

MÄNNERGESUNDHEIT

Bachelorarbeit

Im Fach:

Gesundheitspsychologie, geschlechterspezifisches
Gesundheitshandeln

der Gesundheits- und Pflegewissenschaften

an der Medizinischen Universität Graz



Verfasser :

Tiefenbacher Peter

Matrikelnummer: 0630375

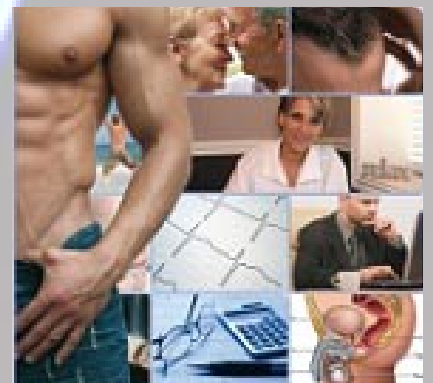
Begutachterin:

Mag^a Traude Ebermann

Kochgasse 3-5/18c

A- 1080 Wien

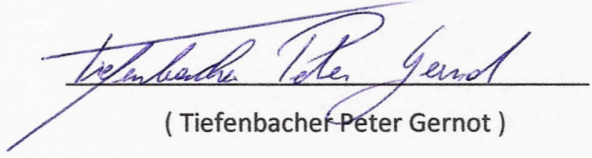
Graz, Mai 2010



Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bakkalaureatsarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz am 11.Mai 2010



(Tiefenbacher Peter Gernot)

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	5
2. Allgemeine Daten.....	6
2.1 Bevölkerungsstruktur und –entwicklung.....	6
2.2 Beschäftigung und Arbeitsmarkt.....	7
2.3 Familienstand, Haushaltsgröße und Wohnen.....	8
2.4 Todesursachen im Vergleich Männer und Frauen:.....	10
2.4.1 Herz- und Kreislauferkrankungen.....	11
2.4.2 Krebserkrankungen.....	12
2.4.3 Verletzungen und Vergiftungen.....	13
2.4.4 Sonstige Todesursachen.....	14
2.5 Arztbesuche.....	15
3. Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Männer.....	15
3.1. Spezifische Gesundheitsrisiken von Männern.....	17
3.1.1 Stressbelastung.....	18
3.1.2 Psychische Krankheiten.....	20
3.1.3 Suchtverhalten.....	20
4. Geschlechterspezifische Unterschiede in verschiedenen	21
 Lebensphasen.....	21
4.1. Geburt und Kindheit.....	22
4.2. Pubertät und Jugendalter.....	23
4.3. Erwachsenenalter.....	24
5. Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Männer.....	25
5.1 Gesundheitsverhalten.....	28
5.1.1 Die „sieben Siegel“ des Männergesundheitsverhaltens.....	28
5.2 Best practice Modelle – Männerzentrierte Gesundheitsangebote.....	32
5.3 Maßnahmenvorschläge.....	34
6. Resümee	37
7. Abbildungsverzeichnis.....	38
8. Literaturverzeichnis.....	39

1. Einleitung

MÄNNERGESUNDHEIT ist leider immer noch ein unterrepräsentierter Zweig der Gesamtmedizin. Erst in den letzten Jahren gewann der Begriff Männergesundheit immer mehr an Aufmerksamkeit. Auftretende Gesundheitsprobleme können sich bei gleicher Diagnose geschlechterspezifisch sehr unterschiedlich auswirken. Auch im Verhalten bezüglich der Gesundheit bestehen Unterschiede zwischen Mann und Frau. Deshalb ist es besonders wichtig, gezielt und getrennt auf die Bedürfnisse von Männern und Frauen einzugehen. Das Gesundheitssystem wird immer mehr die Aufgabe haben, geschlechtssensibler zu agieren.

Geschlechtsspezifische Forschung blickt heute vermehrt auf Männer. Man weiß, dass Männer weniger gern Hilfe annehmen als Frauen. Es soll herausgefunden werden, warum dies so ist, und wie man Männer motivieren kann, gesundheitsbewusster zu leben. Denn bekannt ist, dass Männer weniger sorgsam mit dem eigenen Körper umgehen. Jedoch ist es so, dass sich Männer im Allgemeinen gesünder fühlen als Frauen. Sie neigen aber beruflich und in der Freizeit zu Überbeanspruchung und Probleme werden erst spät erkannt.

Deshalb sollte das Lernen mit dem bewussten Umgang des Körpers schon früh in die Erziehung und Schulbildung bei Kindern und Jugendlichen einfließen. Ein sorgsamer Umgang mit dem Körper, mit seiner geistigen und körperlichen Gesundheit, soll auch geschlechtsspezifisch gefördert werden. Die sogenannte „Gender Medizin“ arbeitet weltweit daran, sich diesbezüglich weiter zu entwickeln. Österreich nimmt in der Entwicklung der Männergesundheit eine Vorreiterrolle ein. Einige österreichische Initiativen, die auch weit über die Grenzen Gehör gefunden haben:

- Wien gab als erste europäische Region einen Männergesundheitsbericht in Auftrag
- Gründung einer internationalen Gesellschaft für Männergesundheit
- Errichtung des ersten EU-weiten Männergesundheitszentrums

Da viele Männer ihre gesundheitlichen Beschwerden negieren, wurden ihre speziellen gesundheitlichen Probleme lange Zeit, auch von der Fachöffentlichkeit, nicht entsprechend wahrgenommen. (BMSG 2004, S 1)

Es ist aber nun Tatsache, dass

- Männer in Österreich im Schnitt um 5,7 Jahre früher sterben als Frauen,
- Männer von nicht geschlechtsspezifischen Erkrankungen, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Leberzirrhose und Lungenkrebs, überproportional häufig betroffen sind,
- Männer mit viel höherer Wahrscheinlichkeit Selbstmord begehen als Frauen,
- Männer die Mehrheit der Opfer des Straßenverkehrs, aber auch deren Verursacher sind
- Männer die Mehrzahl der schweren Arbeitsunfälle, die zu bleibenden Schäden führen, bilden und
- sich dennoch im Schnitt gesünder fühlen als Frauen sowie
- seltener zum Hausarzt gehen. (vgl. BMSG 2004, S 1)

2. Allgemeine Daten

2.1 Bevölkerungsstruktur und –entwicklung

Im Jahr 2001 lebten in Österreich rund 3,9 Millionen Männer, das sind 48 Prozent der österreichischen Bevölkerung. Rund ein Viertel der männlichen Bevölkerung Österreichs sind Kinder und Jugendliche (bis 19 Jahre), zwölf Prozent sind über 64 Jahre alt. Zwischen 1991 und 2001 hat die Anzahl der Männer in Österreich mit 3,6 Prozent etwas stärker zugenommen als jene der Frauen. Gestiegen ist dabei jedoch nur der Anteil der über 64-jährigen Männer, der sich gemäß einer Schätzung der Statistik Austria bis zum Jahr 2010 auf 15,3 Prozent und bis zum Jahr 2020 auf 18 Prozent erhöhen wird. (BMSG 2004, S 7-8)

Knapp mehr als ein Viertel der über 14-jährigen österreichischen Männer verfügte im Jahr 2001 über keinen oder ausschließlich über einen Pflichtschulabschluss. Ein Fünftel hatte maturiert, wobei rund acht Prozent aller Männer zusätzlich über einen Hochschulabschluss verfügten. (BMSG 2004, S 10)

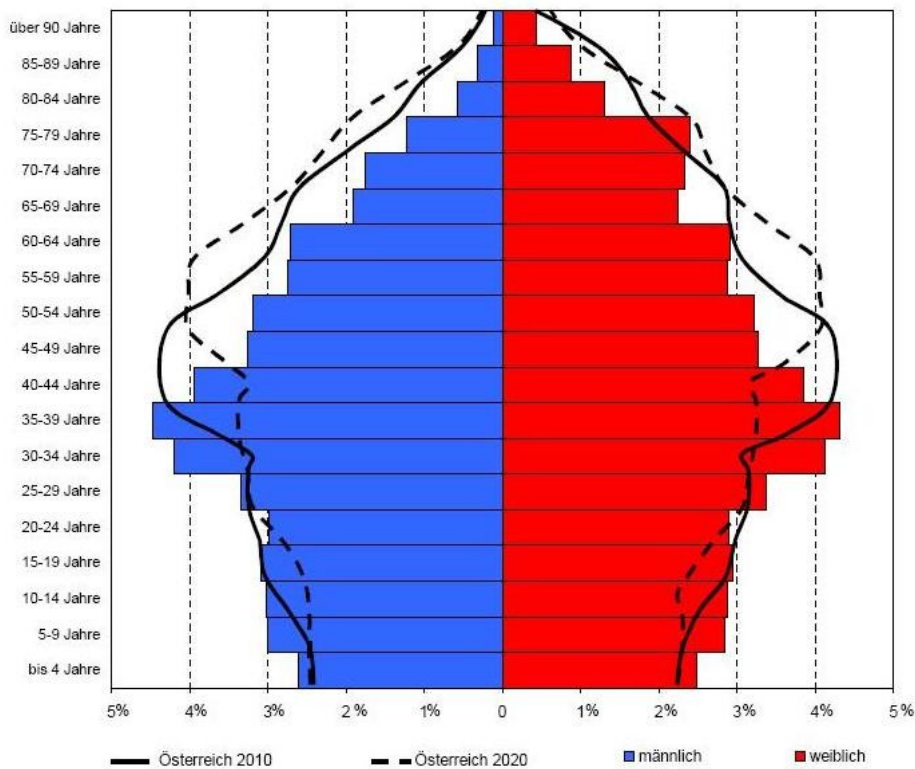


Abbildung 1: Kennzahlen - Altersstruktur in Österreich im Vergleich der Jahre 2001, 2010 und 2020 (Anteile an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht)

2.2 Beschäftigung und Arbeitsmarkt

Die Erwerbsquote der Männer betrug im Jahr 2001 82,4 Prozent aller erwerbsfähigen Männer. Dabei waren etwa 1,75 Millionen Männer unselbstständig beschäftigt, und drei Viertel dieser Männer waren in den Branchen Sachgütererzeugung, Handel und Reparatur von KFZ und Gebrauchsgütern, öffentliche Verwaltung und Bauwesen tätig. Das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der Männer betrug im Jahr 2001 € 2.306,-. Im Rahmen der Erwerbstätigkeit werden von mehr als der Hälfte der erwerbstätigen Männer mehr als 39 Arbeitsstunden pro Woche geleistet, fast jeder fünfte erwerbstätige Mann arbeitet mehr als 45 Stunden pro Woche. Die jährlichen Krankenstände pro unselbstständig erwerbstätigen Mann gingen zwischen 1991 und 2001 ebenso zurück wie die Durchschnittsdauer eines Krankenstandsfalles. Beide Werte sind jedoch höher als bei unselbstständig erwerbstätigen Frauen. (BMSG 2004, S 10-12)

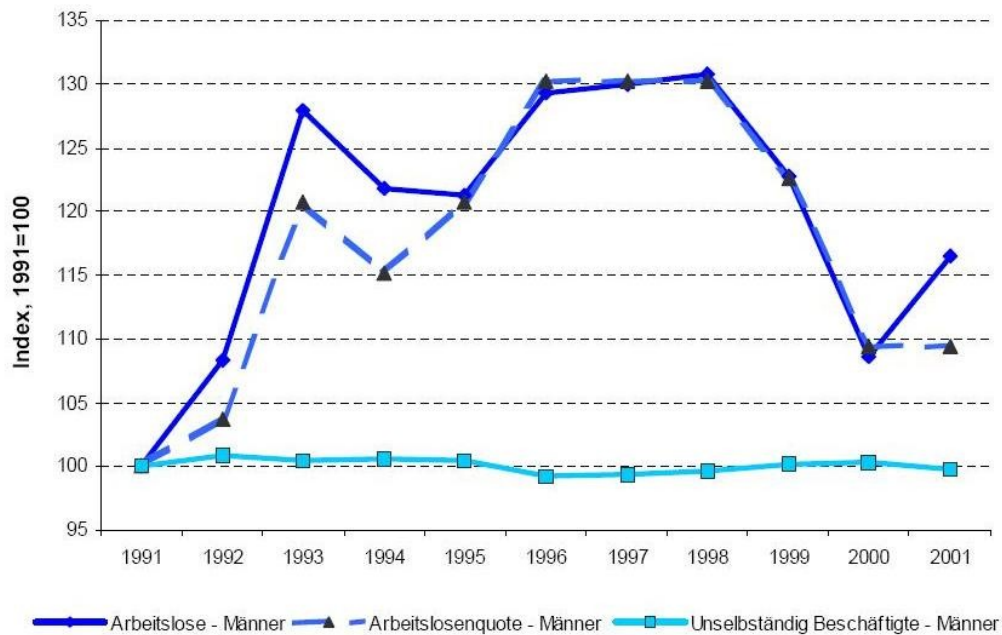


Abbildung 2: Kennzahlen - Die Entwicklung der Zahl der unselbstständig beschäftigten Männer, der männlichen Arbeitslosen und der männlichen Arbeitslosenquote, 1991 bis 2001 (Indexdarstellung 1991=100)

Im Durchschnitt der Jahre 1991 bis 2001 waren jährlich rund 118.500 Männer als arbeitslos gemeldet. Das entspricht einer durchschnittlichen jährlichen Arbeitslosenquote von 6,2 Prozent. (BMSG 2004, S 11)

2.3 Familienstand, Haushaltgröße und Wohnen

Gemäß den Ergebnissen des Mikrozensus 1999 der Statistik Austria sind in Österreich rund 31 Prozent der über 19-jährigen Männer ledig, 61 Prozent verheiratet, drei Prozent verwitwet und fünf Prozent geschieden.

(BMSG 2004, S 12)

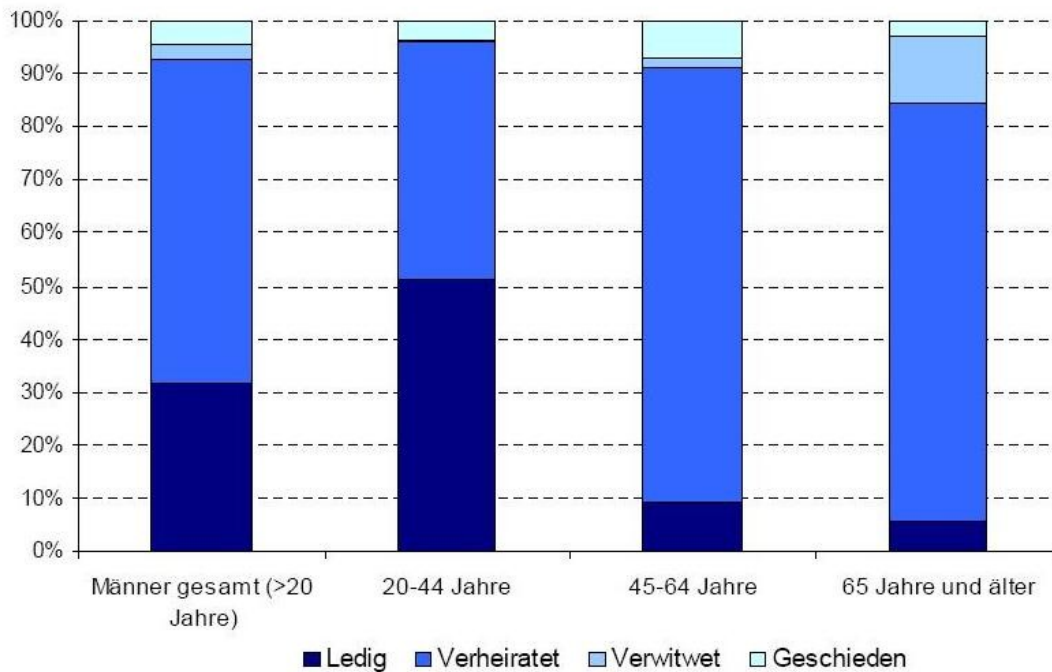


Abbildung 3: Kennzahlen - Familienstand der männlichen Bevölkerung nach Altersgruppen, 1999

Differenziert nach Altersgruppen zeigt sich, dass rund jeder zweite Mann im Alter von 20 bis 44 Jahren noch ledig ist und rund 45 Prozent verheiratet sind. Vier Prozent sind bereits wieder geschieden. In der Altersgruppe von 45 bis 64 Jahren ist nur noch jeder zehnte Mann ledig, dafür sind 81 Prozent verheiratet. Der Anteil der geschiedenen Männer steigt auf sieben Prozent an und zwei Prozent sind bereits verwitwet. Ein Vergleich mit dem Jahr 1991 zeigt, dass der Anteil der ledigen Männer im selben Ausmaß gestiegen ist, wie der Anteil der verheirateten Männer zurückgegangen ist. (BMSG 2004, S 12)

Es zeigt sich, dass in Österreich mehr als jeder vierte Mann in einem Vierpersonenhaushalt lebt. Rund jeweils ein Fünftel der Männer wohnt in einem Zwei- bzw. Dreipersonenhaushalt oder in einem Haushalt mit mehr als vier Personen. Acht Prozent leben in Singlehaushalten. (BMSG 2004, S 13)

Die Entwicklung zwischen 1991 und 1999 weist auf eine Verschiebung zu kleineren Haushalten hin, wobei sich die Wohnnutzfläche pro Mann erhöht hat.

2.4 Todesursachen im Vergleich Männer und Frauen:

Von 1992 bis 2001 starben in Österreich im Durchschnitt jährlich 940 Männer pro 100.000 männliche Einwohner, aber nur 560 Frauen pro 100.000 weibliche EinwohnerInnen. Das heißt, die Sterblichkeit liegt bei den Männern um nahezu 70 Prozent über der Sterblichkeit der Frauen. Bei den unter 65-Jährigen ist der Unterschied noch deutlicher: hier ist die Sterblichkeit der Männer mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen. (BMSG 2004, S.18)

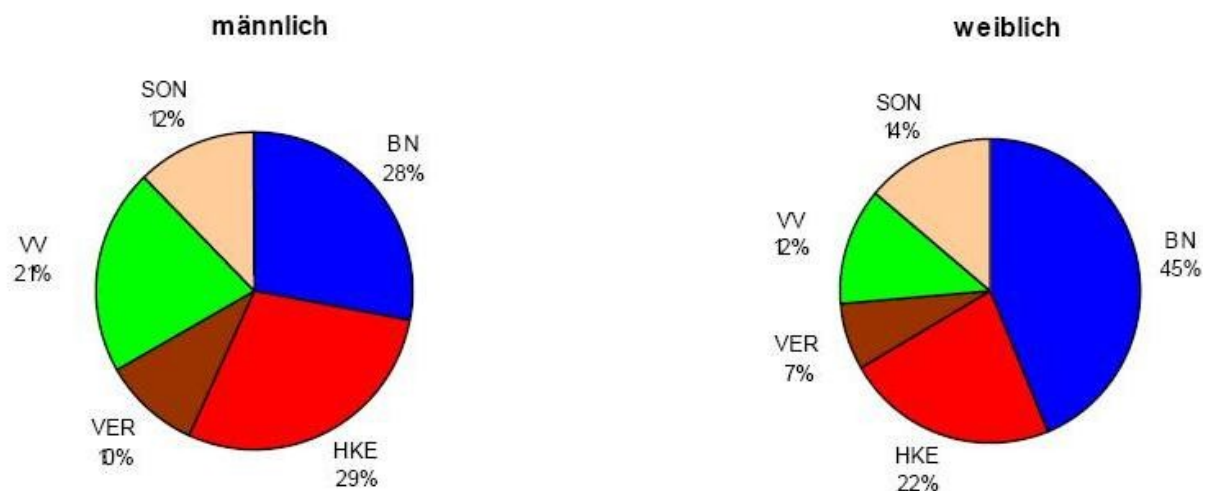


Abbildung 4: Kennzahlen - Sterbefälle der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht, 1992 bis 2001 (BN = Bösartige Neubildungen, HKE = Herz-Kreislaufkrankungen, VER = Krankheiten der Verdauungsorgane, VV = Verletzungen und Vergiftungen, SON = Sonstige Todesursachen)

Die häufigsten Todesursachen sind bei Männern ebenso wie bei Frauen Herz-Kreislaufkrankungen und Krebs. In den Jahren 1992 bis 2001 wurde bei fast der Hälfte der verstorbenen Männer eine Herz-Kreislaufkrankung und bei etwa 27 Prozent Krebs als Todesursache festgestellt. Bei den unter 65-Jährigen nimmt der Anteil der Herz-Kreislaufkrankungen als Todesursache deutlich ab, wobei bei den Männern insbesondere der Anteil der gewaltsamen Todesursachen steigt, während bei den Frauen die Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen dominieren. (BMSG 2004, S 19)

2.4.1 Herz- und Kreislauferkrankungen

An Herz-Kreislauferkrankungen sterben in Österreich jährlich mehr als 17.000 Männer. Knapp die Hälfte davon ist auf ischämische Herzerkrankungen (vor allem akuter Herzinfarkt) zurückzuführen. Bei jeweils etwa 20 Prozent der Herz-Kreislauf-Todesfälle werden als Ursache andere Formen von Herzkrankheiten und Krankheiten des zerebrovaskulären Systems (vor allem Schlaganfall) angeführt. (BMSG 2004, S 24)

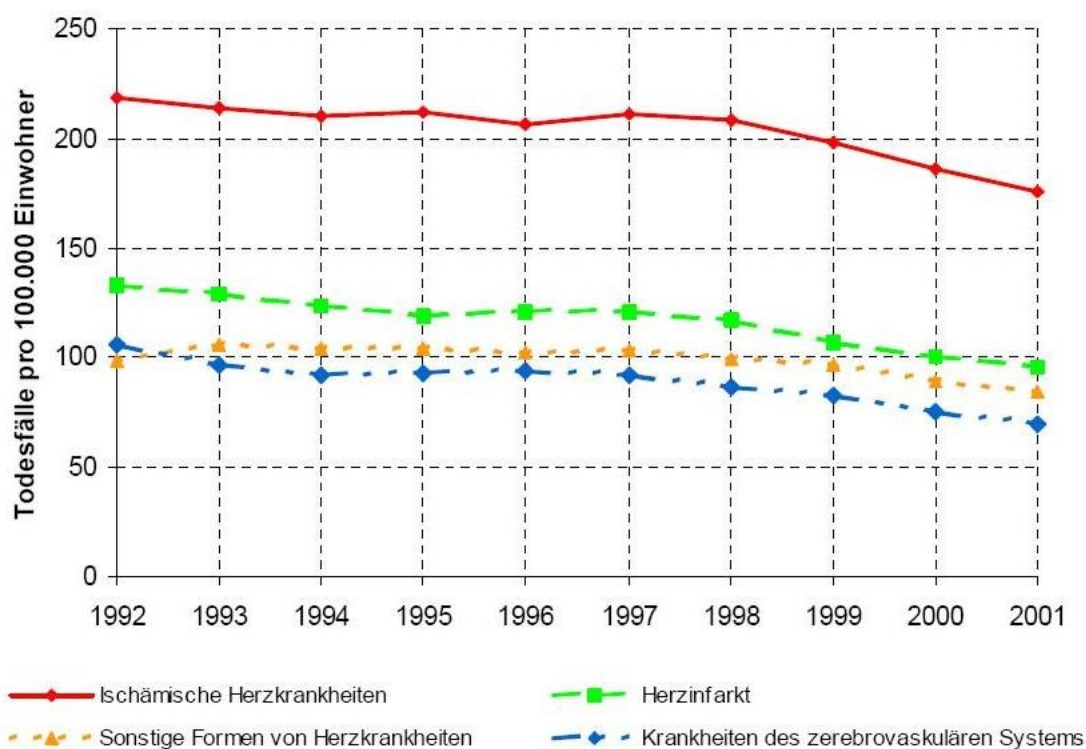


Abbildung 5: Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Herz-Kreislauferkrankungen, 1992 bis 2001

Die Sterblichkeit sowohl aufgrund von Herz-Kreislauferkrankungen insgesamt als auch aufgrund der wichtigsten Einzeldiagnosen dieser Erkrankungsgruppe ist während der 1990er Jahre kontinuierlich zurückgegangen. (BMSG 2004, S 25)

2.4.2 Krebserkrankungen

An Krebserkrankungen sterben in Österreich jährlich rund 10.000 Männer, die meisten davon an Lungenkrebs (ein Viertel aller krebsbedingten Todesfälle). Zweithäufigste Todesursache bei bösartigen Neubildungen ist Prostatakrebs, gefolgt von Dickdarm-, Rektum-, Bauchspeicheldrüsen- und Magenkrebs. Auffällig im Vergleich zu den Frauen ist der mehr als doppelt so hohe Anteil an Tod durch Lungenkrebs, wenngleich die Mortalitätsrate aufgrund von Lungenkrebs bei Frauen seit 1980 tendenziell zugenommen hat. Beinahe drei Viertel aller Todesfälle aufgrund von Lungenkrebs im Zeitraum 1992 bis 2001 betrafen Männer. (BMSG 2004, S 26)

Eine Zeitreihenanalyse der Todesfälle aufgrund von Krebserkrankungen bei Männern von 1992 bis 2001 zeigt bei allen Lokalisationen einen Rückgang, insbesondere ist die Sterblichkeit aufgrund von Lungen- und Magenkrebs zurückgegangen. Im Jahr 1992 starben etwa 65 Männer (bezogen auf 100.000 männliche Einwohner) an Lungenkrebs, im Jahr 2001 waren es nur mehr 54. Das entspricht einem Rückgang von 17 Prozent. (BMSG 2004, S 27)

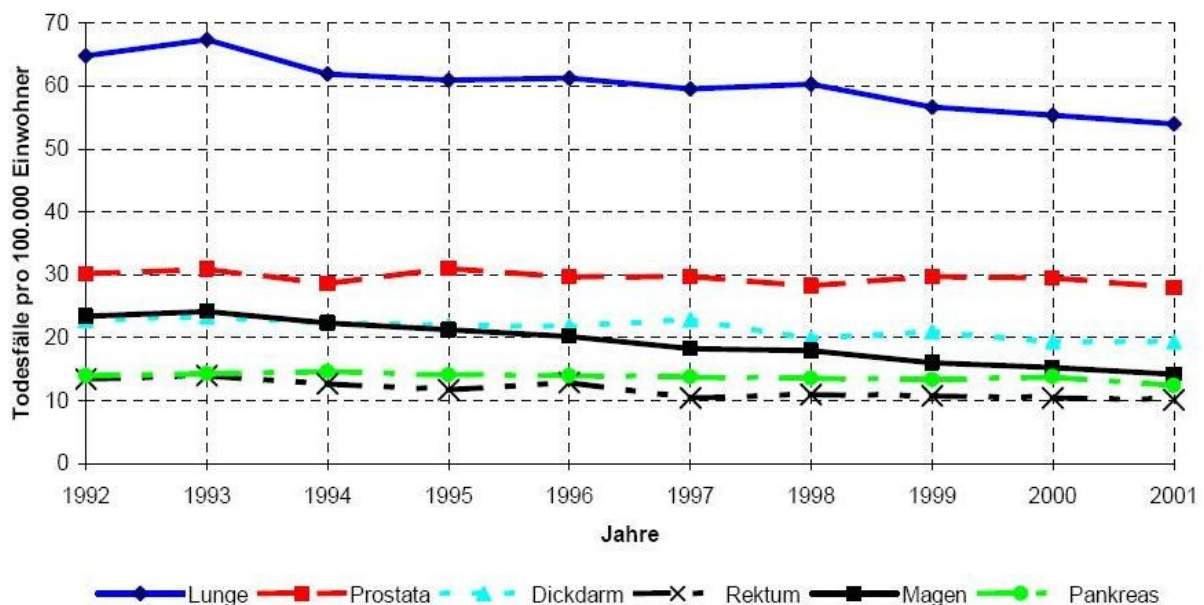


Abbildung 6: Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Krebslokalisationen, 1992 bis 2001

2.4.3 Verletzungen und Vergiftungen

Die häufigste externe Todesursache (Todesfälle aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen) bei österreichischen Männern nach Unfällen insgesamt ist Selbstmord. In den vergangenen zehn Jahren begingen jährlich rund 1.200 Männer Selbstmord, das entspricht 40 Prozent aller externen Todesursachen. Als Folge eines Verkehrsunfalls sterben jährlich etwas mehr als 700 Männer, das entspricht einem Viertel aller externen Todesursachen. Etwa 500 Männer kommen jährlich durch Sturz zu Tode (16 %) und für 450 Männer jährlich enden sonstige Unfälle tödlich (14 %). Mit Ausnahme der Unfälle durch Sturz sind von drei Vierteln der meisten externen Todesursachen Männer betroffen. (BMSG 2004, S 29)

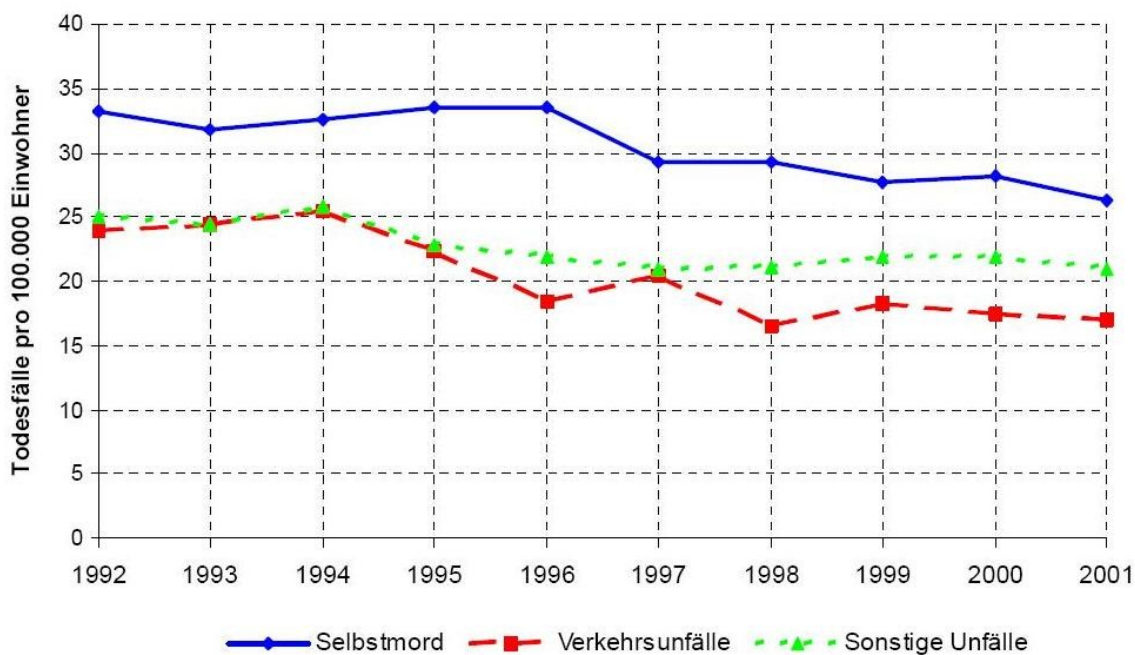


Abbildung 7: Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, 1992 bis 2001

2.4.4 Sonstige Todesursachen

Krankheiten der Leber

In Österreich sterben jährlich rund 1.200 Männer, aber nur etwa halb so viele Frauen, an chronischer Leberkrankheit und Leberzirrhose. Die Sterblichkeitsrate aufgrund von chronischer Leberkrankheit und Leberzirrhose ist seit Anfang der 1990er Jahre in Österreich höher als in allen anderen westeuropäischen Ländern, insbesondere bei Männern, aber auch bei Frauen. Der große geschlechtsspezifische Unterschied in Österreich entspricht dem westeuropäischen Durchschnitt. (BMSG 2004, S 38)

Infektionskrankheiten

Infektionskrankheiten sind in den meisten Fällen medizinisch gut behandelbar und werden außerdem mit umfassenden Impfprogrammen bereits präventiv bekämpft. Dennoch sterben in Österreich jährlich rund 250 Personen an Infektionskrankheiten, rund die Hälfte davon sind Männer. Die meisten davon sterben an Tuberkulose oder an einer Sepsis. Gemäß der Statistik der meldepflichtigen Infektionskrankheiten des BMGF (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen) fielen im letzten Jahrzehnt folgende Erkrankungen am häufigsten an: Bakterielle Lebensmittelvergiftungen, Salmonellose, Scharlach und Tuberkulose. (BMSG 2004, S 38)

2.5 Arztbesuche

Wie in Abbildung 8 ersichtlich, kann man erkennen, dass österreichische Männer - unabhängig von der Ausbildung – im Schnitt seltener einen niedergelassenen Allgemeinarzt aufsuchen als Frauen.

Damit sind sie in Europa nicht allein: Ein EU-Vergleich aus dem Jahr 1998 hat ergeben, dass ungefähr 76 Prozent der Frauen zwischen 25 und 64 Jahren mindestens einmal jährlich einen Arztkontakt hatten, während es bei den Männern nur 69 Prozent waren. (BMSG 2004, S 42)

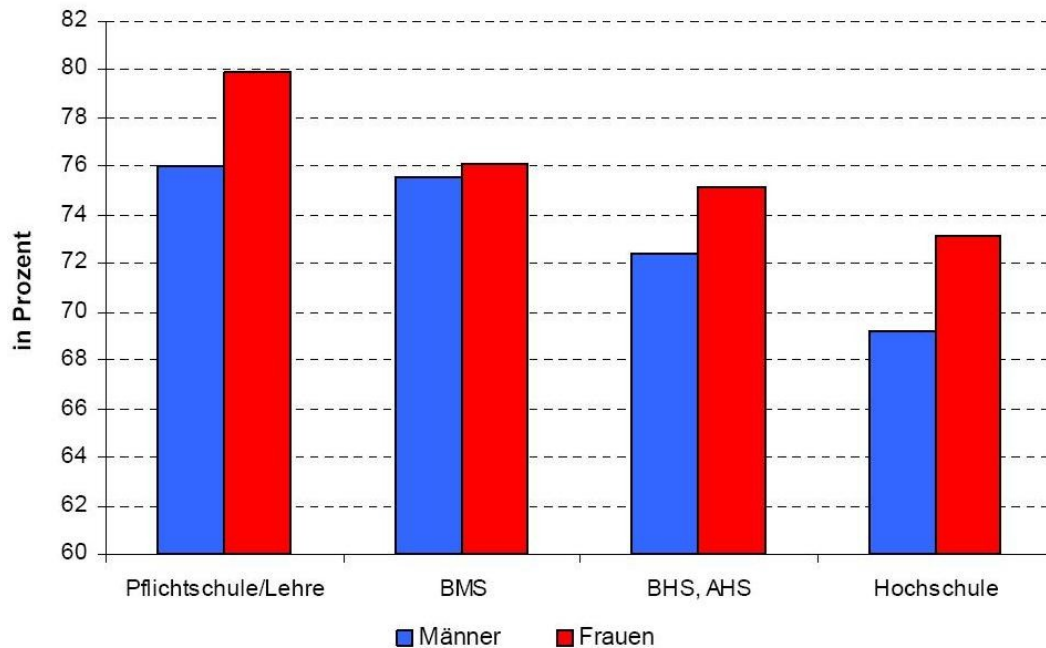


Abbildung 8: Anteil von Männern und Frauen, die mindestens einmal jährlich einen Allgemeinarzt aufsuchen nach Ausbildungsniveau, 1999

3. Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Männer

Ein ungesunder Lebensstil, hat großen Einfluss auf die Befindlichkeit. Um Gesundheit- und Wohlbefinden zu erhalten beziehungsweise zu steigern ist es wichtig, die gesundheitsschädigenden Einflüsse zu kennen.

- **Einflüsse:**

- **Körpergewicht:** Nach den Definitionen von EUROSTAT gilt ein Body-Maß-Index (BMI) von 21 bis unter 26 kg/m² als „normal“. Bei einem BMI von 18 bis unter 21 gilt die betreffende Person als untergewichtig und bei einem BMI von weniger als 18 als stark untergewichtig. Eine Person mit einem BMI zwischen 26 und 30 ist laut EUROSTAT als übergewichtig einzustufen, ab einem BMI von 30 als stark übergewichtig. (BMSG 2004, S 43)
- **Blutzucker (Diabetes):** Bei rund 600 verstorbenen Männern pro Jahr wird Zuckerkrankheit als Haupttodesursache angegeben, das sind etwa 13 pro 100.000 Männer. Bis zu einem Alter von etwa 40 Jahren spielt Diabetes fast keine Rolle. Bei Männern steigt ab

etwa 40 Jahren die Anzahl der Diabetes-Diagnosen stark an, bei Frauen etwas später. (BMSG 2004, S 44)

- **Blutfette (Cholesterin):** Flächendeckende Daten betreffend das Gesamtcholesterin im Blut stehen nur aus den Stellungsuntersuchungen des Bundesheers und daher nur für männliche Jugendliche zur Verfügung. Diesen Untersuchungen zu Folge lag der Anteil der Stellungspflichtigen mit Gesamtcholesterin im Blut größer als 200 mg/dl, was einem gesundheitsbedrohlichen Wert entspricht, Mitte der 1990er Jahre noch bei etwa neun Prozent. Seither ist der Wert kontinuierlich auf über elf Prozent (Stand 2001) angestiegen. (BMSG 2004, S 44)
- **Ernährung:** Gesunde Ernährung vermag einen wesentlichen Beitrag zu Gesundheitserhaltung und Wohlbefinden zu leisten. Folgen falscher Ernährung: Diabetes, HKK (Herz-Kreislauferkrankungen), Gicht, Blutdruckstörungen. Gesunde Ernährung hat bei Männern offenbar geringeren Stellenwert als bei Frauen. (BMSG 2004, S 44-45)
- **Sport und Bewegung:** Rund 39 Prozent der 1999 im Rahmen des Mikrozensus-Sonderprogramms „Fragen zur Gesundheit“ interviewten und Auskunft erteilenden Männer im Alter von über 15 Jahren gaben an, regelmäßig Sport und Bewegung zum Zwecke der Erhaltung der Gesundheit zu betreiben. Der Anteil ist bei den Männern höher als bei den Frauen, wobei die Unterschiede zwischen Männern und Frauen bei der Bevölkerung in der zweiten Hälfte des Erwerbsalters (45 bis 64 Jahre) deutlich geringer sind als bei den jüngeren und vor allem bei der älteren Bevölkerungsschicht, die - auch auf Grund der mit höherem Alter verbundenen stärkeren Belastung durch Krankheiten und Behinderungen - generell deutlich weniger Sport betreibt. (BMSG 2004, S 46)
- **Suchtverhalten:** Eine quantitative Beurteilung des problematischen Konsums von Suchtmitteln aller Art -

insbesondere aber von illegalen Drogen - ist aufgrund der hohen Dunkelziffer, die unter anderem durch die mit der Sucht einhergehenden Stigmatisierung der Betroffenen bedingt ist, sehr schwierig. In geschlechtsspezifischer Hinsicht gibt es sowohl Unterschiede bei den Konsumpräferenzen (klassische „Männerdrogen“ wie Tabak und Alkohol sowie klassische „Frauendrogen“ wie etwa Psychopharmaka) als auch bei den Konsumstilen („harte“ und „weiche“ Konsumstile). So ist der „harte“ Konsumstil, charakterisiert durch höhere Konsummenge und häufigere Einnahme, nach wie vor stärker bei Männern zu beobachten, der „weiche“ Konsumstil eher bei Frauen. (BMSG 2004, S 48)

3.1. Spezifische Gesundheitsrisiken von Männern

Es gibt in der Literatur sehr viele Risiken, die die Gesundheit von Männern beeinflussen. Diese Risikofaktoren sind zum großen Teil mit gesellschaftlichen Bedingungen, Lebensstilen, Verhaltensmustern und sozialen Beziehungen verbunden, daher oft auch sozial und geschlechterspezifisch ungleich verteilt. Dies führt eben zu der Frage, welche spezifischen Risiken für Männer zutreffen. (vgl. BMSK 2004, S 15)

Als eine der Ursachen für das Verhalten der Männer ist das heldenhafte männliche Rollenbild zu sehen. Dieses Rollenbild macht sie gewissermaßen zum Opfer des männlichen Anspruchs, was sich wiederum im risikoreichen Umgang in gewissen Situationen, wie zum Beispiel beim Autofahren, zeigt. Im Folgenden möchte ich auf die wichtigsten eingehen. Dazu zählen Stressbelastungen, psychische Erkrankungen sowie das Suchtverhalten der Männer.

3.1.1 Stressbelastung

Für den Begriff Stress gibt es sehr viele verschiedene Ansätze. Selbst in der Wissenschaft konnte man sich bis heute auf keine einheitliche Definition einigen, was mit den verschiedenen Forschungsansätzen aus den unterschiedlichsten Gebieten zu erklären ist. Ein Richtig oder Falsch bei der Definition Stress gibt es nicht, da man

Stress unterschiedlich auffassen kann. In allen Fällen ist jedoch ein Reiz für die Folgen verantwortlich, der üblicherweise als Stressor bezeichnet wird.
(vgl. Busch 2007)

Generell sind Menschen verschiedenen Stressoren im täglichen Leben ausgesetzt. Die Bereiche, in denen die Stressoren bei Männer und Frauen liegen, unterscheiden sich, weshalb es notwendig ist, diese geschlechtsspezifisch zu betrachten. Entscheidend sind dabei die subjektive Bewertung einer Situation sowie das Bewältigungsverhalten einer Person. (vgl. Balke 2009, S 15)

Neben der kognitiven Einschätzung eines „Stressors“, wird das Vorhandensein und die Verfügbarkeit von Ressourcen (z.B. Erfahrungen) als entscheidend betrachtet. Aus der Art und Weise der Einschätzung des zu erwartenden Ergebnisses und den vorhandenen Ressourcen resultieren unterschiedliche Bewältigungsstrategien (coping). (Klotz 1998, S 44)

Die geschlechterspezifischen Bewältigungsziele unterscheiden sich wesentlich. Frauen greifen weit weniger auf außen gerichtete Handlungsmuster zurück. Frauen weisen mehr depressive Verhaltensweisen bzw. Ängstlichkeit im Sinne nach innen gerichteter Symptomkomplexe auf. Außerdem werden bei Frauen die Symptome eher pathologisiert. Bei Männern herrschen eher extrovertierte Handlungsmuster oder Bewältigungsstile vor. So finden sich beim männlichen Geschlecht eindeutig häufiger konfliktorientiertes Verhalten, Konsum illegaler Drogen oder Kriminalität. Dieses Verhalten führt zu einem kardiovaskulären bzw. hormonellen Reaktionen (z.B. Bluthochdruck) und zum anderen zu endogenen oder exogenen Risikoverhalten (z.B. Rauchen, Alkoholkonsum, Nichtbeachtung von körperlichen Warnsignalen usw.), die wiederum selbst organschädigende Einflüsse aufweisen. (vgl. Klotz 1998, S 45)

Das größte Gefährdungspotenzial für die Gesundheit sehen österreichische Männer im Stress - fast jeder zweite Befragte und nahezu zwei Drittel der davon Berufstätigen nannten Stress als wesentlichen Bedrohungsfaktor. Stress wurde auch in allen betrachteten Altersgruppen am häufigsten genannt. (vgl. BMSG 2004, S 79)

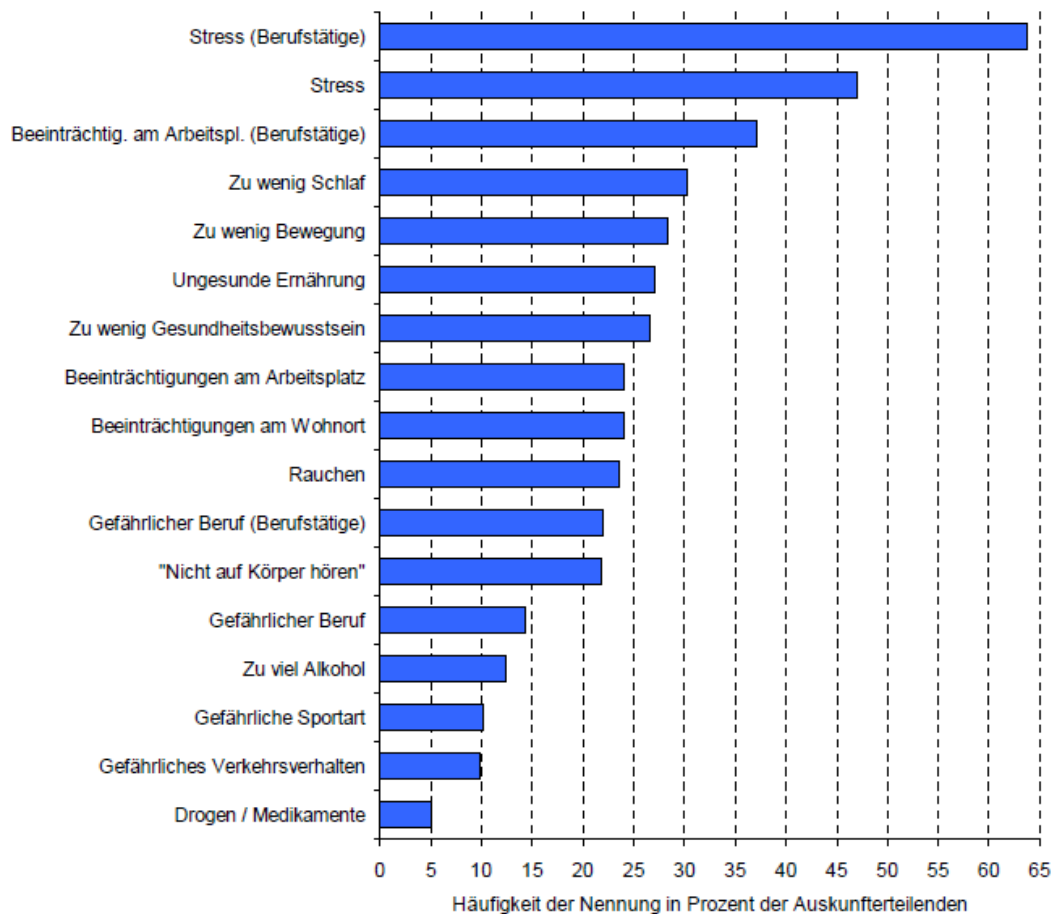


Abbildung 9: Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren

3.1.2 Psychische Krankheiten

Jährlich begehen rund 1.200 Männer in Österreich Selbstmord. Der geschlechtsspezifische Unterschied ist enorm, insbesondere bei jungen und ganz alten Männern. Oft sind es Folgewirkungen von psychischen Erkrankungen, oder auch Appelle an die Umwelt für ihre psychische Not, die Menschen in den Selbstmord treiben. Geschiedene und insbesondere Verwitwete sind hinsichtlich Selbstmords besonders gefährdet. Die mehr als doppelt so hohe Selbstmordrate bei Männern steht im krassen Widerspruch zur Krankenhaushäufigkeit von psychischen Erkrankungen, die bei Männern und Frauen etwa gleich hoch ist, und zu den Selbstauskünften im Mikrozensus: Bei allen Beschwerden, die auf eine psychische Krankheit hinweisen können (Schlafstörungen, Schwäche und Müdigkeit, Nervosität, Depression, Übelkeit

und Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen und Migräne) war der Anteil der betroffenen Frauen deutlich höher als jener der Männer. Schwierig ist dabei, Männern die Notwendigkeit einer Behandlung nahe zu bringen. Im ÖBIG-Survey gaben rund zwei Prozent der Männer an, unter Antriebslosigkeit, Ängsten und depressiven Verstimmungen zu leiden. Dies entspricht der Beobachtung mehrerer ÄrztInnen, die im Zuge des Experteninterviews zum Männergesundheitsbericht angaben, dass Männer oft unter Depressionen leiden, es sich aber oft nicht eingestehen wollen. (vgl. BMSG 2004, S 39)

Die häufigsten psychiatrischen Krankheiten von Männern in Österreich:

- Alkoholabhängigkeit
- schizophrene Psychosen
- sonstige Psychosen
- affektive Psychosen
- Neurosen/Persönlichkeitsstörungen
- Medikamentenabhängigkeit

3.1.3 Suchtverhalten

Sowohl legale (v. a. Alkohol, Tabak und Medikamente) als auch illegale Drogen (Heroin, Kokain, Amphetamine, Cannabis, etc.) können zu einer Beeinträchtigung des Gesundheitszustandes führen. Eine quantitative Beurteilung des problematischen Konsums von Suchtmitteln aller Art - insbesondere aber von illegalen Drogen - ist aufgrund der hohen Dunkelziffer, die unter anderem durch die mit der Sucht einhergehenden Stigmatisierung der Betroffenen bedingt ist, sehr schwierig. Die vorliegenden Daten zeigen jedoch, dass illegale Drogen in Bezug auf die öffentliche Gesundheit - verglichen mit legalen Substanzen wie Alkohol und Tabak - quantitativ vergleichsweise geringe Probleme verursachen.

(BMSG 2004, S 48)

4. Geschlechterspezifische Unterschiede in verschiedenen Lebensphasen

Die durchschnittliche Lebenserwartung von Frauen und Männern unterschied sich schon im 19. Jahrhundert. Frauen starben in den mittleren Lebensjahren eher an Geburtskomplikationen, wobei der Tod der Männer durch berufliche Gefahren beeinflusst wurde. Die heutige Differenz der Lebenserwartung von Männern und Frauen lässt sich unter anderem auf unterschiedliche Verhaltens- und Lebensstile zurückführen. (vgl. Noak & Fangerau & Vögele 2007, S 48-49)

Untersuchungen haben ergeben, dass sich zwar die Krankheitsprofile der Geschlechter unterscheiden, die „Health Expectancy“ (die bei guter Gesundheit verbrachte Lebenszeit) bei beiden Geschlechtern jedoch ähnlich ist. Insgesamt verringert sich derzeit der geschlechterspezifische Unterschied in der Lebenserwartung. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich die Unterschiede im gesundheitlichen Risikoverhalten verringern.

(Noak & Fangerau & Vögele 2007, S 49)

Es ist zu beobachten, dass sich Männer, in den letzten Jahren zunehmend, immer gesundheitsbewusster ernähren, wohingegen Frauen zunehmend einen gesundheitsschädlicheren Lebensstil einnehmen. Als Beispiel ist hier anzuführen, dass immer mehr Frauen rauchen. (vgl. Noak & Fangerau & Vögele 2007, S 49)

Durch die Analyse von Daten zum Thema Lebenserwartung und Mortalität kann man deutliche geschlechterspezifische Unterschiede erkennen. Für ein besseres Verständnis der geschlechterspezifischen Diskrepanzen im Krankheits- bzw. Gesundheitszustand ist es notwendig, auf die einzelnen Lebensphasen einzugehen. (vgl. Klotz 1998, S 22)

4.1. Geburt und Kindheit

Unter dem Kindesalter versteht man die Lebensspanne vom 1. Lebensjahr bis zum Eintreten der Pubertät. Vor allem in der Phase des Vorschulalters werden für die seelische Entwicklung wichtige Weichen gestellt.

(Klotz 1998, S 25)

Es werden von Geburt an bis zum zwölften Lebensjahr Jungen weitaus häufiger ärztlich betreut als Mädchen. Die Säuglingssterblichkeit und die Gefahr von Geburtskomplikationen und Missbildungen sind bei Jungen höher. Emotionale Störungen, Verhaltensprobleme, Aggressivität und dissoziale Impulse werden in der Schulzeit häufiger bei Jungen als bei Mädchen ermittelt, wogegen bei Mädchen wieder andere Symptome festgestellt werden. (vgl. Noak & Fangerau & Vögele 2007, S 49)

Im Jahr 2001 starben in Österreich 3,7 Mädchen, aber sechs Buben innerhalb des ersten Lebensjahres pro 1.000 Lebendgeborenen. Bei Mädchen ist die Säuglingssterblichkeit langfristig kontinuierlich zurückgegangen, während bei Buben nach 1999 wieder ein leichter Anstieg zu beobachten war. Häufigste Ursachen waren „angeborene Missbildungen“, „nicht näher bezeichnete Unreife“ sowie „sonstige perinatale Todesursachen“. (BMSG 2004, S 18)

Die häufigste Todesursache bei Kindern und Jugendlichen sind Verletzungen und Vergiftungen, die bei Buben und jungen Männern mehr als doppelt so häufig sind wie beim weiblichen Geschlecht. Doch auch kongenitale Anomalien und bestimmten Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben sowie die Summe der sonstigen Todesursachen kommen beim männlichen Geschlecht häufiger vor als beim weiblichen. Nur tödliche Krebserkrankungen sind in dieser Altersgruppe geschlechtsunabhängig. (BMSG 2004, S 22)

4.2. Pubertät und Jugendalter

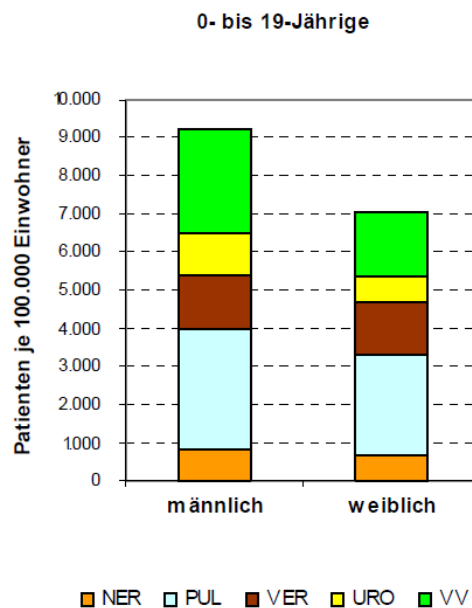
Mit der Pubertät ändert sich das Geschlechterverhältnis hinsichtlich Gesundheit und Krankheit grundlegend. Mädchen schätzen jetzt ihre Gesundheit subjektiv schlechter ein als Jungen. Sie haben häufiger psychosomatisch physiologische Beschwerden und leiden unter sog. „nach innen gerichteten Symptomen“ wie Einsamkeit, Ängsten, depressiven Stimmungen, Essstörungen und Suizidversuchen. Jungen zeigen dagegen sog. „nach außen gerichtete Symptome“ wie oppositionelles Verhalten, Schulprobleme und Delinquenz. Sie verhalten sich risikofreudiger, z.B. in Bezug auf Sport, Straßenverkehr und Drogenkonsum.

(vgl. Noak & Fangerau & Vögele 2007, S 49)

Auch für das Suchtverhalten werden in dieser Altersgruppe der Jugendlichen die Weichen gestellt. Eine starke motivationale Verankerung hat zum Beispiel der Tabakkonsum. Er erfüllt verschiedene soziale und symbolische Funktionen im Entwicklungsprozess. Der Anteil der Raucher im Jugendalter ist dann sehr hoch, wenn auch Freunde oder Freundinnen rauchen. (vgl. Klotz 1998, S 29)

Rauchen stellt einen wichtigen Prestigefaktor innerhalb der Bezugsgruppe dar. Das männliche Geschlecht unterliegt stärker diesem Gruppendruck und führt den Tabakkonsum häufig bis ins Erwachsenenalter fort. Allerdings gleichen sich die Verhältnisse in den letzten Jahren an. (Klotz 1998, S 29-30)

Betrachtet man die Krankenhaushäufigkeit, so ist der geschlechterspezifische Unterschied bei jungen Menschen am größten. Knaben und junge Männer werden um rund ein fünftel öfter stationär behandelt als Mädchen und junge Frauen. (vgl. BMSG 2004, S 34). Als Grund dafür, können wieder das aggressivere Verhalten von Knaben, Mutproben sowie gewisse typische Knabensportarten, die mit einem erhöhten Verletzungsrisiko einhergehen, genannt werden.



BN = Bösartige Neubildungen (ICD9 140.x-239.x), HKE = Herz-Kreislaufferkrankungen (ICD9 390.x-459.x), NER = Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane (ICD9 320.x-389.x), OR = Orthopädische Erkrankungen (ICD9 710.x-739.x), PUL = Pulmologische Erkrankungen (ICD9 460.x-519.x), URO = Krankheiten der Urogenitalorgane (ICD9 580.x-629.x), VER = Krankheiten der Verdauungsorgane (ICD9 520.x-579.x), VV = Verletzungen und Vergiftungen (ICD9 800.x-999.x)
 Quelle: BMGF - Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen KA 2001;

Abbildung 10: Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt der 0 bis 19 Jährigen nach Geschlecht

4.3. Erwachsenenalter

Das geschlechterspezifische Muster, das bereits im Jugendalter zu erkennen ist, setzt sich im Erwachsenenalter fort. So konnte gezeigt werden, dass Frauen mit akuten Beschwerden und Erkrankungen wesentlich öfter und schneller als Männer eine professionelle Hilfe aufsuchen. (Klotz 1998, S 30-31)

In der Altersgruppe der 20- bis 44-Jährigen beträgt die Gesamtmortalität der Männer das Zwei- bis Dreifache jener der Frauen. Der größte Unterschied besteht bei Verletzungen und Vergiftungen (bei Männern viermal so häufig). Herz-Kreislaufferkrankungen führen bei Männern dieser Altersgruppe doppelt so häufig zum Tod wie bei Frauen, und auch die Sterblichkeit aufgrund von Verdauungserkrankungen ist für Männer deutlich höher. Nur tödliche Krebserkrankungen kommen bei 20- bis 44-jährigen Frauen öfter vor als bei Männern

dieser Altersgruppe. In der Altersgruppe der 45- bis 64-Jährigen ist die Mortalität der Männer immer noch mehr als doppelt so hoch wie jene der Frauen. Krebssterblichkeit und Herz-Kreislaufsterblichkeit steigen insbesondere bei den Männern stark an, während Verletzungen und Vergiftungen als Todesursache relativ an Bedeutung verlieren. In der Gruppe der über 64-Jährigen sind mehr als 80 Prozent aller Todesfälle auf Herz-Kreislauf- oder Krebserkrankungen zurückzuführen. Die Sterblichkeit der Männer ist in dieser Altersgruppe nur mehr eineinhalb mal so hoch wie die Sterblichkeit der Frauen. (BMSG 2004, S 63-64)

5. Prävention und Gesundheitsförderungsmaßnahmen für Männer

Die Analyse der Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsförderung und Prävention gibt erste Hinweise darauf, dass es im Erwachsenenalter bislang nicht gelungen ist, Frauen und Männer gleichermaßen anzusprechen.

(Kolip & Altgeld 2006, S 17)

In der Prävention und Gesundheitsförderung wird grundsätzlich zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterschieden sowie nach Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention differenziert.

- Unter Primärprävention versteht man alle Aktivitäten und Maßnahmen, die auf die Vermeidung von Erkrankungen oder gesundheitsschädigendem Verhalten abzielen.
- Sekundärprävention beinhaltet alle Maßnahmen zur Früherkennung von bereits bestehenden Erkrankungen oder von Krankheitsrisiken (Krankheitsentstehung) und
- Tertiärprävention umfasst schließlich alle Maßnahmen zur positiven Beeinflussung bzw. Verzögerung des Krankheitsverlaufes, Rückfallprophylaxe bzw. zur Verringerung von Folgeschäden (Rehabilitation).

Zielrichtung der Verhältnisprävention sind die Umstände und die Rahmenbedingungen, unter denen die Menschen leben. Zumeist ist von einer verhältnispräventiven Maßnahme eine größere Gruppe von Menschen gleichzeitig betroffen. Beispiele für derartige Maßnahmen sind z. B. saubere

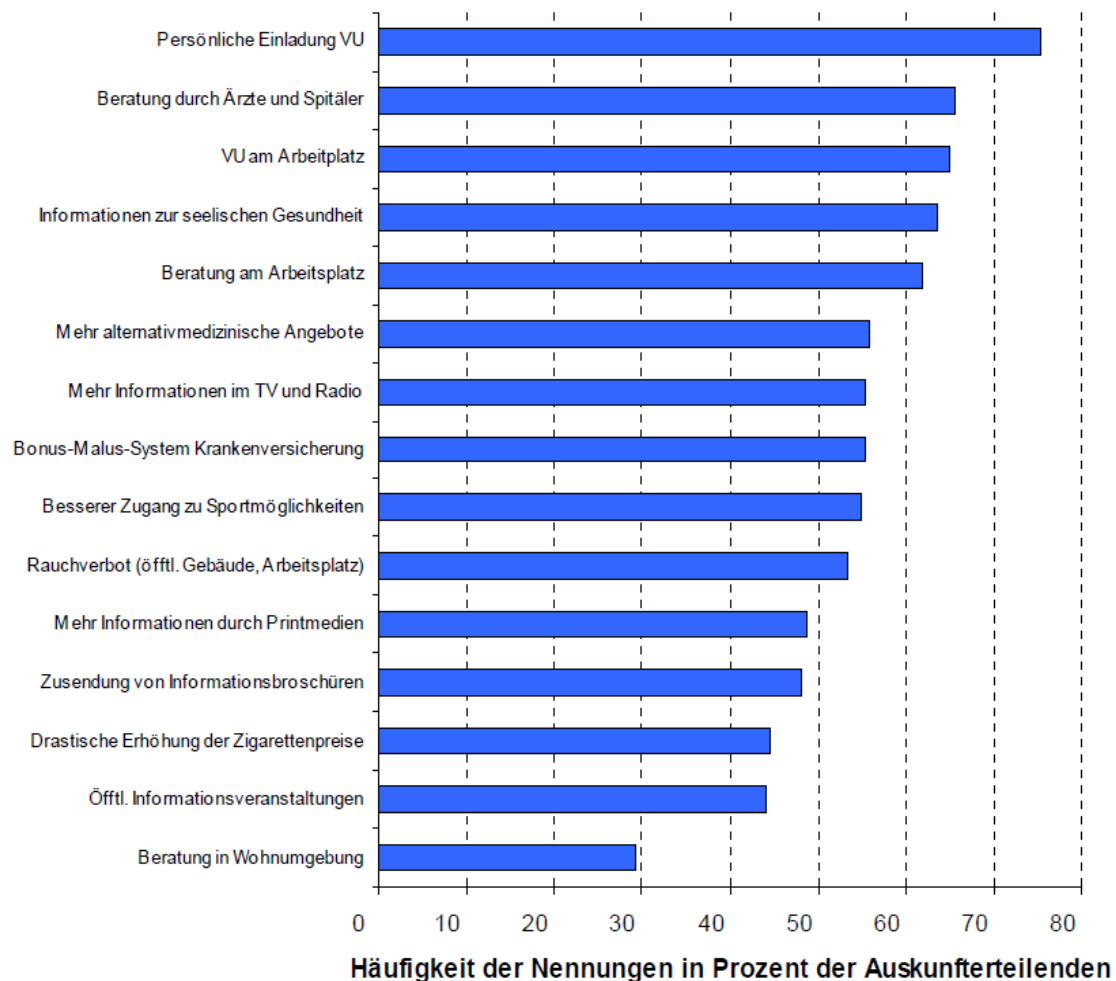
Trinkwasserversorgung oder auf betrieblicher Ebene die Arbeits- und Rahmenbedingungen, die den Arbeitnehmern ein „gesundes“ Arbeiten ermöglichen sollen. Maßnahmen der Verhaltensprävention richten sich hingegen auf das Verhalten Einzelner ohne Berücksichtigung ihrer Lebens- und Arbeitsbedingungen, Beispiele wären daher individuelle Lebensstiländerungen wie eine Nikotinentwöhnung.

(BMSG 2004, S 88)

Das Ziel von Gesundheitsvorsorge ist, die Lebensqualität und -dauer zu verbessern und die Krankheitslast des Einzelnen zu verringern. Es ist daher wichtig, die Lebensbedingungen von Männern so zu verändern, dass auslösende und verstärkende Faktoren möglichst aller Störungen und Behinderungen beseitigt oder in ihren Auswirkungen gering gehalten werden. Als Leitlinie dient dabei die Reduktion des geschlechtsspezifischen Unterschieds in der Lebenserwartung, d. h. der Lücke in der durchschnittlichen Lebenserwartung von sechs Jahren, die aber nur zu etwa zwei Dritteln durch individuelles Verhalten und das Gesundheitssystem bzw. die Gesundheitspolitik beeinflussbar ist. Einen Meilenstein in der Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich bildete das Gesundheitsförderungsgesetz aus dem Jahr 1998. Im Rahmen dieses Gesetzes stellt der Bund für Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung bzw. Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über die Gesundheit beeinflussende seelische, geistige und soziale Faktoren jährliche Mittel von € 7,27 Millionen zur Verfügung, deren administrative und inhaltliche Abwicklung durch den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) erfolgt.

(BMSG 2004, S 89)

Im Zuge einer Befragung wurden die Männer gebeten, die am wichtigsten erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer auszuwählen. Die Befragten gaben an:



VU = Vorsorgeuntersuchung

Abbildung 11: Nennung von als wichtig erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer

Die persönliche Einladung zur Vorsorgeuntersuchung wurde von Männern aller Altersgruppen mit großer Mehrheit am häufigsten als wichtige Maßnahme zur Erhaltung der Gesundheit genannt. Weitere häufig als wichtig angeführte Maßnahmen sind Beratung durch Ärzte und in Spitälern, Vorsorgeuntersuchungen am Arbeitsplatz, Informationen zur seelischen Gesundheit sowie Beratungen am Arbeitsplatz. Demgegenüber wird Beratung in der engeren Wohnumgebung von den wenigsten Männern als wichtige Maßnahme erachtet. Hier zeigen sich unterschiedliche Einschätzungen zwischen den unterschiedlichen Altersgruppen. Die Planung von Maßnahmen sollte daher in erster Linie auf altersspezifische Anforderungen Bedacht nehmen. (BMSG 2004, S 87)

5.1 Gesundheitsverhalten

5.1.1 Die „sieben Siegel“ des Männergesundheitsverhaltens

Siegel 1: Selbst ist der Mann?

Gesundheit beginnt mit der Wahrnehmung von sich Selbst als Kern und Ausgangspunkt jedes Gesundheitshandelns. Hierzu gehören das Gefühl zum eigenen Körper und ein Selbstwertgefühl, dass es rechtfertigt, sich um sich selbst zu kümmern. Viele Männer haben seit jeher das Gegenteil gelernt: höhere Ziele verfolgen, Frau und Kinder versorgen, selbstlos in den Krieg ziehen. Trotz großer Veränderungen sind sie – das berichten Praktiker und Forscher- oft gepolt auf Funktion und Leistung, zumindest an der Oberfläche. Darunter liegen Schichten von Empfindsamkeit, zu denen Männer sehr wohl Zugang haben, wovon zahllose Männergruppen berichten können. (Stieler & Klotz 2007, S 76-77)

Männer wissen auch sehr wohl über ihren risikoreichen Lebensstil und ihre Gesundheit Bescheid, behalten ihn jedoch dennoch bei. Der Grund dafür ist, dass Männer in diesem Lebensstil eine Bewältigungsstrategie ihrer psychischen Belastungen sehen. Schwierig wird es auch für sehr handlungsorientierte Männer, wenn ihre personalen Ressourcen massiv in Frage gestellt werden, weil wichtige männliche Projekte, sowie es der Verfasser der Studie interessanterweise ausdrückt, wie Ehe, berufliche Karriere oder körperliche Stärke scheitern. Wenn ein Mann also seinen Selbstwert von dem abhängig macht, was er nach außen schafft, ist jedes Scheitern dramatisch. Deswegen erweist es sich dann als fatal, wenn Begriffe wie Fürsorge und Sorge in unserer Gesellschaft als weiblich konnotiert sind. Deshalb ist für Männer eine Sorge für sich, um ihrer selbst Willen, nicht denkbar. Sie sind dazu zwar im Stande, gehen aber andere Wege. Ein Männerarzt berichtet, dass einige seiner Patienten aus Verantwortung gegenüber ihrer Familie und der Gesellschaft etwas für sich tun. Zumindest dient ihnen dies als Legitimation. (vgl. Stieler & Klotz 2007, S 77)

Es ist für eine nachhaltige Gesundheits- und Geschlechterpolitik unabdingbar, Männer in ihrer Selbstwahrnehmung und in ihrer Sorge für sich zu stärken. Im Vokabular der

Gesundheitsförderung sollte daher neben dem Präventionsbegriff, der Begriff der „Selbstsorge“ etabliert werden - schließlich geht es nicht nur um das Verhindern von Krankheit. (Stieler & Klotz 2007, S 77)

Siegel 2: Arbeit ist das halbe Leben

Die Männerforschung ist sich weitgehend einig, dass für die Mehrzahl der Männer Arbeit einen hohen identitätsstiftenden Wert besitzt. Bei einer Befragung stellte zwei Drittel der Männer, ihre Arbeit über ihre Gesundheit. Je bedeutsamer die Arbeit im Leben eines Mannes ist, umso geringer werden die Gesundheitsrisiken gewichtet. Nicht nur von den Betroffenen wird die Tatsache akzeptiert, dass gefährvolle und den Körper stark beanspruchende Tätigkeiten eher Männern als Frauen zugemutet werden. Somit kann auch erklärt werden, dass viele Männer mit einem gesundheitlich riskanten Lebensstil genauso handeln wie es die Gesellschaft von ihnen erwartet. (vgl. Stieler & Klotz 2007, S 78)

Die Zahl derjenigen Männer, die in ihrer Erwerbstätigkeit nicht mehr ihren primären Lebenssinn sehen, steigt aber zugleich an. Wer damit ernst macht, zum Beispiel in Form von Teilzeitbeschäftigungen, fällt jedoch immer noch aus der Rolle und stößt bei Vorgesetzten, Kolleginnen und Kollegen, zum Teil auch Zuhause, auf Widerstand. (vgl. Stieler & Klotz 2007, S 78)

Arbeitsreduzierung von Männern ist kein allgemeines Gesellschaftsinteresse und bedeutet eine eklatante Infragestellung von Geschlechternormen, was zu einer Verunsicherung aller im Umfeld Beteiligten führen kann. Allein deswegen ist die Strategie des Gender Mainstreaming für Männer immens wichtig, denn sie erlaubt, Geschlechterspezifisches im Arbeitskontext anzusprechen und endlich auch den Bedürfnissen unterschiedlicher Männer in unterschiedlichen Arbeitsfeldern Rechnung zu tragen. Dies gilt allerdings nur dann, wenn auch beide Geschlechter in den Blick genommen werden und nicht unter diesem Label, „ausschließlich Frauenfördermaßnahmen“ initiiert werden. Dies führt die Strategie ad absurdum, womit sie von Männern auch nicht ernst genommen wird. (Stieler & Klotz 2007, S 78)

So die Autoren – meiner Ansicht nach brauchen Frauen und Männer unterschiedliche Formen von Förderungen.

Siegel 3: Strukturrevolution

Dass tradierte Männlichkeitsmuster im, wenngleich kurzichtigen, Interesse von Wirtschaft und Politik liegen, hat Folgen für die Männergesundheit. Umgekehrt heißt dies, dass sich das Gesundheitshandeln von Männern nicht grundlegend verändern wird, wenn nicht Bewegung in diese strukturellen Barrieren kommt.

(Männerleben und Gesundheit 2007, S 78)

Betrachtet man die Gesundheitsbildung bzw. die Teilnahme an Gesundheitsförderungskursen, so sind die geschlechtsspezifischen Unterschiede zuungunsten der Männer besonders eklatant. Männer nehmen viel seltener als Frauen an solchen Kursen teil, was ihnen in der Regel als Desinteresse vorgeworfen wird. Einige Wissenschaftler halten dagegen und sehen darin auch strukturelle Ursachen. Männer bringen den Erfahrungshintergrund mit, dass diese Gesundheitsförderungskurse frauendefiniert sind, und erwarten für sich von solchen Kursen sehr wenig.

(vgl. Männerleben und Gesundheit 2007, S 79)

Die Tendenz in der öffentlichen Diskussion, Männergesundheit zu individualisieren, löst das Problem nicht. Zwar sind Männer nicht aus ihrer Eigenverantwortung entlassen, hier Veränderungen einzufordern – wenn man aber ihr Gesundheitshandeln verbessern will, muss man vor allem auch das Strukturelle der geschlechter-spezifischen Sozialisierung hinterfragen.

(vgl. Männerleben und Gesundheit 2007, S 79)

Siegel 4: Klicken Sie auf „Hilfe“

Das Aufsuchen von Hilfe ist für die meisten Männer eine große Schwierigkeit. Bei einer Befragung stellte sich heraus, dass sich mehr als die Hälfte der befragten Männer bei Problemen zusammenreißt, knapp ein Viertel zieht sich zurück und nur 4 % suchen eine Beratungsstelle auf, während ansonsten die Aussprache mit Menschen aus dem eigenen sozialen Umfeld gesucht wird. Wenn aber einmal ein guter Kontakt etabliert ist, sind Männer sehr wohl bereit, auch in längerfristige Prozesse, die zu ihrer Gesundheit betragen, einzusteigen und sich darin unterstützen zu lassen. Dies hängt jedoch sehr von einer positiven Arzt-Patient-Beziehung ab.

(vgl. Männerleben und Gesundheit 2007, S 79-80)

Männer brauchen dazu eine Ermunterung, ihre psychischen und physischen Probleme in der üblichen Arzt-Patienten-Beziehung aus zu kurieren und zu lösen.

Siegel 5: Tatmotiv Lust

Gesundheit muss Freude bereiten, sonst macht sie krank. Vermutlich ist das eine Haltung vieler Männer, und eine nicht zu realisierende Anforderung gegenüber Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Aus Männersicht erscheinen viele Gesundheitsappelle sehr negativ, da sie Vorschriften und Verbote, wie „Tu dies nicht, tu das nicht“ beinhalten. Dies wird dann mit Depotenzierung des Männlichen in Verbindung gebracht, vorausgesetzt, dass Männerautonomie als eines ihrer Männlichkeitsideale betrachtet wird. Wer gesund sein will, muss lernen Veränderungen im eigenen Verhalten, in seinen sozialen Beziehungen und in den organisatorischen Strukturen, die sein Leben beeinflussen, zu bewirken. Er muss jedoch auch von externen Faktoren ermutigt werden, solche Veränderungen zu begehen. Ein Forscher befasst sich mit der Frage, ob sich Männer als Subjekt ihrer Gesundheit begreifen. Denn im Vergleich zu Frauen, glauben Männer weniger daran, dass sie ihren Gesundheitszustand beeinflussen können. (vgl. Männerleben und Gesundheit 2007, S80)

Wichtig scheint hingegen ein konkreter Lustgewinn bzw. das Gefühl zu sein, dass man durch Gesundheitsaktivität etwas gewinnen kann. Hier greifen je nach Mann unterschiedliche Strategien. Während der eine über ein positives Körpererlebnis motiviert wird, hilft dem anderen die rationale Einsicht, dass es ihm etwas nutzt. (Männerleben und Gesundheit 2007, S 80-81)

Siegel 6: Sex sells – what else?

Für Männer und Frauen ist das Thema Sexualität generell sehr wichtig. Das heißt für viele Männer ist über die Schiene Sexualität die Bereitschaft etwas zu ändern, sehr groß. Es ist für ihre Lebensqualität und auch für ihre Identität wichtig, sexuell gesund und aktiv zu sein. (vgl. Männerleben und Gesundheit 2007, S 81)

Außerdem nehmen sich Männer gerne das Vorrecht dass für ihre Identität, Sexualität sehr wichtig ist.

Sex ist freilich nicht das Einzige, das Männer interessiert. Aber es zeigt sich, dass sich das Thema Gesundheit sehr wohl verkaufen lässt, wenn man als Ausgangspunkte Themen wählt, die einen großen Teil der Männer ansprechen. Arbeit, Sport, Technik, Natur, Vaterschaft oder eben Sexualität sind nur einige davon. Man kann an fast all

diese Themen Gesundheitsaspekte knüpfen und erfahrungsgemäß lassen sich Männer oft und gern auf solche Seitengassen ein, wobei zu erwähnen ist, dass Männer dadurch unter einem enormen Druck stehen, ihre sexuelle Potenz unter Beweis zu stellen, unabhängig von Alter, emotionaler Stimmung und Lebenslage. (vgl. Männerleben und Gesundheit 2007, S 81)

Siegel 7: Berge und Propheten

In der Diskussion über Männergesundheit werden die Männer oft betrachtet wie der Berg, der unerhörterweise nicht zum Propheten kommt, so dass sich dieser selber auf den Weg machen muss. Was für die Kosmetikindustrie längst eine erfolgreiche Strategie ist, scheint Gesundheitseinrichtungen fremd: Marketing für Männer. Da aus komplexen Gründen das Gesundheitswesen eine Frauendomäne ist, braucht es eigene, neue Anstrengungen, Männer als die Zielgruppe „männliche Patienten“ zu erreichen. Diese Einsicht fehlt vielen Gesundheitsanbietern. Wie gesagt handelt sich bei Männer keineswegs um eine homogene Gruppe. Daher sind Ansätze, die Männer im Gießkannenprinzip zu erreichen versuchen, nicht zweckmäßig. Da die Forschung zu solch unterschiedlichen Ansprachen wenig Aussagen trifft, bleiben vorerst intuitives Ausprobieren, Evaluieren und Korrigieren die Mittel der Wahl für den Praktiker. Ein positives Beispiel guter Zielgruppenansprache ist die muttersprachliche Beratung des Männergesundheitszentrums Wien: Sie ist stets ausgebucht, mit Wartezeiten bis zu vier Wochen. (Männerleben und Gesundheit 2007, S 82)

5.2 Best practice Modelle – Männerzentrierte Gesundheitsangebote

Best practice Modelle sind in Österreich Projekte, Gesundheitsangebote, Kampagnen und Veranstaltungen zur Förderung der Männergesundheit, die sich auf umfangreiche Literatur- und Internetrecherchen, Erfahrungen, bewährte Methoden und ExpertInnenmeinungen stützen. In der europäischen Union gibt es vergleichsweise wenig männerzentrierte Gesundheitsangebote. Nach Österreich ist Großbritannien der EU-Mitgliedsstaat mit den meisten Männergesundheits-Aktivitäten. (vgl. BMSK 2004)

Dass Österreich ein Vorreiter in Sachen Männergesundheit ist zeigt sich, wie bereits in der Einleitung erwähnt, unter anderem durch die Gründung der Internationalen Gesellschaft für Männergesundheit. Das Hauptziel ist der Aufbau eines internationalen Netzwerkes von Männergesundheitsforschern und der regelmäßige Austausch von

Forschungsergebnissen. Die Folge sollte eine Verringerung der Mortalität (Sterblichkeit) und Morbidität (Krankheits-Wahrscheinlichkeit) von Männern sein. Der erste Weltkongress zur Männergesundheit fand im Jahr 2001 in Wien statt. Ein Angebot, das von Männern am häufigsten genutzt wird, sind zentrale kostenfreie Gesundheitsveranstaltungen. Diese bieten meist Blutdruckmessungen, Ergometer-Training, Durchführung von verschiedenen Labortests etc. kostenlos und inklusive Beratung an. In Europa gibt es vor allem in Deutschland, Großbritannien und der Schweiz Gesundheitsveranstaltungen. (vgl. BMSK 2004, S 91–97)

Ein weiteres Beispiel für eine derartige Initiative ist das vom Salzburger Arbeitskreis für Vorsorgemedizin (AVOS) unterstützte Vorsorgeprojekt des Männerbüros der Diözese Salzburg für Buben von 16 bis 19 Jahre und für Männer im mittleren Lebensalter. Das Projekt wurde im Jahr 2001 im Salzburger Stadtteil Itzling, in dem viele unterprivilegierte Männer leben, durchgeführt. Aktivitäten umfassten u. a. die Organisation von Sportveranstaltungen (wie ein Vater-Sohn Fußballturnier), in deren Rahmen über die Bedeutung von Ernährung und Alkoholkonsum für die Gesundheit informiert wurde, oder die Organisation von Gesundheitstagen in Itzlinger Betrieben. (BMSG 2004, S92)

Großes Manko in Österreich: Für Frauen existieren Einrichtungen in jedem Bundesland. Für Männer hingegen ist diese Infrastruktur österreichweit noch nicht so stark ausgebaut. Sehr gut angenommen wird das Angebot „Workshops an Schulen“, welche Informationen zu Themen wie geschlechtliche Gesundheit, Geschlechterrollen etc. geben. (vgl. BMSG 2004, S 91 – 95)

Ein weiteres sehr gut angenommenes Angebot, speziell für Männer im mittleren Lebensalter (45 bis 65 Jahre) mit Bedarf an einem urologischen „Gesundheitscheck“ oder für Männer mit Sexual- und Potenzstörungen, bietet die von Professor Dr. Pflüger geleitete mendoc-Ambulanz für Männergesundheitsfragen. Diese, im Krankenhaus Lainz in Wien angesiedelte urologische Spezialambulanz, bietet mehrsprachige Beratung und Behandlung (englisch, kroatisch, serbisch und türkisch), bei Bedarf in Zusammenarbeit mit einem Sexualtherapeuten an. (BMSG 2004, S 94)

Zur psychischen Gesundheit von Männern bietet Österreich noch wenig Angebote. Auch das Angebot von Selbsthilfegruppen zum Thema Männergesundheit ist noch sehr gering. (vgl. BMSG 2004, S 95)

Gerade in diesem Bereich ist eine differenzierte Gestaltung von Vorsorge- und Therapiemöglichkeiten äußerst wichtig. Einen ersten Schritt dazu hat die Landesstelle Salzburg des Berufsverbandes der österreichischen Psychologen mit der Etablierung eines männerpsychologischen Angebots unter dem Titel „Die Seele des Mannes“ gesetzt. (BMSG 2004, S 95)

Speziell auf Männer ausgerichtete Gesundheitskampagnen behandeln meist: sexuelle Gesundheit, Erektionsstörungen und Krebsvorsorge. Dieser Bereich sollte zukünftig ausgeweitet werden und Themen wie Gesunderhaltung, Ernährung für Männer etc. behandeln.

(vgl. BMSG 2004, S 90 – 97)

5.3 Maßnahmenvorschläge

- Medizinische Maßnahmen

Die verschiedenen Früherkennungsprogramme werden derzeit noch nicht optimal genutzt. Ziel ist die erhöhte Akzeptanz von Vorsorgemaßnahmen. Dabei stellt auch das Arztgespräch eine wichtige Rolle dar. Thematisiert werden sollen vor allem der Alkohol- und Tabakkonsum, das Ernährungsverhalten und das Problem der Bewegungsarmut. Gut wäre, die Gesundheitserziehung zu stärken um sie in Folge zu verbessern. Ein gutes Beispiel hierfür ist die Selbstuntersuchung der Hoden, die jeder Mann ab 20 Jahren einmal monatlich zur Früherkennung von Hodenkrebs durchführen sollte. Es besteht der Bedarf nach einem Pendant zum Gynäkologen/der Gynäkologin. Es gibt keinen klar definierten „Männerarzt“. Die Unsicherheit, wer letztlich für männerspezifische Krankheiten zuständig ist, kann dazu führen, dass verspätet Hilfe in Anspruch genommen wird. (vgl. BMSG 2004, S 100-104)

- Psychosoziale und pädagogische Maßnahmen

1. Reduktion von rauchenden Männern:

RaucherInnen sollten zukünftig als spezielle Zielgruppe von Gesundheitsvorsorge-maßnahmen gesehen werden. Formen der Rauchtherapie sollen geschlechtsspezifisch gestaltet werden. Speziell müssten Männer anders motiviert werden als Frauen. (vgl. BMSG 2004, S 104-107)

2. Förderung der Gesundheitserziehung ab der Geburt:

Eltern sind besonders zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes empfänglich für lebensstilbezogene Gesundheitsmaßnahmen, so geben Männer in dieser Phase häufig das Rauchen auf. Im Rahmen der Mutter-Kind-Pass Untersuchungen besteht die Möglichkeit Eltern darüber zu informieren, dass sie durch ihr Verhalten (als Vorbild) die Entwicklung ihres Kindes beeinflussen. (vgl. BMSG 2004, S 104-107)

3. Bubenbezogene Gesundheitsförderung:

- Spätestens im Schulalter sollte eine professionelle Gesundheitserziehung einsetzen.
- Spielerisch sollen Buben damit vertraut werden, dass sie ihre Gesundheit aktiv mitgestalten können
- Stärkung der Eigenkompetenz hinsichtlich Alkohol und Drogen
- Einbeziehung der Kinder in Arbeitsgruppen und Workshops
- Das Konzept der Peer-Education beruht darauf, dass Jugendliche von anderen Jugendlichen lernen. Gute Erfolge gibt es in Themen der Suchtprävention, sexueller Gesundheit und Konfliktlösungsverhalten.
- Lehrpersonal soll besser ausgebildet werden. Die Rollenklischees von Buben und Mädchen sollen aufgebrochen werden.

(vgl. BMSG 2004, S 104-107)

Jugendliche sehen ihre Gesundheit als Selbstverständlichkeit, was ihre Risikobereitschaft erhöht. Mädchen interessieren sich mehr für Gesundheit und

verhalten sich in Bezug auf Ernährung und Rauchen gesundheitsbewusster. Im Jugendalter bildet sich das spätere Gesundheitsbewusstsein.
(vgl. BMSG 2004, S 104-107)

- Politische Maßnahmen

Ziel ist die bessere Vernetzung von Männergesundheitsexperten und –einrichtungen unter Einbindung von Männerberatern, Sozialarbeitern, Therapeuten, Pädagogen, Forscher, Ökonomen, Gesundheitsförderungsexperten und Politiker. Bestehende Gesundheitsangebote sollen männerfreundlicher werden indem Gesundheitsförderungsangebote an die Bedürfnisse von Männern angepasst werden. Politik in Zusammenarbeit mit GesundheitsförderungsexpertInnen, ÄrztInnen und TherapeutInnen haben künftig die Aufgabe Qualitätsmerkmale von Männergesundheitsangeboten in Standards festzulegen. (vgl. BMSG 2004, S 107-108)

- Mediale Begleitmaßnahmen

Genauso wichtig wie die Umsetzung der Maßnahmen ist die Verbreitung in der Öffentlichkeit. Die nachhaltige Verbreitung muss über speziell für Männer interessante Medien, wie z.B. Fernsehen, Radio und Internet, geschehen. Zeitungen und Zeitschriften spielen dabei eine sekundäre Rolle. (vgl. BMSG 2004, S 109)

- Settingbezogene Gesundheitsförderung

Verkehr:

Ziel ist die Erhöhung der Verkehrssicherheit durch stärkere und genauere Überwachung der Verkehrsregeln. Die Zielgruppe sind junge Männer, da diese überdurchschnittlich oft Opfer von Verkehrsunfällen werden. Zurückzuführen ist dies auf die hohe Risikobereitschaft und auf das Unvermögen Verkehrssituationen richtig einzuschätzen. (vgl. BMSG 2004, S 109)

Arbeitswelt:

Betriebliche Gesundheitsförderung führt zu einer Senkung der Krankenstände, erhöhter Motivation der Mitarbeiter und somit zu einer gesteigerten

Arbeitsproduktivität. Fördermaßnahmen können von Arbeitsplatzsicherheit, Ergonomie über Ernährung bis hin zu Lärmreduzierung reichen. (vgl. BMSG 2004, S 110-111)

Sport:

Personen die sich regelmäßig bewegen, stärken dadurch Herz-Kreislaufsystem, den Stoffwechsel und ihren Bewegungsapparat. Nicht zu vergessen ist die psychosoziale Komponente. Gesundheitsprogramme im Sportverein sollen die physische, psychische und soziale Komponente fördern. (vgl. BMSG 2004, S 111)

Zwei Drittel der Männer sind Mitglied in einem Sportverein. Aufgrund der Medientauglichkeit und der Bedeutung im Schulsport wurde „Fußball“ als breitenwirksame Präventionsmaßnahme für Männer ausgewählt. (vgl. BMSG 2004, S 100 – 112)

6. Resümee

Mit dieser Bachelorarbeit wollte ich nochmals aufzeigen, dass man bei der Gesundheit nicht generell von der Gesundheit der Menschen ausgehen darf, sondern dass man vielmehr auf die getrennte, geschlechterspezifische Gesundheit eingehen sollte. Frauen und Männer reagieren, wie berichtet, sehr unterschiedlich zum Thema Gesundheit, weshalb ein gendersensibler Umgang damit nur noch einmal erwähnt werden kann. Da sich Männer eher ungern damit beschäftigen, finde ich es für unabdingbar ein höheres Bewusstsein für „Männergesundheit“ zu schaffen. Meines Erachtens müssen alle Maßnahmen diesbezüglich für Männer interessanter gestaltet und plakativer veranschaulicht werden. Die Informationen und Maßnahmen dazu müssen dort angeboten werden wo Männer sich aufhalten und wo sie sich damit auseinandersetzen können.

7. Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 1: *Kennzahlen - Altersstruktur in Österreich im Vergleich der Jahre 2001, 2010 und 2020 (Anteile an der Gesamtbevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht)* S. 4
- Abbildung 2: *Kennzahlen - Die Entwicklung der Zahl der unselbstständig Beschäftigten Männer, der männlichen Arbeitslosen und der männlichen Arbeitslosenquote, 1991 bis 2001 (Indexdarstellung 1991=100)* S. 5
- Abbildung 3: *Kennzahlen - Familienstand der männlichen Bevölkerung nach Altersgruppen, 1999* S. 6
- Abbildung 4: *Kennzahlen - Sterbefälle der unter 65-Jährigen nach Haupttodesursachen und Geschlecht, 1992 bis 2001* S. 7
- Abbildung 5: *Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Herz-Kreislaufkrankungen, 1992 bis 2001* S. 8
- Abbildung 6: *Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer nach den häufigsten Krebslokalisationen, 1992 bis 2001* S. 9
- Abbildung 7: *Kennzahlen - Sterblichkeit der österreichischen Männer aufgrund von Verletzungen und Vergiftungen, 1992 bis 2001* S. 10
- Abbildung 8: *Anteil von Männern und Frauen, die mindestens einmal jährlich einen Allgemeinarzt aufsuchen nach Ausbildungsniveau, 1999* S. 12
- Abbildung 9: *Gesundheitsschädigende Einflussfaktoren* S. 16
- Abbildung 10: *Die häufigsten Ursachen für einen Krankenhausaufenthalt der 0 bis 19 Jährigen nach Geschlecht* S. 21
- Abbildung 11: *Nennung von als wichtig erachteten Maßnahmen für die Gesundheit der Männer* S. 24

8. Literaturverzeichnis

Balke, J. (2009): Genderspezifische Gesundheitsförderung für Männer. Konzeptionelle Grundlagen für die Praxis. Hamburg: Diplomica

BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz) (2004): Österreichischer Männergesundheitsbericht. Wien: BMSG

Busch, K. (2007): Die biologische Stresstheorie - Physiologische Stressreaktion. Flensburg: Grin

Klotz, T. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. Göttingen: Cuvillier, Bd.I

Noak, T. & Fangerau, H. & Vögele, J. (2007): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. München: Elsevier

Stieler, M. & Klotz, T. (Hrsg.) (2007): Männerleben und Gesundheit. Eine interdisziplinäre, multiprofessionelle Einführung. Weinheim und München: Juventa

Statistiken:

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) 1991 und 1999. Mikrozensus-Sonderprogramm „Fragen zur Gesundheit“.

ÖSTAT (Österreichisches Statistisches Zentralamt) 1998, eigene Berechnungen.