

Dokumentation zum Symposium: Frauengesundheit, Männergesundheit – ein Thema für Dresden?

24. Juni 2000, Rathaus Dresden, Dr.-Külz-Ring 19

Inhalt	Seite
1 Vorwort	2
2 Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Workshops	3
3 Programm	4
4 Referate	6
4.1 Begrüßung - Prof. Dr. med. Heiner Porst	6
4.2 Die Gesundheit der Frauen in Ost- und Westdeutschland - Dr. rer. pol. Daphne Hahn	7
4.3 Die gesundheitliche Anfälligkeit von Knaben und Männern – ein genetisches Problem? - Prof. Dr. med. Hans-Udo Eickenberg	16
4.5 Männliche Sozialisation und Gesundheit - Prof. Dr. phil. Lothar Böhnisch	22
4.6 Der erste Wiener Männergesundheitsbericht - Prof. Dr. med. Anita Rieder	32
4.7 Das Wiener Frauengesundheitsprogramm - Daniela Kern	42
5 Workshops: Begründung des Themas/ Zielstellung/ Beschreibung der Diskussion/ Ergebnisse	50
6 Berichte aus den Workshops	57
7 Anlage: Anlage 1: Faltblatt zum Programm Anlage 2: Gesundheit von Frauen - Gesundheit von Männern, Dresden-Stadt, Vergleich von Gesundheitszustand und ausgewählten sozialen Bereichen	63

1 Vorwort

Im Rahmen des WHO-Projektes "Gesunde Städte" werden seit 1996 Stadt-Gesundheitsprofile erarbeitet, die eine Fülle von Daten zur Entwicklung des Gesundheitszustandes und des Gesundheitsverhaltens der Dresdner Bürgerinnen und Bürger enthalten. Beim Vergleich der Daten wird sehr deutlich - was Insidern schon lange bekannt ist - dass die Gesundheit geschlechtsabhängig ist:

- Beide Geschlechter unterscheiden sich hinsichtlich der körperlich-biologischen Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen.
- Frauen und Männer sind unterschiedlich in Beruf und Familie integriert, woraus eine differenzierte gesundheitsbezogene Lebensweise resultiert.
- Sie haben unterschiedliche Sozialisationserfahrungen und gehen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit und Belastung um.

Nach den Indikatoren Lebenserwartung und Sterblichkeit sind auch in Dresden die Männer bezüglich ihrer Gesundheit das schwächere Geschlecht. Sie leben fast sieben Jahre kürzer als die Frauen, sterben doppelt so häufig als die Frauen vor der Pensionierung und dreimal so häufig an Unfällen im Jugend- und Leistungsalter.

Obwohl die Frauen nach der Statistik gesünder als die Männer sind, bewerten sie selbst ihre Gesundheit kritischer als die Männer, was vielleicht auch dazu führt, dass sie eher den Arzt aufsuchen und häufiger an Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen teilnehmen.

Wenn die Frauen auch in allen industrialisierten Ländern erheblich älter als die Männer werden, so leiden sie doch - laut Aussage der WHO - weltweit in höherem Alter mehr an chronischen Erkrankungen wie Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck und Arthritis als die Männer.

Die Frauen haben schon seit Jahren die Notwendigkeit erkannt, die Gesundheit aus der Geschlechterperspektive zu betrachten und zu fördern, was die Etablierung von Frauengesundheitszentren und Frauengesundheitswochen verdeutlicht.

So kann es als folgerichtig angesehen werden, dass sich die städtische Gleichstellungsstelle aktiv an der Vorbereitung des Symposiums "Frauengesundheit, Männergesundheit - ein Thema für Dresden?" beteiligt hat, insbesondere an der Vorbereitung der Workshops, in denen die frauenspezifischen Themen dominieren.

Dieses Symposium, dessen Dokumentation nun vorliegt, ließ namhafte Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Deutschland und Österreich über die Gesundheit von Frauen und Männern berichten. Nicht zuletzt sollte es Anstöße geben, über die Auswirkungen von Beruf, Familie und Freizeit nachzudenken und Möglichkeiten zur Verbesserung vorzuschlagen.

Julia Muschner
WHO-Projekt "Gesunde Städte"

2. Arbeitsgruppe zur Vorbereitung der Workshops

Die Workshops, die geschlechtsspezifische Problemfelder und Bedingungen widerspiegeln sollten, wurden von einer Arbeitsgruppe mit folgenden Vertreterinnen und Vertretern Dresdner Ämter, Vereine, Stellen und Projekten vorbereitet:

- WHO-Projekt "Gesunde Städte" Frau Muschner
- Referat für Gleichstellung Frau Schulz
 Frau Werner
- Gesundheitsamt Frau Dr. Löffler
 Herr Dr. Stiehler
- Sozialamt Frau Panek
- MEDEA Frauen- und Mädchen-
 Gesundheitszentrum e.V. Frau Römmermann
- Verein "Lebendiger leben!" e.V. Frau Weihrauch oder Vertreterinnen
- Freiberufler Herr Haake

Diese Arbeitsgruppe hat über das Symposium hinaus Bestand.

3. Programm zum Symposium: Frauengesundheit, Männergesundheit – ein Thema für Dresden?

Veranstalter: Landeshauptstadt Dresden, Dezernat Gesundheit und Soziales
- WHO-Projekt "Gesunde Städte"
- Gleichstellungsstelle

Ort: 01001 Dresden, Dr.-Külz-Ring 19, Rathaus, Festsaal

Termin: 24. Juni 2000

Programm:

Moderation: Prof. Dr. med. Joachim Kugler, Technische Universität Dresden

- 9.00 Uhr **Begrüßung**
Prof. Dr. med. Heiner Porst,
Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt; Städtisches Klinikum
- 9.15 **Die Gesundheit der Frauen in Ost- und Westdeutschland**
Dr. rer. pol. Daphne Hahn, Technische Universität Berlin
- 9.45 **Die gesundheitliche Anfälligkeit von Knaben und Männern – ein genetisches Problem?**
Prof. Dr. med. Hans-Udo Eickenberg, Franziskus-Hospital Bielefeld
- 10.05 **Männliche Sozialisation und Gesundheit**
Prof. Dr. phil. Lothar Böhnisch, Technische Universität Dresden
- 10.30 **Diskussion**
- 10.45 **Kaffee- und Teepause**
- 11.15 **Der erste Wiener Männergesundheitsbericht**
Prof. Dr. med. Anita Rieder, Universität Wien
- 11.45 **Das Wiener Frauengesundheitsprogramm**
Daniela Kern, Stadt Wien
- 12.15 **Diskussion**
- 12.30 **Mittagspause**

14.00 **Geschlechtsspezifische Workshops**

Arbeitsgruppe 1a:

“Das Idealbild von Frauen – Auswirkungen auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen”

Moderation: Prof. Dr. theol. Ursula Pfäfflin

Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit Dresden

Arbeitsgruppe 1b

“Das Idealbild von Männern – Auswirkungen auf die Gesundheit von Jungen und Männern”

Moderation: Prof. Dr. phil. Holger Brandes

Evangelische Hochschule für Soziale Arbeit Dresden

Arbeitsgruppe 2

“Der Spagat der Mütter – Mehrfachbelastung; Alleinerziehende”

Moderation: Kathrin Pflücke/ Elena Lang

Müttergenesung in der Ev.-Luth. Landeskirche Sachsens e.V.

Arbeitsgruppe 3

“Frauen ab 50 – gesund älter werden in Dresden”

Moderation: Sylvia Münzel

Frauen- und Mädchengesundheitszentrum MEDEA e.V.

Arbeitsgruppe 4

“Frauen mit Behinderung – Leben in Dresden”

Moderation: Angela Piotrowski

Verein “Lebendiger leben!” e.V.

Dieser Workshop mußte leider wegen mangelnder Beteiligung ausfallen.

Arbeitsgruppe 5

“Leben als Mann in Dresden - wie gesund ist das?”

Moderation: Dr. phil. Matthias Stiehler, Gesundheitsamt Dresden

Frank Haake, Freiberufler

16.00 **Berichte aus den Workshops**

Moderation: Marianne Schulz

16.30 **Ende**

4. Referate (*Manuskript des Referenten bzw. protokolliert nach Tonbandaufnahme*)

4.1 Begrüßung

Moderator Prof. Kugler: Ich freue mich, dass Sie sich die Zeit genommen haben, an dem Symposium zum Thema "Frauengesundheit/ Männergesundheit - ein Thema für Dresden?" teilzunehmen. Sie wissen vielleicht, seit 1991 ist die Stadt Dresden im WHO-Projekt "Gesunde Städte" vertreten und ungefähr zur gleichen Zeit begann ein Studiengang "Gesundheitswissenschaften/ Public Health" an der TU Dresden. Voraussetzungen, die vielleicht dazu führen, dass am Ende des Symposiums kein Fragezeichen sondern ein Ausrufungszeichen steht. Ein Thema der Gesundheitswissenschaften, Public Health, der Bemühungen in diesem Feld, ist die Verzahnung zwischen Wissenschaft und Politik. Aus diesem Grund begrüßen wir zu Beginn den Vertreter der Landeshauptstadt Herrn Professor Porst, der einleitende Worte sprechen wird.

Prof. Heiner Porst: Meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Gäste, ich begrüße Sie recht herzlich als Vertreter der Landeshauptstadt Dresden des Freistaates Sachsen im Namen des Oberbürgermeisters, Herrn Dr. Wagner, der das große Glück hat, heute das Elbhangfest eröffnen zu dürfen und sich deshalb entschuldigen lässt. Er macht auch dort gute Politik, so dass wir vielleicht den Rahmen hier schließen können. Ich darf Sie auch im Namen des Ersten Bürgermeisters der Stadt Dresden, Herrn Dr. Deubel, recht herzlich begrüßen, der zu einem Aufenthalt in Polen weilt.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, "Frauengesundheit/ Männergesundheit - ein Thema für Dresden?", es ist ein Fragezeichen gesetzt. Ich denke, am Ende dieses Symposiums wird spätestens dieses Fragezeichen durch ein Ausrufungszeichen ersetzt werden. Ich glaube auch, dass die Stadt Dresden für dieses Problem gut vorbereitet ist. Sie haben einen Gesundheitsbericht zur Gesundheit der Männer und Frauen in Dresden vorliegen. Morbidität, Mortalität, also das Auftreten von Krankheiten, die Todesfälle, das alles ist belegt. Ich darf mir vielleicht in diesem Zusammenhang als Internist und Ärztlicher Direktor des Großkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt kurz einige Ausführungen zu dem heutigen Thema erlauben.

Männergesundheit/Frauengesundheit heißt das Thema. In meiner Klinik, einer Inneren Klinik, ist das Durchschnittsalter der Patienten, die wir dort in einem Akutkrankenhaus betreuen, zwischen 70 und 80 Jahren. Diese älteren Bürger sind zu ca. 60 bis 70% Frauen. Als "Außenstehender" - in Anführungsstrichen zum Thema - habe ich als erstes folgende Frage, die die Experten heute mit Sicherheit beantworten werden: "Wir haben das Missverhältnis "Lebenserwartung" bei Männern und Frauen - ich nenne es mal Missverhältnis - das heißt die Frauen leben im Durchschnitt in Deutschland und in den entwickelten Zonen der Welt 8 bis 10 Jahre länger. Statistisch gesehen sind sie viel kränker. Das ist schwierig zu verstehen. Deshalb die Frage: "Wer krank ist, lebt länger?"

Wie sieht es mit der Lebensqualität aus? Wir wissen, dass wir viele ältere Frauen haben, die allein leben. Ich will dagegen halten. Wir haben jetzt fünf neue Chefärzte in Friedrichstadt eingeführt. Ihre Vorgänger sind bei völlig guter Gesundheit mit 65 Jahren in Pension gegangen. Von diesen fünf ehemaligen Chefärzten wissen vier nicht so recht, was sie mit dem Restleben anfangen können. Es gibt also im Alter ebenso vereinsamte Männer - vielleicht? Es treten aber auch ganz spezifische Probleme auf. Denken Sie an das Problem "Sucht Nr.1" in

Deutschland: Rauchen und Alkohol. In unserer Klinik befassen wir uns mit alkoholischen Leberschäden, mit Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse. Wenn Sie die Zahlen von Dresden ansehen, stehen bei der Sterblichkeit an alkoholbedingter Leberzirrhose natürlich die Männer erschreckend an erster Stelle. Dort sehen wir aber schon absolut geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Frauen haben ein viel schlechteres Enzymsystem, um den Alkohol abzubauen. Wenn Sie wissen, dass ein gesunder Mann im Durchschnitt am Tag etwa 50 Gramm reinen Alkohol verträgt aus der Sicht der Leber, dann sind das bei der Frau nur etwa 10 bis 15 Gramm. Das ist im Prinzip ein Glas Wein am Tag - das ist die obere Grenze. Überdenken Sie einmal, was Sie und wir in der letzten Woche bei der Hitze getrunken haben. Da sehen Sie schon, dass dieses Maß bei vielen überschritten ist. Also die Frau, die viel viel weniger trinkt als der Mann, bekommt eher eine alkoholische Leberzirrhose als der Mann. Die Mortalität sieht zum Glück anders aus. Dort ist ein Riesenbedarf der Aufklärung - in beide Richtungen natürlich. Ich denke, dieses Kapitel kann man fortsetzen. Denken Sie an die rauchende Schwangere - ein Problem. Denken Sie an die große Zahl von Frauen, die einfach aus rein medizinischen Gründen heraus, die bekannt sind, viel häufiger Gallensteine kriegen als die Männer. Es gibt also eine Gesundheit der Männer und der Frauen und die sollte hier diskutiert werden. Wenn ich Ihnen nochmals die Zielstellung des heutigen Symposiums vor Augen führen darf. Es geht einmal um die Information über den unterschiedlichen Gesundheitszustand, also wenn Sie so wollen, eine Analyse. Die Ergebnisse sind bei uns bekannt, sie sind in Wien bekannt, sie sind in den entwickelten Ländern bekannt. Die Daten liegen eigentlich vor. Es geht aber auch um die Klärung der Frage: "Kann die Gesundheit der Männer und Frauen durch geschlechtsspezifische Maßnahmen der Gesundheitsförderung beeinflusst werden?" Ja gut, ich denke, auch das kann beantwortet werden. Aber aus diesen Fragen müssen Antworten entstehen. Ich darf mir zu diesem Punkt wünschen, dass am heutigen Nachmittag zu diesen vielen offenen Fragen - die ich aus meiner bescheidenen internistischen Sicht einfach mal etwas aufgereiht habe - Antworten gegeben werden. Außerdem wünsche ich mir, dass diese Antworten dann vielleicht sogar in Beschlüsse der Stadtverwaltung umgesetzt werden. Viel Erfolg und einen schönen Tag hier in Dresden und natürlich zu Ihrer Tagung. Dankeschön.

Moderator: Vielen Dank, in medias res. Wir fangen an mit dem ersten Vortrag von Frau Dr. Hahn von der TU Berlin "Die Gesundheit der Frauen in Ost- und Westdeutschland".

4.2 "Die Gesundheit von Frauen in Ost- und Westdeutschland" - Vortrag von Dr. rer. pol. Daphne Hahn

Frau Dr. Hahn: Sehr verehrte Damen und Herren, es ist das erste Symposium in Sachsen, das sich mit der Gesundheit von Frauen und Männern beschäftigt. Ich kenne kleinere Tagungen, die sich dem Thema "Frauengesundheit" widmeten. Ich weiß nicht, ob es welche zur "Männergesundheit" gibt. Weil es aber die erste ist, will ich zunächst ausführen, wie und warum "Frauengesundheit" zu einem wichtigen Thema in der Forschung wurde.

Ich will meinen Vortrag mit einer Geschichte beginnen, die Ann Okley in einem Buch (Doyal 1991) erzählte und die in verschiedenen Richtungen Anknüpfungspunkte für die heutige Tagung bietet: Ein Arzt bemerkte zu einer schwangeren Frau, das sie ja bereits einen Sohn und eine Tochter hat. "Nein", antwortete die Frau, "ich habe zwei Töchter". Worauf der Arzt

fragt: “Sind Sie da sicher?” und in seinen Aufzeichnungen nachschaute. Selbstverständlich erkannte der Arzt sofort seinen Fehler. Aber das ist nicht der Punkt. Der Punkt ist, dass sein beruflicher Hintergrund, sein medizinisches Wissen ihn glauben ließen, dass sein Urteil dem der Frau überlegen sei, er ihre Kompetenz in eigener Sache missachtete. Diese Geschichte spiegelt die geringe Bedeutung wider, die Frauen als Expertinnen ihrer selbst zugewiesen wird. Gerade hier befindet sich eine Schnittstelle zu diesem Symposium, denn Gesundheitsförderung wie sie in der Ottawa-Charta von 1986 bestimmt wird, zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Das heutige Symposium stellt Geschlecht ins Zentrum der Betrachtungen. Unterschiede in Gesundheit und Krankheit begleiten unseren Alltag, es ist häufig nur die Frage, ob und inwieweit wir sie als geschlechtsspezifische Unterschiede wahrnehmen und nicht als ein jeweils individuelles Ereignis. Mit der Frauenbewegung in den 70-er und 80-er Jahren entwickelte sich die Frauengesundheitsforschung, deren Gegenstand die Erforschung der gesundheitlichen Lage und Versorgung von Frauen sowie deren Bedingungsgefüge ist. Sie konzentriert sich darauf, die gesundheitlichen Belastungen und Erkrankungen ebenso wie gesundheitliche Ressourcen und Potentiale von Frauen im Kontext ihres Lebenszusammenhanges zu beschreiben. Mittlerweile ist die Frauengesundheitsforschung ein etabliertes Forschungsfeld. Empirische Belege darüber, dass sich Frauen und Männer hinsichtlich ihres gesundheitlichen Zustandes, ihrer Gesundheitskonzepte und ihres Gesundheitsverhaltens unterscheiden, existieren mittlerweile reichlich. Für die unterschiedlichsten Indikatoren von Gesundheit konnten Unterschiede zwischen Männern und Frauen aufgezeigt werden. So hat das Geschlecht Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit

- an bestimmten Erkrankungen zu leiden,
- das Versorgungssystem zu kontaktieren,
- eine bestimmte Diagnose gestellt zu bekommen,
- länger zu leben und
- bestimmte Positionen im Gesundheitswesen einzunehmen.

Umfassend beantworten lässt sich die Frage, welche Faktoren im Einzelnen zu diesen Unterschieden in Mortalität und Morbidität von Männern und Frauen beitragen, bis heute nicht. Sicher ist nur, dass die Wirkungsweise komplex ist und die verschiedenen Bereiche eng ineinander greifen. Als Gründe genannt werden beispielsweise:

- Unterschiedliche Arbeits- und Lebensbedingungen von Frauen und Männern, die ihre Gesundheit und ihre gesundheitsbezogene Lebensweise beeinflussen; hierzu zählen die unterschiedliche Einbindung in Beruf und Familie und die Tätigkeit in verschiedenen Berufsfeldern ebenso wie das Rauchen, der Alkoholkonsum oder Bewegungs- bzw. Ernährungsgewohnheiten.
- Beide Geschlechter unterscheiden sich hinsichtlich körperlich-biologischer Bedingungen, die die Gesundheit beeinflussen. Das umfasst zum einen die reproduktive Gesundheit von Frauen, wie die Bereiche Schwangerschaft, Geburt, Klimakterium, aber auch Zusammenhänge zwischen z.B. hormonellen Faktoren und chronischen Erkrankungen wie Brustkrebs.
- Frauen und Männer gehen auf dem Hintergrund unterschiedlicher Sozialisierungserfahrungen und Lebensbedingungen in verschiedener Weise mit Gesundheit, Krankheit und Belastungen um; Frauen scheinen z.B. sensibler auf körperliche und psychische

Beeinträchtigungen zu reagieren und haben ein ausgeprägteres Vorsorgedenken als Männer. Frauen nehmen Belastungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen früher als Männer wahr und suchen eher professionelle Hilfe. Auch das Gesundheitsverständnis von Frauen unterscheidet sich von dem der Männer, und zwar insoweit, dass Frauen Wohlbefinden als wichtige Komponente ihrer Gesundheit verstehen, wohingegen Männer eher ihre Gesundheit über das Vorhandensein bzw. Nichtvorhandensein von Erkrankungen und Beschwerden definieren.

- Frauen und Männer nehmen im Gesundheitswesen unterschiedliche Versorgungsbereiche in Anspruch und werden in der Versorgung von den Professionellen unterschiedlich wahrgenommen und behandelt; hier sei nur für den Myokardinfarkt genannt, dass Frauen trotz gleicher Beschwerden weniger aufwendig diagnostiziert und therapiert werden als Männer – was wiederum auch negative Auswirkungen auf den Behandlungserfolg hat. Auch in der Beziehung zwischen Ärztinnen und Ärzten auf der einen sowie Patientinnen und Patienten auf der anderen Seite zeigen sich deutliche Unterschiede, die oftmals eng mit den Geschlechterrollen und Geschlechterstereotypen verknüpft sind. Diese Beziehung hat auch die Eingangserzählung illustriert. Beschwerden von Frauen werden eher vor dem Hintergrund psychosomatischer Beschwerden erfasst, während bei Männern viel eher nach somatischen Ursachen gesucht wird. Zur unterschiedlichen Behandlung zählt beispielsweise auch, dass Frauen weitaus mehr psychotrope Medikamente verschrieben bekommen als Männer.

Genauso wenig aber wie man für den Geschlechtervergleich verallgemeinert zusammenfassen kann, Frauen wären häufiger krank als Männer, oder Männer häufiger krank als Frauen, ist das für den Vergleich der gesundheitlichen Situation ost- bzw. westdeutscher Frauen möglich. Es zeichnet sich jedoch zehn Jahre nach der “politischen Wende und nach dem zweiten Ost-West-vergleichenden Gesundheitssurvey ab, dass gesundheitliche Unterschiede weiter bestehen oder sogar durch die gesellschaftlichen Umstände befördert wurden.

Ich will im Folgenden anhand einiger ausgewählter Bereiche sowohl auf die geschlechts- als auch die Ost-West-spezifischen Unterschiede von Gesundheit eingehen. Ich werde zunächst einige Aspekte von Gesundheit im Ost-West-Vergleich auf der Grundlage der ersten Auswertungen des aktuellen Nationalen Gesundheitssurveys beleuchten, die sehr gut veranschaulichen, dass zehn Jahre nach der politischen Wende noch Unterschiede in der Lebensweise, d.h. im gesundheitsbezogenen Verhalten bestehen, die sich im Gesundheitsverhalten bzw. dem Krankheitsspektrum widerspiegeln.

Im Anschluss an diese stichpunktartigen Einblicke will ich anhand von drei Beispielen sowohl die geschlechts- als auch die Ost-West-spezifischen Unterschiede von Gesundheit ausführlicher darstellen. Bei diesen drei Beispielen handelt es sich zum einen um Wohlbefinden, beim zweiten um Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten und beim dritten Beispiel um Erwerbslosigkeit und Gesundheit.

Zunächst zum aktuellen Gesundheitssurvey, dessen umfangreiche Datensammlung noch auf eine gründliche Auswertung wartet, die wiederum sicher noch einige Überraschungen zu bieten hat: Einige bestürzende Daten erreichten uns mit der ersten Auswertung zur Entwicklung des Rauchverhaltens. Hier hat es seit dem letzten Gesundheitssurvey 1990/92 erhebliche Veränderungen gegeben, vor allem bei den Frauen. Während der Raucheranteil bei den Männern im Westen um 3% zurückging, bei den Männern im Osten konstant blieb, bei den

Frauen im Westen um 1% stieg, erhöhte sich der Raucherinnenanteil im Osten um 8 Prozentpunkte von 20,5 im Jahr 1990/92 auf 29,1 % 1998. Damit liegt der Anteil an Raucherinnen in den neuen Bundesländern jetzt sogar um ein Prozent höher als in den alten (Junge/Nagel, 1999). Dies wird langfristig das Krankheitsspektrum bei Frauen beeinflussen. Als Folge des erhöhten Anteils rauchender Frauen zeigt sich mittlerweile, dass die Neuerkrankungsrate bei Frauen für Lungenkrebs kontinuierlich ansteigt, während sie beispielsweise für den Gebärmutterhals zurückgeht. Inzwischen ist Lungenkrebs bei Frauen die vierthäufigste Krebserkrankung, 1970 lag sie noch auf Rang acht. Die wichtigste Ursache für diesen Anstieg ist der schon seit Jahren zunehmende Anteil an Raucherinnen. Rauchen gehört in Deutschland zu den bedeutsamsten vermeidbaren Ursachen für Krankheit, Invalidität und vorzeitigem Tod, jährlich sind etwa 100.000 Todesfälle dem Tabakkonsum anzulasten. Ein riesiges Potential für Gesundheitsförderung.

Zu den Bereichen, in denen die aktuellen Zahlen gesundheitliche Unterschiede ermittelten, gehört z.B. die Prävalenz allergischer Krankheiten, die in Westdeutschland häufiger auftreten als in Ostdeutschland. So beträgt z.B. die Prävalenz mindestens einer allergischen Krankheit im Westen 43 %, im Osten 29 %. Die Erkrankungsrate ist bei Frauen aus beiden Teilen des Landes signifikant höher als bei Männern. Jede zweite westdeutsche und jede dritte ostdeutsche Frau gab eine Allergie an. Diese starken Unterschiede sind nicht so recht erklärlich. Ob sie mit dem nach wie vor vorhandenen Unterschieden im Ernährungsverhalten zusammenhängen, wer weiß. Auch in Bezug auf einige Nahrungsmittel gibt es Abweichungen, aber es kann keineswegs verallgemeinert werden, dass Ostdeutsche ungesünder speisen. Sie essen deutlich mehr Obst und mehr Brot, dafür weniger Teigwaren. Sie essen gleichviel Fleisch und auch im Verbrauch von Fetten gibt es nur geringe Differenzen. Bemerkenswert scheint, dass Männer im Osten eine signifikant höhere Menge an Kuchen und Keksen konsumieren (Hermann-Kunz, 1999).

Weitere interessante Ost-West-Unterschiede, die jedoch bisher nicht nach Geschlecht ausgewertet wurden, finden sich in Bezug auf die psychischen Störungen, die in einem Zusatzsurvey vom Max-Planck-Institut für Psychiatrie erhoben wurden. Es zeigte sich, dass Personen in den neuen Bundesländern eine signifikant niedrigere Prävalenzrate an manifesten psychischen Störungen aufweisen. Es könnte zwar sein, dass subjektiv geäußerte psychische Beschwerden in den neuen Bundesländern höher sind, für manifeste Formen psychischer Störungen trifft dies jedoch nicht zu (Wittchen u.a., 1999).

Wohlbefinden und Gesundheit

Hier will ich auch mit meinen ausführlicheren Beispielen ansetzen und danach fragen, wie es mit dem körperlichen, aber auch psychischen Wohlbefinden bei Frauen in Ost- und Westdeutschland aussieht. Die hier vorgestellten Ergebnisse basieren auf Daten des SOEP (Sozioökonomisches Panel) und des Nationalen Gesundheitssurveys 1991/92.

Ostdeutsche und westdeutsche Frauen sind mit ihrer Gesundheit und ihrem Leben insgesamt sehr zufrieden. Mit dem Alter der Frauen nimmt die Zufriedenheit mit der Gesundheit ab, nicht aber die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt. Die Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Frauen sind hierbei relativ gering.

Für das Wohlbefinden lassen sich auch Unterschiede nach Sozialschicht und zwischen ost- u. westdeutschen Frauen feststellen. Frauen der unteren Sozialschicht berichten viel häufiger

einen schlechten Gesundheitszustand als Frauen der Oberschicht. 24,8 % der ostdeutschen und 23,3 % der westdeutschen Frauen der Unterschicht bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht im Vergleich zu 9,6 % der ostdeutschen und 8,1 % der westdeutschen Frauen aus der Oberschicht. Dieser Zusammenhang findet sich ebenfalls bei der gesundheitlichen Beeinträchtigung im Alltag. Der Anteil der Frauen der Unterschicht, die sich erheblich durch ihren Gesundheitszustand beeinträchtigt fühlten, ist im Vergleich zu den Frauen der Oberschicht in Ostdeutschland um das Zweifache und in Westdeutschland um das Vierfache höher. In Ostdeutschland fühlen sich Frauen aus der Oberschicht häufiger am Feierabend müde und erschöpft als die Frauen aus der Unterschicht, während die Unterschiede bei den westdeutschen Frauen gering sind. Im Gegensatz dazu fühlen sich westdeutsche Frauen der Oberschicht häufiger am Feierabend unbefriedigt und bedrückt. Des Weiteren berichten geschiedene bzw. verwitwete Frauen aller Altersgruppen im Unterschied zu ledigen bzw. verheirateten Frauen deutlich häufiger einen schlechteren Gesundheitszustand. Nur ein Drittel der geschiedenen bzw. verwitweten ost- und westdeutschen Frauen schätzen ihre Gesundheit als gut ein, während dies für knapp die Hälfte der ledigen und verheirateten Frauen zutrifft. Eine ähnliche Verteilung zeigt sich auch für die gesundheitliche Beeinträchtigung im Alltag. Zwischen den verschiedenen familiären Lebensformen lassen sich nur relativ geringe Unterschiede im Befinden am Feierabend erkennen.

Frauen mit geringer Schul- und Berufsausbildung sind zu einem höheren Anteil unzufriedener mit ihrer Gesundheit als Frauen mit einer höheren Ausbildung. 30,5% der ostdeutschen Frauen und 23,5% der westdeutschen Frauen ohne Berufsausbildung aber nur 12,7% der ostdeutschen bzw. 8,2% der westdeutschen Hochschulabsolventinnen sind unzufrieden mit ihrer Gesundheit. Dieser Zusammenhang gilt für alle Altersgruppen.

Unzufriedener mit ihrer Gesundheit und dem Leben insgesamt waren die ost- und westdeutschen Frauen der unteren Sozialschicht: 27,7% der ostdeutschen und 26,5% der westdeutschen Frauen der unteren Sozialschicht im Vergleich zu 13,6% der ostdeutschen und 9,8% der westdeutschen Frauen der Oberschicht waren eher nicht zufrieden mit der Gesundheit. Im Hinblick auf die Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt lassen sich ähnliche, aber deutlich schwächer ausgeprägte Unterschiede zwischen den Sozialschichten erkennen.

Frauen ohne Partner, d.h. ledige, verwitwete oder geschiedene sind sowohl mit ihrer Gesundheit als auch mit ihrem Leben insgesamt unzufriedener. Besonders deutlich fällt dies bei den ostdeutschen Frauen auf: 3,8% der Frauen mit Partner waren mit dem Leben insgesamt unzufrieden, dies traf viermal so häufig für Frauen ohne Partner zu.

Die ausgewählten Ergebnisse zeigen eine deutlich schlechtere gesundheitliche Situation bei den älteren Frauen aus Ostdeutschland. Der Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage zeigt allerdings, dass die Sozialschichtzugehörigkeit viel stärker das Wohlbefinden bestimmt als Ost-West-Unterschiede. So beurteilen Frauen mit geringerer Bildung und niedrigerer Sozialschichtzugehörigkeit in Ost- und Westdeutschland ihr körperliches und psychisches Wohlbefinden insgesamt weitaus schlechter.

Ein erster Vergleich der 1998 erhobenen Daten zeigt, dass die Zufriedenheit mit dem Gesundheitszustand allgemein bei Frauen ebenso wie bei Männern anstieg, wobei auch fast zehn Jahre nach der politischen Wende die Gesundheitszufriedenheit im Westen größer ist als im Osten (BMG, 2000).

Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten bei Frauen

Als zweites Beispiel will ich auf den Gebrauch, Missbrauch und Abhängigkeit von psychotropen Medikamenten bei Frauen eingehen. Psychotrope Medikamente sind frauentypische Suchtmittel. Anders als Männer, die eher "harte" Substanzen und Konsumformen bevorzugen, um Stimmungen und Gefühle zu manipulieren, verwenden Frauen sozial unauffälligere Medikamente (Helfferrich, 1994). Insgesamt nehmen Frauen bis zu zweimal häufiger als Männer ärztlich verschriebene oder in Apotheken selbst erworbene Beruhigungs- und Schlafmittel, Antidepressiva und Neuroleptika, Schmerzmittel sowie Medikamente zur Gewichtsreduktion ein. Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS), eine von der Bundesgesundheitsministerin geförderte Einrichtung, schätzt die Zahl der Arzneimittelabhängigen auf 1,5 Millionen. Die häufigsten psychotropen Arzneimittel sind allesamt rezeptpflichtig. Die Prävention gegen Missbrauch und Abhängigkeit muss also bereits auf oder vor der Verschreibungsebene verbessert werden.

Bei Schmerzmitteln ist es so, dass der größte Teil - und zwar 75% - im Rahmen der Selbstbehandlung erworben wird. Im Altersvergleich zeigte sich, dass die meisten Schmerzmittel von Frauen zwischen 40-49 Jahren genommen werden. Auffällig ist auch, dass ältere Frauen zwischen 60 und 69 Jahren weniger Schmerzmittel anwenden, obwohl sie stärker unter schmerzhaften Altersbeschwerden leiden. Allerdings nehmen ältere Frauen zwischen 55 und 69 Jahren häufiger regelmäßig Schmerzmittel als jüngere Frauen unter 55 Jahren (Läer, 1997). Mit steigendem Alter werden mehr Schmerzmittel ärztlich verordnet und die Selbstmedikation sinkt. Auffällig ist, dass ein großer Teil der Schmerzmittelkonsumentinnen zusätzlich weitere psychotrope Medikamente wie Schlaf- und Beruhigungsmittel einnimmt.

Auch hierbei unterscheiden sich Frauen in den alten und neuen Bundesländern voneinander. Nach dem Gesundheitssurvey Ost/West, der in den Jahren 1990-92 durchgeführt wurde, nehmen etwa 3% der Westfrauen und 5% der Ostfrauen zwischen 25 und 69 Jahren täglich Schmerzmittel ein. Hierzu liegen leider noch keine Vergleichszahlen aus dem aktuellen Survey vor.

Eine andere Gruppe psychotroper Medikamente sind die Beruhigungs- und Schlafmittel. Zur Dämpfung von akuten und chronischen Ängsten werden Beruhigungsmittel eingesetzt. Angststörungen werden bei Frauen häufiger diagnostiziert als bei Männern. Bei Schlafmitteln ist es ähnlich. Frauen leiden häufiger unter Schlafstörungen und werden demzufolge auch häufiger mit Schlafmitteln behandelt. Interessant ist hier die Geschlechtsverteilung der Verordnung: Frauen wenden doppelt so häufig abhängigkeitsriskante Mittel (BZD's = benzodiazepinhaltige) an wie Männer. Frauen erhalten Beruhigungs- und Schlafmittel zudem häufig bei diffusen psychosomatischen Beschwerden ohne organischen Befund, offenbar als eine Art "Verlegenheitsmedikation" in Ermangelung anderer effektiver Hilfen. Betrachtet man die Geschlechts- und Altersverteilung hinsichtlich der Verwendung von Beruhigungsmitteln, so unterscheiden sich jüngere Frauen und Männer nicht bei der Verordnungshäufigkeit. Erst ab 30 Jahren werden Frauen mehr Beruhigungsmittel im Vergleich zu Männern verschrieben. Der Verbrauch steigert sich mit zunehmendem Alter rasant und verdoppelt sich in der Altersgruppe der 40 bis 49-jährigen Frauen im Vergleich zu den 30 bis 39-jährigen. Noch mal eine Verdoppelung der Verordnungsraten findet sich bei den 50 bis 59-jährigen Frauen sowie bei den 70 bis 79-jährigen. Die höchste Zahl der Verschreibungen für Beruhigungsmittel weisen die über 80-jährigen hochbetagten Frauen auf.

Bei den Schlafmitteln ist es ähnlich. Auch hier zeigt sich ein vergleichbarer Anstieg mit dem Alter. Zwischen 20 und 60 Jahren verdoppeln sich die Verschreibungen bei den Frauen im 10-Jahres-Abstand. Die ärztliche Therapie mit Schlafmitteln ist also ebenso wie die mit Beruhigungsmitteln vorwiegend eine Therapie im Alter. Die "Ruhigsteller" führen bei den alten Frauen aufgrund der damit einhergehenden Benommenheit und den Schwindelgefühlen häufig zu Stürzen und Knochenbrüchen.

Besorgniserregend ist, dass sich die meisten Langzeitnutzerinnen von Beruhigungs- und Schlafmitteln des Abhängigkeitsrisikos nicht bewusst sind und sie von den Einrichtungen der Suchtberatung und -behandlung nur unzureichend erfasst werden. Die Ärzte wiederum, die Frauen oft jahrelang mit abhängigkeiterzeugenden Medikamenten versorgen, zeigen häufig wenig Aufmerksamkeit für die von ihnen mitverursachte Medikamentenabhängigkeit.

Die lange Medikamentenkarriere erschwert eine Behandlung der Sucht und ihrer zugrundeliegenden inzwischen chronifizierten gesundheitlichen Beschwerden und psychosozialen Belastungen wie z.B. Angststörungen und Depressionen, Einsamkeit und zwischenmenschliche Konflikte. Es sind daher Angebote erforderlich, die den speziellen Bedürfnissen medikamentenabhängiger Frauen entsprechen, die eine längerfristige Einzelbetreuung ermöglichen. Ebenso braucht es Programme zur Prävention von Medikamentenabhängigkeit, die speziell diese Gruppe von Frauen anspricht. Diese müssen sowohl beim Verhalten aber nicht nur dort ansetzen, sondern auch bei der Veränderung von Verhältnissen. Womit ich zu meinem dritten Beispiel "Erwerbslosigkeit und Gesundheit" überleiten will.

Erwerbslosigkeit und Gesundheit

Gesundheitliche Belastungen durch Erwerbslosigkeit ist ein Thema, das gerade für Frauen aus den neuen Bundesländern von besonderer Relevanz ist, da sehr viele Frauen seit 1989 von Arbeitslosigkeit betroffen sind und Erwerbsarbeit hohe Bedeutung für Frauen besitzt. Arbeitslosigkeit bedeutet einen Verlust von ökonomischen und psychosozialen Ressourcen der Gesundheit, vor allem aber einen Verlust der Verbindung mit einem Teil des gesellschaftlichen Lebens. Arbeitslosigkeit reduziert Kooperationserfahrungen, soziale Anerkennung sowie Kontrolle und Einflussnahme.

Grundsätzlich ist die Beschränkung des Arbeitsbegriffes auf den Bereich der Erwerbsarbeit problematisch, um die psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit für Frauen zu erforschen und zwar deshalb, weil angenommen werden kann, dass auch der Arbeitsbereich Haushalt und Familie spezielle gesundheitsrelevante Belastungen enthält, die auch bei einem Verlust der Erwerbsarbeit weiterwirken und die bisher kaum untersucht wurden. Deshalb kann der "isolierte" Einfluss der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit grundsätzlich nur schwer bestimmt werden (Mohr, 1997).

Negative gesundheitliche Effekte zeigen sich vor allem nach einer längeren Phase der Erwerbslosigkeit. Die zur Verfügung stehenden Daten aus dem Gesundheitssurvey von 1991/92 können gerade diesen Prozess noch nicht abbilden. Außerdem kommt hinzu, dass zum Zeitpunkt der Erhebung die Erwerbsbeteiligung von Frauen noch sehr hoch war und der massive Arbeitsplatzabbau erst später einsetzte. Wir müssen also die Auswertung des neuesten Gesundheitssurveys abwarten und hoffen, dass die Ergebnisse nicht ebenso drastisch ausfallen wie bei der Entwicklung des Rauchens.

Es gibt nur wenige Langzeitstudien zur Frauenarbeitslosigkeit. Die jedoch belegen, dass arbeitslose Frauen eine höhere Depressivität aufweisen als erwerbstätige. Daneben zeigt sich,

dass Langzeitarbeitslosigkeit eine bindungszersetzende Wirkung hat und dadurch Familienbeziehungen zerstört werden können. Das wiederum würde – um das in Bezug auf das vorherige Beispiel zu setzen – bei der gängigen Umgangsweise mit dieser Art gesundheitlicher Beeinträchtigung wieder zu einer Behandlung führen, in der die regelmäßige Zuführung von beruhigenden und antidepressiven Medikamenten im Vordergrund steht. Ob den Frauen damit wirklich geholfen ist?

Nun soll das Symposium ja auch dazu dienen, Anstöße im Hinblick auf eine geschlechtsspezifische Gesundheitsförderung zu geben. Dafür will ich noch mal an die Geschichte vom Anfang erinnern: eine Frau, der die Fähigkeit abgesprochen wurde, das Geschlecht ihrer Kinder richtig zu nennen.

Gesundheitsförderung zielt auf die Verbesserung der Lebensqualität, des Wohlbefindens. Sollen Programme zur Gesundheitsförderung erfolgreich sein und Lebensqualität verbessern, müssen das Wissen und die Erfahrungen von Frauen ernst genommen werden, müssen Frauen als Expertinnen ihrer unterschiedlichen Lebensbereiche wahrgenommen und in Gesundheitsförderprogramme einbezogen werden. Im Sinne der Ottawa Charta (WHO, 1986) steht Gesundheitsförderung in sozialer Verantwortung. Die Stärken der Frauen und ihre Fähigkeiten, sich für ihre Gesundheitsbelange einzusetzen, sollen im Mittelpunkt stehen. Ressourcen und Belastungen von Frauen bestimmen gemeinsam ihr Wohlbefinden, ihren Gesundheitszustand und ihre Gestaltungsfähigkeit.

Vorrangiges Ziel gesundheitlicher Versorgung ist die Verhütung von Krankheit und Förderung der Gesundheit. Dazu sind im Sinne der Verhältnisprävention strukturelle Rahmenbedingungen in den Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen, die dem Erhalt der Gesundheit förderlich sind. Die subjektiven Ressourcen von Frauen sind zu stärken und ihr Gesundheitshandeln in einem ganzheitlich-salutogenetischen Verständnis zu befördern. Für beide Geschlechter gilt, dass sozialen Benachteiligungen in Gesundheit und Krankheit entgegen zu wirken ist.

In der Gesundheitsförderung sind bereits Ansätze entstanden, die auf den spezifischen Bedarf von Frauen ausgerichtet sind und eine Orientierung für die nach dem § 20 Sozialgesetzbuch V zu entwickelnden Maßnahmen und Programme darstellen. Sie können Modellcharakter gewinnen, wo ihre Impulse auf breiter Ebene übernommen werden. Dabei ist zu wünschen - und damit will ich meinen Vortrag abschließen - dass bedarfsbezogen auch verstärkt Angebote entstehen, die auf spezifische Gesundheitsprobleme von Männern eingehen. Handlungsfelder, Leitlinien und Qualitätskriterien für Prävention und Gesundheitsförderung müssen die Geschlechterperspektive systematisch mit berücksichtigen.

Lassen Sie mich zum Abschluss noch einen Bezug zu aktuellen Ereignissen herstellen. Ich habe heute morgen in der Sächsischen Zeitung gelesen, dass in Sachsen die Kindergartengebühren um 25 Prozent angehoben werden sollen. Sie wissen, dass ein Anstieg der Gebühren dazu führt, dass viele Mütter ihre Kinder dann nicht mehr außerhäusig betreuen lassen können und im Anschluss daran eine Reihe von Optionen bzw. Chancen für sie entfallen. Für solche Entscheidungen sollte man unbedingt bedenken, dass auch institutionelle Entlastungsstrategien zur Gesundheitsförderung von Frauen beitragen (natürlich auch von Männern, aber die Betreuungsaufgaben übernehmen noch immer überwiegend Frauen). Gerade im Hinblick auf den Gesundheitsförderansatz der Ottawa-Charta sind gesundheitliche Aspekte zu berücksichtigen und auch in solche Entscheidungen mit einzubeziehen.

Ich bedanke mich.

Literatur:

- BMG – Bundesministerium für Gesundheit: "Gesundheit in den neuen Ländern – Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutsche Einheit", 2000
- Doyal, L.: Promoting women's health. In: Badura, Bernhard; Kickbusch, Ilona (eds.): Health promotion research. Towards a new social epidemiology. WHO Regional Publication. No. 37. Copenhagen, 1991.
- Helfferrich, C.: Jugend, Körper und Geschlecht. Die Suche nach sexueller Identität. Opladen: Leske+Budrich, 1994
- Hermann-Kunz, E.: Häufigkeit allergischer Krankheiten in Ost- und Westdeutschland. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, 100-105, 1999
- Junge, B.; Nagel, M.: Das Rauchverhalten in Deutschland. Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, 121-125, 1999
- Läer, C.: Analyse des Gebrauchs schwach wirksamer Analgetika in der Bundesrepublik (West) von 1984- 1991. Dissertation. Berlin: Humboldt-Universität, 1997
- Mohr, G.: Erwerbslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und psychische Befindlichkeit. Wirtschaftspsychologie, Bd. 5. Frankfurt am Main: Lang, 1997
- Wittchen, H.-U.; Müller, N.; Pfister, H.; Winter, S.; Schmidtkunz, B.: Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". Gesundheitswesen 61, Sonderheft 2, 216-222, 1999

Diskussion:

Moderator: Vielen Dank, ich denke wir haben nach jedem Referat kurz Gelegenheit zur Diskussion. Gibt es Anmerkungen, Fragen von Seiten des Auditoriums?

Teilnehmer A: Woher haben Sie die Daten, auf die Sie in Ihrem Vortrag eingegangen sind?

Frau Dr. Hahn: Meinen Ausführungen liegen sowohl Daten des Sozio-ökonomischen Panels als auch der Gesundheitssurveys von 1991/92 bzw. 1998 zugrunde. Es ist in den letzten drei Jahren ein Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen erarbeitet worden, der wird zu Beginn des kommenden Jahres der Öffentlichkeit vorgestellt. Die Daten des Gesundheitssurveys kann man über das Robert-Koch-Institut beziehen.

Moderator: Weitere Anmerkungen?

Erste Frage des Teilnehmers B: Mich interessiert, wie die Fragen, die Sie hier beantwortet haben, in den Nachbarländern Deutschlands beantwortet werden. Gibt es dazu Erhebungen, z.B. in Polen oder in der Tschechei, Frankreich oder in der Schweiz? Gibt es da ähnliche Probleme?

Zweite Frage des Teilnehmers B: Ist mal daran gedacht, in Deutschland nicht nur Ost und West zu vergleichen sondern auch Nord und Süd?

Frau Dr. Hahn: Zur ersten Frage: In den osteuropäischen Ländern gibt es keine etablierte Gesundheitsberichterstattung. Es existieren nur kleinere, überwiegend auch qualitative Untersuchungen in Bezug auf Frauen, in Bezug auf Männer weiß ich es nicht - mittel- und westeuropäische Länder haben eine Gesundheitsberichterstattung. Es gibt jedoch bisher keine Analyse hinsichtlich ihrer Vergleichbarkeit. Die steht noch aus.

Moderator: Welche praktische Schlussfolgerungen leiten Sie aus den Ergebnissen ab?

Frau Dr. Hahn: Es gibt im Gesundheitsbericht eindeutige Empfehlungen in Bezug auf Gesundheitsförderung aber auch in Bezug auf die Behandlungen - zumindest, wie der Bericht zur Zeit vorliegt - ob er so veröffentlicht wird, das kann ich Ihnen noch nicht sagen.

Moderator: Wenn keine weiteren Fragen/Anmerkungen zum Vortrag von Frau Dr. Hahn vorliegen, begrüße ich Herrn Professor Eickenberg vom Franziskushospital in Bielefeld, der über die gesundheitliche Anfälligkeit von Knaben und Männern sprechen wird.

4.3 "Die gesundheitliche Anfälligkeit der Knaben und Männer - ein genetisches Problem – Fragezeichen" - Vortrag von Professor Dr. med. Eickenberg

Gekürzte Fassung des Referats auf dem Symposium im Mai 2000.

Prof. Eickenberg: Vielen Dank. Einige Worte zu meiner Tätigkeit. Ich bin seit 30 Jahren Männerarzt und behandle seit dieser Zeit Krankheiten. Seit sechs Jahren befasse ich mich außerdem mit der Gesundheit von Männern und zwar im Forschungsprogramm der Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld zusammen mit Herrn Hurrelmann. Als Drittes kommt der Forschungsteil hinzu, in dem ich mich mit genetischen Aspekten beschäftige. Das nur als Hintergrund.

"Gold" und "Silber" werden die beiden weiblichen eineiigen Zwillinge benannt, die in Japan über 90 Jahre alt wurden. "Silber" ist Ende letzten Jahres gestorben und "Gold" Anfang dieses Jahres. Was sagt uns das? In Japan, wo die Lebenserwartung im Vergleich zu Europa höher liegt, leben die Frauen auch länger als die Männer. Wenn die biologische Uhr abgelaufen ist, dann ist das Leben zu Ende. Das zeigen uns auch diese eineiigen Zwillingen, die den gleichen Lebenswandel hatten, den gleichen Risikofaktoren ausgesetzt waren. Die Lebenserwartung liegt in Deutschland bei ca. 80 Jahren für die Frauen und bei ca. 73 Jahren für die Männer. Das war nicht immer so. Diese Schere ist immer weiter auseinander gegangen. Um die Jahrhundertwende und vor 1870 - (1870 wurden zum ersten Mal geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Leben und Tod aufgezeichnet) - lag die Lebenserwartung um 45 Jahre. Der Unterschied zwischen Mann und Frau betrug gerade eineinhalb Jahre zu Gunsten der Frau. Das änderte sich im Zeitalter der Industrialisierung, als die Lebenserwartung im Ganzen anstieg, aber die Lebenserwartung der Männer immer weiter der der Frau hinterherhinkte. Die Fakultät für Gesundheitswissenschaften Bielefeld verwendet den Ansatz - um z.B. die unterschiedliche Lebenserwartung zu erklären - dass die Frau das Modell ist, an dem der Mann gemessen wird. Wir haben bisher 120 Defizite des Mannes dargestellt im Vergleich zur Frau. Ein Defizit davon ist "7 Jahre geringere Lebenserwartung". Was ist die Erklärung hierfür? Tabelle 1 zeigt die Todesraten von Männern und Frauen aufgeschlüsselt nach den Haupttodesursachen.

Tabelle 1: Todesraten von Männern und Frauen nach Haupttodesursachen
(U. S. Department of Health and Human Services, 1987; Monthly Vital Statistics Report, 1989)

Rangfolge	Todesursache	Männer-Frauen
1.	Herzkrankheit	1,9 zu 1
2.	Krebs	1,5 zu 1
3.	Hirnschlag	1,2 zu 1
4.	Unfälle und andere Außeneinwirkungen	2,7 zu 1
5.	chronische Lungenkrankheiten	2,0 zu 1
6.	Lungenentzündung und Grippe	1,8 zu 1
7.	Diabetes mellitus	1,1 zu 1
8.	Suizid	3,9 zu 1
9.	Chronische Leberkrankheit u. Zirrhose	2,3 zu 1
10.	Arterienverkalkung	1,3 zu 1
11.	Nierenentzündungen, Nephrose	1,5 zu 1
12.	Mord oder Hinrichtung	2,0 zu 1
13.	Blutvergiftung, Sepsis	1,4 zu 1
14.	Tod vor, während oder kurz nach der Geburt	1,3 zu 1
15.	Aids	9,1 zu 1
16.	Life style Drogen	10 zu 1

Die Krankheiten, die zum Tode führen, sind beim Mann fast immer häufiger zu finden als bei der Frau. An Herz-Kreislauf-Erkrankungen sterben z.B. Männer doppelt so häufig als Frauen, beim Suizid liegt das Verhältnis bei "4 zu 1", bei AIDS bei "9 zu 1". Dieses bevorzugte Ziel von tödlichen Krankheiten auf den Mann - im Vergleich zur Frau - nennt man Androtropie. Androtropie ist ein Forschungszweig, der sich aufgetan hat und sich damit beschäftigt, welche Krankheiten zum vorzeitigen Tod des Mannes führen.

Im Oktober letzten Jahres ging es durch die Medien, dass das kleinste Chromosom komplett aufgeschlüsselt worden ist. Das ist vergleichbar mit der Mondlandung vor über 30 Jahren. Hier war es eine Sensation, ein Quantensprung, etwas ganz Besonderes. Die komplette Aufschlüsselung des ersten Gens im Oktober wurde eigentlich kaum registriert, hat aber gezeigt, was für ein Tempo in der Genforschung vorliegt und was sich jetzt hier abspielt. Gene, die - und jetzt komme ich wieder zu den Krankheiten des Mannes - auch gewisse Defekte zeigen, ob sie komplett sind, wissen wir noch nicht. Bei den Krankheiten, die mich interessieren, z.B. das Prostatakarzinom, der häufigste Krebs des Mannes, ist es so, dass mehrere Gene verantwortlich sind. Dass hier eine familiäre Häufung da ist, das hat Konsequenzen auf die Schlussfolgerungen, auf die ich später eingehen werde. Auch seltenere Erkrankungen wie der Hypogonadismus, Hormonmangel sind ebenso genetisch angelegt wie Immundefekte, die übrigens nur beim Mann so häufig in dominanter Form vorhanden sind. Wenn Sie jetzt wieder

den Bogen schlagen zu AIDS "9 zu 1", "Mann zu Frau", könnte hier ein Schlüssel sein, warum Männer häufiger daran erkranken.

Die ersten Genchips sind auf dem Markt, die das Arterioskleroserisiko im Hinblick auf Genveränderungen definieren wollen. Herr Assmann von der Universität Münster ist auf diesem Gebiet sehr aktiv. Beim Prostatakarzinom, dem häufigsten Krebs des Mannes, tut sich auch etwas. Das heißt, es wird hier rasant weiter gehen. Wir schauen nun diese Neuentwicklungen der Genforschung und der Daten aus den Genchips an und setzen sie in Beziehung zu den Erfahrungen über Männergesundheit. Wir versuchen die Fragen zu beantworten: Warum haben Männer eine kürzere Lebenserwartung? Warum werden Männer eher krank? Warum treten bestimmte Krankheiten gezielt beim Mann auf?

Wenn Sie schauen, was die zehn Ursachen von Tod und Invalidität werden im Vergleich "jetzt" zu "später", so sind es nicht mehr die Infektionen oder die Geburtskomplikationen sondern in 40 Jahren dürften es sein: Herzerkrankungen, Gefäßerkrankungen im Gehirn. Die Depression ist die Krankheit, die auf uns zukommen wird, bei Männern gehäuft als bei Frauen. Auch Verkehrsunfälle nicht nur auf der Autobahn sondern auch mit Flugzeugen werden zunehmen. Das sind die Krankheiten, die stärker bei Männern als bei Frauen auftreten werden.

Durch 30 Jahre Arbeit an Männern mit Krankheit weiß ich, dass man das Verhalten von Männern, wenn sie schon erkrankt sind, sehr wenig ändern kann. Die ersten Ergebnisse auf dem Gebiet "Männergesundheitsforschung" zeigen, dass man Männer auch sehr schwer zur Prävention von Krankheiten erziehen kann. Nehmen Sie die Vorsorgeuntersuchungen. 36% der Frauen gehen zur regelmäßigen Vorsorgeuntersuchung, bei den Männern sind es gerade 12 %.

Warum? Was kann man tun? Na gut, sagen die einen, dann müssen die Männer von den Frauen lernen. Frauen hören in sich hinein. Spätestens wenn sie ihre erste Periode haben, hören sie in ihren Körper hinein, bemerken Unstimmigkeiten und gehen deshalb häufiger zum Arzt. Der Mann ist erzogen "Augen zu, Indianer kennt keinen Schmerz, Zähne zusammen beißen". Das kann sich ändern, aber es reicht wahrscheinlich nicht aus, den Mann zu erziehen, sich gesünder zu verhalten - auch wenn die Frau sich darum kümmern würde. Zweites Problem: "Warum sollen sich die Frauen um die Gesundheit des Mannes kümmern?" In Amerika gibt es ein Programm in dem die Frauen aufgefordert werden ihre Männer zum Arzt zu bringen. Das scheint die absolut falsche Entwicklung in der Sozialisation zu sein, da die Männer immer mehr zu Kindern werden, unmündig werden, noch mehr "von der Rolle" gehen. Depression ist eine Folge. Es muss einen anderen Weg geben. Der andere Weg - so wie wir ihn in Bielefeld begonnen haben - ist das "Vater-Sohn-Projekt". Wir sagen ganz einfach:

1. Den Mann selbst kann man schlecht umerziehen.
2. Der heranwachsende Sohn ist dann umzuerziehen oder durch Prävention aufzuklären, oder zu beeinflussen, eine gesundheitsfördernde Maßnahme zu ergreifen, wenn es über den Vater geht. In der Praxis sieht das folgendermaßen aus. Wenn zum Beispiel der
 - 20-jährige junge Mann zum Männerarzt geht mit einem Hodentumor - Hodenkrebs ist eine Erkrankung des jüngeren Mannes
 - der 30-jährige mit Prostatitis
 - der 40-jährige mit Hormonproblemen
 - der 50-jährige mit Prostatavergrößerung
 - der 60-/70-jährige mit Osteoporose - eine Folge der Hormonmangelerscheinung, wie bei der Frau -
 - der 80-jährige mit Prostatakrebs,

so fragt der Männerarzt diesen Patienten: "Haben Sie einen Sohn?" (*etwa die Hälfte hat einen Sohn*) "Wäre Ihr Sohn daran interessiert, etwas über Ihre Krankheit zu erfahren?"

Es wird mancher sagen "Nein, das ist meine Sache". Der Arzt wird weiter fragen: "Ist Ihr Sohn daran interessiert zu erfahren, ob er die Krankheit, die Sie bekommen haben, auch irgendwann bekommen könnte?" Das Ergebnis einer ersten Rückkopplung von drei Praxen in Norddeutschland ist: 80 Prozent sagen "ja" und bisher 30 Prozent bringen ihren Sohn mit zur Gesundheitsaufklärung, so dass man über diese Schiene erst einmal ein Verständnis bekommt für die Krankheit des Vaters aber auch evtl. Verhaltensweisen ändern kann. Aber - und das ist die große Frage- der Sohn sagt: "Die Krankheit hat mein Vater bekommen, die habe ich ja nicht bekommen, ich werde sie auch nicht bekommen". Da konnte man früher sagen: "Wir wissen es nicht". Jetzt weiß man es. Gentests, Genchips, Genuntersuchungen vom Vater, vom Sohn zeigen an, wie weit eine Übereinstimmung bei bestimmten Erkrankungen vorliegt. So kann man den Sohn über bestimmte Erkrankungen aufklären, die hinzukommen werden. Man erreicht nicht, dass sie dann nicht mehr erscheinen - sie sind ja genetisch festgelegt. Man kann aber versuchen, die epigenetischen Phänomene, die Risikofaktoren, die Umweltfaktoren, das schlechte Gesundheitsverhalten, die Ernährung zu verändern und damit vielleicht die Krankheit hinaus schieben. Das ist das Ziel. Damit haben wir zum ersten Mal eine individuelle Gesundheitsaufklärung basierend auf wissenschaftlichen Fakten. Vielen Dank.

Literatur:

U. S. Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, (USDH&HS/NCHS) Center for Disease Control, Monthly Vital Statistics Report, Bd. 38, Nr. 5, Beilage, 26. September 1989, Advance Report of Final Mortality Statistics, 1987, S. 6, Tabelle D, Ratio of Age-Adjusted Death Rates for the 15 Leading Causes of Death by Sex and Race: United States, 1987.

Hinweis:

Professor Eickenberg stellte dem Büro des WHO-Projektes “Gesunde Städte” einen Vortrag zum Thema “Männergesundheit” mit folgender Gliederung zur Verfügung:

“Männergesundheit - Warum sterben Männer früher?”

- *Der biologische Faktor*
- *Der Industrialisierungsfaktor*
- *Der genetische Faktor*
- *Warum die Männerrolle lebensgefährlich ist*
 - *Die männliche Art mit Schwächen umzugehen*
 - *Männliche Fürsorge*
- *Männer werden von der medizinischen Forschung vernachlässigt*
- *Der geschlechtsspezifische Herzinfarkt*
- *Ist die Gesundheitspolitik diskriminierend?*
- *Nehmen Ärzte (weil sie Männer sind) Krankheitssymptome von Männern ernster als Frauen?*
- *Lösungsvorschläge*
- *Gesundheitsfragen, die bei Männern kaum erforscht sind*
 - *LSD-Syndrom*
 - *Hormontief des alternden Mannes*
- *Krankheiten, die auf den vorzeitigen Tod des Mannes zielen*
 - *Depression und Suizid*
 - *Life Style Drugs*
- *Anmerkungen mit Literaturverzeichnis*

Dieser Vortrag kann Interessenten zur Verfügung gestellt werden.

Diskussion:

Moderator: Vielen Dank. Gibt es Anmerkungen, Diskussionsbeiträge, Fragen?

Teilnehmer C: Wir haben von Frau Dr. Hahn gehört, dass Frauen häufiger an psychischen Störungen leiden, vor allem an Angstzuständen. Sie haben gerade die Depression des Mannes – als Krankheit, die auf uns zukommen wird - an zweiter Stelle genannt. Wie erklären Sie sich diese Entwicklung?

Professor Eickenberg: Diese Statistik der Harvard University - diese Projektion in die nächsten 40 Jahre - gilt für Mann und Frau. Es ist die Häufigkeit der Erkrankungen, die zum Tode und zur Invalidität führt. Herzkreislauf-Erkrankungen sind die Nummer 1. Bei Frauen werden sie zunehmen, wenn sie Männerrollen übernehmen und sich wie Männer verhalten: Rauchen, Trinken. Die Depression ist die psychische Erkrankung, die wohl am meisten ansteigen wird - aber vermehrt bei Männern. Das versuchte ich vorhin auszuführen.

Frau Prof. Rieder: Sie haben etwas sehr wichtiges auch für uns gesagt, die wir in Wien jetzt zum Beispiel sehr viel öffentliche Männergesundheit machen. Wo immer wieder der Anspruch auch kommt, oder die Frage oder die Bemerkung "Sollten nicht die Frauen besser auf die Männer aufpassen? Sollten nicht die Frauen, die ja sowieso schon gesundheitsbewusster als die Männer sind, sollten nicht die Frauen sich auch um die Gesundheit der Männer noch mehr kümmern?" Erstens tun sie das sowieso schon seit langer Zeit. Zweitens führt das sicherlich zu Konflikten und ich glaube gerade in der Gesundheitsförderung ist es wichtig, diese Selbstverantwortung und auch das Selbstbewusstsein in Sachen Gesundheit zu lernen. Da bin ich sehr froh, weil Sie das auch so sehen. (Weil es Ansätze dazu gibt, dass man wiederum

die Verantwortung für die Männergesundheit den Frauen übergibt. Ich arbeite zwar in beiden Bereichen. Aber ich glaube, das ist nicht der Weg.)

Einwurf Prof. Eickenberg: Das ist der Fehler, der in Amerika zurzeit begangen wird, den Mann noch unmündiger zu machen. Ich habe den gleichen Fehler vor 6 Jahren gemacht, als ich in Bielefeld über "Erkrankungen des Mannes" im Zusammenhang mit einem Programm der "Gesundheitsaufklärung für Männer" gesprochen und mehr als Scherz gesagt habe: "Die Frauen sollen sich um die Prostata des Mannes kümmern". Es gab erst einmal einen Aufschrei. Hinterher war ein Leserbrief in den Zeitungen, was das sollte, die Männer sollen sich selber darum kümmern. **Aber:** der letzte Leserbrief war "Die Prostata gehört uns! Unterschrift: Männergruppe Bielefeld".

Teilnehmer D: Ich habe zwei Probleme: erstes Problem Sie könnten mit einer Genomuntersuchung beim zehnjährigen oder fünfjährigen oder 15-jährigen Jungen feststellen - so ist ja das Ziel - ob dieser Junge mit 60 oder 70 Jahren an Prostatakarzinom erkrankt. Ob er, wenn er zusätzliche Faktoren hat, d.h. z.B. raucht, mit 40 Jahren an Bronchialkarzinom leidet. Jetzt sagen Sie -, ich sage das mal behutsam - als Zukunftsvision: "Gut, dann können wir etwas machen". Meine Frage ist: "Was wollen Sie machen? Wollen Sie dem Zehnjährigen sagen, oder den Eltern, wenn der Junge raucht, kriegt er mit 40 Jahren ein Karzinom - dann sind wir bei der Aufklärung. Wollen Sie dem Zehnjährigen sagen, wenn er 70 Jahre alt wird - und das werden wir erreichen - kriegt er ein Prostatakarzinom. Dann nimmt er sich vielleicht mit 50 Jahren das Leben, weil er das nicht erreichen will. Ich will nur auf ein paar Dinge hinweisen, die - so faszinierend diese Theorie ist - sich auf die Realisierung beziehen: "Wie soll man das machen?" Hinzu kommt: "Wer soll das bezahlen?" (*Zwischenruf:* "Letzteres lassen wir mal außen vor.")

Fortsetzung der Frage des Teilnehmers D: Das zweite Problem nun für mich persönlich: "Sie sind Männerarzt, den Begriff habe ich noch nie gehört, finde es aber faszinierend. Es gibt ja auch einen Frauenarzt, vielleicht ist das ein Weg, mänderspezifische Probleme bei diesen Spezialisten lösen zu lassen. Also einfach die Frage: "Verwenden Sie den Begriff "Männerarzt" im wahrsten Sinne des Wortes als neue Fachrichtung oder ist das Ihre Forschungsrichtung?"

Professor Eickenberg: Den Begriff "Männerarzt" gibt es aus kassentechnischer Sicht nicht. Es streiten sich zur Zeit drei bis vier Arztgruppen darum, wer der Männerarzt werden sollte. Es wird ihn aber geben, wie es den Frauenarzt für die Frau gibt. Derjenige, der den Männern am nächsten steht, ist der Urologe - 80 Prozent seiner Klientel sind Männer. Er muss sich aber in seinem Spektrum erweitern: Hormone, Genetik usw. gehören dazu. Es gibt auch Endokrinologen, Andrologen, Gynäkologen, die sich alle mit dem Mann beschäftigen. Der Mann wird gerade entdeckt. Es besteht ja auch Nachholbedarf - sieben Jahre geringere Lebenserwartung allein ist eine Erklärung oder ist Grund genug, sich mit dem Mann zu beschäftigen. Ob das klappen wird "Vater-Sohn-Projekt", "genetische Untersuchungen" und dann "Aufklärung", "gesundheitsfördernde Maßnahmen", das ist die Frage. Es ist zumindest ein Ansatzpunkt, wo man etwas Handfestes hat. Es geht hier zum ersten Mal nicht um eine generelle Empfehlung, die in der Regel nicht zieht. Wir sehen es ja:

- generelle Empfehlung "Vorsorgeuntersuchung beim Mann": nur 13 Prozent nehmen sie in Anspruch

- generelles Rauchverbot beim Mann: viel schlechter akzeptiert als bei Frauen
- generelles Gesundheitsverhalten beim Mann "Du darfst nicht fett essen": wird nicht akzeptiert usw.

Unser Ansatz ist, über die Krankheit des Vaters auf den Sohn einzuwirken. Man kann jetzt beweisen, weil die Genstruktur das hergibt - dass ein Prostatakarzinom oder ein Herzinfarkt mit 40 kommen wird, wenn das Verhalten nicht verändert wird. Wir haben hier zum ersten Mal einen individuellen Ansatz, um tatsächlich etwas zu bewegen. Das ist meine feste Überzeugung.

Moderator: Auf Grund der fortgeschrittenen Zeit bitte ich darum, die Argumente für die Abschlussdiskussion zu verwenden. Ich denke, wir sollten jetzt weitermachen mit einem anderen Aspekt. Ich begrüße Herrn Professor Böhnisch von der TU Dresden, der über **männliche Sozialisation und Gesundheit** sprechen wird.

4.5 "Männliche Sozialisation und Gesundheit" - Vortrag von Prof. Lothar Böhnisch

Prof.: Böhnisch: Ich halte mich im Folgenden an den erweiterten Gesundheitsbegriff, wie ihn die WHO entwickelt hat und der den Gesamtkomplex des psychischen und sozialen Wohlbefindens des Menschen umfasst. Gleichzeitig folge ich – im Sinne dieses erweiterten Gesundheitsbegriffes – jenen vier Dimensionen der Störung von Gesundheit (eben Krankheit im engeren und weiteren Sinne) wie sie in den bisherigen Vorträgen zur Sprache kamen:

- zum einen der somatische Komplex, der durch Stresseinwirkung entsteht und der gerade für den Mann sehr folgenreich ist,
- zum Zweiten der Bereich des Risikoverhaltens, das deutliche geschlechtstypische Unterschiede zeigt,
- zum Dritten der Komplex der Gewalt, also vor allem hier der körperlichen Gewalt gegen andere, die ebenfalls sehr geschlechtstypisch verteilt ist,
- schließlich der Bereich des Gesundheitsverhaltens, der geschlechtstypischen Möglichkeiten des Zugangs zum eigenen Körper, des unterschiedlichen Aufnehmens von Warnsignalen aus dem Körper heraus.

Natürlich sind hier zwei Vorbemerkungen zu machen: Es gibt nicht *die* Männer, es gibt ganz unterschiedliche Männlichkeiten und damit auch unterschiedliche Umgangsweisen mit Gesundheit, mit dem eigenen Körper und mit anderen. Zum Zweiten: Sozialwissenschaftliche Befunde sind immer Durchschnittsbefunde, sie zeigen Trends an.

Solche Trends signalisiert auch eine neuere Männerstudie, die 1998 in der Bundesrepublik Deutschland als repräsentative Umfrage organisiert wurde. Die Autoren (Volz/Zulehner) befragten 1200 Männer und eine fast ähnliche Anzahl von Frauen zum Thema "Selbstkonzept, Lebensinszenierung u. Partnerverhalten von Männern unterschiedlichen Alters". Die Studie arbeitet vier Männertypen heraus: Auf der einen Seite einen traditionellen Männertyp (rund 20 Prozent) mit mangelndem oder keinem Bezug zu sich selbst sowie mit Dominanzgefühl u. einem unübersehbaren Abwertungsverhalten Frauen gegenüber. Zum anderen – gleichsam als Gegenpol – den Typ des "neuen Mannes" mit relativ hohem Selbstbezug, Toleranzorientierung und großer Empathie gegenüber anderen u. Frauen. Außerdem zwei Typen, welche ein

breites Einstellungsfeld zwischen den beiden Polen des traditionellen und neuen Mannes bilden, der *pragmatische* und der *unsichere* Mann. Der pragmatische Mann ist der, der sich angesichts der Verhältnisse, in denen er lebt, sozial verträglich durchschlägt. Es ist ein Männertyp, der flexibel ist, der Frauen achtet, wenn es denn beruflich sein muss, vor allem, wenn man es sich nicht leisten kann - z.B. im Beruf – Frauen abzuwerten. Der unsichere Mann dagegen ist der, der nicht richtig weiß wie er sich als Mann verhalten soll. Er ist oft mit sehr starken Frauen liiert.

Von dieser Verteilung her – jeweils ein Fünftel werden dem neuen oder dem traditionellen Männertyp zugerechnet, dazwischen ist eine diffuse Breite von pragmatisch bis unsicheren Männern – bringt auch diese Männerstudie wenig Neues. Diese Verteilung gab es schon in anderen Männerstudien der 80-er und 90-er Jahre.

Deutlicher wird aber in dieser Studie – gegenüber anderen zuvor – dass Männlichkeit ein wichtiges Mittel der Identitätsfindung und des sozialen Anschlusses ist. Ich möchte deshalb auch im Folgenden stärker vom ‘Mannsein‘ als begrifflichen Ausdruck dieser Befindlichkeit sprechen. Dann werden auch bestimmte Befunde dieser Männerstudie interessant: So wollen über ein Drittel der befragten Männer die drei Jahre Erziehungsurlaub in Anspruch nehmen, aber in der Wirklichkeit sind es nur gut ein Prozent in der Bundesrepublik, die das tun. Es sind die ‘gesellschaftlichen Verhältnisse’, so sagen die Männer, die dies nicht zulassen. Sie meinen damit die Anspannung in Arbeit und Beruf, die Ausnutzung, denen viele Männer heute in modernen Betrieben mit hoher ‘Corporate identity’ unterliegen. Hier sind wir mitten in dem ersten Spannungsbereich gestörter Gesundheit, den Stresszonen, die vielen von uns nicht bewusst sind, die erst kritische Lebensereignisse brauchen, über die sie zum Vorschein kommen. Diesen Spannungsbereich könnte man auch mit dem Begriff des ‘Verwehrtseins’ kennzeichnen: Männer möchten gerne anders leben, anders agieren, sich anderen gegenüber empathischer verhalten, aber es ist ihnen strukturell verwehrt. Diese Verwehrtheit kann man auch mit dem Begriff der ‘Bedürftigkeit’ bezeichnen, die das unkontrollierte Verhalten vieler Männer in kritischen Situationen – z.B. Gewalt in der Familie – leitet.

Diese Bedürftigkeit wiederum ist in solchen großen Einstellungsuntersuchungen, welche eher das Verhältnis des Mannes zu gesellschaftlichen Anforderungen widerspiegeln, zwar ahnbar aber nicht direkt auffindbar. Die Umfrage zeigt uns nur, dass Männer unter dem gesellschaftlichen Druck stehen, flexibler zu sein, denn starre Geschlechterrollen haben in einer flexibilisierten Industriegesellschaft nichts mehr zu suchen.

Deutlich wird diese Bedürftigkeit aber aus Befunden, die aus dem psychotherapeutischen und klinischen Bereich stammen (vgl. dazu Brandes/Bullinger, 1996). Hier finden wir das Mannsein in seiner Bewältigungsproblematik, sehen, wie Männer in ihren Bewältigungsstrategien bei kritischen Lebensereignissen stark nach klassischen Männerbildern greifen, die dann wieder schwer aufzulösen sind. Wir erfahren so die zwei Seiten des Mannseins: Der Mann, der gesellschaftlich mithalten muss und gleichzeitig große Schwierigkeiten hat, in kritischen Lebenssituationen zu sich selbst zu kommen.

In der zweiten Dimension der Störung von Gesundheit, dem Risikoverhalten, tritt das jungen- und männertypische Problemverhalten deutlich hervor. Jungen und Männer verhalten sich – das zeigen auch die Risiko- und Kriminalitätsstatistiken – stärker nach außen riskant, während sich Mädchen riskanter nach innen, gegen sich selbst verhalten. Dieses jungen- und männertypische riskante ‘Außenverhalten’ ist dadurch gekennzeichnet, dass es die Gefahren für den eigenen Körper und damit für die Gesundheit übergeht. Dieses Risikoverhalten, das

den Körper vielfachen Gefahren aussetzt, hat sowohl eine jugendtypische als auch eine geschlechtstypische Komponente. Jugendtypisches Risikoverhalten ist Teil der Pubertät, bleibt aber in Männlichkeitsritualen darüber hinaus im Erwachsenenalter erhalten.

Risikoverhalten kann in seinen extremen Formen in Zonen des *Gewaltverhaltens münden*, in denen die Gesundheit und persönliche Integrität anderer beschädigt wird. Auch hier erleben wir wieder ein typisches menschliches Phänomen: Die jungen Männer, die Gewalt gegen andere – meist Schwächere – ausüben, sind in der Regel wieder solche, die mit sich selbst und ihrer sozialen Hilflosigkeit nicht zurecht kommen, diese abspalten, auf andere projizieren müssen. Gerade bei den Erscheinungen rechtsextemer Gewalt junger Männer in Ost- aber auch in Westdeutschland kann man immer wieder sehen, dass es sich hier um junge Leute handelt, die in ihrer Biografie wenig Chancen hatten, zu zeigen, dass sie “da” sind, dass sie “wer” sind, dass sie “sozial anerkannt” sind, kurzum: es handelt sich um Jugendliche, welche einen geringen Selbstwert aufweisen und wenig soziale Möglichkeiten haben, ihre Hilflosigkeit zu kommunizieren, mitzuteilen.

Die vierte Dimension jungen- und männerspezifischer Gesundheits- und Krankheitsproblematik ist durch das besonders regressive Verhältnis von vielen Jungen und Männern zu ihrem eigenen Körper beschrieben. Auch dies hängt mit der frühen Außenorientierung und dem frühen nach außen gelenkt sein in der männlichen Sozialisation zusammen. Die eigene Befindlichkeit und Gefühlswelt – und der Körper ist ja das Gefäß dieser Gefühlswelt – wird unterdrückt, abgespalten. Nur der äußere gepanzerte Körper zählt. Die Idolisierung des äußeren Körpers und die innere Körperfeindlichkeit gehen bei manchen Jungen und Männern oft ineinander über.

In allen vier Problembereichen männlichen Gesundheitsverhaltens lassen sich Folgen männlicher Sozialisation erkennen. Ich will deshalb im Folgenden ein durchschnittliches Modell männlicher Sozialisation in unseren Industriegesellschaften skizzieren, in dem die Faktoren deutlich werden, die auf das geschlechtstypische Körper-, Gefühls- und Gesundheitsverhalten von Männern hinweisen.

Das Männern der Zugang zu ihrem Innen mehr oder minder verwehrt ist und daraus jene spannungsreiche Bedürftigkeit entstehen kann, wie ich sie eben beschrieben habe, ist ein Grundproblem jedweden Mannseins in den Industriegesellschaften - d.h. es ist in der gesellschaftlichen Konstruktion von Männlichkeit und der biografischen Entwicklung des Mannseins angelegt. Es bildet gleichermaßen eine verdeckte Grundstruktur. Wie Männer damit zurechtkommen hängt letztlich davon ab, welche familiären und sozialen Möglichkeiten sie haben, diese Grundspannung produktiv, d.h. ohne Zwang zu destruktivem Handeln, zu bewältigen.

Es handelt sich hier also um ein Strukturproblem der Entwicklung des Mannseins und damit um ein Problem, das sich der normativen Bewertung entzieht. Männer sind nicht von Grund auf gewalttätig abwertend, sondern dies entscheidet sich in den Umständen und Möglichkeiten, die Jungen und Männer haben, damit umzugehen, sich aus der negativen Magnetzone dieses Spannungsfeldes zu befreien.

Verwehrtheit und Bedürftigkeit sind schon in der Struktur des Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen angelegt. Das folgende Modell will dies - mit allen Abstrichen bezüglich der unterschiedlichen Männertypen - herausarbeiten.

Das Aufwachsen von Kindern in den westlichen Industriegesellschaften ist von früher Kindheit an geschlechtstypisch - von psychischen und sozialen (Interaktions)Prozessen beeinflusst - was von den Beteiligten gar nicht so diskriminierend wahrgenommen wird. Dabei sind es vor allem die Erwachsenen u. Jugendlichen, welche den Kindern geschlechtsstereotypische

Muster vermitteln. Denn die Kinder selbst verhalten sich im Grundschulalter bis hin zur frühen Pubertät im Durchschnitt gegenseitig nicht geschlechterdiskriminierend oder abwertend. Sie bewegen sich im Grundschulalter in geschlechtshomogenen Beziehungsgeflechten. Solche Befunde stützen die Annahme, dass Geschlechterungleichheit gesellschaftlich "gemacht" wird, d.h. es wird ihnen das in der Kinderkultur angelegte Gleichberechtigtsein erst mit der Zeit "ausgetrieben". Es wirkt dabei ein verstecktes Erziehungs- und Beeinflussungsmodell, in dem Eltern und soziale Umwelt, Traditionen und Institutionen von Erziehung und Bildung zusammenwirken. Dieses Zusammenspiel ist so ineinander verwoben, dass z.B. die Eltern nur bedingt gegensteuern können. Und: Es geschieht vor allem verdeckt, die Beteiligten sind sich dessen oft gar nicht bewusst.

Das Aufwachsen von Jungen in unserer Industriegesellschaft ist durch die Suche des Jungen nach männlicher Geschlechteridentität im Bindungs-/Ablösungsverhältnis zur Mutter und in dem - mit ihm konkurrierenden und ihn zugleich suchenden - Verlangen nach dem "männlichen" Vater (oder einer vergleichbaren männlichen Bezugsperson) bestimmt. Für den Jungen ist es aber schwer über den Vater - oder eine ähnlich nahe männliche Bezugsperson - die Alltagsidentifikation zu bekommen, die er braucht, um in ein ganzheitliches - Stärken und Schwächen gleichermaßen verkörperndes - Mannsein hineinwachsen zu können. Die Väter sind ja nicht nur räumlich (z.B. über die Berufsrolle), sondern auch "mental" abwesend, wenn sie zu Hause sind, sich aber wenig um die häusliche Beziehungsarbeit kümmern. Diese obliegt meist der Mutter, die sich dem Jungen in ihren Stärken *und* Schwächen zeigt. Die Schwächen des Vaters und seine alltäglichen Nöte des Mannseins, des Ausgesetztseins und der Verletzungen im Beruf werden dagegen für den Jungen nicht sichtbar. Wir haben einmal in einer Fallstudie einige Jungen im Alter von zehn bis zwölf Jahren nach der Berufstätigkeit ihrer Väter, vor allem hinsichtlich deren Wert und Stellung im Betrieb befragt. Fast alle schrieben ihren Vätern eine chefähliche, vor allem aber autonome Stellung zu. In Wirklichkeit waren die meisten der Väter in einer sehr abhängigen Stellung. Zuhause traten sie aber so auf, dass bei ihren Söhnen die Vorstellung vom schwachen Vater gar nicht aufkommen konnte. Das einseitige Vaterbild - verstärkt durch die "starken" Männerbilder, die der Junge mit zunehmendem Alter über die Medien wahrnimmt - führen bei ihm in der Regel zur "Idolisierung" des Mannseins und zur Abwertung des Gefühlsmäßigen, "Schwachen", da er die eigenen "weiblichen" Gefühlsanteile, die er ja seit der frühkindlichen Verschmelzung mit der Mutter in sich trägt, immer weniger ausleben kann. Das liegt aber nicht nur an der einseitigen Vateridentifikation, sondern auch am Verhalten der Mutter: Männlichkeit wird auch von der Mutter - im Blick auf die spätere "Gesellschaftstüchtigkeit" des Sohnes - gefördert, in der gefühlsmäßigen Beziehung Mutter-Sohn aber eher zurückgewiesen.

Mädchen erhalten dagegen in ihrer Beziehung zur Mutter eher Möglichkeiten der Geschlechtsidentifikation; sie erfahren dafür aber mehr restriktive und negative Geschlechtszuschreibungen und werden mehr im Verhalten kontrolliert und beschränkt. Dem Jungen lässt die Mutter eher mal "was durchgehen" (sie schlägt, vielleicht die Hände über dem Kopf zusammen über die "Wildheiten" des Jungen, ist jedoch gleichermaßen stolz darauf). Dies bezieht sich vor allem auf die nach außen gerichteten, öffentlichen Verhaltensmuster (laut sein, toben, Dominanz, Aggressivität usw.). Bei Jungen und Mädchen fallen so die Möglichkeiten der inneren Identifikation mit dem eigenen Geschlecht und des Verhaltens auseinander. Bei Jungen finden sich Defizite in der Möglichkeit der Geschlechtsidentifikation, dagegen aber eine breite Palette an öffentlichen, "äußeren" Verhaltensmöglichkeiten; bei Mädchen ist dieses Verhältnis eher umgekehrt.

Die Verstärkung des männlichen Verhaltens durch Eltern, Verwandte, Nachbarn ist aber kein unbedingter Vorteil für Jungen. Vielmehr bringt dies die Gefahr der ständigen Überforderung, männliches Idealverhalten zu zeigen, mit sich. Zudem versuchen Mütter nicht selten, in das Verhalten des Jungen das hineinzulegen, was ihnen durch die Abwesenheit des Vaters in ihrem Alltag an männlichem Verhaltensgegenüber abgeht. Männliches Verhalten im Sinne des gesellschaftlich vorherrschenden männlichen Geschlechterrollenstereotyps wird also vom Jungen früh erwartet und über seine Umgebung "eingeübt"; aus sich selbst heraus hat er aber wenig Chancen, sich das Mannsein in seiner Ambivalenz von Schwäche und Stärke anzueignen.

In der frühen Kindheit identifiziert sich der Junge noch stark mit der Mutter und nimmt "weibliche", "mütterliche" Anteile in sich auf (bzw. eben Anteile, die Frauen/Müttern zugeschrieben, zugewiesen und/oder von ihnen ausgedrückt werden). Zudem lernen Jungen - durch das Aufwachsen in und ihre frühe Teilhabe an weiblich dominierten Räumen (Kindergarten, Grundschule) - wie Frauen sind, was sie alltäglich machen. Jungen eignen sich so teils aktiv (handelnd), teils passiv (beobachtend) auch weibliche (d.h. wieder: eher den Frauen zugeschriebene) Eigenschaften und Kompetenzbereiche an.

Die bisher beschriebenen Prozesse geschlechtstypischer Identitätssuche beziehen sich ungefähr auf die Altersspanne von drei bis elf Jahren, wobei im frühen Alter die Geschlechtsunterschiede wahrgenommen, im späteren Kindesalter - bis hin zur Vorpubertät - die geschlechtshierarchischen Bewertungs- und Selbstwertvorgänge einsetzen. Allerdings ist dies kein eindeutiger Identifikationsprozess, sondern dies alles verläuft durchaus ambivalent. Mädchen leben *gleichzeitig* im Gefühl der Gleichwertigkeit und der Minderwertigkeit (des Weiblichen und der Frauenrolle), wobei sich das Gleichwertigkeitsempfinden mehr auf die gegenwartsbestimmende kinder- und jugendkulturelle Situation, das Minderwertigkeitsempfinden eher auf die antizipierte Rolle als Frau bezieht. Aber auch die Jungen geraten bei der späteren Suche nach männlicher Identität, die schließlich über die rein körperliche Definition hinausgehen muss, in eine ambivalente Konstellation: Sie müssen Eigenes von sich selbst, Kompetenzen, aber auch Wünsche und Identifikationsphantasien - vereinfacht: ihre weiblichen Anteile - beschränken, bekämpfen, unterdrücken.

Geschlechtsspezifisches Verhalten ist also seit der Kindheit dadurch geprägt, dass über die Familie, die Schule, die soziale Umwelt und die Medien die gesellschaftlich gängigen Geschlechtsrollenmuster vermittelt und in der Interaktion mit den Kindern verstärkt werden. Dabei wird zwischen den persönlichen Erfahrungen - die je nach Familienkonstellation unterschiedlich sein können - und den gesellschaftlichen Erfahrungen, die Kinder machen, unterschieden. Diese Unterscheidung ist wichtig, da es ja keineswegs an den Eltern allein liegt, in welches Geschlechterrollenverhalten ihre Kinder hineinwachsen und manche Eltern sich wundern, warum ihre Kinder, trotz elterlicher Versuche einer geschlechtsemanzipatorischen Erziehung, traditionelle Geschlechterrollenstereotype übernehmen. Schließlich fällt ins Gewicht, dass die Jungen im Kindergarten und in der Grundschule kaum auf männliche Erzieher/Kindergärtner oder Lehrer treffen und somit auch hier wieder Vorbilder des Mannseins fehlen. Dies ist die Kehrseite des - nur bedingten - Vorteils, dass sie dort weibliche Zuwendung erfahren. Die Frage, warum denn nicht viel mehr Männer in diese vor- und grundschulischen Erzieherberufe gehen, wird in diesem Zusammenhang oft gestellt. Viele Männer arbeiten ja auch in Sozialberufen, in denen sie nicht mehr verdienen oder mehr Prestige haben.

Am Geld und Status kann es also nicht liegen. Als Erklärung würde ich hingegen anbieten: Vor allem der Kindergarten, aber auch noch die Grundschule sind Orte des Übergangs von der emotional geprägten Familie in die Realität der gesellschaftlichen Welt. Die Kindergärtnerinnen und Grundschullehrerinnen verkörpern, personifizieren diesen Übergang. In den Augen der Kinder, aber auch in ihrem Habitus, bringen sie beide Anteile rüber: sie verlängern die Mutterrolle über die Familie hinaus und repräsentieren gleichzeitig die distanzierte gesellschaftszugewandte Frau. Der Schluss, der daraus gezogen werden kann: wären die Väter nicht abwesend, sondern so wie die Mütter in der Familie und Familienerziehung integriert, alltäglich mit ihren Stärken *und* Schwächen, bekämen sie von diesem *familialen* Vatersein aus ihren Zugang zu den Vermittlungsrollen des Kindergärtners und Grundschullehrers. Kinder werden in eine Welt hineingeboren, in der das Männliche immer noch die Norm verkörpert, in der mithin Konkurrenz, Macht und männlich besetzte Positionen hoch bewertet und in einer unübersehbaren Selbstverständlichkeit anerkannt sind. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass Eltern in der Regel darauf achten, dass die Entwicklung ihrer männlichen Kinder ohne Abweichung von dieser gesellschaftlich gestützten (Männlichkeits-)Norm verläuft. Sie tun das - weil männliche Norm und herrschende Norm zusammenfallen - weniger aus einem reflektierten Geschlechterrollenverständnis heraus, sondern aus der Absicht, ihren Jungen zur Gesellschaftstüchtigkeit zu erziehen. Schon hier werden die Weichen dafür gestellt, dass Jungen viel weniger als Mädchen lernen, sich in Frage zu stellen, und auch weniger angehalten werden, auf andere Rücksicht zu nehmen. Die Gesellschaft verlangt nun einmal von den Männern Durchsetzungsvermögen, Konkurrenzfähigkeit. Jungen müssen sich deshalb für konkurrenzes und rücksichtsloses Verhalten kaum verantworten, ihr Handeln wird anders - man könnte sagen gesellschaftlicher - ausgelegt als das der Mädchen, welches eher persönlich bewertet wird.

Dass die Stärken und Fähigkeiten der Mädchen schon in der Kindheit nicht sozial zum Zuge kommen, die Jungen wiederum nur geschlechtseinseitig erzogen werden, bleibt nicht ohne erheblichen Einfluss auf die Bewältigungskompetenzen und Bewältigungsmodi von Jungen und Mädchen in kritischen Alltagssituationen. Mädchen müssen ihre Schwierigkeiten nach innen aushalten, oft mit sich selbst ausmachen. Jungen können sie nach außen, meist ohne Rücksicht auf andere bis zur Gewalttätigkeit ausagieren. Da sie aber in der eingeschlechtlichen Illusion des "besonderen Mannseins" aufwachsen, lernen sie nicht, sich mit sich selbst auseinanderzusetzen - gegenseitige, kommunikative und kooperative Bewältigungsmuster sind ihnen daher fremd. Sie praktizieren daher eine Kette von Scheinlösungen, die so lange sozial gut zu gehen scheinen, solange die Umwelt das männliche Dominanzmuster stützt. Was aber in den Jungen vorgeht, was sie spüren, aber nicht erleiden können (dürfen), was ihnen an Bewältigungskompetenzen - gerade auch für später - fehlt, wird übergangen, kommt nicht zur Sprache. "Kleine Helden in Not", so lautet zutreffend der Titel eines von Schnack und Neutzling (1990) anschaulich geschriebenen Sachbuches, in dem diese Szenerie der geschlechtsstereotyp versteckten Lebensuntüchtigkeit von Jungen plastisch geschildert wird. Dieses Modell des geschlechtstypischen Aufwachsens von Kindern und Jugendlichen ist im Alltag in der Regel verdeckt, erst auf den zweiten oder dritten Blick sichtbar. Das hängt zum einen damit zusammen, dass die Beteiligten - Erzieher, Eltern, Nachbarn, Freunde, Öffentlichkeit, aber auch die Jungen selbst - ihr Verhalten als der Normalität entsprechend betrachten. Lehrer und Kindergärtnerinnen schwören darauf, dass sie Jungen und Mädchen gleich behandeln und dass sie alles tun, um die außenorientierte Aggressivität der Jungen einzudämmen und den Mädchen beziehungsvolle Unterstützung zukommen lassen. Oft bleiben sie

dabei einer folgenreichen Paradoxie verhaftet. Auch wenn Jungen immer wieder wegen ihres aggressiven Verhaltens bestraft werden, fühlen sie sich subjektiv belohnt, weil sie merken, dass sie mit dieser Aufmerksamkeit auf sich ziehen. Die Mädchen dagegen werden eher an die Person des Erziehers oder der Erzieherin gebunden. Quer durch alle Koedukationsnormen in Kindergarten und Schule zieht sich also eine räumlich strukturierte männliche Durchsetzungskultur, die zwar in der Schule negativ sanktioniert, von der Konkurrenzgesellschaft aber später belohnt wird. Mädchen schreiben die besseren Noten, Jungen setzen sich aber eher am Arbeits- und Jobmarkt durch. Der räumliche Blick kann uns die Zusammenhänge erklären. Denn Mädchen und Jungen unterscheiden sich im Alltag, besonders in ihrer Freizeit vor allem darin, wie sie sich in Körper und Ausdruck bewegen. Männliches Verhalten ist über sich hinausgehend, Räume beanspruchend, besetzend. Mädchen und junge Frauen suchen auch die Ausdrucks- und Entfaltungsräume, die ihnen als Kinder verwehrt waren. Ihnen bleibt aber meist nur die Selbststilisierung in der Mode, im auf den eigenen Körper begrenzten Ausdrucksverhalten. Jungen und Männer können das Laute meist von sich geben, Mädchen müssen an sich halten, es an ihren Körper anheften. Laute Mädchen werden schief angeschaut, laute Jungs sind selbstverständlich. Für junge Mädchen gilt die Definition dessen, was "anständig" ist. Ob eine Bewegung kontrolliert oder nicht kontrolliert wird, wie man den Raum nutzen kann und wie man in ihm beschränkt ist - sichtbar oder unsichtbar - beeinflusst das Selbstwertgefühl und das Bewusstsein von eigenen Fähigkeiten und Vermögen. Die räumliche "Haltung" ist immer auch Ausdruck einer "seelischen" Haltung: jemanden abdrängen, sich breit machen, jemanden übergehen, oder sich beschränken, zurücknehmen verläuft in der alltäglichen Erfahrungswelt über die direkte wie über die Metasprache des Körpers. Im Begriff des "Habitus" ist dies ausgedrückt.

Raum ist aber mehr als nur körperlich beanspruchtes Territorium. In Räumen sind Bedeutungen, Festlegungen, Macht- und Besitzansprüche enthalten, sie sind "besetzt" und werden so auch erfahren werden. Räume sind von Jungen und Männern besetzt, patriarchalisch vorderstrukturiert, man kann in ihnen keine eigenen Erfahrungen als Mädchen oder Frau machen. Eigene Räume als Mädchen zu suchen heißt, damit auch eigene Erfahrungen in weiblicher Selbständigkeit machen wollen. Dazu gehört auch, dass Räume traditionell in private und öffentliche Räume aufgeteilt werden. Dies hat eine geschlechtsspezifische Struktur: Frauen waren (und sind in vielen Bereichen immer noch) auf das Private verwiesen, das Öffentliche ist vor allem männlich. Die Problematik sexueller Gewalt in der Familie zeigt uns, wie ideologisch besetzt diese Trennungen von "öffentlich" und "privat" sind: Der Privatraum galt vor allem für Mädchen und Frauen immer schon als Schon- und Schutzraum, der öffentliche Raum als Raum der Gefährdung. In der Diskussion um sexuelle Gewalt in den Familien haben sich diese Bedeutungen eher verkehrt, zumindest ist massiv in Frage gestellt, ob die Familie Schutzraum ist. Abweichendes Verhalten wiederum ist bei Jungen eher öffentlich, lebt sich aus, wird auch öffentlich sanktioniert. Lebensschwierigkeiten und abweichendes Verhalten von Mädchen sind weniger öffentlich, sind privatisiert und müssen von den Mädchen und jungen Frauen oft allein und isoliert bewältigt werden: mit Tabletten, Depressionen, Selbstaufgabe. Wo können also neue Räume, die zwischen dem traditionell Privaten und dem traditionell Öffentlichen liegen, aufgemacht werden, damit Frauen - mit anderen zusammen und in einer von ihnen bestimmten Öffentlichkeit - auf sich aufmerksam machen, ihre Lebensprobleme bewältigen können?

Jungenverhalten ist augenfällig und offensichtlich "räumliches" Verhalten. Eine Jungenclique entsteht im ausdrücklichen räumlichen Bezug einer Gleichaltrigengruppe. Wenn man von "auffälligen" Jugendlichen spricht, redet man vor allem von Jungen. Sie sind es auch, welche

die "öffentlichen" Deliktarten in den Jugendkriminalitätsstatistiken bevölkern: Schlägereien, Randalen, Sachbeschädigungen, Ruhestörungen. Jungen "besetzen", kontrollieren Räume: Ihr Verhalten ist "Territorialverhalten". Männliche Dominanz drückt sich vor allem in verschiedenen Formen räumlicher Dominanz aus. Männliches Raumverhalten ist Kontrolle, Ausgrenzung, Zurückdrängung anderer Jungen, die nicht der Clique angehören, und ist vor allem auch "räumliche Zurücksetzung" von Mädchen. Die männliche Abwertung der Frau äußert sich gerade im räumlichen Jungenverhalten der "Anmache", aber auch in der räumlich demonstrierten "Beschützerpositur" der Jungen. Im Zugestehen des 'Draußens' und dem Diffamieren des 'Innen' ('Stubenhocker') geben Eltern ihren Jungen früh männlichkeitsbetonende Signale. Jungen bekommen eher Spielzeug für draußen, sie müssen nicht so früh zu Hause sein, werden nicht so stark 'beglückt' wie Mädchen, werden geradezu rausgeschickt usw. Sie sollen sich früh draußen - wie später "draußen in der Gesellschaft" - bewähren.

Diese aber führt die Jungen von sich selbst weg. Die Beherrschung des Cliquenraums, des männlichen Einflussterritoriums führt so gerade nicht zu einer Erweiterung und Öffnung des Selbst. Der Raum dient vielmehr dazu, die eigene Persönlichkeit abzuschirmen, Raumbeherrschung führt im Gegenteil zur Einengung der Möglichkeiten, sich personal zu öffnen und sich in dieser bewussten Personalität heraus sozial zu entfalten.

Unter dieser sozialräumlichen Perspektive kann auch deutlich gemacht werden, wie schichtspezifisch differenziert Jungenverhalten ist. Je weniger Jungen - gerade solche aus sozial schwächeren Familien mit beengten Wohnverhältnissen, aus Wohnquartieren mit deutlich begrenzten und blockierten Aneignungschancen - Möglichkeiten und Ressourcen der sozialräumlichen Aneignung haben, desto eher rekurren sie auf Verhaltens- und Umgangsformen, welche das männliche Dominanzgehabe betonen, desto mehr reduzieren sie ihre sozialen Ausdrucksmuster auf die Betonung der "Körpermacht".

Jungen und Männer haben also nicht nur geringere Chancen zu sich zu kommen, sondern auch zu ihrem Körper zu kommen. Nicht nur ihre traditionelle Erziehung ist körperfeindlich, sie sind auch weniger gezwungen, sich - wie die Mädchen bei der Monatsblutung - früh mit ihrem Körper auseinanderzusetzen. Dieses "weg vom Körper" wird noch durch das in unserer Erziehung herrschende Homosexualitätstabu verstärkt: Jungen werden argwöhnischer beäugt, wenn sie zueinander Körperkontakte suchen, als Mädchen. Knutschen unter Jungen und Männern ist unmännlich und anrühlich, muss abgespalten und in besondere Inszenierung gebracht werden. Zu solchen medialen Inszenierungen gehören die wiederkehrenden Szenen, wenn Bundesligaspieler nach einem Tor übereinander herfallen.

Der mangelnde Selbstbezug, die Außengerichtetheit, dass sich "über riskantes Verhalten" beweisen müssen, die Lösung von Problemen über das Außen sind also die typischen, scheinbar Generationen überdauernde Probleme männlicher Sozialisation. Das ist nicht von heute auf morgen durch Bildungsmaßnahmen aufzulösen, das hat auch viel damit zu tun, dass in unserer flexibilisierten Gesellschaft mehr denn je von Männern verlangt wird, dass sie funktionieren. Dieser Zwang des "Funktionieren müssen" prägt auch oft den Blick auf andere, auf die eigene Familie, auf Beziehung in der sozialen Umwelt. Gerade auch die Gesundheits- und Krankheitsproblematik ist vielen Männern durch diesen verlangten funktionellen Blick verstellt. Wenn der Körper nicht mehr funktioniert, die Beziehung nicht mehr funktioniert, das Arbeitsverhältnis nicht mehr funktioniert ... dann sind Männer nur zu oft - sich - ausgesetzt, in einer Bedürftigkeit, mit der sie nur durch Abspaltungen und Projektionen zu recht kommen. Vielen Dank.

Literatur:

Böhnisch, L./Winter, R.: Männliche Sozialisation. Weinheim und München. 3. Auflage, 1997.

Brandes, H./ Bullinger, H. (Hg.): Handbuch Männerarbeit (Zur Therapie von Männern). Weinheim, 1996

Schnack, D./Neutzling, R.: Kleine Helden in Not. Reinbek b. Hamburg 1990.

Volz, R./Zulehner, P. M.: Männer im Aufbruch. Ostfildern 1998.

Diskussion:

Moderator: Angesichts der fortgeschrittenen Zeit haben wir nur noch wenig Zeit für die Diskussion. Bitte.

Teilnehmer E: Ich möchte die etwas ketzerische These aufstellen, dass Aggressivität, männliche Aggressivität, in unserer Gesellschaft massiv entwertet wird. Ich finde es sehr problematisch, dass man als Mann unter den Druck kommt, bloß nicht aggressiv sein zu dürfen, also Aggressivität im guten Sinne nicht zeigen darf. Eine Folge ist, dass "Ventile platzen", die in Gewalttätigkeit ausarten. Ich möchte wirklich die Unterscheidung zwischen Aggressivität und Gewalttätigkeit machen. In der Schule stelle ich fest, dass zwar mehr Aufmerksamkeit Jungen bekommen. Aber das ist fast immer negative Aufmerksamkeit. Ich komme in viele Dresdner Schulen und dort erhalte ich von den Lehrern regelmäßig Warnungen vor den Jungen: "Wie schrecklich die sind und wenn man mit denen über Sexualität spricht, dass sie überhaupt nicht damit umgehen können und nur rummotzen und nur Blödsinn machen".

Teilnehmer F: Der Beitrag von Lothar Böhnisch bringt mich auf einen Punkt, der vorher nicht in der Debatte war, nämlich, dass es eine Arbeitsteilung gibt in der Gesellschaft im Hinblick auf die Zuständigkeit für den Körper und für die Gesundheit. Diese ist offenbar sehr tief verwurzelt und da habe ich so eine Verbindung zu dem Vortrag vorher, zu Ihrer These: "Männer sind so schwer erziehbar", "Männer sind so schwer veränderbar". Wenn man nicht davon ausgeht, dass es so etwas wie eine genetische Trägheit gibt beim Mann, würde ich sagen, das liegt daran, dass Männer sich nicht für diesen Bereich zuständig fühlen. In anderen Bereichen sind Männer durchaus lernfähig und zwar in einem ganz hohen Maße, wenn sie z.B. Technik nehmen. Ich glaube, das ist eine zentrale Frage in der Gesundheitserziehung, wie schaffe ich es, diese Zuständigkeit zu durchbrechen? Die haben wir ja hier (*im Saal*) auch. Das ist in gewisser Weise eine ganz typische geschlechtsspezifische Zusammensetzung. Wenn ich ein Thema habe, wo es um Geschlechter/Gesundheit geht, kommen in der Regel Frauen. Wenn Männer kommen, dann sind das Profis, entweder Ärzte oder Psychotherapeuten, oder solche Leute, die von Berufs wegen dazu veranlasst werden, sich mit so einem Thema auseinander zu setzen. Interessant ist diese Geschichte mit "Vater und Sohn" (*Vortrag von Prof. Eickenberg*). Wen interessiert es, dass 50% genetische Übereinstimmung vorhanden ist. Das ist vielleicht wieder ein ganz typisches männliches Herangehen. Ich kann eben so etwas vorleben. Die Frage ist doch: Wie kriege ich Väter und Söhne dazu, miteinander über ihre Körperlichkeit sprechen zu können? In der Regel läuft das in Familien immer vermittelt über Frauen.

Prof. Eickenberg: Ja, es ist sicher viel zu tun. Das Vater-Sohn-Projekt ist etwas missverstanden worden. Weil wir unter Söhnen immer nur die von einem bis zehn oder bis achtzehn Jahre zählen. Ich sagte es schon: "Der 60-jährige oder 70-jährige Mann und Vater hat natürlich Söhne, die 20, 30, 40, 50 Jahre alt sind. Das sind auch Söhne, vielleicht lernen sie es mit der Zeit, mehr über sich und über ihre Gesundheit, über ihren Körper zu reden. Aber der Ansatz ist sicher bei den Heranwachsenden oder noch früher bei den kleineren Kindern. Das zu dem Vater-Sohn-Projekt, was durch die ganzen Generationen geht, den ganzen Lebenslauf beinhaltet.

Gesundheit ist gepachtet von Frauen, da sind wir selber daran schuld. Nehmen wir die Medien, wenn Sie Veranstaltungen haben mit Pressekonferenzen über Krankheit oder Gesundheit, sind zu fast 100% Frauen, Journalistinnen, die kommen. Männer, ganz ganz selten, wenn, dann mal ein älterer Journalist, der sich für dieses Thema interessiert. Ich habe das bei mehreren Veranstaltungen hinterfragt. Bei der Redaktionssitzung, bei der es um Gesundheit geht, läuft es in der Regel folgendermaßen ab: "Ach ja, das macht Frau A, die kennt sich als "Frau" aus, auch weil sie Kinder hat". Damit hat man 2/3 der Gesundheit schon dahin geschoben und deshalb bleibt 1/3 Männergesundheit entweder außen vor oder aber wird, ich sage nicht "stiefmütterlich" behandelt von den Journalistinnen - aber nicht "fachmännisch". Das ist der Punkt in der Gesundheitserziehung.

Moderator: Wir haben noch Zeit für ein oder zwei Anmerkungen

Teilnehmer F: Zum Vortrag von Prof. Böhnisch habe ich folgende Frage: "Kinder haben die Vorstellung, dass ihre arbeitenden Eltern - ich sage mal Vater und Mutter- Chefs sind. Ich kenne aus DDR-Zeiten: den "Tag des Chemiarbeiters", den "Tag des Lehrers", den "Tag des Bergmanns", den "Tag der Nationalen Volksarmee" wo es möglich für die Kinder war, den Eltern bei der Arbeit zuzusehen. Wäre es nicht günstig, diese "Tage der offenen Tür" wieder einzuführen?"

Prof. Böhnisch: Das Problem ist nicht, in den Betrieb des Vaters zu gehen. Das Problem ist, wie der Vater dem Jungen erzählt. Ob er nur berichtet, was er wieder Tolles geleistet hat oder ob er auch erzählt, wie er "nieder gemacht worden ist". Aber er sagt nicht, dass er "nieder gemacht worden ist", sondern, er kommt nach Hause, er ist deprimiert und muss sich die Frage gefallen lassen "Vater, was ist denn los mit Dir?" Schon diese Frage gibt es allein heute nur in ganz ganz wenigen Familien. Sondern, da zieht man sich zurück, irgendwann fragt mal die Gattin: "Was ist schon wieder los?" oder man arrangiert das von vornherein rituell so, dass der Vater den Platz findet, den er braucht und alles bereit steht, damit diese Zustandsbefindlichkeit auch rituell sozusagen geordnet ist. Das meinte ich damit. Diese "Tage der offenen Tür" will ich damit nicht abwerten. Ich denke, für unser Thema ist es eher wichtig, wie bringt der Vater sich aus seiner Arbeit "herüber". Wo findet er die Situationen, in der das "Schwachsein" nicht immer wieder abgekappt wird. Das Interessante dabei ist nur, wir sind ja auch nicht anders, wir machen ja auch nur Männerforschung. Wir sind dann wahrscheinlich nur deprimierter. Wir merken aber auch, es wird viel abgebrochen heute. Der "neue Mann" besteht auch aus vielen Versuchen, von denen viele wieder abgebrochen werden, weil es so schwierig ist.

Moderator: Angesichts der fortgeschrittenen Zeit würde ich Sie bitten, weitere Wortmeldungen auf die Abschlussdiskussion zu verlegen. Wir haben ja heute schon einiges über das Ernährungsverhalten gehört, zumindest was das Trinken anbelangt. Kaffee, Tee ist vorbereitet und ich denke, wir sollten uns eine Viertelstunde dafür Zeit nehmen. Vielen Dank.

Nach der Pause

Moderator: Ich freue mich, dass Frau Professor Rieder von der Universität Wien zu uns über den ersten Wiener "Männergesundheitsbericht" sprechen wird. Bitte.

4.6 Der erste Wiener Männergesundheitsbericht - Vortrag von Frau Professor Dr. med. Rieder

Frau Prof. Rieder: Vielen Dank Herr Professor Kugler. Der Stadt Dresden danke ich für die Einladung. Ich freue mich hier sein zu dürfen. Sie haben im Programm die Frage gestellt: "Soll auch Männergesundheit ein Thema für die Stadt Dresden sein?" Ich bin natürlich hier besonders beeinflusst und ich würde sagen: "Ja, sicherlich". Für die Stadt Wien ist "Männergesundheit" bereits ein Thema. Wir haben im letzten Jahr den ersten "Männergesundheitsbericht" vorgestellt.

Ich bin von der Universität Wien, der Medizinischen Fakultät - bin Fachärztin für Vorsorge-
medizin/ Sozialmedizin - Public Health. Wir haben für die Stadt Wien diesen Gesundheits-
bericht machen dürfen und es hat in dem Fall eine Frau die Projektleitung gehabt. Der Bericht
wurde im Juli letzten Jahres vor der Stadt Wien präsentiert. Es ist nicht allein beim Männer-
gesundheitsbericht geblieben.

Weiters haben wir die ersten Wiener Männergesundheitstage im Februar diesen Jahres orga-
nisiert, wir haben eine Enquete "Männergesundheit"- eine wissenschaftliche, gesundheitspoli-
tische Enquete im November gehabt. Wir haben in Wien die Initiative "Männergesundheit"
gegründet und es wird das ganze Jahr über verschiedene Themenschwerpunkte geben. Im
November diesen Jahres wird wieder eine Enquete "Männergesundheit" in Wien sein und im
Februar 2001 werden wieder die "Männergesundheitstage" stattfinden. Außerdem haben wir
ein sehr ehrgeiziges Projekt. Wir wollen in Wien im November nächsten Jahres die erste
Weltkonferenz zum Thema "Männergesundheit" durchführen. Also - ich hoffe, dass wir doch
etwas bewegt haben.

Sowohl das Thema "Männergesundheit" als auch das Thema "Frauengesundheit" ist ein
Thema in Wien. Zum Frauengesundheitsförderungsprogramm wird ja die Kollegin aus der
Stadt Wien (*siehe Vortrag von Frau Kern*) auch etwas sagen. Im Rahmen des Gesundheits-
förderungsprogrammes in Wien gibt es eben Männer und Frauen, die wir als spezifische
Zielgruppen ansehen. Ich möchte Ihnen den Inhalt dieses Männergesundheitsberichtes prä-
sentieren. Es war ja heute schon viel die Rede davon und auch im beigefügten Material gibt
es etwas über die "Männergesundheit und Frauengesundheit in Dresden". Ich muss sagen, die
Befunde sind sehr ähnlich. Auch was die Aufteilung der Häufigkeit der Krankheiten bei
Männern und Frauen betrifft.

Sie werden sagen: "Warum macht man das gerade in Wien?" Wien ist sicherlich eine große
Stadt, die auch die Mittel für so große Projekte zur Verfügung stellen kann. Aber Wien ist in
Österreich auch die Stadt mit der schlechtesten Gesundheit und auch deshalb ist hier diese
Initiative gestartet worden. Was ist der Inhalt dieses Männergesundheitsberichtes? Wir haben

versucht zu definieren "Was ist Männergesundheit". Es ist nicht gelungen. Wir können es nicht definieren, weil so viele Aspekte hinein spielen. Wir haben natürlich auch die demographischen Trends aufgezeichnet, wir haben die sozioökonomischen Faktoren mit hineingerechnet, was ja bei Männern scheinbar eine noch viel größere Rolle in Bezug auf die Gesundheit spielt als bei Frauen. Wir haben den Gesundheitsstatus bearbeitet, wir haben keine Neuerhebungen gemacht, sondern das, was da ist zusammengetragen und in den internationalen Kontext gebracht. Wir haben uns mit Arbeit und Gesundheit auseinandergesetzt, mit dem Lebensstil, aber eher als Risiko. Wir haben uns über sexuelle Gesundheit Gedanken gemacht, über die seelische Gesundheit, über die Gesundheitsversorgung an und für sich, über Gesundheitsförderung und natürlich auch über die Senioren, denn die Lebenserwartung steigt. Es wird in der Absolutzahl viel mehr Senioren geben. Erst war es ja eher die Frau, die viel älter geworden ist als der Mann und deshalb die Themen "Die alte Frau in der Gesellschaft"; "Gesundheitsprobleme der älteren Frau" schon eher diskutiert worden sind, weil sie einfach da waren und erlebt wurden.

Bei Männern war das bisher nicht so der Fall. Da brauchen wir nur das Thema "Osteoporose" aufgreifen, das bisher noch nicht so sehr ein Thema bei Männern war.

Die genannten Beispiele sind Ziele eines Gesundheitsberichtes und es ist sicherlich das Ziel, dass wir die Gesundheitsprobleme definieren. Wir wissen zwar, dass die Gesundheit von Männern und Frauen unterschiedlich ist, dass die Lebenserwartung unterschiedlich ist, aber es sind tatsächlich die konkreten Gesundheitsprobleme, z.B. in einer Stadt, die vor allem interessieren.

Warum braucht "das" eine Stadt im Bereich der Gesundheitsplanung? Sicherlich auch dafür, um Prioritäten zu setzen, für Gesundheitsmaßnahmen und Gesundheitsförderung - weil wir ja alle nur eine bestimmte Ressourcenmenge zur Verfügung haben. Wir sollten uns darauf konzentrieren, wo wir am meisten für die Gesundheit der Bevölkerung herausholen können. Ich glaube im Großen und Ganzen war es ein Beitrag zur Verbesserung der Männergesundheit, zum Erregen von Aufmerksamkeit für dieses Thema, das ja vorher nicht so sehr ein Thema war. Abbildung 1 (S. 34) zeigt die Lebenserwartung der Männer in den neun Bundesländern Österreichs.

Sie können sehen, dass in Wien eine der geringsten Lebenserwartungen in Österreich vorliegt. Wir haben in Österreich grundsätzlich ein sehr starkes West-/Ostgefälle, was die Gesundheit, aber auch die Lebenserwartung betrifft. Das heißt, wir haben hier innerhalb des Landes, obwohl wir nicht sehr groß sind, schon Unterschiede aufzuzeichnen. Abbildung 2 (S. 34) zeigt die Anzahl der 1996 in Österreich gestorbenen Männer nach Todesursachen.

Auf Abbildung 3 (S. 35) erfolgt ein Vergleich zwischen Österreich und Wien nach ausgewählten Todesursachen bei den Männern. Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen über 50% in Wien aus. Schaut man sich ganz Österreich an, so ist dieser Prozentsatz geringer. Auch hier ragt Wien negativ heraus. Den zweithöchsten Anteil haben die Krebserkrankungen - ein Viertel aller Todesursachen sind Krebserkrankungen.

Abbildung 4 (S. 35) zeigt den Anteil der Todesfälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen bezogen auf die Bundesländer. Es ist zu sehen, dass im Westen Österreichs diese Anteile geringer sind, Wien hat wiederum den höchsten Anteil.

Alles was mit der Mortalität, den Sterbedaten zu tun hat, sind "harte Daten", die ziemlich genau sind. Alles was in den Bereich der Erkrankungshäufigkeit hineingeht, wo es sich um Erkrankungen an und für sich handelt, da wird es schwieriger. Hier haben wir verschiedene Quellen. Vieles muss zusammengetragen werden. Wir haben Krankenhausdaten, wo wir

Abbildung 1: Lebenserwartung der österreichischen Männer bei der Geburt - 1996

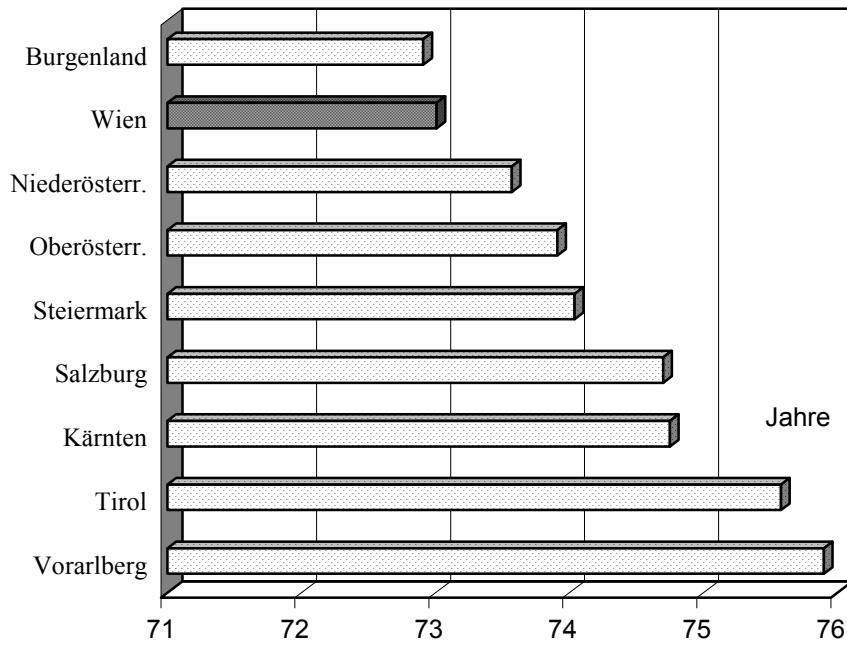


Abbildung 2: Anzahl der in Österreich gestorbenen Männer nach Todesursachen – 1996

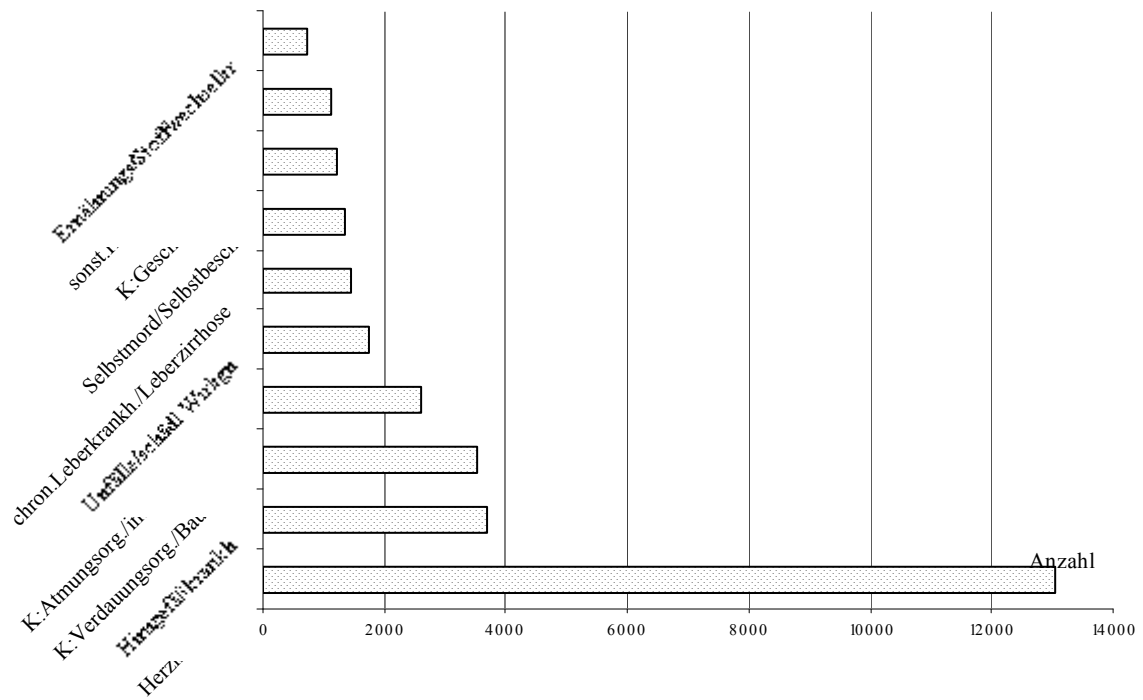


Abbildung 3: Ausgewählte Todesursachen bei Männern in Österreich und Wien, 1996

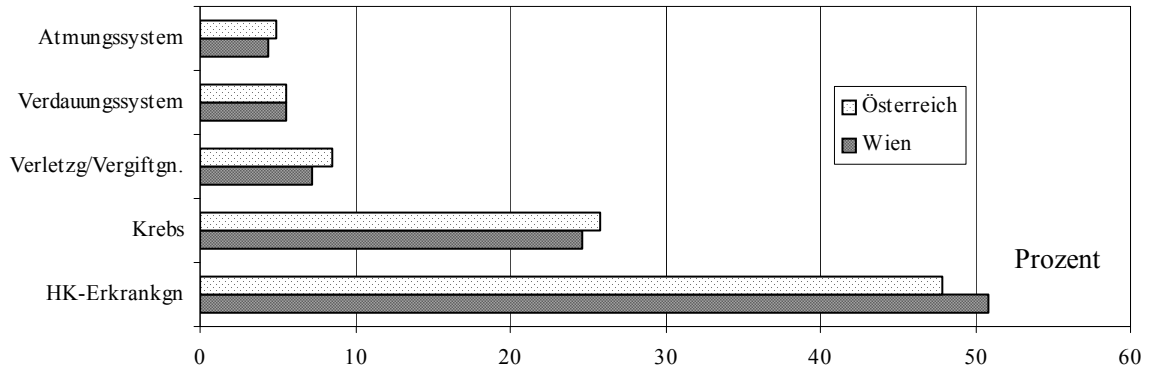


Abbildung 4: Anteil der Todesfälle an Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bundesländern

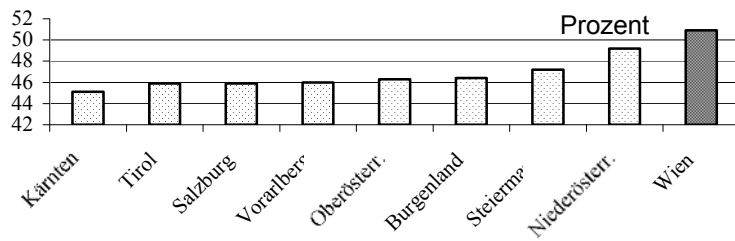
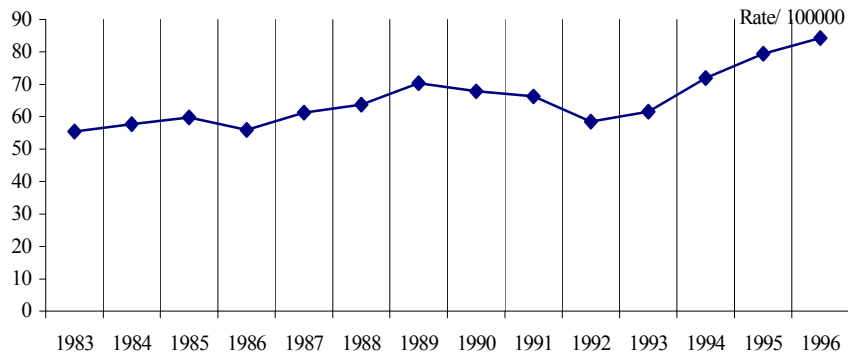


Abbildung 5: Neuerkrankungsrate an Prostatakrebs in Österreich



schauen können, was kommt am häufigsten vor, was sind die Neuerkrankungsraten. Aber letzten Endes haben wir es in diesem Bereich mit eher weicheren Daten zu tun. Das geht allen so, die im Bereich der Gesundheitsplanung arbeiten.

Die Krankenstandsursachen sind nicht deckungsgleich mit den Todesursachen. Was sind die häufigsten Krankenstandsursachen? Mit 40% liegen hier die Erkrankungen der Luftwege, der Atemwege vorn. Den zweiten Anteil nehmen die Erkrankungen des Bewegungsapparates ein. Die häufigsten Ursachen für Krankenhausaufenthalte sind Herzkreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen. Männer sind häufiger von Krebserkrankungen betroffen als Frauen. Besonders im Mittelpunkt steht das Prostatakarzinom, der Prostatakrebs, weil die Neuerkrankungsraten im Steigen begriffen ist - siehe Abbildung 5 (S. 35).

Das hat sicherlich verschiedene Ursachen. Eine der Ursachen ist, dass wir mehr danach suchen und Männer jetzt häufiger in die Vorsorge kommen. Es gibt aber trotzdem einen Anstieg. In der Absolutzahl auch deshalb, weil ja fast jeder Mann, wenn er es erlebt, (*mal überspitzt gesagt*), vom Prostatakarzinom betroffen sein wird. Daten von Obduktionen zeigen, dass 80 Prozent der 80-jährigen verstorbenen Männer ein Prostatakarzinom hatten - auch wenn es klinisch überhaupt nicht aufgefallen ist. Das bringt uns natürlich in die Schwierigkeit zu fragen: "Ab wann suchen wir sehr intensiv nach dem Prostatakarzinom? Mit welchen Möglichkeiten und Methoden suchen wir?" Wenn viele Männer es gar nicht erleben, dass sie ein klinisch relevantes Prostatakarzinom bekommen: "Was tut man den Männern an, wenn man sie darauf hinweist?" Also hier sind wir immer noch in der Diskussion. Wir als Vorsorgemediziner sagen: "Vorsicht, es kommt auch darauf an, wie viele Männer durch die nachfolgenden Untersuchungen und auch Operationen sozusagen morbidisiert werden - bei denen es nicht notwendig gewesen wäre." Hier gibt es sicherlich Diskussionsbedarf - diese Themen müssen "thematisiert" werden.

Eine Besonderheit haben wir in Österreich. Die Neuerkrankungsrate an Lungenkrebs geht bei den Männern etwas zurück. Das ist in Deutschland nicht so. Bei den Frauen steigt die Rate ebenso an wie in anderen Ländern. Andererseits haben wir die Besonderheit, dass die Männer immer jünger an Lungenkrebs sterben. Bei den Frauen ist das nicht der Fall. Hier könnte man verschiedene Thesen aufstellen. Es könnte sein, dass die Betroffenen früher mit dem Rauchen begonnen haben. Es könnte sein, dass sie viel mehr geraucht haben. Es könnte aber auch andere Hintergründe geben. Das ist aber etwas, was männerspezifisch ist.

Darmkrebs, eine der häufigsten Tumore bei Männern, kommt dreimal häufiger vor als bei Frauen. Auch hier gibt es keine Neuheiten im Hinblick auf die Neuerkrankungsrate. Wir kennen natürlich Vorsorgemöglichkeiten. Wir kennen Risikofaktoren, die in der Ernährung, aber sicherlich auch in der mangelnden Bewegung liegen. - dort, wo sie fast immer für alle häufigen Erkrankungen liegen. Wir könnten also etwas tun.

Worüber wir heute schon gesprochen haben, das ist der Alkoholkonsum. Das bezieht sich jetzt nicht nur auf Wien sondern auf ganz Österreich. Die regionalen Unterschiede sind bedeutend. Wien hat eine doppelt so hohe Sterblichkeit an Leberzirrhose als der Westen von Österreich. Das hängt sicher auch damit zusammen, dass im Osten Österreichs die Weinanbaugebiete liegen. Die Verfügbarkeit des Alkohols spielt gewiss eine Rolle. In Österreich haben wir bei Männern im internationalen Vergleich eine der höchsten Leberzirrhosesterblichkeit (gleich nach Ungarn). Bei Frauen ist diese Sterblichkeitsrate wesentlich geringer. Auch hier etwas, wo man etwas tun kann.

Unfälle sind ein weiteres Problem. Als Ursache genannt sei die Risikobereitschaft, die Aggressivität im negativen Sinn. Auf jeden Fall haben wir viel häufiger tödliche Verkehrsunfälle bei Männern. Wir haben einmal die verlorenen Lebensjahre für ein Jahr ausgerechnet. Es

sind über 50000 verlorene Lebensjahre (d.h. von jedem einzelnen Gestorbenen die noch zu erwartenden Lebensjahre zusammengerechnet). Im Durchschnitt sterben die Männer in Wien mit knapp über 40 durch Unfälle. Das bedeutet: jeder Verkehrstote verliert fast 40 Jahre seines Lebens durch einen Verkehrsunfall. In Wien gab es ein Programm, das gezeigt hat, dass man etwas tun kann. In der Zeit, als das Programm lief, ist die Rate mit tödlichen Verkehrsunfällen zurückgegangen.

Auch Selbstmorde waren heute schon das Thema. In Österreich und in Wien sind ca. 3,6% aller Todesursachen auf Selbstmord zurückzuführen.

Depression ist für Männer sicherlich ein wichtiges Gesundheitsproblem – vor allem die Altersdepression. Das Thema lag zuvor immer im Bereich "Frauen/ Menopause/ Depression". Nun zum Thema "Gesundheit und sozioökonomische Faktoren". Bei Männern haben wir bei allen Untersuchungen, die wir uns angeschaut haben, festgestellt - und für Österreich gibt es ein paar sehr rezente Untersuchungen - dass die sozioökonomischen Faktoren eine noch größere Rolle spielen als bei Frauen, wenn es um die Gesundheit geht. Das heißt, je geringer die Bildung, je geringer das Einkommen, desto schlechter ist die Gesundheit. Bei Männern wirkt sich das auch darin aus, dass die Lebenserwartung kürzer ist. Bei Frauen ist es auch so, aber trotzdem ist diese Differenz nicht so ausgeprägt.

Wir haben gefunden, dass bei allen Krankheiten und Todesursachen eine bildungsabhängige Mortalität vorhanden ist. Doblhammer und Kytir (1999) haben in ihren Untersuchungen sowohl bei den Herzkreislauf- und Krebserkrankungen, aber auch bei allen anderen sogenannten natürlichen Todesursachen sowie bei den Unfällen und bei den Selbstmorden gefunden, dass die Mortalität um einiges höher ist, wenn eine schlechtere Bildung vorliegt (wenn man nur allein die Bildung anschaut). Sie haben auch gezeigt, wie das mit dem Gesundheitszustand ist. Wir dürfen nicht immer nur von Lebenserwartung reden, wir müssen auch von der Gesundheitserwartung reden. Das heißt, wie viele Jahre unseres Lebens haben wir die Möglichkeit, gesund und in Wohlbefinden zu verbringen, ohne dass wir z.B. auf die Hilfe Dritter angewiesen sind. Diese selbsterfahrene oder selbstberichtete Gesundheit (in dieser Untersuchung) hat gezeigt, dass Männer mit geringerem Ausbildungsgrad zweimal so viel Jahre in schlechter Gesundheit (also auch an das Lebensende hin) verbringen als Männer mit höherem Ausbildungsgrad. Bei Frauen ist ein Unterschied zwar vorhanden, aber nicht so deutlich. Bei Männern können wir als Hochrisikogruppe ansehen: Männer mit geringem Einkommen, geringer Bildung sowie einem Arbeitsplatz mit geringem Qualifikationsprofil. Ich glaube sehr wohl, dass Frauen durch die gesellschaftlichen Veränderungen auch in diese Richtung gehen werden.

Um auf die Senioren in Wien zu sprechen zu kommen. Es gibt in Wien jedes Jahr einen sehr umfangreichen Gesundheitsbericht, der alles beinhaltet über die Gesundheitsversorgung, der nicht nur eine Gruppe herausgreift. Zudem gibt es einen spezifischen Gesundheitsbericht wie z.B. den Männergesundheitsbericht oder den Frauengesundheitsbericht. Es hat auch bereits einen Seniorengesundheitsbericht gegeben und dort hat man auch gesehen, dass 50 Prozent der über 60-jährigen Männer ihre Gesundheit als sehr gut bzw. gut bezeichnen. Auf Grund der kürzeren Lebenserwartung könnte man annehmen, die Männer fühlen sich auch schlechter. Das ist nicht der Fall. Die Frauen fühlen sich meist schlechter, wenn man sie fragt. Hierzu haben wir auch Untersuchungen gemacht. Etwa ab dem 40-zigsten Lebensjahr driftet es auseinander. Frauen geben dann häufiger als Männer an, dass sie sich gesundheitlich nicht gut fühlen. Männer sind viel älter, wenn sie sagen, mir geht es gesundheitlich nicht so gut.

Heute wurde schon angesprochen, dass Männer seltener zur Gesundheitsvorsorge gehen als Frauen. Es sind nur 6% der Wiener Männer ab dem 20-igsten Lebensjahr. In Österreich ist es so, dass jeder ab dem 19-ten Lebensjahr bezahlt von der Kasse einmal pro Jahr zur Gesundenuntersuchung gehen kann. Männer tun das wesentlich seltener als Frauen. Auch wenn man davon ausgeht, dass eigentlich die Anzahl derjenigen höher ist, die zur Gesundheitsvorsorgeuntersuchung geht (durch Abrechnungsmanipulation vergrößert sich der Anteil im kurativen Bereich), ist dieser Prozentsatz gering, obwohl diese Untersuchung von der Gesellschaft angeboten wird. In Österreich ist noch eine größere Diskrepanz - Wien ist gar nicht so schlecht. Frauen gehen wesentlich häufiger zur angebotenen Gesundenuntersuchung, weil sie sicherlich von Jugend an in das medizinische System integriert worden sind – auch durch Schwangerschaften und Kinder. Dadurch sind sie sozusagen “immer in der Medizin zu Hause”. Es ist so, dass Frauen häufiger zum Arzt gehen - man sagt auch, deshalb werden sie älter (was nicht unbedingt der Grund ist). Sie gehen zum Arzt wegen allgemeiner Beschwerden, Befindlichkeitsstörungen, körperlicher Beschwerden. Bei Männern ist es oft so, dass ein Arztbesuch letztendlich etwas mit der Todesursache zu tun hat - was vielleicht vielen wieder Angst macht.

Ich möchte Ihnen jetzt die Zusammenfassung der vielen Informationen geben, die in diesem 250 Seiten starken Bericht enthalten sind. Sie werden wahrscheinlich viele Parallelen zur Stadt Dresden sehen. Ich glaube die Unterschiede sind hier nicht so groß.

In Wien leben ca. 800 000 Wiener. Wir haben die zweitkürzeste Lebenserwartung in Österreich. Über 50% der Männer sterben an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, über 4.000 Männer im Jahr 1996. Wien hat in Österreich die höchste Herz-Kreislauf-Mortalität. Ein Drittel bis die Hälfte der Herz-Kreislauf-Erkrankungen wird durch die koronare Herzerkrankung verursacht. Etwa 15% aller Männer leiden an einer koronaren Herzkrankheit. Die Mortalitätsunterschiede zwischen Männern und Frauen sind bis zu 40% auf diese Erkrankung zurückzuführen. Es sind vor allem die Lebensstilfaktoren, die diese Übersterblichkeit verursachen. In Wien sterben 11% aller Männer durch einen akuten Myokardinfarkt, 13% durch Hirngefäßerkrankungen - und immer eben zu früh. Letztendlich werden wir alle eine Todesursache haben. Auch die Gesundheitsförderung hat das noch nicht geschafft, dass alle Todesursachen ausgeräumt wurden. Vielleicht schaffen wir das einmal. Aber es geht darum, wann wir sterben und wie – es geht um das “Vorher”. Das ist sicherlich auch das Ziel, weshalb wir Gesundheitsförderung und Vorsorge machen sollten. Insgesamt gehen die Sterblichkeitsraten an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurück, auch bei den Männern. Hinweise, dass die Inzidenz (Neuerkrankungsrate) zurückgeht, gibt es nicht. Es ist anzunehmen, dass der Schweregrad der Erkrankungen und damit die Fatalitätsrate abnimmt.

Männer haben ein höheres Risiko an Krebserkrankungen zu sterben als Frauen. In Wien, wie im gesamten Bundesland erkranken Männer am häufigsten an Prostatakarzinom, Lungenkarzinom und Kolorektalkarzinom. Seit 1986 war eine Zunahme der Inzidenz bei Prostatakarzinom, Pankreaskarzinom, Lippen-, Mundhöhlen-, Rachenkarzinom und Leberkarzinom zu verzeichnen.

Lungenkrebs und Darmkrebs kann man sagen, das wäre ja beherrschbar. Vor allem der Lungenkrebs ist ein Tumor, den wir zu 90 bis 95 Prozent beherrschen könnten, wenn nicht dieser Risikofaktor "Rauchen" wäre. Sonst wäre das im Prinzip kein volksgesundheitliches Problem.

Die Inzidenzrate für das Prostatakarzinom ist bei den über 60-jährigen um über 50% seit 1983 angestiegen. Die Sterblichkeitsrate ist hingegen gesunken. Das mittlere Sterbealter liegt beim Prostatakarzinom um 10 Jahre höher als bei anderen durch Krebs verursachten Todesfälle.

Zigarettenrauchen ist jener Risikofaktor, der die Lebenserwartung der Männer erheblich beeinträchtigt. Etwa 90% aller Lungenkrebsfälle sind durch Zigarettenrauchen verursacht. Lungenkrebs ist die bedeutendste Krebstodesursache bei Männern. Zwar nimmt der Anteil der an Lungenkrebs erkrankten Wiener Männer seit 1993 kontinuierlich ab, im Gegensatz zu dem der Frauen; die Sterblichkeit bei Lungenkrebs liegt in Wien bei den Männern aber um 11% über dem Bundesdurchschnitt. Männer haben ein beinahe doppelt so hohes Risiko an Darmkrebs zu sterben als Frauen. In Wien liegt die Sterberate 15% über dem Bundesdurchschnitt. Unfälle, hoher Alkoholkonsum und Selbstmorde gehören zu jenen Ursachen, die für die niedrigere Lebenserwartung der Männer verantwortlich sind.

Das mittlere Sterbealter liegt bei den männlichen Unfallopfern in Wien bei 42,4 Jahren. In Wien hat sich jedoch die Sterblichkeit durch Kfz-Unfälle seit 1981 um 60% verringert. Insgesamt starben in Wien 1997 508 Männer durch Unfälle, Vergiftungen und gewaltsamen Tod, darunter waren 187 Selbstmordopfer. Männer begehen dreimal häufiger Selbstmord als Frauen (obwohl Frauen die zehnfach höhere Rate an Selbstmordversuchen haben). Am häufigsten betroffen sind die Altersgruppen der 30- bis 40-jährigen und über 80-jährigen.

Die Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und Leberzirrhose sind unbestritten. Männer haben das dreifache Risiko an Leberzirrhose zu sterben als Frauen. Das mittlere Sterbealter bei Leberzirrhose liegt bei etwa 60 Jahren. Die Leberzirrhosesterblichkeit der österreichischen Männer liegt im internationalen Vergleich an 2. Stelle (nach Ungarn).

Ich bearbeite zurzeit eine Studie im Bereich der Bauerngesundheit. Hier war die schwere körperliche Arbeit ein enormer Stressfaktor, was wir bei Männern besonders haben. Irgendwie muss der Stress dann bewältigt werden. Dabei gibt es gesunde und weniger gesunde Möglichkeiten, Stress zu bewältigen. Wir haben gefunden, dass Männer zur Stressbewältigung vor allem auf Rauchen, Alkoholkonsum und Überernährung zurückgreifen. Das ist abhängig von der Berufsgruppe. Je höher jemand in der hierarchischen Ebene ist, um so öfter greift er zum Alkohol, um Stress zu bewältigen. Das hat nichts mit Alkoholismus zu tun. Wenn er weiter unten steht in der hierarchischen Ebene, dann ist es eher das Rauchen. Die Ergebnisse gehen auf Selbstangaben zurück.

Worauf wir sicherlich besonders acht geben müssen sind die Erkrankungen, die uns beim älteren Mann entgegen kommen werden. Auch gibt es genügend Untersuchungen, die zeigen, wie ungünstig sich Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit auswirkt.

Das waren Auszüge aus dem Wiener Männergesundheitsbericht. Eine Publikation zu diesem Thema erfolgte in der Zeitschrift "The Aging Male", 1999.

Was macht die Stadt Wien zurzeit? Ich bin gerade dabei ein Konzept zu erstellen unter dem Motto: "Ein Herz für Wien". Das wird ein 3- Jahres-Gesundheitsförderungsprogramm. Wir wollen aus dem, was uns Frauengesundheitsberichte und Männergesundheitsberichte liefern, gelernt haben. Es ist nicht so, dass wir aufzeigen wollen, wie krank sind die anderen. Die positive Botschaft soll vermittelt werden. Es geht darum, welches Potential ist vorhanden. Ich glaube, dass bei Männern ein noch viel höheres Gesundheitspotential drin steckt als bei Frauen, wo vielleicht schon manches ausgeschöpft ist. Wir wollen auch zeigen, dass die höhere Lebenserwartung auch mit einer ansteigenden Lebensqualität verbunden ist. Es ist nicht so, dass wir jetzt lediglich die Lebensjahre vermehren wollen. Es ist natürlich immer leichter, das Gesundheitspotential zu erhöhen, wenn die Befunde zuvor nicht besonders gut sind. Das ist

bei Gesundheitsförderung immer so, dass dort der größte Erfolg ist, wo es zuvor nicht sehr gut aussieht.

Welche Defizite wir auch sehen, wenn wir Männergesundheit fördern wollen, wichtig ist, dass wir Probleme definieren können. Hier sind Beispiele:

- die mangelnde Teilnahme an den Vorsorgeaktivitäten
- die Defizite im Gesundheitsbewusstsein
- die Einstellung zur Gesundheit
- das Risikoverhalten
- und sicherlich auch das männliche Rollenbild.

Für uns tritt vor allem das Problem auf: "Wie bekommen wir die Männer in die Gesundheitsvorsorge hinein?" - damit wir primäre und sekundäre Prävention überhaupt machen können - damit wir das machen können, wovon wir immer reden. Ich nenne es Erlebnismedizin, wenn wir wissen, dass Männer mehr "action" brauchen, um beteiligt zu werden. So haben wir die Wiener Männergesundheitstage im Februar 2000 veranstaltet. Es waren 30000 Männer da. Nicht so, wie wir befürchtet haben, dass nur die Frauen kommen, die für ihre Männer etwas erfahren wollen. Wir haben 10 Checkpoints gehabt, an denen gemessen wurde: Cholesterin, Blutdruck, Knochendichte, PSA (prostataspezifisches Antigen) bestimmt wurde - da mag man diskutieren, ob es gut war oder nicht- wo ein Fitnesscheck gemacht wurde, wo viele Prominente mit eingebunden waren. Die Leute sind zwei Tage lang geströmt. Diese Erlebnismedizin, so wie ich es bezeichne, die sollten wir vielleicht zusätzlich zu dem veranstalten, was wir in der Infrastruktur der Gesundheitsförderung tun sollten und wo wir die Zielgruppe Männer und Frauen definieren sollten. Vielen Dank.

Literatur:

Der 1. Wiener Männergesundheitsbericht. In: Z: The Aging Male 1999;2: 166 –179
 Doblhammer, G.; Kytir, J.: Social inequalities in mortality and morbidity. In: ISTAT (Hrsg.)
 Towards an integrated system of indicators to assess the health status of the population. Rom, 1999

Diskussion:

Moderator: Vielen Dank. Gibt es Anmerkungen, Fragen?

Teilnehmer G: Ich habe drei Fragen:

- Worauf begründet sich in Österreich das West- Ostgefälle?
- Was ist PSA?
- Wie definiert sich das mittlere Sterbealter?

Frau Prof. Rieder zu Frage 1: -Über das West-Ostgefälle wird heftig diskutiert. Ich bin im wissenschaftlichen Beirat im Westen Österreichs. Als ich vor Jahren vorgeschlagen habe, einen Männergesundheitsbericht zu machen, da waren alle etwas entsetzt und haben gesagt: Wir machen gerade einen Frauengesundheitsbericht und das können wir noch nicht tun. Im Westen sind alle Indikatoren besser. Zum einen ist sicherlich die Gesundheitsvorsorge dort viel früher schon sehr gut organisiert gewesen. Es gibt im Vorarlberg – im Westen Österreichs gelegen - einen Vorsorgekreis, wo z.B. alle niedergelassenen Ärzte und vor allem die Praktiker mit eingebunden sind. Die Vorsorge ist dort im Prinzip sehr straff organisiert. Es bestehen Einladungssysteme, d.h. die Männer werden zum Beispiel persönlich angeschrie-

ben, um sie zu den Gesundenuntersuchungen einzuladen. Wir haben das in Wien jetzt auch. Aber ich muss sagen, die Stadt Wien ist hier ein Vorbild, gerade was Gesundheitsplanung, Gesundheitsförderung betrifft. Diese Einladungssysteme funktionieren meist. Was man sich sicherlich im gesamten Gesundheitsbereich zu eigen machen sollte. Dann spielt die geringe Bewegung und beim Alkohol die Verfügbarkeit sowie der geringe Preis eine große Rolle. Es ist dort (*im Osten*) ganz normal "Alkohol zu trinken". Außerdem spielen in einer Großstadt die sozialen Unterschiede eine viel größere Rolle. Wenn man es aufschlüsseln würde, würde man feststellen, dass in den unterschiedlichen sozialen Schichten die Lebenserwartung ganz unterschiedlich ist. In einer Großstadt habe ich natürlich einen viel größeren Anteil an Leuten mit geringerem Einkommen, mit niedrigem Lebensstandard, geringerer Bildung.

Zu Frage 2: PSA ist das prostataspezifische Antigen, das bestimmt wird, um eine Prostataveränderung festzustellen. Das Problem ist, dass es auch anschlägt, wenn lediglich eine Vergrößerung vorhanden ist und nicht nur bei einem bösartigen Tumor.

Zu Frage 3: Beim mittleren Sterbealter schaut man sich an, in welchem Alter im Durchschnitt die Gestorbenen verstorben sind.

Moderator: Wir haben noch Zeit für eine Anmerkung.

Teilnehmer H: Vielen Dank für Ihren Vortrag. Er hat mir sehr gut gefallen. Bei einem weiß ich nicht, ob ich genau zugehört habe. Sie haben von "Lifestyle" gesprochen. Meine Frage in diesem Zusammenhang:

-Haben Sie den Eindruck, es gibt Faktoren, die in Wien wirksam sind, die in allen anderen europäischen Großstädten so nicht wirksam sind? Also als Norddeutscher habe ich den Eindruck, Sie gehen davon aus, in Wien gäbe es einen besonderen Lifestyle, was mir fremd ist. - Eine weitere Frage: Gibt es weitergehende Erklärungen, weshalb es beim Prostatakrebs zu einem Anstieg kommt?

-Außerdem beschäftigen mich diese Antworten der Männer, von denen 70 Prozent sagen: "Gesundheitszustand oder Befinden gut bis sehr gut". Wie interpretieren Sie das? Mein Verdacht ist, dass hier erhebliche Verzerrungen vorliegen, weil Männer die Körpersignale überhaupt nicht wahrnehmen. Wir wissen es ja von Infarktpatienten, dass die teilweise über Jahre Körpersignale gehabt haben, diese aber einfach verdrängen.

Frau Prof. Rieder: -"Lifestyle" ist ein Modewort. Wahrscheinlich versteht jeder von uns etwas anderes darunter. Ich glaube nicht, dass es in der Lebensweise so große Unterschiede gibt zwischen Wien und Dresden - außer in Wien geht man zum Heurigen und hier geht man vielleicht in eine andere traditionelle Wirtschaft. Ich kenne Dresden nicht so gut, aber vom Gesundheitsbericht her leite ich ab, dass die Risikofaktoren sehr ähnlich sind. Wir wissen auch aus den Gesundheitssurveys, dass sich Deutschland und Österreich sehr ähnlich sind. Also "Lifestyle" ist ein Schlagwort, besser sollte man "Lebensstilfaktoren" sagen und die würde ich mit "Risikofaktoren" übersetzen. Die klassischen Risikofaktoren sind die Ernährung, das Rauchen und das Nichtbewegen.

-Zum "Anstieg beim Prostatakarzinom": Zum einen wird die Bevölkerung älter. Je mehr Ältere ich in diese Vorsorge hineinbringe, um so häufiger wird das Prostatakarzinom auftreten. Die vermehrte Frühentdeckung ist sicherlich auch ein Grund. Ein weiterer Grund ist, dass wir die Risikofaktoren kennen. Zum Beispiel die fettreiche Ernährung wird als Risikofaktor für das Prostatakarzinom gesehen.

-Zum "Gesundheitszustand/ Befinden gut bis sehr gut": Wir können nach diesem Ergebnis nicht sagen, wie es den Männern wirklich geht. Wir wissen es aus der Lebensqualitätsforschung, dass man bei Gesundheitssurveys immer einen Faktor mit einrechnen muss zum Verifizieren der Angaben, da Probanden in der Regel eher geneigt sind, in die Richtung "sehr gut" anzugeben. Bei Männern fällt das besonders auf, weil dieser Unterschied zwischen Männern und Frauen so groß ist. Wir könnten uns jetzt anschauen, was haben diese Männer für Krankheiten und Beschwerden noch dazu angegeben. Aber ich denke, dass hier auch das "Rollenverständnis" und das "gesund sein" und das "stark sein" eine große Rolle spielt. Es wird nicht bei jedem der Fall sein, dass es ihm tatsächlich "sehr gut" geht, wenn er das so spontan gesagt hat.

Moderator: Aus Zeitgründen müssen wir jetzt leider abbrechen.

Last not least möchte ich Frau Kern von der Stadt Wien vorstellen, die zum Wiener Frauengesundheitsprogramm sprechen wird.

4.7 "Das Wiener Frauengesundheitsprogramm" - Vortrag von Daniela Kern

Frau Kern: Ich möchte jetzt den Bogen schließen und nach viel "Männergesundheit" wieder auf die "Frauengesundheit" zu sprechen kommen, zu der im ersten Vortrag schon etwas gesagt wurde. Ich werde auf einige Ergebnisse des Wiener Frauengesundheitsberichtes eingehen und Pfeiler nennen, die wichtig sind für die Frauengesundheitsforschung und -förderung. Außerdem stelle ich das Wiener Frauengesundheitsprogramm vor sowie vier Pilotprojekte, die in Wien schon z. T. umgesetzt werden.

Die Wiener Bevölkerung ist innerhalb der letzten 10 Jahre um rund 100 000 Einwohner und Einwohnerinnen gewachsen. Nach der vorangegangenen Stagnationsphase stellt dieses Wachstum die Infrastruktur der Gesundheitseinrichtungen vor neue Aufgaben, insbesondere da sich die Struktur der Klientel teilweise geändert hat. Gegenwärtig leben in Wien mehr als doppelt soviel Ausländer und Ausländerinnen als vor zehn Jahren.

Die Wiener Frauen waren von diesem Wachstum wenig betroffen. Gegenwärtig leben 842 000 Frauen in Wien, ca. 23 000 Frauen mehr als vor zehn Jahren. Gründe hierfür sind die geringe Zuwanderung von Frauen und die starke Verringerung der älteren weiblichen Bevölkerung durch Sterbefälle.

Es fand außerdem eine Veränderung der Lebensformen statt: sinkende Heiratshäufigkeit, steigendes Heiratsalter, Zunahme der Ehescheidungshäufigkeit, geringere Kinderzahl, steigendes Alter bei der Geburt der Kinder, zunehmende Zahl von Alleinerzieherinnen. Wien weist im Vergleich zu Gesamtösterreich die höchste Rate an Scheidungen auf.

Die Fertilität der Inländerinnen und Ausländerinnen ist rückläufig: in Wien gibt es die niedrigste Gesamtfertilität - 1,26 Kinder pro Frau. In den letzten Jahrzehnten erhöhte sich die Lebenserwartung in Wien drastisch. Wienerinnen haben im Vergleich zu Wienern bei durchschnittlicher Lebenslänge einen Lebensvorsprung von 6 Jahren.

Bei 60% aller Sterbefälle von Wienerinnen handelt es sich um Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Zunehmende Problemfelder der Frauengesundheit sind Schäden der Wirbelsäule und Erkrankungen der Gelenke, insbesondere bei Frauen im mittleren Alter. Jede 10. Wienerin im Alter zwischen 45 und 55 Jahren ist betroffen. Eine weitere ernste Bedrohung stellt die Osteoporose dar.

Im Vergleich zu Männern weisen Frauen bei sämtlichen Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren wesentlich günstigere Werte auf. Ausnahmen sind Schenkelhalsbrüche sowie neurologische und psychiatrische Erkrankungen. Bei den Symptombereichen Kopfschmerz/Migräne, Einschlafschwierigkeiten und Nervosität beträgt das Geschlechterverhältnis zwei Drittel Frauen und ein Drittel Männer. Hinsichtlich Psychopharmakagaben sieht die Verteilung noch drastischer aus.

Trotz der Einführung des Mutter-Kind Passes im Jahr 1974 befassen sich österreichweit nur 57% der Frauen über die erforderlichen Routineuntersuchungen hinaus mit der Geburtsvorbereitung.

Im Durchschnitt über alle Altersgruppen bezeichnen um 9% weniger Frauen als Männer ihren Gesundheitszustand als sehr gut.

Tabelle 1 (S. 44) zeigt die Meilensteine im Bereich der Frauengesundheitsförderung, die für uns sehr wichtig wurden.

Im Folgenden möchte ich auf das Wiener Frauengesundheitsprogramm eingehen, mit dem eine Qualitätsverbesserung aller medizinischen, psychologischen und sozialen Dienstleistungen für Frauen erreicht werden soll. Das Programm soll einen Anstoß für die notwendige Forschung und Entwicklung von Projekten sowie wesentliche präventive Maßnahmen geben. Nach Glasgow ist Wien die zweite europäische Stadt, die ein speziell für die Bedürfnisse von Frauen maßgeschneidertes Programm zur Gesundheitsförderung umsetzen will.

Das Wiener Frauengesundheitsprogramm beruht auf den Beratungsergebnissen von ExpertInnenkommissionen, in die neben den jeweiligen ExpertInnen auch VertreterInnen aller politischen Fraktionen eingebunden waren. Ein wichtiger Schritt war, die Stelle der Frauengesundheitsbeauftragten zu schaffen. Es ist Frau Professor Beate Wimmer-Puchinger, die recht ambitioniert mit Unterstützung aller Parteien das Frauenprogramm realisiert. Ich vertrete sie heute, da sie leider verhindert ist.

In Tabelle 2 (S. 45) werden Grundsätze, die für die Planung und Umsetzung des Wiener Frauengesundheitsprogrammes von Bedeutung sind, in Tabelle 3 (S. 45) Schwerpunkte des Programmes angeführt.

Die Maßnahmen des Frauengesundheitsprogrammes gelten sowohl für den Bereich der Gesundheitsförderung und Vorsorge als auch für die stationäre und ambulante Behandlung sowie für Nachsorge und Rehabilitation.

Tabelle 4 (S. 46) zählt zahlreiche Maßnahmen des Programmes auf. Ein derart umfassendes Programm kann nur schrittweise und in einem längerfristigen Zeitplan umgesetzt werden. Zu diesem Zweck werden Jahresarbeitsprogramme erstellt, die mit Hilfe eines ExpertInnenbeirates geplant werden. Der ExpertInnenbeirat besteht aus Fachleuten aus Forschung, Praxis und Verwaltung sowie den VertreterInnen aller politischer Fraktionen. Neben den Jahresberichten ist alle drei Jahre ein Bericht über die Umsetzung des Frauengesundheitsprogramms vorzulegen. Verpflichtend ist auch die Organisation einer jährlichen Frauengesundheitskonferenz.

Tabelle 5 (S. 47-48) führt die vier Pilotprojekte an, mit denen das Frauengesundheitsprogramm gestartet wurde. Damit schließe ich - vielen Dank.

Tabelle 1:**Meilensteine im Bereich der Frauengesundheitsförderung**

1986	Ottawa Charta (WHO): Abkehr vom biomedizinischen Konzept hin zu biopsychosozialem Ansatz. Die Gesundheit von Frauen wurde nicht direkt angesprochen, aber es wurden Impulse für die Entwicklung von Frauengesundheitsförderung gegeben. Der Aspekt der unterschiedlichen Lebenswelten, die Wichtigkeit der Kontrolle über die Lebensbedingungen, Empowerment und Selbstbestimmung wurden erstmals berücksichtigt.
1988	Konferenz in Adelaide: Unterstützung von Frauengesundheit als eines von vier Hauptaktionsfeldern einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
1992	WHO Kampagne „Investing in Women´s Health“
1992	Gründung des WHO-Modellprojektes Frauengesundheitsförderung (F.E.M.) in einer Frauenklinik (europaweit das einzige Gesundheitszentrum in einem Krankenhaus)
1994	WHO Kongreß „Women´s Health Counts“ über die Gesundheit von Frauen in Mittel- und Osteuropa: Abschlussdokument „Wiener Erklärung“ über die Investitionen in die Gesundheit von Frauen in den mittel- und osteuropäischen Ländern
1995	Österreichischer Frauengesundheitsbericht
1996	Wiener Frauengesundheitsbericht
1997/1998	Wiener Frauengesundheitsprogramm
1999	Gründung des WHO-Modellprojektes: Frauengesundheitszentrum F.E.M.-Süd (2. Wiener Gesundheitszentrum in einem Krankenhaus)

Tabelle 2:

Grundsätze für die Planung und Umsetzung des Wiener Frauen-Gesundheits-Programms

- Chancengleichheit für Frauen und Männer in Gesundheit und Sozialem
- Geschlechtsspezifische Konkretisierung von Gesundheit
- Anerkennung von Gesundheit als bio-psycho-soziale Dimension
- Sicherung von Lebensqualität während des gesamten Lebens
- Differenzierung von Gesundheit in verschiedenen Lebensphasen
- Unterstützung von benachteiligten Zielgruppen in Gesundheitsbelangen
- Stärkung von Autonomie und Mitgestaltung im Gesundheitsbereich von seiten der Frauen
- Respektieren der körperlichen und psychischen Integrität von Frauen
- Förderung eines gesunden Lebensstils
- Gesunde Lebensumwelten für Frauen und Kinder
- Kooperation und Vernetzung als Arbeitsprinzip
- Methodenvielfalt im Zugang zur Behandlung aufgrund einer ganzheitsmedizinischen Sichtweise

Tabelle 3:

Schwerpunkte aus dem Wiener Frauengesundheitsprogramm

- Verbesserung der Krebsvorsorge, insbesondere bei Brustkrebs
- Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von schwangeren Frauen, Müttern und Kindern bis zum Schuleintritt
- Bessere Informationen über gesundheitliche Belange und leichterem Zugang zu Einrichtungen des Gesundheitssystems für Frauen
- Qualitätsverbesserung und Entwicklung frauengerechter Standards bei Betreuung und Kommunikation in der medizinischen Versorgung und in psychosozialen Einrichtungen unter Berücksichtigung frauenadäquater rechtlicher Aspekte
- Verbesserung der psychosozialen Situation von Frauen/Familien
- Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Aufnahme- und Ausbildungskriterien für weibliches Gesundheitspersonal sowie Maßnahmen zugunsten betreuender Angehöriger
- Bekämpfung von sexuellem Mißbrauch und Gewalt gegen Frauen und Kinder
- Stärkung und Förderung des Gesundheitsverhaltens von Frauen und Mädchen
- Verbesserung der Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung durch Migrantinnen (Familien und Kinder)
- Verbesserung der Gesundheitsvorsorge und somit der Lebensqualität für Frauen über sechzig Jahren
- Bessere Vernetzung bestehender medizinischer und psychosozialer Einrichtungen im Hinblick auf frauenspezifische Themen
- Entwicklung bzw. Verbesserung vorhandener Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten für das Gesundheitspersonal im Hinblick auf frauenspezifische Themen.

Tabelle 4: Maßnahmen (Wiener Frauengesundheitsprogramm)

- **Information und Bewusstseinsbildung**

Patientinnengerechte Aufklärung
Erstellung von mehrsprachigen Informationsfoldern
Regelmäßige Durchführung von Informationsveranstaltungen
Durchführung von Medienkampagnen
Erstellung eines Handbuchs für Migrantinnen

- **Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen**

Curriculum zu Gewaltprävention und –intervention
Curriculum zu Essstörungen
Kommunikationstrainings für ÄrztInnen und Pflegepersonal
Integration von Frauengesundheit in die Ausbildung

- **Vorsorge und Gesundheitsförderung**

Maßnahmen für Mädchen und junge Frauen: Prävention von Essstörungen, Suchtprävention, Sexualerziehung, Kontrazeptionsberatung
Maßnahmen für erwachsene Frauen: allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Gebärmutterhalskrebs-Früherkennung, Lungenkrebsprävention, Schwangerenbetreuung, -vorsorge, Suchtprävention
Maßnahmen für ältere Frauen: Verbesserung der Lebensqualität, Ausbau von Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und -förderung

- **Verbesserung und Erweiterung von frauengerechten Betreuungsstandards**

Patientinnengerechte präoperative Information und Aufklärung
Psychologische und psychotherapeutische Unterstützung
Befassung der Ethik-Kommission mit Frauenrechten in der Medizin
Frauengerechte Entlassungsmodalitäten bei stationärer Behandlung
Administrative Erleichterungen
Bessere Vernetzung bestehender medizinischer und psychosozialer Einrichtungen

- **Schaffung frauengerechter Strukturen**

Kinderbetreuung in Spitalsambulanzen
Begleitende Spitalsaufnahme mit dem Kind
Mutter-Kind-Zimmer bzw. –stationen bei Behandlung und Rehabilitation der erkrankten Mutter
„Traumastation“ für Frauen nach Gewalterfahrungen
Schaffung von niederschweligen psychotherapeutischen und weiteren psychosozialen Einrichtungen
Vergrößerung des Angebots an niederschweligen Frauengesundheitseinrichtungen und deren finanzielle Sicherstellung
Unterstützung bestehender sowie weiterer Ausbau von Selbsthilfegruppen
Frauengerechte ambulante Versorgung

- **Frauengesundheitsforschung und Dokumentation**

Förderung von Forschungsprojekten mit frauenspezifischen Fragestellungen: Dokumentation und Analyse frauenspezifischer Fragestellungen, Ausbau der geschlechtsspezifischen Forschung im Bereich der Medizin, Einbeziehung von Frauen in Arzneimittelüberprüfungen, Durchführung von wissenschaftlichen Fachtagungen zum Thema Frauengesundheit

- **Maßnahmen für spezielle Zielgruppen**

Frauen mit Kindern, Frauen in Gesundheitsberufen, Frauen als pflegende Angehörige, behinderte Frauen, Migrantinnen, Prostituierte

Tabelle 5: Pilotprojekte des Wiener Frauen-Gesundheits-Programms

1. Essstörungskampagne:

In Österreich leiden mindestens 2.500 Mädchen im Alter von 12 bis 18 Jahren an Magersucht, mindestens 5.000 Mädchen an Anzeichen und ersten Symptomen für Magersucht und etwa 6.500 Frauen zwischen 20 und 30 Jahren an Bulimie.

Die Umsetzung des Projektes erfolgt in Kooperation mit dem Wiener Stadtschulrat, dem Berufsverband Österreichischer PsychologInnen, dem Wiener Landesverband für Psychotherapie sowie der Wiener Ärztekammer.

Zielsetzungen der Essstörungskampagne:

- Aufklärung der Bevölkerung über Essstörungen und deren Auswirkungen
- Aufzeigen der gesundheitsschädigenden Wirkung des gesellschaftlich vorherrschenden Schlankeitskultes
- Schulungen zur besseren Früherkennung und Intervention für Mitarbeiter aus Gesundheitsberufen und LehrerInnen durchzuführen

Zielgruppe: Frauen, Mädchen, Eltern und Angehörige, PädagogInnen, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen.

Projekte:

- Installierung einer kostenlosen Essstörungshotline
- Informationsworkshops an Wiener Schulen
- Fortbildungsveranstaltungen für MultiplikatorInnen
- Bestandsaufnahme der Häufigkeit von Ess-Störungen
- Entwicklung eines Medienpaketes für LehrerInnen
- Gründung einer Plattform

2. Präventionskampagne Brustkrebsvorsorge

Das Mammakarzinom ist in Österreich die häufigste Krebserkrankung von Frauen. In Wien wird jedes Jahr bei etwa 950 Frauen eine Neuerkrankung an Brustkrebs festgestellt, etwa 450 sterben jedes Jahr an diesem Tumor. Die Umsetzung der Präventionskampagne erfolgt in Kooperation mit der Wiener Krebshilfe und unter Einbindung des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger sowie der Ärztekammer.

Neben der Öffentlichkeitsarbeit erhalten die Frauen eine Einladung (gilt als Krankenschein) zur Mammographie. Dokumentation, psychologische Betreuung bei positivem Befund und Qualitätssicherung werden berücksichtigt.

Zielsetzungen der Kampagne, die sich an Frauen ab 50 richtet:

- Erhöhung der Früherkennung durch Inanspruchnahme der Mammographie
- Jede Wienerin ab 50 soll sich jedes Jahr einer Mammographie unterziehen

3. Frauengesundheitszentrum F.E.M.-Süd im Kaiser Franz Josef Spital (F.E.M. = Frauen/ Eltern/ Mädchen)

Das Frauengesundheitszentrum F.E.M.-Süd wurde 1999 nach dem Vorbild des F.E.M. in der Ignaz-Semmelweis-Frauenklinik in Wien gegründet. Zuvor fand eine Bedarfserhebung an 2000 Frauen im 10. Bezirk statt. Ausrichtung erfolgt vor allem an Migrantinnen und sozial Schwächeren, deren Anteil im 10. Bezirk sehr hoch ist.

Zielsetzungen:

- Gesundheitsförderung und Prävention
- Ganzheitliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit
- Frauenorientierung im Gesundheitssystem
- Adäquate Wissensvermittlung für alle Klientinnen
- Förderung frauengerechter Rahmenbedingungen im Sinne der „women friendly services“
- Empowerment im Sinne der Stärkung der Selbstbestimmung von Frauen
- Bewusstseinsbildung für Frauengesundheit im gesellschaftspolitischen Kontext
- Schnittstelle zwischen Krankenhaus und Institutionen des Gesundheitssektors

Arbeitsweise:

- Ganztägiges Servicetelefon
- Kostengünstige Kurse/Workshops/Vorträge/Informationsabende
- TrainerInnen, BeraterInnen, Vortragende nach dem ExpertInnenprinzip ausgewählt
- Kurse/Workshops für MitarbeiterInnen der Klinik
- Organisationsentwicklung innerhalb der Klinik
- Vernetzung

Bemerkung: Das F.E.M. befindet sich im Gegensatz zu den Gesundheitszentren ianderer Bundesländer in einem Krankenhaus. Es dient als Schnittstelle zwischen Krankenhaus und der übrigen Gesundheitsversorgung. Die Mitarbeiter des F.E.M. arbeiten in multiprofessionellen Projektteams des Krankenhauses mit. Nach den Erfahrungen der Mitarbeiter werden die Frauen durch die enge Vernetzung besser erreicht.

4. Prävention von Frühgeburten und vor- und nachgeburtlichen Depressionen

Internationale und österreichweite Studien belegen, daß psychosoziale Belastungsfaktoren eine wichtige Ursache für die Entstehung von nachgeburtlicher Depression, aber auch für Frühgeburten darstellen. Das Projekt soll über 2 Jahre laufen und genau dokumentiert und evaluiert werden

Zielsetzung:

- Senkung der Frühgeburlichkeit und der postpartalen Depressionen

Zielgruppe: schwangere Frauen in 3 Wiener Krankenhäusern

Maßnahmen:

- Bezugshebammen sollen durch Erhebung der medizinischen und psychosozialen Anamnese in der Schwangerenambulanz Risikofaktoren für Frühgeburlichkeit und nachgeburtliche Depressionen erkennen. Im Falle eines vorliegenden Risikos wird eine engmaschige Betreuung durch eine niedergelassene Hebamme gewährleistet.

Diskussion:

Moderator: Ein wenig sollten wir uns auch Zeit lassen für die Diskussion des letzten Referats.

Teilnehmer K: Wie organisieren Sie die ressourcübergreifende Arbeit, die ja in Ihren Projekten drin steckt. Wie arbeiten sie mit den Setting-Konzepten von Ottawa? Ein Beispiel ist hier das Gesundheitszentrum. Aber es gibt ja noch: "Gesundes Krankenhaus", "Gesunde Schulen", "Gesunde Betriebe"? Gibt es da schon Ansätze in Wien? Die Organisation der ressourcübergreifenden Aktivitäten - erfolgt das über den öffentlichen Gesundheitsdienst oder über das Dezernat? Das würde mich interessieren, wie das von der Organisation her gepackt wird.

Frau Kern: Im Rahmen dieser ExpertINNENkommissionen sind ja die verschiedenen Stellen wie Schulen, Krankenkassen, Ärztekammer eingebunden. Dadurch ist es möglich, besser zusammenzuarbeiten. Das Frauengesundheitsprogramm findet ja auf einer politischen Ebene statt, d.h. die Wiener Frauengesundheitsbeauftragte hat die Möglichkeit, über die Stadt Wien die unterschiedlichen Verbände zu ExpertINNENkommissionen zusammenzurufen, wo sie dann direkt in die unterschiedlichen Projekte eingebunden werden können.

Frau Prof. Rieder: Ich bin zwar von der Universität Wien (*nicht Stadt Wien*), aber ich darf sehr viel mit der Stadt Wien zusammenarbeiten. Die Stadt Wien hat eine große Abteilung für Gesundheitsplanung - dort sind auch diejenigen, die für das WHO-Projekt "Gesunde Stadt" verantwortlich sind. Ich glaube, hier gibt es sehr viele Kooperationen. Es ist so, dass sich z.B. bei den Männergesundheitstagen die Stadt Wien auch einbringt. Aber natürlich beteiligen sich auch andere Organisationen. So waren zum Beispiel die "Männergesundheitstage" eine Kooperation zwischen den Organisatoren, die das auch rein technisch organisiert haben und der Stadt Wien. Die Stadt Wien hat sowohl das Rathaus als Veranstaltungsort als auch finanzielle Unterstützung zur Verfügung gestellt. Wir haben uns dann gemeinsam zusammengesetzt und geplant, wer eingebunden werden sollte und wie wir die Kontakte suchen sollten. Beim Männergesundheitsbericht war es so, dass die Stadt Wien die Gesundheitsplanung dieses Projektes als Stadt unterstützt hat. Wir waren als Universität eingebunden, um das Projekt durchzuführen. In der Umsetzung suchen wir uns wieder verschiedene Partner. Bei "Ein Herz für Wien" ist es auch so. Wir überlegen uns, wen binden wir ein? Wer soll bei den verschiedenen Aktionen vorrangig dabei sein? Das ist erst einmal sehr unterschiedlich, aber dort wo ich arbeite, ist es an und für sich immer die Gesundheitsplanung.

Moderator: Angesichts der fortgeschrittenen Zeit sollten wir einen Teil der Diskussion auf die Workshops verlegen. Bevor ich Sie in die wohlverdiente Mittagspause entlasse, noch zwei Ankündigungen. Beginn der Workshops ist 14 Uhr. Ich bitte die ModeratorINNen nach vorn zu kommen. Ansonsten möchte ich mich sehr für Ihre Aufmerksamkeit bedanken und ich hoffe, Sie haben einige Anregungen aus dieser Vormittags-Session mitnehmen können. Vielen Dank.

5 Workshops - Name der Arbeitsgruppe/ Begründung der Thematik/ Zielstellung/ Beschreibung der Diskussion/ Ergebnisse

Arbeitsgruppe 1

“Das Idealbild von Frauen bzw. von Männern – Auswirkungen auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen bzw. von Jungen und Männern”

Diese Arbeitsgruppe arbeitete zeitweise getrennt als Männer- bzw. Frauengruppe.

Arbeitsgruppe 1a “Das Idealbild von Frauen – Auswirkungen auf die Gesundheit von Mädchen und Frauen” Moderation: Prof. Ursula Pfäfflin

Arbeitsgruppe 1b “Das Idealbild von Männern – Auswirkungen auf die Gesundheit von Jungen und Männern” Moderation: Prof. Holger Brandes

Begründung der Thematik:

- Das Idealbild von Frauen und Mädchen bzw. von Männern und Knaben ist je nach historischer Situation und kulturellen, ethnischen, religiösen, ökonomischen und sozialen Lebenswelten unterschiedlich. Auch die jeweilige Familientradition kann für ganze Generationen von Mädchen und Frauen bzw. Männern und Knaben prägend wirken. Diese Unterschiede sind bei Gesprächen über das Thema Idealbild und Gesundheit von Frauen und Männern wichtig, denn auch in der Vorstellung, was gesund und was krank ist, gibt es in den verschiedenartigen Traditionen unterschiedliche Vorstellungen. Gleichwohl sind quer durch lange Epochen und quer über die vielfältigen Kulturen und Gesellschaften hinweg auch Ähnlichkeiten in den Idealbildern zu beobachten, die Mädchen und Frauen bzw. Männer und Knaben weltweit betreffen.

Zielstellung des Workshops:

- Schaffung eines Raumes, in welchem Frauen und Männer ihre eigenen Erfahrungen mit dem Idealbild jeweils als Frauen und als Männer austauschen können.
- Darüber hinaus sollte auch ein Raum gegenseitigen Zuhörens eröffnet werden. Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Frauen bzw. Männern waren uns ebenso wichtig, zur Sprache zu bringen wie die Unterschiede zwischen Frauen und Männern und mögliche Berührungspunkte

Beschreibung der Diskussion:

An der Diskussion nahmen mehr Frauen als Männer teil.

Zunächst stellte Herr Professor Brandes der Gesamtgruppe einige Thesen zum Idealbild von Männern und zu deren derzeitiger Situation vor. Im Anschluss daran äußerte Frau Professor Pfaefflin Gedanken zum Idealbild von Frauen. Zum Thema diskutierten die Teilnehmer in einer Frauen- und einer Männergruppe. Nach den Gesprächsrunden kamen die Gruppen wieder zusammen, um von ihrer Diskussion zu berichten. Das gegenseitige Zuhören wurde interessanterweise von dem Missionsstreben eines der männlichen Teilnehmer unterbrochen, der seine Erkenntnisse über Gesundheit von Frauen an die Frauen weiter vermitteln wollte.

Themen bzw. Fragen, Meinungen die in der Gruppe der Frauen diskutiert wurden:

- Ist es soziale Setzung, dass Mädchen und Jungen verschieden sind? (-Bereits in den Mädchen- und Jungenzimmern des Krankenhauses sind schon Unterschiede festzustellen. -im Gesundheitsamt sind fast nur Männer präsent).
- Ist es sinnvoll, von "weiblichen" und "männlichen" Anteilen in Frauen und Männern zu sprechen?
- Austausch über neue Idealbilder von Frauen (*war sehr fruchtbar*):
 - die Frau, die alles unter einen Hut bekommt und alles bewältigt: Arbeit, Kinder und Schönheit (obwohl die Kindertagesstätten teurer werden!)
 - die Singlefrau, die "alles macht": Weiterbildung, Karriere, Kochen und keine Kinder hat
 - die Mutter, die trotz Beziehungsarbeit weiß, was sie will
 - die Frau, die hohe Leistungen bringt, hohen Verdienst und Attraktivität aufweist.
- Frauen sind oft überfordert. Welche Möglichkeiten gibt es, damit Frauen die enormen Leistungsanforderungen durchbrechen können?
- Bedauerlich ist, dass die Arbeit mit Kindern wieder abgewertet wird
- Alternativen zum Leistungsdruck auf dem Arbeitsmarkt müssen geschaffen werden
- Ideal wurde die Frau gesehen, die einfach zu sich steht, egal wie sie ist
- Auch Gesundheit selbst kann zum Druckmittel werden, wenn der "gesunde Mensch" zum Idealbild wird
- Das Hauptproblem für Frauen ist nach wie vor die Verbindung von Kinder großziehen und Arbeitsmarkt.

Themen bzw. Fragen, Meinungen, die in der Gruppe der Männer diskutiert wurden:

- Einstiegsthema in der Männergruppe war die Erwerbsarbeit, auch in der Variante "Arbeitslosigkeit"
- Sowohl das männliche Selbstbild wie auch das Gesundheitsverhalten sind bei Männern an den Leistungsbegriff geknüpft: "Ich als erfolgreicher Mann oder als Versager"
- Erfahrungen mit den unterschwelligen Bewertungen, denen sich Männer aussetzen, die häufigere Arztbesuche vorweisen: sie gelten als "wehleidig", als diejenigen, die auf jedes "Zipperlein" achten, während im Betrieb derjenige gut angesehen wird, der auch angeschlagen noch kommt und seine Pflicht erfüllt und Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst und seine Gesundheit gilt als "männliche Härte", die Respekt abnötigt
- Angst vor der Krankheit und vor dem Arzt (*ausgelöst durch die Bemerkung von Prof. Eickenberg, dass der Anlass für einen Arztbesuch von Männern häufig die Krankheit ist, an der sie später sterben werden*) In diesem Zusammenhang kamen die eigenen Väter als (z.T. warnende) Vorbilder ins Spiel und die Frage, inwieweit man sich auf das genetische Erbe verlassen könne und inwieweit es jeder selbst in der Hand hätte, seine Lebensdauer zu bestimmen
- Frage nach dem Lebenssinn: Gibt es einen Sinn jenseits der beruflichen Leistung? Welche Rolle kommen hierbei Familie und Kindern zu?

Ergebnisse (Vorschläge, Maßnahmen) :

Gruppe der Frauen:

- Mehr Möglichkeiten für Teilzeitarbeit für Männer und Frauen schaffen
- Mehr Wertschätzung für Beziehungs- und Kinderarbeit durch Männer
- Durchführen von Gendertraining für Firmen und Behörden
- Mehr Beachtung für die besonderen Fähigkeiten und Bedürfnisse von Mädchen
- Einsetzen für das Aufbrechen der Geschlechterstereotype (ohne Differenzierungen zu verlieren)
- Mehr Situationen schaffen, in denen Männer Frauen und Mädchen zuhören können und umgekehrt
- Mehr Anerkennung für alternative Heilansätze.

Gruppe der Männer:

- Gesundheitsaufklärung für Männer macht nur Sinn, wenn sie den Strukturen des Arbeitsmarktes entspricht (Männer verhalten sich rational mit Blick auf die Logik der Erwerbsarbeit)
- Dies schließt auch eine höhere Wertigkeit des Familienlebens im Erwerbsleben mit ein (Erziehungsurlaub für Väter und dessen angemessene Entlohnung sowie Sicherung des Arbeitsplatzes)
- Notwendig wäre der Abbau des Überstundensystems und ein grundlegendes Überdenken des Gehaltssystems, das Rücksichtslosigkeit gegen sich selbst und seine Gesundheit belohnt
- Notwendig ist die Schaffung von mehr Teilzeitarbeitsplätzen und insgesamt ein flexibleres System der Arbeitszeiten für Männer.

Arbeitsgruppe 2 “Der Spagat der Mütter – Mehrfachbelastung; Alleinerziehende”

Moderation: Kathrin Pflücke

Begründung der Thematik:

- Die vielfältigen Belastungen von Müttern verbunden mit fehlender Wertschätzung ihrer Leistungen führen häufig zu Einschränkungen des Wohlbefindens durch verschiedene psychosomatische Störungen bis hin zu manifesten Erkrankungen. Eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Mütter wirkt sich nicht nur auf deren Kinder aus sondern trägt zu einer Erhöhung der Lebensqualität in unserer Stadt bei.

Zielstellung des Workshops:

- Verbesserung der Situation der Mütter in Dresden insbesondere der allein erziehenden Mütter

Kurze Beschreibung der Diskussion:

Am Workshop nahmen Frauen aus verschiedenen Frauenprojekten teil. Sie brachten sich sowohl als professionelle Frauen in der Frauenbildung und Sozialarbeit als auch als persönlich betroffene Mütter ein. Der überwiegende Teil der Teilnehmerinnen war allein erziehend.

Diskutiert wurden folgende Themen:

- Die Anforderungen an die “gute Mutter” sind sehr hoch. Besonders allein erziehende Mütter leisten täglich ein doppeltes oder dreifaches Arbeitspensum in Familie und Beruf. Erwerbstätigkeit im Rahmen ihrer Möglichkeiten hat meist keine finanzielle Unabhängigkeit zur Folge. Da Kinderbetreuung und Erwerbstätigkeit vereinbart werden müssen, ist die berufliche Entwicklung sehr eingeschränkt. So bleiben sie auch bei Teilzeit- Erwerbstätigkeit von Sozialleistungen abhängig.
- Die Lebensform “allein erziehende Mütter” mit Kind(ern) wird gesellschaftlich nicht gleichwertig neben anderen Lebensformen anerkannt. Allein erziehende Mütter müssen sich neben der Alleinverantwortung für die Kinder fast täglich mit der Zuschreibung einer defizitären Lebensform auseinandersetzen.

Ergebnisse (Vorschläge, Maßnahmen):

Folgende Forderungen werden eingebracht:

- Akzeptanz verschiedener Lebensformen erhöhen
- Bessere finanzielle Absicherung allein erziehender Mütter und ihrer Kinder (z.B. durch Grundsicherungsmodell, Altersversorgung))
- Einführung flexibler Arbeitszeitmodelle; beginnen könnte die Stadtverwaltung Dresden als großer Arbeitgeber der Region
- Flexible Öffnungszeiten von Kinderbetreuungseinrichtungen (in jedem Stadtteil eine Kindertagesstätte mit verlängerten Öffnungszeiten)
- Verbesserung des Zugangs zu Hilfs- und Unterstützungsangeboten durch intensive Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung der verschiedenen Angebote
- Die Teilnehmerinnen protestieren gegen die Kürzungen in der Jugendhilfe durch die Stadt Dresden

Arbeitsgruppe 3 “Frauen ab 50 – gesund älter werden in Dresden”

Moderation: Sylvia Münzel

Begründung der Thematik:

- Für Frauen zwischen 45 und 50 Jahren beginnt oft eine Veränderung ihrer Lebenssituation (z.B. familiär: Kinder gehen aus dem Haus/ Besinnung auf das Leben mit dem Partner beruflich: z.B. eine berufliche Neuorientierung ist nötig, evtl. Arbeitslosigkeit körperlich: Beginn der Wechseljahre), die zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen kann
- Frauen dieses Alters haben die Chance, ihre Gesundheit selbst in die Hand zu nehmen. Dazu brauchen sie aber Wissen über ihren Körper und über die Möglichkeiten, selbst etwas zu tun, zum Beispiel auf dem Gebiet der Ernährung oder durch Bewegungsübungen oder durch bestimmte Therapien
- Der Begriff “Altern” wird häufig mit Krankheit und Pflege in Verbindung gebracht und ist dadurch in der Öffentlichkeit negativ besetzt.

Zielstellung des Workshops:

Beantwortung der Frage: “Was stellen sich Frauen vor, was brauchen sie, um gesund älter zu werden in Dresden?”

Kurze Beschreibung der Diskussion:

Die Gruppe bestand vorwiegend aus Frauen dieser Altersgruppe. Die teilnehmenden Frauen waren auf Grund ihres Alters oder des bevorstehenden Alters oder aus beruflichen Gründen an diesem Thema interessiert. In der Diskussion wurde auf folgende Aspekte eingegangen:

- Wir stellten fest, dass es relativ wenig Angebote gibt, die Frauen dieser Altersgruppe in Anspruch nehmen können. Es gibt zwar Informationsveranstaltungen oder ärztliche Vorsorgeprogramme, aber nichts Ganzheitliches. Es gibt also keine Anlaufstelle, wo "Frau" dieser Altersgruppe hingehen kann.
- Allgemein wird mit dieser Altersgruppe das "Altern an sich" thematisiert. Damit verbunden ist weniger Präsenz dieser Altersgruppe in den Medien bzw. "Versuche, wieder ein Stück zurück zu gehen, sich jünger zu machen als man ist". Der Begriff "Altern" ist insgesamt gesehen negativ besetzt.
- Um gesund älter werden zu können ist die Auseinandersetzung mit dem “Älter werden” notwendig. Dafür ist es aber erforderlich, bestehende Informationsdefizite zu verringern.

Ergebnisse (Vorschläge, Maßnahmen):

Folgende Vorschläge wurden unterbreitet:

- Durchführung einer Studie (Situations-, Bedarfsanalyse) zu der Frage “Was brauchen Frauen dieser Altersgruppe, was wird wirklich akzeptiert?” Klärung solcher Probleme oder Fragen:
 - Viele Frauen haben eine Hemmschwelle, überhaupt in ein Beratungszentrum zu gehen. Sollte man Beratungsstellen vielleicht doch eher in Ambulanzen oder Krankenhäusern ansiedeln? (s. *F.E.M., Wien*)
 - Woher kommen mögliche Schwierigkeiten in diesem Alter? Ist es auf hormonelle Veränderungen zurückzuführen oder eher auf soziale Unterschiede?

- Planstellen einrichten für Präventionsarbeit, aber auch, um solche Bedarfsanalysen durchzuführen.
- Einrichten eines Zentrums für Gesundheitsförderung (*Vorbild: Nord-Rhein-Westfalen = dort gibt es ein Netzwerk zur Frauengesundheit*)

Arbeitsgruppe 4 “Frauen mit Behinderung – Leben in Dresden”

Moderation: Angela Piotrowski

Begründung der Thematik:

- Behinderte Frauen haben kaum eine Lobby
- Entscheidungsträger in Behindertenorganisationen sind meist Männer
- Selbst in der Frauenbewegung sind Frauen mit Behinderung unterrepräsentiert
- Viele Veranstaltungen, Projekte und auch Zufluchtsstätten können von Frauen mit Behinderungen nicht genutzt werden, da sie nicht barrierefrei sind

Zielstellung des Workshops:

- “realisierbare” Wege zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens aufzeigen
- möglichst Maßnahmeplan erstellen zur Vorlage im Stadtrat

Kurze Beschreibung der Diskussion/ Ergebnisse (Vorschläge, Maßnahmen) :

- *Wegen mangelnder Beteiligung musste diese Arbeitsgruppe leider ausfallen*

Arbeitsgruppe 5 “Leben als Mann in Dresden - wie gesund ist das?”

Moderation: Dr. Matthias Stiehler/ Frank Haake

Begründung der Thematik:

Es gibt in Dresden keine Einrichtung, die sich speziell mit Männergesundheit befasst, obwohl erheblicher Handlungsbedarf besteht. Angesichts dieses Mangels sollte dieser Workshop ein Angebot sein.

Zielstellung des Workshops:

Für die Teilnehmer dieses Workshops ist das Symposium nur ein Mosaikstein, ein guter Anlass, um auf dem Gebiet “Gesundheit von Männern” weiter zu arbeiten. Es wurde versucht auf die Frage: "Was ist notwendig für ein besseres Wohlbefinden von Männern?" eine Antwort zu finden.

Beschreibung der Diskussion:

An dem Workshop nahmen 10 Männer teil. Nach einführenden Worten zum Gesundheitsbegriff und seiner Beziehung zum Mannsein wurden verschiedene Themen/ Probleme/ Fragen diskutiert. Dabei hatte die emotionale Ebene eine zentrale Bedeutung. Diskutiert wurde über:

- Wohlbefinden: Was dient unserem Wohlbefinden?/ Was gehört zu unserem Wohlbefinden? Dabei fielen Stichworte wie: "Lebendigkeit", "Fühlen", "Gefühle ausdrücken", "erfüllte Sexualität", "Schreien können", "aus sich herausgehen", "gesunde Umwelt", "saubere Luft", "saubere Elbe", "gesunde Nahrung", "Gemeinschaft", "bei mir sein"
- Männer können oft nur "sehr schwer krank sein". Die Verleugnung wird so weit getrieben, dass sie erst auf der Intensivstation zum Innehalten kommen
- das Recht auf "Krank sein". Bei aller Problematik, die damit verbunden ist, sollte man gerade bei Männern auch die "Weisheit einer Krankheit" oder die "Gnade eines Unfalls" sehen
- Männer müssen lernen, ihre Befindlichkeiten und Bedürfnisse wahrzunehmen. Dabei benötigen sie auch strukturelle bzw. institutionelle Unterstützung
- Es gibt zur Zeit keinen Raum in Dresden für Männer
 - die mit den traditionellen Rollenzuteilungen gebrochen haben
 - die Fragen haben und Beratung brauchen
 - unter sich sein wollen, um über ihre Bedürfnisse und Befindlichkeiten zu reden.

Ergebnisse (Vorschläge, Maßnahmen):

- Die Arbeit in dieser Gruppe fortsetzen mit dem Angebot, weitere Männer aufzunehmen
- im Herbst Durchführen eines Treffens von Männergruppen, auch von engagierten Männern, um Ideen zu entwickeln, wie weiter vorgegangen werden könnte
- als Nahziel: Räume schaffen, in denen Männer unter sich sein können (hier ist die Unterstützung der Stadt erforderlich)
- später: Gründung eines Männerhauses mit unterschiedlichen Angeboten für Männer

6 Berichte aus den Workshops

Moderatorin Marianne Schulz: Bei der Zusammenfassung der Workshops sollten wir der Reihenfolge nach beginnen. Wer übernimmt die Zusammenfassung bei der Arbeitsgruppe 1 "Idealbilder von Männern und Frauen"? Frau Prof. Pfäfflin - bitte.

Frau Prof. Pfäfflin: Wir können es ja am besten gemeinsam machen. Unsere Arbeitsgruppe war so konzipiert, dass wir sowohl auf die Auswirkung des "Idealbildes von Frauen als auch von Männern auf die Gesundheit" eingehen wollten. Es erfolgte eine kurze Einführung. Danach wurde in zwei Untergruppen gesprochen. Gefragt wurde bei Frauen und Männern jeweils, welche Themen liegen an, was habt ihr für Interessen? Bei den Frauen war zunächst die Definitionsfrage sehr interessant. Was ist eigentlich männlich und weiblich? Geht es um männliche und weibliche Anteile oder geht es um historische Entwicklungen? Geht es um Zuschreibungen der Gesellschaft? Also was ist mit der sprachlichen Formulierung "männlich"/ "weiblich"? In Bezug auf das Idealbild der Frauen kamen ganz interessante Dinge hervor. Einmal die Superfrau, die von allen Seiten überfordert ist, weil sie alles zur gleichen Zeit erledigen will: -die Arbeitskompetenz, -die berufliche Kompetenz, -die Kinderversorgung, - das Leben mit Kindern, -die Freude an Kindern, an Familie und -gleichzeitig Haushalt und -eigene Bedürfnisse zu haben. Dann die Singlefrau natürlich, die also eine ganz andere Situation hat. Die keine oder noch keine Kinder hat, aber trotzdem Karriere und eigenes Leben verbindet. Dann die Mutter, die trotzdem zu dem steht, was sie gern möchte. Am Schluss kam dann die Frau, die zu dem steht, wie sie ist, egal was sie ist. Ob sie jetzt Angestellte ist, ob sie Bauersfrau ist, ob sie Pennerin ist - also das Idealbild ist nicht von außen gegeben sondern "ich stehe zu dem, was ich bin". Wir gingen den Fragen nach: "Ist das zu verwirklichen in den Strukturen, in denen wir leben und arbeiten?", "Was ist an den Strukturen zu verändern, damit wir so leben können, wie wir gern möchten." Jetzt würde ich gern Herrn Prof. Brandes bitten, etwas zu den Männern zu sagen.

Prof. Brandes: Wir haben uns richtig geschlechtsspezifisch verhalten. Die Männer haben nicht über Kinder gesprochen. Unser Zentralthema war Arbeit, auch in der Variante "Arbeitslosigkeit". Wir waren uns einig, dass wir mehr Fragen aufgeworfen als geklärt haben. Das Thema "Kinder" kam erst, nachdem ich die Frage gestellt habe: "Was ist Euch durch den Kopf gegangen während der Vorträge?" Da passierte natürlich genau das, was dann auch gesagt wurde: "Ich dachte an meinen Vater, der hatte in dem und dem Alter die und die Krankheit. Jetzt kann ich mir überlegen, ob ich den "genetischen Weg" gehen will. Dann kann ich mir ausrechnen, wann ich so weit bin. Das ist ja festgelegt und ich kann höchstens schauen, was kann ich noch machen, damit das später oder früher passiert. Oder ich "glaube dem nicht", dann kann ich sehen, ob ich noch eine andere Variante habe."

Wir haben in gewisser Weise schon so eine Selbsterfahrungssitzung gemacht. Jeder hat mal von sich gesprochen und ich fand das sehr hilfreich. Mir selber war das angenehm, nachdem man so viel gehört hatte. Es gab Fragen, die noch offen blieben: "Wieso ist es in einer vergleichbaren Leistungssituation so, dass Männer immer noch den Rückzug vom Arzt oder von der Medizinischen Institution machen?" Wie ist das bei Männern mit der Angst vor der Krankheit? Also das, was schon in den Referaten kam, ist noch einmal diskutiert worden. Zum Beispiel die Befürchtung, dass bei einem Arztbesuch gleich das Todesurteil offeriert

wird. (Anmerkung: Prof. Eickenberg ging in seinem Referat darauf ein, dass der Anlass für einen Arztbesuch von Männern häufig das Thema ist, an dem sie später sterben werden). Die Außensicht hat ebenso eine Rolle gespielt wie bei den Frauen, nur sehr stark unter dem Aspekt: "Wie ist das mit der Leistung?" Immer wieder kam die Verbindung zu "Leistung". Das hat sich bestätigt, bei Männern ist es nicht der Körper an sich, sondern dieses Bild von: "Ich als erfolgreicher Mann oder als Versager." Also dieser Begriff ist im Zusammenhang mit Gesundheit ganz wichtig. Dort, wo einer aus der Runde davon gesprochen hat, dass er aus der Reihe fällt, in dem Sinne, dass er eher früher zum Arzt geht, hat er selber den Begriff "wehleidig" gebracht, d.h., es sind immer ganz feine, aber nicht zu überhörende Wertungen da. Wir hatten ja die Begriffe: Warmduscher, Weichei. Das setzt sich natürlich fort. Im Betrieb wird der gut angesehen, der halbtot noch kommt und seine Pflicht erfüllt und der wird skeptisch angesehen, von dem man annimmt, er geht mit jedem Zipperlein zum Arzt. So, und daran müssen wir etwas drehen. Wir haben geendet mit der Frage des Lebenssinns. Da sieht man mal, was für ein Feld man aufstößt, wenn man solche Fragen geschlechtsspezifisch diskutiert. Ja, wo ist eigentlich ein anderer Lebenssinn als in dieser Leistungsgeschichte? Das wär's. Ansonsten wollte ich nur noch sagen. Ich fand es natürlich viel zu kurz, aber würde anregen, dass wir so weitermachen. Das heißt, nicht so viele Vorträge, dafür mehr solche Diskussionspielräume zulassen, wo die einzelnen wirklich einmal ihre Erfahrungen und Sichtweisen nebeneinander stellen können und wo wir dann auch mal wechseln, zum Beispiel zwischen Männern und Frauen, damit wir nicht so viele Ängste haben. Es gibt so viele Aha-Effekte, wenn man hört: "Ach die Frauen reden so darüber. Wieso reden sie denn so darüber?" Auch das, was man zu Hause nicht kann, mal lauschen, Mäuschen sein, sollte mehr ermöglicht werden.

Moderatorin: Ich kann eigentlich nur noch einmal bestätigen - das war auch der Gesamtansatz dieser ganzen Veranstaltung - deswegen haben wir uns auch zusammengetan und haben gesagt: "Es ist gut, wenn wir voneinander hören". Ich denke, viele hatten heute bei den Vormittagsvorträgen schon so einen Aha-Effekt, den Sie jetzt angesprochen haben. Gibt es jetzt zu diesem Arbeitskreis noch Nachfragen von Seiten der anderen? Ansonsten würde ich bitten, dass die Arbeitsgruppe 2 mit dem Thema "Der Spagat der Mütter - Mehrfachbelastung und Alleinerziehende" jetzt eine kurze Zusammenfassung gibt.

Frau Pflücke: Wir waren eine kleine Gruppe von Frauen, die auch in Frauenprojekten arbeitet und die selber Mütter sind, überwiegend allein erziehende Mütter. Wir haben unsere beruflichen und privaten Erfahrungen eingebracht und sind davon ausgegangen, dass "Mutter sein" ein Wunsch vieler Frauen ist und dass auch wir gern Mütter sind - dass auch die Gesellschaft wünscht, dass Frauen Kinder bekommen und dass sie die Mütter ehrt zum Muttertag. Wir sind dann dazu gekommen, unsere Erfahrungen im Alltag auszutauschen - die sind ein bisschen anders. Die sind dadurch geprägt, dass Mütter einer unheimlichen Vielzahl von Anforderungen täglich ausgesetzt ist, die zu Mehrfachbelastung und zu Überlastung führt - und dass besonders für die allein erziehenden Mütter das finanzielle Risiko "Mutter zu sein", sehr groß ist. Sowohl Anforderung als auch Überforderung der Mütter steigt dadurch an. Die Wahlmöglichkeiten werden eingeschränkt, da es darum geht, einfach das Leben und Überleben der Familie, der Kinder abzusichern. Allein erziehende Mütter bekommen besonders wenig Anerkennung von der Gesellschaft für ihre geleistete Familien-, Erziehungs- und Berufsarbeit. Sie müssen beides vereinbaren und müssen dabei oft Einbußen sowohl in der Familie als auch in der beruflichen Perspektive hinnehmen und das führt zu zusätzlichen Belas-

tungen und einfach zu einer Situation, die schnell krank machen kann. Wir denken, dass es nötig ist, dass die Gesellschaft zunehmend verschiedene Lebensformen akzeptiert. Also, dass allein erziehende Mütter in der Gesellschaft immer noch wenig akzeptiert sind, das ist die Alltagserfahrung. Wir denken, dass die Arbeit in der Gesellschaft anders verteilt und anders gewertschätzt werden muss - Erwerbsarbeit und Familienarbeit sollte mehr gleichwertige Anerkennung erfahren. Auch Familienarbeit sollte besser finanziell abgesichert werden zum Beispiel durch ein Grundsicherungsmodell für alle. Wir denken, dass auch Erwerbsarbeit anders organisiert werden muss, zum Beispiel durch flexible Arbeitszeitmodelle und haben die Vorstellung, dass hier die Stadt Dresden eine Vorreiterrolle einnehmen könnte. Wir denken auch, dass die Stadt dafür sorgen sollte, dass die Öffnungszeiten von Ämtern und Kindereinrichtungen so sein müssen, dass sie mit Arbeitszeiten von Müttern zu vereinbaren sind - zum Beispiel an solche Lösungen, dass es in jedem Stadtteil eine Kindereinrichtung gibt, die täglich länger offen hat. Nicht alle Arbeitsplätze sind so organisiert, dass sie um 16.00 Uhr enden. Wir sind bestürzt über die Kürzungen der Stadt in der Kinder- und Jugendarbeit und protestieren heftig dagegen, weil wir denken, dass das eine sehr kurz gedachte Lösung ist, die viele Probleme in der Zukunft verschärfen wird. Wir haben überlegt, wie es mit den Unterstützungs- und Hilfsangeboten in der Stadt aussieht. Wir denken, dass sie sich noch mehr vernetzen und dass eine intensive Öffentlichkeitsarbeit gemacht werden sollte, damit sie den Frauen und Müttern, die sie suchen auch zugänglich sind. Zum Schluss haben wir noch einmal zurückgedacht und uns erinnert, dass unsere Mütter einstmals einen Haushaltstag hatten und dass wir das nicht schlecht fänden, wenn es ihn wieder gäbe. Jetzt, als wir kamen, haben wir in der Broschüre "Gesundheitsprofil der Stadt Dresden" unter der Rubrik "allein erziehende Frauen" gefunden: Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Situation. Ich denke, da hat sich die Stadt Dresden das vorgenommen, was wir uns wünschen und ich hoffe, dass das auch umgesetzt wird. Danke.

Moderatorin: Vielen Dank. Das waren ja schon tolle und wichtige Hinweise. Was ich besonders als schwierig empfinde, das ist das Problem "Zeit", besonders für allein erziehende Mütter. Wie Sie wissen, gibt es ja das neue Projekt "Prohlis - soziale Stadt". Wir Frauen sind gerade dabei, dort ein Projekt mit zu initiieren, das "Zeiten der Stadt" heißt und in den alten Bundesländern schon erprobt wurde. Es beinhaltet viele dieser Dinge - einfach die Vereinbarkeit von Öffnungszeiten, zum Beispiel den "Behördentag" mit dem "Markttag" zu verknüpfen oder die "Öffnungszeiten von Kindertagesstätten" dürften sich nicht nach den Arbeitszeiten der Erzieherinnen sondern sollten sich nach den Arbeitszeiten der Eltern richten. Ich denke, da muss auch ein Umdenken stattfinden. All solche Dinge sollen dort mit projiziert werden - das vielleicht nur als Hinweis dazu. Ich bedanke mich ganz herzlich für die ausführliche Dokumentation. Jetzt spricht eine Vertreterin der Arbeitsgruppe 3 "Frauen ab 50 - gesund älter werden in Dresden"

Eine Vertreterin der AG 3: Unsere Gruppe bestand aus Frauen dieser Altersgruppe - nur ich selbst war jünger. Die Frauen waren an diesem Thema interessiert auf Grund ihres Alters oder des bevorstehenden Alters oder aus beruflichen Gründen. Wir diskutierten zu der Frage: "Was stellen sich Frauen vor, was brauchen sie, um in Dresden gesund älter zu werden?" Einerseits stellten wir fest, dass es relativ wenig Angebote gibt, die diese Frauen in Anspruch nehmen können. Es gibt zwar Informationsveranstaltungen, ärztliche Vorsorgeprogramme, aber nichts Ganzheitliches, keine Anlaufstelle, wo "Frau" dieser Altersgruppe hingehen kann. Das kam auch heraus bei der Befragung aller Teilnehmerinnen. Allgemein wird mit dieser

Altersgruppe das "Altern an sich" thematisiert. Damit verbunden ist weniger Präsenz dieser Altersgruppe in den Medien bzw. "versuchen, wieder ein Stück zurück zu gehen, sich jünger zu machen als man ist". "Altern" ist an sich negativ besetzt. Natürlich muss man sich in dieser Altersgruppe mit dem "älter werden" auseinandersetzen. Aber es ist ja nicht so, dass dieses Alter von vornherein mit Krankheit oder weniger Leistungsfähigkeit verbunden ist. Also, Probleme entstehen eher auf Grund sozialer Hintergründe. Natürlich ist das Klimakterium mit hormonellen Veränderungen verbunden, aber es ist keine psychisch labilisierende Phase. Was ist zu tun? Wir hatten uns die Fragen gestellt: "Was kann auf Grund des Informationsdefizits, das möglicherweise in dieser Altersgruppe besteht, getan werden?"

Da fiel uns ein, eine Studie, zunächst einmal eine Bedarfsanalyse durchführen zu lassen oder selbst durchzuführen. Die Frage: "Was brauchen Frauen in dieser Altersgruppe wirklich, was wird auch wirklich akzeptiert?" Viele Frauen haben Hemmschwellen, überhaupt in so ein Beratungszentrum zu gehen. "Sollte man Beratungsstellen vielleicht doch eher in Ambulanzen oder Krankenhäusern ansiedeln?" So, wie es auch das Wiener Frauengesundheitszentrum FEM (FEM = Frauen/ Eltern/ Mädchen) getan hat. Dort besteht nicht so eine hohe Hemmschwelle, da ja zum Arzt jeder geht. Natürlich auch Sozialstudien: "Woher kommen mögliche Schwierigkeiten in diesem Alter? Ist es weniger auf hormonelle Veränderungen zurückzuführen oder eher auf soziale Unterschiede?" Dafür wäre es wünschenswert, dass die Stadt oder irgendwelche Ministerien Gelder zur Verfügung stellen, also um Planstellen einzurichten für Präventionsarbeit, aber auch, um solche Bedarfsanalysen durchzuführen.

An die Teilnehmerinnen der Arbeitsgruppe gerichtet: "Sind sonst noch Ergänzungen aus der Arbeitsgruppe?" (Das ist nicht der Fall.)

Moderatorin: Schönen Dank. Ich möchte bloß auf letzteres noch eingehen. Es ist natürlich so, dass dieses Wiener Gesundheitszentrum FEM relativ groß organisiert ist. In ganz Österreich gibt es Einrichtungen. Bei uns in Sachsen ist das Dresdner Frauengesundheitszentrum das einzige, was es hier für Sachsen gibt. Es wird von der Stadt und auch vom Land finanziell unterstützt. Aber das ist leider nicht ausreichend, um ganz Sachsen damit abzudecken. Deshalb ist es ganz wichtig, dass wir hier dran bleiben, damit es noch in größerem Umfang wirksam wird. *Die Arbeitsgruppe 4 zum Thema "Frauen mit Behinderung – Leben in Dresden" mussten wir leider wegen mangelnder Beteiligung ausfallen lassen.*

Nun zur Arbeitsgruppe 5 "Leben als Mann in Dresden - wie gesund ist das?". Ich bitte um die Zusammenfassung.

Ein Vertreter der Arbeitsgruppe 5:

10 Männer haben an unserer Arbeitsgruppe teilgenommen. Ausgangspunkt war - um auch eine Klarstellung gegenüber heute vormittag zu machen - weniger ein Gesundheitsverständnis, das spezifische Krankheiten im Blick hat, wo dann gesagt wird: "Was sollte getan werden?" - z.B. Raucherentwöhnungskurse oder ähnliches. Für uns war ein umfassenderes Gesundheitsverständnis schon von vornherein notwendig. Das war auch die Überschrift, unter der wir angetreten sind. Es fiel relativ schnell das Stichwort "Wohlbefinden", weitere Fragen waren: "Was dient unserem Wohlbefinden?", "Was gehört zu unserem Wohlbefinden?". Wir sind dann der Frage nachgegangen: "Was fällt jedem dazu ein?" Dabei haben sich Gruppen gebildet - eine betraf "Lebendigkeit". Dort ging es um: "Fühlen", "Gefühle ausdrücken", dazu gehört sicher auch "erfüllte Sexualität", das war auch ein Stichwort. Aber auch Begriffe wie "Schreien", "Aus sich herausgehen". Ein weiteres Stichwort war "gesunde Umwelt", "saubere Luft" "saubere Elbe", die "Nahrung" spielte eine Rolle, aber auch ganz wichtig

"Gemeinschaft" und als komplementäre Seite von "Gemeinschaft" - "bei mir sein". Deutlich möchte ich noch einmal sagen, es wurde "das Recht auf krank sein" betont. Wir haben festgestellt, dass eher die Gefahr besteht, dass wir unsere Schwächen, unser "Krank sein" überspielen und dann wirklich erst auf der Intensivstation aufwachen - jetzt mal verschärft gesagt. Die Kritik, die an das Wiener Projekt zu richten ist: "Soll uns denn jetzt auch noch das Recht auf den Herzinfarkt genommen werden?" (*Um es jetzt mal ein bisschen überspitzt zu sagen.*) Also auch einmal die "Weisheit der Krankheit in den Blick bekommen" und die "Gnade eines Unfalls" bei aller Problematik, die damit verbunden ist. Manches bekommt man erst mit - ich rede da auch aus eigener Erfahrung - wenn man dann "danieder liegt".

Insgesamt ist relativ klar gewesen, dass wir gar nicht so deutlich sagen können, das ist ein Ort, an dem wir uns immer und zu jeder Zeit wohl fühlen und in jeder Situation wohl fühlen. Sondern das schwankt. Manchmal brauchen wir Nähe, manchmal brauchen wir Weite, manchmal brauchen wir Distanz, manchmal brauchen wir Ruhe, manchmal brauchen wir auch Zeit des Schaffens. Also, immer nur in Seilen zu hängen, das kann es sicher auch nicht sein. Gleichzeitig aber immer nur zu schaffen und zu rackern, das ist es bestimmt auch nicht. Es war ein sehr intensives Gespräch. Es hat mir gut gefallen, es hat mich auch angerührt. Natürlich kam dann auch die Frage: "Wie geht es denn weiter?" Da muss ich dazu sagen: Wir, d.h. ein paar Männer hatten sich schon im Vorfeld des Symposiums zusammengefunden. Von denen waren einige auch da und wir sind auf die Frage eingegangen "Was ist denn notwendig für unsere Gesundheit?". Wenn wir dann so ins Schwärmen kommen oder Ideen entwickeln, dann kommen wir natürlich darauf, dass es Räume in dieser Stadt bedarf für Männer, in denen Männer auch unter sich sein können. Ich glaube, solche Räume gibt es bis jetzt nicht. Der Olymp wäre, ein Männerhaus zu gründen, in dem dann unterschiedliche Angebote für Männer stattfinden. So eine Idee haben wir, wobei es nicht darum geht, das in den nächsten Monaten aus dem Boden zu stampfen - sondern wir möchten gern in dieser Gruppe weiter arbeiten und würden diese Gruppe auch gern erweitern. Die konkreteste Idee in diesem Zusammenhang ist die, dass wir im Herbst ein Treffen von Männergruppen durchführen wollen - auch von engagierten Männern - um dann Ideen zu entwickeln und hier weiter zu gehen. Für uns ist das Symposium nur ein Mosaikstein, ein guter Anlass - dadurch ist manches in Bewegung gekommen. Aber wenn wir jetzt auseinandergehen und sagen "das war es", dann hätten wir es uns vielleicht sparen können. Auch wenn wir uns wohl gefühlt haben in der Runde. Es ist gut, wenn das weiter geht.

Moderatorin: Sie haben vielleicht auch gleich ein bisschen das Schlusswort für heute gesprochen. Natürlich ist heute schon oft gesagt und gefragt worden. "Wie geht es weiter?", "Geht es weiter?". Ich möchte zunächst den Moderatorinnen und Moderatoren ganz herzlich danken. Ich möchte Sie aber trotzdem auffordern, wie vereinbart, nicht zu vergessen, Ihre schriftliche Zuarbeit zu den Ergebnissen aus den Arbeitskreisen in 14 Tagen zu machen. Wir wollen versuchen, den ganzen heutigen Tag noch etwas zusammen zu fassen, zu dokumentieren. Wer heute anwesend war, kann dann mit Sicherheit damit rechnen, dass er die Unterlagen bekommt. Erwarten Sie das bitte nicht in der nächsten Woche oder im nächsten Monat. Wir sind natürlich bestrebt, das fortzuführen. Es war ja so gedacht, dass das Symposium erst einmal Anstoß geben sollte, sensibilisieren sollte für die Thematik der Frauen- und Männergesundheit. Und ich glaube sagen zu können, dass die heutige Veranstaltung gelungen ist. Wir werden sicherlich weiter machen. In welcher Form, das werden wir in Auswertung des heutigen Tages noch besprechen. Jetzt gebe ich das Wort an Frau Muschner.

Frau Muschner: Ich will angesichts der fortgeschrittenen Zeit nur ganz kurz etwas dazu sagen. Ich habe mich sehr gefreut, dass unsere Veranstaltung, das erste geschlechtsspezifische Symposium in unserer Stadt, so viel Anklang gefunden hat und dass Sie auch so lange ausgehalten haben und hier ganz aktiv mitgearbeitet haben. Wie Frau Schulz schon sagte, es ist eine Auftaktveranstaltung. Es soll in dieser Richtung weiter gearbeitet werden. In welcher Form - ob weiterhin Männer und Frauen gemeinsam oder wie es Herr Dr. Stiehler anschnitt, mehr getrennt, also die Männer für sich - das werden wir noch sehen. Ich bin immer mehr für Gemeinsamkeit, für Zusammenarbeit und nicht so sehr für Trennung. Obwohl natürlich die Männergesundheit, wie wir heute Vormittag gehört haben, ein Problem der Männer ist und auch von ihnen aufgenommen werden sollte und auch von ihnen realisiert werden sollte. Ganz kurz möchte ich noch sagen, für mich persönlich hat sich beim Thema "Gesundheit: Frauen", "Gesundheit: Männer" als strategische Zielstellung für die nächste Zeit folgendes herauskristallisiert:

- für die Frauen: eine Verbesserung der Lebensqualität
- für die Männer: eine Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit.

Wie auch immer das angepackt werden sollte - sicher weniger in Richtung biologisch/ genetisch, sondern mehr in die sozio-kulturelle Richtung - klar ist, dass das traditionelle Rollenverhalten nicht der Gesundheit der Männer zuträglich ist. Wie das neue Rollenverhalten aussieht, ist für mich noch offen. Es wird sicher spannend werden. Ich hoffe, dass in nächster Zukunft beides, Männergesundheit und Frauengesundheit in Dresden eine Lobby findet und in Dresden ein Thema bleibt. Ich danke Ihnen nochmals und wünsche Ihnen ein schönes Wochenende.

Anlagen

Anlage 1: Faltblatt zum Programm

Anlage 2: Gesundheit von Frauen - Gesundheit von Männern, Dresden-Stadt,
Diagramme: Vergleich von Gesundheitszustand und ausgewählten sozialen
Bereichen → [s. E-Diagramme-Frauen-Männergesdh.doc](#)

WHO-Projekt "Gesunde Städte"
Landeshauptstadt Dresden
Dresden, Juni 2000

Impressum:

Landeshauptstadt Dresden

Rathaus Dresden, Dr. - Kütz - Ring 19, 01001 Dresden

PF 120020

WHO-Projekt "Gesunde Städte" in Zusammenarbeit mit der Gleichstellungsstelle

Redaktion: G. Wolff

Dresden im September 2001