

**Wohin mit der  
Männergesundheit?**

Klotz T

*Blickpunkt der Mann 2007; 5 (2)*

10-11

**Homepage:**

**[www.kup.at/dermann](http://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

# Wohin mit der Männergesundheit?

T. Klotz

*Die Ausgangslage war vor ca. 10 Jahren in Hinblick auf das Gesundheitsverhalten von Männern zweifellos deprimierend. Noch einmal kurz die Fakten: Die geschlechtsspezifische Lebenserwartung ist für Männer um ca. 6,5 Jahre kürzer als für Frauen. Vor allem in den Bereichen der kardiovaskulären Mortalität, der Onkologie des Erwachsenenalters und der verhaltensspezifischen Mortalität (Unfälle, Suizide etc.) stellen Männer das benachteiligte Geschlecht dar. Ein geschlechtsspezifischer Lebenserwartungsunterschied zuungunsten der Männer läßt sich für fast alle Industrienationen nachweisen. Männer in sozialen Problemsituationen und aus sozioökonomisch schwachen Schichten sind in fast allen gesundheitlichen Aspekten massiv gefährdet. Erfreulich ist, daß sich in den vergangenen 5 Jahren bei weiter deutlich steigender Gesamtlebenserwartung beider Geschlechter die Schere zwischen männlicher und weiblicher Lebenserwartung wieder tendenziell verkleinert. Es tut sich also etwas. Wir wissen allerdings noch nicht, ob dieser Trend auf einer besseren geschlechtsspezifischen Versorgung bzw. Sozialisation basiert oder Folge besseren männlichen Gesundheitsverhaltens ist. Es bleibt die Frage: Wohin soll die Entwicklung gehen?*

*Ten years ago, the status quo of gender-specific health issues focusing on men was desolate. The problems have been analysed and are known: women have a 6.5 years higher life expectancy than men, who are, in turn, at higher risk for cardiovascular or oncological mortality. The situation is similar for all industrialized nations. Especially men of lower social background are at higher risk. But there is a slight improvement visible, predominantly in the social middle class where men now exhibit a higher awareness of prevention and their health status. This cannot be enough, but it is a beginning. The question arises which way we should go regarding issues of men's health. **Blickpunkt DER MANN 2007; 5 (2): 10-1.***

In den vergangenen Jahren hat sich in bezug auf Männergesundheit viel getan. Wir wissen jetzt, daß die geschlechtsspezifischen Mortalitäten stark mit dem Alter variieren. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppen der unter 50jährigen. So sind Männer für verhaltensbezogene Mortalitäten vor allem in der Altersklasse der jungen Erwachsenen vulnerabel. In reifen Erwachsenenaltern nach dem 50. Lebensjahr dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen für Mortalitätsbetrachtungen. Ab dem 75. Lebensjahr gleichen sich die Mortalitätsziffern von Männern und Frauen für die meisten Erkrankungen an. Es existiert eine Reihe von Hinweisen, daß die Basis des geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsunterschiedes in der Jugend, d. h. vor dem 20. Lebensjahr, gelegt wird. Dies unterstreicht die Hypothese eines genetisch assoziierten Einflusses auf Lebenserwartung bzw. Mortalität, der durch verhaltens- und umweltbezogene Einflüsse modifiziert wird. Dies wiederum bedeutet, daß Familienpolitik und genauegenommen die meist über Mütter vermittelte Gesundheitserziehung entscheidenden Einfluß auf das spätere Leben eines Mannes haben. Während die Gesundheitserziehung von Jungen noch verbesserungswürdig ist, hat sich bei Männern in den Altersgruppen der 30–60jährigen durchaus eine Verbesserung ergeben. Dies zeigt u. a. die zunehmende Akzeptanz von Vorsorge- und Fitneßangeboten zumindest in der „Mittelschicht“, wodurch sich jedoch auch ein entscheidender Problembereich ergibt, wie nachfolgend kurz dargestellt wird.

## Probleme bei der Umsetzung von präventiven Bemühungen um die „Männergesundheit“

Die Ergebnisse des Bundesgesundheits-Surveys (Enquete Kommission demographischer Wandel 2002) zeigen, daß es für die Risikofaktoren Rauchen, starkes Übergewicht, unzureichende sportliche Aktivität und Hypertonie ein deutliches Schichtgefälle gibt. Sozioökonomisch Schwache sind danach häufiger Raucher, haben deutlich häufiger Übergewicht, haben häufiger Tumoren

und sind weniger sportlich aktiv. Männer sind hier besonders betroffen. Durch Prävention potentiell beeinflussbare Erkrankungen und deren Risikofaktoren kommen also besonders häufig bei sozioökonomisch Schwachen vor. Das Problem von Präventionsprogrammen ist aber, daß sie vor allem von den Bevölkerungsgruppen genutzt werden, welche sozial besser gestellt sind. Menschen in schwierigen sozialen Lagen werden demgegenüber durch Präventionsprogramme schlecht erreicht. Ein weiteres Problem in Hinblick auf geschlechtsspezifische Prävention ist die geringe Akzeptanz bei Männern. Eine Bevölkerungsbefragung vor einigen Jahren ergab, daß nur 12 % der Männer, aber 21 % der Frauen jemals an einer Maßnahme zur Gesundheitsförderung teilgenommen haben. Bezüglich der klassischen Sekundärprävention (Vorsorgeuntersuchung) ist das Verhältnis ca. 1:3 (16 % Männer, 40 % Frauen) seit Jahren konstant. Bei Männern ist grundsätzlich eine beschwerdeorientierte Inanspruchnahme von Präventionsangeboten zu bemerken, die dann natürlich eher weniger „präventiv“ wirksam ist.

Eine klare Zielgruppenausrichtung muß die Grundlage aller präventiven Interventionen sein, da sich allgemein ausgerichtete Programme als zu wenig wirksam erwiesen haben. Dies gilt auch unter geschlechtsspezifischen Aspekten. Dieser Erkenntnis wurde auch mit der Fassung des § 20 SGB V „Prävention und Selbsthilfe“ im Gesundheitsreformgesetz 2000 durch eine Ausrichtung an Bedarfs- und Zielgruppenorientierung und durch eine genaue Nennung von Zugangswegen Rechnung getragen. Beim „alten“ § 20 SGB V hatte in der Kritik gestanden, daß der Mangel an Zielen und definierten Zielgruppen zu einer „Mittelstandorientierung“ geführt hatte. Diese äußerte sich dadurch, daß die Leistungen zur Gesundheitsförderung und Prävention speziell durch gesundheitsbewußte Versicherte aus dem Mittelstand in Anspruch genommen wurden. Salopp formuliert heißt dies: „Prävention wird für Menschen bereitgestellt, die sie eigentlich nicht brauchen, aber bezahlen können.“ Die Ausrichtung von gesundheitsfördernden und präventiven Maßnahmen muß sich aus diesem Grund an den unterschiedlichen Bedürfnissen der Zielgruppen (Kinder, Jugendliche, sozioökonomisch Schwache, Alte, chronisch Kranke, Gruppen in Problemsituationen) orientieren. Da die

Aus der Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Theodor Klotz, MPH, Klinik für Urologie und Kinderurologie, Klinikum Weiden, D-92637 Weiden, Söllnerstraße 16, E-Mail: klotz@klinikum-weiden.de

Zielgruppenproblematik u. a. in Zusammenhang mit einer geschlechtsspezifischen Ausrichtung steht, muß eine präventive Intervention sehr genau auf die einzelne Zielgruppe und das soziale Umfeld abgestimmt werden. Dies gilt insbesondere in der „männerspezifischen“ Prävention. So kann die Einrichtung eines Jugendheims in einem Stadtteil mit sozialen Problemen für junge Männer sehr sinnvoll, im ländlichen Umfeld wenig effektiv sein.

### **Männlicher Lebensstil**

Es ist gut belegt, daß männliche Verhaltensweisen häufig riskant und gesundheitsschädigend sind. Ernährungs- und Suchtverhalten sind nur zwei Beispiele. So sind Männer hinsichtlich Body-Mass-Index (BMI) als Bezugsgröße in allen Altersklassen adipöser. „Frauen reden über Diäten – Männer sind dick.“ Allerdings greift die alleinige verhaltensbezogene Argumentation für die höhere Mortalität von 50–70jährigen Männern zu kurz, auch wenn falsches Eß- und Bewegungsverhalten wichtige Faktoren sind. So kann der verhaltensbezogene Ansatz nicht die höhere männliche Sterblichkeit bei männlichen Kleinkindern und die späte Angleichung der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit bei den Hochbetagten erklären. Es stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß diese genetischen Assoziationen für die geschlechtsspezifische Mortalität verantwortlich sind. Ein auffälliger geschlechtsspezifischer Unterschied ist die hormonelle Situation, die letztlich genetisch bedingt ist. Einige Untersuchungen machen einen Einfluß der geschlechtsspezifischen Hormonsituation für Risikoverhalten und bestimmte krankheitsspezifische Mortalitäten wahrscheinlich. Ein gutes Beispiel stellt der Straßenverkehr dar: Zwar sind vor allem „junge Männer“ die risikobereiteren Autofahrer, aber auch hier hat sich in den Industrienationen in den vergangenen Jahren eine Verbesserung ergeben. Die Unfallzahlen im Straßenverkehr mit Todesfolge gehen, bedingt durch Aufklärungskampagnen und intelligenteren Ansprache der Zielgruppen in Hinblick auf Risikoprävention, tendenziell zurück.

### **„Soziales Immunsystem“**

Soziale Netzwerke haben die Funktion, individuelle Belastungen der Umwelt abzufedern. 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 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 gesundheitsprotektiven Wert für Männer aufweist. Daraus resultiert die These, daß berufsabhängige soziale Aktivitäten, die in der Regel freizeit-, hobby-, vereins- oder sportorientiert sind, besonders für Männer gesundheitsprotektiv sind. Hier verbessert sich die Situation bei den 30–60jährigen Männern, allerdings ebenfalls mit einem deutlichen sozialen Schichtgefälle.

### **Das Ziel der Männergesundheitsdiskussion ist ein zeitgemäßes Männerbild!**

Die Gesundheitsvorsorge für Männer darf in Deutschland als noch unterentwickelt mit Besserungstendenz angesehen werden. Die Frauenbewegung hat durchaus Veränderungen bei traditionellen Denkmustern bewirkt. Allerdings hat sie nicht selten versucht, dem Männerbild weibliche Eigenschaften und Denkweisen 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. 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 im Sport oder in der Sexualität. Daraus erklärt sich, daß rücksichtsloses Verhalten gegenüber dem eigenen Körper bei Männern an der Tagesordnung steht. Doch liegen darin auch Chancen, männliche risikoreiche Verhaltensmuster oder Lifestyle zu ändern. Hier hat eine kindgerechte Familienpolitik eine entscheidende Bedeutung für das spätere Erwachsenenalter. Dies gilt offenbar für das männliche Geschlecht in besonders hohem Maße. Entscheidend ist es, gesellschaftliche Wandlungsprozesse zu fördern, 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. Erste Ansätze lassen sich zweifellos in der Generation der 30–60jährigen Männer erkennen – dennoch bleibt noch viel zu tun. „Männergesundheits“ darf vor allem nicht allein als kostenpflichtige Wahl- und „Luxusleistung“ etabliert werden, da sich sonst das Schichtgefälle verschärft. Die verschiedenen Akteure in Medizin und Politik sollten nicht nur „klientelbezogene“ Aspekte diskutieren, sondern müssen sich auch aktiv in die gesundheitspolitische Diskussion unter dem Aspekt der klassischen Gesundheitsförderung einbringen.

#### **Weiterführende Literatur:**

- Brandes H. Männlicher Habitus und Gesundheit. *Blickpunkt Der Mann* 2003; 2: 10–3.
- Enstrom JE, Kanim LE, Klein MA. Vitamin C intake and mortality among a sample of the United States population. *Epidemiology* 1992; 3: 193–202.
- Klotz T, Haisch J, Hurrelmann K. Prävention und Gesundheitsförderung. Ziel ist eine anhaltend hohe Lebensqualität. *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 10: 519–21.
- Klotz T. „Fit in die Kiste“ – Geschlechtsspezifische männliche Prävention. *Blickpunkt Der Mann* 2006; 4 (Sonderheft 1): 8–10.
- Martikainen P, Valkonen T. Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *Am J Public Health* 1996; 86: 1087–93.
- Neubauer G. Wie geht's den Jungs? Jungengesundheit und Aspekte einer jungenbezogenen Gesundheitsförderung. *Blickpunkt Der Mann* 2003; 1: 24–8.
- Rubinow DR, Schmidt PJ. Androgens, brain and behaviour. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 974–84.
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Daten des Gesundheitswesens (2002), [www.destatis.de/basis/d/gesu](http://www.destatis.de/basis/d/gesu).

# 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](#)