

Der frühe Tod des starken Geschlechts - Einfluss des Lebensstils

Die geschlechtsspezifische Lebenserwartung ist für Männer um ca. 6,5 Jahre kürzer als für Frauen. Dies gilt in unterschiedlichem Ausmaß für alle industrialisierten Nationen. Es existieren sehr viele Hypothesen, diese Unterschiede in der Lebenserwartung zu erklären. Die isolierte Betrachtung der höheren Prävalenz der koronaren Herzerkrankung oder von Malignomen bei Männern greift zu kurz und kann nur der Beginn einer unvoreingenommenen Betrachtung des geschlechtsspezifischen Gesundheitszustands sein. Ebenso ist die einfache These, dass weibliche und männliche Denk- und Verhaltensmuster für gesundheitliches Risikoverhalten steuerbaren Sozialisationsprozessen und einer „vernünftigen“ Einsicht unterliegen, leider falsch und wird tagtäglich widerlegt.

Das Zusammenspiel genetischer und umweltbezogener Risikofaktoren sowie der Sozialisation ist außerordentlich komplex und kaum geklärt. Die geschlechtsspezifischen Betrachtungen von Risikoverhalten und Lebensqualität legen nahe, dass ein gesundheitsbezogener Lebensstil, Aufklärung sowie präventive Interventionen vor allem bei männlichen Individuen vor der Pubertät einsetzen müssen, um für die Mortalität und Morbidität im Laufe des Lebens wirksam zu werden. Die Beschäftigung mit geschlechtsspezifischem Risikoverhalten bzw. Lebensstil und den daraus resultierenden Konsequenzen für die präventive und kurative Medizin stellt immer noch wissenschaftliches Neuland dar.

Schlüsselworte: Geschlechtsspezifische Lebenserwartung, Lifestyle, Lebensstil, Prävention, Männergesundheit

Die Fortschritte in der Gesundheitsversorgung haben in den Industrienationen zu einer gestiegenen Lebenserwartung, aber auch zu einer Erhöhung der Altersmorbidity geführt. Dabei ist interessant, dass erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede existieren. Der aktuelle Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen nach den amtlichen Statistiken des Jahres 2003 beträgt ca. 6,5 Jahre.

Vor allem in den Bereichen der kardiovaskulären Mortalität, der Onkologie des späten Erwachsenenalters und der verhaltensspezifischen Mortalität stellen Männer das benachteiligte Geschlecht dar. Ein geschlechtsspezifischer Lebenserwartungsunterschied zu Ungunsten der Männer lässt sich für fast alle Nationen nachweisen und ist besonders bei den westlichen Industrienationen bei hoher Gesamtlebenserwartung ausgeprägt. Interessant ist die Tatsache, dass obwohl die geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsunterschiede sehr auffällig und seit langem bekannt sind, wenig Anstrengungen unternommen wurden, diese Unterschiede interdisziplinär wissenschaftlich zu untersuchen. Die bisherigen Untersuchungen beschränken sich zumeist auf einzelne Krankheitsbilder bzw. Altersgruppen. Entscheidend ist, dass die geschlechtsspezifische Mortalitäten stark mit dem Alter variieren. Dies gilt insbesondere für die Altersgruppen der unter 50-Jährigen. So sind Männer für verhaltensbezogene Mortalitäten (z.B. Straßenverkehr) in der Altersklasse der jungen Erwachsenen besonders vulnerabel. Im reifen Erwachsenenalter nach dem 50. Lebensjahr dominieren Herzkreislaufkrankungen für Mortalitätsbetrachtungen. Ab dem 75. Lebensjahr gleichen sich die Mortalitätsziffern von Männern und Frauen für die meisten Erkrankungen an, wobei sich für die höheren Altersklassen ein deutlicher „Frauenüberschuss“ (2:1) manifestiert hat. Es existieren eine Reihe von Hinweisen, dass die Basis des geschlechtsspezifischen Lebenserwartungsunterschiedes in der Jugend, d.h. deutlich vor dem 30. Lebensjahr, gelegt wird. Dies unterstreicht die Hypothese eines hohen genetischen oder genetisch assoziierten Einflusses auf die Lebenserwartung bzw. Mortalität, der durch verhaltens- und umweltbezogene Einflüsse modifiziert wird.

Männlicher Lebensstil und Genetik

Es ist gut belegt, dass männliche Verhaltensweisen häufig riskant und gesundheitsschädigend sind. Ernährungs- und Suchtverhalten sind nur zwei Beispiele. Es gibt epidemiologisch eindeutige Belege für männliches Risikoverhalten. So sind Männer hinsichtlich Body mass Index (BMI) als Bezugsgröße in allen Altersklassen adipöser. „Frauen reden über Diäten - Männer sind dick.“ Ebenso ist im Allgemeinen die Qualität der Ernährung hinsichtlich Abwechslung, Art und Zubereitung bei Männern deutlich schlechter. Die alleinige verhaltensbezogene Argumentation für die höhere Mortalität von 50-70-jährigen Männern greift zu kurz, auch wenn falsches Ess- und Bewegungsverhalten wichtige Faktoren sind.

So kann der verhaltensbezogene Ansatz nicht die höhere männliche Sterblichkeit bei männlichen Kleinkindern und den späten Angleich der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit bei den Hochbetagten erklären. Ironisch könnte man argumentieren, dass die Männer erst im hohen Alter vernünftig werden. Es stellt sich die Frage, in welchem Ausmaß genetisch fixierte Faktoren für die geschlechtsspezifische Mortalität verantwortlich sind? Den genetischen Aspekten kommt für die geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede sicher eine entscheidende Bedeutung zu. Ein auffälliger geschlechtsspezifischer Unterschied ist die hormonelle Situation, die letztlich genetisch assoziiert ist. Einige Untersuchungen machen einen Einfluss der geschlechtsspezifischen Hormonsituation für Risikoverhalten und bestimmte krankheitsspezifische Mortalitäten wahrscheinlich. Gutes Beispiel stellt der Straßenverkehr dar. Hier dominieren die männlichen Verkehrstoten und Unfallverursacher. Frauen sind somit eindeutig die besseren Autofahrer.

Die zum Teil verbittert geführte Kontroverse, ob primär genetische oder primär verhaltensspezifische bzw. soziologische Einflüsse für die geschlechtsspezifischen Morbiditäts- und Mortalitätsunterschiede maßgeblich sind, stellt sich nach dem gegenwärtigen Wissenstand nicht mehr. So ist weitgehend unstrittig, dass die genetisch definierten geschlechtsspezifischen Unterschiede zum wesentlichen Teil hormonell assoziiert sind und sich morphologisch in geschlechtsspezifischen Unterschieden des Gehirns und Herz-Kreislaufsystems manifestieren (z.B. räumliches Denken, sprachliche Assoziation, Endothelfunktion). Daraus resultieren geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und Vulnerabilitäten, die indirekt Erkrankungen und vor allem Risikoverhalten (z.B. männliches Imponiergehabe, Raumbegreifungstendenz) und bestimmte soziologische Muster (patriachale Gesellschaftsstruktur) fördern. Diese Hypothese würde erklären, warum eine Änderung von geschlechtsspezifischen Risiko- und Rollenverhalten so schwierig ist, da es quasi teilweise zum biologisch männlichen Programm gehört. Computergestützte Simulationsmodelle für Alterungsprozesse unterstützen diese These und deuten an, dass hormonelle Einflüsse in der Gruppe der jungen männlichen Erwachsenen entscheidend für die verhaltensbezogene Mortalität (z.B. Strassenverkehr, Gewaltdelikte) aber auch für die verhaltensbezogene Altersmorbidity (Herz-Kreislaufkrankungen, Adipositas) sind. Dies bedeutet keineswegs, dass Männer ihren Genen ausgeliefert sind. Ziel muss es sein, die geschlechtsspezifische genetische Basis durch eine adäquate Sozialisation in Richtung Gesundheitsprotektion zu beeinflussen. Dies wird durch Untersuchungen belegt, die zeigen, dass geschlechtsspezifische gesundheitliche Primärprävention vor allem in der Altersgruppe der Jugendlichen und Kinder erfolgen muss, wenn sie epidemiologisch wirksam werden soll.

Soziales Immunsystem

Soziale Netzwerke haben die Funktion individuelle Belastungen der Umwelt abzufedern. In Analogie wird hier auch vom sozialen Immunsystem gesprochen. So ist eindeutig belegt, dass eine fehlende soziale Unterstützung mit einer erhöhten Mortalität korreliert. Die sozialen Netzwerke von Männern sind in der Regel berufsorientiert. Dies bedeutet, dass hier eine höhere Anfälligkeit des sozialen Netzwerkes bei Arbeitsplatzverlust oder Erkrankung besteht.

So muss die Bedeutung von sozialen Netzwerken bei älteren Männern für die Morbidität und Mortalität sehr hoch angesetzt werden. Hinweisend hierfür ist die ansteigende Morbidität nach Arbeitsplatzverlust, aber auch nach Beginn des Ruhestandes. Typisch männlich ist die Fixierung auf eine einzelne Bezugsperson - in der Regel die Ehefrau. In die gleiche Richtung deuten Untersuchungen, die zeigen, dass die Ehe einen hohen gesundheitsprotektiven Wert für Männer aufweist. So kommt es nach einem Verlust der Ehefrau zu einem doppelt so hohen Anstieg der Mortalität bei Männern als bei Frauen nach dem Verlust ihres Ehemannes. Emotional geprägte langjährige Beziehungen über die Ehe hinaus sind bei Männern eher selten anzutreffen. Daraus resultiert die These, dass berufsabhängige soziale Aktivitäten, die in der Regel vereins- und sportorientiert sind, besonders für Männer gesundheitsprotektiv sind und gefördert werden sollen.

Geschlechtsspezifische Lebensqualität und Umgang mit dem eigenen Körper

Eine Schwäche der obigen Betrachtungen zur geschlechtsspezifischen Mortalität liegt in der Betonung der Lebenserwartung. Diese Gewichtung ist kritisch zu hinterfragen. So muss eine höhere Lebenserwartung bei Frauen keinesfalls mit einer höheren Lebensqualität einhergehen. Es ist zudem wahrscheinlich, dass Lebensqualität ausgeprägten geschlechtsspezifischen Einflüssen unterworfen ist, die je nach Lebensalter oder -phase variieren. Einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass aktivitätsorientierte männliche Rollenmuster zu einer höheren Zufriedenheit und subjektiv höheren Lebensqualität führen. Der Preis für die bessere Lebensqualität der Männer wäre dann - salopp formuliert - eine geringere Lebenserwartung. Unterstützt wird diese These dadurch, dass bei vielen Männern die bewusste Einstellung „Lieber kurz und gut als länger und schlechter“ nachweisbar ist. So sind einige Risikoverhaltensweisen, die einen unmittelbar erlebten Lebensqualitätsgewinn durch Erfolg und Ansehen (z.B. Risikosportarten, Anabolikaabusus etc.) ermöglichen, teilweise zu erklären.

In diesem Zusammenhang ist wesentlich, dass in fast allen bekannten Gesellschaften es einen Zusammenhang zwischen männlichem Habitus und attraktiver Männlichkeit gibt. Mit dieser Ausrichtung auf sozialen Status und Erfolg hängt zusammen, dass Männer dazu neigen, ihren Körper als Werkzeug zum Erreichen eines Ziel zu instrumentalisieren. Der Körper muss funktionieren im Beruf, wie im Sport oder in der Sexualität. Daraus erklärt sich, dass rücksichtsloses Verhalten gegenüber dem eigenen Körper bei Männern an der Tagesordnung steht und für Erkrankungen eine mechanistische „Ersatzteimentalität“ vorherrscht. Der entscheidende Unterschied zu Frauen liegt somit darin, dass Männer eine Außensicht zu ihrem Körper aufweisen und Überlastungssignale nicht oder verspätet wahrnehmen, sofern es gilt, ein definiertes Ziel (z.B. Karriere, soziale Macht) zu erreichen. Doch liegen darin auch Chancen, männliche risikoreiche Verhaltensmuster oder Lifestyle zu ändern. Es ist wenig hilfreich, stets auf die Defizite im männlichen Gesundheitsverhalten hinzuweisen und weibliche Verhaltensmuster als „gesundheitsprotektiv“ zu propagieren. Entscheidend ist es, gesellschaftliche Wandlungsprozesse einzuleiten, die bewirken, dass Gesundheit und gesundheitsbewusstes Verhalten bei Männern mit sozialem Status und Karriere positiv verknüpft werden. Dann wird sich männliches Verhalten von alleine ohne den erhobenen Zeigefinger ändern. Männlichkeit würde sich dann u.a. in einem höheren Gesundheitsbewusstsein äußern, um z.B. das Ziel „sozialer Aufstieg und Anerkennung“ zu erreichen. Die ersten Ansätze lassen sich hier möglicherweise in der Generation der gut situierten 30-50jährigen Männer erkennen (Fitnesswelle).

Zeitgemäßes Männerbild und Fazit

Die Erfolge der klinischen Medizin der letzten 100 Jahre, so beeindruckend sie sind, werden sich nicht mehr fortsetzen lassen. Vielmehr zeigt eine nüchterne Analyse der aktuellen Daten, dass sich die Mortalität einpendeln oder leicht verringern, die Morbidität eher zunehmen wird. Die Gesundheitsvorsorge und noch mehr eine geschlechtsspezifische Gesundheitsvorsorge für Männer, darf in Deutschland als unterentwickelt angesehen werden. Die Frauenbewegung hat durchaus Veränderungen bei traditionellen Denkmustern bewirkt. Allerdings hat sie nicht selten versucht, weibliche Eigenschaften und Denkweisen auf das Männerbild überzustülpen. Der neue Mann soll einfühlsam, empfindsam und friedliebend sein. Dennoch soll er auch in Gesellschaft, Beruf und Familie seinen „Mann“ stehen, denn sonst verliert er an Attraktivität. Er soll quasi einen Teil seiner männlichen Eigenschaften zur richtigen Zeit ablegen und zu einer anderen Zeit betonen. Von diesen männlichen Eigenschaften wissen wir jedoch, dass sie, zumindest teilweise, neurobiologisch fixiert und durch Umwelteinflüsse vor allem in der Jugend modulierbar sind. Eine simple Änderung dieser Eigenschaften alleine mit dem erhobenen Zeigefinger ist jedoch zum Scheitern verurteilt. Die einfache Grundthese, dass weibliche und männliche Denken und Verhaltensmuster größtenteils Sozialisationsprozessen und einer „vernünftigen“ Einsicht unterliegen, ist leider falsch und wird tagtäglich widerlegt. Diese These leugnet die morphologisch und neurobiologisch gut dokumentierten geschlechtsspezifischen Unterschiede. Die große Mehrheit der Männer kann und wird daher die Inhalte eines neuen Männerbildes solange nicht akzeptieren, wie typisch männliche Verhaltensvariablen ignoriert werden. Die vorgestellten Aspekte legen nahe, dass ein gesundheitsbezogener Lebensstil sowie präventive Interventionen, z.B. über Themen der Ernährung, Sport und Vorsorge vor allem bei männlichen Individuen vor der Pubertät einsetzen und mit typisch männlichen Attributen (z.B. soziale Anerkennung) verknüpft werden müssen, um für die Mortalität im Laufe des Lebens wirksam zu werden. Eine zusätzliche Überlegung unterstreicht im Übrigen die Notwendigkeit einer geschlechtsspezifischen Männerforschung. Nach älteren Modellrechnungen würde die Elimination z.B. aller Tumorerkrankungen unter kurativem Aspekt einen begrenzten Lebenserwartungsgewinn von ca. 3,5 Jahren bedeuten. Ein hoher Anteil aller zur Verfügung stehenden Ressourcen wird momentan in diesen Bereich investiert, um Lebenserwartungsgewinne im Bereich von Monaten zu erreichen. Der geschlechtsspezifische Lebenserwartungsunterschied von über 6 Jahren findet dagegen kaum Erwähnung. Die Beschäftigung mit dem Thema geschlechtsspezifische Gesundheit, Prävention und speziell „Männergesundheit“ wäre nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Gleichberechtigung, sondern wird mit Sicherheit Erkenntnisse in der Grundlagenforschung hervorbringen, die beiden Geschlechtern dienen.