

„G’sund samma!?“ Männergesundheit in München

Dokumentation der Gesundheitskonferenz
des Gesundheitsbeirats
am 22. Juli 2005.
Großer Sitzungssaal im Rathaus, München

„G’sund samma!?“ Männergesundheit in München

Dokumentation der Gesundheitskonferenz
des Gesundheitsbeirats
am 22. Juli 2005.
Großer Sitzungssaal im Rathaus, München

Herausgegeben vom Vorstand des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München

Redaktion: Klaus Hehl

Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats

Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München

Büro der Referatsleitung:

Bayerstr. 28 a, 80335 München

Telefon 089/233 – 47 555

Telefax 089/233 – 47 505

e-mail: gesundheitsbeirat.rgu@muenchen.de

<http://www.gesundheitsbeirat-muenchen.de>

Titelfoto: photocase.com

Gestaltung: Information Packager & Partner, München

Druck: Bayerisches Landesvermessungsamt München

April 2006

Vorwort
Klaus Hehl,
Geschäftsführer des
Gesundheitsbeirats



Vorwort

Die Feuilletons haben eine neue Welle der Auseinandersetzung zwischen Mann und Frau ausgemacht: ‚Feminismus war gestern, Patriarchat vorgestern. Heute begegnen sich Männer und Frauen auf Augenhöhe. Oder etwa nicht?‘ heißt der Vorspann einer Artikelreihe der Süddeutschen Zeitung. Von neuer Männlichkeit ist die Rede, von ‚der Rückkehr der Macker‘ (vgl. Neue Zürcher Zeitung, NZZFolio 08/2005). Gleichzeitig heißt es, dass Frauen – dank Frauenbewegung und Feminismus – besser gerüstet seien für die Anforderungen der Gegenwart, der Zeitgeist sei heute fast ausschließlich weiblich, auch wenn Macht primär männlich besetzt ist (Walter Hollstein in NZZFolio). Der Zukunftsforscher Matthias Horx spricht gar von einem Jahrhundert der Frauen (Bayern 2020 – Megatrends und Chancen, o.J.). Falls dies zutreffen sollte, dürfte es nicht unwesentliche Effekte auch auf die Gesundheitssituation von Männern haben.

Engagierte Frauen haben es in München erreicht, dass Frauengesundheit auch im Gesundheitsbeirat jeweils in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen thematisiert wurde: 1996 fand die ganztägige Gesundheitskonferenz ‚Macht Frau Gesundheit‘ statt und im Wintersemester 1998/1999 wurden in der Vorlesungsreihe ‚Frauen und Gesundheit in Wissenschaft und Praxis‘ der Ludwig-Maximilians-Universität neuere Erkenntnisse der Frauengesundheitsforschung dargestellt. In Deutschland gibt es, anders als in den USA, Australien, England oder den skandinavischen Ländern, keine akademische

Verankerung der men’s studies. Entsprechend gibt es auch keinen Männergesundheitsbericht auf Bundesebene, jedoch einen Bericht zur Lage der Gesundheit von Frauen.

Wenige andere Kommunen wie Hamburg und Wien haben bisher Männergesundheitskonferenzen veranstaltet. Während der Vorbereitungen der Veranstaltung in München wurde ich darauf hingewiesen, dass mit der Gender-Orientierung eine Männergesundheitskonferenz eigentlich obsolet sei. Da schien mir die Geschlechtergerechtigkeit vor schnell vorweg genommen zu sein. Bei weiteren Recherchen erfuhr ich, dass auch in der Gender-Diskussion – nicht nur in München – die Männer unterrepräsentiert sind. Es wäre wichtig, die Ursachen dafür zu ergründen und die Beteiligung zu gewährleisten.

Vor diesem Hintergrund gerät man als Veranstalter der ersten Männergesundheitskonferenz in München in ein Wechselbad der Gefühle: Zunächst gibt es viel Zustimmung zum Thema, es muss unbedingt etwas getan werden. Beim Zugehen auf potenzielle Mitveranstalter heißt es aber bald: wir haben schlechte Erfahrungen mit dem Thema gemacht. Bei den Anmeldungen zur Veranstaltung verhielt es sich ähnlich: das Thema wurde als überfällig und dringlich bezeichnet, nach der ersten erfreulichen Bugwelle flachten die Anmeldungen aber merklich ab. Korrespondiert das mit der Einstellung zur individuellen Gesundheit von uns Männern? Es

ist ein ganz wichtiges Thema, aber wenn ich dann was tun soll ...

Die Zustimmung von Frauen zum Thema Männergesundheit war überraschend groß – bis es zur Frage des Teilens kam: natürlich wollen sich Frauengesundheitsprojekte nicht die finanziellen Ressourcen möglicherweise mit Männergesundheitsprojekten teilen. Auch ist der Gedanke gewöhnungsbedürftig, dass nicht nur die Frauen im Gesundheitssystem benachteiligt sein sollen, sondern für alle, also auch für Männer, Medizin, Prävention und Therapie nicht optimal sind. In diesem Sinne kann Männergesundheitsforschung nicht nur zur Gesundheit der Männer beitragen, sondern darüber hinaus Ansätze zur Weiterentwicklung und Humanisierung der Medizin und des Gesundheitssystems liefern.

Die Frauenbewegung hat die soziale Ungleichheit der Geschlechter aufgezeigt; am Ende der Gesundheitskonferenz, genauer: am Ende der Podiumsdiskussion, die ins Publikum geöffnet wurde, wurde der Machtkampf nochmals deutlich, mit umgekehrtem Vorzeichen, als Ohnmacht der geschiedenen Väter. Dieses Thema kann in einer Gesundheitskonferenz nicht vertieft werden, es wäre aber wichtig, diese Machtverhältnisse und Missverständnisse aufzuarbeiten, denn sie können krank machen.

Insofern kann die Gesundheitskonferenz nur Auftakt sein für weitere Diskussionsrunden, Geschlechtergerechtigkeit betreffend, nicht nur, aber auch im Gesundheitswesen. Das Nachlesen der gravierenden Auswirkungen der Männerrolle auf die Gesundheit in dieser Dokumentation sollte die Anlass für weiteres Nachdenken und für weitere Forschungen sein. Beim Verfassen dieses Vorworts wurde ich immer wieder mit meinen eigenen Urteilen und Vorurteilen konfrontiert – und danke den Männern und Frauen für die Korrekturen.



Klaus Hehl

Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis

Impressum – 2

Vorwort – 3

Inhaltsverzeichnis – 7

Begrüßung, Joachim Lorenz, Vorsitzender Gesundheitsbeirat – 11

REFERATE

Dr. rer. pol. Gabriele Wiedenmayer,
Männergesundheit in München – Die Fakten und Daten aus
aktuellen Untersuchungen der Münchner Gesundheitsberichterstattung – 15
Dr. rer. pol. Peter Döge,
Wie gefährlich ist die Männerrolle für die Gesundheit? – 31

PODIUMSDISKUSSION

Moderation: Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Klaus Piwernetz – 41

Anhang

1 Medienecho – 63

2 Programm – 64

3 Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer – 66

4 Liste der Referentinnen und Referenten – 71



Begrüßung
Joachim Lorenz,
Vorsitzender des Gesundheitsbeirats,
Referent für Gesundheit und Umwelt

Grußwort

Ein Blick in die Gesundheitsstatistik zeigt: Männer in der westlichen Welt haben eine wesentlich kürzere Lebenserwartung als Frauen, sie haben ein höheres Krebsrisiko und sie sterben häufiger an einem Herzinfarkt. Oder anders gesagt: Um die Gesundheit der Männer scheint es schlecht bestellt zu sein.

Das traditionelle Männerbild lässt Männer ihren Körper nur in einer bestimmten Weise wahrnehmen. Er hat in erster Linie zu funktionieren. „Störungen“ oder Krankheiten sind nicht vorgesehen. Wenn sie vorkommen, sind sie mit Spritzen und Tabletten zu beseitigen, damit die „Maschine Körper“ wieder störungsfrei arbeitet.

Wir wollen Männergesundheit in München zum Thema machen. Wir wollen dazu beitragen, dass die vielen Aspekte der Männergesundheit aus ihrem Nischendasein in das Rampenlicht der breiten Münchner Öffentlichkeit geführt wird. Wir wollen, dass in München mehr über Prävention, Lebensstil und über Selbstverantwortung nachgedacht, diskutiert und getan wird. Mit der Konferenz „G’sund sammal!“ des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt München im Juli 2005 und ihrer hier vorgelegten Dokumentation machen wir dazu einen Anfang.

Das Themenspektrum der Männergesundheit ist breit:

- Neue Entwicklungen in der Behandlung und Prävention von Krebs, Osteoporose oder kardiovaskuläre Krankheiten,

- Männer und Sucht, Depression, Stress oder Burn-Out-Syndrom,
- der männliche Umgang mit Sexualität und Geschlechtskrankheiten

oder die für sich sprechenden Zahlen zu Verkehrs- und Arbeitsunfällen sind nur einige wenige willkürlich ausgewählte Stichwörter, um deutlich zu machen, wie weit gefächert das Themenspektrum ist. Der hier aufgezeichnete Beitrag von Frau Dr. Wiedenmayer aus meinem Referat Gesundheit und Umwelt zeigt anhand von den uns zur Verfügung stehenden Daten auf, welche Dimension das Themenspektrum Männergesundheit hat.

Die Diskussion um Männergesundheit oder -krankheit kann jedoch nicht losgelöst von den gesellschaftlichen Erwartungen, die an Männer herangetragen werden und die sie scheinbar erfüllen müssen, geführt werden. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit ist mit dem männlichen Rollenverständnis eng verwoben. Der in dieser Dokumentation wiedergegebene Vortrag des Berliner Wissenschaftlers Dr. Peter Döge vom Institut für anwendungsorientiert Innovations- und Zukunftsforschung befasst sich aus sozialwissenschaftlicher Sicht mit männlicher Identität und den speziellen daraus hervorgehend gesundheitlichen Belastungen.

Last but not least ist Männergesundheit ein Gender-Aspekt, der bisher sträflich vernachlässigt

worden ist. Ein geschlechtergerechter Ansatz ist auch hier dringend erforderlich.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen viel Spaß bei der Lektüre der Dokumentation der Konferenz „G’sund samma!?“.

A handwritten signature in black ink, reading "Joachim Lorenz". The script is cursive and fluid, with the first name "Joachim" written in a larger, more prominent hand than the last name "Lorenz".

Joachim Lorenz,

*Vorsitzender des Gesundheitsbeirats,
Referent für Gesundheit und Umwelt*



Referat

Dr. rer. pol. Gabriele Wiedenmayer,
Referat für Gesundheit und Umwelt
Gesundheitsberichterstattung

Männergesundheit in München – Fakten und Daten aus aktuellen Untersuchungen der Münchner Gesundheitsberichterstattung

1 Einleitung

„Männergesundheit in München“ war Thema einer Gesundheitskonferenz im Juli 2005, die der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München veranstaltete. Für den Fachtag wurden aktuelle Daten statistisch aufbereitet und vorgestellt, die im vorliegenden Bericht veröffentlicht werden. Grundlage für die Auswahl war neben der inhaltlichen Relevanz die Verfügbarkeit von Daten für München. Da hier nicht das gesamte Spektrum der Männergesundheit in München abzudecken ist, werden auf der Grundlage neuerer Untersuchungen Schlaglichter auf einige ausgewählte Aspekte geworfen.

Der Einstieg in die Männergesundheit beginnt mit einem eher makabren Thema, nämlich mit dem Lebensende. Dazu werden Daten aus der amtlichen Statistik zur Lebenserwartung und zur vorzeitigen Sterblichkeit vorgestellt.

Im zweiten Teil werden Ergebnisse zu Gesundheit, Krankheit und gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen aus der neuesten Gesundheitsbefragung der Münchner Gesundheitsberichterstattung, dem Münchner Gesundheitsmonitoring 2004, vorgestellt.

Einige erste Schlussfolgerungen, in welchen Bereichen auf der Grundlage der vorliegenden Daten Präventionsbedarf speziell für Männer besteht, beschließen den Beitrag.

2 Lebenserwartung und vorzeitige Sterblichkeit

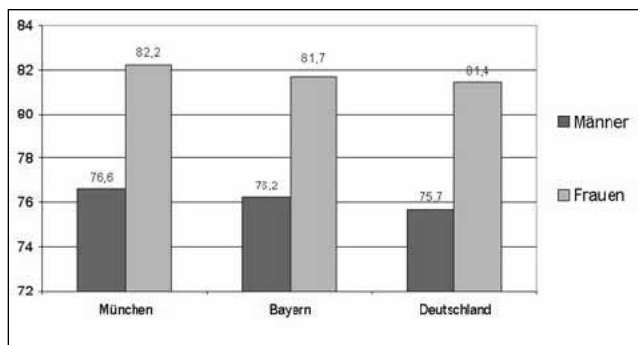
Männer haben eine geringere **Lebenserwartung** als Frauen: Dieser Befund gilt bis auf wenige Ausnahmen weltweit.¹ Auch die Münchner Männer haben eine geringere Lebenserwartung (Abb.1).² Ihre prognostizierte Lebensdauer bei Geburt lag 2002 bei 76,6 Jahren, bei den Frauen bei 82,2 Jahren, also ca. 5 ½ Jahre mehr. Die Lebenserwartung bei Geburt liegt in München um ca. ½ Jahr höher als im bayerischen Durchschnitt und ca. ein Jahr höher als in der deutschen Bevölkerung insgesamt.³ Dies gilt für Männer wie für Frauen.

¹ Siehe z.B. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung: DSW-Datenreport 2004. Soziale und demographische Daten zur Weltbevölkerung. Hannover 2004.

² Datenquelle: Statistisches Amt der Landeshauptstadt München.

³ Die Angaben für Bayern und Deutschland stammen aus folgendem Bericht: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern. Gesundheitsbericht für Bayern 1. November 2004.

Abb.1: Lebenserwartung bei Geburt nach Geschlecht 2002



Quellen: München: Statistisches Amt der Landeshauptstadt München. Bayern, Deutschland: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Weshalb sterben Männer früher? Häufig werden biologische Faktoren, also Gene und Hormone, als mögliche Ursachen für die kürzere Lebenserwartung der Männer genannt. Tatsächlich scheinen aber Verhaltens- und Umweltfaktoren die wohl bedeutsamere Rolle zu spielen, wie aus den Ergebnissen der **Klosterstudie** (Marc Luy, 2002) hervorgeht.⁴ Bei der Klosterstudie handelt es sich um eine bevölkerungswissenschaftliche Untersuchung, in der über einen längeren Zeitraum hinweg die Lebenserwartung bayerischer Nonnen und Mönche mit der Lebenserwartung der deutschen Allgemeinbevölkerung verglichen wurde. So betrug der Unterschied zwischen den Nonnen und Mönchen, die sich in ihren Lebensumständen und Lebensstilen ähnelten, gerade mal 2 Jahre, d.h. Nonnen lebten im Durchschnitt 2 Jahre länger. Der Unterschied

zwischen Frauen und Männern in der Allgemeinbevölkerung betrug dagegen 6 Jahre. Zwischen den Nonnen und den Frauen der Allgemeinbevölkerung war der Unterschied sehr gering.

Insgesamt verstarben 2002, das Referenzjahr für die vorliegenden Zahlen, 11.713 Personen mit Hauptwohnsitz in München, davon waren 5.445 Männer. Der Anteil von 46 % an den Gestorbenen erscheint auf den ersten Blick für die Männer günstiger, hängt aber mit der unterschiedlichen Altersstruktur zwischen den Geschlechtern zusammen, da es mehr betagte und hochbetagte Frauen gibt. Betrachtet man die Zahl der ab einem Alter von einem Jahr (um die Säuglingssterblichkeit herauszunehmen) bis zu einem Alter von 64 Jahren Gestorbenen (2.547), liegt der Männeranteil mit 65 % überproportional hoch (1.654 verstorbene Männer).

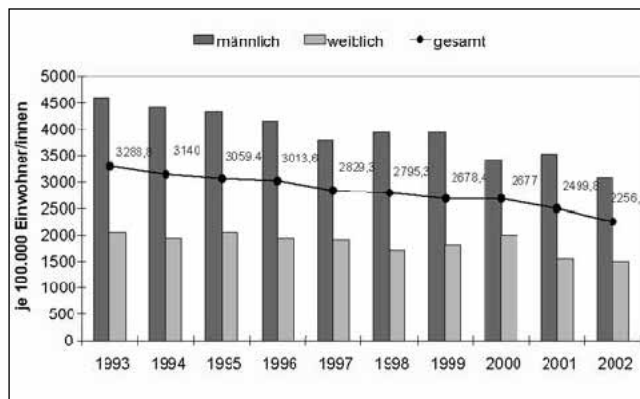
Mit dem Konzept der „**verlorenen**“ **Lebensjahren** lässt sich die vorzeitige Sterblichkeit unter 65 Jahren untersuchen, wobei die Altersgrenze eine gängige Konvention ist.⁵ Dahinter steht die Annahme, dass Todesfälle unter 65 Jahren häufig vermeidbar sind. Daraus lassen sich wichtige Anhaltspunkte für die Prävention und Früherkennung ableiten.

Um die verlorenen Lebensjahre zu ermitteln, werden die Differenzen zwischen dem 65. Lebensjahr und dem Alter beim Tod aller Verstorbenen addiert. Stirbt z.B. jemand im Alter von 20 Jahren, so ergeben sich daraus 45 verlorene Jahre. Die Summe aller verlorenen Jahre wird standardisiert, hier ist das auf 100.000 Einwohner, um Vergleiche z.B. über die Zeit hinweg durchführen zu können.

⁴ Marc Luy: Warum Frauen länger leben – Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft, Heft 106. 2002.

⁵ Siehe dazu z.B.: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern. Gesundheitsbericht für Bayern 1. November 2004.

Abb. 2: Verlorene Lebensjahre im Zeitverlauf von 1993 bis 2002

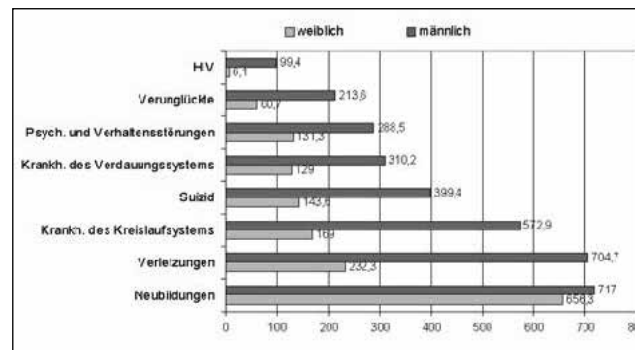


Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Eigene Berechnung.

Abbildung 2 zeigt für München die verlorenen Lebensjahre pro 100.000 Einwohner/innen für Männer und Frauen im Zeitverlauf von 1993 bis 2002. Sowohl bei Männern als auch Frauen verringert sich die Summe der verlorenen Lebensjahre, wobei der Rückgang bei den Männern stärker ist. Das heißt, Männer haben in dem betrachteten Zeitraum ca. 1.000 Jahre pro 100.000 Einwohner dazu gewonnen.

Durchgängig verlieren Männer ungefähr doppelt so viel Jahre wie Frauen. Trotz des Rückgangs an verlorenen Lebensjahren kann von einer Angleichung an die Frauen noch lange keine Rede sein.

Abb. 3: Verlorene Lebensjahre nach Diagnosen 2002



Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Eigene Berechnung.

Abbildung 3 zeigt die Anzahl der verlorenen Lebensjahre nach Diagnosen bzw. Diagnosegruppen, wobei solche ausgewählt wurden, bei denen prinzipiell Präventionsmaßnahmen möglich sind. Die meisten Lebensjahre verlieren Männer wie Frauen – die Unterschiede sind gering – durch bösartige Neubildungen, also Krebserkrankungen. Bei allen anderen Diagnosen ist die Zahl der verlorenen Lebensjahre der Männer pro 100.000 Einwohner mindestens 2 bis 3,5-mal so hoch, bei HIV beträgt sie sogar das 16-fache.

Besonderer Präventionsbedarf für Männer zeigt sich bei den Verletzungen und Verunglückten, wobei dafür nicht ausschließlich das riskantere Verhalten der Männer, z.B. im Straßenverkehr oder beim Extremsport, verantwortlich ist. Männer sind auch in der Arbeitswelt größeren Risiken ausgesetzt, was sich in den Zahlen der tödlichen Arbeitsunfälle zeigt.⁶

⁶ Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Gesundheitsmonitor Bayern 3/2005: Die Gesund-

Männer verlieren fast dreimal so viele Lebensjahre durch Suizid.

In diesem Zusammenhang sind auch die verlorenen Lebensjahre durch psychische Störungen und Verhaltensstörungen zu sehen, worunter u.a. die Drogen- und Alkoholtoten fallen. Verlorene Lebensjahre durch Substanzmissbrauch spiegeln sich in den Krankheiten des Verdauungssystems wider, wozu z.B. auch alkoholbedingte Leberkrankheiten und Pankreatitis gehören.

Die Risikofaktoren für Herz-Kreislaufkrankungen sind hinlänglich bekannt.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass viele vorzeitige Todesfälle vermeidbar gewesen wären.

3 Münchner Gesundheitsmonitoring 2004: Gesundheit, Krankheit und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen von Männern

An welchen Krankheiten leiden Männer vermehrt? Gibt es typische Männerbeschwerden? Wie sieht es mit gesundheitsbeeinflussenden Verhaltensweisen aus?

Diese Fragestellungen werden mit Hilfe der Daten des neuen Münchner Gesundheitsmonitorings 2004 untersucht. Das ist eine telefonische Befragung der Münchner Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren zu einer Vielzahl von gesundheitsrelevanten Themen, die im Herbst 2004 im Auftrag des Referats für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München durchgeführt wurde.⁷ Ins-

heit der Beschäftigten in Bayern. Juni 2005.

⁷ Inhaltlich orientiert sich die Befragung am 1999 und 2000 durchgeführten Münchner Gesundheitsmonitoring des Referats für Gesundheit und Umwelt sowie an den telefonischen

gesamt wurden ca. 1.000 zufällig ausgewählte Personen befragt, davon knapp die Hälfte Männer. Bei den Angaben handelt es sich um Selbstauskünfte der befragten Personen.

Die Auswertungen werden für vier verschiedene Altersstufen durchgeführt: Junge Männer zwischen 18 und 29 Jahren (N = 92), eher noch jüngere Männer zwischen 30 und 44 Jahren (N = 172), Männer im mittleren Alter zwischen 45 und 64 (N = 159) und ältere Männer zwischen 65 und 79 Jahren (N = 70).⁸

Auf einen Vergleich der Männer mit den Frauen wird hier verzichtet, zum einen, um den Artikel nicht mit Zahlen zu überfrachten, zum anderen, um die Ergebnisse für die Männer nicht ständig zu relativieren.

Gesundheitszustand, Krankheiten und häufig auftretende Beschwerden

Der eigene Gesundheitszustand zum Befragungszeitpunkt wird von den Männern aller Altersstufen überwiegend als gut oder sehr gut eingeschätzt. Eine schlechte oder sehr schlechte Einschätzung gibt es in nennenswertem Umfang erst ab einem Alter von 45 Jahren, wobei die Anteilswerte jeweils unter 10 % liegen.

In Abbildung 5 sind die Angaben zu Herz-Kreislaufkrankungen sowie damit verbundene, nicht direkt verhaltensbedingten Risikofaktoren darge-

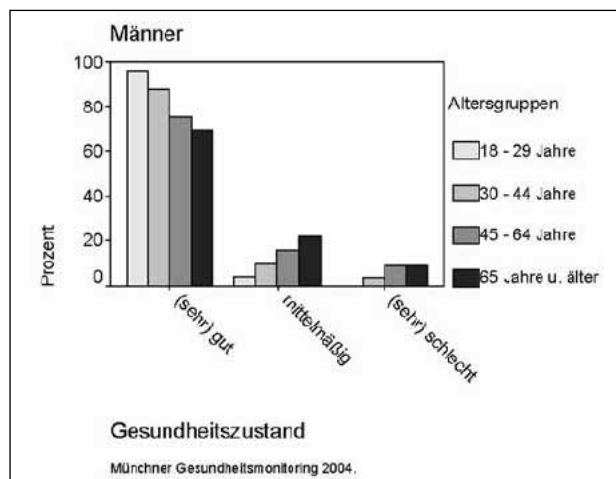
Gesundheitssurveys für Deutschland des Robert-Koch-Instituts.

⁸ Dieselben Altersstufen wurden schon mal für einen Bericht mit den Gesundheitsmonitoring-Daten von 1999/2000 verwendet. Siehe: Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 – Die Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensaltersstufen. München. 2002.

stellt. Mit zunehmendem Alter steigen zunächst die Anteile der Befragten mit Risikofaktoren wie einem zum Befragungszeitpunkt erhöhten Blutdruck oder erhöhten Blutfettwerten bzw. einem erhöhten Cholesterinspiegel, und dann – mit Zeitverzögerung – auch die Anteile der Befragten, die jemals einen Herzinfarkt oder eine andere Herz-Kreislaufkrankung hatten. Von den Männern zwischen 65 und 79 Jahren hatten 20 % bereits einen Herzinfarkt, wobei es sich um die Männer handelt, die den Herzinfarkt überlebt hatten, 27 % litten an einer anderen Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems, 28 % hatten Bluthochdruck und 20 % einen erhöhten Cholesterinspiegel bzw. erhöhte Blutfettwerte, wobei es Mehrfachnennungen gab.

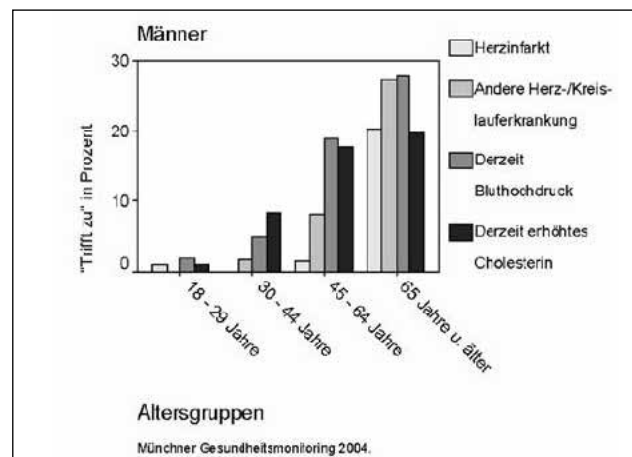
Betrachtet man einige weitere ausgewählte Krankheiten, so zeigt sich, dass die Anteile der Befragten mit Diabetes oder einer (auch geheilten bzw. überlebten) Krebserkrankung ab 65 Jahren stark ansteigen (Abb. 6): So hatten 18 % Diabetes und 20 % eine ggf. überstandene Krebserkrankung.

Abb. 4: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands



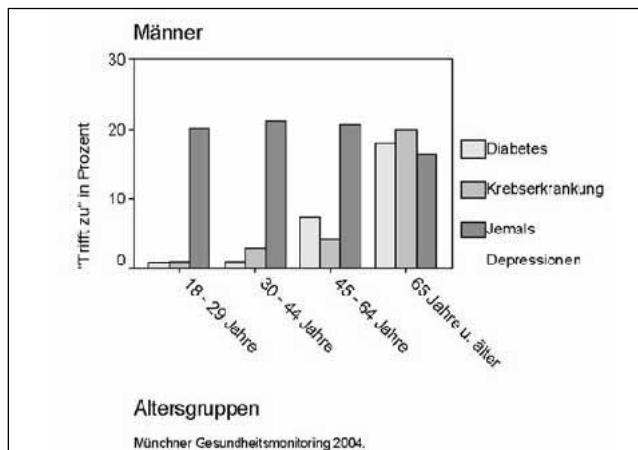
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Abb. 5: Herz-Kreislaufkrankungen und Risikofaktoren



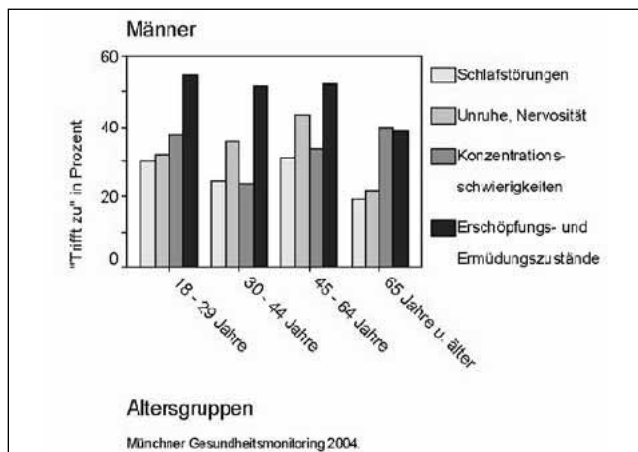
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Abb. 6: Weitere ausgewählte Krankheiten



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Abb. 7: Häufige Beschwerden während der letzten 12 Monate – 1



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Besonders auffällig sind die durchgängig hohen Anteilswerte der Befragten, die angaben, jemals an einer Depression gelitten zu haben. In den Altersgruppen unter 65 Jahren liegt der Anteil bei jeweils ca. 20 %, in der Altersgruppe der 65 bis 79-Jährigen bei ca. 15 %. Erfasst wurde dieses über die Frage: „Hatten Sie jemals Depressionen?“, wobei die eigene Einschätzung relevant war und nicht unbedingt eine ärztliche Diagnose zugrunde liegen musste.⁹ Jeweils mindestens 10 % der Befragten litten auch während der letzten 12 Monate an Depressionen.

In den Interviews wurde nach einer Reihe von häufigen Beschwerden während der letzten 12 Monate gefragt. Wie Abbildung 7 zeigt, litten viele vor allem unter 65-jährige Männer an Erschöpfungs- und Ermüdungszuständen. Die Anteilswerte liegen über 50 %. Auch unter Schlafstörungen und unter Unruhezuständen und Nervosität und Konzentrationsschwierigkeiten litten auffallend viele vor allem der unter 65-Jährigen (mindestens 25 bis ca. 45 %).

Im geringeren Maße, wenngleich nicht selten, wurden Magenschmerzen und Verdauungsbeschwerden genannt, ebenfalls wieder häufiger von den unter 65-Jährigen (Abb. 8). Unter Tinnitus litten zwischen 10 % und 20 % der Männer aller Altersgruppen.

⁹ Diese Frage wurde analog zum Bundestelefon survey des Robert-Koch-Instituts gestellt.

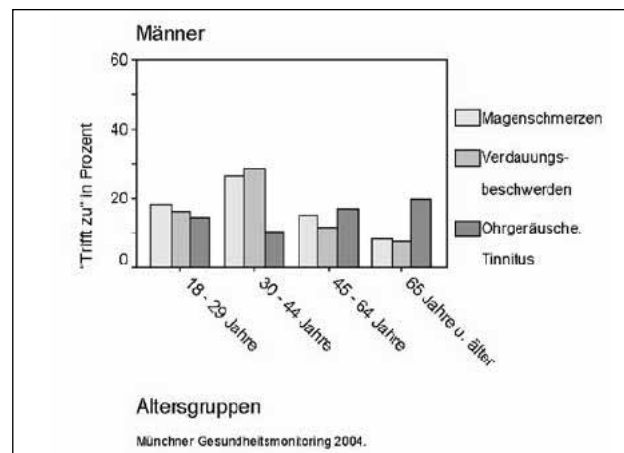
Summiert man die Beschwerden, um einen Anhaltspunkt für das Ausmaß der Belastung zu gewinnen, zeigt sich, dass jeweils ca. 37 % der Männer in den Altersgruppen zwischen 18 und 64 Jahren mindestens drei davon genannt hatten (Abb. 9). Der Anteil von 17 % bei den Männern ab 65 Jahren ist im Vergleich dazu deutlich geringer. Das heißt, dass mehr als ein Drittel der Männer im erwerbsfähigen Alter unter Mehrfachbelastungen leidet, die sich auch als psychische oder psychosomatische Stresssymptome interpretieren lassen.

Welche Zusammenhänge mit der Lebenssituation bestehen, z.B. mit dem Erwerbsleben, der familiären Situation oder der gesundheitlichen Lage, wurde untersucht. Nicht alle möglicherweise relevanten Aspekte lassen sich mit den Daten des Münchner Gesundheitsmonitorings 2004 nachprüfen, da z.B. Angaben zur Situation am Arbeitsplatz und Arbeitsbelastungen nicht erhoben wurden.

So gaben überproportional häufig die Männer zwischen 18 und 65 Jahren mindestens drei Beschwerden zugleich an, die zum Befragungszeitpunkt nicht erwerbstätig waren (48 %), kein (FH-)Studium absolviert hatten (45 %), gesetzlich krankenversichert waren (41 %) oder einen Migrationshintergrund hatten (51 %). Mindestens drei Beschwerden hatten auch Männer, die sich im Alltag wenig bewegten (43 %), zum Befragungszeitpunkt rauchten (42 %) oder einen erhöhten Blutdruck (63 %) oder Cholesterinspiegel hatten (52 %).¹⁰ Bei all diesen Einflussfaktoren sind natürlich Überschneidungen möglich.

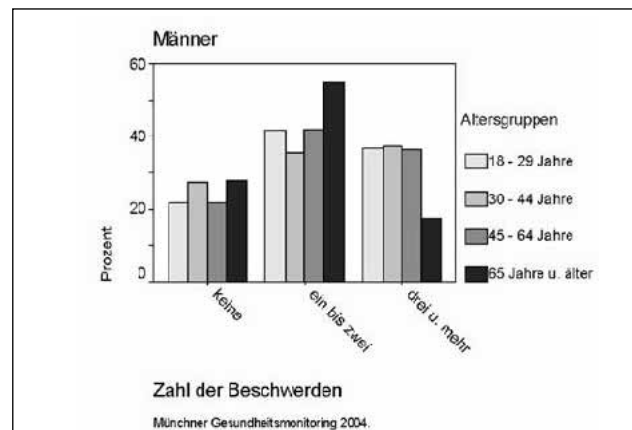
¹⁰ Dazu wurden bivariate Kreuztabellen berechnet. Aufgelistet sind die statistisch signifikanten Zusammenhänge ($\alpha < 0.05$). Nicht signifikant waren z.B. der Familienstand (verheiratet vs. nicht verheiratet), die berufliche Stellung, ein höherer Alkoholkonsum oder Übergewicht.

Abb. 8: Häufige Beschwerden während der letzten 12 Monate – 2



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Abb. 9: Anzahl der häufig genannten Beschwerden während der letzten 12 Monate

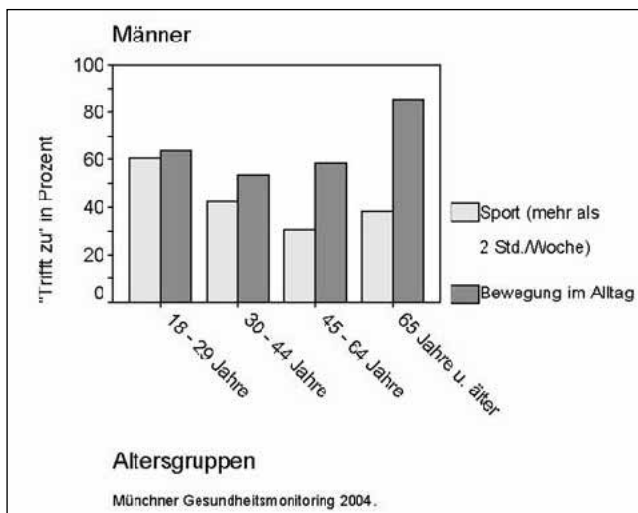


Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen

Im Folgenden werden die klassischen verhaltensbedingten Risikofaktoren betrachtet, also Bewegungsmangel, Rauchen, Trinken und Übergewicht.

Abb. 10: Sport und Bewegung



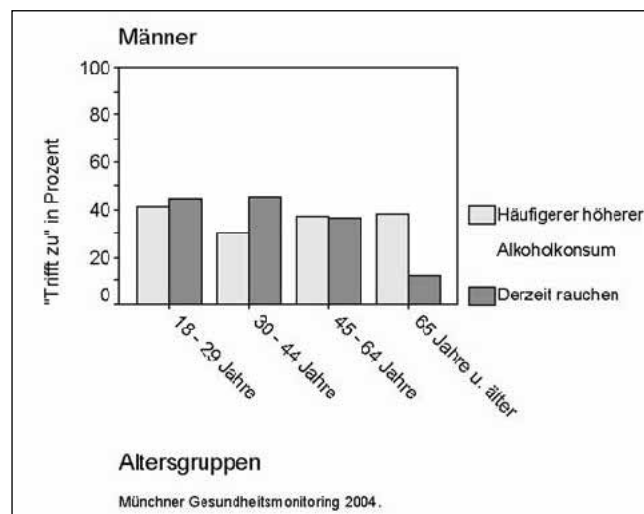
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Vor allem die jüngeren Münchner Männer sind recht sportlich (Abb. 10). Rund 60 % der 18 bis 29-Jährigen gaben an, mindestens 2 Stunden pro Woche Sport zu treiben. Mit zunehmendem Alter lässt das allerdings deutlich nach. Nur noch 31 % der 45 bis 64-jährigen Männer treiben mindestens 2 Stunden Sport pro Woche. Mit Beginn des Rentenalters ab 65 Jahren steigt der Anteil wieder etwas an.

Um nicht nur die rein sportlichen Aktivitäten zu berücksichtigen, sondern auch das Bewegungsverhalten im Alltag, wurde zusätzlich erfasst, ob sich

die Befragten abgesehen vom Sport im Alltag viel bewegen (z.B. Fahrrad fahren, Spazieren gehen, Gartenarbeiten machen). Vor allem ältere Männer zwischen 65 und 79 Jahren bewegen sich demnach viel im Alltag (86%). Aber auch auf mehr als 50 % der Männer unter 65 Jahren trifft dies zu.

Abb. 11: Rauchen und Alkoholkonsum



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Knapp die Hälfte, nämlich 45 %, der Männer unter 45 Jahren rauchte zum Befragungszeitpunkt (Abb. 11). Von den 45 bis 64-Jährigen waren es noch 37 %. Erst ab 65 Jahren sinkt der Raucheranteil auf 13 % deutlich ab.

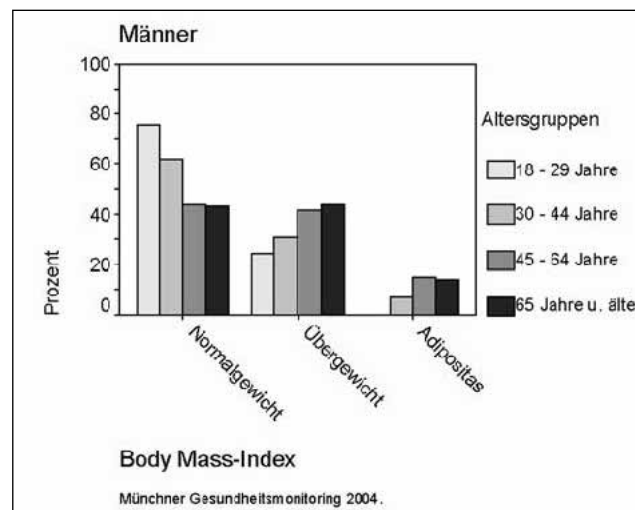
Häufigerer höherer Alkoholkonsum ist definiert als mehr als 2 Halbe Bier oder mehr als 0,4 l Wein oder mehr als 2 cl Spirituosen mindestens einmal pro Woche. Auf rund ein Drittel der Männer mit ein paar Schwankungen zwischen den Altersgruppen

trifft dies zu. Gerade ältere Männer ab 65 trinken relativ häufig größere Mengen. Wie viele davon alkoholgefährdet oder gar abhängig sind, lässt sich aus den Angaben jedoch nicht unmittelbar ableiten.

Eine gängiges Maß zur Beurteilung des Körpergewichts ist der so genannte Body Mass-Index (BMI).¹¹

Auch bei den Angaben zu Körpergröße und Gewicht muss man im Auge behalten, dass es sich um telefonische Selbstauskünfte handelt und der eine oder andere seine Angaben evtl. etwas „beschönigt“ hat, so dass man hier bei den Anteilen von Übergewichtigen und Adipösen von „Mindestmengen“ ausgehen kann. Wie aus vergleichenden Untersuchungen hervorging, hält sich aber der „Mogelfaktor“ in Grenzen. Die Zahlen haben also durchaus Aussagekraft.¹²

Abb. 12: Body Mass-Index



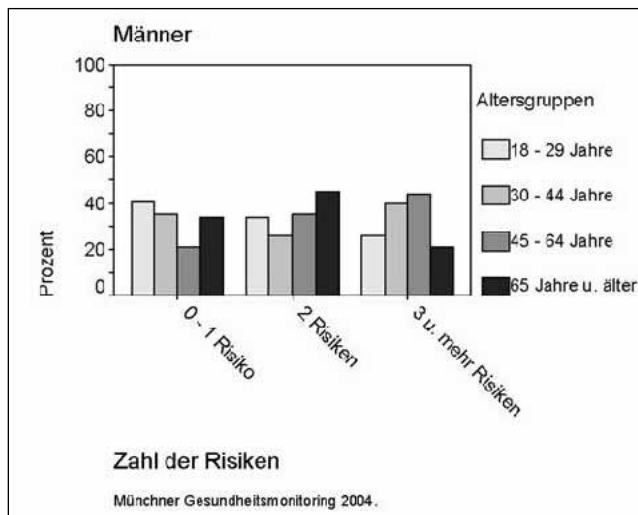
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Schaut man nun auf die Ergebnisse, so zeigt sich, dass der Anteil der Normalgewichtigen mit zunehmendem Alter stark fällt (Abb. 12): von 76 % bei den 18 bis 29-Jährigen auf 62 % und schließlich auf 43 % bzw. 42 % bei den Männern ab 45 Jahren. Parallel dazu steigt der Anteil der Übergewichtigen und der Adipösen, d.h. der stark Übergewichtigen, an. Das heißt, mehr als jeder zweite Mann ab 45 bringt zu viel auf die Waage! Während das mäßige Übergewicht für sich allein genommen, d.h. ohne weitere Risikofaktoren, noch nicht unbedingt als gesundheitsgefährdend einzustufen ist, ist das bei Adipositas durchaus der Fall. Jeweils rund 15 % der Männer ab 45 Jahren sind adipös und tragen somit ein erhebliches Gesundheitsrisiko mit sich herum.

¹¹ Dazu wird das Körpergewicht in Kg durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat geteilt. Zur Einteilung der Gewichtsklassen werden bestimmte Grenzwerte herangezogen: Untergewicht bei einem BMI unter 20 kg/m², Normalgewicht bei einem BMI von 20 kg/m² bis unter 25 kg/m², (leichtes) Übergewicht bei einem BMI von 25 kg/m² bis unter 30 kg/m² und Adipositas (schweres Übergewicht) bei einem BMI von 30 kg/m² und mehr. In den vorliegenden Auswertungen wurden die wenigen Männer mit Untergewicht mit der Gruppe der Normalgewichtigen zusammengefasst.

¹² Siehe dazu Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 1999/2000 – Die Gesundheit von Frauen und Männern verschiedener Lebensaltersstufen. München. 2002.

Abb. 13: Anzahl der verhaltensbezogenen Risiken



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Um festzustellen, wie viele Männer mehrfach risikobelastet sind, wurde, ähnlich wie bei den Beschwerden, die Anzahl der vorhandenen Risiken addiert. Vor allem Männer in den beiden mittleren Altersgruppen sind mehrfach belastet (Abb. 13): 40 % der 30 bis 44-jährigen Männer und 44 % der 45 bis 64-jährigen Männer weisen mindestens drei Risikofaktoren zugleich auf!

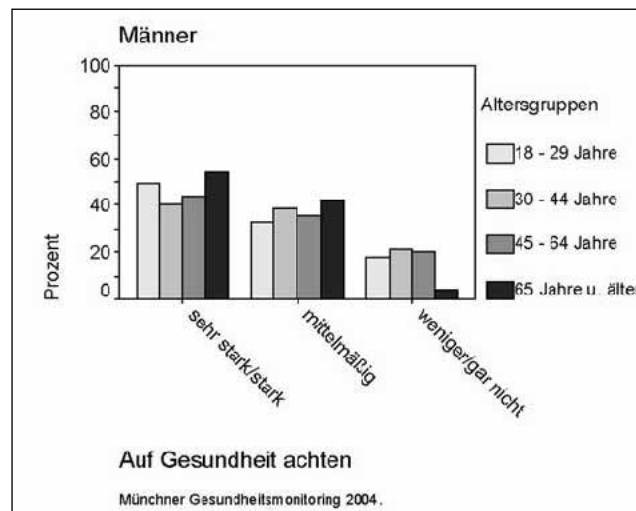
Im nächsten Schritt wird dargestellt, wie viel Aufmerksamkeit der Gesundheit geschenkt wird und welche Zusammenhänge mit dem Vorhandensein von Risikofaktoren bestehen.

In der Umfrage wurde die Frage gestellt: Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit? Die Ergebnisse nach Alter zeigen, dass vor allem ältere Männer ab 65 (54 %) stark oder gar sehr stark auf ihre Gesundheit achten, aber auch recht viele junge

Männer zwischen 18 und 29 Jahren (50 %), (Abb. 14).

Umgekehrt sind es vor allem Männer in den beiden mittleren Altersgruppen, die weniger stark oder gar nicht auf ihre Gesundheit achten. Der Anteil liegt bei ca. 20 %. Etwas geringer ist der Anteil mit 17 % bei den 18 bis 29-Jährigen.

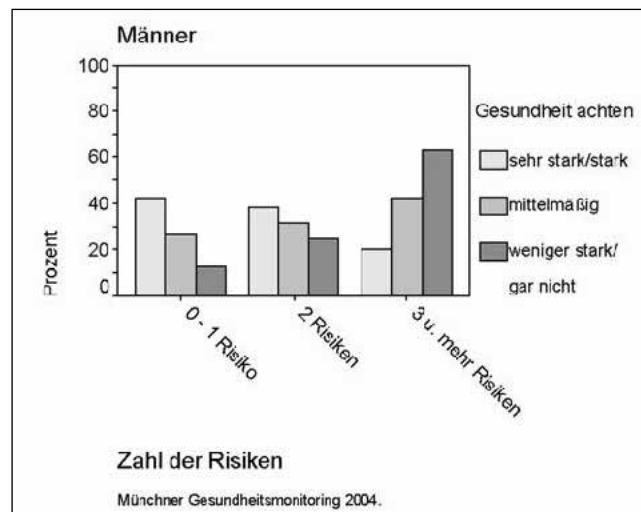
Abb. 14: Auf die Gesundheit achten nach Alter



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Zwischen der Zahl der Risiken und dem Grad, wie stark auf die Gesundheit geachtet wird, sind eindeutige Zusammenhänge ersichtlich (Abb. 15). Fast zwei Drittel der Männer, die wenig oder gar nicht auf ihre Gesundheit achten, haben zugleich mindestens drei Risikofaktoren.

Abb. 15: Auf die Gesundheit achten und Anzahl der verhaltensbezogenen Risiken



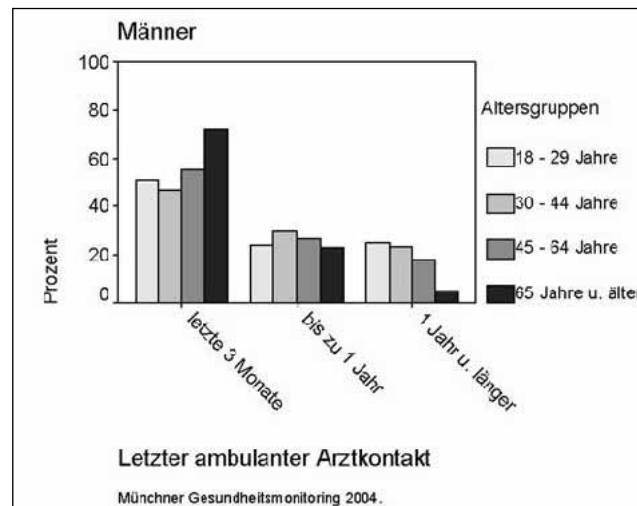
Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Ärztliche Inanspruchnahme und Vorsorge

Abschließend werden noch einige Ergebnisse zu ambulanten Arztkontakten und zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen vorgestellt.

Abbildung 16 zeigt, dass auch Männer relativ oft zum Arzt gehen. So war rund die Hälfte der Männer unter 65 Jahren in den letzten drei Monaten vor dem Befragungszeitpunkt mindestens einmal bei einem Arzt. Ab 65 Jahren waren es fast drei Viertel.

Abb. 16: Letzter ambulanter Arztkontakt

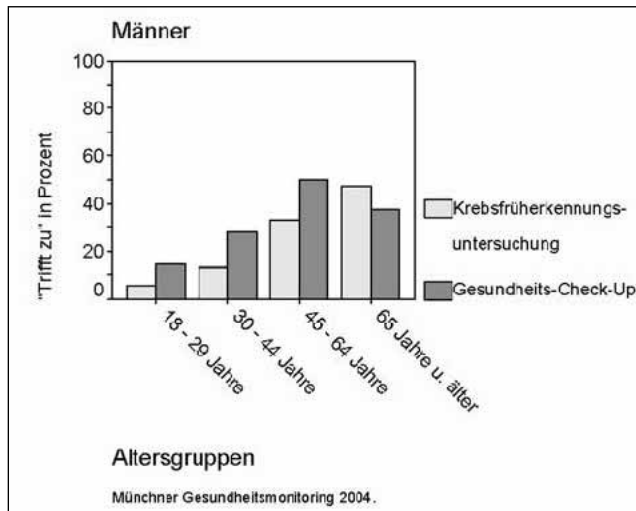


Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

Betrachtet man die Angaben zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, waren von den anspruchsberechtigten Männern (ab 45 Jahren) gerade mal ein Drittel der 45 bis 64-Jährigen und knapp die Hälfte (47 %) der 65 bis 79-Jährigen in den letzten 12 Monaten dort (Abb. 17).

Die Teilnahme an einem Gesundheits-Check-Up scheint bei den jüngeren Männern auf größeren Zuspruch zu stoßen. 50 % der 45 bis 64-Jährigen ließen einen Check-Up in den letzten 2 Jahren durchführen. In der Gruppe der 30 bis 44-Jährigen (die Anspruchsberechtigung beginnt ab 35 Jahren) waren es bereits 28 %.

Abb. 17: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen



Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.

4 Fazit: Präventionsansätze für Männer

Was lässt sich aus diesen vielen Ergebnissen für die Verbesserung der „Männergesundheit“ ableiten? Und wo finden sich nun Ansätze zur gezielten Prävention, um Krankheit und vorzeitigen Tod bei Männern zu vermeiden?

Denkt man an die Todesursachen der vorzeitigen Sterbefälle, so bieten sich Präventionsanstrengungen in den Bereichen **Suizidprophylaxe** und **Unfallverhütung**, sei es im Straßenverkehr, am Arbeitsplatz oder im privaten Umfeld, an.

Psychische Belastungen, Stressfaktoren und psychische Krankheiten spielen bei Männern

durchaus eine Rolle, wie die Ergebnisse des neuen Münchner Gesundheitsmonitorings 2004 zeigen. Prävention ist gerade in diesem Bereich wichtig, da psychische Erkrankungen in einen Suizid münden oder auch zu Substanzmissbrauch führen können.

Die „klassischen“ **Risikofaktoren** für die Gesundheit, Bewegungsmangel, Rauchen, Trinken, Übergewicht, sind auch unter Münchner Männern häufig. Hält man sich die vielen verlorenen Lebensjahre durch vorzeitigen Tod an einer Herz-Kreislauferkrankung, an bösartigen Neubildungen oder Krankheiten des Verdauungssystems vor's Auge, so lohnen sich Präventionsmaßnahmen auf alle Fälle.

Schließlich zeigt sich noch ein Verbesserungspotenzial bei der Inanspruchnahme von **Vorsorgeuntersuchungen**.

Vor allem Männer in ihren mittleren Jahren zwischen 30 bis unter 65 sollten angesprochen werden, da viele gerade in diesem Alter besonders risikobelastet sind.

Anhang: Soziodemografische Merkmale der befragten Männer

Tab. 1: Soziodemografische Faktoren (Angaben in Prozent, Fallzahlen in Klammern)

	Altersgruppen							
	18 – 29 Jahre (N = 92)		30 – 44 Jahre (N = 172)		45 – 64 Jahre (N = 159)		65 Jahre u. älter (N = 70)	
Staatsbürgerschaft:								
deutsch seit Geburt	76,1	(70)	83,1	(143)	85,5	(136)	88,6	(62)
deutsch nicht seit Geburt	5,4	(5)	5,2	(9)	6,9	(11)	8,6	(6)
andere Staatsbürgerschaft	18,5	(17)	11,6	(20)	7,5	(12)	2,9	(2)
Familienstand								
verheiratet zusammen	4,3	(4)	36,6	(63)	61,6	(98)	79,7	(55)
verheiratet/getrennt	1,1	(1)	1,7	(3)	3,8	(6)	0,0	(0)
ledig	94,6	(87)	53,5	(92)	17,0	(27)	4,3	(3)
geschieden	0,0	(0)	7,6	(13)	15,1	(24)	4,3	(3)
verwitwet	0,0,	(0)	0,6	(1)	2,5	(4)	11,6	(8)
Bildungs- und Ausbildungsqualifikation								
gering	6,6	(4)	2,3	(4)	1,9	(3)	1,4	(1)
einfach/mittel	31,1	(19)	24,4	(42)	32,1	(51)	54,3	(38)
gehoben	27,9	(17)	23,3	(40)	18,2	(29)	17,1	(12)
höher	34,4	(21)	50,0	(86)	47,8	(76)	27,1	(19)
berufliche Stellung (derzeit bzw. früher)								
Arbeiter	13,0	(9)	13,5	(23)	8,5	(13)	8,8	(6)
Angestellter	72,5	(50)	61,2	(104)	61,4	(94)	60,3	(41)
Beamter	8,7	(6)	8,2	(14)	9,2	(14)	14,7	(10)
selbständig/freiberuflich	5,8	(4)	17,1	(29)	20,9	(32)	16,2	(11)
derzeit erwerbstätig								
ja	68,9	(62)	91,3	(157)	33,9	(105)	5,7	(4)
nein	31,1	(28)	8,7	(15)	33,1	(52)	94,3	(66)
Krankenversicherung								
gesetzlich	82,8	(77)	61,6	(106)	64,4	(103)	87,3	(62)
privat	17,2	(16)	38,4	(66)	35,6	(57)	12,7	(9)

Quelle: Referat für Gesundheit und Umwelt. Eigene Berechnung.



Referat

Dr. rer. pol. Peter Döge,
Institut für anwendungsorientierte
Innovations- und Zukunftsforschung
IAIZ, Berlin
Gastprofessor für
Geschlechterforschung Braunschweig

G'sund samma – Wie gefährlich ist die Männerrolle für die Gesundheit?

„Wie gefährlich ist die Männerrolle für die Gesundheit?“ Um diese Frage klären zu können, müssen zunächst noch einige andere Fragen beantwortet werden: Was ist eigentlich unter Männerrolle zu verstehen? Wie hängen Geschlecht und Männlichkeit zusammen? Was bedeutet Geschlecht? Was bedeutet Gender? Gerade dieser Begriff steht auch im Mittelpunkt des Konzepts – dieses schwierigen Begriffs, wie es in der Einladung zu dieser Veranstaltung heißt – Gender Mainstreaming.

Geschlechterkultur und Männlichkeit

Immer wieder wird behauptet, dass der Begriff Gender nicht eindeutig ins Deutsche übersetzt werden kann. Allerdings bietet sich bei einem genauen Blick in die Geschlechterforschung und insbesondere in Arbeiten der anthropologischen Geschlechterforschung eine in meinen Augen sehr präzise Übersetzung des Begriffes Gender an: Gender bedeutet Geschlechterkultur. Demgegenüber wird Gender in Deutschland häufig mit Geschlechterrolle übersetzt – dies ist aber zu kurz gegriffen und führt zudem zu unterkomplexen politischen Strategien: bei Gender Mainstreaming geht es nicht nur um eine Veränderung der Geschlechterrollen, sondern der gesamten Geschlechterkultur von Organisationen mit dem Ziel der Chancengleichheit von Frauen und Männern. Neben der Geschlechterrolle beinhaltet

die Geschlechterkultur beispielsweise die Art und Weise des Umgangs von Männern und Frauen miteinander, der jeweiligen Erwartungshaltungen an Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Kompetenzen und Lebensmuster sowie die Wertung dieser Tätigkeiten und Lebensmuster – etwa die Wertung von Familienzeiten.

Wenn wir von dieser Begriffsbestimmung ausgehend nun der Frage nachgehen: was ist denn die Männerrolle – und als Pendant dazu was ist die Frauenrolle? – muss natürlich als erstes geklärt werden, was ist denn überhaupt ein Mann und was ist denn überhaupt eine Frau? Woran unterscheiden wir Männer und Frauen?

In unserer abendländischen Geschlechterkultur werden Männer und Frauen an Körpermerkmalen unterschieden, ein Prozess, der sehr eindrucksvoll bei jeder Geburt eines Kindes beobachtet werden kann. Wenn auf diese Weise nun ein Mensch als Mann, beziehungsweise Junge bestimmt worden ist, stellt sich dann – und nun kommt die Männerrolle ins Spiel – natürlich die Frage: Was ist denn männlich und was ist weiblich? Was heißt denn Mann zu sein, beziehungsweise was heißt es denn bei uns Frau zu sein? Was heißt es, sich wie ein Mann, wie eine Frau zu verhalten? Wie hängt Mann-Sein oder Frau-Sein dann zusammen mit dem Gesundheitsverhalten? Diese Frage soll geklärt werden, indem im Folgenden die zentralen Bausteine männlicher Identität beschrieben werden.

Der Erzeuger-Beschützer-Versorger

Den ersten Baustein männlicher Identität, der sich interessanterweise in fast allen uns bekannten Kulturen finden lässt, hat der Anthropologe David Gilmore als Erzeuger-Beschützer-Versorger bezeichnet. Diesem Bild zufolge werden Männer noch immer primär gesehen als Erwerbs-Mann. Männer sind in der Regel die Haupt-Familienernährer. Von Männern wird erwartet, dass sie ihre Erwerbsarbeit nicht unterbrechen. Allerdings ist diese klassische Familien-Ernährer-Rolle für den Mann gar nicht so vorteilhaft, wie es häufig dargestellt wird, sondern geht mit einer nicht unerheblichen gesundheitlichen Belastung einher. So zeigt sich beispielsweise auf der Basis der Daten der letzten Zeitbudgetstudie des statistischen Bundesamtes für die Jahre 2001 und 2002, dass in Paaren mit Kindern, in denen sich die klassische traditionelle Arbeitsteilung zwischen Hausfrau und Familienernährer findet, Männer zusammengenommen mehr Zeit in bezahlte und unbezahlte Arbeit (z. B. Haus- und Familienarbeit) investieren als ihre Partnerinnen. Wenn wir die bezahlte und unbezahlte Arbeit bei dieser klassischen Hausfrau zusammenzählen, kommen wir am Tag auf 7 Stunden 29 Minuten. Wenn wir uns dazu im Gegensatz die Zeitverwendung des Mannes – des in diesem Falle klassischen Familienernährers – anschauen, arbeitet dieser am Tag zusammengenommen 8 Stunden 39 Minuten, spricht er investiert in bezahlte und unbezahlte Arbeit 1 Stunde und 10 Minuten mehr als Frauen. Das summiert sich beträchtlich im Laufe einer Woche und im Laufe eines Jahres. Vor diesem Hintergrund ist es dann kein Wunder, dass Männer besonders über berufsbedingten Stress klagen. Wie der österreichische Männergesundheitsbericht zeigt, ist Stress ein bedeutender Hauptbelastungsfaktor, den Män-

ner immer wieder als zentrale Gesundheitsbedrohung nennen.

Besonders ausgeprägt finden wir das Arrangement des Familienernährers mit Hausfrau noch immer bei männlichen Führungskräften, womit in dieser Berufsgruppe spezifische Belastungsmuster verbunden sind – wie dies beispielsweise eine europaweite Untersuchung von Führungskräften des McKinsey-Instituts gezeigt hat. In dieser Studie wurde unter anderem deutlich, dass über 70 % der Führungskräfte in Deutschland mehr als 50 Stunden in der Woche arbeiten. Jeder Fünfte arbeitet sogar mehr als 60 Stunden in der Woche. Gesundheitlich bedenklich ist außerdem, dass nur ein Drittel dieser Führungskräfte am Tag überhaupt eine Pause macht – mit entsprechenden Konsequenzen etwa für das Ernährungsverhalten oder für die persönliche Kreativität. 30 % sind mit dieser Situation unzufrieden und 70 % von diesen leiden sogar unter Befindlichkeitsstörungen.

Fast identische Ergebnisse zeigten sich in einer ähnlich angelegten Studie, die vor etwa 20 Jahre von Jane Halper mit rund 4.000 männlichen Führungskräften der Fortune-500-Unternehmen in den USA durchgeführt wurde. Den befragten Männern waren die Konsequenzen ihrer Arbeitsbelastung für Gesundheit und Familie sehr wohl bewusst und sie litten auch darunter. Gefragt, warum sie an dieser Situation nichts änderten, bestand eine der Standardantworten in der Feststellung: „Ich habe doch keine Alternativen“. Als Orientierungspunkt nicht nur ihrer männlichen Identität scheint der Familienernährer nicht infrage zu stehen.

Fragile Männlichkeit

Der zweite Baustein männlicher Identität, der ebenfalls mit einer spezifischen Gesundheitsgefährdung bei Männern verbunden ist, wird in der Männerforschung mit dem Begriff der fragilen Männlichkeit bezeichnet wird.

Männlichkeit wird in unserer Gesellschaftsordnung gleichgesetzt mit Stärke und mit Macht. Dieses Machtversprechen ist ein wesentlicher Bestandteil unserer Geschlechterkultur, unserer Vorstellung von Männlichkeit. Ob gewollt oder ungewollt durchzieht das Bild des „Mächtigen Mannes“ noch immer die Sozialisation von Jungen. Aber nicht alle Männer haben tatsächlich diese unterstellte Macht. So hat beispielsweise das Statistische Bundesamt gezeigt, dass Führungskräfte zwar überwiegend männlich sind, dass aber nur 20 % aller Männer Führungskräfte sind. Das heißt, 80 % der Männer arbeiten in untergeordneten Positionen. Das bedeutet auch, dass das Machtversprechen bei diesen Männern tagtäglich mit Erfahrungen von Machtlosigkeit kollidiert. In der Männerforschung wird diese Diskrepanz zwischen Machtversprechen und Machtlosigkeitserfahrungen als ein wesentliches Moment dafür gesehen, dass Männer zum einen immer unter dem Druck stehen, zeigen zu müssen, dass sie tough sind, dass sie männlich sind: in diesem Sinne ist Macht-Männlichkeit immer fragil, sie ist immer prekär.

Nach Ansicht des amerikanischen Männerforschers Michael Kaufman liegt in diesem Widerspruch zwischen Machtversprechen und Machtlosigkeitserfahrung eine der Hauptursachen männlicher Gewalt – Kaufman spricht hier von einer Triade männlicher Gewalt. Diese Triade beinhaltet zunächst, dass Männer Gewalt gegen Frauen ausüben, dass aber ein Großteil männlicher Gewalt sich

überhaupt nicht gegen Frauen, sondern überwiegend gegen Männer richtet. Gewalt zwischen Männern bildet ein zentrales Moment der Gesundheitsgefährdung von Männern – vor allem von jungen Männern.

Dies zeigt sich sehr eindrucksvoll in der aktuellen polizeilichen Kriminalstatistik aus dem Jahr 2003. Sieht man sich hier das so genannte Opferisiko differenziert nach Alter und Geschlecht bei den Gewaltstraftaten an, so zeigt sich, dass dies bei Jungen im Alter zwischen 14 und 18 Jahren fast durchgängig höher ist als bei Mädchen im selben Alter. So sind die Jungen bei Raub und räuberischer Erpressung etwa sieben bis acht Mal häufiger betroffen als Mädchen. Bei schwerer Körperverletzung ist es etwa ein Drittel mehr bei den Jungen als bei den Mädchen. Nur bei Vergewaltigung, also bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung, ist das Opferrisiko bei Frauen höher als bei Männern.

An dieser Stelle ist eine kurze Anmerkung zur so genannten Dunkelziffer erforderlich. Denn häufig wird behauptet, diese sei bei Gewaltdelikten gegen Mädchen höher als bei Jungen. Diese Sichtweise kann auf der Basis von Untersuchungsergebnissen der Männerforschung nicht bestätigt werden. So dürfte etwa die Dunkelziffer bei Jungen insbesondere bei Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung nicht unerheblich sein. Denn Männer als Machtmänner haben mit Sicherheit große Schwierigkeiten damit, zuzugeben, dass sie Opfer einer Straftat sind. Als Mann beziehungsweise Junge darf man kein Opfer sein – ein Bild, das auch die Sichtweise von Polizeibeamten vor Ort beeinflussen dürfte.

Dieses höhere Opferrisiko von Jungen wird interessanterweise über Kulturen hinweg reproduziert. Dies zeigt sich etwa an den so genannten

Tötungsraten der Männer und Frauen im Alter von 10 bis 29 Jahren. So zeigen die Daten des UNO-Report on Violence der WHO zunächst, dass wir in der Bundesrepublik Deutschland als Mann und als Frau relativ sicher leben. Auf 100.000 Einwohner kommt ein ermordeter Mann und 0,6 ermordete Frauen. Aber wenn Sie schon nach Albanien fahren, da schaut es für einen Mann nicht mehr so gut aus. Da ist es dann schon 28 bei den Männern zu 5,5 bei den Frauen. Aber Albanien stellt sich im Vergleich zu den USA gar nicht so schlecht da. In den USA ist das Mordrisiko für den Mann 18-mal so hoch als in der Bundesrepublik Deutschland, bei den Frauen etwa 6-mal höher. Wenn wir dann noch ein bisschen weiter nach Süden gehen, nach Kolumbien, dann ist die Mordrate von Männern extrem hoch und liegt bei 156, bei den Frauen bei 12.

Externalisierung

Männliche Gewalt richtet sich aber nicht nur gegen Frauen und gegen andere Männer, sondern – und damit kommen wir dann zum dritten Baustein der männlichen Identität – gegen sich selber. In diesem Sinne wird der dritte Baustein männlicher Identität von dem Männerforscher Lothar Böhnisch als Externalisierung bezeichnet und meint eine durchgängige Außenorientierung bei Männern. Entsprechend orientieren sich Männer eher von ihrem Körper weg und besitzen weniger Fühlung mit ihrem Körper.

Das soll aber nicht heißen, wie es häufig in Diskussionen um Geschlechterrollen unterstellt wird, dass Männer emotionslos sind. Als einen empirischen Gegenbeweis für diese These möchte ich nur an die zurückliegende Meisterschaftsfeier vom FC Bayern München erinnern und an die vielen ver-

meintlich emotionslosen Männer vor dem Münchner Rathaus. Um nicht in die Fallstricke traditioneller Geschlechterstereotypen zu geraten, gilt es also genau zu differenzieren. Männer und Frauen sind sehr wohl emotional, Männer verfügen nur über ein anderes Repertoire an Emotionalität. Und eben diese Repertoire männlicher Emotionalität beinhaltet eine eher instrumentelle Einstellung zum eigenen Körper.

Externalisierung schlägt sich dann natürlich auch wieder in einem besonderen Gesundheitsverhalten von Männern nieder. Ich habe einfach mal einige Daten mitgebracht aus dem ersten österreichischen Männergesundheitsbericht aus dem Jahr 2004: Männer treiben mehr Sport als Frauen. 44 % der befragten Männer in Österreich treiben Sport und 37 % der Frauen. Wie aber eine Studie der AOK gezeigt hat, treiben Männer Sport leistungs- und konkurrenzorientierter als Frauen. Frauen laufen lieber in Gruppen, Männer lieber alleine. Männer achten, wie die Grafik weiterhin zeigt, weniger auf ihre Ernährung als Frauen. 32 % der Männer zu 42 % der Frauen. Männer rauchen noch öfter als Frauen. 80 % derjenigen, die Alkoholmissbrauch betreiben, sind Männer, und nur 20 % Frauen. All dies schlägt sich dann in einer niedrigeren Lebenserwartung nieder.

Vor dem Hintergrund dieser niedrigeren Lebenserwartung von Männern wird dann von Interesse, was eigentlich die klassischen Todesursachen von Männern und Frauen sind. Hier zeigt sich, dass Männer bei fast allen Unfallformen die Nase vorn haben, was wiederum als Resultat des spezifischen Körperbewusstseins von Männern interpretiert werden kann. Männer begehen auch häufiger Selbstmord als Frauen, wobei die Selbstmordversuchsrate von Männern und Frauen etwa gleich hoch ist, bei Frauen vielleicht sogar etwas höher liegt. Von

Interesse wäre in diesem Zusammenhang, welche Arten bei den Selbstmordversuchen bei Männern beziehungsweise bei Frauen vorherrschen. Eine entsprechende Untersuchung liegt meines Wissens bisher nicht vor.

Von allen tödlichen Verkehrsunfällen in Österreich vereinigen 74 % die Männer, 26 % die Frauen. Bei Unfällen durch Sturz ist die Betroffenheit von Frauen und Männern fast ausgeglichen. In diesen Zahlen dürften sich zwei Umstände widerspiegeln: nämlich, dass Frauen immer noch überwiegend die Hausarbeit erledigen – dabei fällt man vielleicht eher mal von der Leiter – und, dass Frauen älter werden als Männer, wobei Stürze mit zunehmendem Alter häufiger werden.

Wie eine Studie der UNESCO zu tödlichen Unfällen von Jugendlichen zeigt, findet sich das riskantere Körperverhalten schon bei kleinen Jungen. So beträgt die Unfallsrelation Jungen/Mädchen schon bei den Ein- bis Vierjährigen 1,4, das heißt Jungen verunglückten 1,4 mal häufiger tödlich als Mädchen. Dieser Quotient nimmt dann weiter zu und liegt am höchsten in der Altersgruppe zwischen 10 und 14 Jahren: hier verunglücken Jungen schon doppelt so häufig tödlich als die Mädchen.

Die männliche Körperferne schlägt sich dann auch nieder in einem anderen Vorsorgeverhalten von Männern gegenüber Frauen. Wie der Gesundheitsbericht des Landes NRW zeigt, ist der Anteil der Frauen und Männer, die in den vergangenen zwölf Monaten nicht beim Arzt waren, bei den Männern durchgängig höher als bei den Frauen. Aber – und das ist in meinen Augen eine erstaunliche Zahl – der Anteil der Männer, die nicht zum Arzt gehen, ist gar nicht so hoch wie allgemein angenommen. Er liegt bei den 40 bis 49-Jährigen gerade einmal bei 10 %. Dies bedeutet gleichzeitig: 90 % der Männer dieser Altersgruppe waren beim

Arzt! Diese Fehleinschätzungen mag daher rühren, dass Arztbesuch häufig gleichgesetzt wird mit dem Vorsorgeverhalten von Männern im Hinblick auf die Krebsfrüherkennung. Diese Angebote nehmen Männer tatsächlich wesentlich geringer in Anspruch als Frauen. Hier beläuft sich das Verhältnis etwa 15 zu 45 %, also 15 % bei den Männern, 45 % bei den Frauen.

Männergesundheit im Zeichen von Gender Mainstreaming

Was bedeuten die dargestellten Erkenntnisse über den Zusammenhang von Männerrolle und Gesundheitsverhalten jetzt für die Entwicklung von spezifischen Angeboten der Gesundheitsvorsorge für Männer im Zeichen von Gender Mainstreaming?

Männergesundheit im Zeichen von Gender Mainstreaming benötigt zunächst endlich fundierte Daten zur gesundheitlichen Situation von Männern – etwa im Sinne eines Männergesundheitsberichts. Es ist schon fast ein geschlechterpolitischer Skandal, auf welche Art und Weise die Initiative von bundesdeutschen Männerforschern zur Erstellung eines Männergesundheitsberichts vom Bundesgesundheitsministerium und den Bundesfrauenministerium abgeschmettert wurde. So kommt Deutschland noch immer nicht gänzlich der Empfehlung der WHO nach, geschlechtsdifferenzierte Gesundheitsberichte zu erstellen. Allerdings wäre zu überlegen, ob im Zeichen von Gender Mainstreaming nun ein Männergesundheitsbericht einem Frauengesundheitsbericht gegenübergestellt werden soll, oder ob nicht – wie beispielsweise in Nordrhein-Westfalen geschehen –, ein umfassender Bericht zur Lage der Gesundheit von Männern und Frauen angefertigt wird.

Männerspezifische Gesundheitsstrategien im Zeichen von Gender Mainstreaming benötigen weiterhin eine Männersensibilisierung des Gesundheitspersonals. Ich denke, dass viele Ärzte und Ärztinnen zu wenig über Männer wissen: Wie wollen männliche Patienten behandelt werden? Welche Kommunikationsformen zwischen Arzt und männlichen Patient ist die erfolgreichste? Auf welche Art und Weise sollen Ärztinnen und weibliches Krankenpflegepersonal mit männlichen Patienten umgehen? Alles Fragen, auf die es gegenwärtig noch keine Antworten gibt, denn entsprechende Studien stehen noch aus.

Männergesundheitsprävention im Sinne von Gender Mainstreaming müsste also ansetzen an den konkreten Lebenslagen von Männern. Ein sehr anschauliches Beispiel für eine solche Strategie liefert uns der Männergesundheitsbericht der Stadt Wien: In Wien zeigte sich, dass mehr Männer als Frauen übergewichtig sind. Zugleich zeigte sich auch, dass die übergewichtigen Männer ihr Übergewicht assoziieren mit Muskelmasse und Stärke. Hieraus ergibt sich natürlich, dass Ernährungsberatung mit Männern, die auf Gewichtsreduktion zielt, anders angelegt sein muss, als Ernährungsberatung von Frauen. Wie kann es gelingen, das Bild der Stärke in einer Weise umzudefinieren, dass auch der Mann stark sein kann, der sein Körpergewicht reduziert. An den konkreten Lebenssituationen von Männern anzusetzen bedeutet auch, zur Kenntnis zu nehmen, dass Männer gegenwärtig überwiegend noch die Erwerbsmänner sind, Männer sind in Familien meist diejenigen, die Vollzeit tätig sind. Vor diesem Hintergrund müsste Gesundheitsprävention eben dort ansetzen, wo die Männer sind: nämlich am Arbeitsplatz. In diesem Zusammenhang gewinnt der betriebliche Gesundheitsschutz eine neue Bedeutung und müsste entsprechend geschlechtersensi-

bel angelegt werden. Wie Erfahrungen aus England zeigen, werden entsprechend ausgestaltete Angebote von Männern sehr positiv angenommen.

Aber ohne ein verändertes Männerbild werden viele Strategien männerspezifischer Gesundheitsprävention ins Leere laufen. Zu dessen erforderlicher Veränderung könnten auch die Krankenkassen einen wichtigen Beitrag leisten – und hier vor allem das Führungspersonal. So wäre es doch ein tolles Bild, wenn ein Geschäftsführer einer großen deutschen Krankenkasse ein Teilzeit-Geschäftsführer wäre und sich den Job mit einer Frau oder mit einem anderen Mann teilen würde, um zu zeigen: es geht auch anders, Männer! Man kann auch eine Riesenkrankenkasse mit Teilzeit-Führungskräften, mit Job-Sharing oder ähnlichem leiten! In diesem Sinne sind auch Sportler Vorbilder. Und mit dem Ziel der Abschwächung der Macht-Männlichkeit ist es in meinen Augen sehr positiv zu werten, dass in letzter Zeit Fußballer wie Sebastian Deisler, die jeden Samstag im Stadion ihren „Mann“ stehen, mit ihren psychischen Krankheiten in die Öffentlichkeit gegangen sind.

Die Notwendigkeit der Veränderung der vorherrschenden Männerbilder führt uns abschließend noch einmal der Männerforscher Herb Goldberg vor Augen. Dieser hat vor rund 30 Jahren sehr deutlich sieben maskuline Imperative formuliert, die es zu überwinden gilt:

- Je weniger Schlaf ich benötige,
- je mehr Schmerzen ich ertragen kann,
- je mehr Alkohol ich vertrage,
- je weniger ich mich darum kümmere, was ich esse,

- je weniger ich jemanden um Hilfe bitte und von jemanden abhängig bin,
- je mehr ich meine Gefühle kontrolliere und unterdrücke,
- je weniger ich auf meinen Körper achte, desto männlicher bin ich.

Zum Autor:

Dr. rer. pol. Peter Döge, Jhg. 1961, Mitgründer und Mitglied des geschäftsführenden Vorstands des Instituts für anwendungsorientierte Innovations- und Zukunftsforschung e.V. – IAIZ; Arbeitsschwerpunkte: Politik in Organisationen, Gender-Mainstreaming, Managing Diversity, Geschlechterverhältnisse in Technik und Umwelt, Gewalt und Geschlecht; Zahlreiche Publikation zur Männer- und Geschlechterforschung, zuletzt: Geschlechterdemokratie als Männlichkeitskritik. Blockaden und Perspektiven einer Neugestaltung des Geschlechterverhältnisses, Bielefeld: Kleine, 2001; Schaustelle Gender. Aktuelle Beiträge sozialwissenschaftlicher Geschlechterforschung (hrsg. gemeinsam mit Karsten Kassner und Gabriele Schambach), Bielefeld: Kleine, 2004; zur Zeit Durchführung von Forschungsprojekten zum Vereinbarkeitsproblem Männern sowie zur Zeitverwendung von Männern; Kontakt: pd@iaiz.de, weitere Informationen: www.iaiz.de



Podiumsdiskussion

Moderation:

Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz
medimaxx disease management GmbH



Podiumsdiskussion – Moderation: Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus Piwernetz

Piwernetz

In der Pause haben wir Herrn Oberbürgermeister Christian Ude gefragt, wie er mit dem Stress, den ein Politiker umtreibt, umgeht. Da passte es ganz gut, dass er aus einer Sitzung kam und gleich in die nächste musste. Die Aufzeichnung des Bayerischen Fernsehens wird heute um 17:15 Uhr im Dritten Programm gesendet. Das Interessante war die Offenheit: es ist den Politikern schon bewusst, in welcher Tretmühle sie sich befinden. Es gibt ein Seminarangebot für Mitarbeiter, in denen sie über ihre Rollen reden können, leider werden diese Seminare noch nicht entsprechend angenommen.

In der Süddeutschen Zeitung von heute heißt es auf den Münchner Seiten „Münchner Leiden“. Dabei wird unsere Tagung schon angesprochen „G’sund sama“ und da heißt es mit einem leichten Ton der Ironie: natürlich muss der Tatsache Rechnung getragen werden, dass alle Männer prinzipiell mehr leiden als Frauen, vor allem deswegen, weil sie viel sensibler sind. – Jetzt sehe ich die erstaunten Gesichter, einige Damen können sich kaum das Lachen verkneifen, aber können wir ja da noch arbeiten.

Sehr viel ernster ist eine Publikation, die aus Australien kommt. Dort heißt es „save the whales“, mit durchgestrichen „wh“, also „save the males“, rettet die Männer. Es wird eine Welle gezeigt, die an einen Strand anläuft, mit dem Text, dass sich pro Tag in Australien 5 Männer umbringen. Wenn aber 5 Wale am Tag angespült würden, ginge das

ganz schön durch die Presse. Aber 5 Männer, die kann man hinnehmen.

Jetzt werde ich unsere Teilnehmer am Podium begrüßen und sie Ihnen entsprechend auch in der ersten Runde kurz vorzustellen. Herrn Dr. Döge kennen sie ja schon, dann sind wir froh, dass wir Herrn Joseph Hanneschläger gewinnen konnten, trotz seinem täglichen Stress. Frau Schreyögg von der Gleichstellungsstelle hätte da sein sollen, sie ist leider akut erkrankt, sie hat uns eine Vertreterin geschickt. Ich darf Sie bitten, sich ganz kurz vorzustellen.

Lohmeier

Cony Lohmeier von der Gleichstellungsstelle für Frauen der Stadt München, die ich u.a. auch im Gesundheitsbeirat vertrete. Innerhalb der Gleichstellungsstelle bin ich neben Gesundheit auch zuständig für Gewalt an Frauen und Mädchen und für einige weitere Arbeitsbereiche.

Piwernetz

Vielen Dank, dass Sie so spontan eingesprungen sind. Dann darf ich begrüßen: Klaus Peter Rupp in einer Doppelfunktion. Einerseits als gesundheitspolitischer Sprecher der SPD-Stadtratsfraktion und als Mitarbeiter des Krankenhauses München-Bogenhausen. Dort ist er zuständig für die sogenannten DRG Fallpauschalenabrechnung und ist einer, der uns helfen soll, den Stress in der Arbeit in den Griff zu bekommen.

Von ärztlicher Seite ist Herr Dr. Gabriel Schmidt für Herrn Prof. Kunze eingesprungen, der zu einer Sitzung des gemeinsamen Bundesausschusses musste. Herr Dr. Schmidt ist Leiter der Münchner Hausarztkreise und Delegierter der Bezirksstelle der KV.

Jetzt steigen wir in der ersten Runde in die Thematik ein. Herr Dr. Döge: Die Fakten, die sie uns ja überzeugend dargestellt haben, bezüglich Morbilität und Mortalität, wie bekommen wir denn die stärker ins Bewusstsein und in die Öffentlichkeit.

Döge

Es beginnt ja schon langsam ein Diskurs über diese Fakten, über die spezifische Situation von Männern im Gesundheitswesen und die wurden nicht zuletzt angestoßen dadurch, dass man sieht, dass das spezifische Gesundheitsverhalten von Männern teuer ist. Wir können uns – volkswirtschaftlich gesehen – die Männerrolle eigentlich nicht mehr leisten. Wir beginnen, darüber zu diskutieren, wie wir die Kosten im Gesundheitswesen senken können und ein wesentlicher Moment wären spezifische Angebote für Männer und für Männergesundheit. Heute müssen wir alles ökonomisieren, also auch die Männergesundheit und die kostet und so kann man Geld sparen und so muss es in die Öffentlichkeit. Einige Krankenkassen fangen deswegen an, sich dem Thema anzunehmen.

Piwernetz

Herr Hanneschläger, wir haben schon im Vorfeld davon gesprochen, wie ich Ihren Stress miterlebte. Sie sind gerade in der Drehzeit für eine neue Serie und ich muß sagen, ich war erstaunt welcher Druck auf Ihnen lastet, um eine solche Serie durchzustehen. Das Erschreckendste für mich war, dass die Drehzeiten halbiert wurden gegenüber früher, wie

können wir uns das vorstellen? Wenn man wie Sie als Hauptfigur in fast jedem Bild dabei ist, wo bleibt da die Entspannung, das Luftholen zwischendrin?

Hanneschläger

Wie überall in der Berufswelt wird gespart und gespart und das Pensum wird immer größer. So um 6 Uhr oder 7 Uhr werden wir abgeholt und abends um 10 oder 23 Uhr kommen wir wieder heim. Dazwischen ist man permanent im Einsatz.

Die Entspannung oder das Luftholen ist sehr eingeschränkt. Man wird sehr gut umsorgt am Set, es gibt viele Dinge, die einem abgenommen werden. Aber man ist halt permanent im Einsatz. Es ist nicht das flotte, lockere Schauspielerleben, wie es einem vorschwebt.

Piwernetz

Herr Ude sagte mir, eines der Probleme bei Politikern ist, dass sie immer abgeholt und hingefahren werden und es bleibt kaum die Notwendigkeit, mal drei Meter zu gehen. Das ist bei Ihnen dann sicher genauso.

Hanneschläger

Es gibt wenige Situationen, wo man mal körperlich gefordert ist. Früher also ich habe Jahre lang Theater gespielt, da habe ich natürlich vielmehr körperliche Bewegung gehabt. Es ist schon schwierig, sich Bewegung zu holen, ich hab jetzt mittlerweile ein Fahrrad am Set, und ein Trimmrad im Studio, aber selbst dafür ist selten Zeit.

Piwernetz

Wie reagiert da die Umwelt, die Kollegen, wenn sie dann zwischendrin Sporteln?

Hannesschläger

Großes Sporteln kann man das nicht nennen, ich versuch halt Wege, die sonst mit dem Auto gefahren werden, mit dem Fahrrad zu fahren. Und im Studio, wenn ein wenig Zeit ist, dann setz ich mich kurz aufs Trimmrad. Wenn es allerdings so heiß ist, brauche ich die Zeit zwischendrin, um mich runterzukühlen, abzutrocknen und zu schminken und dann ist wieder keine Zeit. Die Probe, das Kostüm wechseln, die nächste Probe und so geht das permanent durch. Es gibt eine halbe Stunde Mittag, da muss man schnell ein bisschen essen und dann war's das schon wieder.

Piwernetz

Vielen Dank für die erste Runde, in der es um Stress ging. – Herr Dr. Schmidt, wie ist denn das im Krankenhaus? Mit den Fallpauschalen, Druck auf die Entlassungszeiten, jetzt gibt es Geld pro Fall, das heißt Liegezeiten runter. Als ich noch in der Klinik war, da waren es so 14 bis 15 Tage. Wie sind die Liegezeiten jetzt und was heißt das für den Alltag?

Schmidt

Die Einführung der DRGs hat natürlich zu einer enormen Arbeits- und Leistungsverdichtung in den Kliniken geführt. Wir haben eine Verweildauer, die enorm reduziert ist. Wenn man sich die letzten fünf Jahre ansieht, dann sind das schon mehrere Tage, das heißt die Patienten werden früher entlassen, zum Teil auch in einem – um es vorsichtiger auszudrücken – weniger stabilen Zustand, als das früher der Fall war. Wir haben eine enorme Arbeitsverdichtung vor allem bei den beiden Berufsgruppen Medizin und Pflege, die unmittelbar am Patienten arbeiten. Und der ökonomische Druck führt letztlich natürlich auch zu einem Planstellenabbau und

einer Planstellenreduzierung. Dort ist in Zukunft auch mit einer Leistungsreduzierung zu rechnen.

Piwernetz

Jetzt betrifft der Druck auch Frauen in der Klinik, Ärztinnen und Pflegepersonal sind entsprechend betroffen. Dabei sind die Fehlzeiten im ärztlichen Bereich ziemlich niedrig.

Schmidt

Es sind mir aus den Kliniken heraus keine spezifischen Zahlen bekannt. Im Pflegeberuf sind nach wie vor überwiegend Frauen tätig sind, zwischen 85 und 90%, bei den Medizinern ist das, dort sind nach wie vor die Männer in der Mehrheit. Das hat verschiedenen Ursachen, es gibt hier aber keine Daten, die das in irgendeiner Form differenziert darstellen.

Die Fehlzeiten sind in den Arbeitsbereichen im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen relativ niedrig. Man muss sich aber auch die Frage stellen, welchen Nutzen hat die Präsenz von kranken Kolleginnen und Kollegen am Arbeitsplatz. Das wäre interessant zu hinterfragen, inwieweit das tatsächlich von Vorteil. Ich fürchte, es ist eher ein Nachteil, wenn kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch in der Patientenversorgung tätig sind. Es wäre besser, wenn sie zu Hause bleiben würden, sich vernünftig auskurieren und dann wieder ihre Arbeit aufnehmen würden.

Piwernetz

Ich habe einer aktuellen Zeitschrift den Begriff ‚Präsentismus‘ gefunden. Man ist am Arbeitsplatz, aber eigentlich krank. Der Druck, in die Arbeit zu gehen, einfach um da zu sein, und nicht auszufallen, wird Ihnen auch so gehen, Herr Hannesschläger, oder?

Hanneschläger

Es gibt Ausfallzeiten und ich gelte sowieso als Risikopatient. Aber in den letzten 6 Jahren war es nur zweimal, wo ein paar Tage ausfielen. Da überlegt sich eine Versicherung sehr, ob sie das ganze Projekt weiter versichert und schon steht man halt krank am Set. Wenn die Versicherung nicht versichert, kippt das ganze Projekt und dann gehe ich mit Darmgrippe oder was auch immer und stehe ich am Set.

Piwernetz

Die Kosten für den Präsentismus sind weit höher als für den sogenannten Absentismus, d.h. wenn man die Produktivität als Maßstab nimmt, dann wäre es besser die Leute blieben zuhause und kurieren sich aus und gehen dann wieder in die Arbeit. Herr Schmidt, das sind ja die, die dann bei Ihnen auftreten mit den verschleppten Grippe. – Aber ihr persönlicher Arbeitsablauf ist auch nicht gerade stressfrei, als Funktionär und als Arzt da haben sie genügend am Hals.

Schmidt

Das ist zum Teil selbst gewollt oder hat sich so ergeben. – Es ist heutzutage nicht mehr das Problem, dass der Patient in die Praxis kommt und sagt, ich möchte gern eine Woche daheim bleiben, sondern umgekehrt, der Arzt muss bei einer infektiösen Erkältung z.B. Pneumonie oder anderen Dingen den Patienten fast zwingen, er paar Tag daheim zu bleiben, schon wegen der Ansteckungsgefahr der Andern im Betrieb. Das ist in den letzten Jahren extrem verstärkt worden durch die Wirtschaftslage. – Ich kann es mir nicht leisten, krank zu sein, denn womöglich sägt der nächste an meinem Stuhl. – Das ist ganz extrem hier für

Gesundheit zu sorgen, in dem man die wirklichen Erkrankten mal zuhause lässt.

Piwernetz

In dem genannten Artikel wird als Hauptgrund angegeben, nicht die Angst um den Arbeitsplatz, sondern, um die Kollegen nicht hängen zu lassen. Das passt auch in das Rollenbild, das Sie beschrieben haben Herr Döge.

Döge

Sie sprechen damit ein wichtiges kulturelles Moment unserer Organisationen an. Bei uns wird Leistung weitgehend definiert mit physischer Präsenz am Arbeitsplatz. Am IAIZ haben wir letztes Jahr eine Studie vorgelegt zum Thema: „Auch Männer haben eine Vereinbarkeitsproblem“. Es ging darum, was familienorientierten Männern, die Teilzeit arbeiten wollen, oder Elternzeit in Anspruch nehmen, im Betrieb erfahren. Alle haben uns erzählt, dass das größte Hindernis einer Inanspruchnahme von Elternzeit die Anwesenheitskultur ist. Wir hatten in unserer Stichprobe einen Vater, der ist immer um 15 Uhr nachhause gegangen zu seinem Sohn, der wurde richtig gemobbt.

Es ist schon interessant, dass viele Unternehmen bei diesen Fragen gar nicht kapitalistisch rechnen. Wenn diese endlich mal wirklich betriebswirtschaftlich arbeiten würden, dann würden sie die so genannten weichen Faktoren stärker gewichten und würden sehen, dass ein Arbeitnehmer, der sich gezwungenermaßen an den Arbeitsplatz schleppt, aber viel lieber bei seinem Kind wäre, völlig unproduktiv ist. Wenn Unternehmen endlich mal anfangen würden, wirklich betriebswirtschaftlich zu rechnen, dann würden sie einen Kranken auch in Ruhe zuhause sein lassen und keinen Druck ausüben, denn wenn ein Kranker noch 10 weitere Mit-

arbeiter und Mitarbeiterinnen ansteckt und dann noch 3 Führungskräfte, dann wird das doch total teuer.

Piwernetz

Noch eine Rückfrage an Herrn Dr. Schmidt. Die Arbeitsunfähigkeitszeiten die gehen runter, aber auf einer Pressekonferenz vor etwa vier Wochen hieß es, dass die Arbeitsunfähigkeitszeit wegen Depression in die Höhe gehen. Sehen sie das denn auch bei sich und was steckt denn dahinter?

Schmidt

Das ist ganz extrem. In meiner Praxis, die am Stadtrand von München liegt, hatten wir vor 15 Jahren bei der Eröffnung das Thema Mobbing oder Arbeitsplatzverlust überhaupt nicht. Inzwischen darf ich davon ausgehen, dass ungefähr jeder dritte Patient über Probleme am Arbeitsplatz, Mobbing, Arbeitsverlust klagt, mit entsprechenden Folgen. Das Problem bei der Depression ist, dass das nicht eine Kurzarbeitsunfähigkeit ist, sondern weit über die 6 Wochen hinausgeht und zur Folge hat, das dann Krankengeld anfällt und die Krankenkassen zusätzlich belastet.

Das kann wieder zum verstärkten Mobbing führen. Der Fußballspieler Deißler hat sich öffentlich zu seiner Depression bekannt. Aber in vielen Betrieben bedeutet das Wort Depression „nicht mehr für Führung geeignet“. Wir werden oftmals in den Praxen dazu ermuntert, eine Krankschreibung, die z.B. aus dem BKH Haar gekommen ist, umzuschreiben, denn es ist immer noch angenehmer, eine Krankschreibung vom Hausarzt zu bekommen, als von einer Klinik die sich mit Depressionen befasst hat.

Piwernetz

Das heißt, wir diskutieren nicht über Warmdu-

scher und Frauenverstehers, wenn es um Männergesundheit geht, sondern es ist ein ernsteres Problem. Allerdings darf man es nicht verwechseln mit Gleichstellung, das ist andere Dimension. Und jetzt meine Bitte an Frau Lohmeier, können Sie uns aus Ihren Erfahrungen zu dem, was Sie gehört haben, etwas sagen?

Lohmeier

Seit vielen Jahren kennen wir die vorhin angesprochenen Probleme mit Elternzeit – oder früher Erziehungsurlaub – am Beispiel der Frauen: Beim Wiedereinstieg Anschluss finden, einen Teilzeitarbeitsplatz, oder womöglich ans Karrieremachen denken, einen Kinderbetreuungsplatz finden, das ist in erster Linie, nämlich zu etwa 95%, das Problem der Frauen, trifft aber natürlich auch in ähnlicher Weise die Männer, die sich für Elternzeit entscheiden.

Diese Entscheidung wird von Männern nach dem klassischen Rollenverständnis nicht erwartet und muss deshalb innerbetrieblich oft gegen Widerstände durchgesetzt werden. Diese Widerstände kommen in der Regel von Männern, nämlich von Vorgesetzten und manchmal auch Kollegen. Gesellschaftlich und politisch müssen wir erreichen, dass Betriebe bei Männern und Frauen dasselbe „Risiko“ familienbedingter Ausfallzeiten eingehen.

Zum Thema betriebliche Gesundheitsförderung will ich noch sagen: ich warne davor, Männergesundheit verengt auf betriebliche Gesundheitsförderung zu betrachten.

Die meisten Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung allerdings sind geschlechterblind, was im Klartext in der Regel bedeutet, dass dabei die Perspektive der Frauen zu kurz kommt oder entfällt. Dies bedeutet aber keineswegs, dass die Angebote damit automatisch männergerecht sind.

Wir hatten ein Beispiel im eigenen Hause. Im Personal- und Organisationsreferat der Stadt München wird seit vielen Jahren an einem betrieblichen Gesundheitsförderungskonzept gearbeitet. Zunächst waren unter den modellhaft ausgewählten Pilotbereichen so gut wie keine Frauenarbeitsplätze; wir konnten erreichen, dass das inzwischen anders ist. Zum anderen hatten wir als Gleichstellungsstelle angemahnt, dass wenn schon Gesundheitsförderung in Bereichen mit überwiegend Männeranteil – z.B. im Abfallwirtschaftsbetrieb – angeboten wird, die pathogenen Auswirkungen hegemonialer Männlichkeit, z.B. äußerer und innerer Arbeitsdruck oder Einstellung zum Kranksein, mitbeachtet und thematisiert werden sollte.

Das führt mich zum nächsten Thema: Männergewalt ist angesprochen worden. Es gibt eine kleine Pilotstudie „Gewalt im Erleben von Männern“ im Rahmen von drei Untersuchungen, die das Bundesministeriums für Familie, Jugend, Senioren 2004 zum Thema häusliche Gewalt veröffentlicht hat. Die sogenannte Männerstudie ist nicht repräsentativ, zeigt jedoch interessante Tendenzen, zum Beispiel, dass für Männer das Thema Gewalt in Institutionen erhebliche Bedeutung hat. Die Gewalt in Gefängnissen, die unter männlichen Inhaftierten verbreitet ist, wurde von Herrn Döge angesprochen; sie ist verbreitet, alle wissen davon, aber niemand redet ernsthaft drüber. In diesen Institutionen, auch beim Militär und Zivildienst – wie alte Männer in Krieg und Gefangenschaft – erleben Männer im Erwachsenenalter die weitaus meisten Gewalterfahrungen.

Dies ist ein Thema, das uns alle angeht, das aber Männer in die Hand nehmen müssen, um sich mit den Täter- und Opfererfahrungen auseinanderzusetzen.

Voraussetzung ist, dass alle einschlägigen Untersuchungen, Planungen und Umsetzungen geschlechtsdifferenzierte Schlüsse ermöglichen müssen. Wir müssen dazu Daten nicht nur geschlechtsdifferenziert erheben, sondern auch geschlechtsdifferenziert auswerten, das fordern wir von der Frauengleichstellungsstelle seit unserem Bestehen.

Piwernetz

Der Gesundheitsbericht hat in München schon eine Tradition. Frau Dr. Wiedenmayer, Sie haben uns heute viele Daten über die männliche Bevölkerung gezeigt. Ist so ein Bericht denn öffentlich, kann den jeder bekommen, der sich dafür interessiert?

Dr. Wiedenmayer

Wir werden daraus eine Sonderveröffentlichung machen und diese ins Internet stellen, so dass sie auf den Seiten des Referates darauf zugreifen können.

Piwernetz

Erschreckend fand ich diese hohe Belastung der jungen Leute, da muss vorher schon etwas schief gelaufen sein. Herr Döge, wo könnte man das ansiedeln, ist das genetisch bedingt?

Döge

Ich denke, die Frage, was ist an unserem Verhalten Natur und was Sozialisation, können wir nie hundertprozentig klären. Aber wir können mit Sicherheit sagen, dass der Mensch, der Homo Sapiens, ein Wesen ist, das zur Selbst-Reflexion fähig ist. Wir haben Selbstbewusstsein, wir können über uns nachdenken und das ist auch der Schlüssel bei dem Gesundheitsverhalten: selbst wenn ein gewisses Gesundheitsverhalten von Männern genetisch

bedingt sein mag, haben Männer immer die Möglichkeit darüber nachzudenken und zu fragen: tut mir mein Verhalten gut. Der Mensch ist auch in der Lage zu lernen. Daraus ergibt sich für mich einer der wichtigsten Ansätze von Männergesundheit, der darin besteht, dass Männer lernen, auf ihre Bedürfnisse zu hören. Wir haben doch alle so kleine Helferleiden, wir wissen doch wenn wir Stress haben und wenn es genug ist, dann klingelt vielleicht das Ohr, es pfeift ein bißchen.

Gesundheitsprävention heißt ja nicht, dass wir alle keinen Stress mehr haben dürften, sondern dass wir lernen müssen, damit umzugehen. Es geht um eine gesunde Balance zwischen Stress und Entspannung. Diese kann man auch schon im Kindergarten den Jungs beibringen. Allerdings brauchen Sie dann auch eine entsprechende Ausbildung z.B. von Kindertagesstättenpersonal.

Hanneschläger

Es gibt natürlich schon auch für Schauspieler Techniken, um sich ein bißl zu entspannen und so runterzukommen. Man muß sich die Zeit auch nehmen, man darf sich da nicht in wirkliche Stresssituation bringen lassen. Nichtsdestotrotz ist es einfach eine zeitlich lange Anforderung und man hat wenig Möglichkeiten all diese Dinge zu tun, die so gesund wären.

Früher hat man sowas in 16 Tagen gemacht, dann in 11, dann hat man 3 Jahre lang 8 Tage gebraucht und jetzt sind wir auf 7 Tage runter. Da sagt das ZDF, wir müssen sparen, es ist kein Geld da und dann wird das so gemacht. Jeder fügt sich.

Wenn ich als Musiker aktiv bin, wenn ich mit der Band spiele, da bin ich ist körperlich sehr aktiv, ich sing und tanz, das ist so bißl Ausgleichsport. Andere Aktivitäten, Theater und Kabarett, das sind die Dinge, bei denen man sich den künst-

lerischen Traum erfüllt, die sind nicht von diesem permanenten Zeitdruck geprägt, man schafft sich das selbst und geht freiwillig hin. Das gibt einem sehr viel.

Die Art und Weise der Technik und der Sache beim Theater gibt einem Energie. Da kommt man eher gestärkt raus.

Piwernetz

Herr Rupp, wo kriegt man denn die Energie in einem Krankenhaus her? Was ist dort dahinter wenn man jetzt sagen würde, wir wollen den Druck rausnehmen? Dann kommt das Urteil vom europäischen Gerichtshof dazu, dass man nach einer Schicht nachhause gehen muss. Ist da ein Entkommen?

Rupp

Das ist zum Teil sehr schwierig. Wir haben zwar im gesamtstädtischen Bereich verschiedene Präventionsprogramme als Unterstützung, um Arbeitsdruck abzubauen. Ich muss allerdings ehrlich sagen, wenn ich das jetzt auf die Krankenhäuser fokussiere, dass da relativ wenig passiert und Angebote, sofern es diese gibt, relativ wenig angenommen wird. Wir kennen das Burn-out-Syndrom insbesondere im Pflegebereich. Das gibt es auch im ärztlichen Bereich, dort kommt es verstärkt auf uns zu, zum Teil ist es dort Berufsflucht. Im Pflegebereich kennt man das schon seit vielen Jahren. In der Ärzteschaft wird es in den letzten Jahren immer stärker, dass man sich aus dem Beruf heraus, aus dem eigentlichen Tun als Arzt letztendlich verabschiedet und sich andere, ich nenn es jetzt mal Nischen, sucht, um tätig zu werden. Bis dahin, dass man in die freie Wirtschaft geht und ganz andere Tätigkeiten ausführt, mit den bekannten Problemen im stationären und ambulanten Bereich. Ich sehe da noch keinen substantiellen Ansatz, um eine Lösung zu finden.

Da besteht mit Sicherheit ein großer Handlungsbedarf.

Hanneschläger

Das führt mich zu dem, was gesagt wurde mit dem betriebswirtschaftlichen Denken: Die großen Betriebe, die Organisationen, versäumen zu fragen, was tut mir gut als Mann, was macht Sinn. Was auf Dauer gut tut, ist auch wirtschaftlich. Aber das passiert weder im Krankenhaus, noch bei uns im Betrieb oder in irgend einem anderen Betrieb. Es geht nur um Geld, Zeit, und da ist auch immer die Frage was spart man wirklich damit, wenn ich das Geld dort spar.

Piwernetz

Das heißt, sich vom eindimensionalen Denken zu verabschieden. Herr Schmidt, dem sind sie auch in einer gewissen Weise ausgeliefert?

Schmidt

Man braucht bloß an die Zahlen zu denken: 1996 haben 11.500 Studentinnen und Studenten das Medizinstudium begonnen. Bei Beendigung des Studiums waren dann nur noch 7.400 Ärztinnen und Ärzte für den Arztberuf da. Das bestätigt, was Sie sagen: im Krankenhaus und in der Praxis ist das Leben nicht so einfach und auch die Motivation der jungen Leute hat sich völlig verändert. Jetzt sind doch wieder andere Dinge wichtiger, z.B. Familienleben, Freizeitdenken. Auch die Assistenten, die zu uns in die Praxis zur Weiterbildung kommen, haben nicht mehr das Bestreben, sich als Einzelkämpfer niederzulassen. Lieber will man als Angestellter irgendwo hingehen, am Abend die Tür zumachen, um alles vergessen zu können. Und nicht als Unternehmer, der ein Einzelkämpferdasein führt. Man will nicht so in die klassische Männerrolle mit Rund-

um-die-Uhr arbeiten, 50 – 60 Stunden, wenig Freizeit, wenig Zeit für die Familie haben. Das hat aber zur Folge, dass wir in 10 Jahren einen Arztmangel haben werden.

Piwernetz

Heißt das, dass wir in bestimmten Bereichen Bedingungen haben denen man nur entkommt, wenn man sie gar nicht ausübt. Da ist natürlich die falsche Lösung. Wenn Sie das übertragen auf andere Erfahrungen im städtischen Bereich, auf andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist das ähnlich oder ist das jetzt spezifisch für die Gruppen über die wir gesprochen haben? Gibt es da bestimmte Schwerpunkte, bei denen Sie das gehäuft beobachten, diesem Druck den man nicht entkommen kann?

Lohmeier

Wir beobachten z.B. bei Kindertagesstättenpersonal in ähnlicher Weise ganz erheblichen Druck, wenn z.B. eine Kollegin ausfällt, die andere auf Fortbildung ist, etc. Betriebliche Gesundheitsförderung muss man immer so anzusetzen, dass dabei die Bedingungen mitangeschaut werden. Für immer mehr Druck fit zu machen, das kann die Lösung nicht sein. Ich hoffe da schon auf die Solidarität der Männer, die immer noch den größten Anteil der Führungskräfte stellen, dass die Gegenrechnung aufgemacht wird, wo die Wirtschaftlichkeit der Sparmodelle nicht mehr gegeben ist.

Wenn z.B. eine Filmgesellschaft einen Hauptdarsteller verliert durch Burn-out, – auch wenn „burn-out“ dann Depression heißt –, dann kann das auch für die Filmgesellschaft nicht mehr wirtschaftlich sein.

Zu den Konzepten der Gesundheitsförderungskonzepte für Jugendliche: Es nützt nichts wenn die Bundesregierung eine Kampagne startet mit

der Botschaft „Kinder sind übergewichtig, Kinder sollen abspecken“, dann löst diese Botschaft bei Mädchen und bei Jungen völlig verschiedene Impulse aus; gerade Mädchen bereits ab einem Alter von etwa 11 Jahren sehen für sich tendenziell eher das Problem, „wie krieg’ ich mich so schlank wie möglich?“, während Jungen vermeintliche Schwäche oft mit Gewichtszunahme meinen kompensieren zu müssen. Es muss auf die verschiedenen Bedürfnisse der Geschlechter besser eingegangen werden. Wenn sich die „Abspeck-Kampagne“ gezielter an die Jungs richten und kritisch die derzeit vorherrschenden Männlichkeitsideale thematisieren würde, wäre dies ein geschlechtergerechter Ansatz.

Piwernetz

Sie fordern die Solidarität der Männer in den Führungsbereichen ein, um an das Problem des Arbeitsdrucks heranzukommen. Wir haben von Herrn Dr. Döge gehört, dass diese erst mal lernen müssen mit sich selber solidarisch zu sein: Herr Döge, welche Maßnahmen können Sie sich da vorstellen?

Döge

Das mit den Führungskräften ist ein sehr ambivalentes Feld: Führungskräfte wissen, wie sie leben, dass es nicht gesund ist, sie sind auch unzufrieden, aber sie sehen wenige Auswege. Es ist ihr Leben, auch im Zusammenleben mit ihrer Ehefrau und mit dem Milieu, in dem sie leben.

Auf der anderen Seite sollten die Krankenkassen mal ordentlich durchrechnen, was kostet Depression, was kostet Burn-out. Eine Führungskraft kostet etwa 150.000 € im Jahr. Wenn diese Burn-out hat und arbeitet bloß noch mit 30% ihrer Arbeitskraft, dann weiß man was das kostet.

Eine weitere Erfahrung, die wir gemacht haben, ist: männliche Führungskräfte haben kein Geschlecht. Zu einem Nachmittag Reflexionsseminar über die Männerrolle kommt keiner. Mit Führungskräften kann man aber beispielsweise über Zeitmanagement arbeiten. Wichtig dabei ist, dass mit Männern zunächst in homogenen Gruppen gearbeitet wird und keine Frauen dabei sind – denn dann fühlen sich die Männer beobachtet und schweigen. Allgemeine Ansatzpunkte sind also:

- an der Ambivalenz der Führungskräfte ansetzen,
- das ordentlich ökonomisieren, wenn sie mit Führungskräften arbeiten,
- mit Männern geschlechtshomogen zu arbeiten
- beispielsweise über Zeitmanagement eine gewisse Offenheit erreichen.

Lohmeier

Das würde ich gern noch ergänzen. Wir haben bei der Stadt – initiiert und gefördert durch die Gleichstellungsstelle – Seminare für Männer angeboten zum Thema „Männer und Macht“. Es muss von den Führungskräften gewollt und gefördert werden, dass Männer sich mit ihrer Rolle auseinandersetzen. Im Sozialreferat, im Baureferat und in noch einem weiteren Referat wurde das mit einem Trainer relativ erfolgreich durchgeführt.

Am Schluss stand allerdings die Auseinandersetzung mit den Frauen in dem entsprechenden Referat, was ich für sehr wichtig halte, um nicht in der Beliebigkeit oder in traditionellen Denkmustern zu enden.

Piwernetz

Herr Hanneschläger, wie sehen Lösungsmöglichkeiten in ihrem Bereich aus?

Hanneschläger

Ich finde, krank sein gehört zum Mensch, wenn man sich auch vielleicht etwas anderes wünscht. Und so gibt es einen Druck, gesund sein zu müssen. Das hat so einen Religionsersatz-Charakter. Früher war man ein guter Mensch, wenn man in die Kirche gegangen ist, heute ist man ein guter Mensch, wenn man gesund ist und gesund lebt. Ich spür das auch, wenn da geschaut wird, eigentlich schon fast bespitzelt wird, lebt der auch gesund? Tut er auch was dafür, dass er nicht ausfällt?

Piwernetz

Herr Rupp, was ich beim Vortrag von Frau Dr. Wiedenmayer erschreckend fand ist, dass diejenigen, die Mehrfachrisiken haben, auch diejenigen sind, die am wenigsten für sich tun. Haben diese Menschen dann Risikofaktoren, weil sie nichts für ihre Gesundheit tun oder tun sie nichts, weil sie Risikofaktoren haben?

Rupp

Das ist in der Tat schwierig zu beantworten. – Die letzte Folie von Herrn Dr. Döge mit den sieben maskulinen Imperativen, die hat mich im Moment stutzig gemacht. Wenn man mal reflektiert, was tut man und wie lebt man, dann treffen einige der Imperative auf mich persönlich zu. – Ich habe im Berufsleben häufig erlebt, dass viele z.B. die Qualität ihrer Arbeit an der Anzahl der Überstunden definieren. Wenn ich sehr viel tun muss, sehr viel mehr als das, was über die normale Arbeitszeit hinausgeht, nimmt es mir die Zeit, die ich zur Regeneration bräuchte. Unterm Strich ist das qualitativ falsch, denn die weichen Faktoren, die eben auch angesprochen wurden, müssen dort Einfluss in die Analysen finden.

Man muss sich Arbeitsprozesse speziell in den Krankenhäusern anschauen, das sind die geplanten Behandlungsabläufe oder clinical-path-ways, wie auch immer sie es bezeichnen möchten. Ich erlebe es derzeit immer noch, dass es insbesondere bei den Ärzten in den Kliniken auf große Vorbehalte stößt, clinical-path-ways einzuführen. Das ist sicherlich nicht die alleinige Lösung aber ein wichtiger Baustein, um in den Kliniken wieder Arbeitsprozesse entstehen zu lassen, die zum einen die Qualität der Patientenversorgung steigern, und vor allem die Mitarbeiter- und Mitarbeiterinnenzufriedenheit.

Piwernetz

Wir haben bei der Präsentation gesehen, die Männer sind ja gar nicht so selten in der Praxis. Wie können wir sie denn da packen, dass sie, wenn sie schon mal da sind, so eine kleinen Kick kriegen?

Schmidt

Das ist das Problem, wie gelingt es, dass die Männer in die Praxen kommen. Es geht ja schon bei der Terminierung los, dass ein Mann einen Termin für eine Frau ausmacht ist extrem selten. Umgekehrt jedoch, wenn ein Mann in die Praxis zu einer Vorsorgeuntersuchung kommt, ist das häufig die Ehefrau, die den Termin ausmacht. Und dann kommt er schon so kleinlaut, ja ich wurde geschickt. Dann darf ich ihm den gesetzlich vorgegebenen Check-up darstellen und ihm doch 2 ganze Laborwerte wie Cholesterin und Zucker präsentieren. Dann ist er in seiner Männerrolle zusammengebrochen, weil er als Mann will aktiv sein. Das heißt, er erwartet als Mann für einen Check-up wenigstens, dass er sich körperlich betätigen kann und z.B. ein Belastungs-EKG machen kann. Das ist aber als Check-up untersagt, das ist die große Enttäuschung. Beim

nächsten mal wird er sich überlegen, ob er überhaupt zu diesem Check-up geht.

Bei Männern ist leider sehr oft Arzt ist gleich Krankheit verbunden. Wenn ich dort hingehere, mich untersuchen lasse, dann findet der sowieso was, dann bin ich krank und dann muss ich vielleicht noch öfters kommen, das kann ich mir auch wieder nicht leisten. Also ist das auch eine Riesen-Hemmschwelle.

Was kann man tun, weil wir wollen ja prospektiv denken. Sehr viele Praxen in München haben darauf auch reagiert und bieten auch Sprechzeiten während der Mittagspause an. Das wird durchaus angenommen, dass Männer in der Mittagszeit den Termin in der nahegelegenen Praxis wahrnehmen. Ein Managertyp, so er hier genannt wurde, merkt, dass es ihm nicht gut geht, will dann aber kompakt alle diese Vorsorge- und Check-up-Untersuchungen und Beratung haben und nicht länger in einer Praxis warten. Da muss sich sicher im ambulanten Bereich noch vieles ändern.

Wo ich große Sorge habe, ist die Zeit zwischen der J1, der Jugendschutzuntersuchung zwischen 12/13 Jahren, und dem ersten Gesundheits-Check-up mit 35 Jahren. Wir haben nur noch die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen für unter 18-Jährige, wenn sie eine Lehre ausüben. Alle anderen, die über 18 sind und dann erst mit einer Lehre beginnen und alle Schüler haben wir nicht in der Untersuchungsreihe. Hier ist eine große Lücke und wir haben auch gesehen, dass im Grunde genommen die erste Pfade für Erkrankungen in dieser Zeit gelegt werden. Hier müsste man ansetzen und eventuell einen Zwischencheck anbieten, der den jungen Menschen gerecht wird.

Eine Alternative wäre, dass man sagt, jeder ist für sich selber verantwortlich und sollte sein Paket selbst schnüren. In wirtschaftlich schlechten

Zeiten ist es schwierig, einem Patienten zu sagen, du kannst über den Gesundheits-Check-up, der von den Krankenkassen offeriert wird, hinaus auch mehr bekommen, aber du musst das selbst bezahlen. Andererseits kostet dieser Bereich vielleicht zwischen 50 und 100 €, je nachdem, ob Lungenfunktion, Ultraschall, etc. mit dabei ist. Wenn sie mit einem Auto zu einer Inspektion fahren und das machen sie ja jährlich, da kostet das reinfahren auf den Hof wahrscheinlich schon mehr als diese Grunduntersuchung. Vielleicht sollte man auch hier Konzepte machen. Das Netz Münchner Ärzte ist dabei, ein Paket zu schnüren, was man alles anbieten kann. Standardisierte gleiche Leistung, gleicher Preis, um die Leute zu motivieren, aktiv für ihre Gesundheit etwas zu tun. Dann muss aber auch der Service stimmen, das kann dann nicht sein, dass man für so eine Check-up eine Stunde in der Praxis wartet.

Piwernetz

Frau Lohmeier, könnten Sie sich vorstellen, dass man solche Angebote für Auszubildende und städtische Angestellte nutzt, und auch darauf Einfluss nimmt?

Lohmeier

Denkbar wäre das schon. Man müsste mit dem Personal- und Organisationsreferat und insbesondere mit der Abteilung Ausbildung darüber reden.

Piwernetz

Herr Rupp, können Sie uns in ihrer Rolle als Stadtrat vielleicht noch ein Impuls geben?

Rupp

Es gibt in der Tat nicht nur in München, sondern in allen in Ballungszentren, Bedarf, solche Check-

ups anzubieten, sei es in Kliniken oder in Privatpraxen. Insbesondere von der Managementebene wird gezielt nachgefragt. Erstaunlich ist der Zeitwunsch, der dahinter steht. Da geht es um Check-ups, die sich über 1 bis 2 Tage hinziehen und es heißt: ich komme am Freitagabend und sie garantieren mir, dass ich am Montag wieder an meinem Schreibtisch sitze.

Diese Anspruchshaltung ist genau das, was Herr Dr. Döge eben gesagt hat, das wollte ich ergänzen.

Wenn sie mich jetzt in meiner Rolle als Stadtrat ansprechen, dann könnte ich mir sehr gut vorstellen, dass man die Programme, die es ohnehin schon gibt, entsprechend differenziert. Ich halte das für erforderlich, dass man genau dahinter schaut, was bieten wir an und welche Wirkung hat das letztendlich. Ist das tatsächlich auch bedarfsgerecht und werden die vorhandenen Ressourcen entsprechend genutzt? Das muss letztendlich von der politischen Ebene kommen, aber wir sind auch auf die Verwaltung angewiesen, auf die Erfahrung die da gemacht worden sind, um das auf das richtige Gleis zu bringen.

Piwernetz

Zu dem Thema hatte ich Herrn Oberbürgermeister gefragt, ob er sich denn vorstellen könnte, das man so ein Seminar für die Politiker auch macht, um mal ein Zeichen zu setzen.

Rupp

Das kann ich mir als Stadtrat sehr gut vorstellen und das ist etwas, was ich aus der Veranstaltung heute mitnehme und versuche, das politisch vorwärtszubringen.

Piwernetz

Herr Schmidt, welche Impulse nehmen Sie als Kassenärztliche Vereinigung mit?

Schmidt

Ich nehme mit, dass wir noch mehr an Förderung anbieten müssen und Service und weiterhin im Konsens mit den Krankenkassen hier die Vorsorge und Gesamtaufklärung auch insbesondere der jungen Leute. Das haben wir an kleinen Projekten schon begonnen, dass wir Ärzte unentgeltlich in die Kindergärten gehen, damit man rechtzeitig anfängt. Wir hatten auch vor Jahren schon angeboten, dass Ärzte regelmäßig in Schulen unterrichten. Aber es wurde von der damaligen Kultusministerin ein Schreiben versandt, dass Ärzte hier nicht erforderlich sind. Das bedauern wir sehr, aber inzwischen können sich ja die Zeiten geändert haben. Ich bin sicher, dass viele Ärzte unentgeltlich auch in die Schulen zur Prävention für einen Vortrag in die Klassenzimmer gehen würden.

Piwernetz

Herr Hanneschläger, Sie haben einen gewissen Einfluß auf das Drehbuch, könnten Sie sich vorstellen, dass man dort vielleicht unterschwellig zeigen kann, dass man was für die Männer tun muss? Ein Kommissar, der mal krank wird und das auch sein darf? Oder der sagt, „ich komm gleich, aber ich muss erst mein Check-up machen“.

Hanneschläger

Im Prinzip ja, ich würde das der nächsten Drehbuchbesprechung vorbringen.

Das ist eigentlich eine sehr gute Idee, dass der Kommissar zwischendurch mal ein bißl krank wird. Es sind ja die Schwächen, die die Figur des Kom-

missars so sympathisch machen. „A gescheite Er-kältung“ oder sowas.

Piwernetz

Und dann der Stress als Schauspieler: Was würden sie für sich oder ihre Kollegen mitnehmen, kann man dagegen was tun oder sagen sie, die Welt ist halt so?

Hannesschläger

Man muss um so mehr versuchen, die Ruhe zu bewahren und sich dagegen zu stellen. Aber letztendlich ist es eine gesamtgesellschaftliche Entwicklung, die man allein nicht lösen kann.

Piwernetz

Herr Dr. Döge, geben Sie uns noch eine Botschaft für die Männergesundheit in München mit?

Döge

Männergesundheitsprävention müsste an der Männerrolle anknüpfen. Mit Männerrolle wird Stärke und Mut assoziiert, daran muss man anknüpfen – etwa in dieser Art: „Seid stark, schwach zu sein. Habt Mut, Schwäche zu zeigen“

Piwernetz

Frau Lohmeier, wollen die Frauen denn solche Männer überhaupt, die Schwäche zeigen oder sind wir dann ganz unten durch? Vom Macho zum Softie und keiner mag die eine Seite und die andere auch nicht?

Lohmeier

Nach meiner Erfahrung mögen Frauen Männer, die in der Lage sind Schwäche zu zeigen und auch Schwäche einzugestehen. Auch die Mädchen und jungen Frauen – z.B. in der Schule befragt – beklagen

sich darüber, dass die Jungs immer so cool sein müssen. Das würde ich den Männern gerne mit auf den Weg geben.

Piwernetz

Und nun die Fragen aus dem Publikum.

Herr Dr. Hirschmann, Publikum

Die Sozialisation unserer Kinder in Kinderkrippe, Kindergarten, Schule erfolgt fast ausschließlich durch Frauen, dann müsste sich das doch eigentlich auf den heranwachsenden Jungen auswirken, warum tut es das nicht?

Lohmeier

Auch Frauen sind natürlich Teil dieser Gesellschaft, und diese Gesellschaft ist geprägt von Patriarchat und Zweigeschlechtlichkeit, wie Herr Dr. Döge am Anfang sagte. Da werden einfach bestimmte Eigenschaften Männern und Frauen, Mädchen und Jungen zugeschrieben. Auch Erzieherinnen im Kindergarten oder in der Kinderkrippe sind davon nicht frei. Die Stadt bemüht sich, das aufzubrechen. Es gibt eine sehr gute und kompetente Frau in der Fachabteilung Kindertagesstätten im Schulreferat, die sich damit befasst, Geschlechtsrollenverhalten transparent zu machen, die eigenen Vorurteile zu reflektieren und lebendige Alternativen zu entwickeln. In letzter Zeit wird verstärkt geworben unter jungen Männer als Nachwuchs für Kindertagesstättenpersonal – allerdings mit dem Angebot einer festen Gruppe der männlichen Erzieher, die es ermöglicht, sich auszutauschen, Erfahrungen sammeln und weiter zu entwickeln. Eine große Hürde ist, dass der Erzieher/in einer der typischen Frauenberufe ist, wo nicht viel verdient werden kann und wo es keine großen Karrierechancen gibt. Das hält viele junge Männer davon ab. Dennoch denke ich, dass

im Hinblick auf den Mangel von Ausbildungsplätzen insgesamt, auch eine Perspektive für junge Männer in sozialen und erzieherischen Berufen bestehen könnte.

Hanneschläger

Dieser Wunsch nach diesem weichen, weinenden kranken Mann, ist zeitlich begrenzt, ist nicht so groß. Der ist für eine Zeitlang in Ordnung, aber dann soll er bitte schön auch wieder aufhören.

Frau Helga Sigler, Publikum, Ortsvorstand Väteraufbruch für Kinder

Ich habe 42 Jahre im Personalbereich gearbeitet und habe dort fast ausschließlich Männer betreut. Ich habe meine Erfahrungen gemacht, warum die Männer krank werden. Meines Erachtens geht es schon in der Schule und im Kindergarten los, ein Junge darf nicht weinen, das sagt auch die Mutter und sogar der Vater. Und das pflanzt sich fort und sie kommen dann in die Personalabteilung oder auch jetzt zu mir als Beraterin.

Die Jungen sind in schwierigen Situationen oft als erstes aggressiv. Das ist das Hilflose, man darf ja nicht als Mann oder als Junge hilflos sein, denn dann werden sie abgelehnt, dann werden sie depressiv, dann werden sie krank, ob Kinder oder Männer.

Und Männer sollen auch so weit sein, Männer sollen auch mal weinen. Ich habe einen 18-jährigen Enkel, der hat jetzt wochenlang gekämpft mit einer Wohnungsauflösung seiner Mutter, die Mutter ist verschwunden und vor zwei Tagen hat er an meiner Schulter endlich weinen können und seitdem ist er verändert. Er war zuvor krank, er hat Essstörungen gehabt, er hat nicht schlafen können und alles. Warum lassen sich die Männer nicht gehen, gehen vielleicht auch mal in ein stilles Eckerl und

weinen. Oder auch bei Beerdigungen, sie stehen da total verkrampft aber es kommt keine Träne. Und es wäre so wichtig ihnen beizubringen sie sollen sich auch mal gehen lassen.

Döge

Zu diesen weinenden Männern ist zu sagen: Männer weinen ganz viel, jeden Samstag gibt es literarische Männertränen. Aber die Orte und die Anlässe an denen Männer und Frauen weinen, sind unterschiedlich. Männer weinen überwiegend Freudentränen und Frauen weinen eher Traurigkeitstränen. Männer weinen einer englischen Studie zufolge zu 95% auf dem Fußballplatz. Auf dem Heiratsmarkt gäbe es diese starken machohaften Männer nicht mehr, wenn sie nicht von Frauen nachgefragt würden. Man muss den Heiratsmarkt quasi evolutionär sehen: Mutation und Selektion. Die ‚mackerhaften‘ Männer würden in diesem Sinne negativ selektiert, wenn es keine Nachfrage gäbe. Vielleicht ist bei jungen Frauen es nicht mehr modern zu sagen, ich möchte so eine richtigen kräftigen Typ. Aber im Verborgenen will man ihn vielleicht doch.

Publikum, Prof. Palitzsch, Krankenhaus Neuperlach

Es ist ein äußerst interessanter Vormittag und ich danke zunächst mal den Veranstaltern. Das ist wirklich ein hinreißendes Thema.

Ich denke, was die Dame (Frau Sigler) wissen will, ist, wie verhalten sich Männer bei Sterbefällen, bei Scheidungen, bei Tod des Kindes. Sind sie in der Lage, auf der emotionalen Schiene ähnlich wie die Frauen zu reagieren.

Die zweite Frage geht mehr in die Richtung von Frau Dr. Wiedenmayer: Es kann ja von der Rentenversicherung und von der Politik durchaus gewünscht sein, dass die Männer lange noch hinter

den Frauen zurückbleiben, was die Lebenserwartung angeht. Nun haben sie uns ja gezeigt, dass insbesondere in den vergangenen 5 Jahren die Männer aufholen, die Frauen verlieren. Wenn Männer und Frauen gleichermaßen arbeiten, und die Frauen haben enorm aufgeholt, übrigens auch was die Führungskräfte angeht, Frau Lohmeier ich kann sie beruhigen, 50% aller Oberärztinnen in Deutschland in den Kliniken sind Frauen, 50% sind Männer, mit steigender Tendenz für die Frauen. Wie wirkt sich das für die Frauen aus? Zumal wenn die Doppelbelastung Kindererziehung dazu kommt?

Der letzte Punkt: Sie haben die Krankenkassen angesprochen, die für die Männer wach werden sollen. Aber die großen Probleme liegen im Bereich von Betriebsschutz und beim Bundesministerium für Verkehr, im Bund und auf Länderebene, weil das nach der Statistik die Hauptprobleme sind und die wichtigsten für die Prävention.

Döge

Warum sollen Männer bei Trauer ähnlich reagieren wie Frauen? Und wenn Männer eben Trauer verarbeiten ohne Tränen, dann muss das ein gleichwertiges Modell sein. Wir wollen nicht das Normative andersrum aufbauen, d.h. Frauen sind die Norm.

Publikum, Thomas Weiß, Mitglied einer Vätergruppe

Es würde mich interessieren, in welcher Höhe hier in München Frauenprojekte gefördert werden, und ob Männerprojekte gefördert werden, sofern es sie gibt. Und die zweite Frage: in Österreich gibt es mittlerweile Männerbeauftragte, Männergesundheitsbeauftragte. Warum gibt es sowas in München nicht? Wie verträgt sich das eigentlich mit dem europäischen Antidiskriminierungsgesetz? Ich denke es ist Zeit, dass man auch den Männern die

Möglichkeit einräumt, sich besser vertreten zu lassen und auch mit ihrer eigenen Problematik in Beratungsstellen ernst genommen zu werden.

Rupp

Männerprojekte werden im gesamtstädtischen Bereich im Vergleich sicherlich geringer gefördert, als Frauenprojekte, die in der Mehrheit sind.

Der Wunsch oder die Notwendigkeit nach einem Männergesundheitsbeauftragten, das ist eine Anregung, die ich auch so gerne mitnehme. Das ist nur von Männerseite bisher noch nicht artikuliert worden.

Lohmeier

Ich darf darauf hinweisen aus welchem Grund historisch Frauen- oder Mädchenprojekte nicht nur in München sondern bundesweit und international entstanden sind. Die herkömmlichen und bis dahin bestehenden Einrichtungen der sozialen oder gesundheitlichen Infrastruktur haben es Frauen oder Mädchen nicht ermöglicht, auf ihre Kosten zu kommen, d.h. dort angemessene Hilfe zu finden.

Unsere Bestrebung als Gleichstellungsstelle ist, dass wir die vorhandene Infrastruktur darauf überprüfen, wie sie Männern und Frauen, Mädchen und Jungen gerecht wird. Dies hat dazu geführt, dass die bestehenden Defizite für Mädchen und Frauen durch Einrichtungen wie Frauenhäuser, den Frauennotruf oder das Frauentherapiezentrum ausgeglichen wurden. Wir haben aber auch gesehen, und konnten sichtbar machen, dass es auch Bedarf an Projekten für Jungen und für Männern braucht. Ich denke hier in München an die Kontakt- und Beratungsstelle für männliche Opfer sexueller Gewalt (kibs) oder das des Münchner Informationszentrum für Männer (MIM).

Zu den Emotionen möchte ich noch sagen: Es wird mit Emotionen unterschiedlich umgegangen und das ist so lange in Ordnung, wie wir den Zugang zum Gesamtspektrum der menschlichen Gefühle zur Verfügung haben. Problematisch wird es dann, wenn wir bestimmte Emotionen oder bestimmte Gefühle abspalten und überhaupt nicht mehr fühlen dürfen, weil sie als „unmännlich“ oder „unweiblich“ gelten. Wenn wir Trauer abspalten müssen, weil ein Junge keine Trauer zeigen darf – „ein Indianer kennt keinen Schmerz“ – oder weil wir als Mädchen gelernt haben, dass „ein Mädchen nicht wütend“ ist, werden wir eines Teils unserer menschlichen Lebendigkeit beraubt. Die Tendenzen, auf Grund der Geschlechtsrollenzuschreibung bestimmte Emotionen abzuspalten oder zu unterdrücken, finde ich hochproblematisch – und als Psychologin gesprochen krankheitsfördernd.

Publikum, Frau Mager

In dieser Veranstaltung höre ich Männerbilder heraus, die man hinterfragen sollte. Ich fand es auffällig, dass sich die Diskussion über Männergesundheit so stark am Stressmanagement für Führungskräfte festgebissen hat. Ich frage mich schon, welches Stereotyp dahinter steht.

Weiter möchte ich davor warnen, dieses schöne Begriffspaar vom starken und vom schwachen Geschlecht hier in der Diskussion weiter zu verwenden. Da schleppen wir dieses Defizitmodell aus anderen Zeiten mit, dass Frauen schwach sind und Männer zu stark, um weinen zu können. Wir bestätigen damit das Bild vom starken Mann und sein Verhalten als Zeichen von Stärke.

Auch fand ich es hochinteressant, dass die Frage, warum Männer zu schnell Auto fahren, an die Frauen gestellt wird. Wenn Herr Döge sagt, es fährt einer gegen die Mauer, welchen Anteil hat die

Freundin daran? Also da wird's dann schon ziemlich krass.

Und nicht zuletzt die Verantwortung der Frauen für die Gesundheitserziehung von Buben und jungen Männern. Frauen können das nicht alleine, nur gemeinsam mit den Männern. Buben brauchen auch männliche Vorbilder. Und das wäre die Chance, dass Männer als Pädagogen, Gesundheitserzieher, Gesundheitsförderer sich in Schulen, Kindergärten, Beratungsstellen engagieren für die Erziehung der Buben und jungen Männer und dafür, dass sie gesünder leben lernen. Meine Frage dazu: Warum gibt es so wenig Männer, die das tun?

Döge

Ihre Anmerkung zu den Beifahrerinnen ist ein typisches Beispiel für unsere bundesdeutsche Geschlechterdiskussion – da geht es immer gleich um Schuld. Wenn man vor dem Hintergrund, dass Geschlechterverhältnisse immer relational zu sehen sind, die Frage stellt, ob die Freundin eines betrunkenen Jungen, eine Funktion in dieser Situation hat, geht es nicht um Schuld, sondern um die Beantwortung der Frage, wie sich – systemtheoretisch gesprochen – unterschiedliche Elemente in einem System zueinander verhalten und wie Verhalten in einer konkreten Situation hieraus resultiert.

Auch bei häuslicher Gewalt wären diese Fragen angebracht: was passiert im Vorfeld einer Gewaltäußerung? Warum wird die Gewaltäußerung des Mannes aus dem System Familie isoliert? Aber wenn man entsprechende Fragen stellt, geht's sofort los, jetzt wollen sie die Schuld den Frauen zuschieben. Es geht nicht um Schuld und Unschuld, sondern um ein Verhalten im System und darum, das System so zu verändern, dass bestimmtes Verhalten verändert wird.

Publikum, Herr Ritter

Ich fahr gerne nach Österreich und nach Wien in das Männergesundheitszentrum und alle zwei Jahre gibt es dort große Männertreffen, die wirklich informativ sind. Genauso gut und schön wie die Veranstaltung heute. Aber warum wehrt sich der Münchner Stadtrat vehement, vor allen Dingen die zweite Bürgermeisterin, gegen einen Männerbeauftragten?

Rupp

Vielleicht doch noch eine Ergänzung, weil es oft so dargestellt wird, als würde auf Männer bzw. Jungen bezogen, nichts passieren. Wir haben einen Jungenbeauftragten an Schulen. Beim Männerbeauftragten ist die Frage, wie ist der tatsächliche Bedarf? Mit großer Intensität ist das bisher noch nicht transparent gemacht worden.

Lohmeier

Zur Ehrenrettung der Stadt will ich ergänzen: Es gibt seit einigen Jahren öffentlich zugängliche Schriften und Informationen, es gibt mittlerweile auch die im Stadtrat verabschiedeten Leitlinien zur Jungenarbeit, die sich auf den Bereich Stadtjugendamt beziehen. Und es gibt beispielsweise im Schulerferat die Veröffentlichungen aus der Fachabteilung Realschulen „Die städtischen Realschulen auf dem Weg zur geschlechtergerechten Schule“.

Publikum, Frau Hilsenbeck, Genderbeauftragte im Vorstand des Gesundheitsbeirats der Landeshauptstadt

Ich leite einen Teil eines sagen wir mal mittelständischen Frauenunternehmens im Sozial- und Gesundheitsbereich, was in den 70er Jahren als sogenanntes Frauenprojekt gegründet wurde und ich merke meine Dilemma. Ich bemerke zum einen

bei mir und bei Kolleginnen in ähnlichen und höheren Positionen, das sich das Gesundheitsverhalten dem von Männern in Führungspositionen annähert. Es hat also mehr mit Strukturen, als mit Geschlecht zu tun. Und ich merke, wie mir bei der Diskussion, die ich sehr produktiv finde und über die ich sehr froh bin, die individuellen Lösungen allmählich nerven, weil ich merke, dass der Stress immer größer wird. Ich hab die Mitarbeiterinnenverantwortung. Das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiterinnen ist sehr hoch und ich muss durchsetzen, dass das weniger wird, weil wir durch die Lücken in den öffentlichen Kassen den Zwang zu mehr Produktivität haben. Hier geht es um knallharte ökonomische Fakten und nicht um Geschlechterstrukturen.

Wie können wir da zu Lösungen kommen, oder müssen wir uns mit dem Trend zu mehr Männlichkeit, Effizienz, abfinden, anstelle von mehr Familienorientierung?

Rupp

Frauen in Führungspositionen haben das Verhaltensmuster der Männer übernommen. Wie kann man das zumindest abschwächen? Die massive Ökonomisierung reduziert uns alle auf Produktivität und nicht auf Gesamtqualität, die die weichen Faktoren mit beinhaltet. Bei der Bewertung der Gesamtqualität müssen diese in den Vordergrund gerückt werden und eine Rolle spielen.

Piwernetz

Vielen Dank. Damit kommen wir zum Ende. Wir haben heute den Einstieg mal gewagt in dieses Thema. Der Einstieg heute war eher fokussiert auf die Berufswelt, wohingegen die persönliche Welt, das soziale und familiäre Umfeld noch etwas kurz gekommen sind.

Wir müssen lernen, diese Diskussionen zu führen und nicht in Emotionen zurückfallen.

Von meiner Seite herzlichen Dank an die Podiumsmitglieder, dass sie sich frei machen konnten für unsere spannende Diskussion.

Herr Hehl schließt die Podiumsdiskussion und die Gesundheitskonferenz, Frau Rothenbacher-Scholz dankt allen Beteiligten für ihr Engagement und verabschiedet die Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Anhang



Anhang

1 Medienecho

Süddeutsche Zeitung,
22. Juli 2005

Nun hat also endlich der Modebegriff „Gender Mainstreaming“ auch München erreicht. Er bedeutet nicht mehr und nicht weniger, als dass Männern und Weibern an unterschiedlichen Züperlein leiben, was ungefähr seit Adara und Eva bekannt ist, aber erst otzt co richtig erforscht wird. In unserer lieben Stadt findet deswegen heute unter der Obhut des Gesundheitsrates eine Tagung statt, die das urmännliche Motto trägt: „G'sund samma! Männergesundheit in München“.

Dieser Titel impliziert vollkommen zu Recht, dass der Münchner Mann unter ganz anderen Leiden leidet als beispielsweise der Wormser oder der Warmeringer Mann. Dennoch muss natürlich der Tatsache Rechnung getragen werden, dass alle Männer (prinzipiell) mehr leiden als Frauen, vor allem deswegen, weil sie viel sensibler sind. Das stimmt wirklich, auch wenn Frauen sagen, Männer seien lediglich wehleidiger. Auch das ist ebenso eine Art von Sensibilität, die allerdings der Münchner mit dem Wormser und dem Warmeringer teilt.

Der Münchner ist letztlich aber viel mehr Mann als Männer aus anderen Städten. Das sieht man schon daran, dass er größere Biergläser zu leeren imstande ist, an der Ampel schneller startet, dem Feind nie einen Parkplatz überlässt und beim Kartenspiel so auf dem Tisch baut, dass der Nichtmünchner erspricht und deswegen verliert. Sogar beim Skat. Was nun die Gesundheit des Münchners angeht, respektive seine Nichtgesundheit, so sei auf ortsspezifische Diagnosen verwiesen wie Morbus Müffel, Pfeifen-Allergie und Reichthabilitis. Bei entsprechendem sozialen Status kommen hinzu die Busssticht und Szenast. zwei schwere Krankheiten, die sich ineinander übergehen und manchmal zu Hautablösungen an den Lippen führen. Hier aber zeigt sich, wie fragil der Begriff „Gender“ ist, denn diese Münchner Krankheit erfasst Vertreter beider Geschlechts. *Karl Forster*

Münchner Ärztliche Anzeigen,
8. August 2005

Rettet die Männer!

Gesundheitskonferenz widmet sich dem Thema Männergesundheit

In Deutschland leben Männer im Schnitt sieben Jahre kürzer als Frauen, sie erkranken häufiger an Krebs und sterben auch öfter an Herzinfarkten. Das ist alles nicht neu, doch obwohl die Fakten schon lange bekannt sind, „fristet das Thema Männergesundheit“ nach Ansicht von Münchens Gesundheitsreferent Joachim Lorenz immer noch „ein Schattendasein“. Aus diesem Grund beschäftigte sich der Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München jetzt in einer Gesundheitskonferenz mit dem offenbar gesundheitsgefährdenden Lebensstil von Männern und mit der Frage, an welcher Stelle man hier präventiv ansetzen könne. Unter dem Motto „G'sund samma!“ suchten Soziologen, Mediziner und Vertreter der Stadt am 22. Juli im Münchner Rathaus nach Lösungen.

Zunächst stellte Dr. rer. pol. Gabriele Wiedenmayer vom Gesundheitsreferat Ergebnisse aus aktuellen vergleichenden Studien zu Männer- und Frauengesundheit vor. Dabei wurde einmal mehr das bekannte Faktum bestätigt, dass Männer eine schlechtere Lebenserwartung als Frauen haben und zudem bei allen Möglichkeiten, frühzeitig zu sterben, wie beispielsweise durch Krankheit, Unfälle oder

Suizid deutlich vor den Frauen liegen. Überraschender war da schon die Erkenntnis, dass Männer gar nicht so selten zum Arzt gehen, wie allgemein angenommen wird. Die Mehrzahl der in der Studie Befragten hatte angegeben, im vergangenen Quartal mindestens einmal beim Arzt gewesen zu sein. Allerdings nehmen Männer ärztliche Beratung trotzdem seltener in Anspruch als Frauen, insbesondere interessieren sie sich weniger für Vorsorgeuntersuchungen.

Als Hauptgrund für die höheren Gesundheitsrisiken von Männern benannte Dr. rer. pol. Peter Döge vom Institut für anwendungsorientierte Innovations- und Zukunftsforschung (IAIZ) die gesellschaftlichen Erwartungen an männliches Verhalten. In seinem Vortrag mit dem Titel „Wie gefährlich ist die Männerrolle für die Gesundheit?“ beschrieb der Geschlechterforscher drei Bausteine männlicher Identität, die gesundheitsgefährdendes Verhalten begünstigen. Als erstes nannte Döge das Bild vom „Erczuger-Beschützer-Versorger“, das dazu führe, dass Männer mit Familie – bezahlte und unbezahlte Arbeit zusammengenommen – im Schnitt eine Stunde und zehn Minuten täglich länger arbeiteten als Frauen mit

Familie. Über 70 Prozent der Führungskräfte arbeiteten mehr als 50 Stunden in der Woche, jeder fünfte sogar mehr als 60 Stunden. Ein Drittel der Führungskräfte erledige ihr tägliches Arbeitspensum dabei ohne Pause, erklärte Döge. Der zweite Baustein männlicher Identität sei eine „fragile Männlichkeit“, die aus dem Aufeinandertreffen eines „Versprechens von Stärke und Macht“ mit der „Erfahrung von Machtlosigkeit“ resultiere, so der Geschlechterforscher. Diese Widersprüchlichkeit führe zu Gewalt, die zwar auch gegen Frauen ausgeübt werde; im weit stärkeren Ausmaß seien allerdings Männer selbst als Opfer von männlicher Gewalt betroffen. Als dritten Baustein nannte Döge schließlich eine „Externalisierung“, also eine gewisse Körperferne von Männern. Bereits im Kindesalter sei das Risiko, tödlich zu verunglücken, bei Jungen doppelt so hoch wie bei Mädchen, da Jungen weniger vorsichtig mit ihrem Körper umgingen.

Man müsse, so Döge, also erst einmal „das Männerbild der Gesellschaft verändern“, um das Risiko von Krankheiten und frühzeitigem Tod von Männern zu vermindern, sonst würden „viele Strategien ins Leere laufen“. Dass dies allerdings nicht so einfach ist, weiß auch der Geschlechterforscher. Schließlich orientieren sich nicht nur Männer selbst an der skizzierten Rollenerwartung, auch Frauen empfinden ein von diesem Bild abweichendes Verhalten als „unmännlich“.

In der abschließenden Podiumsdiskussion bestätigten die Teilnehmer noch einmal die schlechteren Gesundheitschancen von Männern und forderten, dass die vorgelegten Daten und Erklärungen stärker ins allgemeine Bewusstsein getragen werden müssten. So plädierte Döge beispielsweise dafür, Jungen bereits im Kindergarten beizubringen, mehr auf die Signale ihres Körpers zu achten. Viel konkreter wurden die Lösungsvorschläge allerdings nicht. Man konnte sich lediglich darauf einigen, in Zukunft beim Thema Männergesundheit auch auf ökonomische Argumente zu setzen. „Die männliche Geschlechterkultur ist teuer für unser Gesundheitssystem, das können wir uns auf Dauer nicht mehr leisten“, erklärte Döge.

Caroline Mayer

2 Programm

<p>An das Referat für Gesundheit und Umwelt Büro der Referatsleitung Geschäftsführung des Gesundheitsbeirats Bayerstr. 28 a 80335 München</p> <p>oder Fax: 233-47505 oder e-mail gesundheitsbei- rat.rgu@muenchen.de</p> <p>Ich nehme mitPersonen teil</p> <p>Name und Institution, e-mail-Adresse</p>	<p>Viele Fragen</p> <p>Warum leben griechische Männer so lange?</p> <p>Ist es in Ordnung, dass Männer früher sterben?</p> <p>Was können Männer von der Frauengesundheitsbewegung lernen?</p> <p>Warum werden Jungen weit häufiger mit Psychopharmaka behandelt als Mädchen?</p> <p>Ist das ‚kaputte‘ Chromosom die Ursache für das ‚Elend‘ der Männer?</p>	<p>Gesundheitskonferenz Freitag, 22. Juli 2005 von 09 – 12:00 Uhr Großer Sitzungssaal Rathaus</p> <p>„G’sund samma !?“ Männergesundheit in München</p> <p>Veranstalter: Gesundheitsbeirat der LH München</p>
--	---	--

<p>Gender ohne Männer</p> <p>Gender Mainstreaming beginnt sich – trotz des schwierigen Begriffs - zu etablieren. Jedoch fällt auf, dass die Genderdiskussion weitgehend von den Frauen geführt wird. Vielfach wird sie als Frauenförderung in neuem Gewand betrachtet. In der Pädagogik hat sich die Sonderstellung einer Jungenpädagogik etabliert. Auch in der Präventionsforschung gibt es Ansätze. Aber im Gesundheitsverhalten sind wir weit davon entfernt: Errungenschaften der Frauengesundheit, wie ‚sanfte Medizin‘ sind für Männer kaum vorstellbar. Ein anderes Körpergefühl und ein anderes Gesundheitsverständnis scheinen ein quasi kultureller Graben zwischen den Geschlechtern zu sein, der erkannt, beschrieben und ggf. überwunden werden muß.</p>	09.35 Uhr	<p>Wie gefährlich ist die Männerrolle für die Gesundheit? Dr. Peter Döge, Institut für anwendungsorientierte Innovations- und Zukunftsforschung IAIZ, Berlin, Gastprofessor für Geschlechterforschung Braunschweig</p>	Blitzumfrage
<p>Münchner Männer</p> <p>Samma g'sund, oder halten wir Männer uns aufrecht mit Faltencremes, Hormonersatztherapie („gefühlte 40“), Six-Pack-Diäten und Power-food („Sie tanken Normal und haben Super verdient“)? Der Mann als das ‚unbekannte Wesen‘ bedarf einer näheren Betrachtung, denn noch sterben wir Männer früher – auch in München.</p>	10:15 Uhr	<p>Pause und Auswertung der Blitz-Umfrage</p>	Wieviel Gesundheit verträgt ein Mann?
Programm	10:30 Uhr	<p>Podiumsdiskussion unter Leitung von Dr.rer.nat.Dr.med. Klaus Piwernetz, medimaxx disease management GmbH mit</p> <p>Prof.Dr. med. Detlef Kunze, Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München</p> <p>Friedel Schreyögg, Frauengleichstellungsstelle</p> <p>Dr.rer.pol. Peter Döge, IAIZ, Berlin</p> <p>Joseph Hanneschläger, Schauspieler (Kommissar in ‚Die Rosenheim-Cops‘)</p>	<p>Dr.rer.nat.Dr.med. Piwernetz befragt vor und während der Gesundheitskonferenz Männer in und um das Rathaus zum Thema Männer, Frauen und Gesundheit.</p> <p>Das Ergebnis wird während der Gesundheitskonferenz ausgewertet und dem Podium zur Verfügung gestellt.</p>
<p>09.00 Uhr Begrüßung Joachim Lorenz, Referent für Gesundheit und Umwelt</p>	11:45 Uhr	<p>Klaus-Peter Rupp, Stadtrat, SPD-Stadtratsfraktion München</p>	Die Gesundheitskonferenz richtet sich an
<p>09.15 Uhr Die Fakten und Daten Dr.rer.pol. Gabriele Wiedenmayer, Referat für Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsberichterstattung: Mortalität und Morbidität, Prävention und Inanspruchnahme der Münchner Männer</p>	12:20 Uhr	<p>Fragen aus dem Publikum Zusammenfassung</p> <p>Ende der Veranstaltung Moderation: Klaus Hehl, Geschäftsführer Gesundheitsbeirat, Landeshauptstadt München</p>	<p>Die Gesundheitskonferenz richtet sich an das Fachpublikum, an Multiplikatoren, aber auch an interessierte und engagierte Männer und Frauen.</p>
			Anmeldung
			<p>Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, ist eine frühzeitige Anmeldung erwünscht. Bitte melden Sie sich bis</p>
			01. Juli 2005
			<p>möglichst schriftlich mit diesem Abschnitt an.</p>

3 Liste der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Name	Institution
Albrecht, Rainer	Referat für Gesundheit und Umwelt, Referats-Personalrat
Allwang, Herta	Arbeitsgruppe Frau und Alter
Altgeld, Thomas	Landesvereinigung für Gesundheit, Niedersachsen, Geschäftsführer
Ammende, Rainer	SKM, Institut für Pflegeberufe
Appel, Gerlinde	Referat für Gesundheit und Umwelt – Koordinierung
Aurnhammer, Josef	Referat für Gesundheit und Umwelt, Städt. Bestattung
Beck, Juliane	Referat für Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsvorsorge
Boßhardt, St.	Frauenakademie München
Braun, Ute	Hans-Weinberger-Akademie, Arbeiterwohlfahrt, Leiterin
Bromberger, Andreas	Caritas Stadtteilzentrum
Büchler, Fritz	AOK-Bayern
Corft, S.	Condrobs easy Contact
Ditzen, Manuela	Blaues Kreuz e. V.
Döge, Dr. Peter	Institut für anwendungsorientierte Innovations- und Zukunftsforschung IAIZ, Berlin; Gastprofessor für Geschlechterforschung, Braunschweig
Drägestein, Bernd	Mannigfaltig – Institut für Jungen – und Männerarbeit
Engelhardt, Benjamin	ConDrobs Augsburg

Name	Institution
Eymer, Dr. med. Wolfgang	Bezirkskrankenhaus Haar
Felber, Martin	AOK Dir. München, stellv. Direktor
Fischer, Anneli	
Gabler, Markus	Mannigfaltig – Institut für Jungen- und Männerarbeit
Gavranidou, Dr. M.	RGU – GVO
Gerber, Dr. Hans	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen Bayern, Leitung Expertengruppe Pflegeversicherung
Germin, Doris	Condrobs e.V., München
Gollwitzer, Dr. Renate	Arbeitsgruppe Frau u. Alter
Grossmann, Uwe	Schulreferat
Gutzeit, Norbert	Caritas Stadtteilzentrum
Haag, Uschi	Referat für Gesundheit und Umwelt, Büro des Referenten
Hannesschläger, Joseph	Schauspieler („Die Rosenheim-Cops“ u.a.)
Hartmann, Erika	GlaxoSmithKline gsk, Leitung Kommunikation und Gesundheitswesen
Hartmann, Hans-Peter	Referat für Gesundheit und Umwelt, Öffentlichkeitsarbeit
Hehl, Klaus	Referat für Gesundheit und Umwelt; Geschäftsführer Gesundheitsbeirat
Hilsenbeck, Polina	Frauentherapiezentrum Vorstand Gesundheitsbeirat
Hirsch, Maria Sarah	Condrobs e.V.
Hirschmann, Dr. med. Erwin	Kinder- und Jugendarzt
Hofmann, Ulrich	Kassenärztliche Vereinigung Bayern,
Hoppe, E.	Bayerische Gesellschaft für psychische Gesundheit
Hügenell, Inge	Senioren-Beirat

Name	Institution
Jähmig, Rolf	Off''-Kontaktladen, Condrobs e. V., München
Jentzsch-Kraus, Elke	AOK Bayern, Prävention und Ernährungsberatung
Karhausen-Beermann, Ralf	Referat für Gesundheit und Umwelt, RGU-K, Prävention
Keyser, Dr. Ingeborg	Arbeitsgruppe Frau und Alter
Kilgenstein, Helmut	Münchner Bürger
Killer, Horst	BKK BMW, stellv. Vorstand, Leiter der Gesundheitspolitik (Vertretung)
Kretschmer, Jürgen	Gesundheitsladen München
Kreyenbühl, Urs	Praxisberatung
Kruse, Andreas	81241 München
Kuck, Hans-Joachim	Selbsthilfezentrum
Lippert, Peter	Referat für Gesundheit und Umwelt – UW
Lorenz, Joachim	Referent für Gesundheit und Umwelt, Vorsitzender des Gesundheitsbeirats
Lüft, Klaus	Kassenärztliche Vereinigung, Regionalbeauftragter München / Oberbayern
Lumper	Urologie Starnberg
Mager-Tschira, Andrea	Referat für Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsvorsorge
Manstetten, Astrid	Praxisberatung, Gerontologie
Mayer, Dr. Caroline	Münchner Ärztliche Anzeigen
Palecek, Feyza	Donna Mobile, Geschäftsführerin
Palitzsch, Prof.	Krankenhaus München Neuperlach
Penz, Dr. med. Michael	Medizinischer Dienst der Krankenversicherungen Bayern, Fachbereitsleiter Geriatrie
Piwernetz, Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus	medimaxx disease management GmbH

Name	Institution
Rahnema, Kornelie	Beauftragte des Oberbürgermeisters, Beschwerdestelle f. Probleme in der Altenpflege, Leitung
Reichhelm, Gabi	Schulreferat
Riedl	GEWOFAG
Rieger, Wolfgang	Kalia – Männerberatung
Ritter, Erik	Väter-Boarding-Haus e.V.
Rothe, Dr. Andrea	Frauenakademie München
Rothenbacher-Scholz, Brigitte	Referat für Gesundheit u. Umwelt; Stadtdirektorin, Leitung Gesundheitsbeirat
Rupp, Klaus-Peter	Stadtrat, SPD-Stadtratsfraktion München
Sackstetter, Josef Hermann	Landesversicherungsanstalt Oberbayern
Schäuble, Wolfgang	Kreisverwaltungsreferat Ltd. Branddirektor
Schicketanz, Dr. Renate	PRO FAMILIA
Schmerber, Hans-Joachim	Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband, Geschäftsführer
Schmidt, Dr. med. Gabriel	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
Schmidt, Florian	Condrobs e.V
Scholz, Jörg-Michael	Bayerisches Landessozialgericht, Vizepräsident
Scholze, Dr. med. Peter	Kassenärztliche Vereinigung Bayern
Schreyögg, Friedel	Frauengleichstellungsstelle München
Schuehle, Christian	Mannigfaltig – Institut für Jungen- und Männerarbeit
Schultz, A.	Selbsthilfezentrum München
Sigler, Helga	Väter aktuell – nach Trennung und Scheidung
Skok, H.	Frauenakademie München

Name	Institution
Sontheim, Andrea	Referat für Gesundheit und Umwelt, Stabsstelle K
Spies, Gabriele	Referat für Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsberichterstattung
Stoscheck, Jürgen	Journalist, Ärztezeitung
Süßmeier, Herbert	Münchner Aktionswerkstatt G'sundheit
Tolic, Ilian	Blaues Kreuz e.V.
Tress, Dr. Josef	Schul- und Kultusreferat, Vertreter der Stadtschulrätin
Walter, Ralf	Beschwerdestelle für Probleme in der Altenpflege
Weiß, Thomas	Väter aktuell – nach Trennung und Scheidung
Wesselman, Elisabeth	Städt. Klinikum München, Schwabing, Psychologischer Dienst
Wiedenmayer, Dr. rer. pol. Gabriele	Referat für Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsberichterstattung
Wochinger, Alexandra	Frauentherapiezentrum München

4 Liste der Referentinnen, Referenten, Podiumsteilnehmer und Veranstalter

Name	Institution
Döge, Dr. rer. pol. Peter	Institut für anwendungsorientierte Innovations- und Zukunftsforschung IAIZ, Berlin; Gastprofessor für Geschlechterforschung, Braunschweig
Hanneschläger, Joseph	Schauspieler („Die Rosenheim-Cops u.a.“)
Hehl, Klaus	Referat für Gesundheit und Umwelt; Geschäftsführer Gesundheitsbeirat
Lohmeier, Cornelia	Frauengleichstellungstelle
Lorenz, Joachim	Referent für Gesundheit und Umwelt, Vorsitzender des Gesundheitsbeirats
Piwernetz, Dr. med. Dr. rer. nat. Klaus	medimaxx disease management GmbH
Rothenbacher-Scholz, Brigitte	Referat für Gesundheit und Umwelt, Stadtdirektorin, Leitung Gesundheitsbeirat
Rupp, Klaus-Peter	Stadtrat, SPD-Stadtratsfraktion
Schmidt, Dr. med. Gabriel	Kassenärztliche Vereinigung Bayern Leiter Hausärztkreis München
Wiedenmayer, Dr.rer. pol. Gabriele	Referat für Gesundheit und Umwelt, Gesundheitsberichterstattung



Herausgegeben vom Vorstand des Gesundheitsbeirats
Redaktion: Klaus Hehl
Geschäftsführer des Gesundheitsbeirats
Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München
Bayerstr. 28 a, 80335 München

