

# 7. Früherkennung für Männer – „Männergesundheit“ aus ärztlicher Sicht

Prof. Dr. Theodor Klotz



## Abstract

*Obwohl die Lebenserwartung von Männern in Deutschland ca. sechs Jahre hinter den Frauen liegt, ist die geschlechtsspezifische Gesundheitsvorsorge, Prävention bzw. Gesundheitsförderung unterrepräsentiert. Ursachen für diese Übersterblichkeit bei jungen männlichen Erwachsenen sind aus ärztlicher Sicht u. a. Arbeits- und Wegeunfälle, koronare Herzerkrankung, das metabolische Syndrom, erektile Dysfunktion als Frühmarker einer koronaren Herzkrankheit, Prostatakarzinom und Depression/Suizid. Bei der Ausweitung von Angeboten sind Alters- und Zielgruppen, der Settingansatz sowie regionale Unterschiede in Deutschland bezüglich der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität zu berücksichtigen. Bevölkerungsweite ungerichtete präventive Interventionen sind im Rahmen der Sekundär- und Tertiärprävention am ehesten in den Bereichen Sexualität, metabolisches Syndrom und Prostatakarzinom sinnvoll und umzusetzen. Die Effizienz solcher Programme inklusive Screening ist jedoch keineswegs gesichert. Effektive Interventionen zu gesundheitsbezogenem Lebensstil, Aufklärung sowie präventive Interventionen müssen vor allem für männliche Jugendliche in der Pubertät erfolgen. Dies zeigen Studien zur Ätiologie von Erkrankungen sowie Untersuchungen zu Faktoren der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität.*

## Einleitung

Die Fortschritte in der Gesundheitsvorsorge und Therapie haben in den Industrienationen zu einer gestiegenen Lebenserwartung für beide Geschlechter, aber auch zu einer Erhöhung der Altersmorbidity geführt. Dabei ist interessant, dass erhebliche geschlechtsspezifische Unterschiede existieren. Der

Gesetzliche Krankenversicherung	Männer	Frauen
Chlamydienscreening bis 25. Lebensjahr	-	+
Genitaluntersuchung ab 20. Lebensjahr	-	+
Brustuntersuchung ab 30. Lebensjahr	-	+
Hautkrebscreening + Check-up ab 35. Lebensjahr	+	+
Prostatauntersuchung ab 45. Lebensjahr	+	-
Dickdarm-/Rektumuntersuchung ab 50. Lebensjahr	+	+
Mammografiescreening ab 50. Lebensjahr	-	+
Koloskopie ab 55. Lebensjahr	+	+
Prostatauntersuchung ab 45. Lebensjahr		
Gezielte Anamnese, Inspektion und Untersuchung Genitale		
Rektale Untersuchung		
Tasten der regionären Lymphknoten		
S3-Leitlinie Prostatakarzinom 9/2009		
Die alleinige digital-rektale Untersuchung ist als Früherkennung für das Prostatakarzinom nicht ausreichend.		

Tab. 8: Früherkennungs-/Screeninguntersuchungen für Männer und Frauen

aktuelle Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen beträgt nach den amtlichen Statistiken ca. 6 bis 6,5 Jahre.

Um sich diesem Thema zu nähern, stellt sich zu Beginn die Frage der geschlechtsspezifischen Verteilung der klassischen Früherkennungs- bzw. Screeninguntersuchungen, die von den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) abgedeckt werden. Betont werden muss, dass dies nur eingangs als Hilfe zur Diskussion dient, da der einfache geschlechtsspezifische Vergleich der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen sicher zu kurz greift.

Im Folgenden soll auf fünf Fragenkomplexe eingegangen werden, um eine Analyse von „Männergesundheit“ aus ärztlicher Sicht durchzuführen:

1. Welche medizinischen Bereiche stehen im Zusammenhang mit dem Begriff „Männergesundheit“ in der ärztlichen Sprechstunde?
2. Wie stellen sich geschlechtsspezifische Risiken und Lebenserwartungsunterschiede dar? Dies soll an den Beispielen „koronare Herzkrankheit“,

„erektiler Dysfunktion“, „Prostatakarzinom“, „Depression und Suizidalität“ erörtert werden.

3. Gibt es innerhalb von Deutschland regionale Unterschiede in der geschlechtsspezifischen Morbidität und Mortalität?
4. Welche geschlechtsspezifischen Aspekte sind für die Bereiche soziale Unterstützung und Ernährung interessant, wenn ein Internetportal mit Geschlechtsbezug bzw. dem Fokus Männergesundheit geplant ist?
5. Welche Elemente soll ein Internetportal aus ärztlicher Sicht enthalten?

## Ad 1: Ärztliche Sprechstunde

In einer holländischen Untersuchung aus dem Jahr 2004 werden folgende Erkrankungen bzw. Symptomkomplexe in einer Sprechstunde „Männergesundheit“ von Männern nachgefragt. An erster Stelle stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen mit ca. 40 %, gefolgt von Aging-Male-Symptomen – Hypogonadismus mit ca. 20 % –, weiterhin spielt die erektiler Dysfunktion mit ca. 17 % eine relevante Rolle. Die klassischen urologischen Bereiche wie Miktionsstörungen schlagen mit 16 % zu Buche. Die PSA-Erhöhung im Rahmen der Screeningdiskussion beim Prostatakarzinom stellt in 7 % der Fälle ein Element der Sprechstunde „Männergesundheit“ dar. Man erkennt somit den sehr breiten interdisziplinären medizinischen Ansatz in einer ärztlichen Sprechstunde „Männergesundheit“. Dieser beinhaltet kardiologische, endokrinologische und natürlich urologische Fragestellungen.

## Ad 2: Geschlechtsspezifische Lebenserwartung

Der Lebenserwartungsunterschied zwischen Männern und Frauen im Laufe der letzten Jahrhunderte war keineswegs konstant. Im Mittelalter bestand ein Lebenserwartungsunterschied zu Ungunsten der Frauen, je nach Quelle von ca. einem Jahr. Dies änderte sich im Rahmen der Industrialisierung zu Beginn des letzten Jahrhunderts. Um ca. 1900 betrug der Unterschied in der Lebenserwartung zu Ungunsten der Männer ca. zwei Jahre. Aktuell besteht ein Lebenserwartungsunterschied von ca. sechs Jahren. In der Zusammenfassung kann gesagt werden, dass der soziale Wandel der letzten Jahrhunderte das weibliche Geschlecht in gesundheitlicher Hinsicht unterstützt hat, wobei eine biologisch gegebene höhere männliche Vulnerabilität besteht. Belege für die höhere männliche Vulnerabilität sind zum Beispiel die Säuglingssterblichkeit Mädchen:Knaben 100:133 und die onkologische Inzidenz in der Altersklasse

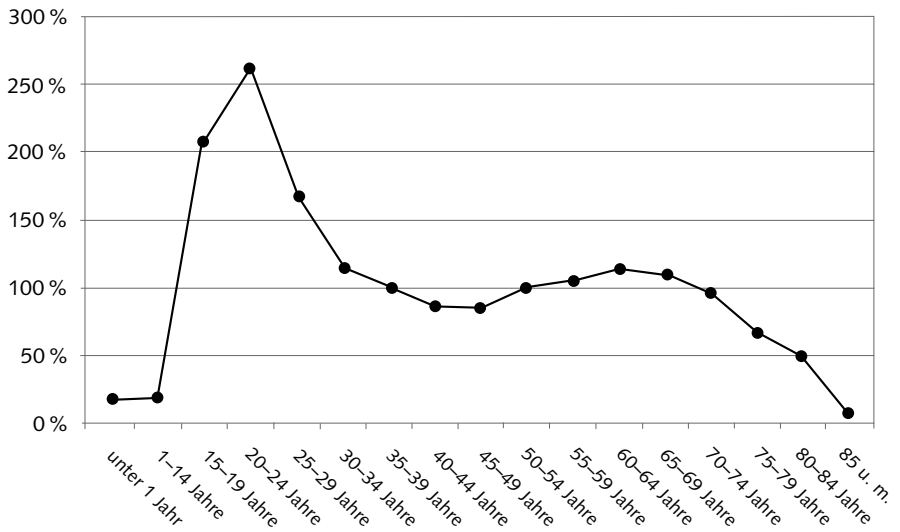


Abb. 11: Übersterblichkeit der Männer nach Altersgruppen, Bayern 2002. Nulllinie: gleiche Sterblichkeit für Männer und Frauen. Datenquelle: LfStAD, eigene Berechnungen.

der 10- bis 14-jährigen: Mädchen:Knaben 8,3:10,9. Als Beispiel für den Beleg, dass der soziale Wandel und die medizinische Weiterentwicklung das weibliche Geschlecht unterstützt, darf die Abnahme der Müttersterblichkeit von 40 pro 100 000 auf vier pro 100 000 Lebendgeburten in den letzten 35 Jahren angesehen werden.

Wenn betrachtet wird, in welcher Lebensdekade die männliche Übersterblichkeit besonders relevant ist, so zeigt sich, dass insbesondere in den Altersklassen der 15- bis 30-Jährigen eine im Durchschnitt 200%ige Übersterblichkeit zu Ungunsten der Männer besteht.

Über alle Lebenszeitabschnitte besteht eine altersadjustierte Übersterblichkeit für Männer von ca. 100%. Ein Peak liegt jedoch in der Altersklasse der jungen Erwachsenen vor. Bei der näheren Analyse zeigen sich als eine Ursache für diese Übersterblichkeit bei jungen männlichen Erwachsenen unter anderem Arbeits- und Wegeunfälle, die zum Beispiel darauf zurückzuführen sind, dass Männer gefährlichere Berufe haben.

Alters- gruppe	MÄNNER		FRAUEN	
	Übergewicht	Adipositas	Übergewicht	Adipositas
18 bis 19 Jahre	12,4 %	7,5 %	11,8 %	4,9 %
20 bis 29 Jahre	34,2 %	7,7 %	17,4 %	9,0 %
30 bis 39 Jahre	46,5 %	15,3 %	23,7 %	13,5 %
40 bis 49 Jahre	52,0 %	21,8 %	29,7 %	21,7 %
50 bis 59 Jahre	54,3 %	24,9 %	38,1 %	26,2 %
60 bis 69 Jahre	54,2 %	27,5 %	42,0 %	35,5 %
70 bis 79 Jahre	59,2 %	18,7 %	44,7 %	31,1 %

Tab. 9: Anteil der Männer und Frauen mit Übergewicht bzw. Adipositas in der jeweiligen Altersgruppe (Angaben in Prozent der Bevölkerung) (Quelle: Robert Koch-Institut und Bundesgesundheitsurvey 1998)

Ein weiterer wichtiger Bereich ist die koronare Herzerkrankung bzw. der akute Myokardinfarkt. Hier besteht zum Beispiel in der Altersklasse der 25- bis 44-Jährigen eine 5:1-Relation zu Ungunsten der Männer bezüglich der Todesfälle bei akutem Myokardinfarkt pro 100 000 Einwohnern. Wenn man weitere Analysen durchführt, ist der standardisierte Mortalitätsindex in Abhängigkeit vom Body-Mass-Index ebenfalls deutlich zu Ungunsten der Männer zu sehen, wie die „Düsseldorf Obesity Mortality Studie“ gezeigt hat. Hier ist anzumerken, dass der Anteil von Männern mit Übergewicht in fast allen Altersgruppen höher liegt als der von Frauen (vgl. Tabelle 9). Allerdings gibt es keine lineare Beziehung von Body-Mass-Index und Gesamtsterblichkeit, wie neuere Arbeiten gezeigt haben (Adams et al. 2006). Insofern greift die einfache Betrachtung des Body-Mass-Index und dessen Einfluss auf die Sterblichkeit zu kurz.

### Metabolisches Syndrom

In der aktuellen medizinischen Diskussion für die geschlechtsspezifische Sterblichkeit, insbesondere im Herz-Kreislauf-Bereich, spielt das metabolische Syndrom eine große Rolle. Hier ist insbesondere bei Männern das viscerale Fett zu erwähnen, das einen unabhängigen Risikofaktor darstellt. Dieses viscerale Fettgewebe ist hormonell aktiv und wurde von mehreren Fachgesellschaften als ein entscheidender prognostischer Parameter für eine Reihe

von Erkrankungen (metabolisches Syndrom etc.) identifiziert. In diesem Zusammenhang existieren mittlerweile eine Reihe von Prognose-Scores, die Herz-Kreislauf-Erkrankungen vorhersehbar machen. Als Beispiel ist der PRO-CAM-Score zu nennen (Assmann et al. 2002). Damit kann anhand weniger Fragen das Zehn-Jahres-Risiko für einen Myokardinfarkt mit 83 %iger Genauigkeit bestimmt werden. Diese Scores sind insbesondere im Bereich der präventiven Beratung und Risikoeinschätzung hilfreich und stellen daher ein einfach handhabbares Werkzeug dar.

### **Erektile Dysfunktion und Männergesundheit**

Sexualität spielt für beide Geschlechter in verschiedener Hinsicht eine große Rolle. In den letzten zehn Jahren hat sich ein Zusammenhang bezüglich der erektilen Dysfunktion und relevanter Begleitmorbiditäten herausgestellt. Mittlerweile ist die erektile Dysfunktion als Frühmarker einer koronaren Herzkrankheit etabliert. Ebenfalls gibt es eindeutige Zusammenhänge zwischen metabolischem Syndrom, koronarer Herzkrankheit und Ausprägung einer erektilen Dysfunktion. Entscheidend für die Betrachtungsweise ist, dass die erektile Dysfunktion als Symptom einer Grunderkrankung zu verstehen ist. Dies erklärt sich physiologisch relativ einfach aus dem sehr empfindlichen und hoch reagiblen Gefäßsystem der penilen Schwellkörper, die auf die klassischen altersdegenerativen Veränderungen bzw. Begleitmorbiditäten entsprechend empfindlich reagieren. Der entscheidende Aspekt in der Betrachtung für das Thema „Männergesundheit“ ist, dass die erektile Dysfunktion, die mittlerweile in weiten Bereichen als enttabuisiert angesehen werden darf, Männer in die Arztpraxen führt und eine Umfelddiagnostik ermöglicht, sodass weitaus schwerwiegendere Erkrankungen festgestellt werden können. Ebenfalls sind über das „Vehikel“ erektile Dysfunktion präventive Interventionen oder Screening vermittelbar.

### **Prostatakarzinom**

Das Prostatakarzinom stellt derzeit die häufigste männliche Tumorerkrankung dar und ist mittlerweile eine der beiden häufigsten onkologischen Todesursachen bei älteren Männern. Die Inzidenz beträgt je nach Region ca. 100 pro 100 000 Männer pro Jahr. Damit gibt es in der BRD ca. 60 000 Neuerkrankungen pro Jahr. Das Altersmaximum liegt bei ca. 70 Jahren. Hier ist relevant, dass es zu einem deutlichen Inzidenzanstieg von 3 bis 8 % pro Jahr in den letzten 15 Jahren aufgrund der PSA-Testung (prostataspezifisches Antigen) gekommen ist, auch wenn die PSA-Testung im Rahmen der Vorsorge noch kein Element der gesetzlichen Krankenversicherung darstellt.

Die Einführung des PSA-gestützten Screenings hat in den USA die Anzahl der metastasierten bzw. lokal fortgeschrittenen Tumore deutlich reduziert. Allerdings ist bisher nicht eindeutig belegt, dass die PSA-gestützte Vorsorge einen Einfluss auf die Gesamtlebenserwartung hat. Die PSA-Screening-Problematik ist aktuell international in der Diskussion. Nach der Studie von Schröder et al. (2009) beträgt die Effizienz des PSA-Screenings 1:1410, das heißt, es müssen ca. 1400 Männer gescreent werden, damit ein Männerleben aufgrund der Frühdiagnose eines Prostatakarzinoms gerettet werden kann. Allerdings werden ebenfalls 48 überflüssige Mehrbehandlungen induziert, um ein Männerleben zu retten. Es stellt sich die Frage, ob das PSA-Screening aufgrund dieser neu publizierten Daten wirklich für alle Altersklassen empfohlen werden kann. Entscheidend ist hier eine Individualisierung, wie sie auch in der S3-Leitlinie (Deutsche Gesellschaft für Urologie 2009) empfohlen wird.

### **Depression und Suizid**

Es gibt deutliche Unterschiede bezüglich der geschlechtsbezogenen Suizidrate. Generell besteht ein Verhältnis männliche zu weibliche Suizide von 3:1. Bei den versuchten Suiziden in allen Altersklassen besteht ein Verhältnis von 20:1 zu Ungunsten der Frauen. Dies bedeutet, dass Männer im wesentlich höheren Maß erfolgreiche Suizide durchführen. Dieser geschlechtsspezifische Unterschied lässt sich nicht mit der Häufigkeit der diagnostizierten Depressionserkrankungen erklären, hier überwiegt eher das weibliche Geschlecht. Im Umkehrschluss bedeutet dies jedoch, dass offenbar Männer bei depressiver Symptomatik seltener ärztliche Hilfe konsultieren; außerdem, dass vonseiten des medizinischen Systems Männern eine Depression weniger oft zugeschrieben bzw. die Depression bei Männern unterdiagnostiziert wird. Hier besteht hoher Aufklärungsbedarf. In diesem Zusammenhang ist relevant, dass besonders in den höheren Altersklassen Männer einen erfolgreichen Suizid im Verhältnis von 5 bis 8:1 gegenüber dem weiblichen Geschlecht durchführen. Als eine der Hauptursachen wird Alterseinsamkeit angesehen. Weiterhin ist in den Altersklassen der jüngeren Männer die Selbsttötung eine häufige Todesursache. Suizide machen ca. 20 % aller Sterbefälle in der Altersklasse der 25-Jährigen aus (Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Bayern 2009).

### **Ad 3: Regionale Unterschiede Sterblichkeit – soziale Schichtung**

Es besteht in Deutschland eine hohe Spannbreite der regionalen Sterblichkeit. Dies kann sehr gut an den bayerischen Daten dokumentiert werden (siehe

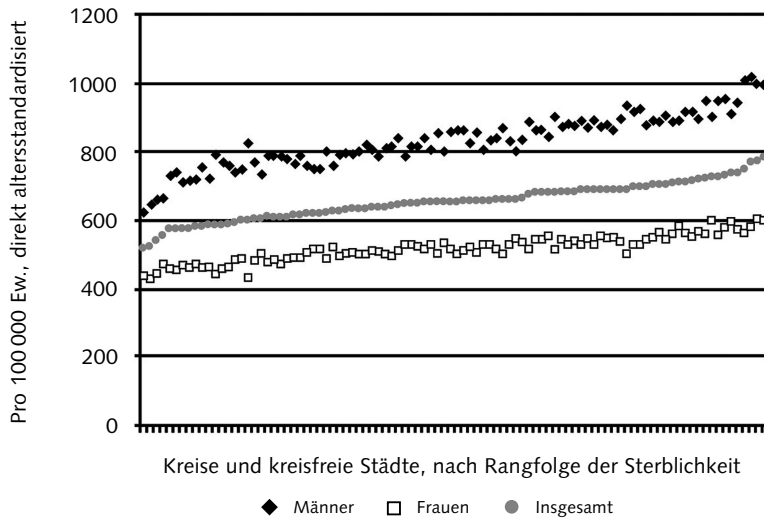


Abb. 12: Spannbreite der regionalen Sterblichkeit in Bayern (mittlere Raten der Jahre 2002–2002). Datenquelle: Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, eigene Berechnungen.

Abb. 12). Je nach Region zeigt sich ein Unterschied in der Sterblichkeit von bis zu 15 %, wobei die Unterschiede besonders für das männliche Geschlecht ausgeprägt sind. Daten des Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung zeigen im Bereich des sogenannten Konstrukts der „verlorenen Lebensjahre“ (das heißt Todesfälle bei Menschen, die jünger als 65 Jahre sind), dass bei Männern vor allem Verletzungen und Vergiftungen zu verlorenen Lebensjahren beitragen.

Dies hat natürlich auch Auswirkungen auf den wirtschaftlichen Status einer Region – insbesondere, wenn es sich um strukturschwache Regionen mit geringer Mobilität und überalterter Bevölkerung handelt. Bei Frauen sind onkologische Risiken relevant. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit von unterschiedlichen geschlechtsspezifischen regionalen Präventionskonzepten (Vorsorge/Screening, Aufklärung, Gesundheitsförderung).

Das Zusammenspiel von Disposition, Sozialisation und Umweltfaktoren ist komplex und keineswegs geklärt. Dies gilt vor allem im Hinblick auf geschlechtsspezifische Morbidität und Mortalität. Sicher ist, dass dispositionelle



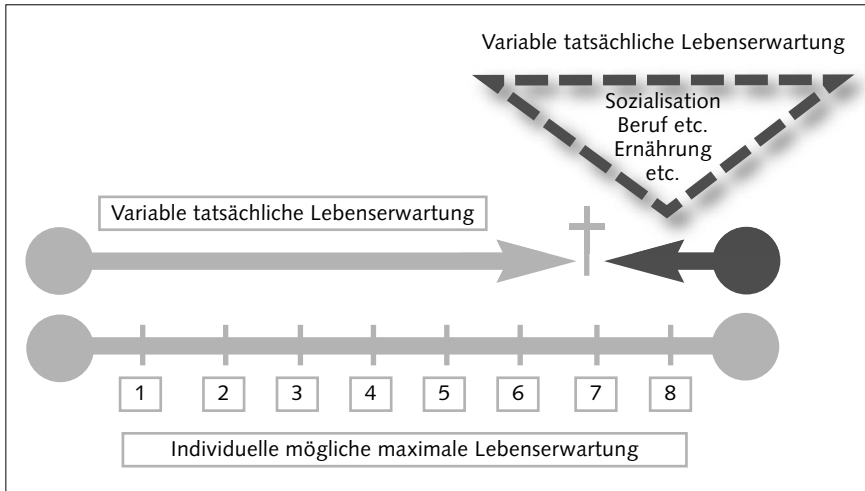


Abb. 13: Das Zusammenspiel von Lebenserwartung, Sozialisation und Umweltfaktoren

Faktoren nicht unterschätzt werden dürfen. Dies gilt insbesondere im Bereich der Onkologie, Neurologie und koronaren Herzkrankheit. Bezüglich der männlichen Lebenserwartung und Risiken lässt sich als Modell das hier Erläuterte in Abbildung 13 darstellen.

In diesem sehr vereinfachten Modell besteht eine Disposition, zum Beispiel im Hinblick auf Lebenserwartung, die durch Umweltfaktoren negativ beeinflusst wird. Daraus ergeben sich insbesondere für die Präpubertät und Aufklärung in den Familien Ansätze für präventive Konzepte. Hier ist zum Beispiel der Einfluss von Ernährung erheblich. In einer Untersuchung von Hancox (Lancet 2004) konnte gezeigt werden, dass das Fernsehverhalten von Kindern im Alter von fünf bis 14 Jahren mit dem Übergewicht der Erwachsenen ab dem Alter von 26 Jahren korreliert. Die EPIC-Studie weist ebenfalls auf die Bedeutung von Ernährung hin. Hier zeigt sich, dass mit einer „mediterranen“ Kostform eine 25%ige Reduktion der Mortalität unter spezifischen Bedingungen erreicht werden kann (Trichopoulou et al. 2003). Ein weiterer Punkt im Rahmen der unspezifischen Prävention ist die körperliche Aktivität. Sie beeinflusst direkt die Mortalität erheblich, insbesondere ist dieser Effekt über fast alle Altersklassen zu bemerken.

## **Ad 4: Soziales Immunsystem – geschlechtsspezifische Auswirkungen**

Soziale Netzwerke haben die Funktion, individuelle umweltbedingte Belastungen abzufedern. In der Soziologie wird auch vom sozialen Immunsystem gesprochen. So ist eindeutig belegt, dass eine fehlende soziale Unterstützung mit einer erhöhten Morbidität/Mortalität korreliert. Die sozialen Netzwerke von Männern sind in der Regel berufsorientiert und daher oft eindimensional. Dies bedeutet, dass eine erhöhte Anfälligkeit des sozialen Netzwerks bei Arbeitsplatzverlust oder Berentung besteht. So muss die Bedeutung von sozialen Netzwerken bei älteren Männern (nach dem Ruhestand) für die Morbidität und Mortalität hoch angesetzt werden. Hinweisend hierfür ist die deutlich ansteigende geschlechtsspezifische Morbidität nach Arbeitsplatzverlust, aber auch nach Beginn des Ruhestands.

In diesem Zusammenhang ist für männliche soziale Netzwerke die Fixierung auf eine einzelne Bezugsperson typisch – in der Regel ist dies die Ehefrau. In die gleiche Richtung deuten bereits ältere Untersuchungen, die zeigen, dass die Ehe einen hohen gesundheitsprotektiven Wert für Männer hat. 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 berufs-unabhängige soziale Aktivitäten (Sport, Hobby, Vereinswesen etc.) besonders für Männer gesundheitsprotektiv sind und gefördert werden müssen.

### **Geschlechtsspezifische Lebensqualität und Umgang mit dem eigenen Körper**

Eine Schwäche bei der Betrachtung der geschlechtsspezifischen Mortalität liegt in der Lebenserwartung. Diese Gewichtung ist kritisch zu hinterfragen. So muss eine höhere Lebenserwartung bei Frauen keineswegs mit einer höheren Lebensqualität einhergehen. Es ist zudem wahrscheinlich, dass Lebensqualität ausgeprägten geschlechtsspezifischen Einflüssen unterworfen ist, die je nach Lebensalter und -phase variieren.

Einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass aktivitätsorientierte Rollenmuster zu einer höheren Zufriedenheit und subjektiv höheren Lebensqualität führen. Der Preis für die höhere 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 vor allem im jungen Erwachsenenalter teilweise zu erklären, die einen unmittelbaren Lebensqualitätsgewinn durch Erfolg und Ansehen (zum Beispiel Risikosportarten, Anabolikamissbrauch etc.) ermöglichen.

In diesem Zusammenhang ist wesentlich, dass es in fast allen bekannten Gesellschaften 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 Ziels 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 auf der Tagesordnung steht und für die Erkrankungen eine „Ersatzteimentalität“ vorherrscht. Der entscheidende Unterschied zu Frauen liegt somit darin, dass Männer eine Außenansicht zu ihrem Körper aufweisen und Überlastungssignale nicht oder verspätet wahrnehmen, sofern es gilt, ein definiertes und akzeptiertes Ziel (Karriere, soziale Macht) zu erreichen. Dennoch liegen hierin auch Chancen, das männliche risikoreiche Verhaltensmuster oder den 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 gesundheitsbewusstes Verhalten bei Männern mit sozialem Status und Karriere positiv verknüpft wird. Dann wird sich männliches Verhalten von allein, ohne den erhobenen Zeigefinger, ändern. Männlichkeit würde sich dann u. a. in einem höheren Gesundheitsbewusstsein äußern, um zum Beispiel das Ziel „sozialer Aufstieg“ zu erreichen. Die ersten Ansätze lassen sich hier möglicherweise in der Generation der gut situierten 30- bis 50-jährigen Männer erkennen (Fitnesswelle).

## **Ad 5: Zusammenfassung bzw. Elemente eines Internetportals aus ärztlicher Sicht**

Außer Zweifel steht, dass männerspezifische Risiken bislang wenig thematisiert werden und Männer gesundheitlich vulnerabler sind. Beispiele sind hier die koronare Herzkrankheit und die Onkologie. Bezüglich Prävention ist eine alters- und zielgruppenspezifische Ausrichtung unabdingbar. Hier ist der Settingansatz aus den Gesundheitswissenschaften maßgebend. Ein weiterer

Aspekt sind regionale Unterschiede, die bislang in Deutschland kaum thematisiert wurden. Ein sehr schönes Beispiel zeigt sich im Flächenstaat Bayern, wo ausgeprägte regionale und geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Morbidität und Mortalität bestehen. Damit ergeben sich aus ärztlicher Sicht folgende relevante Elemente eines Internetportals, insbesondere wenn Fragen der Prävention, Aufklärung und Gesundheitsförderung zu betrachten sind:

- männliche koronare Herzkrankheit, Adipositas, metabolisches Syndrom,
- Prostatakarzinom, S3-Leitlinie (2009), Miktionsverhalten,
- erektile Dysfunktion als Markersymptom und Sexualität,
- Depression, Burn-out-Syndrom, Suizidalität,
- soziale Unterstützung, Wandel des Rollenbildes, Lebensqualität,
- körperliche Aktivität, Sport, Hobby und Ernährung,
- regionale Unterschiede in Deutschland.

Die Beschäftigung mit den Themen geschlechtsspezifische Gesundheit, Prävention und speziell Männergesundheit ist nicht nur ein wichtiger Beitrag zur Gleichberechtigung, sondern wird mit Sicherheit Erkenntnisse in der Grundlagen- und Versorgungsforschung hervorbringen, die beiden Geschlechtern dienen.

## Literatur

- Adams, K. F., Schatzkin, A., Harris, T. B., Kipnis, V., Mouw, T., Ballard-Barbash, R., Hollenbeck, A., Leitzmann, M. F. (2006): Overweight, obesity, and mortality in a large prospective cohort of persons 50 to 71 years old. *The New England Journal of Medicine* 355, 763–778.
- Assmann, G., Cullen, P., Schulte, H. (2002): Simple scoring scheme for calculating the risk of acute coronary events based on the 10-year follow-up of the prospective cardiovascular Münster (PROCAM) study. *Circulation* 105, 310–315.
- Brandes, H. (2003): Männlicher Habitus und Gesundheit. *Der Mann* 2, 10–13.
- Deutsche Gesellschaft für Urologie (2009): Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Deutsche Gesellschaft für Urologie, Düsseldorf. Download unter [www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/043-022.pdf](http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/11/043-022.pdf). Zugriff am 29.10.2010.
- Hancox, R. J., Milne, B. J., Poulton, R. (2004): Association between child and adolescent television viewing and adult health. *Lancet*, 2004.
- Hinze, L., Samland, A. (2004): Gesundheitsbildung – reine Frauensache? In: Altgeld, T. (Hrsg.): *Männergesundheit. Juventa, Weinheim und München*.
- Hurrelmann, K., Klotz, T., Haisch, J. (2004): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto.
- Klotz, T., Hurrelmann, K. (1998): Adapting the health-care system to the needs of the aging male. *The Aging Male* 1, 20–27.
- Klotz, T., Hurrelmann, K., Eickenberg, H. U. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. *Deutsches Ärzteblatt* 95, 460–464.
- Martikainen, P., Valkonen, T. (1996): Mortality after the death of a spouse: rates and causes of death in a large Finnish cohort. *American Journal of Public Health* 86, 1087–1093.

- Neubauer, G. (2003): Wie geht's den Jungs? Jungengesundheit und Aspekte einer jungenbezogenen Gesundheitsförderung. *Der Mann* 1, 24–28.
- Schneider, J., Cebrat, S., Stauffer, D. (1998): Why do women live longer than men? A Monte Carlo simulation of Penna-type models with X and Y chromosomes. *International Journal of Modern Physics C* 5, 721–725.
- Schröder, F. H., Hugossen, J., Roobol, M., Tammela, T. L. J., Ciatto, S., Nelen, V., Kwiatkowski, M., Lujan, M., Lilja, H., Zappa, M., Denis, L. J., Recker, F., Berenguer, A., Määttänen, L., Bangma, C. H., Aus, G., Villers, A., Rebillard, X., van der Kwast, T., Blijenberg, B. G., Moss, S. M., de Koning, H. J., Auvinen, A. (2009): Screening and Prostate-Cancer Mortality in a Randomized European Study. *The New England Journal of Medicine* 360, 1320–1328.
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Daten des Gesundheitswesens 2002. Internet: [www.destatis.de/basis/d/gesu](http://www.destatis.de/basis/d/gesu).
- Statistisches Bundesamt Deutschland: Daten des Gesundheitswesens 2005. Internet: [www.destatis.de/basis/d/gesu](http://www.destatis.de/basis/d/gesu).
- Stauffer, D., Klotz, T. (2001): The sex-specific life expectancy and the influence of testosterone in a mathematical aging simulation model and its consequences for prevention. *The Aging Male* 4, 95–99.
- Trichopoulou, A., Costacou, T., Barnia, C., Trichopoulou, D. (2003): Adherence to a Mediterranean Diet and Survival in a Greek Population. *The New England Journal of Medicine* 2003, 348.
- Trojan, A. (2002): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Kolip, P. (Hrsg.): *Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung*. Juventa, Weinheim und München.
- Weißbach, L., Altwein, J. (2009): Aktive Überwachung oder aktive Therapie beim lokalen Prostatakarzinom? *Deutsches Ärzteblatt International* 106 (22), 371–6.
- Wirth, A. (2004): Lebensstiländerung zur Prävention und Therapie von arteriosklerotischen Krankheiten. *Deutsches Ärzteblatt* 101, 1745–1752.

