einer erhöhten Mortalität korreliert. Die sozialen Netzwerke von Männern sind in der Regel berufsorientiert. Dies bedeutet, daß hier eine höhere Anfälligkeit des sozialen Netzwerkes bei Arbeitsplatzverlust oder Erkrankung besteht. So muß die Bedeutung

von sozialen Netzwerken bei älteren Männern für die Morbidität und Mortalität sehr hoch angesetzt werden. Hinweisend hierfür ist die ansteigende Morbidität nach Arbeitsplatzverlust, aber auch nach Beginn des Ruhestandes. Typisch männlich ist die Fixierung auf eine einzelne Bezugsperson – in der Regel die Ehefrau. In die gleiche Richtung deuten Untersuchungen, die zeigen, daß die Ehe einen hohen gesundheitsprotektiven Wert für Männer aufweist. So kommt es nach einem Verlust der Ehefrau zu einer doppelt so hohen Anstieg der Mortalität bei Männern als bei Frauen nach dem Verlust ihren Ehemannes. Emotional geprägte langjährige Beziehungen über/neben die Ehe hinaus sind bei Männern eher selten anzutreffen. Daraus resultiert die These, daß berufsabhängige soziale Aktivitäten, die in der Regel vereins- und sportorientiert sind, besonders für Männer gesundheitsprotektiv sind.

Geschlechtsspezifische Lebensqualität und Umgang mit dem eigenen Körper

Eine Schwäche der Betrachtungen zur geschlechtsspezifischen Mortalität liegt in der Betonung der Lebenserwartung. Diese Gewichtung ist kritisch zu hinterfragen. So muß eine höhere Lebenserwartung bei Frauen keinesfalls mit einer höheren Lebensqualität einhergehen. Es ist zudem wahrscheinlich, daß Lebensqualität ausgeprägten geschlechtsspezifischen Einflüssen unterworfen ist, die je nach Lebensalter oder -phase variieren. Einige Untersuchungen deuten darauf hin, daß aktivitätsorientierte männliche Rollenmuster zu einer höheren Zufriedenheit und subjektiv höheren Lebensqualität führen. Der Preis für die höhere Lebensqualität der Männer wäre dann – salopp formuliert – eine geringere Lebenserwartung. Unterstützt wird diese These dadurch, daß bei vielen Männern die bewußte Einstellung „lieber kurz und gut als länger und schlechter“ nachweisbar ist. So sind einige Risikoverhaltensweisen, die einen unmittelbar erlebten Lebensqualitätsgewinn durch Erfolg und Ansehen (z. B. Risikosportarten, Anabolikaabusus etc.) ermöglichen, teilweise zu erklären.

In diesem Zusammenhang ist wesentlich, daß es in fast allen bekannten Gesellschaften einen Zusammenhang zwischen männlichem Habitus und attraktiver Männlichkeit gibt. Mit dieser Ausrichtung auf sozialen Status und Erfolg hängt zusammen, daß Männer dazu neigen, ihren Körper als Werkzeug zum Erreichen eines Zieles zu instrumentalisieren. Der Körper muß funktionieren: im Beruf, wie beim Sport oder bei der Sexualität. Daraus erklärt sich, daß rücksichtsloses Verhalten gegenüber dem eigenen Körper bei Männern an der Tagesordnung steht und für Erkrankungen eine „Ersatzteilmentalität“ vorherrscht. Der entscheidende Unterschied zu Frauen liegt somit darin, daß Männer eine Außensicht zu ihrem Körper aufweisen und Überlastungssignale nicht oder verspätet wahrnehmen, sofern es gilt, ein definiertes und akzeptiertes Ziel (Karriere, soziale Macht) zu erreichen.

Doch liegen darin auch Chancen, männliche risikoreiche Verhaltensmuster oder Lifestyle zu ändern. Es ist wenig hilfreich, stets auf die Defizite im männlichen Gesundheitsverhalten hinzuweisen und weibliche Ver-

haltensmuster als „gesundheitsprotektiv“ zu propagieren. Entscheidend ist es, gesellschaftliche Wandlungsprozesse einzuleiten, die bewirken, daß Gesundheit und gesundheitsbewußtes Verhalten bei Männern mit sozialem Status und Karriere positiv verknüpft werden. Dann wird sich männliches Verhalten von alleine ohne den erhobenen Zeigefinger ändern. Männlichkeit würde sich dann u. a. in einem höheren Gesundheitsbewußtsein äußern, um z. B. das Ziel „sozialer Aufstieg“ zu erreichen. Die ersten Ansätze lassen sich hier möglicherweise in der Generation der gutsituierten 30–50jährigen Männer erkennen (Fitneßwelle). Hier hat weiterhin, wie bereits mehrfach betont, eine kindgerechte Familienpolitik eine entscheidende Bedeutung für das spätere Erwachsenenalter.

Zeitgemäßes Männerbild und Fazit

Die Erfolge der klinischen Medizin der letzten 100 Jahre – so beeindruckend sie sind – werden sich nicht mehr fortsetzen lassen. Vielmehr zeigt eine nüchterne Analyse der aktuellen Daten, daß sich die Mortalität einpendeln oder leicht verringern, die Morbidität eher zunehmen wird.

Die Gesundheitsvorsorge und noch mehr eine geschlechtsspezifische Gesundheitsvorsorge für Männer darf in Deutschland als unterentwickelt angesehen werden. Die Frauenbewegung hat durchaus Veränderungen bei traditionellen Denkmustern bewirkt. Allerdings hat sie nicht selten versucht, weibliche Eigenschaften und Denkweisen auf das Männerbild überzustülpen. Der neue Mann soll einfühlsam, empfindsam und friedliebend sein. Dennoch soll er auch in Gesellschaft, Beruf und Familie seinen „Mann“ stehen, denn sonst verliert er an Attraktivität. Er soll quasi einen Teil seiner männlichen Eigenschaften zur richtigen Zeit ablegen und zu einer anderen Zeit betonen. Von diesen Eigenschaften wissen wir jedoch, daß sie, zumindest

teilweise, neurobiologisch fixiert und durch Umwelteinflüsse modulierbar sind. Eine Änderung dieser Eigenschaften wäre zwar sicher für den männlichen Gesundheitszustand vorteilhaft, ist jedoch in dieser simplen Weise zum Scheitern verurteilt. Die einfache Grundthese, daß weibliche und männliche Denk- und Verhaltensmuster größtenteils Sozialisationsprozessen und einer „vernünftigen“ Einsicht unterliegen, ist leider falsch und wird tagtäglich widerlegt. Diese These leugnet die morphologisch und neurobiologisch gut dokumentierten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Die große Mehrheit der Männer kann und wird daher die Inhalte eines neuen Männerbildes solange nicht akzeptieren, wie typisch männliche Verhaltensvariablen ignoriert werden. Die vorgestellten Aspekte legen nahe, daß ein gesundheitsbezogener Lebensstil sowie präventive Interventionen, z. B. über Themen der Ernährung, Sport und Vorsorge, vor allem bei männlichen Individuen vor der Pubertät einsetzen muß, um für die Mortalität im Laufe des Lebens wirksam zu werden.

Eine weitere Überlegung unterstreicht die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Männerforschung. Ein hoher Anteil aller zur Verfügung stehenden Ressourcen wird momentan z. B. in die Onkologie investiert, um Lebenserwartungsgewinne im Bereich von Monaten zu erreichen. Der geschlechtsspezifische Lebenserwartungsunterschied von über 6 Jahren findet dagegen kaum Erwähnung.

Die Beschäftigung mit dem Thema geschlechtsspezifische Gesundheit, Prävention und speziell „Männergesundheit“ wäre nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Gleichberechtigung, sondern wird mit Sicherheit Erkenntnisse in der Grundlagenforschung hervorbringen, die beiden Geschlechtern dienen.

Literatur: beim Verfasser

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](#)