

**Kongreßbeitrag: Zentren
für Männergesundheit:
Versorgungsform zur
Schließung der
"Marktlücke"
Männerbehandlung**

Goeschel A, Bollmann M

Blickpunkt der Mann 2007; 5 (2)

31-36

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

ZENTREN FÜR MÄNNERGESUNDHEIT: VERSORGUNGSFORM ZUR SCHLISSUNG DER „MARKTLÜCKE“ MÄNNERBEHANDLUNG*

1. NICHT EINE MÄNNERPOLITIK, SONDERN DIE LEISTUNGS- ANBIETER DES GESUNDHEITS- WESENS THEMATISIEREN „MÄNNERGESUNDHEIT“

Es muß nicht immer falsch oder schlecht sein, wenn die nationalen Regierungen nicht alles und sofort umsetzen, was die EU-Kommission ihnen empfiehlt oder vorgibt. Im Bereich Männergesundheit wäre es allerdings sehr angesagt, daß wenigstens diese Koalitionsregierung der erneuten „Gender-Mainstreaming“-Empfehlung der Kommission¹ folgt und den „spezifischen Gesundheitsrisiken“ und „spezifischen Bedürfnissen“ der Männer in Sachen Gesundheit etwas mehr Aufmerksamkeit widmet. Bisher haben weder die längst ausdiskutierte Frühsterblichkeit der Männer in Deutschland, gerade auch im Europavergleich² noch die in immer mehr europäischen Nachbarländern vorliegenden Männergesundheitsberichte³ das zuständige Bundesministerium in Berlin zu entsprechenden Aktivitäten bewegen können.

Es wurde schon vor einiger Zeit in diesem Journal geschrieben, daß in

* Beitrag zum Kongreß „Männergesundheit“, Köln, 28.–29. März 2007

Von der ¹Staatlichen Universität Rostov und der ²Sanovis GmbH, München.

¹ Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Mitteilung der Kommission: Ein Fahrplan für die Gleichstellung von Frauen und Männern 2005–2010, KOM (2006) 96 endgültig, Brüssel, 01.03.2006, Ziff. 1.5.

² Vgl. Watzlawczik GU. Mann in Europa: Konzept für eine länderübergreifende Berichterstattung zur Männergesundheit. Für: Studiengruppe für Sozialforschung e. V., Marquartstein, 1999.

³ Neuerlich für die Autonome Provinz Bozen, Südtirol. Vgl. Studiengruppe für Sozialforschung e. V. Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in der Autonomen Provinz Bozen – Südtirol. Marquartstein, 2004.

Tabelle 1: Älter und männlicher: Bevölkerung in Deutschland 2020

Alter/Geschlecht	Anteile der Älteren und der Männer und der Frauen an diesen (%)		
	1999	2020	Prozentuale Änderung
Ältere* an allen Einwohnern	28,0	31,7	+13,2
Männer an allen älteren Einwohnern*	41,5	44,8	+8,7
Frauen an allen älteren Einwohnern*	58,5	55,2	-6,1

* Personen im Alter von ≥ 65 Jahren

Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia. Eigene Berechnungen und Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).

Entsprechung zu der im Europavergleich und im Frauenvergleich weitgehend fehlenden regierungspolitischen Unterstützung in Deutschland „Männergesundheit“ vorrangig von den Leistungsanbietern des Gesundheitswesens thematisiert⁴ wird. Hierbei nehmen dann vor allem die Akutkrankenhäuser, insbesondere die Allgemeinkrankenhäuser mit den dort entstandenen und weiter entstehenden „Zentren für Männergesundheit“⁵ eine Schlüsselstellung ein.

2. DEUTSCHLAND WIRD NICHT NUR ÄLTER, SONDERN AUCH MÄNNLICHER

Den demographischen und epidemiologischen Rahmen für Zentren und Programme für Männergesundheit an Allgemeinkrankenhäusern setzt zunächst der Umstand, daß Deutschland in den kommenden Jahren nicht nur älter, sondern zu-

⁴ Vgl. Goeschel A. Männerlebenserwartung und Männergesundheit: Ein Thema der internationalen und nationalen Geschlechterpolitik und Gesundheitsdiskussion. Blickpunkt Der Mann 2006; 4: 36–9.

⁵ Vgl. z. B. Zentrum für die Gesundheit des Mannes. Kreiskrankenhaus Rinteln des Klinikums Schaumburg, Leitung: Chefarzt Dr. Horst-Helmut Krause.

gleich auch männlicher wird. Der Anteil der Älteren an allen Einwohnern wird gegenüber 1999 im Jahr 2020 um ca. 13 % gestiegen sein. Gleichzeitig wird der Anteil der Frauen an den Älteren um etwa 6 % abnehmen, derjenige der Männer aber um bald 9 % zunehmen (Tab. 1).

In den Krankenhäusern wird sich dieser wachsende Männeranteil an einer zunehmenden Älterenbevölkerung aus Gründen der vorgezogenen und i. d. R. schwerwiegenderen Männermortalität noch sehr viel dramatischer auswirken: Es wird zu einer regelrechten Fallzahlexplosion bei Männerpatienten kommen. Gegenüber 1998 werden im Jahr 2020 die Fallzahlen der älteren Männerpatienten um gut 80 % gestiegen sein (Tab. 2).

3. GESUNDHEITLICHE WENIGER- LEISTUNGEN FÜR DIE MÄNNER- BEVÖLKERUNG BETRAGEN 39 MILLIARDEN EURO

Ganz im Unterschied zu diesem Zukunftsszenario sieht es in der Gegenwart so aus, daß die Pro-Kopf-Gesundheitsaufwendungen für die Männerbevölkerung ganz erheblich unter den Pro-Kopf-Ge-

sundheitsaufwendungen für die Frauenbevölkerung liegen⁶. Diese gesundheitlichen Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung liegen derzeit allein bei den Arztpraxen und Krankenhäusern bei jeweils bald 7 Milliarden Euro (Tab. 3a).

Würde das Aufgabenfeld Männergesundheit und Männerbehandlung gezielt und beschleunigt ausgebaut, könnte bei jetzigen Leistungen und Preisen eine gesundheitswirtschaftliche Umsatzlücke bei Arztpraxen und Krankenhäusern von bis zu 14 Milliarden Euro geschlossen werden bzw. umgekehrt ein Mehrumsatz von bis zu 14 Milliarden Euro erwirtschaftet werden.

Fragt man nun nicht nach den Leistungsanbietern, sondern nach den Erkrankungsarten, dann kommt man auf gesundheitliche Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung in Höhe von derzeit bald 40 Milliarden Euro im Vergleich zu den gesundheitlichen Leistungen für Frauen⁷ (Tab. 3b). Bei einer konsequenten Schließung der „Männerlücke“ in der gesundheitlichen Versorgung könnte in der Gesundheitswirtschaft in jetzigen Leistungen und Preisen demnach ein zusätzliches Wachstum in Höhe von 40 Milliarden Euro jährlich erwirtschaftet werden.

Für die vier teuersten Erkrankungsklassen, die zusammen fast die Hälfte der gesamten Gesundheitsleistungen ausmachen, beträgt die „Männerlücke“ derzeit jeweils bis zu 6 Milliarden Euro.

⁶ Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg). Gesundheit: Ausgaben, Krankheitskosten und Personal 2004. Wiesbaden, 2006; 25 ff.

⁷ Soweit es die bei Frauen anfallenden gesundheitlichen Leistungen wegen geschlechtsspezifischer Komplikationen der Schwangerschaft in Höhe von knapp 3,6 Mrd. Euro betrifft, müssen diese selbstverständlich zwar herausgerechnet werden, aber korrekterweise mit vergleichbar geschlechtsspezifischen Gesundheitsbeeinträchtigungen von Männern wie Unfälle und Gewalteinwirkungen gegengerechnet werden.

Tabelle 2: Fallzahlexplosion bei den Männerpatienten in Deutschland 2020

Zunahme der männlichen Krankenhausfälle \geq 65 Jahren 1998–2020 ¹	+80,2 %
Zunahme der weiblichen Krankenhausfälle \geq 65 Jahren 1998–2020 ²	+37,8 %

¹ ca. 4 Millionen männliche Krankenhausfälle im Jahre 2020
² ca. 4,5 Millionen weibliche Krankenhausfälle im Jahre 2020

Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia, nach: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW).

Tabelle 3a: Wenigerleistungen durch Arztpraxen und Krankenhäuser für die Männerbevölkerung in Deutschland 2004

	Wenigerleistungen für die Männerbevölkerung als für die Frauenbevölkerung (in Mrd. EUR)
Arztpraxen	-6,9
Krankenhäuser	-6,7

Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia, nach: Statistisches Bundesamt (StBA).

Tabelle 3b: Wenigerleistungen für die Krankheitsbehandlung der Männerbevölkerung in Deutschland 2004

Krankheitsklassen	Wenigerleistungen* für die Männerbevölkerung als für die Frauenbevölkerung (in Mrd. EUR)
Erkrankungen des Verdauungssystems	2,1
Erkrankungen des Kreislaufsystems	4,0
Psychische und Verhaltensstörungen	5,6
Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems	6,1
Alle Erkrankungen	39,4

* Für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege

Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia, nach: Statistisches Bundesamt (StBA).

4. GESUNDHEITLICHE MEHRLEISTUNGEN FÜR DIE MÄNNERBEVÖLKERUNG WERDEN SICH AUF FACHABTEILUNGEN FÜR INNERE MEDIZIN KONZENTRIEREN

Die Krankenhausversorgung nimmt gerade in Deutschland innerhalb der Gesundheitsversorgung eine zentrale Stellung ein⁸. Innerhalb

⁸ Die starke Konzentration der Gesundheitsversorgung auf die vergleichsweise späte und hochinvasive stationäre Versorgung gibt durchaus Anlaß zu Bedenken hinsichtlich der Gesamteffizienz der Gesundheitsversorgung. Sie muß aber bei einer Strategie besserer Gesundheitsleistungen für die Männerbevölkerung als „Datum“ akzeptiert werden.

der Krankenhausversorgung sind es die Fachabteilungen für innere Medizin, die den größten Anteil der männlichen Krankenhauspatienten erreichen und hierbei steigende Tendenz aufweisen. Für die ebenfalls anteilsstarke Chirurgie gilt hingegen eine rückläufige Tendenz. Die Fachabteilungen für Urologie erreichen, leicht zunehmend, bald 7 % der männlichen Krankenhauspatienten, die Fachabteilungen für Psychiatrie kommen auf 5 % Anteil (Tab. 4).

Diese Zahlen zeigen, daß ein entschlossener Einstieg in den Aufgabenbereich „Männergesundheit“ und „Männerbehandlung“ kleineren und mittleren Krankenhäusern, die in der Regel über Fachabteilungen für innere Medizin und Chirurgie als Kernbereiche verfügen, Chancen auch für die Bewältigung

Tabelle 4: Anteile der Krankenhausfachabteilungen an den Männerpatienten in Deutschland 1997 und 2003

Fachabteilungen ¹	Anteile der in den Fachabteilungen behandelten männlichen Patienten ² an allen männlichen Krankenhauspatienten (%)	
	1997	2003
Innere Medizin	35,2	37,3
Chirurgie ³	27,7	25,4
Urologie	6,5	6,8
Psychiatrie	4,5	5,0

¹ Fachabteilungen, in denen Patienten am längsten behandelt wurden.

Allgemein- und sonstige Krankenhäuser; Auswahl

² Entlassene vollstationäre Patienten einschließlich Stunden- und Sterbefälle

³ Einschließlich Herzchirurgie und plastischer Chirurgie

Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia, nach: Statistisches Bundesamt (StBA).

akuter Probleme bietet: Verbesserte DRG-Voraussetzungen, Verbesserung von Prozessen und Strukturen, Einstieg in Integrationsprojekte und vor allem Wettbewerbsvorteile. Hierbei liegt die Chance kleinerer und mittlerer Krankenhäuser vor allem in den besseren Möglichkeiten, durch geeignete Belegabteilungen wie z. B. für Urologie oder durch MVZ-Lösungen ein paßgenaues Angebot zur Männerbehandlung zusammenzustellen.

5. STRATEGISCHE PRODUKT-ENTWICKLUNG „MÄNNER-BEHANDLUNG“ BEGINNT BEIM „INNEREN MARKT“

Nur Krankenhäuser, die über das so unzulängliche wie weitverbreitete „Kostendenken“ hinaus sind und wissen, daß es unter Wettbewerbsbedingungen vor allem darauf ankommt, hochwertige „Produkte“ zu entwickeln, werden in der Lage sein, die exzellenten Chancen zu nutzen, die „Männergesundheit“ und „Männerbehandlung“ bieten. Als ersten Schritt sollten solche Krankenhäuser hier zunächst den

„Inneren Markt“, den jedes Krankenhaus im Bereich „Männerbehandlung“ hat, genauer analysieren. „Innerer Markt“ bedeutet, daß die Patientengruppe Männer im jeweiligen Krankenhaus nach sozio-demographischer Struktur und Dynamik, Behandlungsanlässen, Fachabteilungsdurchlauf, Prozeduren etc. zunächst analysiert wird. „Innerer Markt“ bedeutet außerdem, daß dann den unterschiedlichen Gruppen von Männerpatienten in den verschiedenen Abteilungen geeignete Ergänzungs- und Zusatzangebote aus den jeweils anderen Abteilungen angeboten werden. Bei der Krankenhauszielgruppe Männer gilt die Regel, daß vor allem und am besten denjenigen Männern, die gerade im Krankenhaus untersucht und behandelt werden, ergänzende und zusätzliche Untersuchungs- und Behandlungsangebote gemacht werden können⁹.

⁹ Der „Innere Markt“ ist wohl auch gemeint, wenn Krankenhausbetriebswirtschaftler empfehlen, Patienten ganzheitlich zu versorgen statt sie lediglich zu entlassen und hierzu „Behandlungsketten“ zu entwickeln. Vgl. Lingenfelder M. Patienten ganzheitlich versorgen statt entlassen. 11. Symposium zum Gesundheitsmanagement, Frankfurt/M., 15. März 2007.

Es gibt nicht wenige Krankenhäuser, die eine bereits eingetretene dramatische Überalterung ihrer Männerpatienten mit ihren auch ungünstigen Auswirkungen im DRG-Bereich zunächst und kurzfristig nur dadurch abfangen können, indem sie insbesondere für die im Regelfall jüngeren männlichen Behandlungsfälle etwa der Fachabteilung für Chirurgie zusätzliche und ergänzende Untersuchungs- und Behandlungsleistungen der Fachabteilung für innere Medizin anbieten. Man darf dabei nicht aus den Augen verlieren, daß derzeit etwa 8 Millionen männliche Behandlungsfälle durch die Krankenhäuser gehen, die ein enormes Potential für eine Wachstumsstrategie „Männergesundheit“ und „Männerbehandlung“ bieten.

6. MARKTLÜCKE „MÄNNER-BEHANDLUNG“ KANN NUR ÜBER DIE MÄNNERBIOGRAPHIE ERSCHLOSSEN WERDEN

Es wird insgesamt nur gelingen, die Marktlücke „Männerbehandlung“ zu schließen, d. h. bis zu 40 Milliarden Euro zusätzliches Wachstum in der Gesundheitswirtschaft zu generieren, wenn die Barrieren für eine bessere Gesundheitsversorgung der Männer abgebaut werden, die systematisch zwischen Männern und Gesundheitsleistungen bestehen.

Über eine bessere Erschließung des „Inneren Marktes“ der etwa 8 Millionen männlichen Krankenhauspatienten und ähnliche Bemühungen bei den Arztpraxen hinaus muß auch das Behandlungskonzept für Männer insgesamt und grundsätzlich überprüft und verbessert werden. Ganz allgemein besteht das gegenwärtige Behandlungskonzept der Gesundheitsleistungsanbieter

noch immer vorwiegend darin, daß die verschiedenen Leistungsanbieter und Leistungsphasen gemäß patientenvermuteten und arzt diagnostizierten Behandlungsanlässen bzw. Gesundheitszuständen oder Erkrankungsarten aufgesucht und in Anspruch genommen werden. Dieses Konzept, das nur von einigen eher marginalen Elementen der empfehlenden und auffordernden Vorsorge und Früherkennung modifiziert wird, beinhaltet eine funktionelle Frauenlastigkeit. Allein durch ihre spezifischen weiblichen Biorhythmen, insbesondere Menarche und Menopause, erinnern sich Frauen und Mädchen deutlicher als Männer an ihren Körper, ihren Gesundheitszustand und an Untersuchungs- und Behandlungserfordernisse.

Bei Männern und Jungen löst erst der Verkehrs-, Sport- oder Arbeits-

unfall eine Körpererinnerung aus, wird der Gesundheitszustand beachtet und an Untersuchungs- und Behandlungserfordernisse gedacht. Die enorme „Dunkelfeldmorbidity“ bei Männern, die auch an der in Deutschland im breiten Durchschnitt bei sechs Jahren liegenden Vorsterblichkeit der Männer gegenüber den Frauen sichtbar wird, kann diagnostisch und therapeutisch nur erschlossen werden, wenn sich die Gesundheitsleistungen stärker an den biographischen Abschnitten und biographischen Brüchen orientieren, die für das Leben von Männern und Jungen in modernen Gesellschaften typisch und in unterschiedlicher Weise gesundheitsrelevant sind (Tab. 5). Neben den schon erwähnten Unfallereignissen sind dies z. B. auch Trennung und Scheidung. Es ist inzwischen ausreichend untersucht und nicht

mehr strittig, daß Trennung und Scheidung als besonders einschneidender biographischer Bruch für Männer ein wesentlich höheres Risiko für Gesundheit und Lebenserwartung beinhalten als für Frauen. Eine Erschließung der Marktlücke „Männerbehandlung“ kann nur gelingen, wenn gesundheitliche Leistungs- und Versorgungspakete, also „Produkte“ entwickelt werden, die auf diejenigen Gesundheitszustände und Erkrankungserscheinungen abgestimmt sind, die typisch mit bestimmten biographischen Situationen und Krisen bei Männern verbunden sind.

Ein ähnlich „bescheidener“, aber gut in die gegebenen Strukturen und Prozesse des Gesundheitssystems eingewobener Ansatz wie das Konzept „Innerer Markt“ ist auch das Konzept „Männersprechstunde“. Bei richtiger Anlage können hier biographische Brüche einerseits mit ärztlich-medizinischen Zusatz- und Ergänzungsangeboten, andererseits undramatisch verknüpft werden. Vor allem kann im Rahmen einer „Männersprechstunde“ das diagnostische Angebot jeweils auch noch fachspezifisch abgeändert bzw. erweitert werden (Tab. 6).

7. „ZENTREN FÜR MÄNNERGE-SUNDHEIT“ ALS IDEALTYPISCHE ORGANISATIONSFORM VON GESUNDHEITSANGEBOTEN UND ERKRANKUNGSBEHANDLUNG FÜR DIE MÄNNERBEVÖLKERUNG

Die angesichts einer Marktlücke von 39 Milliarden Euro bei den Gesundheitsaufwendungen für die Männerbevölkerung und angesichts von allein in der Krankenhausversorgung etwa 8 Millionen männli-

Tabelle 5: Normalbiographie und „Biographische Brüche“

Normalbiographie	„Biographische Brüche“
<ul style="list-style-type: none"> • Babyalter und Kleinkindzeit • Kindergartenzeit • Schullaufbahn • Fahrerlaubnis • Studium und Berufseintritt • Anstellungsverhältnis oder Selbständigkeit • Urlaubsrhythmus • Ehe und Familie • Haus- oder Wohnungseigentumserwerb • Krankenversicherungsstatus • Frühverrentung oder Altersgrenzerreicherung • Verrentung • Verwitwung • Altersbedingter Umzug • Tod 	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust eines Elternteils oder Geschwisters • Ungewollte Schwangerschaft • Trennung oder Scheidung • Trennung von einem Kind als Scheidungsfolge • Tod des Partners • Tod eines Kindes • Infektion mit einer Tropenkrankheit oder Viruserkrankung • Unfallereignis • Verlust und/oder Ersatz von Gliedmaßen oder Organen • Gewalteinfluß einschließlich Vergewaltigung und sexuellem Mißbrauch • Übergabe des Betriebes oder des Unternehmens • Verlust der Berufsstellung • Verlust des Haus- oder Wohneigentums • Zwangsäumung • Abgabe der Eidesstattlichen Versicherung • Aufenthalt in Haftanstalt • Selbstmordversuch

Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia.

chen Patienten, ganz zu schweigen von den anstehenden Fallzahlsteigerungen bei älteren Männern, wahrlich bescheidenen Konzepte „Innerer Markt“ und „Männersprechstunde“ dienen, dies darf so gesagt werden, in erster Linie der Einübung der vorhandenen Strukturen und Prozesse und des vorhandenen Personals der Gesundheitsversorgung auf das Aufgabenfeld und die Zukunftschance „Männergesundheits“ und „Männerbehandlung“. Um die anstehende Besserversorgung schon der gegenwärtigen und vor allem der zukünftig noch viel zahlenstärkeren älteren Männerbevölkerung tatsächlich wirksam und wirtschaftlich zu erreichen, bedarf es tiefergehender und nachhaltiger Umgestaltungen der Gesundheitsversorgung.

In Überwindung der nach wie vor bestehenden Abschottung von ambulanter und stationärer, präventiver, akutkurativer und rehabilitativer sowie medizinisch-therapeutischer und pflegerischer Versorgung mit ihren Effizienz- und Produktivitätsverlusten kann die Männerbevölkerung zukünftig bevorzugt durch „Zentren für Männergesundheit“ gesundheitlich beraten, behandelt und betreut werden.

Diese „Zentren für Männergesundheit“ werden möglichst an Krankenhäusern der sogenannten Grund- und Regelversorgung eingerichtet. Dort können sie, um einen breiten Zugriff auch auf die jeweils schon vorhandene männliche Patientenschaft sicherzustellen, bevorzugt an die Fachabteilungen für innere Medizin angebunden sein. Sofern ergänzende Fachgebiete wie Urologie, Psychosomatik etc. am jeweiligen Krankenhaus nicht vorhanden sind, können diese in den hierfür bestehenden Rechtsformen wie Kooperationsvereinbarungen, MVZ etc. verfügbar gemacht werden. „Zentren für Männergesundheit“ sollten eine betont gesundheitsfördernde Ausrichtung zeigen, um

über entsprechende Angebote Anschluß und Zugang zu den vorrangig wichtigen Lebenssituationen und Lebenskrisen der Männerbevölkerung in der jeweiligen Region zu bekommen¹⁰.

In gleicher Weise sollten sich „Zentren für Männergesundheit“ auch mit Angeboten im Bereich Rehabilitation und Pflegeversorgung befassen, da auch hier bisher übersehene und nicht beachtete spezifische Bedarfs- und Problemlagen der Männerbevölkerung zu verzeichnen sind. Zuletzt sollten auch, sofern am Standort Krankenhaus eine Pflegeschule vorhanden ist, spezielle Qualifizierungsangebote für die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler auf dem Gebiet mändersensibler Krankenpflege bereitgestellt werden¹¹. In diesem Zusammenhang ist dann auch an eine Öffnung der Krankenpflegeschulen für die Bevölkerung, insbesondere auch für die männliche Bevölkerung der Region zu denken, um durch entsprechende Angebote die bagatellmedizinische Eigenkompetenz der Bevölkerung, insbesondere der Männer zu stärken¹². Soweit es die akutkurative, ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung männlicher Patienten betrifft, sollten die „Zentren für Männergesundheit“ als fachübergreifende gemeinsame Aufnahme der Fach-

¹⁰ Ein Präventionskonzept für die schwerwiegenden Gesundheitsfolgen von Trennung und Scheidung bei Männern liegt mittlerweile vor. Vgl. Goeschel A. Trennung und Scheidung als Gesundheitsrisiko für Männer in den Regionen Deutschlands: Überlegungen zu einer Präventionsstrategie. Vortrag: Berlin, 18.–19. November 2005, Blickpunkt Der Mann 2007; 5 (1): 29–37.

¹¹ Ein Entwicklungsprojekt „Mändersensible Krankenpflege“ wurde Mitte 2006 von der Studiengruppe für Sozialforschung e. V. gestartet.

¹² Vgl. Goeschel A. Zentren für Älterengesundheit an Allgemeinkrankenhäusern: Ein Beitrag zur Aus- und Weiterbildung von Älteren. In: Sozialverband VdK Bayern (Hrsg). Medizinstudium mit 60? München, 2004; 61 ff.

Tabelle 6: Befindlichkeitserhebung und Zustandsuntersuchungen im Rahmen der „Männersprechstunde“

Befindlichkeitserhebung

- **Erlerner Beruf** (Formalbildungsabhängiges Gesundheitsverständnis)
- **Ausgeübter Beruf/Tätigkeit** (Arbeitsweltbelastung)
- **Erwerbslosigkeit** (Arbeitsmarktbelastung)
- **Berufsweg** (Pendelbelastung)
- **Frühberentung** (Gesundheitsbelastung)
- **Einkommens- und Wirtschaftslage** (Schuldenbelastung)
- **Familienstand** (Unterstützungspotential, Lebenskrise etc.)
- **Freundeskreis** (Unterstützungspotential, Gesundheitsdiskurs)
- **Freizeitnutzung** (Gefahrensport, Bewegungsmangel)
- **Mobbingsituation** (Arbeitsplatz, Nachbarschaft etc.)
- **Privatstreß** (Ehe/Partnerschaft, Eltern, Kinder)
- **Sexuelle Zufriedenheit** (erektile Funktionsfähigkeit, Frequenz etc.)
- **Abhängigkeit**
Internet/Computer
Fernsehen
Nikotin
Alkohol
Medikamente
- **Familienanamnese**
Herzkrankheiten
Hypertonie
Schlaganfall
Prostatakarzinom
Andere Tumoren
Diabetes
Hypothyreose
Gicht
Epilepsie
Seelische Erkrankungen

Zustandsuntersuchungen

- **Diagnoseangebote**
Hernien
Varizen
Schlafapnoe
Osteoporose
Depressionen

Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia. Eigene Auswertungen und Kirby et al. (Hrsg). Männerheilkunde. Bern, 2002.

Tabelle 7: Zentrum für Männergesundheit e. V.

Leitung		Beratung
<ul style="list-style-type: none"> • Chefarzt Fachabteilung für Innere Medizin 		<ul style="list-style-type: none"> • Seniorberater Studiengruppe für Sozialforschung e. V.
Präventive Aufgaben		
<ul style="list-style-type: none"> • Übergewicht • Atemgesundheit • Bluthochdruck • Rauchen • Trinken • Internet/Computer • Früherkennung 	<ul style="list-style-type: none"> • Hernien • Varizen • Schlafapnoe • Osteoporose • Depressionen 	<ul style="list-style-type: none"> • Pendlerstreß • Betriebsübergabe • Mobbing • Trennung und Scheidung
Akutkurative Aufgaben		
<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsame fachübergreifende Aufnahme männlicher Patienten gemäß Einweisungsdiagnose • Gemeinsame fachübergreifende Voruntersuchung männlicher Patienten zur Abklärung von Dunkelfeldmorbidity 		
Rehabilitative Aufgaben		
<ul style="list-style-type: none"> • Medizinische Vorsorge für Väter und Kinder gemäß § 24 SGB V • Medizinische Rehabilitation für Väter und Kinder gemäß § 41 SGB V 		
Edukative Aufgaben*		
<ul style="list-style-type: none"> • Qualifizierung von Krankenpflegeschülerinnen und -schülern zur männersensiblen Krankenpflege • Programme zur Erhöhung der bagatellmedizinischen Eigenkompetenz der männlichen Bevölkerung 		
<p>* In Zusammenarbeit mit vorhandener Pflegeschule Quelle: Accademia ed Istituto per la Ricerca sociale, Tenno, Lago di Garda, Italia.</p>		

abteilungen des Hauses für männliche Patienten fungieren (Tab. 7).

In Deutschland gibt und gab es seit Ende der 1990er Jahre mittlerweile über 20 Projekte zum Aufbau von „Zentren für Männergesundheit“. Diese Vorhaben umfassen alle eine Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Lage der Männer in der jeweiligen Region. Ihr Ausgestaltungsstand reicht dabei von „zur Wiedervorlage“ über Veranstaltungsreihen zu „Mann und Gesundheit“ und die Vermittlung von „Männer-Check-ups“ bis zu etablierten Zentren mit einem breiten Angebot an männer-spezifischen Vorsorgeangeboten und Behandlungsangeboten wie z. B. Schlaflabor.

Korrespondenzadresse:
Prof. Albrecht Goeschel
Studiengruppe für Sozial-
forschung e.V.
D-83250 Marquartstein a. Chiemsee,
Staudacher Straße 14
E-Mail: mail@studiengruppe.com

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](#)