

Kongreßbeitrag:

Männerlebenserwartung und

Männergesundheit: Ein

Thema der internationalen

und nationalen

Geschlechterpolitik und

Gesundheitsdiskussion

Goeschel A

Blickpunkt der Mann 2006; 4 (3)

36-39

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

MÄNNERLEBENSERWARTUNG UND MÄNNERGESUNDHEIT: EIN THEMA DER INTERNATIONALEN UND NATIONALEN GESCHLECHTERPOLITIK UND GESUNDHEITSDISKUSSION*

1. „FRAUENGESUNDHEIT“ UND „MÄNNERGESUNDHEIT“ WERDEN ASYMMETRISCH DISKUTIERT

Daß heute in Deutschland an einer ganzen Reihe von Krankenhäusern und Kliniken „Zentren für Männergesundheit“ – besser eigentlich „Zentren für die Gesundheit des Mannes“, wie es hier in Rinteln heißen wird – aufgebaut werden, ist ohne jeden Zweifel der Frauenbewegung und der Frauengesundheitsbewegung zu verdanken – wenngleich auf manchmal recht indirekte Art und Weise.

Anders als im Bereich „Männer“ umschlossen die Selbstwahrnehmung und der Gleichstellungsanspruch der Frauenbewegung von Anfang an auch Fragen und Forderungen zur Frauengesundheit und zur Frauenbehandlung¹. So waren die Forderungen nach körperlich-reproduktiver Selbstbestimmung der Frauen ein genuines Element der Frauenbewegung, wie wir uns alle erinnern.

Auch die späteren Etappen von Frauempolitik und von Frauenförderung vollzogen sich in engem zeitlichem und sachlichem Zusammenhang mit Untersuchungen und Erörterungen sowohl zur gesundheitlichen Lage der Frauen wie auch zur nachrangigen Stellung der Frauen im System der sozialen Sicherung.

Seit den frühen neunziger Jahren, angestoßen durch das WHO-Regionalbüro Europa, können wir daher in

*Vortrag zur Veranstaltung „Männergesundheit und Männerbehandlung als Zukunftsaufgabe des Kreiskrankenhauses Rinteln“. Rinteln, 26. November 2005

West- und Nordeuropa, nicht allerdings in Süd-, Mittel- und vor allem Osteuropa, auf eine konsolidierte nationale und internationale Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage der Frauen² und auf eine etablierte nationale Forschung zur peripheren Stellung der Frauen in den verschiedenen Funktionsbereichen und Sektoren des Wohlfahrtsstaates blicken³.

Ein derartiger enger zeitlicher und sachlicher Konnex und eine derartige Entwicklungsdynamik von Gesamtbewegung und Gesundheitsbewegung, von Forderungen, Förderung, Forschung und Berichterstattung gilt für das Thema „Männergesundheit“ mitnichten. Dies ist auch wenig verwunderlich: Schließlich macht „Körpervergessenheit“ (De la Riba) ja das Männerbild der Moderne und der Postmoderne mit ihrer antagonistischen Anthropologie von Geist hier und Körper dort ganz wesentlich aus⁴. Schließlich war bis vor kurzem „Körpervergessenheit“ der Männer in Arbeit, Ertüchtigung und

¹ Vgl. u. a. Stiehler, Matthias: Das Kreuz mit der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.). Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit, Wien, o. J.; 15–22.

² Vgl. erstmals für Deutschland: Fette A, Gassner S, für Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Regionale Unterschiede in der Gesundheitslage der Frauen: Daten für eine regionalisierte geschlechtsspezifische Gesundheitsberichterstattung. In: Medizin Mensch Gesellschaft 1991; 16: 1778–187, und nunmehr Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Stuttgart 2001.

³ Vgl. erstmals für die Krankenversicherung in Deutschland: Goeschel A, für Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Frauenpolitik und Krankenversicherung: Anmerkungen zu einem Defizitthema. In: Die Sozialversicherung 1989; 2: 42–5, und nunmehr Zentrum für Sozialpolitik, Universität Bremen (Hrsg.). Tätigkeitsbericht 2002–2004 – Geschlechterpolitik im Wohlfahrtsstaat, Bremen 2005; 48–52.

Kriegsführung ein Funktionserfordernis der Gesellschaft⁵.

So rangiert „Männergesundheit“ als geschlechterpolitisches Anliegen eher als Randthema einer ihrerseits als Reaktion auf die Frauenbewegung entstandenen Männerbewegung. Hier sollen dann die deutlich niedrigere Lebenserwartung und die erhöhten Gesundheitsbelastungen der Männer Argumente für eine Verhaltensänderung und für einen Rollenwandel der Männer, d. h. Argumente für den „neuen Mann“ bieten⁶.

2. „MÄNNERGESUNDHEIT“ WIRD VON DEN LEISTUNGSANBIETERN THEMATISIERT

Authentisch wird demgegenüber – in eigentümlicher Verkehrung – Männergesundheit gerade dort thematisiert, wo Männer Objekte gesundheitlicher Beratung und vor allem medizinischer Behandlung sind.

Männergesundheit wird anhaltend, zusammenhängend und zielgerich-

⁴ Vgl. De la Riba, Pral H. E. Körpervergessenheit: Warum sich Männer zu Tode rauchen – eine kulturkritische Betrachtung. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.). A.a.O., 23–38, bes. S. 31.

⁵ Selbst dort, wo die Gesundheitslage der Männer ein politisch authentisches Anliegen zu sein schien, etwa in der Arbeitermedizinbewegung Italiens in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts, war dieses Thema in erster Linie aus dem Anliegen entstanden, mit der Erhaltung der Gesundheit und mit der Schonung des Körpers das Arbeitsvermögen aufrechtzuerhalten. Vgl. Wintersberger H. Arbeitermedizin in Italien. Manuskriptdruck. Wissenschaftszentrum Berlin, 1982.

⁶ Vgl. etwa Hollstein W. Traditionelle Männlichkeit und deren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit. In: Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Männergesundheit, Hamburg, 1998; 33–44.

tet dort erforscht, berichtet, verbessert und entwickelt, wo Männer real oder potentiell Patienten sind oder sein könnten, und vor allem wo Männer ein bisher vernachlässigtes Reservoir für die Ausweitung und für die Ausdehnung des medizinischen Leistungsvolumens sind oder sein könnten.

Wir haben in Deutschland mittlerweile einen weiten Kranz von prä- und paramedizinischen und erst recht ärztlich-pharmazeutischen Angeboten zur Männergesundheitsförderung, zu Männer-Anti-Aging und zur Andrologie im engeren Sinne⁷. Für Ärzte gibt es mittlerweile eine Zusatzweiterbildung „Andrologie“.

Anders aber als in Großbritannien, Österreich, der Schweiz und mittlerweile auch Italien hat der in den zurückliegenden Jahren erfolgte Übergang von Frauenpolitik zur Geschlechterpolitik – Stichwort: Gender-Mainstreaming⁸ – in Deutschland nicht dazu geführt, in Gleichstellung zu den Frauen nun auch die Männer in die nationale Gesundheitsberichterstattung aufzunehmen⁹. Noch weniger hat Gender-Mainstreaming in Deutschland – im Unterschied etwa zur Schweiz oder zu Österreich – dazu geführt, in Gleichstellung zu den

Frauen nun auch die Belange, insbesondere die Gesundheitsbelange der Männer auf der Ebene von Bundesämtern oder von Bundesministerien ressortmäßig zu verankern¹⁰. Im Gegenteil: Das zuständige Berliner Ministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend weist Anfragen und Forderungen hinsichtlich einer nationalen Männergesundheitsberichterstattung – analog zur nationalen Frauengesundheitsberichterstattung – dezidiert ab¹¹.

Im genannten Ministerium und in seinem politischen Hinterland und in seinem politischen Umfeld wird – in krasser Abweichung von Gender-Mainstreaming – an der Vorstellung eines Hegemonialverhältnisses von Männern gegenüber den Frauen, wie es dem traditionellen industriegesellschaftlichen Geschlechtervertrag entsprochen hat, festgehalten. Die neuen Hegemonialverhältnisse innerhalb der Geschlechtergruppen, wie sie die globalisierte Dienstleistungsgesellschaft mit sich gebracht hat, werden nicht zur Kenntnis genommen¹².

3. KRANKENHÄUSER UND KLINIKEN ALS AKTEURE VON „MÄNNERGESUNDHEIT“

Für Deutschland ist also festzuhalten, daß einerseits ein weiter Kranz

kommerziell-professioneller Angebote zur Männergesundheitsförderung und zur Männerbehandlung existiert, daß andererseits aber eine epidemiologisch-sozialmedizinische Männergesundheitsforschung nur verstreut und eine Männergesundheitsberichterstattung bestenfalls regional registriert werden können¹³.

Bemerkenswert für das Thema „Männergesundheitsberichterstattung“ in Deutschland und deutlich anders als in allen anderen auf diesem Gebiet erwähnenswerten Ländern Europas und anderen Weltregionen ist die bei uns einmalig starke und wohlabgestimmte Stellung der Akutkrankenhäuser und der Rehakliniken als Träger von Männergesundheitsförderung, Männerbehandlung und Männergesundheitsforschung.

Seit 1997 gibt es eine kontinuierliche Beratung der Akutkrankenhäuser und der Rehakliniken in Deutschland zur Erschließung des Aufgabefeldes „Männergesundheitsberichterstattung“¹⁴. Strategisch geht es dabei in erster Linie um eine Sicherstellung der demographisch und epidemiologisch unverzichtbaren stationären und ambulanten internistischen Grund-

⁷ Vgl. u.a. Gesundheitskongress MännerLeben 2005, Hannover, 29. Oktober 2005; Der Spiegel: Das zerbrechliche Geschlecht, Hamburg, 2001; 36; Focus: Medizin für Männer, München 21/2002, und John, Volckert: MännerGesundheit im Internet, Diplomarbeit, Fachhochschule Magdeburg-Stendal, 2004.

⁸ Vgl. Döge P. Geschlechterdemokratie – Von der Männlichkeitskritik zur Kritik der Dominanzkulturen. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien, 2003; 55–66.

⁹ Vgl. bspw. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen für: Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz: 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht, Wien 2004, und Studiengruppe für Sozialforschung e.V. für Autonome Provinz Bozen-Südtirol: Bericht zur Gesundheitlichen Lage der Männer in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Norditalien, Marquartstein 2004.

¹⁰ In der Schweiz besteht beim Bundesamt für Gesundheit eine Fachstelle „Gesundheit Frau und Mann“. Österreich verfügt in seinem Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz über eine Männerpolitische Grundsatzabteilung

¹¹ Vgl. Stiehler, Matthias: A.a.O.

¹² Vgl. Döge P. Männerforschung als Beitrag zur Geschlechterdemokratie. Berlin, 1999; 18 ff.; Döge P. Geschlechterdemokratie – Von der Männlichkeitskritik zur Kritik der Dominanzkulturen, A.a.O., und Young B. Politik und Ökonomie. Eine Geschlechterkritik. In: Kreisky E, Sauer B (Hrsg.). Geschlechterverhältnisse im Kontext politischer Transformation. Politische Vierteljahresschrift 1997; Sonderheft 28: 127–51, bes. S. 146 ff.

¹³ Vgl. John, Volckert: A.a.O. und Landratsamt Bodenseekreis (Hrsg.): Gesundheit im Bodenseekreis – Männergesundheit, Friedrichshafen, 2004. Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg (Hrsg.): Zwei Geschlechter – zwei Gesundheit? Bericht zur Gesundheit von Männern und Frauen im Land Brandenburg, Potsdam 2003, und Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). Gesundheit von Frauen und Männern, Düsseldorf 2000, sowie Studiengruppe für Sozialforschung e.V. (Hrsg.): Regionale Daten zur Männergesundheit in ausgewählten Standorträumen, Marquartstein, fortlaufend.

¹⁴ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Aufbau einer andrologisch-männerheilkundlichen Versorgungsstruktur in Europa, Fachtagung Riva am Gardasee, Mai 1999 und Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Männergesundheitsberichterstattung und Männerheilkunde als Zukunftsaufgabe für die Akutkrankenhäuser und Rehakliniken in Deutschland, München, November 2000.

versorgung der männlichen und der weiblichen Bevölkerung auch an dezentralen Standorten.

Genau diesem Ziel dient es, wenn sich Innere Abteilungen von Akutkrankenhäusern, in Kooperation mit Rehakliniken, Arztpraxen und anderen Gesundheitsberufen gezielt auf die demographisch bedingte exponentielle Zunahme älterer männlicher Patienten in den kommenden Jahren und deren männer-typisch hohe „Dunkelfeldmorbidity“ einstellen¹⁵ und wenn sich aus diesem stationär-internistischen Versorgungskern und seinen Kooperationspartnern heraus dann vor allem auch Angebote von Männergesundheitsförderung entwickeln.

Zumindest im Westen Deutschlands haben diese unter dem Begriff „Zentren für Männergesundheit“ durchgeführten Beratungsprojekte bereits eine erfreulich breite regionale Streuung erreicht. Damit, um es noch einmal zu sagen, ist der dezentralen internistischen Grundversorgung von Männern und Frauen gedient.

4. SOZIALVERBAND VdK ALS AKTEUR VON „MÄNNERGESUNDHEIT“

Und noch eine andere Besonderheit der Männergesundheitspolitik in Deutschland ist zu vermerken: Hier war es von Anbeginn einer der mitgliedstärksten und einflußmächtigsten Sozialverbände, der das Thema Männergesundheit, Männerlebenserwartung und ältere Männer in Deutschland und Europa in die sozial- und gesundheitspolitische Diskussion eingebracht hat.

Die Rede ist vom Sozialverband VdK, der zu Beginn des Jahres 2000 mit

¹⁵ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. Männliche Patienten: Zielgruppe des Krankenhauswettbewerbs, Marquartstein, Juli 2003.

Tabelle 1: Lebenserwartung der Männer und Verstädterung der Bevölkerung in Kerneuropa 1990–1992

Nachbarstaaten	Lebenserwartung von Männern im Alter von 65 Jahren Jahre (1992)	Anteil der Bevölkerung in Städten an der Gesamtbevölkerung Prozent (1990)
Frankreich	16,4	74,3
Spanien	15,9	75,4
Italien	15,6	68,9
Deutschland	14,6	85,3
Großbritannien	14,5	89,1
Dänemark	14,3	84,8

Quelle: Watzlawczik, Gerd-Uwe: Unterschiede in der Gesundheitslage der Männer in den Ländern Europas. In: Sozialverband VdK (Hrsg.): Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch benachteiligte und sozial übergangene Minderheit, München 2000.

einem thematisch breit angelegten Symposium die Zusammenhänge von Wirtschaftswachstum und Männerfrühsterblichkeit, die Alterung der männlichen Arbeitnehmer, die besonderen Probleme der alternden, überwiegend männlichen Migranten, die Möglichkeiten kommunaler Männergesundheitsförderung und die Vision männerheilkundlicher Therapiekonzepte und Klinikprojekte für ganz Europa in die Diskussion gebracht hat¹⁶.

Männerpolitisch und vor allem männergesundheitspolitisch forderte der Verband damals einen Männergesundheitsbericht für das Gebiet der Europäischen Union¹⁷ und die Einrichtung von Gesundheitszentren für Männer in Deutschland¹⁸.

5. ZAHLEN UND FAKTEN ZUR „MÄNNERGESUNDHEIT“

Zum Abschluß sollen noch einige Zahlen und eine Karte vorgestellt

¹⁶ Vgl. Sozialverband VdK Bayern (Hrsg.): Ältere Männer in Europa: Eine medizinisch benachteiligte und sozial übergangene Minderheit, München 2000.

¹⁷ Vgl. Sozialverband VdK Bayern. VdK-Präsident fordert Männergesundheitsbericht für die Europäische Union, München, Februar 2000.

¹⁸ Vgl. Sozialverband VdK Bayern. Gesundheitszentren für Männer gefordert, München, Februar 2000.

werden. Zunächst geht es um einen Blick auf die Tabelle 1 zum Thema „Lebenserwartung der Männer und Verstädterung der Bevölkerung in Kerneuropa“. Diese Übersicht zeigt, daß für die Männer offenbar ein räumlicher Zusammenhang von Grad der Verstädterung einerseits und Verkürzung der Lebenserwartung andererseits gilt.

In unseren Untersuchungen zur Lebenserwartung, Lebenslage und Gesundheitssituation der Männer in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Norditalien, die wir im Auftrag der Landesregierung von Bozen-Südtirol durchgeführt haben, hat sich dieser Zusammenhang auch kleinräumig bestätigt:

Die Lebenserwartung der Männer in der weniger dicht besiedelten Provinz Bozen-Südtirol und der weniger dicht besiedelten Vergleichsregion Südostoberbayern liegt deutlich über der Lebenserwartung der Männer in der Stadt Mailand und in der Vergleichsstadt München¹⁹.

Bemerkenswert ist auch noch Tabelle 2 zum Thema „Fallzahlenexplosion bei den Männerpatienten

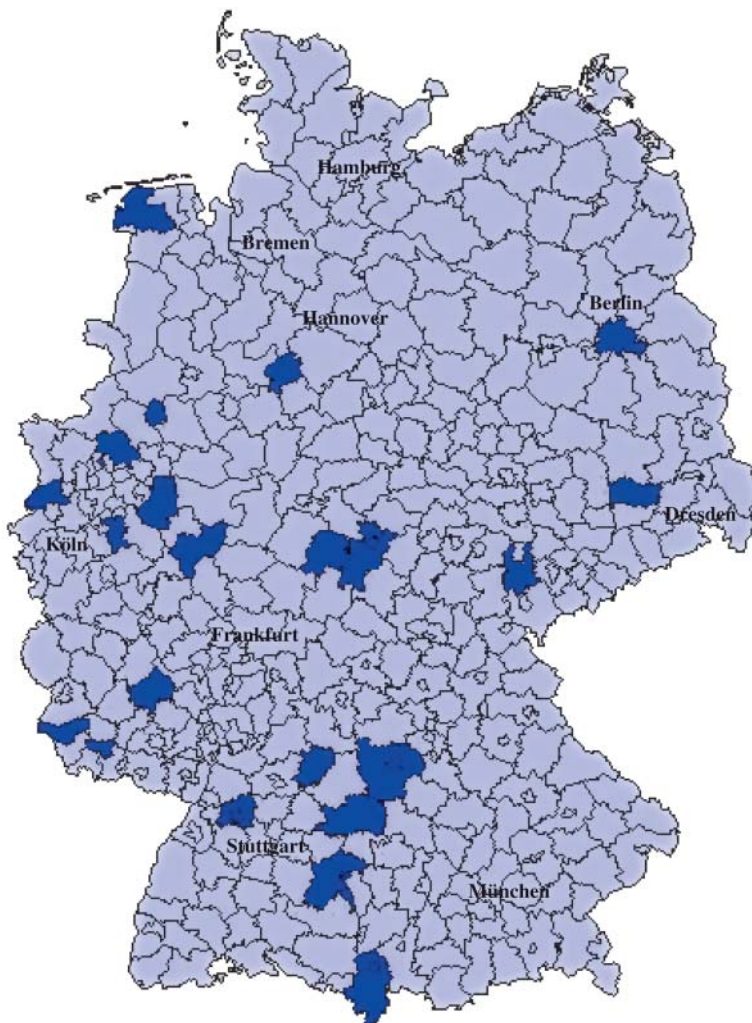
¹⁹ Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e.V. für: Autonome Provinz Bozen-Südtirol: Bericht zur Gesundheitlichen Lage der Männer in der Autonomen Provinz Bozen-Südtirol und Norditalien, Marquartstein 2004.

Tabelle 2: Fallzahlenexplosion bei den Männerpatienten 1998–2020

Zunahme der männlichen Krankenhausfälle mit 65 und mehr Jahren bis 2020 (ca. 4 Millionen männliche Krankenhausfälle im Jahre 2020)	+ 80,2 %
Zunahme der weiblichen Krankenhausfälle mit 65 und mehr Jahren bis 2020 (ca. 4,5 Millionen weibliche Krankenhausfälle im Jahre 2020)	+ 37,8 %

Quelle: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW)

Voruntersuchungen zur Einrichtung von Zentren für Männergesundheit



©
Studiengruppe für Sozialforschung e.V.
D- 83250 Marquartstein am Chiemsee
Karte
Markus Steinmetz

1998–2020“. Aus dieser ist zu entnehmen, daß „Männergesundheit“ auch ganz ohne wohlüberlegte gesundheits- und sozialpolitische Steuerung stattfinden wird – allein durch die dramatische Steigerung der Zahl der männlichen Krankenhauspatienten in den nächsten Jahren. Um so wichtiger ist es, diese Entwicklung keinesfalls nur passiv ablaufen zu lassen, sondern aktiv, vor allem für die Krankenhausversorgung und für die Gesunderhaltung der bald knapp werdenden qualifizierten älteren Arbeitnehmer zu nutzen.

Zuletzt sollte noch ein Blick auf die Karte „Voruntersuchungen zur Errichtung von Zentren für Männergesundheit“ geworfen werden. Hier sind jeweils die Landkreise bzw. kreisfreien Städte gekennzeichnet, für die in den letzten Jahren Voruntersuchungen zur Einrichtung von Zentren für Männergesundheit durchgeführt worden sind. Einige der verzeichneten Projekte haben bereits einen erfreulichen Entwicklungsstand erreicht – Sorge bereiten allerdings die ostdeutschen Länder. Dies ist aber heute nicht unser Thema.

Korrespondenzadresse:

Prof. Albrecht Goeschel
Studiengruppe für Sozialforschung
e.V.
D-83250 Marquartstein a. Chiemsee,
Staudacher Str. 14
E-mail: mail@prof-goeschel.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](#)