

**Männer, die
beratungsresistenten
Gesundheitsidioten?**

Dinges M

Blickpunkt der Mann 2009; 7 (1)

19-23

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

Männer, die beratungsresistenten Gesundheitsidioten?

M. Dinges

Kurzfassung: Männer werden im öffentlichen Diskurs häufig als „Gesundheitsidioten“ apostrophiert. Tatsächlich leben Männer risikoreicher, haben häufiger tödliche Autounfälle, gehen seltener zum Arzt und nehmen Beratungsangebote weniger oft in Anspruch. Ihnen dies als mangelndes Interesse an ihrer Gesundheit individuell vorzuwerfen, greift aber zu kurz. Vielmehr liegen diesen Verhaltensweisen männliches Rollenverhalten und geschlechtsspezifische Zwänge der Arbeitswelt zugrunde, die ge-

sellschaftlich geprägt sind. Sie müssen angemessen analysiert und durch politisches Handeln verändert werden. Individuelle Schuldzuschreibungen führen nicht weiter.

Abstract: Public discourse currently labels men as "health idiots". In fact, men live more riskily, they are more often victims of fatal car accidents, turn to a doctor and take health advice less often than women. To interpret this lack of interest in matters of health as an individual de-

fault is insufficient. On the contrary: one must consider that the male gender role and the constraints of the gendered distribution of work form the basis of their behaviour. Both are formed by society. These factors must be taken sufficiently into account when judging men's health behaviour. Change of the male gender role and of the gendered distribution of work requires political action. Negative individual value judgements are counterproductive. **Blickpunkt DER MANN 2009; 7 (1): 19–23.**

■ Einleitung

Der Tenor der öffentlichen Debatte zur Männergesundheit irritiert mich häufig. Männer generell als „Gesundheitsidioten“ zu apostrophieren, ist für den angestrebten Verhaltenswandel kontraproduktiv. Es ist auch aus der Perspektive des Gesundheitshistorikers unsinnig, wie ich im Folgenden zeigen werde¹.

■ Befunde: Männer als Gesundheitsidioten?

Der Befund ist völlig klar: Männer erwartet derzeit in Deutschland bei der Geburt ein fast sechs Jahre kürzeres Leben als Frauen. Bis in die 1980er Jahre betrug der Unterschied sogar fast sieben Jahre. Insofern können wir geschlechterpolitisch immerhin mit einer guten Nachricht beginnen: Der Unterschied in der Lebenserwartung hat sich in den letzten 20 Jahren leicht verringert.

Tabelle 1: Lebenserwartung bei Männern und Frauen in Deutschland (1850–2004)²

Jahr	Männer	Frauen	längere Lebenserwartung der Frauen
1850	40	40	0 (noch kein Unterschied)
1880/1890	36	39	3 Jahre mehr
1900/1910	44,8	48,3	3,5 Jahre mehr
1949/51	64,6	68,5	4,1 Jahre mehr
1960/62	66,9	72,4	5,5 Jahre mehr
1970/72	67,4	73,8	6,4 Jahre mehr
1980/82	70,2	76,9	6,7 Jahre mehr
1990/92	72,9	79,3	6,4 Jahre mehr
2002/04	75,9	81,8	5,9 Jahre mehr

¹ Dinges M. Was bringt die historische Forschung für die Diskussion zur Männergesundheit? *Blickpunkt Der Mann* 2007; 5: 6–9. Ansonsten sei hier auf den von mir mit gegründeten „Arbeitskreis interdisziplinäre Männer- und Geschlechterforschung“ hingewiesen. (<http://www.ruendal.de/aim/gender.html>).

² Quelle: Statistisches Bundesamt, versch. Publikationen.

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. phil. Martin Dinges, Institut für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung Stuttgart, D-70184 Stuttgart, Straussweg 17; E-Mail: martin.dinges@igm-bosch.de

Allerdings geht das weiter bestehende Differenzial weit über einen in der Forschung angenommenen biologischen Vorteil der Frauen von etwa einem Jahr hinaus: Fast fünf Jahre bleiben erklärungsbedürftig, denn sie sind offenbar sozial und kulturell bedingt. Das belegt der Blick auf die langfristigen Entwicklungen in Tabelle 1.

Sie zeigt, dass die Industrialisierung und die ersten Jahrzehnte der Bundesrepublik für die männliche Lebenserwartung besonders desaströs waren. Es spricht einiges dafür, dass besonders hohe Arbeitsanforderungen und das Allein- bzw. Hauptverdienermodell für Männer sehr gesundheitsschädlich waren³.

Während der letzten Jahre hat sich demgegenüber im öffentlichen Diskurs eine sehr einfache Erklärung etabliert, die gleichzeitig ein Werturteil über die geringere Lebenserwartung der Männer ist: Die Männer sind „Gesundheitsidioten“⁴. Das stützt sich auf Ergebnisse der Gesundheitswissenschaften, von denen ich hier nur vier herausgreifen werde: „Männer“

- leben risikoreicher
- haben mehr tödliche Autounfälle
- gehen weniger zum Arzt
- und nehmen Beratungsangebote weniger in Anspruch.

Männer leben risikoreicher

Das ist alles zutreffend, greift aber zu kurz. Nicht alle Männer, sondern insbesondere junge Männer nach der Pubertät und vor der Paarbildung „leben risikoreicher“. Die Lebensphase

³ Näheres dazu in Dinges M. Männergesundheit in historischer Perspektive. Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds. In: *Blickpunkt Der Mann* 2006; 4: 21–4, sowie: Weigl A. Der „gender gap“ ein Industrialisierungsphänomen? Komparatistische Anmerkungen zu einer schwedischen Fallstudie. In: Dinges M (Hrsg.) *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000*. Franz-Steiner-Verlag, Stuttgart, 2007; 23–40.

⁴ Zu weiteren Funktionen dieses Gesundheitsdiskurses s. Meuser M. Der „kranke Mann“ – wissenssoziologische Anmerkungen zur Pathologisierung des Mannes in der Männergesundheitsforschung. In: Dinges M (Hrsg.) *Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800–ca. 2000*. Franz-Steiner-Verlag, Stuttgart, 2007; 73–86.

„Jugend und junger Erwachsener“ ist also genauer zu betrachten: Darin stellt sich angehenden Männern die Aufgabe, eine „männliche Identität“ zu entwickeln, also

- sich von den Eltern zu lösen,
- die eigene Leistungsfähigkeit zu erproben, was häufig Risikoverhaltensweisen einschließt;
- außerdem Konkurrenzen mit anderen Männern auszutragen und dabei gleichzeitig Kooperationsformen zu erlernen.

Gesellschaftlich ist es weiterhin erwünscht, dass junge Männer lernen, Risiken auf sich zu nehmen. Als Beleg mag hier genügen, dass

- die gefährlichsten und die am stärksten gesundheitsschädigenden Berufe praktisch ausschließlich von Männern ausgeübt werden (92 % der tödlichen Arbeitsunfälle betreffen Männer) (Tab. 2)⁵ und
- die mittlerweile wieder gängigen Militäreinsätze im Ausland dazu beitragen, symbolisch das Bild von Männlichkeit auf Härte hin zu verschieben.

Risikoverhalten ist also einerseits entwicklungspsychologisch typisch für eine bestimmte Lebensphase, in der Muster von Männlichkeit eingeübt werden, andererseits gesellschaftlich für bestimmte Zwecke sehr erwünscht. Es ist demnach von „den Männern“

- nicht frei gewählt
- und sie können es auch nicht beliebig vermeiden.

Ergänzend sei hier bemerkt, dass mittlerweile mehr junge Mädchen als junge Männer rauchen (Tab. 3) – also ein klassisches Risikoverhalten aufweisen – und Alkoholexzesse in dieser Altersgruppe immer weniger geschlechtsspezifisch sind. Dass Mädchen solche Risikoverhaltensweisen übernehmen, verweist erneut auf Probleme der Jugendphase, weniger auf solche des Geschlechts.

Männer haben häufiger tödliche Autounfälle

Männer haben nicht nur mehr tödliche Autounfälle, sie fahren auch wegen ihres sehr viel größeren Anteils

- an der Berufstätigenquote
- an der Zahl der Ganztagsberufstätigen
- an Außendiensttätigkeiten und
- als Selbständige (2:1)

mehr als doppelt so viele Kilometer mit dem PKW als Frauen und sie tun dies dementsprechend wesentlich häufiger unter (Berufs-) Stress⁷.

⁵ Zur sonstigen geschlechtsspezifischen Unfallbelastung vgl. Tabelle 2.

⁶ Fischer G. Warum Frauen gesünder leben & Männer früher sterben. Geschlechtsbezogene Krankheitsbilder. Verlagshaus der Ärzte, Wien, 2005; 153.

⁷ Dabei sind die LKW-Fahrten noch nicht einbezogen. Quelle: ADAC (Hrsg). Verkehrs- und Unfallstatistik aktuell, März 2006. Darüber hinaus gilt: „Männer weisen in allen Lebenszyklusgruppen die höhere Verkehrsbeteiligungsdauer auf. Im Mittel beträgt der Abstand 103 zu 83 Minuten. Am größten ist der Abstand bei den Erwerbstätigen, da die Männer durch die höhere Beteiligung am Wirtschaftsverkehr täglich 30 Minuten länger unterwegs sind.“ Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen. Mobilität in Deutschland. Ergebnisbericht 2004; 86. Besonders junge Männer haben ein viermal höheres Sterberisiko im Verkehr als gleichaltrige Frauen; ansonsten ist das Verhältnis etwa 3:1. Robert Koch Institut. Gesundheitsbericht 2006; Kap 2.2.4.

Tabelle 2: Geschlechtsspezifische Unfallbelastung (HVBG-Daten für 2003). [Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2007; 38 (Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, Abb. 9)]

Unfallart	Männer	Frauen
Meldepflichtige Arbeitsunfälle	79,3 %	20,7 %
Arbeitsunfallrenten	82,6 %	17,4 %
Tödliche Arbeitsunfälle	92,1 %	7,9 %
Meldepflichtige Wegeunfälle	53,5 %	46,5 %
Wegeunfallrenten	60,5 %	39,5 %
Tödliche Wegeunfälle	74,3 %	25,7 %

Tabelle 3: Jugendliche Raucher⁶

	Zeitraum	Deutschland	Österreich
Männliche Jugendliche	1994–1998	k. A.	29,0 %
	1999–2001	33,0 %	30,0 %
	2002	32,2 %	26,1 %
Weibliche Jugendliche	1994–1998	k. A.	31,0 %
	1999–2001	28,0 %	36,0 %
	2002	33,7 %	37,1 %

Wir haben es also auch hier nicht in erster Linie mit Hormonschüben oder männlicher Idiotie, sondern erneut mit Rahmenbedingungen zu tun, die Gesundheitspolitik reflektieren müsste. Offenbar ist neben dem (Post-) Pubertätsverhalten die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung ein entscheidender Faktor für unsere Unfallstatistik.

Diese beiden Punkte mögen für eine **erste These** genügen: Der derzeitige öffentliche Diskurs zur Männergesundheit greift viel zu kurz⁸.

- Er kontrastiert unzutreffend „die Männer“ mit „den Frauen“, denen bestimmte Verhaltensweisen zugeschrieben werden⁹. Dadurch entgeht ihm, dass das Gesundheitsverhalten z. B. voll berufstätiger Frauen in vielerlei Hinsicht demjenigen voll berufstätiger Männer viel ähnlicher ist als etwa dem von Hausfrauen.
- Durch das kontrastive Verfahren kommen Ansätze eines gesundheitsförderlichen Verhaltens von Männern gar nicht mehr in den Blick.
- Außerdem entgehen diesem Diskurs wichtige Differenzierungen innerhalb des „Kollektivsubjekts Männer“ nach Lebensphasen, sozialer Lage und Migrationshintergrund, um nur die wichtigsten zu nennen.
- Weiterhin unterstellt er eine jedenfalls sehr weitgehende Wahlfreiheit der Betroffenen, die oft gar nicht besteht. Nach wie vor gilt nämlich: Je niedriger die gesellschaftliche Position eines Mannes, desto weniger Wahlmöglichkeiten für gesundheitskonformes Verhalten hat er.
- Mit der Verlagerung der Verantwortlichkeit auf die als „Gesundheitsidioten“ titulierten Männer geraten Problemfelder, die die Politik direkt beeinflussen könnte, wie z. B. ein Tempolimit auf den Autobahnen, aus dem Blick.

⁸ Weitere Punkte benennt: Stiehler M. Männergesundheit in der Gesellschaft. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg). Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Juventa-Verlag, Weinheim, 2007; 280–6.

⁹ Zur Überwindung behaupteter, aber zu einfacher Geschlechterpolaritäten verfolgen einen Lebensstilansatz: Luy M, Paolo Di Giulio P. The impact of health behaviors and life quality on gender differences in mortality. In: Geppert J, Kühl J (Hrsg). Gender und Lebenserwartung. Kleine-Verlag, Bielefeld, 2006; 113–47.

■ Gesundheitsverhalten ist geschlechtsspezifisch unterschiedlich verortet

Nun trotzdem einige kontrastive Überlegungen zum Gesundheitsverhalten: Traditionell beinhaltet das Leitbild für „Männlichkeit“ u. a.

- körperliche Stärke: Sie ist als Körperertüchtigung erwünscht, als überzogener Leistungssport kann sie aber gesundheitsschädlich werden;
- Willensstärke und Autonomie: „Sich selbst helfen zu können“ ist eine gesellschaftlich zunehmend erwünschte Qualität. Bezogen auf Gesundheit kann sie dazu führen, sich nicht von Fachpersonal wie Ärzten helfen lassen zu wollen.

Demgegenüber beinhaltet das traditionelle Leitbild für „Weiblichkeit“ u. a.

- sehr hohe Beachtung des Körpers, früher stärker auf die Perspektive Mutterschaft ausgerichtet, heutzutage insbesondere wegen ästhetischer Aspekte: Deshalb gehen Frauen mit dem eigenen Körper sorgsam um und achten z. B. sehr auf eine gesunde Ernährung. Allerdings kann dies auch bis zur Magersucht führen¹⁰.
- die Bereitschaft, andere zu unterstützen sowie sich von anderen helfen zu lassen. Deshalb gehen Frauen eher zum Arzt, neigen aber auch zu „höherer Klagsamkeit“, also der Bereitschaft, schon bei geringfügigen Symptomen schneller medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Gesundheitsrelevante Ambivalenzen bestehen also in beiden Geschlechterleitbildern. Allerdings fördern wichtige Aspekte des traditionellen Leitbildes von Weiblichkeit eher gesundheitskonformes Verhalten. Das gängige Leitbild von Männlichkeit kann gesundheitskonformes Verhalten eher behindern. Erst in den „mittleren Lebensjahren“ werden die gesundheitlichen Grenzen expansiv ausgelebter Männlichkeit spürbar, manchmal ist es dann zu spät.

Daraus ergibt sich **These 2:** Gesundheitserziehung muss bei der Vermittlung von Geschlechterleitbildern bereits vor der Pubertät ansetzen und konkret z. B. den Jungen beibringen, dass auch Schwäche, Traurigkeit und Hilfsbedürftigkeit normal, jedenfalls keineswegs „unmännlich“ sind¹¹.

■ Gesundheitsverhalten wird geschlechtsspezifisch unterschiedlich erlernt

Frauen wird ganz vorrangig die Zuständigkeit für Gesundheit und Krankheit von Kindern zugeschrieben. Jungen erfahren als Kinder genau diese Kompetenzzuschreibung und erwarten dann auch als Erwachsene von Frauen Kompetenz in diesem Feld. Es ist eine offene Forschungsfrage, ob sich männliche Jugendliche im Laufe ihrer Sozialisation auch deshalb vom Medizinbetrieb abwenden, weil sie ihn mit der Mutter, also mit ihrem nächstliegenden Verständnis von „Weiblichkeit“, assoziieren, von dem sie sich als werdende Männer abgrenzen.

Weiterhin machen heranwachsende Jungen Erfahrungen mit Arztbesuchen meistens nach Unfällen. Deshalb gehen sie nur gelegentlich und bei Bedarf zum Arzt, nämlich dann, wenn ihr Körper akut „reparaturbedürftig“ ist. Allenfalls machen sie noch die nicht unbedingt angenehme Bekanntschaft mit dem Arzt bei der Musterung. Schulärzte und Einstellungsuntersuchungen erleben sie genauso wie Mädchen und junge Frauen¹².

Für Mädchen ist der Arztbesuch, seit Ende der 1960er Jahre insbesondere beim Gynäkologen, regelmäßige Praxis zum Zwecke der Verhütung und gynäkologischer Kontrolle. Der Arzt wird also aufgesucht, ohne dass akut eine Krankheit besteht. Frauen gehen dann Jahr für Jahr regelmäßig bis in die Wechseljahre zumindest zum Gynäkologen. Oft führt dies zu weiteren Arztbesuchen. Männer hingegen spüren bis in ihr viertes Lebensjahrzehnt selten Veranlassung, zum Arzt zu gehen.

These 3: Die erlernten Verhaltensmuster sind geschlechtsspezifisch sehr unterschiedlich. Sie erscheinen den Betroffenen als ganz rational: So wird jungen Männern nichts von ihrem hohen Hodenkrebsrisiko mit 20 Jahren gesagt, junge Frauen hingegen haben ein starkes und aktuelles Interesse an Verhütung. Gleichzeitig ist das Muster der Inanspruchnahme auch Ergebnis der Medikalisierung des Körpers von Frauen, was sich nur historisch erklären lässt.

■ Inanspruchnahmeverhalten hat sich historisch verändert und kann deshalb wieder verändert werden

Die Inanspruchnahme von Ärzten war für die langfristige Entwicklung der Volksgesundheit seit 1850 nachrangig gegenüber der verbesserten

- Hygiene,
- Ernährung und
- Bildung.

Trotzdem soll hier kurz der historische Hintergrund des Inanspruchnahmeverhaltens skizziert werden: Seit der Aufklärung (18. Jhd.) haben Anthropologen die Frau als das vom Körper beherrschte Geschlecht konzipiert, das der Natur nahestehe, während Männer angeblich durch den Verstand geprägt wären. Dementsprechend wurde ein enger Zusammenhang von Frau und Krankheit hergestellt und durch die Mediziner im 19. Jhd. bis zur Behauptung des „physiologischen Schwachsinn des Weibes“ (Möbius, 1900) „wissenschaftlich“ begründet. Dieses Geschlechterleitbild wirkte lange in der Medizin nach und führte zum vorrangigen Interesse der Medizin am weiblichen Körper.

Man kann das Ergebnis dieser im 18. Jhd. beginnenden Entwicklung, vorrangig Frauen als Patienten zu rekrutieren, his-

¹⁰ So sind 40 % der 15–18-jährigen Schweizerinnen untergewichtig. Bundesamt für Gesundheit. Gender-Gesundheitsbericht 2006; 196; keine entsprechenden Angaben im Frauengesundheitsbericht der deutschen Bundesregierung von 2002.

¹¹ Anregend, reflektiert und praxisorientiert ist: Winter R, Neubauer G. Dies und das. Das Variablenmodell „balanciertes Junge- und Mannsein“ als Grundlage für die pädagogische Arbeit mit Jungen und Männern. Neuling-Verlag, Tübingen, 2001.

¹² Offen bleiben muss hier noch die Nutzung der jüngst eingeführten Jugendgesundheitsuntersuchung J1, ein Angebot an Personen beiderlei Geschlechts, das aber durch die Möglichkeit einer Impfung gegen Zervixkarzinom vor allem für junge Frauen attraktiv sein könnte. Statistische Auswertungen liegen noch nicht vor.

torisch gut situieren. Sieht man sich an, wie viele Männer und Frauen jeweils in den vergangenen 400 Jahren Arztpraxen aufsuchten, dann ist der Wendepunkt – egal ob in Deutschland, Belgien oder Kanada – das Jahrzehnt zwischen 1850 und 1860. Vorher waren oft mehr Männer in den Arztpraxen oder die Verhältnisse zwischen Männern und Frauen waren ausgeglichen. Seither sind es immer mehr Frauen, nämlich ca. 60 % zu nur 40 % Männern.

Das lässt sich weder durch den höheren Frauenanteil in der Bevölkerung noch durch den „gynäkologischen Bedarf“ erklären. Rechnet man beides ab, bleibt statt einem 20%igen immer noch ein Überhang von 12 % Frauen in den Praxen – und das seit 150 Jahren! Es scheint, als hätten die Frauen die Lektion gelernt, dass man regelmäßig zum Arzt gehen muss¹³.

These 4: Dementsprechend haben wir es bei der Inanspruchnahme von Ärzten also mit einem historisch durchaus veränderlichen Verhalten zu tun, bei dem die Frauen allerdings seit fünf Generationen wesentlich eifriger sind als die Männer. Entscheidend für das Inanspruchnahmeverhalten sind Geschlechterleitbilder und das ärztliche Angebot.

■ **Beratungsangebote zielten bisher immer vorrangig auf Frauen**

Kommen wir abschließend kurz zu den Beratungsangeboten. Etwa ein Jahrhundert Gesundheitsberatung lässt nur eine Charakterisierung zu: Adressaten waren vorrangig immer Frauen. Bevölkerungspolitische Interessen an der Senkung der Säuglingssterblichkeit führten um 1900 zur Stillberatung und zu Angeboten zur nachgeburtlichen Hygiene. Gleichzeitig zielte fast die gesamte Hygienepropaganda auf Frauen – als Hausfrauen, Mütter oder Ehegattinnen. Auch die Sexualberatungsstellen der Weimarer Zeit wurden vor allem von Frauen in Anspruch genommen. Erst bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten kamen neben den Prostituierten auch die männlichen Freier – allerdings nachrangig – in den Blick.

Auch in der Gesundheitsaufklärung der BRD blieben und bleiben Frauen immer mit weitem Abstand die Hauptadressaten¹⁴. Erst bei der Sexuallaufklärung und der AIDS-Prävention der letzten Jahre hat sich das etwas verändert.

Schließlich hat sich in jüngster Zeit mit einer aktiven Vorsorgepolitik diese Präferenz für Frauen weiter verstärkt. Es gibt großzügige Vorsorgeprogramme zur Früherkennung von Brustkrebs, aber keine für Hodenkrebs, der nicht selten zwanzigjährige Männer trifft¹⁵.

Dies wäre eines der Programme, das junge Männer deutlich auf das Thema Vorsorge einstellen könnte. Es lässt sich auch bei Weiterbestehen traditioneller Leitbilder von Männlichkeit leicht vermitteln, dass die Teilnahme an einer solchen Maßnahme zweckmäßig wäre. Und es wäre gesundheitspolitisch effizient, denn in dieser Altersgruppe lassen sich viele durch frühen Tod verlorene Lebensjahre gewinnen, allerdings muss die Politik dies wollen, und das heißt vor allem auch finanzieren wollen.

Dabei wäre allerdings darauf zu achten, dass die Vorsorgeangebote zeitlich mit den Arbeitszeiten von Männern vereinbar sind, denn fast 94 % der berufstätigen Männer arbeiten Vollzeit, demgegenüber sind 85,4 % aller Teilzeitbeschäftigten Frauen. Dieser Anteil steigt noch¹⁶. Vor diesem Hintergrund ist es eher erstaunlich, dass selbst jüngere Männer Gesundheitsuntersuchungen gar nicht so viel weniger wahrnehmen als Frauen. Ältere Männer nutzen sie sogar mehr (Tab. 4):

Tabelle 4: Inanspruchnahme von Gesundheitsuntersuchungen in Prozent der jeweiligen Altersgruppe¹⁷

Altersgruppe	Frauen (in %)	Männer (in %)
35–39	11,2	9,5
40–44	14,3	12,1
45–49	16,1	15,6
50–54	17,8	18,0
55–59	18,4	19,0
60–64	20,7	20,7
65–69	21,2	22,9

Deshalb sollte man nicht so ausschließlich von der Krebsvorsorge reden, die in der Tat Frauen deutlich mehr nutzen – eben weil es für sie auch mehr Angebote gibt. Insgesamt wird die Bedeutung der Krebsvorsorge weit überschätzt. Der Rückgang von Neubildungen als Todesursache hat von 1980–2002 nur wenig mehr als ein halbes Jahr zur Verbesserung der Lebenserwartung von Männern und Frauen beigetragen¹⁸. Allein die Reduzierung der Verkehrsunfallfolgen hat für Männer fast genau so viel gebracht (0,47 Jahre).

■ **Ergebnisse**

Die Informationslücken zur Männergesundheit müssten dringend beseitigt werden. In Deutschland fehlt auf dem Weg zu angemessenen Gender-Gesundheitsberichten immer noch ein

¹³ Genauer dazu: Dinges M. Immer schon 60 % Frauen in den Arztpraxen? Zur geschlechtsspezifischen Inanspruchnahme des medizinischen Angebotes (1600–2000). In: Dinges M (Hrsg). Männlichkeit und Gesundheit im historischen Wandel ca. 1800– ca. 2000. Franz-Steiner-Verlag, Stuttgart, 2007; 295–322.

¹⁴ So gibt es bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wie selbstverständlich ein „Frauengesundheitsportal“ (<http://www.frauengesundheitsportal.de>), aber keines für Männer. Immerhin verstecken sich – unerwartet bei dieser Benennung – hinter dem Frauenportal auch einige Literaturhinweise zur Männergesundheit!

¹⁵ Ein anderes Beispiel: Bei Hautkrebs ist die Inzidenz bei zwanzigjährigen Männern höher als bei Frauen, aber das Einstiegsalter für Vorsorge bleibt seit 1971 bei 45 Jahren, bei den Frauen ist es 20 Jahre.

¹⁶ 6,125 Mio. der 7,168 Mio. Teilzeitarbeitsverhältnisse hatten im März 2004 Frauen inne. 93,8 % der Männer (statt 97,1 % im Jahre 1991) arbeiteten im März 2004 Vollzeit, aber nur 57,9 % (statt 69,8 % im Jahre 1991) der Frauen. Quelle: Statistisches Bundesamt. Leben und Arbeiten in Deutschland, Ergebnisse des Mikrozensus 2004, Tabellenanhang, Tab. 21. Teilzeitbeschäftigung von Frauen: 1991: 1,8 Mio.; 2004: 6,1 Mio. (März 2004; *ibid.*, S. 44).

Der gleiche Bericht zeigt auch, dass Männer doppelt so häufig Überstunden machen wie Frauen: 10 % vs. 5 %; *ibid.*, S. 47. Statistisches Bundesamt. Datenreport 2006: 42,3 % Frauenanteil an der Erwerbstätigenquote; 52,2 % der verheirateten Frauen sind berufstätig (Angaben für 2004).

¹⁷ Quelle: Robert-Koch-Institut. Gesundheitsbericht 2006, Kap. 3.3.2; 138.

¹⁸ Weiland S, Rapp K. Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. In: Deutsches Ärzteblatt 2006; 103: C874–C877. 0,57 Jahre bei den Frauen (von 4,59 Jahren gewonnener Lebenserwartung), bei den Männern 0,59 Jahre von 5,75 gewonnenen Jahren.

Männergesundheitsbericht, der Lage und spezifischen Bedarf umfassend darstellt, während ein umfassender Frauengesundheitsbericht seit 2002 vorliegt¹⁹. Auch auf Landesebene lassen sich gezielt Informationsdefizite verringern²⁰. So besteht z. B. in Baden-Württemberg bisher lediglich ein „Institut für Frauengesundheit“ an der Universität Tübingen²¹.

Gesundheitsverhalten von Männern ist das Ergebnis von

- traditionellen Männlichkeitsleitbildern,
- entwicklungspsychologischen Herausforderungen an Jugendliche,
- Anforderungen aus der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung und
- einer vorrangig auf Frauen ausgerichteten Gesundheitspolitik.

Gesundheitsverhalten von Männern kann geändert werden, wenn man

1. frühzeitig genug bei den Leitbildern ansetzt,
2. Bildungsangebote gezielt für besonders verunsicherte männliche Jugendliche²² konzipiert, die exzessive Männlichkeit oft kompensatorisch ausagieren,
3. nachrangig überzeugende, das heißt für die Zielgruppe einsehbare Vorsorgeangebote macht²³ und
4. die in Punkt 2 genannten Rahmenbedingungen angemessen beachtet.

¹⁹ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Stuttgart 2001. Österreich und die Schweiz sind hier weiter: 1. Österreichischer Männergesundheitsbericht unter: http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/7/6/8/CH0124/CMS1060093253921/publikation_mg_2.4.04.pdf. Schweizerischer Gender-Gesundheitsbericht unter: <http://www.bag.admin.ch/index.html?lang=de>.

²⁰ Beispielhaft sei hier Nordrhein-Westfalen genannt: GesundheitsAkademie/Landesinstitut für Schule und Weiterbildung NRW (Hrsg.). Die Gesundheit der Männer ist das Glück der Frauen? Chancen und Grenzen geschlechtsspezifischer Gesundheitsarbeit, Frankfurt/M., 1998.

²¹ Das betreibt natürlich „Forschung für die Frau“: <http://www.ifg-baden-wuerttemberg.de> (Abruf 29.5.2008).

²² Siehe dazu Hurrelmann K. Gesundheits- und Entwicklungsprobleme von jungen Männern. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg.). Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Juventa-Verlag, Weinheim, 2007; 49–59.

²³ Dazu systematisch und deshalb sehr anregend: Beier S. Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung bei Männern. In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg.). Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Juventa-Verlag, Weinheim, 2007; 75–89.

Veränderungen hin zu einem gesundheitsförderlicheren Verhalten von Männern sind bereits erkennbar und sollten als Anknüpfungspunkte genutzt werden:

- Mittlerweile rauchen weniger Jungen als Mädchen: Offenbar ist das Rauchen als Männlichkeitsmarker nicht mehr wichtig, während es für die Geschlechtsrollenperformance junger Frauen an Bedeutung gewinnt²⁴.
- Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen von männlichen Jugendlichen, wie z. B. ihr stärkeres Interesse an Bewegung, sollten positiv herausgestellt werden²⁵.
- Beim Thema Work-Life-Balance, also dem besseren Ausbalancieren von beruflichen und familiären Anforderungen mit Gesundheitszielen, spüren auch jüngere Alterskohorten von Männern Änderungsbedarf; hier kann man über das für männliche Identität traditionell zentrale Thema Arbeit einsteigen und dann auch die Arbeitsbelastung ansprechen.
- Es gibt eine auch historisch gut belegbare Tendenz vieler Männer, Gefahren am Arbeitsplatz zu vermeiden²⁶.
- Am meisten Bereitschaft zum Wandel besteht in der Lebensmitte (bei den über Vierzigjährigen).

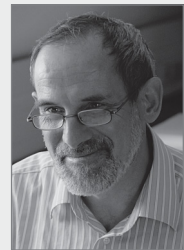
■ Relevanz in der Praxis

Hintergrundinformation für jede Beratung von Männern.

Prof. Dr. Martin Dinges

Geboren 1953, Studium der Rechts-, Geschichts- und Politikwissenschaften. Stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert-Bosch-Stiftung, Stuttgart und apl. Professor für Neuere Geschichte an der Universität Mannheim; Koordinator des Arbeitskreises für interdisziplinäre Männer- und Geschlechterforschung – Kultur-, Geschichts- und Sozialwissenschaften (AIM Gender).

Forschungsschwerpunkte: Gesundheitsgeschichte der Neuzeit, Geschlechtergeschichte



²⁴ Frauen verloren von 1980–2002 0,14 Jahre Lebenserwartung wegen Lungenkrebs, Männer gewannen 0,18 Jahre, s. Weiland S, Rapp K. Zunahme der Lebenserwartung. Größenordnung, Determinanten und Perspektiven. In: Dtsch Ärztebl 2006; 103: C874–C877.

²⁵ Neubauer G. Macht die Schule Jungen gesund? In: Stiehler M, Klotz T (Hrsg.). Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Juventa-Verlag, Weinheim, 2007; 60–74.

²⁶ Schweig N. Gesundheitsverhalten von Männern. Gesundheit und Krankheit in Briefen, 1800–1950. Dissertation, Universität Stuttgart, 2008.

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](#)