

Universitätsklinikum Leipzig, Selbständige Abteilung für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie

Männer und Gesundheit – neue epidemiologische Daten aus Deutschland im Überblick

Summary

Men and health – an overview of new epidemiological data from Germany

Objectives: In epidemiological investigations men are often considered and used as the healthy control group. This article aims to provide a detailed overview about health in men.

Methods: Analyses of the indices of health (life expectancy; mortality; state of health) and health-related behaviour (drinking, smoking, and eating behaviour; use of the health system's services) were performed, using data of the German Health Board (1999) and of an health survey in commission of the state (1998) plus data from our own representative investigations of 1994 and 1996.

Results: Men, in comparison to women, have a shorter life expectancy as well as a higher mortality rate when suffering from cardiac infarction, lung cancer, traffic accidents, or suicide. In consideration of health-related behaviour, men do smoke and drink more and more frequently than females. In addition, men call on the services of the health system to a lesser extent and deny psychological influences to their health. Effects of age and differences between East and West Germany were obtained.

Conclusions: The presented data can only be explained by a combination of biological, psychological, and sociological perspectives. According to these results, investigations of health-related data should focus more on the difference between men, on the gender-related role of men in different contexts and on the investigation of the sub-group of healthy men.

Key-Words: Gender differences – Men's health – Epidemiological data.

Bevölkerungsstruktur und Lebenserwartung

Bevölkerungsentwicklung in Deutschland

Die Bevölkerung in Deutschland hat in den letzten 10 Jahren kontinuierlich zugenommen. Dies wird hauptsächlich durch die Aufnahme von Aus- und Übersiedlern sowie als Folge des Zustroms von Asylbewerbern erklärt. Am 31. Dezember 1997 gab es in Deutschland 82,1 Millionen Einwohner, davon waren 40,0 Millionen Männer und 42,1 Millionen Frauen. Das Defizit an Männern im Vergleich zu den Frauen betrug also 2,1 Millionen und war in den neuen Bundesländern vergleichsweise geringer als im früheren Bundesgebiet (Tab. 1)¹.

Unter Hinzunahme der Altersgruppen kann man den Altersaufbau der Bevölkerung graphisch anhand einer Alterspyramide darstellen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts war eine solche Pyramide noch symmetrisch, was für ein ausgewogenes Alters- und Geschlechterverhältnis spricht. Heute ergibt sich aber eher eine Abbildung, die einer „zerzausten Wettertanne“ gleicht, da es in dem Alterszeitraum von 0–50 Jahren eher einen leichten Männerüberschuss und in dem Alterszeitraum von 60–95 Jahren ein extremes Männerdefizit gibt². In einer direkten Wechselwirkung zu dem Altersaufbau steht die Zahl der Geburten und Sterbefälle. Langfristig führen solche Veränderungen zu einer Verschiebung der Relationen zwischen den Bevölkerungsgruppen und Geschlechtern. So lässt sich u. a. das Defizit an älteren

Jahr	Bevölkerung in 1000			Bev.dichte Einw./km ²
	Insgesamt	Männlich	Weiblich	
1998 (W)	66747	32539	34208	268
1998 (O)	15290	7465	7825	141

Tabelle 1 Bevölkerungsstruktur 1998¹, früheres Bundesgebiet (W) und neue Bundesländer/Ost-Berlin (O)

Männern durch ihr früheres Sterbealter erklären, neben den Verlusten an Männern durch den 2. Weltkrieg.

Lebenserwartung

In Tabelle 2 wird deutlich, dass die Lebenserwartung von Männern im Vergleich zu den Frauen mit zunehmenden Alter kontinuierlich abnimmt. Die um 6,4 Jahre höhere Lebenserwartung von Frauen zum Zeitpunkt der Geburt lässt sich durch eine hohe Sterberate bei männlichen Neugeborenen erklären, die u. a. auch mit einer biologisch bedingten erhöhten Erkrankungsvulnerabilität in Verbindung gebracht wird. Die Lebenserwartung ist für Frauen und Männer in den neuen Ländern allgemein um ca. zwei Jahre geringer als im früheren Bundesgebiet¹. Dieser Umstand könnte auf einen höheren Lebensstandard und ein besseres medizinisches Versorgungsnetz (quantitativ und qualitativ) zurückgeführt werden.

Mortalität

Bemerkenswert ist die höhere Mortalität der Männer in jedem Lebensalter. Während ihre Mortalität in der Gruppe bis zum 15. Lebensjahr und bei den über 65-Jährigen nur moderat erhöht ist, übertrifft sie im Lebensalter von 15 bis 65 Jahren die der Frauen um mehr als das Doppelte¹.

Schon Jungen bis zum Alter von 15 haben eine erhöhte Sterblichkeit, die zum Beispiel im ersten Lebensjahr durch den plötzlichen Kindstod bedingt ist. Besonderes Gewicht haben jedoch die stark erhöhten Todesfälle in den Altersgruppen von 15–45 bzw. 45–65 Jahre¹. Tabelle 3 zeigt für Deutschland die häufigsten Mortalitätsursachen. Die meisten Menschen sterben in Deutschland an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems und an Krebs, wobei die Männer die Frauen übertreffen.

Wesentliche Beiträge zur erhöhten Mortalität der Männer liefern Unfälle und Suizide, die sich in Tabelle 3 hinter den psychiatrischen Erkrankungen und Verletzungen verbergen. Betrachtet man die Selbstmordraten, so ist die Anzahl der Suizide der Männer in allen Altersgruppen weit um das Doppelte höher als die der Frauen (während bei den Suizidversuchen die Frauen die Männer um das Dreifache überschreiten). Ein starker Anstieg ist vor allem bei Männern und Frauen ab 60 bzw. ab 75 Jahren zu verzeichnen. Die Selbstmordquote ist aber auch länderabhängig, in Deutschland ist sie beispielsweise für Frauen und Männer der neuen Länder höher als im früheren Bundesgebiet, vor allem bei den über 75-Jährigen³.

Von den Verkehrsunfällen sind besonders die jüngeren männlichen Personen im Alter von 15 bis 25 Jahren betroffen (38,5 vs. 11,0 bei 100000 Einwohnern in Deutschland). Insgesamt sterben Männer durchschnittlich zwei- bis dreimal häufiger als Frauen durch Verkehrsunfälle¹.

Jahr	Bei der Geburt		Im Alter von 20 Jahren		Im Alter von 60 Jahren	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamt 1995/97	73,6	80,0	54,4	60,6	18,5	22,8
Ost	74,1	80,2	54,9	60,8	18,7	23,0
West	71,8	79,0	52,7	59,7	17,6	22,0

Tabelle 2 Lebenserwartung im Alter von 20 und 60 Jahren, West = früheres Bundesgebiet, Ost = Neue Länder und Ost-Berlin¹

	Differenz Männer/Frauen	
	15–45-Jährige	45–60-Jährige
Gesamtdifferenz	64 (112)	446 (601)
Krankheiten des Kreislaufsystems	10 (15)	186 (233)
Bösartige Neubildungen	3 (1)	100 (136)
Verletzungen u. Vergiftungen	35 (63)	36 (67)
Krankheit der Leber	3 (15)	33 (68)
Krankheiten der Atmungsorgane	1 (2)	19 (21)
Krankheiten des zerebrovaskulären Systems	0 (0)	18 (23)
Psychiatrische Erkrankungen	8 (8)	9 (10)

Differenz in den Sterbeziffern Männer-Frauen (je 100000 Lebendgeborene dieser Altersgruppe).
Erste Zahl: Früheres Bundesgebiet – Zahl in Klammern: Neue Länder und Berlin (Ost).

Tabelle 3 Differenzen in den Sterbeziffern bei ausgewählten Todesursachen bei 15 bis 65 Jahren für 1997¹

Gesundheitszustand

In den Industrienationen geben die Männer einen besseren Gesundheitszustand als Frauen an, beschreiben sich weniger anfällig gegenüber Krankheiten und sehen sich bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben nicht durch ihren Gesundheitszustand beeinträchtigt. Allerdings achten sie auch weniger auf ihre Gesundheit. Bei den Körperbeschwerden klagten Männer weniger als Frauen.

In einer repräsentativen Untersuchung an 2179 Deutschen wurden bei bei Männern im Durchschnitt 1,45 aktuell bestehende Erkrankungen (von 36 angebotenen) gegenüber 2,06 bei den Frauen ermittelt⁴.

Die Anzahl aktueller und/oder früherer Erkrankungen lag bei den Männern im Mittel mit 3,63 Erkrankungen gegenüber 4,79 bei den Frauen ebenfalls signifikant niedriger. Während Frauen eine ganze Reihe von Erkrankungen signifikant häufiger schildern als Männer, geben Männer lediglich Erkrankungen wie Herzinfarkt und Leberverhärtung bzw. Leberzirrhose häufiger an. Die Untersuchung erbrachte weiterhin folgende Ergebnisse:

Im Vergleich zu Frauen

- geben Männer einen besseren Gesundheitszustand als die Frauen an ($p < 0.001$),

- fühlen Männer sich weniger anfällig gegenüber Krankheiten ($p < 0,001$),
- fühlen Männer sich durch ihren Gesundheitszustand bei der Erfüllung alltäglicher Aufgaben weniger beeinträchtigt ($p < 0,001$),
- achten Männer weniger stark auf ihren Gesundheitszustand ($p < 0,05$),
- glauben Männer weniger als Frauen, dass man seinen Gesundheitszustand selber beeinflussen kann ($p < 0,05$).

Die 1994 erfolgte bundesweite Neunormierung des Giesener Beschwerdebogens (GBB) ergab die Möglichkeit, für den Bereich der alten Bundesländer die Daten mit der Normierung von 1975 im Hinblick darauf zu vergleichen, ob sich die Geschlechts- und Altersdifferenzen bei den Körperbeschwerden über den dazwischen liegenden Zeitraum von 19 Jahren geändert haben^{5,6}. Da die Erhebung 1994 auch in den neuen Bundesländern erfolgte, war darüber hinaus ein Vergleich der alten mit den neuen Bundesländern möglich.

Abbildung 1 zeigt die Körperbeschwerden der Westdeutschen aus der Untersuchung von 1994 im Vergleich mit den zeitgleich erhobenen GBB-Daten von 1022 Ostdeutschen⁵. Die Körperbeschwerden der Männer sind sowohl im Osten als auch im Westen deutlich geringer als die der Frauen. Da der Beschwerdedruck im Osten auf einem generell höherem Niveau liegt, ist zu beobachten, dass ostdeutsche Männer fast genau so stark wie westdeutsche Frauen klagen. Die in einer anderen Untersuchung 1991 erhobenen Beschwerden der Deutschen hatten noch ein niedrigeres Beschwerdeaussmass im Osten aufgezeigt, wobei Frauen eine höhere Beschwerdehäufigkeit angaben⁷. Abbildung 2 zeigt den Beschwerdedruck der Westdeutschen 1975 und 1994 im GBB⁶. Es wird deutlich, dass sich der Geschlechtsunterschied im Beschwerdedruck von 1975 zu 1994 deutlich vermindert hat (Differenz 1975 = 5,32 / Differenz 1994 = 2,45).

Die Befunde deuten darauf hin, dass das geringere Ausmass der Klagsamkeit bei Männern auf Sozialisationseinflüsse zurückgeht und epochenspezifisch sein kann.

Wie sehen aber nun die „objektiven“ Erkrankungsraten aus? Laut einer britischen repräsentativen Untersuchung erkranken die Männer häufiger an Kreislauf-, Herz- und Gefässerkrankungen, Blutkrebs, Atemwegserkrankungen, Erkrankungen der Verdauungsorgane und an Abhängigkeitserkrankungen⁸. Zur Verdeutlichung zeigt Tabelle 4 die Prävalenzen verschiedener Krankheiten in Deutschland⁹. Männer leiden häufiger an Bluthochdruck und bekommen eher einen Herzinfarkt, hingegen stehen sie bei Schlaganfällen hinter den Frauen. Zu Krankheiten, wo der psychische

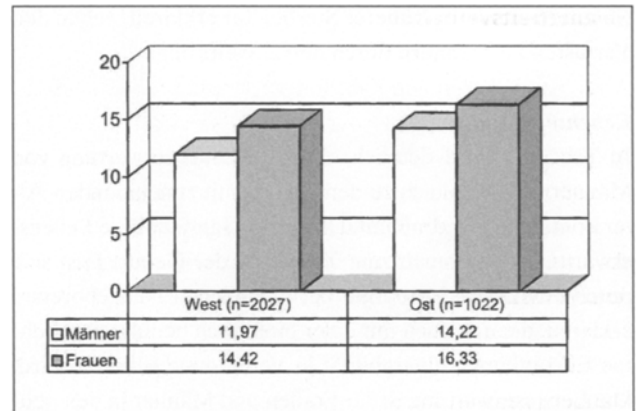


Abbildung 1 GBB-Skala Beschwerdedruck in Ost- und Westdeutschland⁶

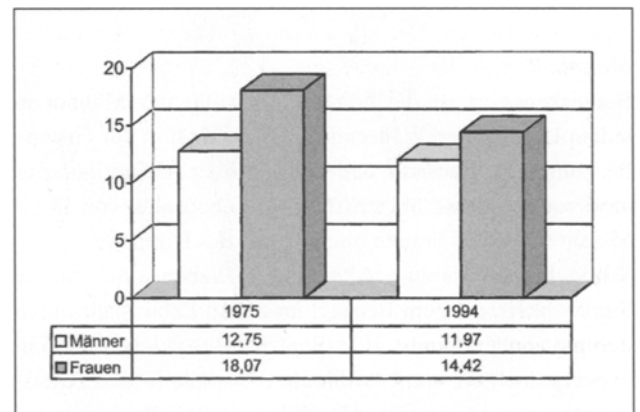


Abbildung 2 Beschwerdedruck (GBB-Gesamtwert) Westdeutscher 1975 und 1994 (18–60 Jahre)⁶

Erkrankung	Männer	Frauen
Hypertonie ^a	30 %	26,9 %
Heuschnupfen ^a	14,4 %	16,3 %
Diabetes ^a	4,7 %	5,6 %
Allergisches Kontaktekzem ^a	7,9 %	21,4 %
Herzinfarkt ^b	38,7	28,7
Schlaganfall ^b	17,9	19,4

^a Prozente an der befragten Stichprobe.
^b hochgerechnete Lebenszeitprävalenz je 1000 der Wohnbevölkerung.

Tabelle 4 Prävalenz ausgewählter Krankheiten in Deutschland⁹

Anteil grösser ist, ordnen sich weniger Männer als Frauen zu. Werden die Arbeitsausfälle wegen Krankheit als Kriterium genommen, so stehen die Rückenleiden an erster Stelle, wovon Männer eher betroffen sind. Die zweithäufigste Ursache für das Fernbleiben von der Arbeit sind grippale Infekte, wo wiederum die Frauen führen¹.

Gesundheitsverhalten

Aus einer Vielzahl von Faktoren und Aspekten, die für die Gesundheit bedeutsam sind, werden im Folgenden vier Aspekte behandelt. Dabei handelt es sich zum einen um Rauch-, Trink- und Essgewohnheiten, die als Risikofaktoren für lebensbedrohliche Erkrankungen, wie z.B. den akuten Myokardinfarkt, chronische Lebererkrankungen und cerebrovaskuläre Erkrankungen gesehen werden können. Zum anderen sollen aktuelle Angaben zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern genannt werden.

Trinkgewohnheiten

Die Tabelle 5 zeigt die Trinkgewohnheiten in Deutschland für 1997. Hier wird ein sehr viel höherer Alkoholkonsum von Männern deutlich. Vor allem bei hohem Alkoholkonsum pro Tag ist der Männeranteil mehrfach grösser als der Frauenanteil. In den neuen Ländern ist diese Relation noch ausgeprägter¹.

Besonders deutlich wird dies auch aus der Aufschlüsselung der Vieltrinker nach Altersgruppen in der Tabelle 5.

Rauchgewohnheiten

Zigarettenrauchen wird ein erheblicher Anteil an der Entstehung von Krankheiten des Kreislaufsystems und anderer schwerer Erkrankungen wie z.B. Lungenkrebs zugeschrieben. Neben der Dauer des Rauchens hat die Höhe des täglichen Konsums Auswirkungen auf das Erkrankungsrisiko. Unter den Männern gibt es viel mehr Raucher und Exraucher. 55,7% der Frauen gegenüber 26,6% der Männer haben zum Beispiel in Deutschland nie geraucht. Bei den Geschlechtern findet eine Konvergenz bei den Jüngeren statt, während Männer zunehmend überhaupt nicht rauchen, steigt bei den Frauen die Zahl der Raucherinnen dramatisch an. Jedoch konsumieren die Raucherinnen durchschnittlich weniger Zigaretten als die Raucher¹.

Altersgruppe	West		Ost	
	M	W	M	w
18–20	4,7	0,6	15,8	0,0
21–24	12,6	0,3	14,8	0,3
25–29	10,3	0,5	17,7	0,0
30–39	12,1	1,7	11,2	0,6
40–49	16,7	3,3	11,9	4,2
50–59	17,4	2,1	26,2	0,8

Tabelle 5 Alkoholkonsum > 40 g/Tag nach Altersgruppen 1997¹

Ernährung

Seit dem Altertum ist bekannt, dass übermässige Ernährung Gesundheitsschäden hervorrufen kann. Besonders Lebensversicherungsgesellschaften haben die Diskussion in Amerika darüber in Gang gebracht mit gravierenden Folgen bzgl. Essstörungen und Diätwellen, aber paradoxerweise auch mit einem drastischen Anstieg der Zahl der Übergewichtigen. Diese Entwicklung hat mit der üblichen Zeitverzögerung auch den alten Kontinent erreicht.

Die früher propagierten Idealgewichte sind inzwischen absolut geworden. In einer Studie im Bundesland Hessen wurde in achtjähriger Beobachtungszeit ein geschlechtsspezifischer optimaler Body-Mass-Index (BMI = Gewicht/Körpergrösse²) gefunden⁷. So liegen bei 30- bis 69-Jährigen die geringsten Sterberaten für Frauen mit einem BMI um 25 kg/m², für Männer mit einem BMI um 27 kg/m². Sie bilanzieren: Alles in allem kann man davon ausgehen, dass die Personen mit extrem hohem BMI, jene, die im 5. Quintil liegen, in der Regel jene mit mehr als 30 kg/m², mit einer Verdoppelung der allgemeinen Mortalität und einer Vervielfachung der speziellen Mortalität, insbesondere durch Diabetes, Schlaganfall, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, vor allem Myokardinfarkt und speziellen Krebsformen rechnen müssen.

Wie sieht nun hier die Verteilung in den Geschlechtern aus? Bei Betrachtung der Mittelwerte des BMI liegen die Männer bis zum Alter von 60 Jahren etwas vor den Frauen, wobei der BMI mit Alter anwächst. Unter Berücksichtigung des BMI > 25 kg/m² als Kriterium für Übergewicht liegen die Männer in den Häufigkeiten vor den Frauen. Allerdings sind weniger von ihnen adipös (BMI > 30 kg/m²)¹⁰.

In den letzten Jahren ist auch der Gebrauch von Nahrungsmittelzusätzen (Vitaminen) gestiegen, wobei sich auch eine Geschlechtsdifferenz aufzeigen lässt. Männer nehmen diese Stoffe weniger zu sich als Frauen⁹.

Inanspruchnahme der Früherkennung

Tabelle 6 macht deutlich, dass es grosse Differenzen in der Inanspruchnahme der gesetzlichen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten zwischen Männern und Frauen und zwischen Ost und West gibt. Immer mehr Frauen in Ost- und Westdeutschland nehmen die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch, der Anstieg ist im Osten noch deutlich stärker, sodass hier die Zahlen konvergieren¹.

Bei den Männern ist es nur eine kleine Minderheit, die Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nimmt. Im Westen stagniert die Zahl: Nur jeder siebte nimmt daran teil, im Osten ist es noch nicht einmal jeder zehnte. Hier gab es von 1991 zu 1992 einen deutlichen Anstieg, doch dieser setzte sich in den folgenden Jahren nicht fort¹.

	% der Berechtigten			
	Männer		Frauen	
	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder	Früheres Bundesgebiet	Neue Länder
1991	14,9	3,4	43,1	22,8
1992	15,6	9,5	45,8	39,5
1993	16,3	11,1	49,8	45,7
1994	13,8	9,9	55,3	51,5
1995	14,4	9,4	61,7	56,3
1996	16,3	11,3	62,9	61,6
1997	16,7	11,4	63,2	63,6

Tabelle 6 Inanspruchnahme der gesetzlichen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesetzliche Krankenversicherung insgesamt, Mitglieder ohne Rentner)¹

Diesen Befund bestätigt auch eine repräsentative Untersuchung, wo gefragt wurde, bei welchen Symptomen der Arzt von den Befragten aufgesucht würde¹¹. Es zeigte sich, dass die Männer bei den meisten Symptomen seltener zum Arzt gehen würden als die Frauen, vor allem bei Schmerzen im Unterleib, andauernder Traurigkeit, Engegefühl oder Schmerzen in der Brust, fortgesetztem Husten, Blut im Stuhl und Angstzuständen.

In diesem unterschiedlichen Verhalten bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen könnte ein Ursachenaspekt zum unterschiedlichen Verlauf der Lebenserwartung bei Männern und Frauen und in Ost- und Westdeutschland liegen: die Lebenserwartung der Frauen steigt mehr als die der Männer und die Lebenserwartung steigt in Ostdeutschland bei Frauen etwas schneller.

Diskussion

Resümiert man die dargestellten Ergebnisse so ergibt sich für die Gesundheit der Männer ein düsteres Bild. Im Vergleich zu den Frauen haben sie eine geringere Lebenserwartung, sterben häufiger an somatischen Erkrankungen wie Herzinfarkt, Krebs der Luftröhre, Lungen oder Bronchien, verunglücken öfter durch Verkehrsunfälle oder sterben häufiger in Folge eines Suizides. Obwohl die Daten nur einen kleinen Ausschnitt aus der Fülle der epidemiologischen Angaben darstellen, kann man als Fazit der Mortalitätsraten jedoch behaupten, dass Männer weitaus riskanter und gefährlicher leben. Auch bei gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen sind Männer deutlich auffälliger. Sie rauchen und trinken mehr und regelmässiger. Trotz der Ansicht, selber viel für die Gesundheit tun zu können, nehmen sie ärztliche Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch und negieren seelische Einflüsse auf die Gesundheit.

Wie lassen sich diese Geschlechtsdifferenzen erklären? Je nach Erklärungsansatz lassen sich unterschiedliche biologische oder soziale Faktoren heranziehen und wichten¹².

Aus biologischer Sicht sind bestimmte Eigenschaften an das anatomische Geschlecht gekoppelt. Aggressionen, Konkurrenzstreben, Kontrollbedürfnis etc. sind demnach natürliche Attribute von Männern¹³. Begründet wird dies zum einen mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden in einer Vielzahl von Gehirnbereichen, die möglicherweise mit geschlechtsspezifischem Verhalten korrelieren^{14–16}. Auch wird die Wirkung von geschlechtsspezifischen Hormonen diskutiert, z. B. dass Testosteron einen Anteil an dem höheren aggressiven Verhalten der Männer hat oder das Oestrogene vor kardiovaskulären Erkrankungen schützen und der Mann somit eine höhere Anfälligkeit gegenüber diesen Erkrankungen besitzt. Dabei ist aber zu beachten, dass bisher sehr wenige direkte Zusammenhänge beobachtet worden sind¹⁷. Einzig die Genforschung stellte einen Geschlechtsunterschied bei bestimmten auf dem X-Chromosom rezessiv vererbten Krankheiten her, wobei Jungen eine höhere Anfälligkeit für diese Erkrankungen besitzen. Über genetisch bedingte geschlechtsspezifische Alterungsprozesse sowie eine an Chromosomen gebundene unterschiedliche Krebsanfälligkeit für die Geschlechter lässt sich bisher nur spekulieren. Der biologischen Verursachungsthese folgend wären die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den vorgestellten Daten geschlechtsspezifisch. Extrem dargestellt hiesse das, Männer würden aufgrund ihres anatomischen Geschlechts eher an Herz-Kreislauf-Erkrankungen erkranken und eher gesundheitsriskante Verhaltensweisen zeigen. Die gefundenen Ost-West-Unterschiede wie z. B. die gleiche Beschwerdebauhäufigkeit bei West-Frauen und Ost-Männern im Giessener Beschwerdebogen⁶, die steigenden Zahlen der trinkenden Frauen oder der Raucherinnen in bestimmten Altersgruppen¹ sprechen jedoch gegen ein rein biologisches Erklärungsmodell. Eine amerikanische Untersuchung, wo sogenannte Karrierefrauen eine ähnlich hohe Rate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufweisen wie Karrieremänner¹⁸ sowie ein Vergleich des Geschlechterverhältnisses bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen in verschiedenen Staaten¹⁹, sind auch Gegenanzeigen eines biologisch determinierten Gesundheitsverhalten.

Sozialwissenschaftliche Diskussionen über Männer und Gesundheit setzen an diesem Manko an. In ihren klassischen Versionen versuchen sie, die Unterschiede zwischen Männern und Frauen – so auch im Gesundheitsverhalten – mit Geschlechtsrollenstereotypen zu beschreiben^{20–22}. Rolle wird verstanden als soziale Konstruktion, die gesellschaftlich und kulturell determiniert ist. Die männliche Rolle wird dabei treffend durch folgende vier Bestrebungen

definiert²³: 1. „No Sissy Stuff“ (die unbedingte Abgrenzung von Frauen und deren Verhalten), 2. „The Big Wheel“ (das Gefühl der Überlegenheit gegenüber anderen), 3. „The Sturdy Oak“ (die Demonstration der Unabhängigkeit) und schliesslich 4. „Give ‘Em Hell“ (das Sich-Durchsetzen auch mit gewaltvollen Mitteln). Übertragen auf den gesundheitlichen Kontext könnte das folgendes bedeuten: „A macho doesn't show weakness. Grit your teeth, take the pain, bear it alone. Be tough. You feel like letting it out? Well, then let's get drunk with our compadres ...“²⁴. So unterdrücken einerseits Männer ihre Emotionen und leben kompensatorisch stärker Aggressivität, Kontrolle, Macht und Dominanz aus, um ihre eigene Männlichkeit unter Beweis zu stellen und sogenannte „weibliche“ Anteile abzuwehren. Andererseits erleben Männer die Rollenveränderungen der Frauen in den letzten zwanzig Jahren als derart verunsichernd, dass sie sich zu verschiedensten männliche Reaktionsformen provoziert fühlen. In diesem Zusammenhang wird auch von einer „Krise“ der Männlichkeit in der gegenwärtigen gesellschaftlichen Lage gesprochen²⁵. Eine neue Rollenidentität ist nur in Ansätzen vorhanden und die Unsicherheiten schlagen sich in verschiedenen Ängsten nieder. Mit dem Bestreben des Mannes, einen maskulinen Status zu erreichen, liessen sich auch die höheren Mortalitätsraten in den vorgestellten Daten der Männer begründen^{26,27}.

Typische männliche Rollenkomponenten finden sich in allen Bereichen. Dennoch scheint die Berufstätigkeit für Männer einen zentralen Stellenwert für Identitätserleben zu haben. Die geringe Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe, wie auch in den beschriebenen Daten gefunden wurde, ist demnach mit einem unvermeidlichen Verlust an Ansehen und „Männlichkeit“ seitens der Mitarbeiter und Vorgesetzte assoziiert^{28,29}. Die männliche Geschlechterrolle ist somit für die Gesundheit weniger gefährlich, wenn sie nicht mehr als Gegensatz zur weiblichen Rolle definiert wird, sondern als mögliche menschliche Lebensform.

Moderne feministische Theorien kritisieren diese Rollentheorien als zu statisch und beschreiben des Entstehen von Rollen in einem Interaktionsprozess sowohl innerhalb der Männer als auch zwischen Männern und Frauen. Demzufolge fordern sie eine detailliertere Untersuchung der Unterschiede innerhalb der Männer²¹. „Boys will be boys' differently, depending upon their position in social structures and, therefore, upon their access to power and resources“³⁰. Unterschiede in der Gesundheit in Abhängigkeit der sozialen Schicht, des Alters, der ethnischen Zugehörigkeit innerhalb der Männer sind dafür Belege. Bisherige epidemiologische Untersuchungen erfassen meist nicht alle soziodemographischen Variablen oder werten diese nur teilweise aus. Auch die hier vorgelegten Daten weisen dieses Manko

auf und lassen nur bedingt Vermutungen über Unterschiede innerhalb der Männer zu. Jüngere Männer scheinen zum Beispiel eher ihre maskuline Rolle im Strassenverkehr auszuüben als ältere Männer, was die erhöhte Zahl der Verkehrstoten zeigt.

Beim Vergleich dieser Ansätze für die Erklärung geschlechtsspezifischer Differenzen in Bezug auf Gesundheit und Krankheit fällt auf, dass sie aufgrund ihrer teilweisen einseitigen Sichtweise nicht zu überzeugenden theoretischen Interpretationen kommen. Notwendig ist daher ein Modell, das sowohl biologisch-medizinische als auch sozialgesellschaftliche Faktoren und vor allem deren Interaktion mit einbezieht, d.h. die Betrachtung der Geschlechtsunterschiede aus einer biopsychosozialen Perspektive, wobei genetische Disposition, physiologische und hormonelle Regulation, psychische Belastungsverarbeitung, berufliche und familiäre Rollen, soziale Unterstützung, Interaktion und Körperbewusstsein berücksichtigt werden. An dieser Stelle muss in Zukunft Forschung ansetzen.

Aus praktischer Perspektive bleibt jedoch fraglich, ob Männer bereit sind, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Einstellungen ändern zu wollen, wenn damit einhergeht, Veränderungen ihrer Identität zu akzeptieren und in ihr Selbstbild zu integrieren. Hier scheint der Diskurs über gesundheitliche Themen sowohl mit anderen Männern als auch mit Frauen, wie ihn der *gender-related approach*³¹ beschreibt, durchaus sinnvoll.

Um die Beteiligung von Männern an ihrer Gesundheit zu fördern, ist es wichtig, gesellschaftliche Konstellationen differenzierter in ihrer Bedeutsamkeit und ihren Auswirkungen auf Männer zu erforschen. Von grossem Interesse sind dabei auch Kulturvergleiche, die Unterschiede innerhalb der Männer abbilden und die starren Konzepte von Männlichkeit aufweichen. Für die Bundesrepublik Deutschland bieten sich dafür detailliertere Ost/West-Vergleiche an.

Schliesslich ist erstrebenswert, dass in epidemiologischen Untersuchungen intensiver Subgruppen beschrieben werden. Dadurch wird das anatomische Geschlecht nicht immer mit bestimmten Verhaltensweisen oder Krankheiten assoziiert. Besonders spannend ist hierbei die Subgruppe der Männer, die relativ gesund sind und gesund leben. Wodurch unterscheiden sich diese von den anderen Männern?

Angesichts der vielen offenen Fragen, die sich in diesem Forschungsbereich stellen, bleibt zu hoffen, dass Männer dies als Herausforderung annehmen, sich auch zukünftig stärker für ihre Gesundheit einzusetzen und sich im eigenen Interesse für ein anderes „gesünderes“ Selbstverständnis ihrer Gesundheit bemühen.

Zusammenfassung

Fragestellung: In epidemiologischen Untersuchungen werden Geschlechterunterschiede oft vereinfacht dargestellt und Männer gelten per se als gesunde Vergleichsgruppe. In diesem Artikel wird ein detaillierterer Überblick zu der Gesundheit der Männer gegeben.

Methoden: Es erfolgt eine Analyse von Gesundheitsindizes (Lebenserwartung, Mortalität und Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten (Trink-, Rauch- und Essverhalten, Inanspruchnahme des medizinischen Systems) mit Hilfe deutscher Gesundheitsdaten (Daten des Gesundheitswesens 1999 und Bundesgesundheits-Survey 1998) und eigener Repräsentativuntersuchungen 1994 und 1996.

Ergebnisse: Männer haben im Vergleich zu den Frauen eine geringere Lebenserwartung sowie eine höhere Mortalitätsrate bei Herzinfarkt, Krebs der Atemwegsorgane, Verkehrsunfall oder Suizid. Bei gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen rauchen und trinken Männer mehr und regelmäßiger, nehmen ärztliche Vorsorgeuntersuchungen weniger in Anspruch und negieren seelische Einflüsse auf die Gesundheit. Alterseffekte und Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind nachweisbar.

Schlussfolgerungen: Die vorgestellten Daten lassen sich nur aus einer biopsychosozialen Perspektive interpretieren. Es wird dafür plädiert, bei der Analyse von Gesundheitsdaten stärker Differenzen innerhalb der Männer zu untersuchen, intensiver auf den Aspekt der männlichen Geschlechtsrolle in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten einzugehen und die Subgruppe der gesunden Männer zu beforschen.

Résumé**Hommes et santé – un résumé des neuves échantillons épidémiologiques en Allemagne**

Objectifs: Dans des enquêtes épidémiologiques des hommes sont souvent très peu pris en considération, tout d'abord ils ont pris comme un groupe de comparaison. On donne un résumé détaillé par rapport à la santé des hommes dans cet article.

Méthodes: Nous avons analysé des indices de la santé (probabilités de vie, mortalité et conditions de la santé) et du comportement de la santé (boire d'alcool, fumer et nourriture, l'occupation du système médical) en utilisant des données suivants: du service allemand de santé de l'année 1999, une expertise de la commission de la santé d'état de l'année 1998 ainsi que des données des propres recherches représentatives des années 1994 et 1996.

Résultats: Des hommes par rapport aux femmes ont une probabilité de vie plus basse ainsi qu'une mortalité plus haute concernant infarctus du myocarde, du cancer de l'appareil respiratoire, des accidents de circulation et du suicide. En se référant au comportement de la santé des hommes boivent plus d'alcool et ils fument plus et plus régulier que des femmes. Des hommes prennent des examens des précautions nécessaires moins que des femmes et ils désavouent les influences psychiques à la santé. Des effets de l'âge et entre l'Allemagne de l'est et de l'ouest deviennent visible.

Conclusions: Les résultats présentés peuvent d'être interprétés que d'une perspective biologique, psychologique et sociale. On devrait traiter à fond plus intensive aux différences entre des hommes plus tôt comme des aspects du rôle du genre en analysant des données de la santé. En outre on devrait rechercher le groupe des hommes en bonne santé encore plus.

Literaturverzeichnis

- 1 Bundesministerium für Gesundheit. Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1999. Baden-Baden: Nomos, 1999.
- 2 Wenner U, Korczak D. Gesundheit in Gefahr: Daten-Report 1993/94. Frankfurt a. M.: Fischer, 1993.
- 3 Statistisches Bundesamt. Gesundheitsbericht für Deutschland. Stuttgart: Metzler-Poeschel, 1998.
- 4 Hessel A, Geyer M, Plöttner G, Schmidt B, Brähler E. Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit und subjektive Morbidität in Deutschland – Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1999; 49: 264–74.
- 5 Brähler E, Schumacher J, Brähler C. Erste gesamtdeutsche Normierung der Kurzform des Giessener Beschwerdebogens GBB-24. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2000; 50: 14–21.
- 6 Brähler E, Schumacher J, Felder H. Die Geschlechtsabhängigkeit von Körperbeschwerden im Wandel der Zeit. In: Brähler E, Felder H, eds. Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit: medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. 2. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999: 171–85.
- 7 Hoffmeister H, Bellach B-M. Die Gesundheit der Deutschen: ein Ost-West-Vergleich von Gesundheitsdaten. Berlin: Robert-Koch-Institut, 1995.
- 8 McCormick A, Fleming D, Charlton J. Morbidity statistics from general practice: fourth national study 1991–1992. London: HMSO, 1995. (Series MB5; no. 3).
- 9 Bellach BM. Bundes-Gesundheits-survey 1998. *Gesundheitswesen* 1999; 61 (Sonderh. 2): 55–222.
- 10 Bergmann KE, Meusink GBM. Körpermasse und Übergewicht. *Gesundheitswesen* 1999; 61 (Sonderh. 2): 115–20.
- 11 Laubach W, Brähler E. Körperliche Symptome und Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung: eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. *Dtsch Med Wochenschr* 2001; 126: T1–T7.
- 12 Kandrack MA, Grant KR, Segall A. Gender differences in health related behaviour: some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579–90.
- 13 Edley N, Wetherell M. Men in perspective: practice, power and identity. London: Prentice Hall Harvester Wheatsheaf, 1995.
- 14 Gouchie C, Kimura D. The relationship between testosterone levels and cognitive ability patterns. *Psychoneuroendocrinol* 1991; 16: 323–34.
- 15 Shaywitz BA, Shaywitz SE, Pugh KR. Sex differences in the functional organisation of the brain for language. *Nature* 1995; 373: 607–9.
- 16 Witelson SA. Sexual differentiation of the human tempero-parietal region for functional asymmetry: neuroanatomical evidence. *Psychoneuroendocrinol* 1991; 16: 131–53.
- 17 Eickenberg HU, Hurrelmann K. Warum fällt die Lebenserwartung von Männern stärker hinter die der Frauen zurück? Medizinische und soziologische Erklärungsansätze. *Z Sozialisationsforsch Erziehungssoziol* 1997; 17: 118–34.
- 18 Rodin J, Ickovics R. Women's health: review and research agenda. *Am Psychol* 1990; 45: 1018–34.
- 19 Weidner G. Why do men get more heart disease than women? An international perspective. *J Am Coll Health* 2000; 48: 291–4.
- 20 Moyhinan C. Theories of masculinity. *BMJ* 1998; 317: 1072–5.
- 21 Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50: 1385–401.
- 22 Sabo D. Men's health studies: origins and trends. *J Am Coll Health* 2000; 49: 133–42.
- 23 Sabo D, Gordon DF. Rethinking men's health and illness. In: Sabo D, Gordon DF eds. Men's health and illness: gender, power and the body. Thousand Oaks: Sage Publications, 1995: 1–21.
- 24 Anaya R. "I'm the king": the macho image. In: Gonzales R, ed. *Muy Macho: latino men confront their manhood*. New York: Anchor Books, 1996: 57–73.
- 25 Hollstein W. Männlichkeit und Gesundheit. In: Brähler E, Felder H, eds. Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit: medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. 2. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999: 72–81.
- 26 Harrison JB. Warnung: Die männliche Geschlechtsrolle birgt Gefahren. In: Swanson J, Forrest KA, eds. Die Sexualität des Mannes. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1987: 30–41.
- 27 Waldron I. Contributions of changing gender differences in behavior and social roles to changing gender differences in mortality. In: Sabo D, Gordon DF, eds. Men's health and illness: gender, power, and the body. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995: 22–44.
- 28 DeHoff JB, Forrest KA. Die Gesundheit des Mannes. In: Swanson J, Forrest KA, eds. Die Sexualität des Mannes. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 1987: 24–29.
- 29 Felder H, Brähler E. Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit. In: Brähler E, Felder H, eds. Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit: medizinpsychologische und psychosomatische Untersuchungen. 2. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1999: 9–30.
- 30 Messerschmidt JW. Masculinities and crime: critique and reconceptualisation of theory. Lanham, MD: Littlefield Publishers, 1993.
- 31 Schofield T, Connell RW, Walker L, Wood JF, Butland DL. Understanding men's health and illness: a gender-relations approach to policy, research, and practice. *J Am Coll Health* 2000; 48: 247–56.

Korrespondenzadresse

Dipl.-Psych. M. Merbach
Universitätsklinikum Leipzig
Selbständige Abteilung
für Medizinische Psychologie
und Medizinische Soziologie
Stephanstrasse 11
D-04103 Leipzig

Tel.: +49 341 9718814
Fax: +49 341 9718809
e-mail: merm@medizin.uni-leipzig.de