

LICHTENBERG

Man(n), wie geht's?

Eine neue Perspektive für die
Gesundheitsförderung



Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011

Lichtenberger Männergesundheitsbericht 2011

H:G HOCHSCHULE FÜR
GESUNDHEIT
& SPORT

TK
Techniker
Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Impressum

Herausgeber: Bezirksamt Lichtenberg von Berlin
Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit
Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz
Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit
Alfred - Kowalke - Str. 24, 10315 Berlin
Tel.: 030/ 90296 4511
Fax: 030/ 90296 4599
E-Mail: Sandra.Born@lichtenberg.berlin.de

Redaktion: Dr. Sandra Born
Katharina Hennecke
Renate Laube
Dr. Roland Scheil

Logo

Männergesundheit: © Hochschule für Gesundheit und Sport

Hintergrundfotos

Deckblatt: Jörg Schwarz, Mitarbeiter Kiezspinne FAS e.V.

Druck: Techniker Krankenkasse

Auflage: 1300

Februar 2011

Geleitwort

Benjamin-Immanuel Hoff

Dem Thema Männergesundheit wurde bislang viel zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Auf der Suche nach Informationen zum Thema Männergesundheit ist es leider immer noch so, dass kaum Studien zu diesem Thema vorhanden sind. Und wenn, dann meist nur im Zusammenhang mit der sich in den verschiedenen Lebensphasen verändernden Sexualität. Das ist aber – wie wir alle wissen – nun einmal nicht alles im Leben. Außerdem erfährt man zum Stichwort Männergesundheit häufig, dass die „traditionelle männliche Rolle ein Risiko für die Gesundheit“ ist, aber noch Bedarf an weiterer Forschung besteht, um differenziertere Aufschlüsse darüber zu gewinnen, wie genau nun die männliche Rolle auf die Gesundheit „wirkt“.

Bekannt ist, dass Männer seltener und später ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen als Frauen. Dies ist besonders der Fall bei Symptomen, bei denen unklar ist, ob es sich um eine Krankheit handelt sowie bei psychischen oder psychosomatischen Problemen. Aber warum das so ist und wie Männer darauf gesundheitsförderlich angesprochen werden können oder welche Angebote speziell für sie entwickelt und bereitgestellt werden müssen, ist noch nicht genügend erforscht.

Gesichert ist, dass ein erhöhter Genussmittelkonsum, ungesunde Ernährung, Übergewicht und Bewegungsarmut zu den verhaltensbedingten Risikofaktoren zählen, die die Entstehung von chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen fördern und im Ergebnis gegenüber Frauen zu einer um ca. 5 Jahre geringeren Lebenserwartung führen. Wenn das Geschlechtsrollen-Selbstkonzept – nämlich die Kopplung von Männlichkeit und Risikoverhalten – tatsächlich eine wichtige Ursache für die geringere Lebenserwartung darstellt, stellt sich die Frage, unter welchen Umständen sich die männliche Rolle verändern kann, so dass die Sorge um den eigenen Körper und um die eigene Gesundheit nicht mehr als „unmännlich“ gilt.

Ich erwähne dies alles, weil nur so Präventionsprogramme angenommen und eine gesundheitlich höhere Lebensqualität in der zweiten Lebenshälfte bewirken und weil dadurch häufige Erkrankungen im Alter, wie z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, vermieden oder deren Beginn hinaus geschoben werden können.

Sie haben in Ihrem Bericht u.a. einen Schwerpunkt auf das Thema „Ältere Männer“ gelegt. Ich freue mich sehr darüber, denn wenn man sich diesbezüglich informieren möchte, werden die Patienten und Patientinnen meistens geschlechtslos. So sind Depressionen mit einer

Prävalenz von etwa 15 Prozent eine der häufigsten Erkrankungen in der Gerontopsychiatrie. Oft treten sie im Alter häufig im Kontext mit (oft chronischen) körperlichen Erkrankungen auf, insbesondere Gefäßerkrankungen und Erkrankungen, die mit Schmerzen verbunden sind sowie solchen, die die Mobilität beeinträchtigen.

Wie viele Männer und wie viele Frauen tatsächlich davon betroffen und ob unterschiedliche geschlechtsspezifische Behandlungsmöglichkeiten sinnvoll und erstrebenswert sind, wird dagegen wenig beschrieben. Festzuhalten ist, dass Praxis, Forschung und Gesundheitspolitik erst noch für die Wahrnehmung männerspezifischer Gesundheitsbedürfnisse sensibilisiert werden müssen. Zwar gelten Männer immer noch als Standardnorm für die Gesundheitsbedürfnisse von Frauen – aber die tatsächlichen Gesundheitsbedürfnisse der Männer sind weit unbekannter als die der Frauen. Frauen wurden eher somatisch und Männer eher psychologisch vernachlässigt.

Einige geschlechtsspezifische Daten gibt es dennoch: So sind in fast allen Ländern der Welt die Suizidraten bei den über 75-Jährigen am höchsten. Männer finden sich unter den Suizidopfern etwa viermal häufiger als Frauen, und 2 – 6 % der über 65-Jährigen sind alkoholabhängig.

Es wird immer wieder gefordert, dass es mehr als bisher in den Bezirken darum gehen muss, die Eigenverantwortung älterer Menschen – mit und ohne Migrationshintergrund – zu stärken und die Kompetenz für selbständige Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen zu vermitteln. Die enge Kooperation aller Akteure im Bereich Gesundheit, Medizin, Pflege, der Altenhilfe und stadtteilbezogener Einrichtungen ist zukünftig unabdingbar, um die gegenwärtigen Kommunikationsdefizite auch in Bezug auf die Vermittlung älterer Menschen aufzulösen.

Diesem Anliegen ist noch ein weiterer Punkt hinzuzufügen: Die Männergesundheit muss spezifisch berücksichtigt werden! Dazu gehört neben Ansprüchen, die sich an das BMG und der BZgA richten – wie z. B. die Einrichtung eines bundesweiten Männergesundheitsportals, eine staatliche Förderung von Forschungen zur Jungen- und Männergesundheit oder die Verpflichtung der BZgA zur Thematisierung von Männergesundheit – auch die Verpflichtung der kommunalen Gleichstellungsstellen zur Auseinandersetzung mit Jungen- und Männergesundheitsthemen.

Diesem Ziel kommen wir mit diesem Männergesundheitsbericht einen ganzen Schritt näher und ich kann Sie dazu nur beglückwünschen, dass Sie sich dem Thema Männergesundheit widmen, denn Neuland zu betreten ist zwar mühsam, kann aber auch viele unerwartete Einsichten und Fortschritte bringen.

Vorwort

Michael Räßler-Wolff

Es gibt einen Spruch, der besagt, dass die meisten Menschen in der ersten Hälfte des Lebens ihre Energie und Gesundheit dafür einsetzen, um Erfolg zu haben und Geld zu verdienen – und in der zweiten Lebenshälfte dieses verdiente Geld dafür einsetzen müssen, um die ruinierte Gesundheit wenigstens teilweise wieder zu erlangen. Dieser Spruch trifft wohl für Männer in ganz besonderer Weise zu.

Zur Männergesundheit darf ein Klassiker nicht fehlen, was Herbert Grönemeyer vor 25 Jahren gesungen hat, gilt auch heute noch Wort für Wort, nämlich: Männer haben Muskeln, Männer sind furchtbar stark, Männer können alles, Männer kriegen 'nen Herzinfarkt und Männer sind einsame Streiter, müssen durch jede Wand, müssen immer weiter.

Und vielleicht beschreiben diese Zeilen am besten die Realität, der wir ständig und leider oft begegnen, nämlich, dass Männer eine geringere Lebenserwartung haben, dass Männer in der Regel später zum Arzt gehen, dass Männer Vorsorgeuntersuchungen nur gering oder zu spät wahrnehmen oder wie es der Journalist Dirk Risse in der Berliner Zeitung vor einigen Wochen schrieb: „Mancher Mann pflegt sein Auto vermutlich gewissenhafter als seinen Körper“. Dabei ist es so einfach: Wissen ist Macht, Wissen macht stark und durch Wissen kann man Schäden vermeiden und genau dieses Wissen um Gesundheit, um Vorsorge wollen wir vermitteln.

Wir wollen informieren und aufklären, denn es kann uns eben nicht gefallen, dass Männer einsame Streiter sind, dass sie durch jede Wand müssen und dass sie 'nen Herzinfarkt kriegen. Was können wir also tun, damit Männer auch in Lichtenberg gesunder leben können? Wie können wir Lichtenberger Männer für ihre eigene Gesundheit begeistern? Diese Fragen wollen wir stellen und hoffen, interessante Denksätze in diesem ersten bezirklichen Männergesundheitsbericht zu finden.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr



Michael Räßler-Wolff

Bezirksstadtrat für Familie, Jugend und Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	3
<i>Benjamin-Immanuel Hoff</i>	
Vorwort	5
<i>Michael Räßler-Wolff</i>	
Einführung: Männer im Blick der Gesundheitsförderung	8
<i>Sandra Born</i>	
Gesundheitsdaten unter Genderaspekten	11
<i>Renate Laube</i>	
Soziologische Perspektive	
Männer und Familie – ein Widerspruch?.....	26
<i>Sandra Born</i>	
Homosexuelle Lebensweisen und Gesundheit	31
<i>Claus Nachtwey</i>	
Männer und ihre physischen Erkrankungen und Potentiale	
Wie verhindert Mann die Alterung von Herz und Gefäßen?	36
<i>Stefan Borst</i>	
Männer und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	39
<i>Monika Sieverding</i>	
Männer und Psyche	
Depression und Suizid bei Männern	49
<i>Silke Feller</i>	
Wenn Arbeit krank macht oder Burn out – Bore out – bald ganz out?.....	61
<i>Michael Geiger</i>	
Wenn keine Arbeit krank macht.....	67
<i>Roland Scheil</i>	
Psychosoziale Beratung von Männern.....	74
<i>Olaf Neumann</i>	
Männer und Sucht	
Bei Alkoholabhängigkeit sind die Männer Spitze!.....	82
<i>Dagmar Heidt-Müller</i>	
Männer und ihr Rauchverhalten.....	88
<i>Silke Feller</i>	
Kein Glück im Spiel	94
<i>Lena Zielke</i>	
Männer und Lebensstil	
Lebensstil, Lebensführung und Salutogenese: Zur Erklärung männlichen Gesundheitsverhaltens	101
<i>Martin Elbe</i>	
Gesundheit an den Mann bringen! –.....	109
Fallstudie zu gesundheitsorientierten Freizeitangeboten für Männer <i>Martin Elbe</i>	

Umgang mit Freizeit und Medien	120
<i>Torsten Jens Adrian</i>	
Jungen und Gesundheit	
Jungen und Gesundheitsförderung.....	123
<i>Susan Siebdrath</i>	
Gesundheit von männlichen Schulanfängern.....	126
<i>Konstanze Dreßler-Bätz</i>	
Jungen und Sexualität	130
<i>Manfred Grassert</i>	
Jungen und Online-Sucht	134
<i>Kerstin Jüngling</i>	
Jungensozialisation in Frauen dominierten Umfeldern.....	139
<i>Christopher Mey</i>	
Ältere Männer und Gesundheit	
Männer und Demenz	143
<i>Torsten Kratz</i>	
Geriatrische Erkrankungen	147
<i>Ralf Pilgrim</i>	
Alte Knochen – alte Männer? Männergesundheit und Osteoporose	153
<i>Tilman Resch</i>	
Auswertungsergebnisse zur Zufriedenheit älterer Männer	162
<i>Klaus-Peter Licht</i>	
Gesundheitsfördernde Angebote der kommunalen Seniorenbegegnungsstätten.....	169
<i>Jörg Kaminski</i>	
Männerporträts	
Porträt eines Jungen.....	172
<i>Marek Spitzcok von Brisinski</i>	
Porträt eines Studenten	174
<i>Christopher Mey</i>	
Porträt eines Seniors	177
<i>Jürgen Steinbrück</i>	
Wie lebe ich mit der Krankheit Depression?	180
<i>Manfred Bieschke-Behm</i>	
Ein obdachloser Mann berichtet.....	185
Erfahrungen einer Ärztin mit obdachlosen Männern	187
<i>Natalja Loddoch</i>	
Fazit: Wie geht es weiter?	189
<i>Sandra Born</i>	
Autorenverzeichnis	191

Einführung: Männer im Blick der Gesundheitsförderung

Sandra Born

Männergesundheit? Hört sich irgendwie befremdlich an und lädt zum Schmunzeln ein und doch gehört die Männergesundheit zu einem der brisantesten Themen der Gegenwart. Der Ihnen vorliegende erste Berliner Männergesundheitsbericht für den Bezirk Lichtenberg versucht dem gerecht zu werden und möchte Ihnen daher einen möglichst umfassenden Einblick in die geschlechtersensiblen Unterschiede der Gesundheitsförderung eröffnen. Dabei war es von Anfang an Anliegen des Berichtes, ein breites Spektrum von männlichen Gesundheitslagen in allgemein verständlicher Sprache abzubilden. Sie finden neben einer einführnden Datenanalyse zur Gesundheit unter Genderaspekten soziologische, physische und psychische Perspektiven sowie altersabhängige männliche Lebensausschnitte, nämlich die der Jungen und die der älteren Männer.

Und weil der Lebensstil ein ganz wesentlicher Einflussfaktor für die Lebensqualität ist, so finden sich auch sehr interessante und erhellende Fachbeiträge zur Salutogenese von Herrn Prof. Dr. Elbe, also jenem Ansatz, der davon ausgeht, dass Gesundheit kein Zustand ist, sondern ein Prozess, der nach Vollkommenheit strebt. So gesehen weist Gesundheit auch diverse Qualitätsstufen auf. Wenn Männer demnach zwar „ungesünder“ leben, so scheint es einem evolutionär eingepprägtes Modell zu entsprechen, das trotz der Abschaffung des Patriarchats nur schwer veränderbar scheint. Auch wenn ein Mann 20 Zigaretten täglich raucht, so kann er sich dennoch gesund fühlen. Nur sollte sich jeder Mensch seines Lebensstils bewusst sein: Es scheint zwar eine Privatangelegenheit zu sein, sich 20 Zigaretten täglich zu gönnen, aber im Falle des Krankheitseintritts wird es zur Aufgabe der solidarischen Gesellschaft, die Kosten zu tragen. Das System würde explodieren, wenn Prävention und Gesundheitsförderung keine Beachtung fänden.

Es ist nicht Aufgabe des Berichtes, erzieherische Maßnahmen im Top-Down-Modell zu entwickeln, um Männer endlich zu einem gesünderen Lebensstil zu bewegen. Es geht auch nicht um ein Ausspielen von „entweder krank oder gesund“. Es geht im Wesentlichen um ein „sowohl als auch“, um die Schaffung eines zusätzlichen Gesundheitsbewusstseins, also um eine gesunde psychische Balance zwischen Denken und Fühlen wie auch Planen und Handeln.

Für diesen Fall scheint es zunächst notwendig, die so genannten kleinen geschlechtsspezifischen Lebensstilunterschiede, die große Auswirkungen entfalten können, zu kennen. Männer und Frauen sind anders krank. Die Frauengesundheitsforschung hat es gezeigt: Frauen

haben einen anderen Stoffwechsel als Männer. Sie sind anders gebaut, empfinden Schmerzen anders und sind auch durch andere Krankheiten als das männliche Geschlecht geplagt. Dieselbe Krankheit- der Herzinfarkt oder die Depression- zeigt bei Männern völlig andere Symptome als bei Frauen.

Frauen und Männer definieren auch den Begriff „Gesundheit“ anders: Während Frauen mit Gesundheit Wohlbefinden und Körpererleben assoziieren, spielt für viele Männer Gesundheit eine eher untergeordnete Rolle, der eigene Körper muss gut funktionieren. Aber da dies leider oft nicht der Fall ist, liegt in einem riskanten Lebensstil begründet, der dafür sorgt, dass Männer im statistischen Mittel weniger lange leben als Frauen. Die unterschiedliche Lebenserwartung der Geschlechter liegt also vorwiegend am Lebensstil. Und somit bauen sich die Lebensstildifferenzen schrittweise über den ganzen Lebenslauf auf. Schon in der Jugend sind erheblich mehr Jungen als Mädchen von Unfällen betroffen, haben insgesamt schlechtere Ergebnisse im Gesundheitsverhalten gemessen an Zahnstatus, Motorik, Sprache, Übergewicht.

Das gilt auch für das Risikoverhalten allgemein. Männer ernähren sich schlechter und konsumieren mehr Drogen. Sie betreiben Raubbau mit ihrem Körper. Auch die Zahl der Selbsttötungen ist bei ihnen erheblich höher und zwar von der Jugendzeit an bis ins hohe Alter. Sie leiden stärker an Krankheiten, die durch Stress verursacht werden, als Frauen. Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) meldet 2010, dass Männer fünfmal so viel Krankheitstage wegen Herzinfarkt wie Frauen aufweisen. Schlafstörungen treiben Männer ebenso fünfmal so häufig ins Krankenhaus, außerdem sind Männer häufiger in Unfälle verwickelt.

Und zu allem Überfluss meiden Männer auch noch medizinische und psychologische Hilfestellungen. Erst bei akuten Beschwerden suchen sie einen Arzt auf, Vorsorgeuntersuchungen werden zu selten in Anspruch genommen, gleichwohl sich viele Männer auch ein Beispiel an dem kleinen Männeranteil nehmen könnten, die regelmäßige Check-ups machen, so ein engagierter Beitrag von Frau Prof. Dr. Sieverding zur Inanspruchnahme von (Krebs-) Früherkennungsuntersuchungen.

Männer wollen attraktiv sein. Sie wollen kraftvoll und leistungsstark berufliche wie private Ziele verfolgen. Dem gegenüber stehen Ängste, diese Ziele nicht mehr erreichen zu können. Daher neigen Männer zum Verdrängen von Belastungen im körperlichen und im psychischen Bereich, was zu einer Anhäufung von Krankheitssymptomen und schließlich zu einer höheren Sterblichkeit führen kann.

Der Männergesundheitsbericht 2011 sieht weiter als nur auf die enge Fokussierung von Männerkrankheiten. Er greift verschiedene Aspekte der Gesundheitserhaltung heraus und versucht, die Gesundheitsressourcen von Männern stärker in den Blick zu nehmen. Denn: Gesundheit sollte ansteckend sein!

Allen Fachautoren¹ sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt für die Unterstützung des Projektes durch hochwertige und engagierte Beiträge im Dienste einer sich weiter entwickelnden Disziplin der Männergesundheit. Ebenso richtet sich ein großer Dank an die Techniker Krankenkasse Berlin, die den Druck der Publikation des Männergesundheitsberichtes finanzierte und an die Hochschule für Gesundheit und Sport, die mit Projektgruppen verschiedener Studiengänge zur kreativen Entfaltung des Themas beigetragen hat.

¹ Es sei darauf hingewiesen, dass alle eingegangenen Autorentexte auf den Stand von 2010 zurückgehen.

Gesundheitsdaten unter Genderaspekten

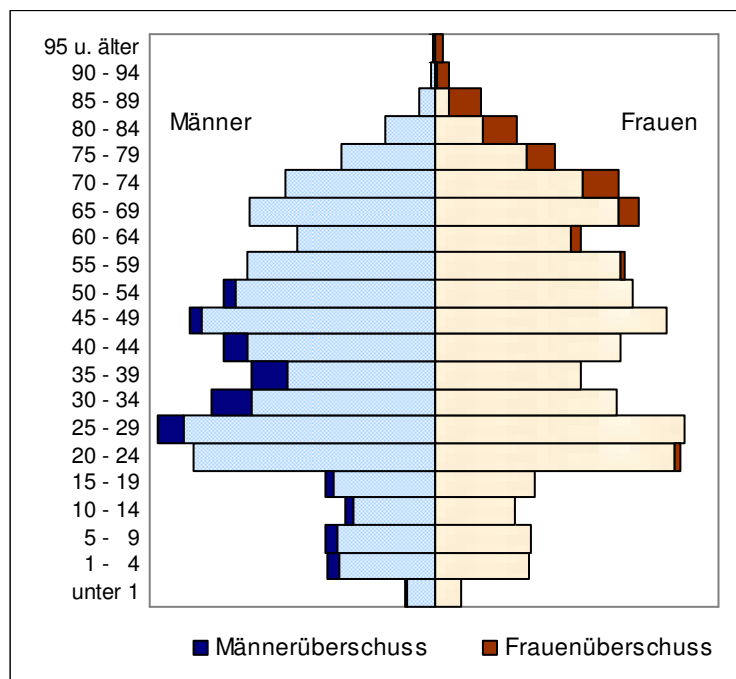
Renate Laube

Bevölkerungsstruktur und -entwicklung in Lichtenberg

In Lichtenberg leben gegenwärtig insgesamt 251.626 Menschen, davon 122.726 Männer (48,8 %)[1]. Im Gegensatz zu den deutschen Männern (48,6 %) sind bei der ausländischen Bevölkerung (6,8 %) die Männer mit 51,8 % leicht in der Überzahl.

Nach Alter ergibt sich für die weibliche und männliche Bevölkerung folgende Struktur:

Abb. 1: Altersaufbau der Lichtenberger Bevölkerung, Stand 31.12.2009 - Angaben in %



In der Abbildung ist zu erkennen, dass die Anteile der männlichen Bevölkerung (mit Ausnahme der Altersgruppe 20 - 24 Jahre) bis 55 Jahre höher sind als die der weiblichen. Ab 55 Jahre dagegen liegen die Anteile der Frauen höher.

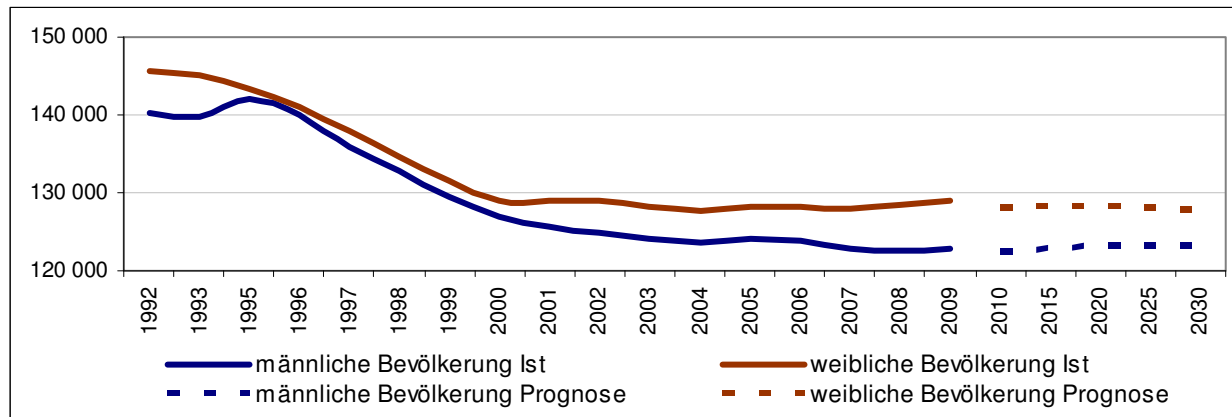
Datenquelle: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg/ eigene Berechnung

Im Jahresvergleich 1992 bis 2009 ist ein Rückgang der Lichtenberger Einwohner um 34.337 zu verzeichnen, wobei der Rückgang der Männer mit rund 1.000 über dem der Frauen liegt.

Laut Mikrozensus 2008 leben in Lichtenberg 26 % der männlichen und 29 % der weiblichen Bevölkerung in einem Ein-Personen-Haushalt. In Berlin waren 38,2 % der Männer und 36,5 % der Frauen verheiratet, 11,1 % der Frauen und nur 7,8 % der Männer geschieden. 9,9 % der Frauen waren bereits verwitwet, Männer nur zu 2,4 %.

Seit 2008 stehen Daten zur prognostischen Entwicklung der Berliner Bevölkerung zur Verfügung [15].

Abb. 2: Bevölkerungsentwicklung 1992 - 2009 und Prognose bis 2030 in Lichtenberg nach Geschlecht - absolut (Stand: 31.12.)



Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg/ Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin

Laut Bevölkerungsprognose wird in Berlin bis 2030, gegen den Trend in anderen Großstädten, die Bevölkerungszahl leicht anwachsen. Gleichzeitig wird sich ein deutlicher Wandel im Altersaufbau der Gesellschaft, in der ethnischen und kulturellen Vielfalt sowie bei den Haushalt- und Familienstrukturen vollziehen. In Lichtenberg ist nach einem leichten Anstieg der Bevölkerungszahlen 2020/ 2025 mit annähernd der gleichen Bevölkerung wie 2007 zu rechnen.

Allerdings wird es eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur geben. Während die ältere Bevölkerung ab 65 Jahre wahrscheinlich um ca. 15.500 Personen und der Anteil der Jüngeren nur um ca. 1.700 ansteigen wird, ist ein Rückgang von rund 17.300 Menschen im erwerbstätigen Alter (20 - 64 Jahre) prognostiziert.

Die Altersstruktur hat auch einen weit reichenden Einfluss auf die medizinische Versorgung in den nächsten Jahrzehnten.

Lebenserwartung der Männer

Die Lebenserwartung der Deutschen ist kontinuierlich gestiegen. So wird der heute Geborene etwa 30 Jahre länger leben als derjenige, der im letzten Jahrhundert geboren wurde. Dies wird mit dem Rückgang der Säuglings- und vor allem Alterssterblichkeit sowie der Verringerung der vorzeitigen Sterblichkeit begründet. Die Lebenserwartung ist von vielen Faktoren abhängig, z.B. von genetischen und Umweltfaktoren, der sozialen Lage, dem individuellen Gesundheitsverhalten, dem Stand der medizinischen Versorgung.

Eine deutliche Differenzierung gibt es zwischen Männern und Frauen, die biologischer Natur, vor allem aber Ausdruck ihrer Lebenslagen und ihres Lebensstils ist. Zu den biologischen Faktoren werden z.B. die schützende Funktion des Östrogens bis zu den Wechseljahren bei Frauen gezählt, aber auch anatomische Unterschiede und das unterschiedliche Reagieren der Körpergewebe bei Männern und Frauen auf Suchtstoffe und Karzinogene. Um wie viel größer der Einfluss der Lebenslagen auf die Lebenserwartung ist, weist die so genannte

„Klosterstudie“ nach [7]. Demnach wird die höhere Lebenserwartung der Nonnen, die unter identischen Bedingungen wie die Mönche leben, lediglich auf ein bis zwei Jahre geschätzt.

Nach neuesten Berechnungen liegt in Berlin die mittlere Lebenserwartung¹ der Frauen bei 82,0 Jahren und der Männern bei 76,9 Jahren [13]. Auch wenn der Abstand zwischen den Geschlechtern geringer geworden ist, leben die Frauen immer noch 5 Jahre länger als die Männer. Die Ursachen dafür werden vor allem in den unterschiedlichen Verhaltenweisen gesehen. Nach wie vor rauchen und trinken Männer mehr als Frauen, ernähren sich ungesünder, nehmen weniger Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Früherkennungsuntersuchungen wahr und vertreten einen riskanteren Lebensstil [4, 8, 9].

Seit Anfang der 90er Jahre konnten bei den Berlinerinnen ein Zugewinn von knapp 4 Lebensjahren und bei den Männern von 5,3 Jahren festgestellt werden. Dass die Frauen nicht gleichermaßen an Lebensjahren gewonnen haben, kann mit der Angleichung von Lebensgewohnheiten, wie z.B. das Rauchen und Trinken vor allem in den jüngeren Lebensjahren sowie der stärkeren Belastung in der Arbeitswelt begründet werden. Diese Faktoren wirken dem allgemeinen Trend der steigenden Lebenserwartung entgegen und so scheint die Lebenserwartung der Männer stärker zu steigen.

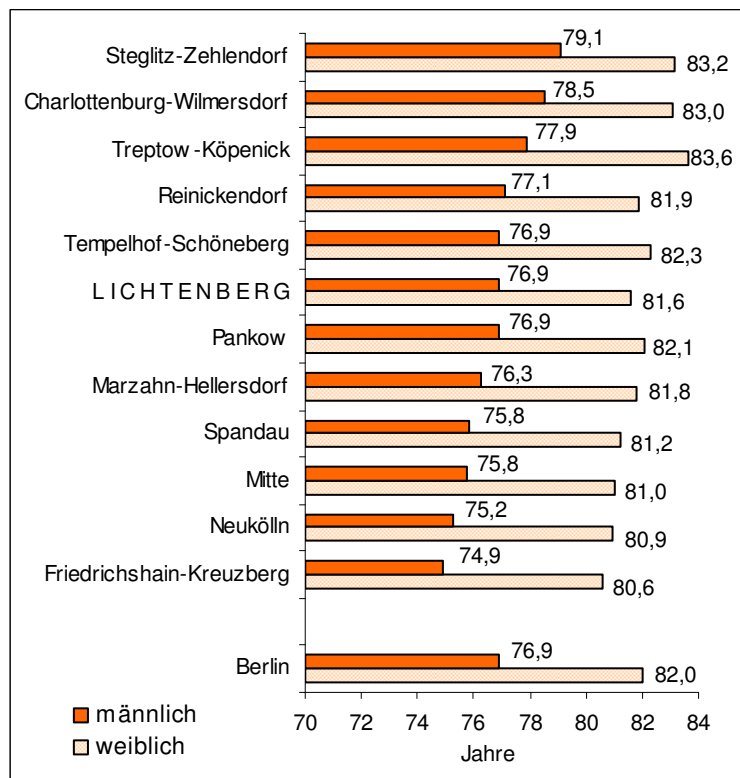
Auch die fernere Lebenserwartung² ist in allen Altersgruppen angestiegen. So haben in Berlin die derzeit 60-jährigen Frauen eine Lebenserwartung von weiteren 24,5 Jahren, die gleichaltrigen Männer von 20,9 Jahren. Statistisch gesehen könnte jeder dritte Berliner Mann 85 Jahre und fast jede dritte Berlinerin 90 Jahre alt werden.

In der folgenden grafischen Darstellung ist die unterschiedliche Lebenserwartung in den Berliner Bezirken zu erkennen.

¹ Unter durchschnittlicher oder mittlerer Lebenserwartung versteht man die Jahre, die ein neugeborenes Kind bei Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeit im Schnitt leben würde. Das bedeutet, dass sich im Laufe des Lebens des heute geborenen Kindes seine Lebenserwartung mit hoher Wahrscheinlichkeit verändern wird. Grundlage der Berechnung der Lebenserwartung ist die sogenannte Sterbetafel

² Die fernere Lebenserwartung bestimmt die Anzahl der Lebensjahre, die ab einem bestimmten Alter zu erwarten sind und stellt ein genaueres Bild der Lebenserwartung in der jeweiligen Lebensphase dar.

Abb. 3: Durchschnittliche Lebenserwartung in Berlin 2006-2008 nach Geschlecht und Bezirken

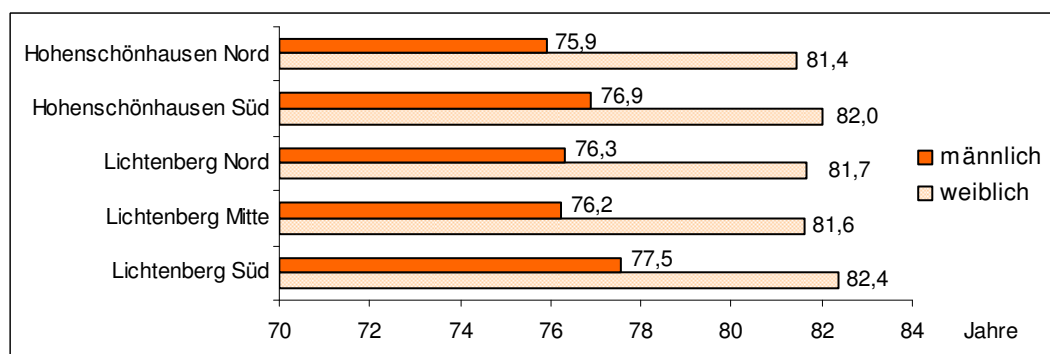


Die Lichtenberger Männer haben die 5. höchste Lebenserwartung in Berlin, die Frauen liegen im Vergleich zu den anderen Bezirken an 8. Stelle. Der Vorsprung der Frauen an Lebensjahren gegenüber den Männern ist innerhalb Berlins sehr unterschiedlich. So haben die Frauen in Neukölln eine um 5,7 Jahre und die Frauen in Steglitz-Zehlendorf eine um 4,1 Jahre höhere Lebenserwartung als die dort lebenden Männer.

Datenquelle: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin (SenGesUmV) 2010

Wie innerhalb der Stadt Berlin, so sind auch in Lichtenberg räumliche Unterschiede in der Lebenserwartung zu erkennen, die eindeutig mit der sozialen Lage in Zusammenhang stehen. Der Einfluss des Sozialstatus, Einkommen und Bildung auf die Lebenserwartung wurde durch viele Untersuchungen sowie durch die bundes- und landesweiten Gesundheitsberichterstattungen belegt [6, 10-13].

Abb. 4: Geschätzte Lebenserwartung³ in den Prognoseräumen nach Geschlecht



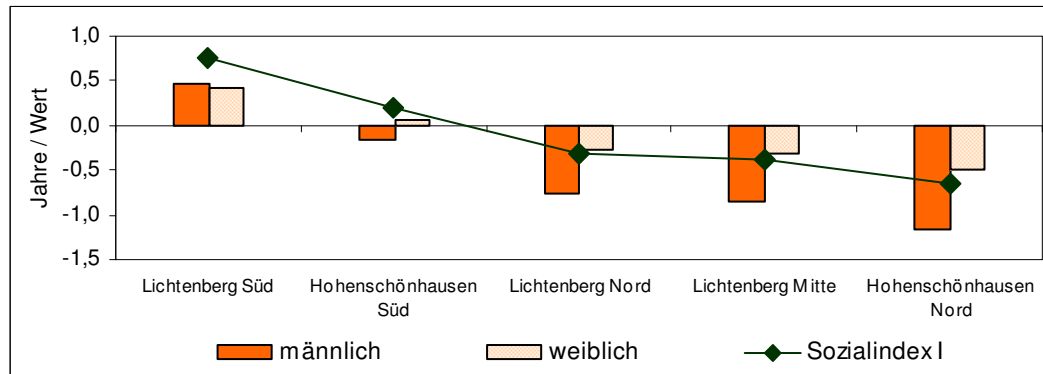
Datenquelle: SenGesUmV 2009

In Lichtenberg Süd ist mit der höchsten Lebenserwartung bei Männern und Frauen zu rechnen und zugleich mit der geringsten Differenz zwischen den Geschlechtern.

³ Modell der multiplen Regressionsanalyse/ SenGesUmV

Bei gleichzeitiger Betrachtung des Sozialindex I⁴ wird deutlich, dass in den lebensweltlich orientierten Räumen, in denen die Menschen in ungünstigen sozialen Verhältnissen leben, eine kürzere Lebenszeit vorausgesagt wird.

Abb. 5: Zusammenhang zwischen Sozialindex I 2008 und mittlerer Lebenserwartung in den Lichtenberger Prognoserräumen 2005-2007 nach Geschlecht - Abweichung in Jahren



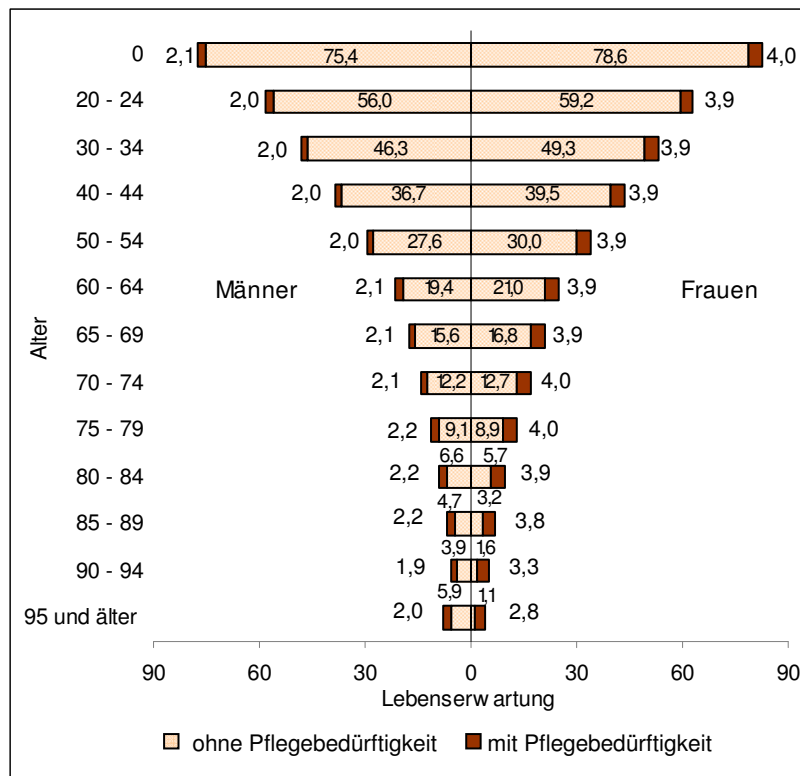
Datenquelle: SenGesUmV 2009/ eigene Berechnung

Die Zugehörigkeit zur höheren sozialen Schicht, die in der Regel mit einem höheren Bildungsniveau einhergeht, scheint bei den Männern eine stärkere Auswirkung auf einen gesünderen Lebensstil und eine häufigere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen als bei den Frauen zu haben, die von jeher gesünder leben.

Geht man der Frage nach, ob ein langes Leben auch eine Zunahme an Lebensjahren in guter Gesundheit oder eine Zunahme an Krankheit und Pflegebedürftigkeit im hohen Lebensalter bedeutet, gibt die so genannte „Gesundheitserwartung“ Aufschluss. Eine Möglichkeit der Berechnung dieses Indikators ist die Lebenserwartung ohne Behinderung (disability-free life expectancy). Hier werden u.a. die Daten der Schwerbehindertenstatistik einbezogen. Danach verbringen durchschnittlich die Männer mit 2,1 Jahren wesentlich weniger Zeit in Pflegebedürftigkeit als die Frauen (4,0 Jahre). Das verstärkt die Annahme, dass die höhere Lebenserwartung der Frauen durch mehr Pflegebedürftigkeit erworben wird.

⁴ Der Sozialindex I spiegelt die soziale Betroffenheit wider und ist geprägt durch Indikatoren der Arbeitslosigkeit nach SGB II (ALG II-Empfänger), der Berufsbildung, der Armuts- und Einkommenslage (Grundsicherung, Sozialgeld), die Anteile von Kindern unter 6 Jahren, die einfache Wohnlage, das Wanderungsvolumen sowie des Gesundheitszustandes.

Abb. 6: Mittlere Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit in Berlin 2007 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



Liegt die Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit bei den Männern bis zum 75. Lebensjahr niedriger als bei den Frauen, so ist sie bei den über 75-Jährigen höher. Bei den über 90-jährigen Männern ist die fernere Lebenserwartung auch einschließlich der Jahre mit Pflegebedürftigkeit höher als die der gleichaltrigen Frauen.

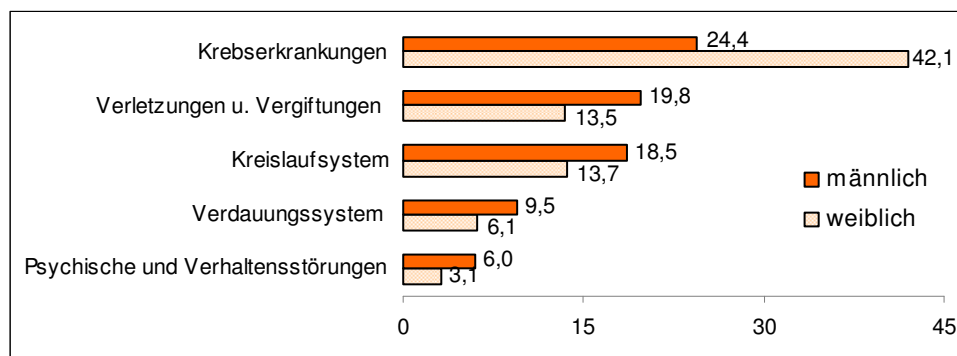
Datenquelle: SenGesUmV/ GSI

Das lässt den Schluss zu, dass Männer, die das 90. Lebensjahr erreichen, über eine von den Frauen abweichende Morbiditätslage verfügen und das unterschiedliche Pflegeverhalten bei Männern und Frauen Wirkung zeigt, das sich u.a. darin äußert, dass weit aus mehr Männer im häuslichen Umfeld gepflegt werden und der Pflegebedarf bei ihnen nicht so hoch ist.

Ein entscheidender Faktor zur steigenden Lebenserwartung in den letzten Jahren war die Reduzierung der Krankheiten, die vor dem 65. Lebensjahr zum Tod führen (vorzeitige Sterblichkeit).

In der folgenden Darstellung sind die Todesursachen der Berliner, die das 65. Lebensjahr nicht erreichten, nach Hauptdiagnosegruppen zusammengefasst und geschlechtsspezifisch in „verlorene“ Lebensjahre umgerechnet. Das heißt, Todesfälle, die in jungen Lebensjahren eintraten, führen zu besonders vielen verlorenen Lebensjahren, auch wenn bestimmte Krankheiten unter Umständen häufiger auftraten.

Abb. 7: Anteil der durch Tod verlorenen Lebensjahre⁵ (1 - unter 65 Jahre) in Berlin 2008 nach ausgewählten Hauptdiagnosegruppen und Geschlecht in %



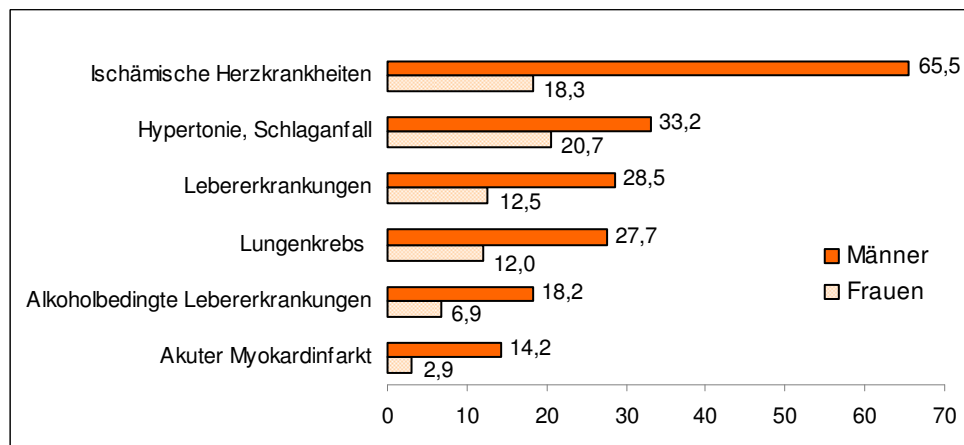
Datenquelle: SenGesUmV 2010

Die häufigste Ursache für den Verlust von potenziellen Lebensjahren sind bei Männern und noch mehr Frauen die Krebserkrankungen. Bei den anderen aufgeführten Krankheiten, die zum Tode führten, liegen die Werte der Männer deutlich höher als bei den Frauen.

Von den Sterbefällen, die vor dem 65. Lebensjahr eintreten, wird etwa die Hälfte als vermeidbar eingestuft. Unter adäquaten Behandlungs- und Vorsorgebedingungen gelten 29 ausgewählte Todesursachen⁶ als vermeidbar. Sie lassen sich folgendermaßen klassifizieren:

- primärpräventiv vermeidbar (Lebensweise);
- sekundärpräventiv vermeidbar (Früherkennung);
- tertiärpräventiv vermeidbar (Qualität der medizinischen Versorgung).

Abb. 8: Ausgewählte vermeidbare Todesfälle in Lichtenberg 2006-2008 (altersstandardisiert je 100.000 Einwohner)



Datenquelle: SenGesUmV 2010

Bei den als vermeidbar geltenden Todesursachen ist eine überproportionale Betroffenheit bei den Männern zu erkennen. Bei Betrachtung der Einzeldiagnosen werden die meisten ver-

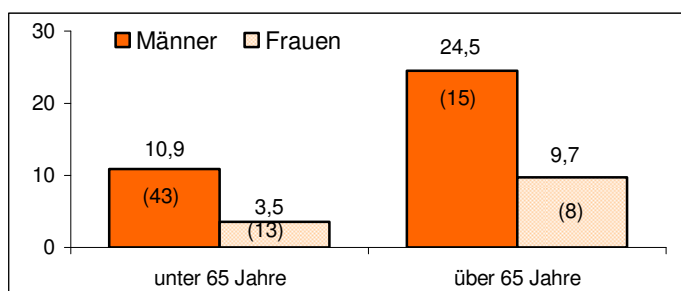
⁵ PYLL - Potential Years of Life Lost/ Berechnung: Die nicht gelebten Jahre bis 65 werden aufsummiert und daraus eine Rate je 100 000 Einwohner gebildet.

⁶ Laut European Community of Avoidable Death (Holland 1993) werden 29 Todesursachen und -ursachengruppen als vermeidbar definiert.

meidbaren Sterbefälle bei den Berlinerinnen und Berlinern durch Lungenkrebs verursacht, bei den Männern gefolgt von den Durchblutungsstörungen und der Leberzirrhose.

Die Männer im Alter bis zum 65. Lebensjahr haben in Berlin ein fast doppelt so hohes Sterblichkeitsrisiko wie die Frauen. Bei einigen Todesursachen, wie z.B. bei den Selbsttötungen liegt das Risiko noch höher.

Abb. 9: Suizidfälle in Lichtenberg 2006 - 2008 nach Geschlecht und ausgewählten Altersbereichen (altersstandardisiert je 100.000 Einwohner, absolut in Klammern)



Die Suizidraten liegen bei den über 65-jährigen Männern und Frauen erheblich höher und steigen weiter mit zunehmendem Alter. Die meisten Selbsttötungen traten bei den Berliner Männern zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr auf.

Datenquelle: SenGesUmV 2010

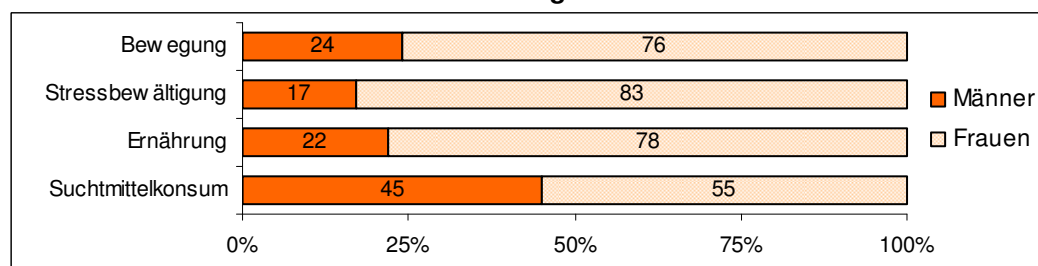
Vorausgesetzt, dass sowohl präventive als auch kurative Maßnahmen zur Vermeidung bestimmter Krankheiten in Anspruch genommen werden, ist zu erwarten, dass die Sterblichkeit zurückgeht. Laut Senatsbericht 2009 würden die Lichtenberger Männer mit einem Zugewinn an 2 Lebensjahren davon etwa doppelt so stark profitieren wie die Frauen (1,1 Lebensjahre) [10].

Von den vermeidbaren Sterbefällen könnten etwa drei Viertel durch individuelles Gesundheitsverhalten und entsprechende präventive Maßnahmen verhindert werden.

Vorsorgeverhalten der Männer

In welchem Umfang die Männer Präventionsangebote oder Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen, wird durch die Krankenkassen regelmäßig recherchiert. Laut Präventionsbericht 2009 liegt der Männeranteil bei der Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten der gesetzlichen Krankenkassen bei nur 23 % [8].

Abb. 10: Teilnahme an Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen 2008 nach Geschlecht und Themenfeldern - Angaben in %

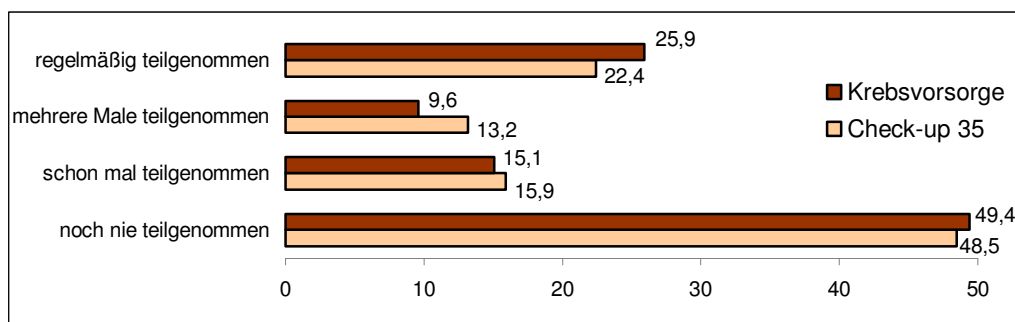


Datenquelle: MDS Präventionsbericht 2009

Insbesondere beim Themenfeld Bewegung ist allerdings zu beachten, dass es sich hier nur um die Angebote der Krankenkassen handelt. Eine repräsentative Befragung zum Sport- und Bewegungsverhalten in Berlin hat zum Beispiel ergeben, dass 62,9 % der Männer regelmäßig Sport treiben [17].

Laut einer Befragung von DAK-versicherten Männern⁷ sind 92 % über Angebote zur Krebsvorsorge und 81 % über das Vorsorgeangebot Check-up 35 informiert. Davon hat aber nur etwa die Hälfte der Männer an den entsprechenden Vorsorgeuntersuchungen teilgenommen. Nur ca. jeder 4. Mann nimmt regelmäßig an der jährlichen Krebsvorsorge teil und jeder 5. Mann nutzt den zweijährigen Check-up 35 für seine Gesundheitsvorsorge.

Abb. 11: Teilnahme der DAK-versicherten Männer an Vorsorgeuntersuchungen - Angaben in %



Datenquelle: DAK Gesundheitsreport 2008

Häufigste Erkrankungen

Die Angaben zu den häufigsten Erkrankungen beziehen sich auf die Angaben der Krankenkassen zu den aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfällen, zu den Arztkontakten mit Arzneimittelverordnungen und zur Arbeitsunfähigkeit.

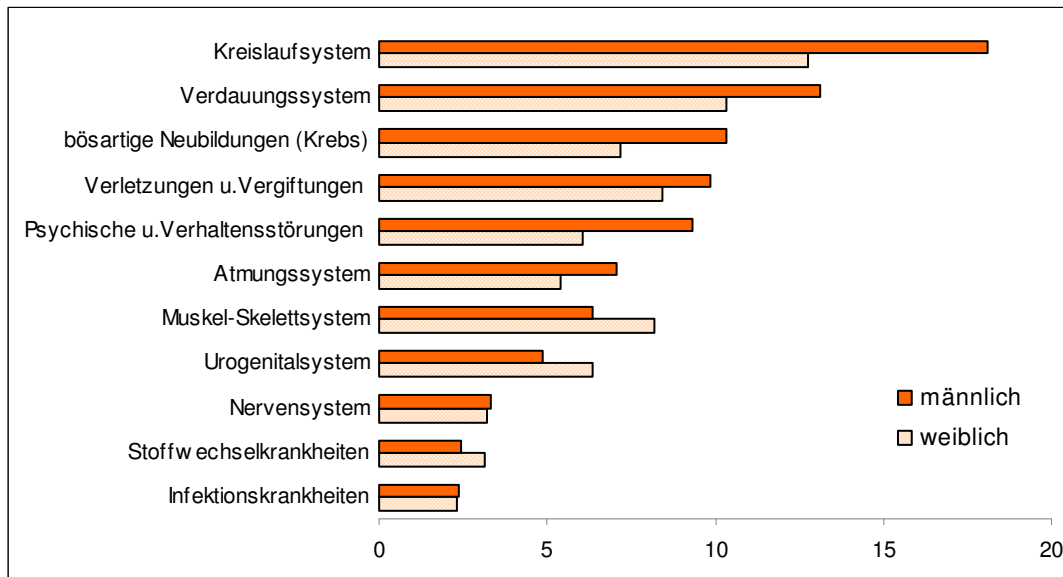
Krankenhausdiagnosen

Bei der Betrachtung der Ursachen des Krankenhausaufenthaltes ist zu erkennen, dass die Kreislauferkrankungen bei Männern und Frauen gleichermaßen an erster Stelle stehen. Es folgen bei den Männern die Erkrankungen des Verdauungssystems und die Krebserkrankungen. Bei den Frauen stehen an zweiter Stelle die Krankenhausaufenthalte wegen Schwangerschaft und Geburt⁸, an dritter Stelle die Erkrankungen des Verdauungssystems.

⁷ Repräsentative Befragung von DAK-versicherten Männern im Alter von 30 bis 65 Jahren im Herbst 2007

⁸ In der folgenden Abbildung nicht dargestellt.

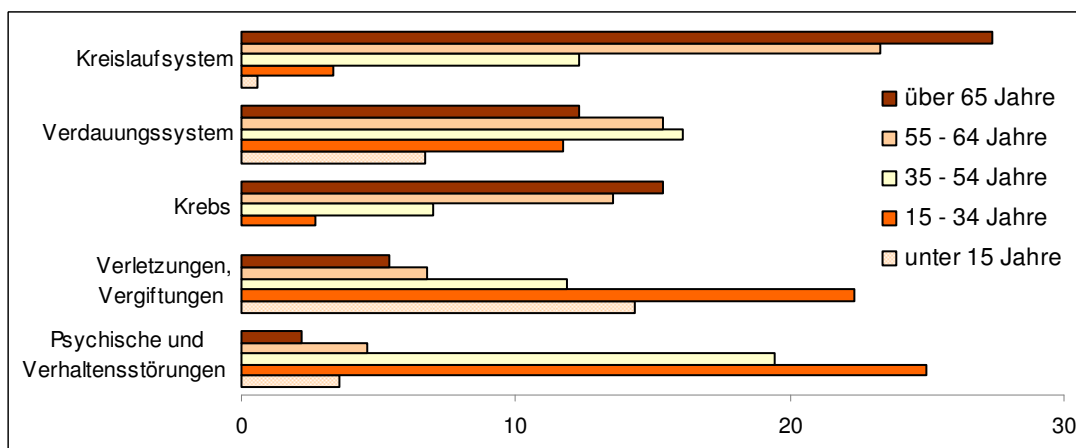
Abb. 12: Die häufigsten Hauptdiagnosegruppen im Krankenhaus 2008 in Lichtenberg nach Geschlecht, Angaben in %



Datenquelle: AfS Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnung

Die Gründe für eine Krankenhauseinweisung sind stark vom Alter der Patientinnen und Patienten abhängig. Eine Differenzierung der fünf häufigsten Hauptdiagnosegruppen bei den Männern nach ihrem Alter ergibt, dass bei den über 65-Jährigen die Erkrankungen des Kreislaufsystems mit über einem Viertel an erster Stelle stehen und bei den 15- bis 34-Jährigen bei fast der Hälfte aller Krankenhausaufenthalte die psychischen und Verhaltensstörungen sowie die Verletzungen dominieren.

Abb. 13: Die fünf häufigsten Krankenhausdiagnosen (Hauptdiagnosegruppen) bei den Männern 2008 in Lichtenberg nach Anteil in ausgewählten Altersgruppen, Angaben in %

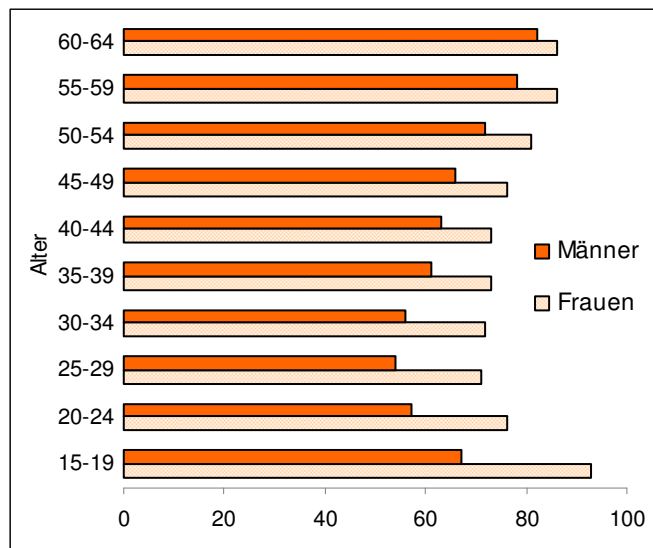


Datenquelle: AfS Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnung

Arztkontakte mit Arzneimittelverordnungen bei Erwerbspersonen

Bei der Verordnung von Arzneimitteln zeigen sich deutliche alters- und geschlechtsabhängige Unterschiede [18]. In allen Altersgruppen liegt der Anteil der Arztbesuche mit Verschreibung von Medikamenten bei Männern mit über 50 % unter dem der Frauen mit über 70 %.

Abb.14: Arztkontakte von Erwerbspersonen 2009 nach Geschlecht und Alter, TK-Versicherte - Angaben in %

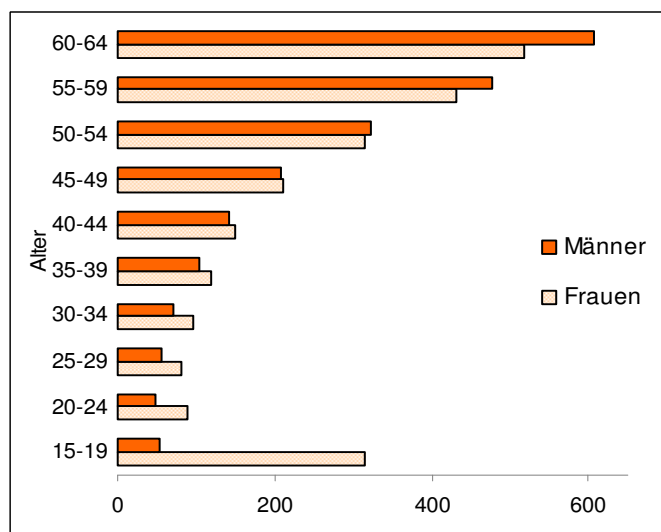


Die wenigsten Arztkontakte mit Medikamenten Verschreibungen hatten die Männer zwischen ihrem 20. und 29. Lebensjahr. Hier wurden lediglich durchschnittlich 1,5 Arztbesuche im Versicherungsjahr erfasst. Im Gegensatz dazu hatten die 60 bis 64-jährigen Frauen durchschnittlich 6,1 Arztkontakte.

Datenquelle: TK, Gesundheitsreport 2010

Bei der Betrachtung des Verordnungsvolumens der Medikamente ist allerdings zu erkennen, dass den Männern ab dem 50. Lebensjahr höhere Tagesdosen⁹ verschrieben werden als den Frauen.

Abb. 15: Arzneimittelverordnungen bei erwerbstätigen TK-Versicherten 2009 nach Geschlecht und Alter - Anzahl Tagesdosen je Versicherungsjahr



Die auffällige Höhe der verschriebenen Tagesdosen bei den 15 bis unter 20-jährigen Frauen ist durch die verordneten Verhütungsmittel bedingt, die bis zum 20. Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.

Datenquelle: TK: Gesundheitsreport 2010

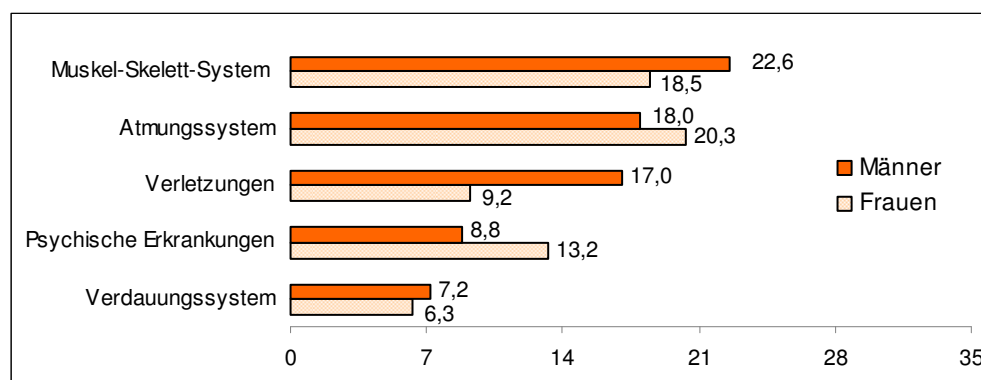
⁹ Eine Tagesdosis (DDD) bezeichnet die nach pharmakologischen Kriterien festgelegte Substanzmenge, die zur Behandlung einer Person für einen Tag ausreicht

Arbeitsunfähigkeit

Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeit (AU) eines Beschäftigten an einem Kalendertag weist den Krankenstand aus. Der Krankenstand der DAK-Versicherten (2,5 Mio Mitglieder, 61 % Frauen, 39 % Männer) lag 2009 bundesweit bei 3,4 % und ist damit seit 2007 wieder ansteigend (Berlin = 3,9 %) [5]. Dabei lag der Krankenstand der Frauen mit 3,8 % um 0,3 % höher als bei den männlichen Versicherten (3,5 %). Begründet wird der Unterschied mit den Diagnosen zu Komplikationen der Schwangerschaften und das Arbeiten der Frauen in überdurchschnittlich vielen Berufsgruppen mit hohen Krankenständen. 49,0 % der DAK-Mitglieder waren mindestens einmal krankgeschrieben (Betroffenenquote).

Bei den Männern steht die AU auf Grund von Erkrankungen am Muskel-Skelett-System an erster Stelle, bei den Frauen die Erkrankungen des Atmungssystems.

Abb. 16: Anteil der fünf wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen 2009, DAK, geschlechtsspezifisch - Angaben in %



Datenquelle: DAK, Gesundheitsreport 2010

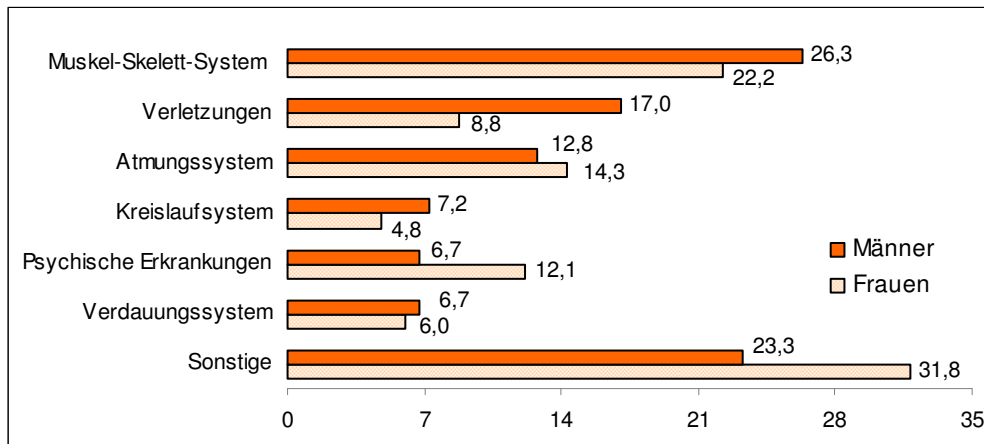
Bei den Männern sind die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems stärker ausgeprägt als bei den Frauen. Noch erheblich höher ist das Verletzungsrisiko gegenüber den Frauen einzuschätzen. Betrachtet man die Einzeldiagnosen, stehen die Rückenschmerzen an erster Stelle, gefolgt von akuten Infektionen und depressiven Episoden.

Im direkten Jahresvergleich 2000 und 2007 war im Gegensatz zu einem relativ stabilen Krankenstand eine deutliche Zunahme der Ausfalltage auf Grund von psychischen Erkrankungen, bei den Männern um 18,4 % und bei den Frauen um 26,8 % zu verzeichnen. Man kann hier also nicht von einer männertypischen Entwicklung sprechen, aber nach Expertenmeinungen ist bei den Männern von einer hohen Dunkelziffer, insbesondere bei den Depressionen, auszugehen.

Vergleicht man die DAK - Statistik in der folgenden Übersicht mit den Angaben weiterer Krankenversicherungen¹⁰, ergibt sich ein ähnliches Bild, wobei die Verletzungen bereits an zweiter und die Krankheiten des Kreislaufsystems an vierter Stelle stehen:

¹⁰ Allgemeine Ortskrankenkassen, Betriebskrankenkassen, Innungskrankenkassen sowie Landwirtschaftliche Krankenkassen

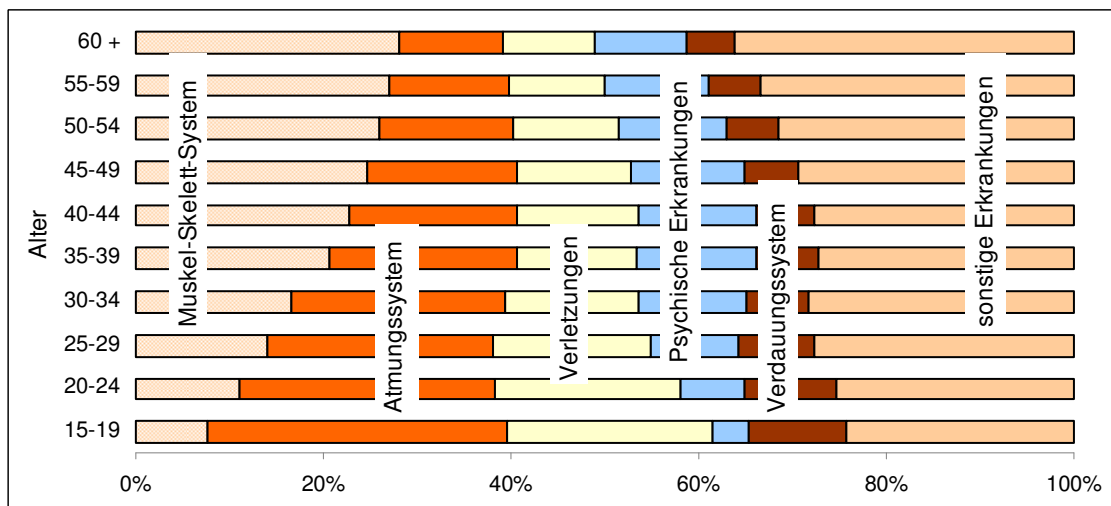
Abb. 17: Arbeitsunfähigkeit 2008 nach Diagnosegruppen und Geschlecht, bundesweit - Angaben in %



Datenquelle: Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008

Ein weiterer interessanter Aspekt ist die Verteilung der Krankheitsarten in Bezug auf das Alter.

Abb. 18: Anteile der 5 wichtigsten Krankheitsarten an den AU-Tagen 2009 der DAK-Versicherten nach Altersgruppen - Angaben in %



Datenquelle: DAK, Gesundheitsreport 2010

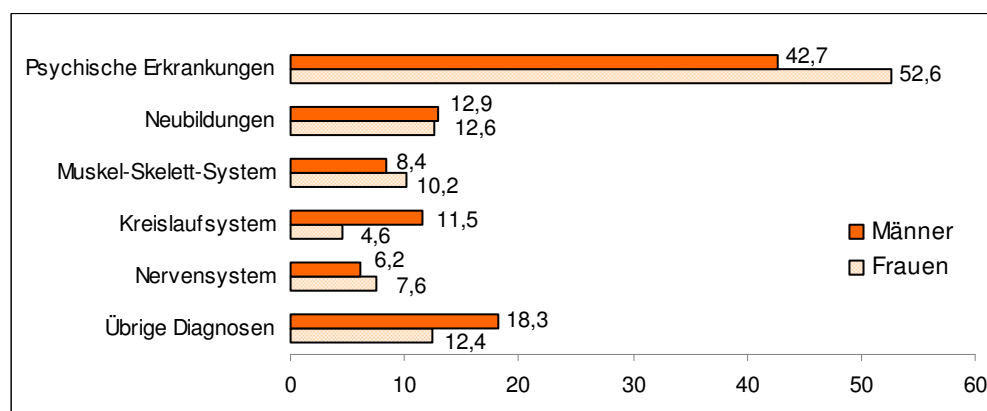
Während die Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und die sonstigen Krankheiten (z.B. Herz-Kreislauserkrankungen, Krebs) mit dem Alter zunehmen, ist bei den anderen eine rückläufige Tendenz zu erkennen. Eine Ausnahme bilden hier die psychischen Erkrankungen, die bis zum 45. Lebensjahr stetig zunehmen und bei den älteren Erwerbstätigen eine nicht mehr so große Rolle spielen.

Erwerbsminderung

Ein weiterer Indikator für die Beschreibung der gesundheitlichen Situation ist die verminderte Erwerbsfähigkeit.

Krankheit oder Behinderung sind Ursachen dafür, dass Personen dauerhaft nicht in der Lage sind, ihren Unterhalt aus beruflicher Tätigkeit zu bestreiten. Volle oder teilweise Erwerbsminderung rechtfertigt einen Anspruch auf eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV). Am 31.12.2008 bezogen in Berlin 79.908 Personen (37.767 Frauen, 33.141 Männer) eine Rente wegen Erwerbsminderung [14]. Hauptgründe des Zustandekommens von Erwerbsminderungen sind seit vielen Jahren Depressionen und bei den Männern in zunehmendem Maße die Alkoholabhängigkeit. In Berlin wurden 2008 an Neuzugängen 3.288 Männer und 3.428 Frauen gezählt [13]. Folgende vier Hauptdiagnosegruppen sind als Ursachen zu erkennen:

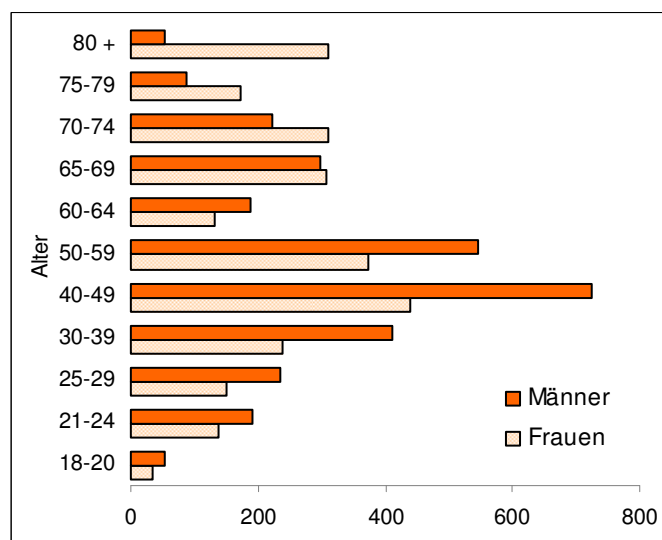
Abb. 19: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2008 nach den fünf häufigsten Hauptdiagnosegruppen, Angaben in %



Datenquelle: SenGesUmV 2010

Sind die Rente und andere Einkommensquellen für den Lebensunterhalt nicht ausreichend, besteht zusätzlich Anspruch auf Leistungen der Grundsicherung nach SGB XII.

Abb. 20: Empfänger/innen von bedarfsorientierter Grundsicherung in Lichtenberg nach d. 4. Kap. SGB XII in Berlin am 31.12.2009 nach Geschlecht und Altersgruppen, absolut



Datenquelle: Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)

Bedarfsorientierte Grundsicherung erhielten zum 31.12.2009 in Lichtenberg 3.851 Personen wegen voller Erwerbsminderung und 1.763 Altersrentner. Im erwerbsfähigen Alter waren mehr Männer auf Leistungen der Grundsicherung angewiesen, im Alter ab 65 Jahren waren es mehr Frauen.

Zwischenfazit

Folgt man den Prognosedaten, werden im Jahr 2030 knapp 5.000 weniger Männer (2009: 6.200) als Frauen in Lichtenberg leben. Während im Altersbereich der 18 bis 60-Jährigen ein erheblicher Rückgang prognostiziert wird, steigt die Anzahl der über 60-jährigen Männer. Die Anzahl der über 80-jährigen Männer wird sich sogar fast verdreifachen. Setzt sich der derzeitige Trend der Lebenserwartungsentwicklung fort, werden die Männer nicht nur älter als heute, es verringert sich auch der Abstand zur Lebenserwartung der Frauen.

Ein gelebter riskanter Lebensstil kann zu starken Gesundheitsschäden und zur Erwerbsminderung führen. Festzuhalten ist, dass das gegenwärtige männliche Vorsorgeverhalten sehr problematisch zu sein scheint, gleichwohl es helfen könnte, einen eher ungesunden Lebensstil zu kompensieren. Ein positives Vorsorgeverhalten könnte maßgeblich dazu beitragen, Todesursachen wie Herz-Kreislauf-erkrankungen, Erkrankungen des Verdauungssystems und Krebserkrankungen rechtzeitig zu begegnen und die Lebenszeit zu verlängern.

Quellenangaben

1. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool, 31.12.2009
2. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Mikrozensus
3. Bundesamt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2008
4. DAK: Gesundheitsreport 2008, Februar 2008
5. DAK: Gesundheitsreport 2010, Februar 2010
6. Lampert, Kroll, Dunkelberg: Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. Aus Politik und Zeitgeschichte 42, 2007
7. Luy, Marc: „Ursachen der männlichen Übersterblichkeit: Eine Studie über die Mortalität von Nonnen und Mönchen“, in: Geppert, J., Kühl, J. (Hrsg.): Gender und Lebenserwartung, Gender kompetent - Beiträge aus dem GenderKompetenzZentrum, Bd. 2, Bielefeld: Kleine, S. 36-76, 2006
8. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Präventionsbericht 2009: Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung, Berichtsjahr 2008
9. Robert Koch-Institut: Gesundheit von Frauen und Männern im mittleren Lebensalter, Berlin 2005
10. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Diskussionspapier „Zur demographischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf die Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung“, Oktober 2009
11. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Sozialstrukturatlas Berlin 2008, Berlin November 2008
12. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Basisbericht 2008, Berlin Januar 2009
13. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Daten des Gesundheits- und Sozialwesens, Basisbericht 2009, Berlin Mai 2010
14. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Grundsicherung bei dauerhaft voller Erwerbsminderung, statistische Kurzinformation, Berlin Januar 2010
15. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung Berlin: Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2007 - 2030, Januar 2009
16. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI), www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html
17. Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin (Hrsg.): Sport in Berlin - Untersuchung zum Sportverhalten. Berliner Schriften zur Sportentwicklung. Heft 1, 2008, www.berlin.de/sen/sport/sportpolitik/umfrage.html
18. Techniker Krankenkasse: Gesundheitsreport 2010: Gesundheitliche Veränderungen bei Berufstätigen und Arbeitslosen von 2000 bis 2009

Männer und Familie – ein Widerspruch?

Sandra Born

Der soziale und demografische Wandel lässt die Frauen- und Mutterrolle auseinander brechen. Die Familienforschung hat diesen Strukturwandel bereits hinreichend dokumentiert (Bertram 1997). Als völlig unterbelichtet erscheint hingegen der Zweiklang „Familie und Männer“ und deren Perspektiven aus der Männlichkeitsforschung. Versucht man gar eine auf Männer bezogene Gesundheitsförderung ausfindig zu machen, wird man enttäuscht, weil sie bis dato im Vergleich zu den vielfältigen Aktivitäten in der Frauengesundheitsförderung nach wie vor eine Ausnahme ist.

Warum ist das so? Möglicherweise hat dies zunächst mit der Tatsache zu tun, dass Männer ihrer Gesundheit grundsätzlich eher einen vergleichsweise geringen Stellenwert beimessen. Die Wissenschaft reagiert entsprechend resonanzlos, gleichwohl dazu kein Grund besteht. Mit der Verkürzung der weiblichen Reproduktionsphase und einer geringeren Kinderzahl findet auch ein erheblicher Bedeutungswandel der Rolle des Mannes, Vaters und Partners als Haupternährer der Familie statt (Bertram 2009). Die Auswirkung des weiblichen Lebenszyklus und die Konsequenzen der Lebenserwartung betreffen also ebenso die Lebensperspektive von Männern und Vätern.

Lange Zeit war das klassische Familienmodell so strukturiert, dass die staatlich kostengünstigste Variante so eingerichtet wurde, den Müttern und ihren Kindern Wohnraum zur Verfügung zu stellen und zugleich Sorge dafür zu tragen, dass die Männer die Wohnung und den Lebensunterhalt der Mütter und Kinder auch finanzieren (Flandrin 1978 in Bertram 2009). Während dieser Zeit fand der erste demografische Übergang statt und das Golden Age of Marriage erreichte seinen Höhepunkt in der Kernfamilie: Bis weit in die 1960er Jahre hinein war die so genannte „Normalfamilie“ eine kulturelle Selbstverständlichkeit und ein millionenfach gelebtes Grundmuster. Man heiratete relativ früh, die Zahl der Ehescheidungen war niedrig und erwerbstätige Mütter waren relativ selten. Die Ehe mit zwei Kindern war die übliche und normale Lebensform eines erwachsenen Menschen.

Der zweite demografische Übergang fand im Anschluss statt und wandelte das Familienbild in den westlichen Industriestaaten: Steigende Scheidungszahlen, eine abnehmende Geburtenrate und die Zunahme der Ein-Personen-Haushalte gelten bis heute als Indiz dafür, dass die Lebensform Familie in die Krise geraten sei (Nave-Herz 2009). Dazu zählen weitere aktuelle soziografische Trends: Sinkende Heiratsneigung bei Frauen und Männern, Zunahme nichtehelicher Lebensgemeinschaften, sinkende Geburtenraten, steigende Scheidungsraten.

Wie lässt sich eigentlich der Anstieg der Scheidungsraten erklären? Historisch galt die Ehe als Zweckgemeinschaft und der Alternativnutzen eines Singledaseins ging gegen Null. Eine Scheidung wäre also mit hohen ökonomischen und sozialen Trennungskosten verbunden gewesen und kam nicht in Betracht. Mit zunehmendem Wohlstand stieg jedoch der Alternativnutzen eines Singles, die Opportunitätskosten auf einem größeren Partnermarkt ebenfalls, die Trennungskosten bedingt durch die gestiegene Anzahl des Frauenerwerbs durch weniger Investitionen in Kinder reduzierten sich, auch durch die Alternative der nichtehelichen Lebensgemeinschaften.

Ob die Familie tatsächlich in die Krise geraten ist oder ob sie sich in Auflösung befindet bzw. sich neue Lebensformen bilden, bleibt abzuwarten. Fakt ist, dass Menschen weiter in Bindungen leben, aber diese Bindungen nun anderer Art sind, was Umfang, Verpflichtungscharakter und Dauer angeht (Beck-Gernsheim 2010). Fest steht auch, dass wir gegenwärtig einen gesellschaftlichen Wandel familiärer Strukturen beobachten können, deren Hauptursachen in einer gestiegenen Lebenserwartung von Männern und Frauen und im Rückgang der Fertilitätsrate liegt.

Warum kommt es aber zu einem Geburtenrückgang und welchen Anteil tragen dabei Männer? Die Ursache für die wachsende Kinderlosigkeit in Deutschland ist auch zu einem großen Teil männlich bedingt (Studie Allensbach 2009). Diese repräsentative Umfrage kam zu dem Ergebnis, dass Männer im erwerbsfähigen Alter Angst vor der Familiengründung hätten. „Fast die Hälfte aller unter 45 glaubt, dass sie keine Familie gründen müssen, um ein glückliches Leben zu führen. In der Generation ihrer Väter waren nur 28% dieser Meinung. Entsprechend beklagen sich 30% der Frauen, ihren Kinderwunsch nicht verwirklichen zu können, weil sie nicht den passenden Partner finden“ (ebda.). In Großstädten wie Berlin erreicht die Kinderlosigkeit der männlichen Akademiker im Alter von 40 bis 44 Jahren fast 60% und übersteigt damit signifikant den prozentualen Anteil der Frauen.

Eine Expertenkommission der Bertelsmann-Stiftung forschte nach den Ursachen und fasste drei Thesen zusammen: Zum einen herrsche noch weitestgehend die Auffassung, Familie sei überwiegend immer noch Frauensache. Zu beobachten ist dies an frauendominierten Sozialisationsinstanzen wie Kita und Schule. Dies bedeute im Umkehrschluss, dass es Jungen oft an männlichen Vorbildern für die künftige Vaterrolle fehlt. Zum zweiten wiegen sehr stark die ökonomischen Faktoren. Eine volle ökonomische und berufliche Autonomie erreichen die meisten Männer heute erst mit 30 Jahren. In dieser Berufsphase treiben sie jedoch nicht selten ihre begonnene Berufskarriere voran. Eine zusätzliche Verantwortung für Kinder würde nur stören. Ein weiterer Grund für die Zurückhaltung der Männer bei der Familien-

gründung sei außerdem die Globalisierung, die die Familien zu den Verlierern werden lasse. Der wachsende Wettbewerbsdruck fordert von den jungen Berufstätigen, der Karriere den Vorrang zu geben und jederzeit bereit zu sein, den Wohnort zu wechseln und der Arbeit zu folgen. Der arbeitsbedingte Mobilitätswang steht damit im krassen Gegensatz zum Bedürfnis der Familie nach ökonomischer und örtlicher Stabilität.

Richard Sennett (1998), ein bekannter US-amerikanischer Soziologe, hielt dazu fest, dass das menschliche Verhalten auf stabile soziale Kontakte programmiert sei, die jedoch von der Flexibilität im neuen Kapitalismus untergraben würde. In der schönen neuen Welt des globalisierten Kapitalismus und seiner verschlankten Unternehmensstrukturen stehe jeder Arbeitsplatz zur Disposition. Das neue Leitbild erfordere also eine reaktionsschnelle und anpassungsfähige Persönlichkeit. Demnach sei die geforderte Flexibilität durch soziale Mobilität nicht kompatibel mit den individuellen Sozialanlagen wie langfristige Verbindlichkeiten und Loyalitäten.

Die Männer unterliegen also genauso wie die Frauen dem so genannten Vereinbarkeitsdilemma zwischen Beruf und Familie. Der Spagat zwischen den beiden Welten führe bei den Männern bzw. jungen Familienvätern zu Überforderungssymptomen, die eine hohe Ähnlichkeit mit der Doppelbelastung junger Mütter aufweisen. Diese Symptome zeigen sich darin, dass die „Erosion“ der sozialen Bedeutung des Mannes als Familienvater, der das Geld nach Hause bringt, zu tiefer Verunsicherung der Männer führt. Da sie die Rolle der Alleinverdiener oft aus ökonomischen Gründen nicht mehr übernehmen können, bleiben sie lieber allein oder verzichten auf Kinder.

Gleichwohl wird von Familienforschern bestätigt, dass die Rolle der Männer in der Erziehung unverzichtbar sei. Dabei werden vier Dimensionen von Vaterschaft unterschieden: die soziale Funktion, die Brotverdiener-Funktion, die instrumentelle Funktion (für Kleidung und Bildung des Kindes sorgen) und die Bereitschaft des Mannes, zugunsten der Familie und der Kinder seine Karriere zurückzustellen. Die soziale Funktion wird dabei als die wichtigste aufgefasst. An dieser Stelle erleben die Familienväter einen ähnlichen Konflikt wie Mütter, wenn ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie nicht gelingt (Fthenakis 2009).

Was kann die Gesellschaft vor diesem Hintergrund tun? Zunächst einmal erscheint es ratsam, einen neuen Vaterschaftsdiskurs zu führen. Hierbei sollte das Vaterbild als Alleinernährers der Familie neu überdacht werden, um den öffentlichen Diskurs einer „neuen Väterlichkeit“ als Teil eines allgemeinen Männlichkeitsdiskurses zu begreifen (Meuser 2008). Dabei geht es um die Verabschiedung einer alten gesellschaftlichen Überzeugung und die Aner-

kennung einer wissenschaftlichen Evidenz: Väter verfügen „sowohl in psychologischer Hinsicht als auch auf physiologischer Ebene über hinreichende Voraussetzungen für einen einfühlsamen Umgang mit Neugeborenen und Säuglingen“ (Nickel 2002 in Meuser 2008). Solange wir Fürsorge als weiblich und freiwillig definieren, stecken wir in einer Falle. Männer müssen die gleichen Leistungen erbringen wie Frauen. Also sollten wir die Männerrolle umdefinieren.

Um auch eine positive Bedeutung des Vaters in der Arbeitswelt zu erreichen, können Medien, Wirtschaft, Wissenschaft, Politik und viele Good-Practice-Beispiele dankenswerte Beiträge leisten. Damit die Väter nicht durch ihren Beruf absorbiert und für die Familie wieder leichter erreichbar werden, wurden bereits Modelle entwickelt. Die Computerfirma SHS (Soft- und Hardware Service) bietet beispielsweise ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die Möglichkeit, Kinder mit ins Büro zu nehmen und Kantine und Sportanlagen mitzubenutzen. „Wir müssen die rigorose Trennung zwischen Arbeitswelt und Familie auflockern, um das Gemeinsamkeitsbedürfnis zu befriedigen“ (Bertram 2001). Ein weiteres Argument bei der Diskussion um die Abkehr des klassischen Hausfrauenmodells ist auch, dass heutzutage ein Einkommen oft nicht mehr ausreicht, um eine Familie zu ernähren und ein fehlendes Einkommen lässt sich auch nicht ausreichend durch Kinder- und Familiengeld kompensieren. Die Kinderbetreuung in Deutschland lässt noch viele Fragen offen. Schon das Studium müsste so organisiert sein, dass es besser mit der Familie vereinbar ist.

Investitionen in die Verbesserung von Kinderbetreuungsstrukturen können außerdem wichtige Beiträge zur Reduzierung der Scheidungsquote leisten, denn es ist evident - je mehr Kinder ein Paar hat, desto unwahrscheinlicher erscheint eine Scheidung.

Das Realitätsgros ist allerdings noch ein anderes: Bei der Einführung des Elterngeldes und der damit verbundenen Vätermonate sprachen Politiker vom „Wickelvolontariat“ und brachten damit ihre Verachtung einer modernen Vaterrolle zum Ausdruck. Solange die Arbeitswelt nicht akzeptiert, dass Kinder in bestimmten Lebensphasen für Männer wie für Frauen genauso wichtig sind wie der Beruf, solange werden wir auch in Zukunft kaum über die neue Rolle des Mannes und des Vaters sprechen und das Begriffspaar „Familie und Männer“ verkommt zum Widerspruch.

Literatur

Beck-Gernsheim, Elisabeth (2010): Was kommt nach der Familie? Alte Leitbilder und neue Lebensformen, C.H. Beck 2010

Bertram, Hans (1997): Familien leben. Neue Wege zur Gestaltung von Lebenszeit, Arbeitszeit und Familienzeit, Gütersloh, Bertelsmann-Stiftung

Bertram, Hans (2001): „Wir müssen die Männer zwingen“, Interview in Zeit-Online 9/2001

Bertram, Hans und Birgit (2009): Familie, Sozialisation und die Zukunft der Kinder, Verlag Barbara Budrich

Fthenakis, Wassilios (2009): Interview in Welt-Online vom 20.08.2009

Meuser, Michael (2008): Männer und Familie- Perspektiven aus der Männlichkeitsforschung, 3. Europäischer Fachkongress für Familienforschung Wien, 12.6.2008

Nave-Herz, Rosemarie (2009): Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung, Primus-Verlag

Peuckert, Rüdiger (2008): Familienformen im sozialen Wandel, VS-Verlag

Sennett, Richard et al. (1998): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus, Berliner Taschenbuch Verlag

Studie Allensbach 2009, Repräsentativerhebung bei 2000 Erwachsenen, Handelsblatt, 12.7.2010

Homosexuelle Lebensweisen und Gesundheit

Claus Nachtwey

Homosexualität ist nach wissenschaftlichen Erkenntnissen eine sexuelle Orientierung, für die eine genetische Disposition angenommen wird. Statistisch gesehen leben zwischen fünf bis zehn Prozent der Bevölkerung homosexuell¹. Auch wenn sich schwule Männer nicht ausschließlich über ihre Sexualität definieren, spielt Sexualität in ihrem Lebensstil eine entscheidende Rolle. Ebenso wird ihr Verhältnis zur Gesundheit, ihre Strategien sich gesund zu halten und die Bereitschaft, gesundheitliche Risiken einzugehen, über ihre spezifische Sexualität bestimmt.

Im Folgenden soll der Zusammenhang zwischen schwulen Lebensstilen und Gesundheit dargestellt werden. Dabei wird sich zeigen, dass der Kampf um gesellschaftliche Anerkennung für das Gesundheitsbewusstsein schwuler Männer eine entscheidende Rolle spielt.

Man kann schwule Lebensstile in Hinblick auf zwei Pole differenzieren: den offenen Umgang mit der eigenen Homosexualität und einer versteckten Homosexualität. Auf dieser bipolaren Skala finden sich viele Vermischungen und Ausprägungsgrade. Dennoch ist die Frage, wie schwule Männer zu ihrer Gesundheit stehen und welche Strategien sie mit gesundheitlichen Risiken haben, wie sie ihre Gesundheit fördern, ist im erheblichen Ausmaß davon abhängig, wie weit sie ihre Sexualität selbst akzeptieren können und mehr noch, wo und wie sie diese nach außen sichtbar machen.

Gesundheitsrisiken bei schwulen Männern

Homosexualität wurde in der Vergangenheit als Krankheit eingestuft und unter § 175 StGB bis 1994 unter Strafe gestellt. Diese Einordnung aus dem 19. Jahrhundert ist bis heute in Teilen der Gesellschaft präsent. Sie bedeutet, dass Schwule als krank, häufig als unheilbar krank gesehen und deshalb diskriminiert werden, wie z. B. Alkoholiker, psychisch Kranke und andere Gruppen. Nehmen schwule Männer diese Stigmatisierung an, so empfinden sie sich selbst als krank und haben deshalb kaum die Möglichkeit, ein umfassendes Gesundheitsbewusstsein und entsprechende Strategien zu entwickeln. Dies wurde in der Vergangenheit daran sichtbar, dass besonders in Gruppen mit extrem promiskuen Lebensstilen die Frage der Gesundheit keine Rolle spielte. Man war bereit, erhebliche Risiken einzugehen.

¹ Vgl. auch Bochow, M.: „Sozial- und sexualwissenschaftliche Erkenntnisse zur Homosexualität“, epd-Dokumentation Nr. 23-24/01 (Heft 1), S. 42 – 52, 2001, Tagung „Gleichgeschlechtliche Lebensgemeinschaften in sozialetischer und rechtlicher Perspektive“ am 26.-28.01.2001 an der Evangelischen Akademie Bad Boll

Inzwischen hat sich die Lage grundsätzlich verändert. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1992 mit der Streichung der Homosexualität aus dem internationalen Krankheitsregister ein klares Signal gesetzt. Zum Gedenken daran wird nun am 17. Mai jeden Jahres der internationale Tag gegen Homophobie begangen.

Dieser Wandel wurde mit dem Ausbrechen von AIDS stark beschleunigt. Mitte der 80er Jahre kam es in der Bundesrepublik infolge der Immunschwächekrankheit AIDS zu plötzlichen Todesfällen schwuler Männer. Diese Sterbefälle wirkten sich emotional massiv auf die Mehrheit der schwulen und bisexuellen Männer aus. Sexuelle Depressionen und Ängste waren in der Community stark verbreitet. In den Medien wurde AIDS mit dem Thema Homosexualität immer wieder in Zusammenhang gebracht und beeinflusste somit das Meinungsbild der Gesellschaft. Homosexuelle Männer wurden als „Virusschleudern“ oder „AIDS-Bomben“ beschimpft und als öffentliche Gefährdung dargestellt. Die anschließende Auseinandersetzung darüber innerhalb der Community veränderte schließlich das Selbstbewusstsein der Schwulen. Es entstanden Konzepte der kollektiven Bekämpfung von AIDS, vor allem das Konzept von „safer sex“.

Gleichzeitig mit dem Anspruch auf Anerkennung schwuler Lebensweisen durch die Mehrheitsgesellschaft wuchs das Bewusstsein für die Verpflichtung, sich durch Verhaltensveränderungen gegen die Ausbreitung von AIDS zur Wehr zu setzen. Wohl vor allem deshalb unterstützten schließlich namhafte Politikerinnen und Politiker, insbesondere die CDU-Politikerin Frau Rita Süssmuth, den Ansatz Prävention statt Repression. Dieser Ansatz setzte sich schließlich in der Gesundheitspolitik durch.

Als Empowermentssymbol existiert noch heute die AIDS-Schleife, die auch von vielen Sympathisant/innen getragen wird und Wertschätzungen gegenüber Lesben, Schwulen, trans- und intergeschlechtlichen Personen ausdrückt. Durch freiwilliges Engagement getragene Aufklärungs- und Solidaritätskampagnen wird seitdem ein entscheidender Beitrag zum Abbau von Stigmatisierung geleistet.²

Besonders schwule Männer sind heute über die Immunschwächekrankheit AIDS und andere Geschlechtskrankheiten gut aufgeklärt. Ob sie promisk oder monogam ihr Leben gestalten, wissen sie in der Regel genau, in welchen Situationen sie auf „safer sex“ achten müssen. Dieses Gesundheitsbewusstsein haben junge homosexuelle Männer früh erlernt. Ihre Sozialisation innerhalb der Community ist davon geprägt.

² Rosenbrock, R., Wright, M. (2000). Partnership and pragmatism: Germany's response to AIDS prevention and care. London: Routledge.

Dennoch haben die erfolgreichen Kampagnen im Zusammenhang mit AIDS keineswegs automatisch zu einer Anerkennung schwuler Lebensweisen geführt. Bis heute! Denn auch heute müssen schwule Männer sich täglich entscheiden, in welcher Situation und gegenüber welchen Personen sie ihre sexuelle Identität offenlegen oder nicht. So können sie nicht einfach überall selbstverständlich Hand in Hand über die Straße laufen. Sie müssen immer wieder ihre sexuelle Orientierung verbergen, wollen sie massive, unter Umständen auch körperliche Angriffe vermeiden. Diese latente, oft auch offene Bedrohung ist ein enormer Stress und als solcher mit einer erheblichen Beeinträchtigung ihres Wohlbefindens und ihrer Gesundheit verbunden.

Andererseits ist es im Sinne eines Kampfes um Anerkennung unerlässlich, diese Risiken einzugehen, sich der Gefahr offener oder versteckter Missachtung auszusetzen, da nur durch die Konfrontation mit schwulem Lebensstil die Zahl derer wächst, die Toleranz oder sogar Anerkennung praktizieren³. Dabei bleibt die Tatsache relevant, dass erlebte und befürchtete Ausgrenzung ein hohes Gesundheitsrisiko für den Einzelnen ist. Dies belegt auch eine repräsentative Untersuchung aus den Niederlanden, die ergab, dass 75% der Schwulen, die sich als diskriminiert wahrnahmen, an Suizidgedanken litten⁴.

Auch im Arbeitsleben sind Diskriminierungserfahrungen bei schwulen Männern häufig zu finden. In einer Studie erlebten 81 % der befragten Personen Diskriminierungen bezogen auf ihre gleichgeschlechtliche Orientierung⁵. 52 % der Lesben und Schwulen verschweigen ihre homosexuelle Identität – und damit einen wichtigen Teil ihrer Persönlichkeit - am Arbeitsplatz⁶. Dabei haben wahrgenommene Diskriminierung und Angst vor Diskriminierung einen ungünstigen Einfluss auf ihre Arbeitszufriedenheit.

Ausgeprägtes Gesundheitsverhalten mit Hilfe von Netzwerkbildung

Diskriminierte Gruppen bilden zum Selbstschutz häufig Netzwerke, entwickeln – jeder einzeln – eine gute Kompetenz, Netzwerke zu schaffen und zu nutzen. So bringen auch schwule Männer generell viele Ressourcen mit, wenn es darum geht, sich in Netzwerken zu verbinden, um gemeinsam politische, freizeit- oder gesundheitliche Interessen zu verfolgen. Dies wirkt sich im Gesundheitsverhalten aus.

³ Pachankis, J. E. (2007). The psychological implications of concealing a stigma: A cognitive-affective-behavioral model. *Psychological Bulletin*, 133, 328-345.

⁴ De Graaf, R., Sandfort, T.G. und ten Have, M. (2006). Suicidality and sexual orientation: differences between men and women in a general population-based sample from the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 253-262.

⁵ Knoll, C., Edinger, M., Reißbeck, G., *Grenzgänger – Schwule und Lesben in der Arbeitswelt*. München 1997

⁶ Frohn, D. (2007) *Out im Office?! Sexuelle Identität, (Anti-)Diskriminierung und Diversity am Arbeitsplatz*. Köln: Universität zu Köln.

Schwule Männer suchen sich häufig schwule Ärzte, Zahnärzte, Physiotherapeuten und andere Dienstleister, weil sie davon ausgehen, dort in ihrem Lebensstil anerkannt zu werden. Eine große Rolle spielt auch die Kenntnis der besonderen gesundheitsrelevanten Chancen und Risiken, die mit schwulem Leben verbunden sind.

Auch in zahlreichen Sportvereinen mit witzigen Namen wie „Vorspiel“, „Seitenwechsel“ verbinden sich Schwule und Lesben, um sich fit zu halten⁷. In großangelegten Sportwettkämpfen - Come-Together-Cup⁸ oder Respect Games - treten Teams aus Migrantenverbänden, Sportvereinen, Schulen, Jugendzentren und der schwul-lesbischen Community in den Sportarten Fußball und Streetball gegeneinander an, um ihre Fähigkeiten im Fairplay zu messen.

Beliebt ist auch die gemeinsame Freizeitgestaltung in Chören, sie nennen sich dann z.B. Homophon, Zauberflöten oder Rosa Kavaliere. So unterschiedlich die Auftritte und das jeweilige Publikum auch sein mögen: sie treten "selbstverständlich schwul" auf und tun – der Wert gemeinsamen Singens für die Gesundheit wird nicht bestritten – gleichzeitig etwas für ihr psychosomatisches Wohlbefinden.

Den organisatorischen Kern sämtlicher Netzwerke bilden vor allem Freie Träger, die aus der „Gay Community“ heraus entstanden sind und von denen einige explizit gesundheitsrelevante Ziele verfolgen. Sie leisten Informations- und Aufklärungsarbeit oft mit ehrenamtlichen Mitarbeitern als Selbsthilfe⁹. Die bekanntesten bundesweiten Organisationen sind die AIDS-Hilfen in Deutschland.

Ein weiteres Gesundheitsnetzwerk entsteht in letzter Zeit unter den schwulen Senioren. Das Land Berlin hat als Reaktion darauf Leitlinien erlassen, die die Belange von alten Schwulen und Lesben berücksichtigen¹⁰. Es geht darum, Angebote für Lesben und Schwule in der dritten und vierten Lebensphase, insbesondere im Hinblick auf Wohn-, Betreuungs- und Pflegeformen, weiter zu entwickeln und institutionell zu verankern. Diese Vereine, z. B. mit dem schönen Namen BALSAM, wollen die Selbsthilfepotenziale stärken und Netzwerkstrukturen aufbauen¹¹. Mit Begegnungs- und Kommunikationsangeboten will man Altersdiskriminierung entgegenwirken.

In diesem Kontext sind bis heute bereits einige Wohnprojekte für ältere Schwule entstanden,

⁷ <http://www.vorspiel-berlin.de>

⁸ <http://www.come-together-cup.de>

⁹ Transparenzbericht in <http://www.berlin.de/lb/ads/gglw/fachbereich>

¹⁰ <http://www.berlin.de/lb/ads/gglw>

¹¹ <http://www.balsam-berlin.de/aktuelles>

z. B. „Villa anders“ in Köln oder der „Lebensort Vielfalt“ in Berlin¹² mit einer Wohngemeinschaft für Demenzkranke. Insgesamt spielt auch die Idee generationsübergreifendes, diskriminierungsfreies und gemeinschaftliches Leben eine zentrale Rolle.

Fazit

Anhand der o.g. Beispiele wird aufgezeigt, dass Schwule andere Gesundheitsrisiken als heterosexuelle Männer haben. Sie haben deshalb in den letzten Jahrzehnten eine kollektive Bewältigungsstrategie entwickelt. Homosexuelle Männer erfahren, dass das Management von gesundheitlichen Risiken als Gruppe erfolgen muss. Gleichzeitig ist der Kampf um Anerkennung in der Gesellschaft auch eine Strategie im erfolgreichen Umgang mit Gesundheitsrisiken.

¹² <http://www.wohnportal-berlin.de/regenbogenvilla-wohnprojekt-der-schwulen-beratungberlin-charlottenburg-wilmersdorfdiskriminierungsfreier-lebens-und-wohnraum/>

Wie verhindert Mann die Alterung von Herz und Gefäßen?

Stefan Borst

Die Alterung der Gefäße (Arteriosklerose) ist mit ihren Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall und Herzmuskelschwäche die häufigste Todesursache. Die koronare Herzkrankheit tritt inzwischen bei Frauen fast so häufig auf wie bei Männern. Bei Männern treten Herzinfarkte, Zeichen einer Arteriosklerose und erhöhter Blutdruck jedoch 15 Jahre früher als bei Frauen auf. In Deutschland versterben jedes Jahr 400.000 Menschen an Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Der plötzliche Herztod trifft vor allem Männer.

Wie kann ich konkret die frühzeitige Alterung von Herz und Gefäßen verhindern?

Rauchen

Unter den Rauchern ist der Anteil der Männer mit 28% noch höher als der der Frauen (19%), wobei sich jedoch der relative Frauenanteil ständig erhöht. 5 Jahre nach Beendigung des Rauchens sinkt das Risiko, einen Herzinfarkt zu bekommen, um 50-70%. Nach 15 Jahren Abstinenz ist das Risiko gegenüber Personen, die nie geraucht haben, nicht mehr erhöht.

Fettstoffwechselstörungen

Männer haben bis zum 50. Lebensjahr höhere Gesamtcholesterinwerte als Frauen. Nötig sind eine Reduktion des Fettanteils in der Nahrung, eine Erhöhung des Anteils an mehrfach ungesättigten Fettsäuren (Olivenöl/ Fisch) und eine obst- und gemüsereiche Ernährung. Bei fehlendem Erfolg senkt die Einnahme von Medikamenten (Cholesterinsynthesehemmern) das Auftreten von Herzinfarkten deutlich.

Bewegungsmangel

Regelmäßiger Ausdauersport senkt das Auftreten von Gefäßerkrankungen gegenüber Untrainierten um 60%. Auf dem Fahrradergometer kann individuell das richtige Belastungsmaß festgelegt werden. Als Faustformel gilt für die optimale Trainingsfrequenz = $180 - \text{Lebensalter}$. Die Belastung sollte langsam gesteigert werden. Damit das Training effektiv ist, muss wenigstens 3 Mal die Woche über 30 Minuten Sport getrieben werden.

Übergewicht

Als übergewichtig wird ein Mensch bezeichnet, der einen Body-Maß-Index (BMI = $\text{Gewicht (kg)} / \text{Körperlänge (m)}^2$) von mehr als 25 aufweist. Die Zahl der übergewichtigen Menschen steigt kontinuierlich. Frauen sind hiervon vermehrt betroffen. Pro kg Gewichtsreduktion fällt der Blutdruck um 2,5 mmHg systolisch. Übergewicht erhöht signifikant das Risiko für Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit).

Erhöhter Blutdruck

Wenn ich den erhöhten Blutdruck um 10 mmHg systolisch senken kann, sinkt das KHK-Risiko (koronare Herzerkrankungs-Risiko) um 22%. 20% aller Erwachsenen haben einen erhöhten Blutdruck, wobei ein Anstieg mit zunehmendem Lebensalter besteht. Fast jeder zweite über 50-Jährige weist einen erhöhten Blutdruck auf.

Zu hoher Salzkonsum

Wird der tägliche Salzkonsum auf 4-6 g reduziert, kann ich den Blutdruck um 5 mmHg systolisch senken

Psychosozialer Stress

Hoher Blutdruck korreliert mit niedrigem sozialen Status, erhöhtem beruflichen Stress, vor allem auch in verantwortlichen Positionen (Managerkrankheit). Das Erlernen von Entspannungsmethoden dient dem Stressabbau und dadurch auch der besseren Blutdruckeinstellung.

Medikamente

Wenn nichtmedikamentöse Maßnahmen nicht zu einer guten Blutdruckeinstellung geführt haben, sollten zusätzlich regelmäßig Medikamente eingenommen werden. Es stehen unterschiedliche Medikamentenklassen zur Auswahl, die hier im Weiteren jedoch nicht erörtert werden. Bei nachgewiesener Arteriosklerose oder bei Vorliegen einer Herzkranzgefäßerkrankung oder nach dem Schlaganfall wird dauerhaft ein Blutplättchenhemmer (Thrombozytenaggregationshemmer) gegeben (ASS 100mg einmal täglich). Je nach Erkrankung müssen zusätzlich andere Medikamente zur Blutverdünnung gegeben werden (Clopidogrel oder Fali throm). Bei Männern über 40 Jahre kann bei Vorhandensein von mehreren Risikofaktoren durch dauerhafte Einnahme von ASS das Auftreten von Herzinfarkten reduziert werden.

Diabetes mellitus

Männer mit Diabetes haben ein doppelt so hohes Risiko, eine Erkrankung der Herzkranzgefäße zu erleiden wie Nichtdiabetiker. Bei Frauen ist das Risiko sogar viermal so hoch. Der Diabetes mellitus muss optimal eingestellt werden, weil sonst eine rasche Alterung der Gefäße mit vielen möglichen Komplikationen auftritt. Am Anfang reicht oft eine Gewichtsreduktion aus, aber im Verlauf werden oft Medikamente und Insulingaben benötigt.

Was bietet das Gefäßzentrum Berlin am evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge an?

- umfangreiche Diagnostik und Therapie bei Gefäßerkrankungen
- Behandlung der pAVK (periphere arterielle Verschlusskrankung- Schaufensterkrankheit) durch z.B. Stentimplantation in die Bein/Beckengefäße
- Ultraschalluntersuchungen von Arterien und Venen.
- Stenting der Hauptschlagader, der Nierengefäße oder der Halsgefäße

Wie verhindert Mann die Alterung von Herz und Gefäßen?

- Behandlung von Thrombosen und Lungenembolien
- operative Versorgung und Anlage von Bypässen bei Gefäßverengungen
- die komplette kardiologische Diagnostik von EKG (Elektrokardiogramm), Fahrradbelastung, Echo (Ultraschall) bis zum Herzkatheter mit Stentimplantation
- Koronarsport für Herzerkrankte
- stationäre Zuckereinstellung auf der Diabetes-Station.
- Dialyse bei schweren Nierenerkrankten
- Diagnostik und Therapie bei akutem Schlaganfall

Männer und Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Monika Sieverding

Männer haben ein höheres Risiko, an Krebs zu erkranken und zu sterben als Frauen. Mehr Männer als Frauen müssen wegen bösartiger Neubildungen stationär behandelt werden, im Jahr 2007 beispielsweise wurden in deutschen Krankenhäusern 813.003 männliche und 684.763 weibliche Patienten wegen Krebserkrankungen behandelt. Im gleichen Jahr starben 113.405 Männer und 98.369 Frauen an Krebs [1]. Für die Ungleichheit in Krebsinzidenz und –mortalität werden der riskantere Lebensstil, die geringere Sorge um die eigene Gesundheit und den eigenen Körper sowie die geringere Nutzung von primär- und sekundärpräventiven Angeboten bei Männern verantwortlich gemacht [2,3]. In diesem Beitrag werden empirische Befunde zur Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen bei Männern dargestellt, wobei der Schwerpunkt auf der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liegt.

1 Geschlechtsunterschiede in der Inanspruchnahme von primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen

Angebote zur Förderung der Gesundheit sowie zur Früherkennung und Prävention von Krankheiten werden sehr viel häufiger und regelmäßiger von Frauen als von Männern wahrgenommen, insbesondere dann, wenn sie nicht im betrieblichen Setting angeboten werden, sondern eine individuelle Initiative verlangen. Analysen aus den 1990er Jahren zeigten beispielsweise, dass bei primär verhaltensorientierten Maßnahmen in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Nichtrauchertraining, Entspannung und Stressbewältigung, die von der Barmer Ersatzkasse ihren Versicherten angeboten wurden, im Durchschnitt nur jeder 7. Teilnehmer (von insgesamt ca. 160.000) männlich war [4]. Aktuelle Zahlen zur Inanspruchnahme von individuellen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention sind den Präventionsberichten zu entnehmen, die seit 2002 einmal jährlich vom Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen¹ herausgegeben werden. Die Zahl der Versicherten, die primärpräventive Kurs- und Seminarangebote in Anspruch genommen haben, ist ständig gestiegen, und zwar von 353.000 im Jahr 2002 auf 2.06 Mio Kursteilnahmen im Jahr 2008². Der Männeranteil konnte jedoch kaum gesteigert werden. Über alle Angebote hinweg war die Mehrheit der Teilnehmer, nämlich 77 %, auch 2008 nach wie vor weiblich. Besonders niedrig waren die Männerquoten bei den Angeboten zur Bewegung (24 %), Ernährung (22 %) und Stressbewältigung (17 %); lediglich bei Angeboten zum verantwortlichen Umgang mit Sucht- und Genussmitteln war das Geschlechterverhältnis einigermaßen ausgeglichen.

¹ www.gkv-spitzenverband.de

² Der Präventionsbericht 2009 ist abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/09-11-4503_Pr%C3%A4ventionsbericht_2009_gV_11291.pdf

Als eine wesentliche Ursache für die geringe Inanspruchnahme von primärpräventiven Angeboten bei Männern gilt die traditionelle männliche Geschlechterrolle. Die Sorge um den eigenen Körper und die eigene Gesundheit und die Inanspruchnahme von professioneller Hilfe scheint für viele Männer unvereinbar mit einem Männlichkeitsideal zu sein, das von ihnen Stärke, Leistung, Selbstsicherheit und Unabhängigkeit verlangt. In einer Studie mit Medizinern zeigte sich, dass Männer sich um so weniger vorstellen konnten, an einem Stressbewältigungskurs teilzunehmen, je mehr ihr Selbstkonzept dem Prototypen des Marlboro-Mannes aus der Werbung ähnelte. „Ich bewältige meinen Stress selbst!“ begründete einer der Studienteilnehmer sein fehlendes Interesse [5]. Weitere Ursachen für die geringen Männerquoten könnten darin liegen, dass die Kursangebote eher auf die Bedürfnisse von Frauen zugeschnitten sind und dass Männer die Minderheitenposition in solchen Gruppen scheuen. Angebote zur Gesundheitsförderung, die explizit auf die Bedürfnisse von Männern zugeschnitten sind und die sich ausschließlich an Männer wenden, könnten eine vielversprechende Alternative sein [6].

Wie sieht es bei sekundärpräventiven Maßnahmen wie Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs aus? Seit 1971 haben Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland einen jährlichen Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen (§25 SGB), Frauen frühestens von Beginn des 20. Lebensjahres (PAP-Test zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs), Männer frühestens von Beginn des 45. Lebensjahres an. Das Krebsfrüherkennungsprogramm sieht für Männer ab 45 Jahren standardmäßig eine jährliche Untersuchung von Prostata und End- bzw. Mastdarm vor (digital-rektale Untersuchung, DRU). Der PSA-Test zur Früherkennung des Prostatakarzinoms (Bestimmung des prostataspezifischen Antigens im Blut) gehört in Deutschland nicht zum gesetzlichen Krebsfrüherkennungsprogramm [7], wird jedoch zunehmend von Männern im Rahmen sogenannter IGeL-Leistungen selbst bezahlt oder aber dann durchgeführt, wenn bei der Tastuntersuchung ein auffälliger Befund resultiert. Zur Früherkennung von Darmkrebs können Männer (wie Frauen) ab 50 Jahren einmal jährlich einen Test auf verborgenes Blut im Stuhl machen lassen. Im Jahr 2002 wurde außerdem die Darmspiegelung (Koloskopie) als Standarduntersuchung der Darmkrebsfrüherkennung eingeführt. Gesetzlich Versicherte können sich seitdem entscheiden, ob sie alle 10 Jahre eine Darmspiegelung oder alle 2 Jahre einen Stuhlbluttest machen wollen. Eine Früherkennungs-Darmspiegelung steht Männern und Frauen erstmalig mit 55 Jahren zu.

Die Inanspruchnahmeraten an diesen gesetzlichen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen werden einmal jährlich vom Zentralinstitut der Kassenärztlichen Versorgung (ZI) aus den Ab-

rechnungsdaten von Vertragsärzten geschätzt³. Die jeweiligen Statistiken geben an, wie viel Prozent der anspruchsberechtigten Personen innerhalb eines Jahres eine KFU zur Früherkennung von Prostatakrebs (Männer) bzw. Gebärmutterhalskrebs (Frauen) haben durchführen lassen. Die letzten offiziellen Zahlen liegen für das Jahr 2008⁴ vor, in dem 21 % der anspruchsberechtigten Männer und 47% der anspruchsberechtigten Frauen bei einer Prostata- bzw. Gebärmutterhals-KFU waren. Zur Früherkennung von Darmkrebs haben 2008 17% der Frauen und 13% der Männer einen Stuhlbluttest und jeweils 2% der anspruchsberechtigten Männer und Frauen eine Vorsorge-Darmspiegelung durchführen lassen.

In den Medien wird sehr häufig die geringe Inanspruchnahme von KFU bei Männern thematisiert, häufig unter reißerischen Titeln wie „Männer sind Vorsorgemuffel“ oder „Nur jeder fünfte Mann geht zur Krebsvorsorge“. Aber stimmt das überhaupt? Die Zahlen über die Inanspruchnahme verschiedener KFU innerhalb eines einzigen Jahres geben nämlich keinen Aufschluss darüber, wie viele Personen regelmäßig zur Krebsfrüherkennung gehen oder wie hoch die Quote der Männer und Frauen im anspruchsberechtigten Alter ist, die noch nie bei einer KFU waren. Bisher gab es in Deutschland keine verlässlichen Zahlen darüber, wie viele Männer überhaupt wie regelmäßig die Standard-KFU in Anspruch nehmen. Es fehlte eine Erhebung an einer einschlägig großen repräsentativen Bevölkerungsstichprobe, die das Muster zurückliegender KFU-Inanspruchnahme differenziert erfasst und mit relevanten soziodemographischen Faktoren in Zusammenhang bringt. Ein zentrales Anliegen eines von der Deutschen Krebshilfe geförderten Forschungsprojektes [8] war es, verlässliche Zahlen zur Prävalenz der Darm- und Prostata-KFU-Inanspruchnahme in Deutschland zu ermitteln.

2 Bestandsaufnahme in 29.000 bundesdeutschen Haushalten zu Prävalenz und Korrelaten der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) bei Männern (und Frauen)

Die Daten für diese Bestandsaufnahme wurden im Jahr 2004 im Rahmen einer Haushaltserhebung (Healthcare Access Panel, HCAP) in Kooperation mit TNS Healthcare München erhoben. Das HCAP reflektiert wichtige Populationsparameter wie Alter, Geschlecht, regionale Herkunft [9], leichte Abweichungen von den Populationsparametern werden durch einen Gewichtungsfaktor ausgeglichen, so dass eine Repräsentativität der Stichprobe resultiert. Das HCAP des Jahres 2004 enthielt 29.022 Haushalte mit insgesamt 71.446 Personen (weiblich und männlich). In unserer Bestandsaufnahme wurde die bisherige Inanspruchnahme (noch nie, unregelmäßig, regelmäßig alle 1 bis 2 Jahre) der gesetzlichen KFU bei Männern und Frauen erfasst, wobei die in Deutschland gängigen Untersuchungsmethoden abgefragt wurden. Für die Darm-KFU erfragten wir bei Männern und Frauen: Test auf verborge-

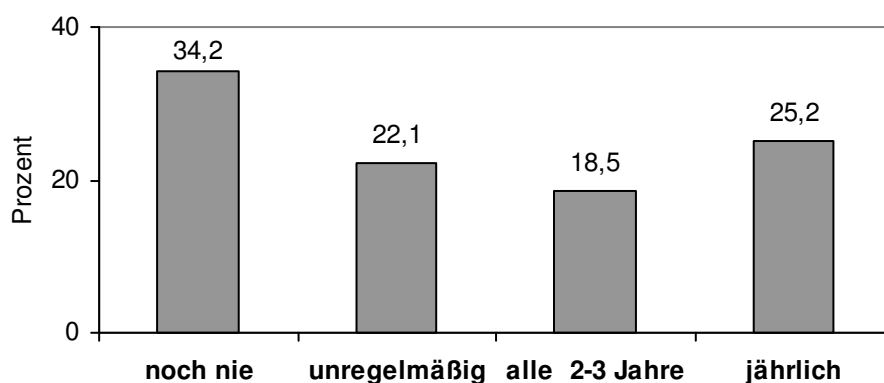
³ <http://www.zi-berlin.de>

⁴ http://www.zi-berlin.de/news/downloads/Beteiligungsdaten_2008_Bundesgebiet.pdf

nes Blut auf Stuhl (Hämoccult-Test) sowie Darmspiegelung; für die Prostata-KFU: digital-rektale Untersuchung der Prostata (DRU) sowie der Test auf prostataspezifisches Antigen im Blut (PSA-Test). Für die Analyse der Darm-KFU wurden die Personen beiderlei Geschlechts im Alter von 50 – 70 Jahren berücksichtigt (n = 17.146), für die Inanspruchnahmeraten von Prostata-KFU wurde die Teilstichprobe der Männer im Alter von 45 – 70 Jahren analysiert (n = 11.778). Die detaillierten Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme sind in verschiedenen Veröffentlichungen dargestellt [10-12].

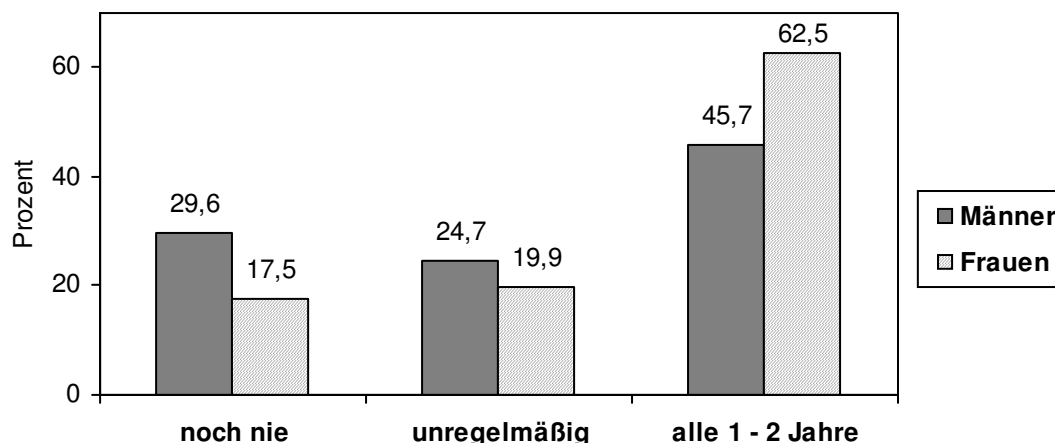
Die Auswertungen unserer Bestandsaufnahme ergaben, dass der Prozentsatz der Männer, die zur Krebsfrüherkennung gehen, deutlich höher ist, als die Schätzungen des ZI erwarten lassen. Grob kann man sagen, dass ca. ein Drittel der Männer unregelmäßig zur Prostata- bzw. Darm-KFU geht, ein weiteres Drittel der Männer geht nach eigenen Angaben (einigermaßen) regelmäßig hin (s. Abbildungen 1 und 2).

Abbildung 1: Inanspruchnahme der Standarduntersuchung zur Prostatakrebsfrüherkennung (DRU) bei Männern im Alter von 45 bis 70 Jahren (in Prozent)



Anmerkung. N = 10.659, Selbstangaben, DRU = digital-rektale Untersuchung, modifiziert aus: Sieverding, Matteredne, Cicarello & Luboldt (2008)

Abbildung 2: Inanspruchnahme der Standarduntersuchung zur Darmkrebsfrüherkennung (Stuhlbluttest) bei Männern und Frauen im Alter von 50 bis 70 Jahren (in Prozent)



Anmerkung. N = 15.810, Selbstangaben, modifiziert aus: Sieverding, Matteredne & Cicarello (2008)

Die Zahl der Männer, die im anspruchsberechtigten Alter noch gar keine Darm- oder Prostata-KFU haben machen lassen, ist nach unserer Erhebung weniger hoch als befürchtet. 28 % der Männer haben nach eigenen Angaben noch keinerlei Darm-KFU (Stuhlbluttest oder Koloskopie) durchführen lassen, 32 % der Männer gaben an, noch keinerlei Prostata-KFU gemacht zu haben (d.h., weder digital-rektale Untersuchung noch PSA-Test). Weiter zu beachten ist, dass die Quoten der Nie-Teilnehmer mit zunehmendem Alter sinken, d.h., je älter ein Mann ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass er – mindestens einmal – an einer KFU teilgenommen hat. So haben beispielsweise in der Altersgruppe der 45 bis 49-Jährigen bereits 49 % der Männer Erfahrung mit Prostata-KFU (entweder DRU oder PSA), die Quote steigt dann mit zunehmendem Alter an: 62 % in der Gruppe der 50- bis 54-Jährigen, 71 % in der Gruppe der 55 bis 60-Jährigen auf 80 % in der Gruppe der Männer im Alter von 60 bis 64 Jahren. Bei der Interpretation ist zu berücksichtigen, dass die Zahlen aus dieser Erhebung auf Selbstangaben der Männer (und Frauen) beruhen. Vergleicht man Selbstberichte zur KFU-Inanspruchnahme mit offiziellen Inanspruchnahmedaten, findet man in der Regel ein gewisses „Over-Reporting“ [13]. Vergleicht man die Angaben in unserer Erhebung, wie viele Personen angeben, jährlich zur KFU zu gehen, mit den Hochrechnungen des ZI, sieht man, dass auch in unserer Erhebung ein solcher Over-Reporting-Effekt vorhanden ist.

Gleichwohl zeigen die Ergebnisse unserer Bestandsaufnahme erstmalig für Deutschland, dass die Teilnahmeraten der Männer zwar deutlich unter denen der Frauen liegen, dass aber doch die Mehrheit der Männer im anspruchsberechtigten Alter schon Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen hat und dass die Quote der Männer, die einigerma-

Ben regelmäßig KFU in Anspruch nehmen (d.h., ca. alle 2 bis 3 Jahre) deutlich höher ist als die vom ZI ermittelten Inanspruchnahmeraten innerhalb eines Jahres nahelegen.

3 Welche Faktoren tragen überhaupt dazu bei, dass Männer zu einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung gehen?

Während Studien in den USA einen eindeutigen sozialen Einflussfaktor ermitteln – Personen mit geringerer Bildung und fehlender Krankenversicherung nehmen KFU seltener in Anspruch –, ergab ein Überblick über Studien, die seit Einführung des gesetzlichen Früherkennungsprogramms durchgeführt wurden, dass in Deutschland soziale Faktoren für die Inanspruchnahme von KFU nur eine untergeordnete Rolle spielen [14]. Männer mit höherer Bildung bzw. einem höheren sozioökonomischen Status gehen nach den Ergebnissen dieser Analysen nicht unbedingt häufiger zur KFU als Männer mit geringerer Bildung und niedrigerem sozioökonomischen Status. In unserer Bestandsaufnahme wurde die Bedeutung soziodemografischer Variablen explizit untersucht. Es wurde analysiert, inwiefern das Alter, das Haushaltseinkommen, der Schulabschluss, der familiäre Status, die Haushaltsgröße oder der Versichertenstatus (gesetzlich oder privat versichert) mit der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen zusammenhängen. Darüber hinaus wurde der Einfluss weiterer Faktoren überprüft, von denen aus der internationalen Forschung bekannt ist, dass sie mit der Inanspruchnahme von KFU zusammenhängen: familiäre Vorbelastung durch Krebs, Teilnahme an allgemeinen Gesundheitsuntersuchungen sowie die ärztliche Empfehlung zur KFU.

Die differenzierten Analysen der Korrelate der KFU-Inanspruchnahme ergaben, dass die soziodemografischen Variablen nur einen vergleichsweise geringen Zusammenhang zur KFU-Teilnahme aufweisen [12,15]. Am relativ wichtigsten von den erfassten soziodemografischen Variablen ist das Alter: mit zunehmendem Alter nehmen mehr Männer Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch. Variablen des sozialen Status wie private Krankenversicherung, Einkommen oder Schulabschluss haben in Deutschland entweder keinen signifikanten oder nur einen geringen Einfluss auf die Inanspruchnahme von Untersuchungen zur Früherkennung von Prostata- oder Darmkrebs. Auch die familiäre Vorbelastung zeigte weniger große Effekte auf die Teilnahmeraten als erwartet. Ein interessantes Ergebnis in diesem Zusammenhang war, dass deutlich mehr Männer (61 %) als Frauen (52 %) angaben, sie hätten keine Geschwister, Eltern oder Großeltern, die an Krebs erkrankt seien. Dieses Ergebnis könnte ein Hinweis darauf, dass Männer häufiger als Frauen nichts von der Krebserkrankung von Familienangehörigen wissen oder diese eher wieder vergessen.

Sehr viel wichtiger als soziodemografische Faktoren oder die familiäre Vorbelastung für die Inanspruchnahme von KFU sind dagegen die ärztliche Empfehlung sowie die Teilnahme an einem allgemeinen Gesundheits-Checkup (Checkup-35). Personen beiderlei Geschlechts, die regelmäßig zum Gesundheits-Checkup gehen sowie Personen, die eine ärztliche Empfehlung zur KFU-Teilnahme erhalten hatten, haben sehr viel häufiger und auch regelmäßiger KFU in Anspruch genommen. Auch in diesen Variablen zeigten sich Geschlechtsunterschiede: Männer gaben an, weniger regelmäßig zum Gesundheits-Checkup zu gehen als Frauen und hatten auch seltener eine ärztliche Empfehlung zur KFU erhalten (54% versus 66 %). Ein Arzt oder eine Ärztin kann einem Mann erst dann Untersuchungen zur Früherkennung von Krebs (oder anderen Erkrankungen) empfehlen, wenn dieser in die ärztliche Praxis kommt. Während Frauen in jüngeren und mittleren Altersgruppen bei ihren Besuchen in der gynäkologischen Praxis auch über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufgeklärt werden können und diese dann häufig „gleich mitmachen lassen“, verfügen viele Männer nicht über einen Arzt des Vertrauens und gehen insgesamt seltener zum Arzt als Frauen [16]. Dies wurde aktuell (2010) wieder in einer Forsa-Umfrage zum Thema Männergesundheit⁵ deutlich, die die Techniker Krankenkasse in Auftrag gegeben hatte.

Wie könnten Männer alternativ erreicht und über Untersuchungen zur Krebsfrüherkennung informiert werden? Im Rahmen des in Deutschland 2005 neu eingeführten Mammographie-Screenings erhalten anspruchsberechtigte Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren ein Einladungsschreiben mit einem Terminvorschlag. Bisher gibt es in Deutschland kein Einladungsschreiben, mit dem anspruchsberechtigte Männer zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen eingeladen werden; von daher werden die Personen, die selten oder gar nicht zu Ärzten gehen, nur schlecht erreicht. Medienkampagnen können zwar helfen, auf bestimmte Krebserkrankungen (wie Darmkrebs) und entsprechende Möglichkeiten der Vorsorge und Früherkennung aufmerksam zu machen. Bei den meisten Männern lösen diese Kampagnen aber nicht notwendigerweise den Wunsch zum Handeln aus. So fanden wir in einer Studie, dass auch fast alle Männer, die noch nie bei einer KFU gewesen waren, bereits durch Medienkampagnen informiert worden waren [17]. In letzter Zeit gab es verschiedene Initiativen, Männer im Rahmen von „Männergesundheitstagen“ zu erreichen und sie beispielsweise über Prostatakrebs und Möglichkeiten der Früherkennung zu informieren [18]. Zusätzlich könnten Krankenkassen, regionale Krebsgesellschaften und Werksärzte eine aktivere Rolle bei der Information von Männern über Krebsfrüherkennungsuntersuchen einnehmen.

⁵ <http://www.tk-online.de/tk/presse-center>

4 Die Rolle deskriptiver Normen für das KFU-Verhalten von Männern

In weiterführenden Studien unseres Forschungsprojektes wurde die Rolle sozialer Normen erforscht. Menschen orientieren sich in ihrem Verhalten unter anderem daran, was andere vergleichbare Menschen tun (= deskriptive Norm). Inwiefern könnte diese deskriptive Norm, das heißt, das Wissen über das Verhalten anderer Männer, die Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen beeinflussen? In einer Studie, in der drei Gruppen von Männern in verschiedenen soziodemografischen und psychologischen Variablen vergleichend untersucht wurden, fanden wir heraus, dass Männer, die noch nie bei einer KFU gewesen waren, schätzten, dass auch relativ wenige andere Männer (nämlich nur 28 %) hingehen würden. Die entsprechenden Schätzungen lagen bei unregelmäßigen Teilnehmern mit 36 % und vor allem bei regelmäßigen KFU-Teilnehmern mit 45 % deutlich höher [10]. In einer experimentellen Nachfolgestudie [19] überprüften wir die Hypothese, dass die Information über das Verhalten von anderen Männern die Motivation zur Teilnahme an einer KFU ursächlich beeinflusst.

Männer im Alter von 45 bis 70 Jahren wurden von studentischen Mitarbeitern in den Fußgängerzonen zweier mittelgroßer Städte angesprochen und um die Teilnahme an einer schriftlichen Befragung gebeten. Die Männer, die bereit waren, teilzunehmen und die selber noch nie bei einer KFU gewesen waren, wurden nach Zufall in eine von drei Gruppen eingeteilt: Eine Gruppe erhielt die Information, die jährlich vom ZI ermittelt wird, nämlich die, dass im letzten Jahr nur jeder 5. Mann bei einer Standard-KFU war. Eine zweite Gruppe erhielt die Information, die wir in unserer Bestandsaufnahme ermittelt hatten, nämlich die, dass zwei Drittel aller anspruchsberechtigten Männer bereits an einer Standard-KFU teilgenommen haben. Die dritte Gruppe diente als Kontrollgruppe und erhielt keine Informationen über das Verhalten von anderen Männern. Den Männern wurden anschließend einige Fragen zu ihren Einstellungen zu KFU gestellt, zum Schluss der schriftlichen Befragung wurden sie gefragt, ob sie vorhaben, im Lauf der nächsten 12 Monate selbst zu einer KFU zu gehen. Außerdem wurde ihnen angeboten, weiteres Informationsmaterial über KFU per Post zugeschickt zu bekommen.

Die Männer, die Interesse an weiteren Informationen hatten, wurden gebeten, ihren Namen und ihre Adresse anzugeben. Es stellte sich ein hochsignifikanter Effekt der Information über das Verhalten anderer Männer auf die Motivation und das aktive Interesse der Studienteilnehmer heraus: Die Männer, die die Information erhalten hatten, dass im letzten Jahr nur jeder 5. Mann zur KFU gegangen war, äußerten eine deutlich geringere Motivation, selber zu einer Krebsfrüherkennung zu gehen als die Männer der beiden anderen Gruppen. Und sie hinterließen deutlich seltener (nämlich nur in 18 % der Fälle) ihren Namen und ihre Adresse,

um weitere Informationen zu erhalten. In den anderen beiden Gruppen war das aktive Interesse deutlich höher; in der Gruppe der Männer, die die Information erhalten hatten, dass 2/3 der Männer bereits bei einer KFU gewesen waren, lag die Quote der Männer, die Namen und Adressen hinterließen, bei 38 %, in der Kontrollgruppe bei 47 %. Wir konnten mit dieser experimentellen Studie somit nachweisen, dass die Information über die geringe Nutzung der Standard-KFU bei Männern keine motivierende, sondern eine demotivierende Wirkung hat. Ein Mann, der die Statistiken des ZI liest, könnte zum Beispiel denken: „Wenn so wenige Männer dort hingehen, dann wird das wohl auch einen Grund haben. Warum also sollte ich gehen?“

5 Resumé

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass in Deutschland Männer primär- und sekundärpräventive Maßnahmen und Untersuchungen weniger häufig und weniger regelmäßig nutzen als Frauen. Trotzdem sind die Quoten der Männer, die bereits Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Anspruch genommen haben, deutlich höher, als vielfach vermutet. Da Menschen sich daran orientieren, was andere vergleichbare Personen tun, sollten die Informationen und Statistiken, die in Medienkampagnen benutzt werden, sehr sorgfältig ausgewählt werden. Das Problem ist, dass die Einjahres-Hochrechnungen des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung immer wieder in den Medien zitiert und meist falsch interpretiert werden. So heißt es häufig: „Nur jeder 5. Mann geht zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung“. Diese Aussage ist korrekt, wenn man sie auf ein Jahr bezieht, d.h. also: „Im Jahr 2006 nahm jeder 5. anspruchsberechtigte Mann an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung teil“. Meist wird der Erhebungszeitraum jedoch nicht genannt, und so entsteht der Eindruck, als ob 80 % der Männer überhaupt nicht zur KFU gingen. Dies ist eine massive Unterschätzung der tatsächlichen Inanspruchnahme und wirkt zudem demotivierend auf Männer, die bisher noch nicht bei einer KFU waren. Ebenfalls korrekt, jedoch deutlich motivierender wäre dagegen folgende Aussage: „Wussten Sie eigentlich ... dass bereits 2/3 aller anspruchsberechtigten Männer in Deutschland mindestens einmal an einer Untersuchung zur Krebsfrüherkennung teilgenommen haben?“

Literatur

1. Statistisches Bundesamt. Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden; 2009
2. Evans REC, Brotherstone H, Miles A, Wardle J. Gender differences in early detection of cancer. *Journal of Men's Health & Gender* 2005;2:209-217
3. Courtenay WH. Behavioral factors associated with disease, injury, and death among men: Evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies* 2000;9:81-142
4. Meierjürgen R, Schulte M. Routinestatistiken im Gesundheitsförderungsbereich: Aufgaben, Ziele, erste Ergebnisse. *Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung* 1993;5:61-65
5. Sieverding M. Die Bedeutung von Prototype-Matching für präventives Verhalten: Ist die Teilnahme an Streßbewältigungskursen „unmännlich“? *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 1997;5:272-289
6. Meierjürgen R, Dalkmann S. Gender Mainstreaming im Präventionsangebot einer Krankenkasse. In: Kolip P, Altgeld T eds, *Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention: Theoretische Grundlagen und Modelle guter Praxis*. Weinheim: Juventa; 2006:245-257
7. Deutsche Krebshilfe. Sachstandserhebung „Krebs-Früherkennung“ der Deutsche Krebshilfe - Zusammenfassung der Ergebnisse der Hearings mit wissenschaftlichen Fachgesellschaften im Jahr 2005 In; 2007
8. Sieverding M. Psychologische Determinanten der (Nicht-) Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern - Abschlussbericht zum Forschungsprojekt (2004 - 2007). In. Heidelberg: Universität Heidelberg, Psychologisches Institut; 2008
9. Potthoff P, Heinemann LAJ, Güther B. Ein Haushalts-Panel als kosteneffektive Grundlage für bevölkerungsbezogene Gesundheitssurveys. *German Medical Science* 2004;2
10. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L. What role do social norms play in the context of men's cancer screening intention and behavior? Application of an extended theory of planned behavior. *Health Psychology* 2010;29:72-81
11. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L, Haug U. Colonoscopy use in a country with a long-standing colorectal cancer screening programme: Evidence from a large German survey. *Zeitschrift für Gastroenterologie* in press
12. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L, Luboldt H-J. Prostatakarzinom-Früherkennung in Deutschland - Untersuchung einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe. *Der Urologe* 2008;47:1233-1238
13. Hall HI, Van Den Eeden SK, Tolsma DD, et al. Testing for prostate and colorectal cancer: comparison of self-report and medical record audit. *Preventive Medicine* 2004;39:27-35
14. Scheffer S, Dauven S, Sieverding M. Soziodemografische Unterschiede in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland - Eine Übersicht. *Gesundheitswesen* 2006;68:139-146
15. Sieverding M, Matteredne U, Ciccarello L. Gender differences in FOBT use: evidence from a large German survey. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 2008;46 Suppl 1:S47-51
16. Brähler E, Kupfer J. *Mann und Medizin*. Göttingen: Hogrefe.; 2001
17. Matteredne U, Sieverding M. What makes men attend early detection cancer screenings? An investigation into the roles of cues to action. *International Journal of Men's Health* 2008;7:3-20
18. Weißbach L, Lein M, Fornara P, Wirth M. Ergebnisse der Männergesundheitstage 2006. *Der Urologe* 2008;47:205-211
19. Sieverding M, Decker S, Zimmermann F. Information about low participation in cancer screening demotivates other people. *Psychological Science* 2010;21:941-943

Depression und Suizid bei Männern

Silke Feller

Einleitung

Seit langem hat die unipolare Depression den Ruf einer „Frauenkrankheit“, da Frauen nach bisherigen epidemiologischen Erkenntnissen ein zwei- bis dreimal höheres Risiko einer Erkrankung aufweisen als Männer. Im Kontrast dazu stehen jedoch die um ein Vielfaches höheren Suizidraten bei Männern, denen zu etwa 70 % eine depressive Störung zu Grunde gelegt wird. Diese Zahlen lassen vermuten, dass Depressionen bei Männern häufig unerkannt bleiben und so in ihrer Verbreitung unterschätzt werden.

In den letzten Jahren wurden zu dieser Problematik einige Studien durchgeführt, die sich zum Ziel gesetzt hatten, eventuelle geschlechtsspezifische Unterschiede dieser Erkrankung genauer zu untersuchen. Dabei verdichteten sich die Hinweise, dass die gemachten Beobachtungen nicht nur durch die mangelnde Hilfesuche von Männern, sondern zusätzlich auch durch eine andere Krankheitssymptomatik erklärt werden können. Die bisherigen Diagnosekriterien orientieren sich jedoch vorwiegend an den „weiblichen“ Symptomen, wie Antriebslosigkeit, depressiver Verstimmung, Grübeln und Selbstvorwürfen.

Das Ziel dieses Beitrages soll es nun sein, die speziellen Wesensmerkmale der Depression bei Männern zusammenzutragen und sie in Bezug auf Ursachen und Symptomatik von dem eher als „weiblich“ geltenden, üblichen Depressionsbild abzugrenzen. Daneben sollen auch mögliche Erklärungen für diese Unterschiede aufgezeigt werden, wobei auf geschlechtsspezifische Rollenverteilungen und damit verbundene gesellschaftliche Erwartungen eingegangen wird. Zudem werden daraus resultierende medizinische und gesellschaftliche Auswirkungen sowie die Notwendigkeit einer Erweiterung der Diagnosekriterien dargestellt. Ferner sollen dazu bereits existierende Ansätze vorgestellt werden.

Die Erkrankung Depression – Prävalenz und Symptomatik

Die Depression gehört zu den häufigsten, aber auch in Hinblick auf ihre gesellschaftliche Bedeutung zu den meist unterschätzten Erkrankungen.¹ Berücksichtigt man neben der Schwere der Beeinträchtigung auch die Erkrankungsdauer, liegt die Depression in den entwickelten Ländern noch vor allen anderen psychischen und physischen Erkrankungen.² Die Patienten sind kaum in der Lage, ihre alltäglichen Aufgaben zu bewältigen. Sie leiden unter starken Selbstzweifeln, Konzentrationsstörungen und Freudlosigkeit. Depressionen gehen wie kaum eine andere Erkrankung mit einem hohen Leidensdruck einher, da diese Erkrankung in zentraler Weise das Wohlbefinden und das Selbstwertgefühl von Patienten beein-

trächtig.¹ Auch die Beziehung zum Lebenspartner und anderen, nahe stehenden Personen kann auf lange Sicht in Mitleidenschaft gezogen werden, wodurch die dringend notwendige soziale Unterstützung verloren geht. Die Krankheit ist durch einen wiederkehrenden, oft chronischen Verlauf gekennzeichnet und endet mit 10 bis 15 % der Fälle nicht selten im Suizid.² Laut Schätzungen des Bundesgesundheitsurvey (1998) liegt die Zahl der Erkrankten im Alter von 18 bis 65 Jahren derzeit bei 5,6 %, was im gesamten Bundesgebiet 3,1 Millionen Menschen entspricht. Auf die gesamte Lebenszeit gerechnet beträgt das Risiko, an einer Depression zu erkranken, 16 bis 20 %, wobei Frauen mehr als doppelt so häufig betroffen sind wie Männer.¹

Die Depression gehört nach dem internationalen Krankheitsklassifikationssystem ICD-10 zu den affektiven Störungen. Im Rahmen dieser Arbeit soll jedoch nur die unipolare depressive Störung, d. h. depressive Episoden (F32), rezidivierende depressive Störungen (F33) und anhaltende depressive Störungen (Dysthymie, F34.1), betrachtet werden. Davon abzugrenzen sind die manischen oder gemischten Episoden – so genannte bipolaren Störungen. Das Risiko, im Verlaufe des Lebens an dieser Form der Depression zu erkranken, liegt deutlich niedriger bei 1 %.¹

Zu den Hauptdiagnosekriterien einer Depression zählen laut ICD-10:

- Depressive Stimmung
- Interessenverlust und Freudlosigkeit
- Erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel

Weitere, mögliche Zusatzsymptome sind:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftserwartungen
- Suizidgedanken / Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Je nach Anzahl und Dauer der verschiedenen Diagnosekriterien wird in eine leichte, mittlere oder schwere Depression unterschieden, wobei die Symptomatik länger als zwei Wochen anhalten muss.¹ Gleichzeitig können noch verschiedene körperliche Beschwerden das Krankheitsbild ergänzen.

Die Diagnose einer Depression steht und fällt mit den oben genannten Kriterien. Sie wird laut der Nationalen Versorgungsleitlinie zur unipolaren Depression nach folgendem Stufenplan gestellt¹:

Prüfung auf Vorliegen der 3 Hauptdiagnosekriterien nach ICD-10 (wenn vorhanden → 2.)
Ausschluss organischer Ursachen (wenn ja → 3.)
Ausschluss von psychotropen Substanzen als Krankheitsursache (wenn ja → 4.)
Genauere Erfassung der Psychopathologie des depressiven Syndroms (Klärung der Zusatzsymptome) und Erhebung der Informationen zum bisherigen Verlauf, zur Familienanamnese und zu belastenden Faktoren

Die Depression ist kein homogenes Krankheitsbild. Die Symptome sind relativ ähnlich, aber die Ursachen, die zum Ausbruch der Erkrankung führen, können sehr unterschiedlich sein. Es wird ein multifaktorielles Modell angenommen, welches aus endogenen Faktoren (z. B. genetische Disposition, Hormonumstellungen, körperliche Erkrankungen) und psychosozialen Faktoren (z. B. Verluste, Trennungen, berufliche Enttäuschungen, Überforderungen, interpersonelle Konflikte, Beziehungskrisen oder mangelnde soziale Unterstützung) zusammengesetzt sein können.¹

Das Geschlechterparadoxon bei Depression und Selbstmord

Depressive Erkrankungen gehen mit einer erhöhten Mortalität, vor allem durch Suizid, einher. So ist die Suizidrate bei Depressiven etwa 30mal höher als bei der Durchschnittsbevölkerung und in Deutschland mit etwa 11.000 jährlich größer als die Zahl der Verkehrstoten.¹ Vor allem junge Männer⁵ und Männer ab einem Alter von 75 Jahren¹ haben ein erhöhtes Risiko. Insgesamt treten Suizide bei Männern drei- bis zehnmal häufiger auf als bei Frauen.⁵ Unter der Annahme, dass etwa 60 bis 95 % aller Suizide auf eine depressive Erkrankung zurückzuführen sind,^{6,7} wird mit Blick auf die zweimal häufigere Diagnose einer Depression bei Frauen ein drastisches Missverhältnis deutlich. Zwar üben Frauen im Vergleich zu Männern dreimal so oft einen Suizidversuch aus,³ jedoch bleibt trotz vielfältiger Theorien eine endgültige Erklärung dafür aus, warum Frauen die „weicheren“ und damit unsichereren Methoden wählen. So deutet das Geschlechterparadox eine Unterdiagnostizierung und damit eine Unterschätzung der Depressionsraten bei Männern an.

Mögliche Ursachen für Unterdiagnostizierung bei Männern

Als eine Ursache für die seltenere Diagnose von Depressionen bei Männern wird deren Tendenz angeführt, eher weniger Hilfe durch Beratung und andere medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen. Dieser Unterschied hat Frauen in der Vergangenheit oft den Ruf des „kränkeren“ Geschlechts eingebracht. Demgegenüber steht die um 6 Jahre geringere Le-

benserwartung von Männern in Deutschland.⁸ So konnte gezeigt werden, dass Frauen bei akuten Symptomen doppelt so häufig einen Allgemeinarzt konsultierten wie Männer. Mit zunehmenden Schweregrad der Beschwerden, verringerten sich jedoch die Unterschiede wieder.⁹ Die Gründe hierfür werden vor allem im Gesundheitsverhalten und der Selbsteinschätzung vermutet, welche eng mit dem geschlechtsspezifischen Rollenbild in Verbindung stehen. Das gesundheitsrelevante Verhalten zeigt sich bei Männern besonders im stärkeren Alkohol- und Tabakkonsum, in risikoreicheren Verhaltensweisen auf den Gebieten Sport, Verkehr oder am Arbeitsplatz und der niedrigeren Bereitschaft zur Prävention, zum Beispiel durch Nutzung entsprechender Angebote.¹⁰ Offensichtlich werden die Auswirkungen an den Todesursachen, die die größten Geschlechterunterschiede aufweisen. Demnach sterben Männer öfter an Transportmittelunfällen, Lungenkrebs, Mord, Selbstmord, Leberzirrhose und AIDS.¹⁰

Diese Haltung wird von der Gesellschaft nicht nur toleriert, sondern sogar durch geschlechtsspezifische Erwartungen gefördert. Ebensolches Verhalten bei Frauen wurde dagegen bis Mitte des letzten Jahrhunderts gesellschaftlich sanktioniert. In den letzten Jahrzehnten hat zwar ein Rollenwandel stattgefunden, der die starren Bilder und damit verknüpfte Erwartungen aufweicht, was zum Beispiel im steigenden Tabakkonsum oder in der Berufswahl von Frauen deutlich wird, jedoch erweisen sich Geschlechtsstereotype als relativ veränderungsresistent. Somit muss heute und in naher Zukunft von einer entsprechenden Wirkung auf die Verhaltensweisen von Männern und Frauen ausgegangen werden.

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Initiierung von Gesundheitsverhalten, wie etwa das Aufsuchen von ärztlicher Hilfe, ist die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit aufgrund der Beschwerden. Mehrere Studien konnten zeigen, dass Frauen von grundsätzlich mehr Beschwerden berichten als Männer.^{11, 12} Zur Begründung dieser Beobachtung können zwei auf Geschlechterrollen fußende Theorien herangezogen werden. Die erste besagt, dass mangelnde externe Stimuli, wie sie für Frauen, die ausschließlich für Haushalt und Kindererziehung zuständig waren, angenommen wurden, die Konzentration auf innere Vorgänge verstärkt, wohingegen verstärkte externe Stimulation von inneren Zuständen ablenkt.¹¹ Unterstützt wird diese These durch den Rückgang der Beschwerden bei Frauen mit zunehmender Teilnahme am Erwerbsleben.¹² Eine andere Theorie beruht auf den Ergebnissen einer Studie, wonach Männer über weniger körperliche Beschwerden berichteten, umso stärker sie sich mit einem traditionellen Männerideal identifizierten.¹³ Das legt den Schluss nahe, dass das Selbstkonzept in Bezug auf die Geschlechterrolle eine größere Auswirkung auf das Gesundheitsverhalten hat, als das biologische Geschlecht.

Die seltenere Hilfesuche von Männern hat denselben Ursprung wie der „männliche“ Stressbewältigungsstil, der ebenfalls wesentlich zur Unterdiagnostizierung von Depressionen beiträgt. Unterschieden wird zwischen defensiver, vermeidender Stressbewältigung, die eher dem männlichen Geschlecht zugeordnet wird, und einer vigilanten, die vor allem bei Frauen vorzufinden ist.¹⁰ Dabei zeichnet sich der defensive Coping-Stil durch die Neigung zur Verleugnung und Unterdrückung von negativen Emotionen, besonders von Angst, und die gleichzeitige Zurschaustellung eines robusten Selbst aus. Kurzzeitig vielleicht effektiv scheint er über einen längeren Zeitraum eher gesundheitsschädigend zu sein, da er durch das Ablehnen von Hilfe und das Suchen nach akzeptierteren Kompensationsstrategien (Alkoholmissbrauch, Arbeitssucht, Feindseligkeit, Gewalt) das Gesundheitsverhalten negativ beeinflusst. Zusätzlich kann dieser Stil zu einer Erhöhung des Blutdrucks führen und so auch direkt auf das Krankheitsrisiko einwirken.¹⁴ Auf diese Art ist das Empfinden von Angst oder Schwäche nicht nur weniger bewusst, sondern auch nach außen weniger sichtbar und wird sogar durch eher gegensätzliche Verhaltensweisen überdeckt. Die vigilante Stressbewältigungsstrategie dagegen, in der Frauen in der Regel höhere Werte erzielen, schenkt den Stressreizen und den darauf folgenden eigenen Reaktionen besondere Aufmerksamkeit.¹⁴

Aber nicht nur die Selbsteinschätzung kann durch Geschlechterstereotype beeinflusst werden. Auch die Fremdeinschätzung durch Ärzte kann durch eine Ungleichbehandlung von Männern und Frauen verzerrt werden. Ein daraus resultierender so genannter „Diagnose-Bias“ kann ebenfalls zu einer selteneren Erfassung von Depressionen bei Männern beitragen. Eine Studie konnte bezüglich dieser Problematik zeigen, dass Frauen im Schnitt mehr Zeit bei der Anamnese zugestanden und oft schon bei der ersten Konsultation ein psychosomatischer Hintergrund angenommen wurde. Bei Männern dagegen kamen mehr invasive diagnostische Verfahren zum Einsatz, und es wurde zunächst meist eine organische Ursache für Beschwerden vermutet. Die Behandlungsunterschiede waren aber weder durch die korrigierten Einzeldiagnosen, noch durch den Krankheitsverlauf zu rechtfertigen.¹⁵

Die hierfür verantwortlichen Tendenzen bei Ärzten beruhen wahrscheinlich auf komplexen Wechselwirkungsprozessen. Rollenbilder wirken auf die Selbsteinschätzung und die Kommunikation der Beschwerden gegenüber dem Arzt derart, dass dieser je nach Geschlecht zu unterschiedlichen Diagnosen neigt. Diese beeinflussen wiederum die Vorstellungen des Arztes von einem dem Geschlecht angemessenem Verhalten, was auch wiederum das Gebaren der Patienten beeinflusst.¹⁰ Zudem werden psychische Störungen je eher diagnostiziert, umso mehr das Verhalten des Patienten von dem geschlechtstypischen Muster abweicht – entweder durch Übererfüllung oder Verkehrung.⁴ Das aber setzt die Annahme eines solchen Musters bei den Ärzten voraus.

Nicht zuletzt sind die gängigen Diagnoseinstrumente, Fragebögen und ICD-10-Kriterien (siehe oben) eher auf die „weibliche“ Depression ausgerichtet und erfassen nicht die vorwiegend „männlichen“, defensiven Kompensationsstrategien wie Alkoholmissbrauch, Aggressivität oder Arbeitssucht. Im Gegenteil, diese gelten als geradezu untypisch für eine Depression. Der Grund dafür liegt vermutlich darin, dass die Depression als solche bisher vorwiegend bei Frauen festgestellt wurde und deren Symptome das Erscheinungsbild der Krankheit und die dazugehörigen Kriterienkataloge stärker prägen konnten.

Symptome der Depression bei Männern

Ausgehend von der Wirkung von geschlechtsspezifischen Rollenbildern und den unterschiedlichen Stressverarbeitungs- und Kompensationsstrategien wurde begonnen, die Depressionssymptomatik bei Männern näher zu untersuchen. Mit Hilfe von psychologischen Autopsien männlicher Suizidopfer, mit Studien stationär behandelter Depressionspatienten und durch allgemeine klinische Erfahrungen konnten Merkmale identifiziert werden, die zu einem höheren Prozentsatz bei männlichen Depressiven anzutreffen waren^{5, 16, 17}:

Typische Symptome einer Depression bei Männern:

- Ärgerattacken
- Feindseligkeit
- affektive Rigidität
- gesteigerter Alkoholkonsum
- eine Kombination aus Reizbarkeit, Aggressivität und antisozialem Verhalten
- Arbeitssucht
- Spielsucht
- Neigung zu Vorwürfen bzw. nachtragendem Verhalten
- geringe Stresstoleranz
- erhöhte Risikobereitschaft
- allgemeine Unzufriedenheit mit sich und seinem Verhalten
- erhöhte Suizidneigung

Ähnliche Merkmale wurden in verschiedenen Arbeitsgruppen gefunden^{26, 29} und in Folge einer Studie auf der schwedischen Ostseeinsel Gotland sogar ein erstes Instrument zur Erfassung der „männlichen“ Symptome entworfen: die Gotland Male Depression Scale. Bisher wurde dieses Konzept noch nicht ausreichend wissenschaftlich auf seine Diagnosefähigkeit geprüft, die Skala kam jedoch schon in einigen Studien zum Einsatz und konnte dabei gute Ergebnisse erzielen.^{26, 27}

Die aufgedeckten Charakteristika entsprechen eher nicht den typischen Symptomen einer Depression, wie Gedrücktheit, Klagsamkeit, Freudlosigkeit, Antriebsverlust und der damit assoziierten Schwäche und Hilfsbedürftigkeit. Vielmehr zeigen sie große Übereinstimmungen mit einem Stressbewältigungsmuster, das häufiger bei Männern vorzufinden und für dieses Geschlecht gesellschaftlich akzeptierter ist. Es konnte aber auch festgestellt werden, dass sich bei einer klinisch manifesten Depression die Hauptsymptome bei Männern und Frauen kaum unterscheiden und sich demnach die „männliche“ Depression im Krankheitsverlauf immer mehr dem gängigen Depressionsbild annähert.¹⁸ Damit liegt der Schluss nahe, dass die anfänglichen Abwehrmechanismen, wie Aggressivität und Suchverhalten, dazu dienen, die dem Geschlechtsstereotyp entgegenstehende Depressionssymptomatik zu maskieren. Bei Frauen dagegen scheinen sich die typischen Symptome vorwiegend ohne einen solchen „Umweg“ zu entwickeln.

Der große Einfluss der Gesellschaft über geschlechtsbezogene Erwartungen wird besonders deutlich, betrachtet man Studienergebnisse, nach denen Männer und Frauen nahezu identische Depressionsraten und -anzeichen zeigen, wenn Alkoholkonsum und Suizid tabuisiert oder auf Alkohol und jede Form der Aggressivität verzichtet wird, wie dies in jüdisch-orthodoxen Gemeinden¹⁹ bzw. den Amish People²⁰ der Fall ist.

Bei näherer Betrachtung der auslösenden psychosozialen Ursachen einer Depression zeigen sich ebenfalls unterschiedliche Tendenzen bei Männern und Frauen, die auch wieder auf die verschiedenen Rollenbilder zurückführbar sind. So gehören zu den am meisten verbreiteten Risikofaktoren für Frauen ein niedriges Bildungsniveau, das Leben als Hausfrau, Ehefrau, Mutter oder allein erziehende Mutter, eine geringe soziale Unterstützung, die Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger und sexueller Missbrauch in der Kindheit. Zu den Risikofaktoren der Männer zählen vor allem Arbeitslosigkeit, ein Leben allein, Scheidung oder Trennung, berufliche Gratifikationskrisen, Pensionierung und chronische Erkrankungen. Beide Geschlechter haben bei einem niedrigen sozioökonomischen Status ein erhöhtes Risiko.⁵

Auswirkungen der Unterdiagnostizierung

Unipolare Depressionen haben meist einen episodischen Verlauf, das heißt, sie sind zeitlich begrenzt und können in vielen Fällen auch ohne therapeutische Maßnahmen wieder abklingen. In der Regel beträgt die Dauer einer solchen Episode 6 bis 8 Monate. Eine Therapie kann aber in erheblichem Umfang zur Verkürzung dieses Zeitraumes beitragen, der dann im Schnitt nur noch etwa 16 Wochen umfasst.¹ Damit verbundene Vorteile liegen auf der Hand: Es wird nicht nur das körperliche und seelische Befinden verbessert sowie Lebensqualität zurück gewonnen, auch soziale Beziehungen werden nicht unnötig lange belastet und die

Arbeitsfähigkeit kann schneller wieder hergestellt werden. Das setzt jedoch voraus, dass vorher eine Diagnose stattgefunden hat. Geschieht das nicht, wie das in vielen Fällen der „männlichen“ Depression, vor allem im Frühstadium, zu sein scheint, kann das dagegen jedoch erhebliche Folgen nach sich ziehen.

So gilt es inzwischen als gesichert, dass eine Nichtbehandlung von Depressionen das Suizidrisiko um das drei- bis vierfache erhöhen kann²¹ und die Heilungschancen sinken bzw. die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls erhöht wird. Des Weiteren kann eine langfristige Depression auch, zum Teil schwere, körperliche Erkrankungen nach sich ziehen. Zum Beispiel haben Depressive ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer koronaren Herzkrankheit²² und als Folge daraus eine erhöhte Gefahr für das Erleiden eines Myokardinfarktes.²³ Das sind aber gerade Erkrankungen, die besonders häufig bei Männern auftreten, und eine Behandlung der Depression kann hier vorbeugen bzw. die Heilungschancen erhöhen.^{24, 25}

Bleibt die Diagnose einer Depression aus, kann es vorkommen, dass die Betroffenen fehldiagnostiziert werden und wegen Alkoholabhängigkeit oder antisozialer Persönlichkeitsstörung Behandlung erfahren. Diese Befunde werden dann jedoch lediglich auf Basis der überdeckenden Abwehrmechanismen erhoben. Damit wird keine adäquate Depressionstherapie umgesetzt, da bestenfalls die Symptome modifiziert werden, der Kern der Krankheit aber nicht angetastet wird. Zudem könnte eine häufige Diagnose ein realistischeres Bild der Verbreitung von Depressionen liefern und so das Problembewusstsein und die Akzeptanz in der Gesellschaft erhöhen, was wiederum möglicherweise die Offenheit der Betroffenen steigert.

Die gesellschaftliche Bedeutung der Unterdiagnostizierung und damit unzureichenden Behandlung wird ebenfalls deutlich, führt man sich vor Augen, dass die Depression gemessen an verlorenen Lebensjahren zu den vier wichtigsten Volkskrankheiten gehört und wahrscheinlich in Zukunft noch an Gewicht zulegt. Die Erkrankung belastet das Gesundheitssystem, führt zu hohem Arbeitsausfall und Frühberentung, belastet Partner und Angehörige und kann eine Vernachlässigung der Kinder betroffener Eltern zur Folge haben.¹

Notwendige Folgen für die medizinische und psychologische Praxis

Zur Bekämpfung und Prävention von Depressionen und der damit in Zusammenhang stehenden Überwindung der Unterdiagnostizierung bei Männern müssen die gewonnenen Erkenntnisse in entsprechende Maßnahmen übersetzt werden und in die medizinische und psychologische Praxis Eingang finden. Dazu gehört an erster Stelle die Verbesserung von Diagnoseinstrumenten durch Erweiterung der Kriterien um die bisher unbeachteten Merkma-

le der „männlichen“ Depression, wie Substanzmissbrauch, Aggressivität oder Ruhelosigkeit. Diese werden vor allem durch die typisch männlichen Abwehrstrategien von Stress hervorgerufen, können aber auch bei Frauen auftreten, weshalb eine strikte Trennung von Diagnosekriterien nach Geschlechtern fraglich ist oder vielleicht eher eine Ergänzung in Frage kommt. Dabei sollte ebenfalls die Abgrenzung zu Erkrankungen mit teilweise ähnlichen Symptomen wie dem bipolaren Spektrum oder anderen Persönlichkeitsstörungen verfeinert werden.

Außerdem gehört zu den notwendigen Maßnahmen eine umfassende Sensibilisierung und Aufklärung der niedergelassenen Allgemeinmediziner, welche nicht nur eine ausführlichere Anamnese mit verbesserter Diagnose nach sich ziehen soll, sondern auch für die Ermutigung der Betroffenen, Hilfe in Anspruch zu nehmen, werben soll. In Fachkreisen ist die spezifische Symptomatik der Männerdepression schon länger bekannt, nur scheint es unter den Hausärzten, die besonders nah am Patienten sind und denen eine Vermittlerrolle zukommt, keine ausreichende Aufmerksamkeit bezüglich dieser Problematik zu geben. Präventionsprogramme für Depressionen und Suizid sowie Therapien müssen ebenfalls die mit den Geschlechterrollen verbundenen Eigenheiten der Adressaten berücksichtigen und gegebenenfalls die Ansprache und das Vorgehen ändern.

Auf gesamtgesellschaftlicher Ebene sollten Maßnahmen zur Entstigmatisierung von Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen, speziell bei Männern, entworfen werden. Damit könnte unter anderem die Inanspruchnahme von Hilfe durch Männer erleichtert werden. Hierzu wäre zum Beispiel eine geschlechtersensible Aufklärung in Schulen – auch bezüglich der männlichen und weiblichen Stereotype – denkbar. Auch ein größeres Angebot an geschlechtsspezifischen Stressbewältigungsprogrammen erscheint sinnvoll.

Daneben steht die Frage im Raum, in Anbetracht der zum Teil gegensätzlichen Depressionssymptomatik der „männlichen“ Depression und ihrer Ähnlichkeit zur bipolaren Störung, ob die gängigen Antidepressiva eingesetzt werden können, die die Reizbarkeit noch zusätzlich erhöhen können.³⁰ Oder sollte bei entsprechenden Anzeichen zur Vermeidung affektiver Nebenwirkungen auf andere Medikamente zurückgegriffen werden? Diesbezügliche Studien stehen noch aus. Alternativ werden Atypika oder Antiepileptika vorgeschlagen, die in der Behandlung bipolarer Störung Anwendung finden.³⁰

Zusammenfassung und Ausblick

Bisher bestand die Annahme, dass Frauen etwa doppelt so häufig an unipolaren Depressionen erkranken wie Männer, weswegen die Depression als typische Frauenkrankheit galt. Im

Kontrast dazu stehen die im Vergleich zu den Frauen die drei- bis zehnfach höheren Suizidraten bei Männern. Das legt die Vermutung einer Unterdiagnostizierung beim männlichen Geschlecht nahe. Bei der tiefer gehenden Untersuchung des Erscheinungsbildes der Depression bei Männern und Frauen wurde deutlich, dass Männer zum Teil eine atypische Symptomatik aufweisen, welche oft mit vermehrtem Substanzmissbrauch, Unruhe und Aggressivität einhergeht. Das sind Verhaltensweisen, die der „männlichen“ Stressbewältigung entsprechen und ihren Ursprung wahrscheinlich in geschlechtsspezifischen Rollenbildern haben. Da sich die Symptome mit voranschreitender Depressionsmanifestation immer mehr der typischen Depression angleichen, lässt sich schließen, dass sich hier in den Frühstadien der Krankheit geschlechtsspezifische Abwehrmechanismen zeigen. Diese Merkmale sind jedoch nicht Bestandteil der gängigen Diagnosekriterien, weshalb hier Depressionen nicht erkannt und Fehldiagnosen wie antisoziale Persönlichkeitsstörung oder Alkoholabhängigkeit getroffen werden. Das kann erhebliche Konsequenzen nach sich ziehen, denn wenn die Depression nicht adäquat behandelt wird, manifestiert sie sich stärker, wodurch die Heilungschancen sinken, soziale Beziehungen belastet werden und körperliche Folgeerkrankungen entstehen. Die Lösung des Problems wäre die Entwicklung von Diagnoserichtlinien, die diese Unterschiede in den Geschlechterrollen berücksichtigen. Ein erstes Beispiel ist die Gotland Male Depression Scale. Diese bedarf jedoch noch einer weiteren Verbesserung und Validierung.

Weiterhin scheint eine Sensibilisierung und Aufklärung von Ärzten und der Gesellschaft notwendig. An dieser Stelle sollte auch betont werden, dass die Unterschiede zwischen Männern und Frauen vermutlich auf den in der Regel entgegen gesetzten Abwehrstrategien beruhen und nicht vom biologischen Geschlecht abhängen, da zum Beispiel auch Frauen Merkmale der Männerdepression zeigen. Die individuellen Unterschiede innerhalb eines Geschlechtes sind zum Teil größer als die mittleren Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Hier wird lediglich eine verallgemeinerte Tendenz beschrieben.

Über die speziellen Merkmale der „männlichen“ Depression und die diesbezügliche Diagnostik hinaus, existieren noch viele weitere Forschungsfragen. So zum Beispiel, wie geschlechtsspezifisch diese Form der Depression ist, wie sie sich mit dem Alter verändert, wie sie von ähnlichen psychischen Erkrankungen abgegrenzt werden kann oder ob eine spezielle Medikation erfolgen muss. Des Weiteren scheint interessant, in welcher Form sich die zunehmende Angleichung der Anforderungen an Männer und Frauen und die damit verbundenen Geschlechterrollen auf die Symptomatik der Depression auswirken wird.

Literatur

- 1 DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/pdf/s3_nvl_depression_lang.pdf (letzter Zugriff: 12.06. 2010)
- 2 EAAD - European Alliance against Depression, Internet: http://www.eaad.net/deu/about_eaad.php (letzter Zugriff: 12.06. 2010)
- 3 Möller-Leimkühler, A.M.: Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. J NEUROL NEUROCHIR PSYCHIATR 2008; 9 (3)
- 4 Möller-Leimkühler, A.M.: Wie Sie die „männliche Depression“ erkennen. DNP 11/06
- 5 Möller-Leimkühler, A.M.: Frauen suchen Hilfe, Männer sterben. MMW-Fortschr. Med. Nr. 36 / 2009 (151. Jg.)
- 6 Skogman K, Alsén M, Ojehagen A. Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide – a follow-up study of 1052 suicide attempters. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2004; 39: 113–20.
- 7 Krug, E./Dahlberg, L./Mercy, J./Zwi, A./Lozano, R. (Hrsg.): “World report on violence and health”, World Health Organization (WHO), Genf 2002, S. 192.
- 8 Statistisches Bundesamt. (2002). Statistisches Jahrbuch für die Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart:MetzIrt-Poeschel.
- 9 Briscoe ME Why do people go to the doctor? Sex differences in the correlates of GP consultation. Soc Sci Med. 25(5):507-513 (1987).
- 10 Sieverding, M. (2005), Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Serie D). Göttingen: Hogrefe.
- 11 Gijsbers van Wijk C.M.T., Kolk A.M., et al.: Sex differences in physical symptoms: the contribution of symptom perception theory. Soc Sci Med 45:231-246 (1997).
- 12 Brähler, E., Schumacher, J. & Felder, H. (1999). Die Geschlechtsabhängigkeit von Körperbeschwerden im Wandel der Zeit. In E. Brähler & H. Felder (Hrsg.), Weiblichkeit, Männlichkeit und Gesundheit (2. Auflage) (S. 171 – 185). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- 13 Sieverding, M. (2002). Gender and healthrelated attitudes: The role of a “macho” self-concept. In G. Weidner, S.M. Kopp, and M. Kristenson (Editors), Heart Disease: Environment, Stress and Gender. NATO Science Series, Series I: Life and Behavioural Sciences, Volume 327 (p. 237 – 250). Amsterdam: IOS Press.
- 14 Kohlmann, C.-W. (1997). Persönlichkeit und Emotionsregulation. Bern: Huber.
- 15 Conen, D. & Kuster, M. (1988). Geschlechts- oder symptomspezifisches Verhalten männlicher Assistenzärzte. Sozial- und Präventivmedizin, 33, 167–172.
- 16 Möller-Leimkühler A.M., Paulus N.C., Heller J.: „Male depression“ in einer Bevölkerungsstichprobe junger Männer. Risiko und Symptome. Nervenarzt 78:641-650 (2007).
- 17 E. Pjrek, D. Winkler, S. Kasper, Psychische Erkrankungen des Mannes. Blickpunkt DER MANN 2004; 2 (4): 20–23.
- 18 Bech P. Male depression: stress and aggression as pathways to major depression. In: Dawson A, Tylee A (eds). Depression – Social and Economic Timebomb. British Medical Journal Books, London, 2001; 63–6.
- 19 Loewenthal K, Goldblatt V, Gorton T, Lubitsch G, Bicknell H, Fellowes D, Sowden A. Gender and depression in Anglo-Jewry. Psychol Med 1995; 25: 1051–63.
- 20 Jakubaschk J. Depression und Aggression bei Amischen. Nervenarzt 1994; 65: 590–
- 21 Angst J, Angst F, Gerber-Werder R, Gamma A. Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 year’s follow-up. Arch Suicide Res. 2005;9(3):279–300.
- 22 Anda et al, 1993; Aromaa et al., 1994; Barefoot et al., 1996; Everson et al, 1996; Ford et al, 1998 ; Ferketich et al., 2000; Ariyo et al., 2000; Schulz et al., 2000

- 23 Joynt KE, Whellan DJ, O'Connor CM. Depression and cardiovascular disease:
mechanisms of interaction. *Biol Psychiatry*. 2003 Aug 1;54(3):248-61.
- 24 Berkman LF, et al; Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients Investi-
gators (ENRICHD). Effects of treating depression and low perceived social support
on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coro-
nary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA*. 2003 Jun
18;289(23):3106-16.
- 25 Sauer WH, Berlin JA, Kimmel SE. Effect of antidepressants and their relative affinity
for the serotonin transporter on the risk of myocardial infarction. *Circulation*. 2003 Jul
8;108(1):32-6.
- 26 Zierau F., Bille A., Rutz W., Bech P.: The Gotland Male Depression Scale: a validity
study in patients with alcohol use disorder. *Nord J Psychiatry* 56(4): 265-271
(2001)
- 27 Z. Rihmer, W. Rutz, A. Rihmer, X. Gonda, R. Webb and N. Kapur, Do suicidal fe-
males have "Male-type" Depression? *European Psychiatry*, Volume 24, Supple-
ment 1, 2009, Page S183
- 28 Akiskal H.S., Pinto O.: The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. *Psy-
chiatr Clin North Am* 22(3):517-534 (1999).
- 29 POLLACK W. Mourning, Melancholia and Masculinity: Recognizing and Treating
Depression in Men. In: Pollack W., Levant R. (Hrsg.). *A New Psychotherapy for Men*.
Wiley, 1998: 147-166
- 30 Armand Hausmann, Wolfgang Rutz und Ullrich Meise, Frauen suchen Hilfe – Männer
sterben! Ist die Depression wirklich weiblich? *Neuropsychiatrie*, Band 22, Nr. 1/2008,
S.43-48

Wenn Arbeit krank macht oder Burn out – Bore out – bald ganz out?

Michael Geiger

Wir alle kennen den Zustand einer Erschöpfung.

Man muss nicht die Distanz des Marathons laufen, um erschöpft zu sein. Bei dem einen ist es das Unkraut jäten, bei dem anderen das Aufbringen von Schweißnähten, das Fahren eines Lkws, das Schreiben einer Belegarbeit oder das Servieren von Getränken und Speisen. Immer gibt es Momente, an denen es nicht mehr weiter geht. Dabei ist das Maß, wann ein solcher Punkt eintritt, höchst unterschiedlich. Eigentlich ist es gar kein „Punkt“. Wir alle wissen, letztlich geht immer noch ein Stück. „Noch bis zur nächsten Raststätte“, „noch eine Seite“, „noch fünf Tische, noch...noch...“ Es ist eine schwer zu definierende Kette von Herausforderungen. Es sind Punkte, die keinen Endpunkt zu haben scheinen, bis der Sekundenschlaf den Unfall provoziert, der Körper physisch vielleicht noch nicht gänzlich versagt, so aber doch „streikt“. Er signalisiert: Pause - jetzt! Mit diesen Erfahrungen vertraut, schauen wir auf einige Wirkfaktoren, die damit im Zusammenhang stehen.

Erstens ist das Maß der Erschöpfung abhängig vom Maß objektiver Faktoren der Belastung. 42 km wirken nun einmal anders als 500 m, 4 Tische zu bedienen ist ein anderes Pensum als 20 Tische, etc.

Zweitens ist die Frage interessant, wer an Erschöpfungen leidet? Es sind zumeist diejenigen, die sich bewusst der Herausforderung stellen, die Ehrgeizigen, die Pflichtgetreuen, die Selbstbewussten. Andere steigen schon vorher aus.

Drittens ist es eine Frage des Trainings, der eigenen Übung. Wer ein gutes Aufbautraining gemacht hat, absolviert mitunter die 42 km besser als der Ungeübte die 500 m - Distanz.

Viertens ist die Leistungsfähigkeit in einem erheblichen Maß abhängig von der Motivation. Gehört Laufen zu meinem „Lebenselixier“, setzt der Körper solche Botenstoffe frei, die meine Leistungsfähigkeit befördern, bin ich ein „Bewegungsmuffel“ fallen mir 500 m äußerst schwer.

Fünftens gibt es für nahezu alle Belastungen auch erfahrungsgemäß Mittel und Möglichkeiten der „Linderung“. Ohne Trinken kein Marathon, ohne Schutzbrille kein Schweißen, ohne Klimaanlage keine weite Autofahrt, ohne Schienbeinschützer kein Hineingrätschen beim Fußball, etc.

Für die physische Erschöpfung scheint das einsichtig. Es sind geradezu Binsenweisheiten. Galt im Industriezeitalter die physisch zu verrichtende Arbeit als typisch und damit schützenswert, so wurden hier im Laufe der letzten einhundert Jahre ausgefeilte Arbeitsschutz-

verordnungen durchgesetzt. Egal, ob es die Lärmbelästigung ist (selbst Vuvuzelas sind inzwischen aus deutschen Fußballstadien verbannt), die Regulierung der Höhe der Sitzmöbel, die Geruchsbelästigung, der Blickwinkel zum Monitor oder die Raumtemperaturen (max. 26 Grad!), alles ist geregelt, um den Erschöpfungszustand der Arbeitskraft zu vermeiden bzw. weiter nach hinten zu verschieben.

Wie sieht das nun aber mit der psychischen Erschöpfung, dem Zustand des „Ausgebranntseins“ aus, dem „Burn out“? Wirft man einen Blick auf die jüngsten Zahlen, gibt es hier ganz offensichtlich bedrohliche Entwicklungen. Die Zahl der psychisch Erkrankten hat sich seit den neunziger Jahren verdoppelt. Nach Aussage der Krankenkassen von 500.000 auf heute knapp eine Million jährlich. In Deutschland erkrankt inzwischen jeder Dritte Erwachsene im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung. Der Anteil der Fehltage hat sich seit 1993 verdreifacht.

Die Gesellschaft gibt dafür Milliarden aus. Allein im Jahr 2006 waren das laut Statistischem Bundesamt 26,4 Milliarden Euro. Im Jahr 2008 betrug der Anteil der Frühverrentungen wegen psychischer Erkrankungen 36,5%, 15 Jahre zuvor waren es nur 15,4%¹ Praktizierende Psychotherapeuten gehen davon aus, dass ca. 40 % der psychischen Störungen heute mit Faktoren zusammenhängen, die unmittelbar im Zusammenhang mit dem Arbeitsprozess stehen.

Dabei wird der Begriff des „Burn out“ als ein Erschöpfungszustand bezeichnet, der all die Krankheitssymptome vereint, die aus einer Überforderung im Arbeitsprozess resultieren. Inzwischen macht auch der Begriff des „Bore out“ seine Runde, der auf die gleichen Symptome verweist, nur als deren Ursache oder zumindest triggernde Faktoren die Unterforderung im Arbeitsprozess benennt. „Burn out“ ist nicht (noch nicht?) als Krankheit in die internationale Klassifikation der psychischen Störungen (ICD-10) aufgenommen, sondern wird dort lediglich als bestimmter Zustand, genauer gesagt: Z 73.0 = Erschöpfungszustand (Burn-out - Syndrom) bezeichnet. Dem ist es offensichtlich geschuldet, dass es noch nicht so viele verlässliche Daten gibt.

Wollen wir die hochkomplexen Zusammenhänge etwas besser verstehen, folgen wir doch einfach methodisch den Erklärungen, wie ich sie zur besseren Beschreibung der physischen Erschöpfungszustände angeboten habe.

Erstens. Was belastet uns denn so stark, dass wir es subjektiv als Stress, als Überforderung wahrnehmen und zunächst unsere Psyche, mitunter auch den ganzen Körper „ausbrennen“?

¹ Vgl. Daniel Baumann: Die erschöpfte Republik in: Frankfurter Rundschau, FR-online.de 16.07.2010

Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Faktoren. An vorderster Stelle wird die Angst um den Erhalt des Arbeitsplatzes genannt, ebenso aber der Druck, seinen sozialen Status zu halten, wenn möglich zu verbessern, steigende Konsumwünsche. Tief in uns sind wir getrieben durch das Streben nach Anerkennung. In einer Welt, die durch Wettbewerb und Leistungsdruck gekennzeichnet ist, in der nur der Erste zählt und sich eine phantastische Fußball Nationalmannschaft schon für den dritten Platz nicht mehr feiern lassen möchte. In einer solchen Welt leiden schon die Zweiten und Dritten. Nicht nur im Sport sind wir vom „Olympischen Gedanken“, von der Freude am Kräftemessen beseelt. Offen bekennen sich die Unternehmen, Marktführerschaft oder Verkauf. Viele der Stressoren sind „hausgemacht“, hervorgebracht durch eine nach wie vor von männlichen Werten geprägte Leistungsgesellschaft. Wie das subjektiv im beruflichen Alltag wahrgenommen wird, zeigt eine neuerliche Umfrage in Österreich.



Zweitens stellt sich beim „Burn out“ auch die Frage, wer denn vornehmlich davon betroffen ist. Auch hier sind es überproportional zunächst erst einmal diejenigen, die sich den Herausforderungen stellen, die Manager, die Spitzenkräfte. Da diese Positionen vorrangig durch Männer besetzt werden, ist davon auszugehen, dass auch hier eine Häufung der Symptome zu finden ist. Dem steht entgegen, dass Männer durch ihre tausende von Jahren ausgefüllte Rolle glauben, keine Schwächen zugeben zu können.

So wie Indianer angeblich keinen Schmerz fühlen, so sind Führungskräfte eben „nicht ausgebrannt“. Schlafstörungen, Alkoholmissbrauch, Konzentrationsstörungen werden bagatellisiert. Demzufolge gibt es hier eine große Dunkelziffer. Statistisch gesehen gehen signifikant weniger Männer zum Psychotherapeuten. Neben den Führungskräften kommen diejenigen

hinzu, deren Arbeitsmittel gewissermaßen auch Ihre Psyche selbst ist - Lehrer, Ärzte², Sozialarbeiter.

Drittens verwiesen wir auf den Trainingszustand derjenigen, die sich den Herausforderungen stellen. Viele möchten den Marathon laufen, sehnen sich nach dem Genuss der damit verbunden ist, verkennen aber die notwendigen subjektiven Voraussetzungen, die dafür notwendig sind. Genauso verhält es sich bei den psychischen Belastungen. Wer es nicht gelernt hat, mit Konflikten umgehen zu können, in Spannungsverhältnissen zu leben, über eine bestimmte Frustrationstoleranz zu verfügen, Kritik auszuhalten, Entscheidungen auch bei Informationsdefiziten treffen zu können, Arbeit und Kontrolle abgeben zu können, der sollte es entweder versuchen zu erlernen oder er sollte sich einen anderen Job suchen. Auch hier sind Männer wiederum gefährdeter, da sie durch den Druck des Wettbewerbs um „vordere Positionen“, einer größeren Gefahr der Selbstüberschätzung ausgeliefert sind.

Viertens hängt das Maß der Belastbarkeit in hohem Maß von der Motivation ab. Es kursieren verschiedene Zahlen auf dem Markt, wie viel Angestellte sich mit ihrer Arbeit identifizieren. Manche gehen von bis zu 2/3 der Angestellten aus. Immer dann, wenn die Arbeit ausschließlich als reiner Job zum Geldverdienen angesehen wird, sinkt die Grenze der Belastbarkeit. Hinzu kommt, dass das „Burn out“ - Syndrom signifikant stärker bei denjenigen auftritt, die generell eine Unwucht in der Work-Life Balance haben. Durch die teilweise doppelte Belastung der Frauen im Beruf, Haushalt und Familie ist deren Balance besonders fragil, aber eben auch teilweise besser regelbar. Sie verfügen über „Ventile“, Ablassschrauben, Kompensationsmöglichkeiten. Andererseits macht die zum Teil einseitige Ausrichtung des Mannes auf seine Erfolgserlebnisse und Bestätigung im Beruf ihn besonders anfällig für eine grenzenlose Ausbeutung seiner psychischen Ressourcen. Wer sich ausschließlich über Arbeit definiert, ist den belastenden Faktoren zuweilen schonungslos ausgeliefert.

Fünftens gibt es auch im psychischen ebenso wie im physischen Bereich Mittel und Methoden, sich vor Überlastungen zu schützen. Die Trinkflasche oder Schienbeinschützer des einen ist das Ausschalten des Handys des anderen. Jeder dritte Deutsche führt inzwischen im Urlaub dienstliche Telefonate. Laut Emnid-Umfragen nehmen sogar 18% ihre Diensttelefone in den Urlaub mit.³ Siehe auch nochmals die oben aufgeführte Grafik zu den Faktoren, die Stress hemmend wirken, angeführt durch den Genuss des simplen, aber doch köstlichen „Kaffetrinkens“.

² Eine Studie von Mundle et al aus dem Jahr 2007 geht von mindestens 20% der Ärzte aus, die unter dem Burn out Syndrom leiden. Vgl. <http://www.presseanzeiger.de/meldungen/gesundheitsmedizin/367677.php>

³ Vgl. Sendepause in: Wirtschaftswoche 19.07.2010, S. 73

Eine große Diskussion gibt es um den Einsatz der Medikamente zur Leistungssteigerung im psychischen Bereich, bekannt in der Literatur als „Neuro-Enhancement“, „Designer-Drogen“ oder umgangssprachlich schlicht „Gehirndoping“ genannt. Viele Manager, Wissenschaftler, Studenten, Künstler, Soldaten, aber auch Ärzte und Lehrer können ohne chemische Hilfsmittel den Alltag gar nicht mehr überstehen. Gesunde nehmen zunehmend Pillen, die für Kranke entwickelt wurden. Als nur eines der Mittel hat sich allein die Ritalin-Abgabe in den letzten zehn Jahren verzehnfacht.⁴

Die Gefahr eines Wettlaufs zwischen Leistungssteigerung und endgültiger Erschöpfung des Körpers (Psyche) hat begonnen. Der Denkfehler besteht meiner Meinung nach darin, dass von Leistung, Ehrgeiz, Profit und Versagensängsten getrieben, uns Glauben gemacht werden soll, dass die Natur einfach zu überlisten sei. Stellen wir jedoch in Rechnung, dass uns die Evolution schon mit der besten Medizin versorgt hat, dann scheint die Forderung: „Denken wie Darwin und handeln wie Feuerstein“ nicht so abwegig.⁵

Wenn Fachbegriffe wie „Burn out“ und „Bore out“ durch eine breite Öffentlichkeit angeeignet werden, eben zeitweise geradezu als Modebegriffe gehandelt werden, dann ist das Positive daran, dass es auch ein öffentliches Interesse gibt. Das öffentliche Interesse ist dann hilfreich, aus dem Handlungsbedarf die notwendigen Ressourcen zur besseren Lösung des benannten Problems zu aktivieren. Meines Erachtens befinden wir uns heute an dieser Stelle.

Die Frage steht, ob nicht - wie im Industriezeitalter - die physische Seite der Arbeitskraft als schützenswertes Gut eine Regelung erfuhr, heute im Zeitalter der Informations- oder Wissensgesellschaft die Schutzmechanismen gegen vorzeitige psychische Erschöpfung einer strengeren Regelung bedürfen. Bei allen Auswüchsen und Blockaden ist sicherlich eine gewaltige Mehrheit (zumindest der Arbeitnehmer) überzeugt von den sozialen Errungenschaften, die mit scharfen Arbeitsschutzbestimmungen einhergingen. Warum nun aber regeln wir die Größe von PC – Arbeitstischen, aber nicht den Umgang mit elektronischer Post? Warum regeln wir die Größe von Zimmern, aber nicht die Benutzung von Handys (24 Stunden Erreichbarkeit)? Warum regeln wir Fluchtwege, aber nicht Anfahrtswege? Warum regeln wir penibel die Pflichten im Zusammenhang mit Stellenbeschreibungen, aber weniger die Rechte. Was, wenn eine Arbeitskraft ausfällt? Um den Ausfall eines Mitarbeiters abzufedern, werden in 75 % der Unternehmen bestehende interne Reserven herangezogen. Im Klartext:

⁴ Vgl. Dorothee Fricke, Gehirndoping an der Uni, vom 01.04.2009, in: <http://www.karriere.de/studium/gehirndoping-an-der-uni-8569/>

⁵ Jörg Blech: Geheimnis der Gesundheit, in: Der Spiegel 40/2009, S. 133

Zwei arbeiten dann für Drei. Nur in 16 % der Fälle wird Hilfe von außen geholt.⁶ Wäre das nicht regelbar zu Gunsten der Prävention vor krankheitsbedingten Fehltagen?

Ich habe darauf keine schlüssigen Antworten, aber der öffentliche Diskurs wird in dem Maße zunehmen, in dem „Burn out“ und „Bore out“ die Statistik der Krankenfehltage weiter in die Höhe schnellen lassen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass die Fehlzeiten bei psychischen Erkrankungen im Schnitt um fast das Vierfache höher liegen (fast 23 Tage) als z.B. bei der Erkrankung der Atemwege (6 Tage).⁷

Wie vehement und kontrovers um das Verständnis gerungen wird, zeigt ein Internet-Kommentar eines Unternehmers vom 20.07.2010, in dem er schrieb: „Einer meiner Mitarbeiter ist wegen drohendem Burnout 6 Wochen krank geschrieben worden. Damit sollte der Ausbruch des Burnout verhindert werden. Ich lasse mich jetzt auch auf Verdacht krank schreiben, weil ein weiterer Mitarbeiter starken Schnupfen hat und ich ja angesteckt werden könnte. Unfassbar, was da jetzt für eine Burnout-Welle auf uns zukommt. Tolle weitere Aussichten für arbeitsscheue Menschen.“⁸ Andererseits wurden wir jüngst Zeuge von der historisch einmaligen Entscheidung der France Telekom (Juli 2010), die den Suizid eines seiner Mitarbeiter als Arbeitsunfall anerkennen musste. Ein 51-Jähriger hatte sich im Sommer 2009 in seiner Wohnung in Marseille umgebracht. In seinem Abschiedsbrief nannte er die Arbeitsbedingungen bei France Telecom als Grund für den Suizid. Der Kampf um menschenwürdige Arbeitsbedingungen im Zeitalter der Informations- und Wissenstechnologien hat begonnen. Wir stehen mittendrin.

⁶ Vgl. Umfrage: Ist Burn-out noch Thema?, in: <http://derstandard.at/1277338509780/Umfrage-Ist-Burn-out-noch-Thema>

⁷ Vgl. Daniel Baumann: Total ausgebrannt, in: Berliner Zeitung 19.07.2010, S.10

⁸ Vgl. <http://derstandard.at/1277338509780/Umfrage-Ist-Burn-out-noch-Thema>

Wenn keine Arbeit krank macht...

Roland Scheil

Arbeitslosigkeit und Psyche

Die psychosozialen Folgen von Arbeitslosigkeit beschäftigen die Sozialwissenschaften bereits seit der großen Weltwirtschaftskrise 1929. „Die Arbeitslosen von Marienthal - ein soziographischer Versuch über die Wirkungen lang andauernder Arbeitslosigkeit“ (1933) ist der Titel einer Untersuchung von Jahoda, Lazarsfeld, und Zeisel zu den Folgen von Arbeitslosigkeit, die zu den Klassikern der empirischen Soziologie gehört. In der Studie wurde bei den Arbeitslosen von Marienthal (Niederösterreich) der Verlust von Erwerbsarbeit im Hinblick auf ihre psychischen Auswirkungen analysiert. Die Studie zeigte einrucksvoll die soziopsychologischen Wirkungen von Arbeitslosigkeit auf und machte deutlich, dass Langzeitarbeitslosigkeit nicht – wie oft angenommen – zu Revolte, sondern zu passiver Resignation führt. Insbesondere wird nachgezeichnet, wie sich aufgrund der Hoffnungslosigkeit durch die Arbeitslosigkeit das Zeitbudget verändert. Wenn eigentlich eine Aufgabe zu erfüllen wäre, wird sie trotzdem liegen gelassen. Es fehlt die Zeiteinteilung, das feste Raster, eine Tagesstruktur. Es kommt zum Verlust des persönlichen Selbstwertgefühls, dem Erleben individueller Handlungssohnmacht und zum Aufkommen individueller Schuldgefühle.¹

Unter dem Eindruck der Wirtschaftskrisen in den 1970er Jahren und der seit dieser Zeit neuen Kombination von Massen- und Dauerarbeitslosigkeit in den westlichen Industrieländern wandten sich insbesondere die Sozialwissenschaften wieder dem Thema zu. Um den kausalen Zusammenhang zwischen Erwerbslosigkeit und psychischer Gesundheit zu klären, setzte man nun verstärkt Längsschnittstudien ein. Seither sorgten ständig steigende Arbeitslosenzahlen in der BRD dafür, dass die Thematik Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit bis heute weiter beschäftigte. Am 16. August 2010 titelte die Berliner Zeitung: „Ohne Job öfter krank“ und nimmt Bezug auf eine aktuelle Studie des Deutschen Gewerkschaftsbundes DGB vom August 2010. In dieser wird bestätigt, dass mehr noch als Stress im Job der Verlust des Arbeitsplatzes zu psychischen Erkrankungen führt. Laut der Studie, die sich auf Krankenkassenberichte bezieht, sind Arbeitssuchende insgesamt doppelt so häufig krank und arbeitslose Männer doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie berufstätige Männer. Die Techniker Krankenkasse berichtet für die Jahre 2000 bis 2009 von einer Verdoppelung der Zeiten mit Krankheit bei Erwerbslosen aufgrund diagnostizierter psychischer Störungen. Berichte anderer Kassen sprechen gar von einer drei bis viermal so hohen Krankheitsrate wie bei Erwerbs-

¹ vgl.: Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Hirzel, Leipzig 1933. Erste Neuauflage: Allensbach 1960; als Buch erschienen im Verlag Suhrkamp, Frankfurt am Main 1975

tätigen. Daten der Gmünder Ersatzkasse zufolge gehen zehnmal so viele Krankenhaustage bei arbeitslosen Männern auf alkoholbedingte Krankheiten zurück wie bei Berufstätigen.²

Unbestritten ist nicht erst seit heute: Der Verlust von Arbeit kann zu schweren seelischen Belastungen führen, weil mit dem Wegfall von Arbeit der berufliche Status, die Zeitstruktur des Tages und der Woche, die Kontakte zu Arbeitskollegen, das Selbstwertgefühl und die Anerkennung mehr und mehr verloren gehen. Entqualifizierung (Entwertung der bisher erlangten Qualifizierung), gesellschaftlich kulturelle Isolation und Verarmung können die Folge sein. In vielen Fällen wirkt sich das auch auf die folgenden Generationen aus. Kinder von Arbeitslosen haben schlechtere Chancen psychisch und körperlich gesund aufzuwachsen als Kinder von erwerbstätigen Eltern. Michael Freese von der Universität Gießen unterscheidet vier Phasen, die Arbeitslose durchlaufen: „Die erste Reaktion auf die Kündigung sei natürlich der Schock, dann folge jedoch oft eine Phase, in der der Arbeitslose findet, dass es ihm sehr gut geht. Das sei der „Urlaubseffekt“... Wenn der vorüber sei, werde einige Monate optimistisch gesucht, wobei finanzielle Not zwingend zu einer intensiveren Suche führe. Wer dann trotz aller Bemühungen immer noch arbeitslos sei, ver falle in Resignation. Diese gipfele schließlich in Depression und Apathie“.³

Arbeitslose leiden häufig unter einem so genannten „Inkongruenzerleben“. Die Berufstätigkeit hat in Ihrem persönlichen Wertesystem nach wie vor eine ähnliche hohe Bedeutung wie bei Berufstätigen. „Etwas sein zu müssen, was man nicht sein möchte, macht auf Dauer fast zwangsläufig psychisch krank“ erklärt Rainer Richter, Präsident der Bundespsychotherapeutenkammer⁴. Der Druck, einen neuen Arbeitsplatz finden zu müssen und die damit verbundenen Rückschläge sind meist die Erklärung für psychischen Stress. „Arbeitslos zu werden, ist für viele Menschen ein Schicksalsschlag. Und je länger die Arbeitslosigkeit dauert und je geringer die Perspektiven auf einen Wiedereinstieg sind, desto belastender wird die Situation für die Betroffenen und ihre Familien“ sagt DGB Vorstandsmitglied Annelie Buntenbach.⁵

Während in ärmeren Ländern meist die materielle Not im Vordergrund steht, sind es in den Industrieländern vor allem die psychosozialen Folgen der Erwerbslosigkeit. Arbeitslosigkeit hinterlässt Narben auf der Seele. Der Sturz in die Arbeitslosigkeit kann psychische Spuren hinterlassen, die nie wieder ganz verschwinden. Richard Lucas von der University of Michigan untersuchte die Daten einer Langzeitstudie, an der mehr als 30.000 Deutsche über 15

² Berliner Zeitung vom 16. August 2010. Studie DGB vgl. *arbeitsmarkt aktuell* – DGB, Nr. 9, August 2010

³ Arbeitslosigkeit – Katastrophe auch für die Psyche. Interview mit Prof. Dr. Michel Freese, zit in: RP online am 12.07.2010

⁴ Zit in: BPTK Presseerklärung vom 23. März 2010

⁵ Interview mit Annelie Buntenbach in der Berliner Zeitung vom 16. August 2010

Jahre hinweg teilnahmen. Das Ergebnis zeigt, dass die Erfahrung von Arbeitslosigkeit die Zufriedenheit eines Menschen auf Dauer trübt. Selbst ein neuer Job führt nicht zum früheren Wohlbefinden zurück.⁶

Männer und Arbeitslosigkeit

Arbeitslosigkeit hat Einfluss auf die Lebenserwartung. Sie liegt bei Arbeitslosen im Schnitt sieben Jahre unter der von Beschäftigten. Die negativen Folgen von Arbeitslosigkeit sind bei Männern offenbar gravierender als bei Frauen. Arbeitslose Männer verbringen mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie berufstätige, bei arbeitslosen Frauen sind es 1,7 Mal so viele. Besonders krass treten die Unterschiede bei der Betrachtung der psychiatrischen Erkrankungen zu Tage. In diesem Zusammenhang suchen arbeitslose Männer acht Mal häufiger fachliche Hilfe auf als ihre erwerbstätigen Geschlechtsgenossen. Arbeitslose Frauen tun dies nur 3,6 Mal. Aufgrund ihrer höheren Erwerbsorientierung sind bei erwerbslosen Männern stärkere gesundheitliche Auswirkungen zu beobachten als bei Frauen. Frauen dagegen versuchen den Verlust ihres Arbeitsplatzes mit Haus- und Kinderarbeit zu kompensieren, selbst wenn diese traditionell nicht Ihrem Lebensziel entspricht.⁷

Der Sozialpsychologe Roy Baumeister beschreibt die spezifische Rolle des Mannes so: „Ein Mann zu sein, heißt mehr zu produzieren, als man konsumiert. Wer auf Kosten anderer lebt, ist kein Mann.“⁸ Die soziale Einbindung von Männern und Frauen ist im Allgemeinen unterschiedlich. Roy Baumeister spricht von der „Zweiphasentheorie“, wonach Männer wie Frauen gleichermaßen soziale Wesen sind, aber dies auf unterschiedliche Art und Weise. „Frauen spezialisieren sich auf die Sphäre der engen, intimen Beziehungen, Männer auf die flacheren Beziehungen innerhalb größerer Gruppen.“⁹ Für Männer hat die Einbindung in die Arbeitswelt mitunter einen höheren Stellenwert als das Familienleben. Damit einher geht der starke Wunsch nach äußerer Anerkennung. Wenn diesem über längere Zeit nicht entsprochen wird, können sich Versagensängste einstellen, die Krankheit zur Folge haben wie etwa Alkoholsucht oder Depression.

Obwohl die Psychiatricienquête in Deutschland nunmehr bereits 35 Jahre zurückliegt, werden psychische Krankheiten in der Gesellschaft noch immer tabuisiert. Psychische Störungen werden von Hausärzten oft nicht oder zu spät erkannt und besonders von betroffenen Männern häufig nicht ernst genommen. Zu oft werden sie gar als Spinnerei, Belastungs-

⁶ Vgl. Richard Lucas: unemployment alters the set point for life satisfaction in Psychological. In Science, Bd. 15, Nr. 1, Januar 2004

⁷ Vgl. Marita Vollborn, Vlad Georgescu: Brennpunkt Deutschland – warum unser Land vor einer Zeit der Revolution steht. Bergisch Gladbach 2007

⁸ Roy F. Baumeister: Wozu sind Männer gut?, in: Psychologie Heute. März 2008, S. 28

⁹ Roy F. Baumeister: a.a.O., S. 26

schwäche oder „Psychogewäsch“ abgetan. Einen Herzinfarkt kann man bekommen, über eine Depression spricht man besser nicht.

Wenn auch bisher keine genaueren Untersuchungen zu kausalen Zusammenhängen zwischen Arbeitslosigkeit und Suizid vorliegen, so scheint unzweifelhaft, dass sich der Einfluss von Arbeitslosigkeit auf die Suizidalität weitgehend indirekt auswirkt. Arbeitslosigkeit kann einen Prozess in Gang setzen, der eine suizidale Dynamik annimmt, in deren weiterem Verlauf es zur Entstehung so genannter depressiver Zirkel kommen kann. Besonders in Kombination mit einer bestehenden psychopathologischen Problematik kann das Suizidrisiko verstärkt werden¹⁰. In einer Studie des DGB wird von ca. 100.000 jährlichen Suizidversuchen ausgegangen. 90% davon gehen auf psychische Erkrankungen zurück. Davon wiederum fällt ein überproportionaler Anteil auf Arbeitslose. Tatsache ist auch, dass wesentlich mehr Männer erfolgreich Suizide begehen als Frauen.

Ein aus wissenschaftlicher Sicht bisher kaum ernsthaft untersuchtes Phänomen ist die Situation ostdeutscher Männer, die bis heute nachhaltig durch die Implosion der Arbeitswelt in der ehemaligen DDR geprägt ist. Die Stilllegung oder Privatisierung von mehr als 8000 Betrieben mit etwa vier Millionen Arbeitnehmern sowie die massenhafte Entlassung von Angestellten des Staats- und Parteiapparates und gesellschaftlicher Organisationen aus deren angestammten Arbeitsverhältnissen war in dieser Dimension historisch einmalig und hinterließ tiefgreifende Spuren in der seelischen Befindlichkeit der Menschen und insbesondere in der der Männer.

Mit dem Zusammenbruch des Staates und seiner sozialen Strukturen ging ebenso der radikale Verlust von lang vertrauten Normen einher. Der massenhafte Bruch von Biographien zeigte sich psychologisch in der Ambivalenz von Freiheit und Angst. Mehr noch als bei den Frauen sind in Folge dieser Prozesse beim „Ostmann“ soziale Bindungen massenhaft in die Brüche gegangen. Michael Geiger ist einer der wenigen Autoren, die sich mit diesem Thema bisher beschäftigt haben. Er beschreibt in seinem Aufsatz (Manuskript) „Gibt es eine seelische Verfasstheit des Mannes im Osten“? die Situation so: „Zugleich wurde der Ostmann mit seinen Fähigkeiten aber vor allem mit seinen Ansprüchen als Wettbewerber durch den Mann im Westen wahrgenommen. Ostmänner waren im Kampf um attraktive Stellungen, einflussreiche Posten und, nicht verwunderlich, auch im Kampf um das andere Geschlecht, zu eliminierende Wettbewerber. Währenddessen waren die selbstbewussten, gut ausgebildeten und anpassungsfähigen Frauen des Ostens, keine direkten Wettbewerber. Sie gelten als zuverlässig, leistungsfähig und vor allem als nicht so renitent, wie die Frauen des Westens. Ihre

¹⁰ Vgl. Benedikt G. Rogge, Thomas Kieselbach; Arbeitslosigkeit und suizidale Gefährdung, in: Prävention 02/2010, S.55

Karriere gilt als Beweis der Offenheit Ihrer Förderer, als Zierde jeglichen Systems und damit als zusätzliche psychische Demütigung des Mannes im Osten“.¹¹

Was also ist zu tun? Wie kann Arbeit geschaffen werden?

Der Zusammenhang zwischen Arbeit und psychischem Wohlbefinden ist empirisch dutzendfach nachgewiesen und wissenschaftlich unbestritten. Einerseits stellt Arbeit einen entscheidenden Teil der Lebensqualität des Menschen dar. Andererseits deutet vieles darauf hin, dass es sich bei dem Phänomen Arbeitslosigkeit um ein inhärentes und dauerhaftes Systemproblem der heutigen Industriegesellschaft handelt. Dem realistischen Betrachter scheint es deshalb mehr und mehr naiv, in erster Linie auf arbeitsmarktpolitische Programme oder gar ein „humanitäres Einschwenken“ der Wirtschaft zu hoffen. Trotz derzeit leicht sinkender Arbeitslosenzahlen ist davon auszugehen, dass auch in Zukunft die Logik privatwirtschaftlichen Handelns und die Gesetze des Marktes die grundsätzliche Entwicklung auf dem 1. Arbeitsmarkt maßgeblich bestimmen werden. Der herrschende Zeitgeist ist fiskalisch geprägt. Jedoch selbst aus dieser Sichtweise heraus bietet sich durchaus ein Handlungsansatz. Denn nachgewiesener Maßen sind ein Krankenhausaufenthalt, eine Unterbringung in der Obdachlosenhilfe oder eine sozialtherapeutische Maßnahme nach dem SGB XII oft mehrfach teurer als präventive Maßnahmen im Rahmen sinnvoller Arbeitsbeschaffung.

Sozialwissenschaftler wie Mediziner sind sich einig, dass die Einbeziehung und Teilhabe von Arbeitslosen an sozialen Zusammenhängen und gesellschaftlichen Subsystemen radikal verbessert werden muss. Maßnahmen der Gesundheitsförderung müssen die soziale Ausgrenzung von Arbeitslosen verhindern und diese in ihrer individuellen Identitätsarbeit unterstützen¹². Das bedeutet, Arbeitslose so schnell wie möglich wieder in Beschäftigung zu bringen, einer Verschlechterung ihrer psychischen Gesundheit vorzubeugen und dem anhaltenden Ausschluss von Erwerbslosen vom Arbeitsmarkt sowie dem Verlust beruflicher Kompetenzen entgegenzuwirken.

Wie kann dies geschehen? Der so genannte Identitätsansatz fordert, den Identitätsprozess eines Arbeitslosen individuell zu diagnostizieren und ihn darin zu unterstützen, sein Kongruenzempfinden zu erhöhen. Staatliche Repressionsstrategien, die auf eine Erhöhung des Bewerbungsdrucks oder auf die Kürzung finanzieller Mittel setzen, taugen hier ebenso wenig wie die Forderung nach noch größerer Konzessionsbereitschaft der Betroffenen bei der Annahme eines Arbeitsplatzes. Derartige Strategien wirken sich gesundheitlich oft eher kontraproduktiv aus. Eine genauere Betrachtung der Interventionsmaßnahmen zeigt vielmehr,

¹¹ Michael Geiger: Gibt es eine seelische Verfasstheit des Mannes im Osten. Berlin 2010, S. 5

¹² Benedikt G. Rogge, Thomas Kieselbach: Arbeitslosigkeit und suizidale Gefährdung, in: Prävention 02/2010, S.54

dass etwa Aktivitäten zur Verbesserung der Bewerbungsqualität sich bisher als sehr viel effektiver erwiesen haben als Repression oder meist teure allgemeine fachliche Qualifizierungen und befristete Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen.

Zudem müssen im Rahmen des individuellen Identitätsansatzes ebenso vorhandene soziale Netzwerke ausgenutzt und nach Möglichkeit ausgebaut werden. Freunde und Bekannte etwa haben während der Arbeitslosigkeit in bestimmtem Maße eine Auffangfunktion und können bei der Jobsuche behilflich sein. Auch eine intakte Familienatmosphäre kann viel Druck auffangen, der durch Arbeitslosigkeit verursacht wird.

Wichtiger jedoch als diese Art der „Schadensbegrenzung“ ist die Schaffung flächendeckender alternativer Arbeitsmöglichkeiten zum 1. Arbeitsmarkt. In der Praxis zeigen die geringen Vermittlungsraten, dass nur eine absolute Minderheit der schwer vermittelbaren Arbeitslosen eine realistische Chance hat, langfristig auf dem ersten oder zweiten Arbeitsmarkt Fuß zu fassen. Vermutlich kann deshalb nur ein politisches Bekenntnis und die flächendeckende Etablierung eines „dritten Arbeitsmarktes“ – getragen von der Öffentlichen Hand – dieses Problem dauerhaft lösen. Damit ist jedoch nicht die von vielen Politikern geforderte Arbeit gemeint, die „kein anderer machen will“, d.h. die Reduzierung der Arbeit auf die Beseitigung von Dreck und Hundekot in den Kommunen. Das Aufzwingen einer solchen Arbeit für eine nur geringe (und gegenüber den Tariflöhnen ungleiche) Entlohnung verstärkt naturgemäß das Gefühl der Minderwertigkeit und Ausbeutung und hat oft die „Flucht in die Krankheit“ und für die Gesellschaft damit Mehrkosten zur Folge. Arbeit allein bewirkt also wenig. Sie sollte vielmehr sinnvoll und herausfordernd sein.

Dabei „schlummert“ in den Kommunen eine Vielzahl solcher sinnstiftender Tätigkeiten z.B. in den Bereichen Infrastrukturentwicklung, Kultur, Bildung, Sport, Sicherheit etc. Diese Arbeiten liegen im Interesse der Allgemeinheit und stehen nicht in Konkurrenz zur freien Wirtschaft. Dies belegen vielfache Erfahrungen aus dem Öffentlichen Beschäftigungssektor. Den Arbeitsagenturen und Beschäftigungsträgern kommt deshalb die Aufgabe zu, möglichst genau auf den Charakter der Arbeit zu achten und nicht nur „Alibiprojekte“ zu finanzieren, die letztlich einer Wiedereingliederung eher im Wege stehen.

Abschließend soll noch auf ein besonders gravierendes Problem hingewiesen werden, welches in diesem Beitrag jedoch nicht ausführlich behandelt werden kann. Dabei geht es um die mangelnde Teilhabe am Arbeitsleben von chronisch psychisch kranken Menschen. Die Perspektivlosigkeit auf dem Arbeitsmarkt führt viele psychisch Erkrankte meist nach kurzer Zeit in die stationäre Behandlung zurück. Vielfach mangelndes Wissen über psychische

Krankheiten und mangelnde Kompetenz im Umgang mit seelisch Erkrankten bei zuständigen Behörden, Beschäftigungsträgern und Unternehmen trägt zusätzlich dazu bei, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht in Arbeit oder Zuverdienst vermittelt werden. Dabei wird oft verkannt, dass diese Menschen ebenso wie „gesunde“ Menschen über reichhaltige Ressourcen verfügen, jedoch geschützte Bedingungen für ihre Arbeit benötigen.

In der Arbeitswelt erscheint es deshalb als notwendig, eine grundsätzliche Umgestaltung bzw. Aufbesserung des Hilfesystems für psychisch kranke Menschen vorzunehmen. Dazu müssen aus meiner Sicht zunächst alle bereits vorhandenen gesetzlichen Instrumente und Strukturen genutzt bzw. ausgebaut werden, so etwa Integrationsfirmen, Zuverdienstbereiche, Maßnahmen der ambulanten medizinischen/beruflichen Rehabilitation (RPK nach SGB V) oder das Persönliche Budget im Rahmen der Eingliederungshilfe (SGB II). Eine effiziente Nutzung dieser Instrumentarien ist aus Sicht des Autors nur im Rahmen zu schaffender regionaler Netzwerke denkbar, welche alle Ressourcen der Region zusammenfassen und zugleich steuern müssen. Im Berliner Bezirk Lichtenberg steht mit dem von vielen Partnern gemeinsam entwickelten Modellprojekt „Netzwerk Arbeit und seelische Gesundheit“ nunmehr ein solches Projekt in den Startlöchern.

Fazit

Arbeitslosigkeit ist ein ökonomisches, politisches und vor allem individuelles Problem, das krank macht. Im Gegenzug kann sinnvolle und Sinn stiftende Arbeit einen wesentlichen Beitrag zum Erhalt der Gesundheit und zur Entlastung der Gesellschaft beitragen. Verantwortung tragen dabei die Gesellschaft und der Einzelne gleichermaßen, jedoch in unterschiedlicher Weise. Politik, Staat, Wirtschaft und Wohlfahrtsverbänden kommt dabei die Aufgabe zu, durch die Bereitstellung von Arbeit und gesundheitsfördernden Maßnahmen Rahmenbedingungen zu schaffen, die Männern (und Frauen) die Chance geben, an der Gesellschaft teilzuhaben.

Psychosoziale Beratung von Männern

Olaf Neumann

Einleitung

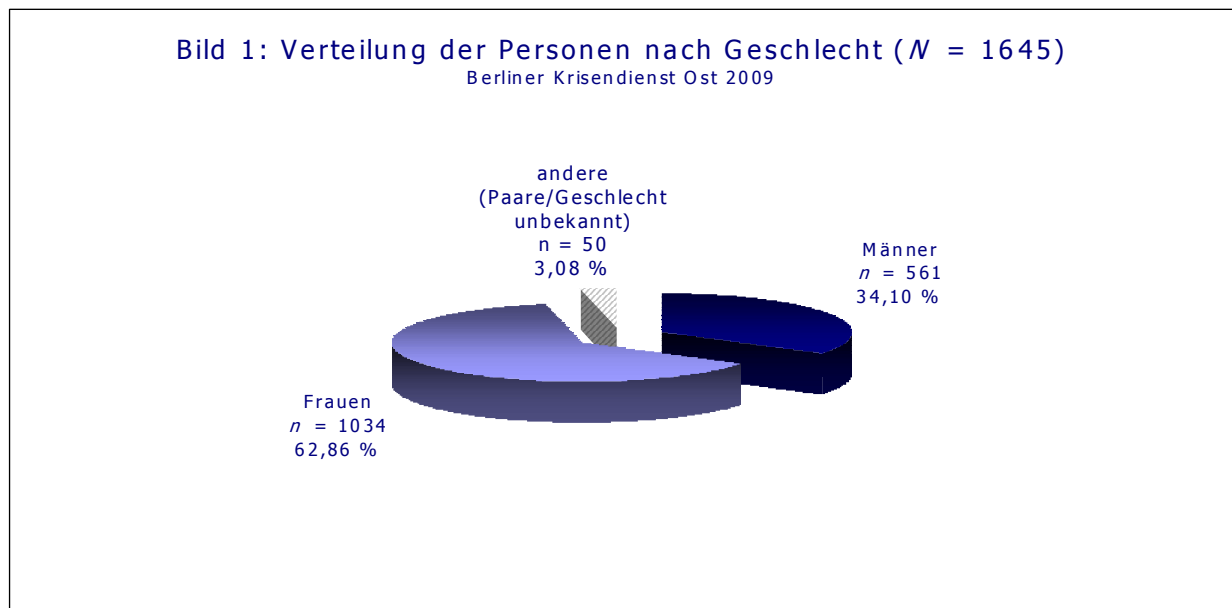
Krisenintervention steht als Angebot auf vielen Flyern von psychosozialen/sozialpsychiatrischen (Beratungs-) Diensten. Der Begriff scheint den NutzerInnen dieser Dienste signalisieren zu wollen, dass die entsprechenden Profis dieser Einrichtungen eben auch mit chaotischen und (teilweise) gefährlichen Situationen umzugehen wissen. Seltener scheint es zu sein, dass sich hinter dem Begriff ein methodisch strukturiertes Vorgehen verbirgt. Noch seltener setzt man sich von professioneller Seite dem Gedanken aus, dass der spezielle Blickwinkel der Methode „Krisenintervention“, angesiedelt zwischen Chance und Gefahr einer Entwicklung, Auswirkungen auf die Alltagspraxis psychosozialer Beratung haben könnte. Ich will in diesem Beitrag diesen Versuch wagen und dabei unseren qualitativen Entwicklungsprozess einer Öffentlichkeit darstellen. Mein Fokus wird auf der psychosozialen Beratung von Männern liegen. Mein Hintergrundkonzept ist das gemeindepsychologische Konzept des Empowerment (vgl. Neumann 2009).

Die Grundthese meines Beitrages lautet: Männer zeigen ein grundlegend anderes Kommunikationsverhalten in Beratungsprozessen als Frauen. Unter der fokussierten Betrachtung aus dem Blickwinkel der Krisenintervention bedeutet dies: Wenn eine Einrichtung Krisenintervention anbietet, müssen spezielle beraterische Vorgehensweisen konzeptionell abgesichert sein, so dass sowohl Frauen als auch Männer vom gesamten(!) Beratungsstellenangebot erreicht werden. Die Erreichung dieser Qualitäten ist als ständig offener Prozess zu betrachten und zu handhaben. Grundforderungen der Sozialpsychiatrie können unter diesem spezifischen Blickwinkel noch einmal anders betrachtet werden. Hiervon abgeleitet werden auch Forderungen an Aus- und Weiterbildung der helfenden Berufe.

Unterschiedliches Kommunikationsverhalten der Geschlechter als Ausgangspunkt

Die langjährige Forderung der Praktiker der Sozialpsychiatrie ist der Ruf nach niedrighem und unmittelbar zugänglicher Krisenintervention. So sollen existentielle Notlagen als auch die Entstehung von (psychischen) Krankheiten verhindert werden. Darüber hinaus sollen durch Krisenintervention auch chronische Krankheitsverläufe günstig beeinflusst werden. Unter diesen Maximen können verschiedenste Fokusse als Wirkfaktoren in den Blickpunkt von professionellem Alltagshandeln gelangen (vgl. Behzadi et al. 2009).

So findet man in der Praxis psychosozialer Beratungsstellen meist einen weitaus höheren Anteil an Nutzerinnen als an Nutzern. Auch für den Berliner Krisendienst Region Ost gilt dies.



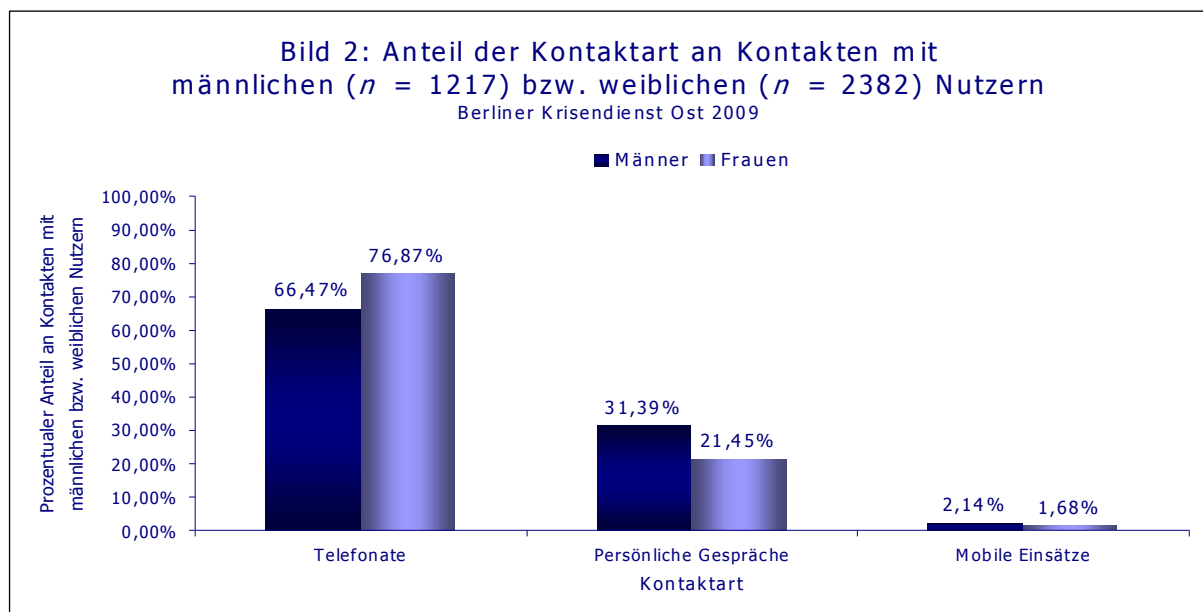
Die Zahlen sind seit Jahren stabil und zeigen wenig Veränderung. Zwei Interpretationen sind möglich: Die Frauen werden gut erreicht oder die Männer werden schlecht erreicht. Das Glas ist halb voll oder halb leer – je nach Blickwinkel des Betrachters. In der Regel wird von Forschungsseite noch ein weiterer Gesichtspunkt hinzugefügt (vgl. Bergold/Zimmermann 2003, S.21).

Dieser stellt die (defizitäre) männliche Sozialisation in den Aufmerksamkeitsfokus: Anders als Frauen haben Männer eben nicht gelernt über Probleme zu sprechen. Ich will es ein wenig überzeichnen: Der einsame Wildwestheld, dem in der heutigen krisenanfälligen Zeit eben ab und an das Pferd unterm Hintern abhanden kommt und der nun so gezwungen ist, auf den Boden der Tatsachen zurück zu kommen. Dagegen sind Frauen auf Grund ihrer (gelernten) Symptomaufmerksamkeit sehr viel schneller mit sich selbst im Kontakt und so auch eher in der Lage, sich (kommunikative) Hilfe zu organisieren. So muss die oben genannte Annahme, dass Frauen eben gut erreicht werden, differenziert werden: Es ist nicht die Leistung der Beratungsstellen, dass Frauen die Hauptnutzerinnen sind, sondern die Begründung liegt in den Nutzerinnen selbst und ihrem Kommunikationsverhalten.

Anders ausgedrückt: Die Kultur der Beratungsstelle ist kompatibel zum Kommunikationsverhalten von vorrangig Frauen. Mit Kultur meine ich hierbei Traditionen und Variationen von Handelnden, die als (un)heimliche Form den Inhalt des Handelns prägen (vgl. Soeffner, 1992, S.11f). Insofern sollten auch „Kulturunterschiede“ zwischen den Geschlechtern in die

Betrachtung psychosozialer Beratungsqualitäten mit einbezogen werden, um so Rückschlüsse auf die eigene (vorrangige) Beratungskultur ziehen zu können, die für eine weiterführende Qualitätsentwicklung Ausgangspunkt sein könnte.

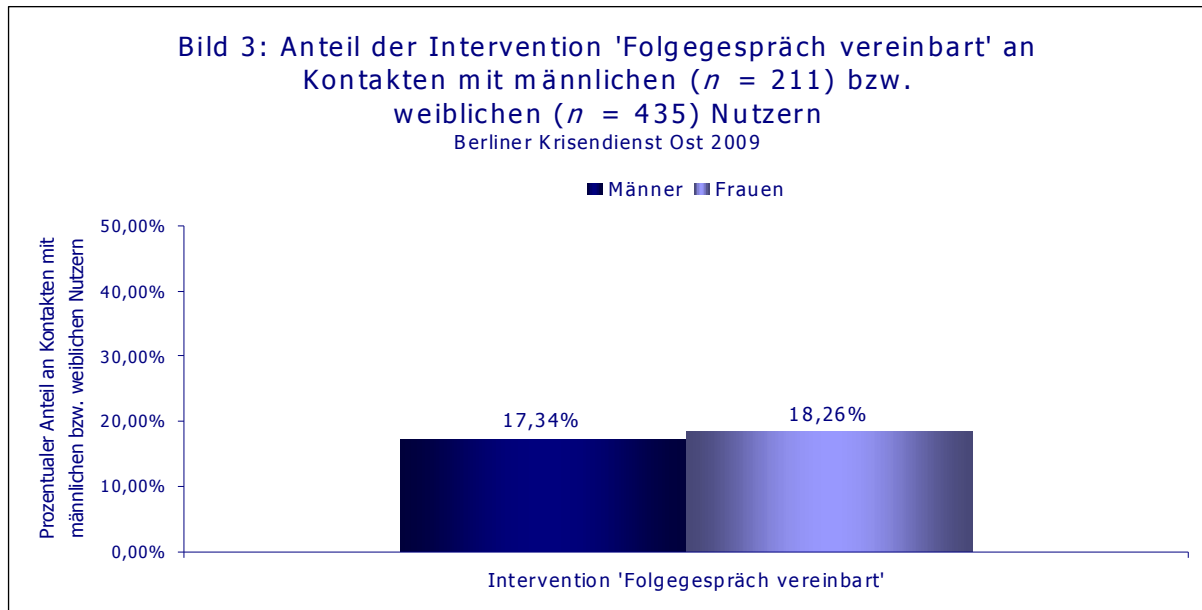
Das folgende Bild zeigt die Art der Kontaktierung im Berliner Krisendienst Ost (wieder) im Vergleich zwischen Frauen und Männern. Es ist deutlich zu sehen, dass Männer häufiger das persönliche Gespräch in der Beratungsstelle nutzen als Frauen (immer im Vergleich zur Gesamtheit der die Beratungsstelle kontaktierenden Männer bzw. Frauen).



Auch wenn die Kontaktzahlen im Laufe der Jahre schwanken: Immer liegt das Verhältnis der Männer, die zur Beratungsstelle kommen im Vergleich zu den Telefonkontakten über dem Verhältnis bei den Frauen. Es scheint also durchaus bei den Männern die Tendenz zu geben, eher das persönliche Gespräch zu suchen als es bei Frauen der Fall ist.

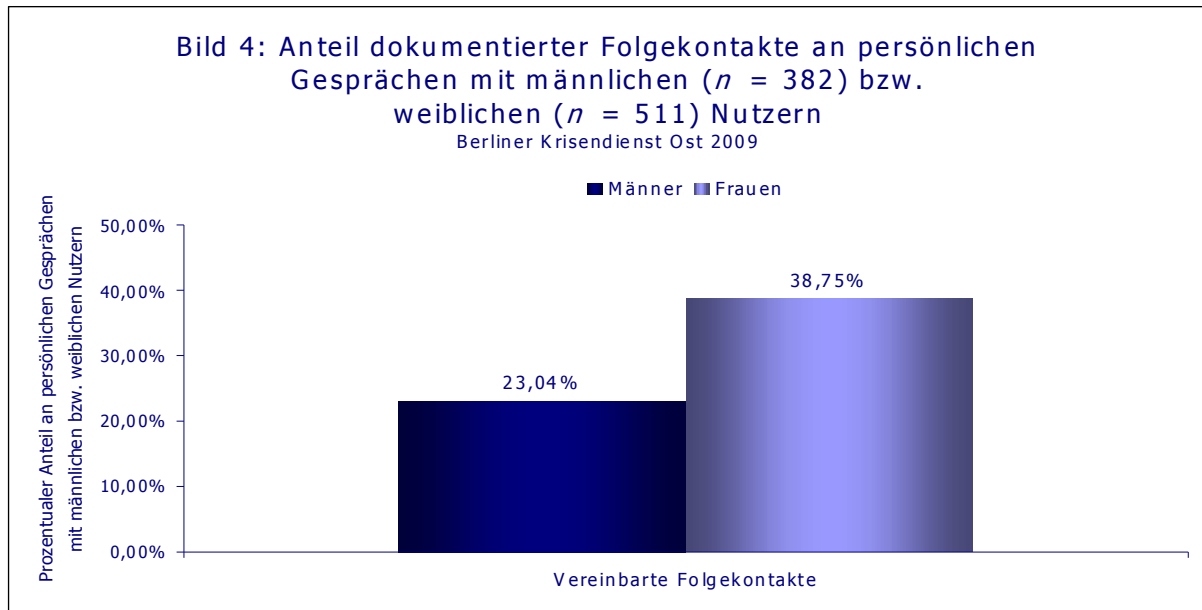
Qualitative Entwicklungen als Reaktion auf diese Analyse

Ausgehend von der Annahme, dass Krisen in der Regel nicht mit nur einem Gespräch zu lösen sind, haben wir nun weitergehend in unserer Krisenberatungsstelle untersucht, in welchem Umfang mit Männern Folgegespräche im Vergleich zu Frauen vereinbart werden. Das folgende Bild zeigt (ebenfalls für 2009) dieses Verhalten der Beraterinnen und Berater zur Initiierung einer Folgegesprächsreihe.



Die Grafik zeigt den prozentualen Anteil der mit Männern wie Frauen getätigten Vereinbarungen zu persönlichen Folgegesprächen. Die Zahl ist mit knapp einem Prozent Unterschied fast ausgeglichen. Aber das harmonische Bild trügt. Hinter ihm steckt eine qualitative Entwicklung der letzten Jahre im Berliner Krisendienst Ost. Dieses ausgeglichene Verhältnis mussten sich die Beraterinnen und Berater erst erarbeiten. Noch 2006 wurden mit Frauen 19,36% Folgegespräche vereinbart und mit Männer nur 12,38%. Die Vereinbarung mit männlicher Klientel zum (weiteren) persönlichen Kontakt hat sich also der Vereinbarung mit den Frauen in den letzten Jahren angeglichen. Aus unserer Sicht ist diese positive Entwicklung eine Auswirkung der systematischen Qualitätsentwicklung unseres Dienstes, der die Personalentwicklung mit einschließt.

Nun sagen diese Zahlen ja nichts über die eigentliche Kontaktqualität der Beraterinnen und Berater aus, sondern lediglich darüber, dass in ihrem Aufmerksamkeitsfokus das weiterführende persönliche Kontaktangebot gestiegen ist. Fortführend wäre nun zu fragen: Wie gelingt es, Männer tatsächlich einzubinden? Da sie das Telefon sowieso weniger nutzen (s.o.), ist ja genau dies die spannendere Frage.



Das Bild zeigt deutlich: Mit Männern werden ähnlich viele Folgegespräche vereinbart wie mit Frauen (Bild 3), aber sie nutzen dieses Angebot weniger (Bild 4). Die o.g. Metapher des Westernhelden fortgeführt: Vom Pferd gefallen steigen sie eben schnell wieder auf und reiten einsam(!) ihres Weges. Sie bemerken gar nicht, dass das Pferd eine Schindmähre ist und eigentlich nicht mehr geritten werden kann. Das literarische Bild des (leicht) verwirrten Don Quichote fokussiert noch mal anders: Der Held, der in seinem Heldendasein nichts mehr mitbekommt und als „Überbleibsel“ einer alten Gesellschaft erhalten muss. Der Ritter (=eine andere Art des Westernheldes), der eben keinen Platz mehr in der „neuen“ – auf Kommunikation aufbauenden – Gesellschaft findet.

Aber etwas stimmt nicht an dem Bild des gestrauchelten Helden, der das Gehen (wieder) lernen muss. Ist das wirklich nur eine Sache der männlichen Klienten? In der Tat können wir deutliche qualitative Verbesserungen durch unsere auf einem zertifizierten Managementsystem fußende Personalentwicklung vorweisen (s.o.), aber die folgenden qualitativen Anmerkungen sollen den eigenen (beraterischen) Entwicklungsbedarf umreißen, sowie den Blick über den Tellerrand heben.

Entwicklungsbedarf auf Seiten der BeraterInnen

Wenn wir als psychosoziale Beraterinnen und Berater das andere Kommunikationsverhalten von Männern im Blick haben, dann muss uns klar werden, dass Männer vielleicht andere Formen des Umgangs benötigen als uns durch unsere beraterische Ausbildung zur Verfügung stehen. Damit meine ich nicht, dass professionelle Helfer sich nun alle mit ihrer männlichen Klientel verbrüdern und die Beratung am Imbiss um die Ecke führen sollten. Aber vielleicht müssen BeraterInnen von ihrem eigenen hohen Ross herunter steigen, von dem aus

man immer behaupten kann, dass das Gegenüber zunächst einmal diese oder jene Voraussetzung mitbringen muss, damit er diese oder jene „Leistung“ erhält. Wer sitzt hier eigentlich auf welchem Ross, ist zu fragen. Oder (wie die Empowermenttheorie es ausdrückt), der Sockel des Experten muss angegriffen werden, damit überhaupt etwas geschehen kann. Dabei warne ich vor Schnellschusslösungen:

Die beraterische Erfahrung, dass Frauen lieber das Gespräch mit ihren Geschlechtsgenossen in der Beratung suchen, legt den Umkehrschluss nahe, dass Männer an die männlichen Berater verwiesen werden sollten. Aber dies stellt lediglich eine Übertragung weiblicher Kontaktspezifika dar - eine Art pädagogischer (Vor)Überlegung, die die Männer nicht dort abholt, wo sie sind. Meine Behauptung ist: Es gibt etwas zu lernen - sowohl für Berater als auch für Beraterinnen.

Pfade des (Weiter)Denkens

Nun möchte ich mich hier nicht in Sackleinen hüllen und die Schuldfrage einfach nur selbstkasteiisch in Richtung professionelle Helfer stellen. Das ist nicht gemeint, sondern ich möchte auf einige Aspekte hinweisen, die ich aus der Praxis des Krisendienstes auf der qualitativen Ebene in der Beantwortung des Problems männlichen Kontaktverhaltens unter dem Fokus der Krisenintervention erlebe. Dabei bleiben meine Ausführungen auf Grund des begrenzten Artikelumfanges schemenhaft und pointiert. Sie sollen Denkanstöße geben - nicht mehr und nicht weniger.

Die soziale Dimension von Beratung

Männer kommen häufig mit sozialen Problemen. Sie haben Probleme mit dem Jobcenter, Schulden, die Ausgaben wachsen ihnen über den Kopf etc.. BeraterInnen gehen häufig auf die psychische Seite des Problems ein, wohl wissend, dass natürlich das Gegenüber in seiner emotionalen Verfasstheit ein Teil des Problems ist. Aber wenn sie es zu schnell tun und wenn sie es so tun, dass man(n) erst einmal Gefühle ausdrücken lernen muss, bevor es im Gespräch weiter geht, dann erzeugen sie Angst und Abwehr (und damit in der Regel die Beendigung der Gesprächsreihe). In den letzten Jahren nach den Hartz-IV-Reformen sind in unserem Krisendienst immer mehr basale sozialarbeiterische Themen gefragt. Was kriege ich wo, was ist mein Anspruch, wer kann mir bei der Durchsetzung helfen? Die Krisenintervention hat schon immer einen multiprofessionellen Ansatz verfolgt, weil die Erfahrung der Praxis diejenige ist, dass man (auch bei langjähriger Berufserfahrung) alleine gar nicht soviel wissen kann, wie es zu beachten gilt.

Dem Berufsstand der Sozialarbeiter kommt gerade auf Grund der sozialen Dimension der vorgetragenen „männlichen“ Probleme eine wichtige Rolle zu. Die Forderung der sozialpsychiatrischen Methode „Krisenintervention“ ist die Forderung nach multiprofessionellem Handeln und zwar nicht hierarchisch sondern auf Augenhöhe zwischen den professionellen Helfern. Wir sind im Krisendienst dazu übergegangen, Klienten mit komplexen Problemlagen auch mit mehreren BeraterInnen häufig aus verschiedenen Ausbildungshintergründen zu begleiten. Eine Anregung, die ich nicht auf den Krisendienst beschränkt lassen möchte.

Die „andere“ psychische Verfasstheit von Männern

Dieses multiprofessionelle Vorgehen auf Augenhöhe hilft uns auch eine andere sozialpsychiatrische Forderung umzusetzen, nämlich Krisen solange wie möglich offen zu halten (vgl. Dörner/Plog, S. 335). In diesem Offenhalten (dass auch eine beraterische Offenheit für ungewöhnliche Wendungen von Seiten des Klienten einschließt) tritt häufig bereits im Erstkontakt mit Männern Ungewöhnliches zu Tage: Soziale Probleme werden von männlicher Seite oftmals fordernd, manchmal geradezu unverschämt vorgetragen. Ohne das Bild des Westernhelden überstrapazieren zu wollen: Das Pferd unterm Hintern verlustig gegangen, angewiesen auf die eigenen zwei Beine, wird da von männlicher Seite erst einmal noch ein bisschen „herumgeballert“, vielleicht auch um abzulenken von der ohnehin verfahrenen Situation, ehe man(n) sich dann (endlich?) in Bewegung setzt. Hat der Berater der Versuchung widerstanden, die reine Sachebene „abzuarbeiten“ (s.o.), setzt meist spätestens hier seine Abwehr ein.

Dabei geht es mir gerade nicht darum, ein Ertragen der aggressiv gefärbten männlichen Selbstpräsentation(en) zu propagieren, sondern es als professionelle Aufgabe zu erkennen, diese in konstruktive Bahnen umzuleiten. Warum ich hier insbesondere die Aggression in den Aufmerksamkeitsfokus hole, ist der Tatsache geschuldet, dass immer noch wesentlich mehr Männer erfolgreich Suizide begehen als Frauen. Der Suizid ist aus Sicht der Krisenintervention eine gegen die Person gerichtete Aggression (vgl. u.a. Bronisch et al., S. 115 ff). Da Krisenintervention immer auch den Bereich der Gefahr im Auge haben muss, sollten wir Aggressionen in der beraterischen Praxis nicht aus dem Auge verlieren und sie mit Behutsamkeit und Kreativität in die konstruktive Lösungssuche einbeziehen. Eine tiefer gehende Ursachenforschung bleibt jedoch einer (möglichen) Psychotherapie vorbehalten.

Ableitungen für die beraterische Praxis

Aggressionen (und deren vielfältige reflexive und konstruktive Bearbeitung) sollten in einem Dienst, der Krisenintervention anbietet, nicht ausgeschlossen werden. Nur Probleme lösen zu wollen, kann (wie ich gezeigt habe) auch das Unzulänglichkeitsgefühl des Klienten beför-

dern und sollte deshalb nie ohne Reflexion und Einbeziehung der emotionalen Seite des Geschehens erfolgen. Beratung von Männern ist an sich nicht problematischer als Beratung von Frauen, aber das männliche Kommunikationsverhalten (Verführung zum Problemlösen auf Sachebene mit Neigung zu schneller Beendigung einer Gesprächsreihe) verlangt eine bestimmte fokussierte Aufmerksamkeit und Behutsamkeit der BeraterInnen. Das multiprofessionelle Arbeiten (als background) ist dabei ein nicht zu unterschätzender qualitativ wirksamer Faktor. In der (Beratungs)Ausbildung (insbesondere auch von Sozialarbeitern!) sollte die Förderung von Teamfähigkeit und Selbstreflexion, die die emotionale Seite mit einschließt, explizit Eingang in entsprechende Curricula finden. Ich denke, dass beide Seiten, die soziale wie die psychische Dimension, gleichgewichtig behandelt werden sollten. Zeit (auch für ungewöhnliche Wendungen) im Umgang mit Männern scheint im Beratungsprozess unser bester Freund zu sein.

Literatur

Behzadi, A.; Neumann, O.; Skerka, F. (2009): 10 Jahre Berliner Krisendienst. Imagebroschüre der Berliner Krisendienst GbR (Hg.) unter: http://berliner-krisendienst.de/images/10ybkd/10JBKD/10Jahre_BKD_Broschuere.pdf

Bergold, J.; Zimmermann, R.-B. (2003): Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung des Berliner Krisendienstes. Band 2. Unter: www.krisendienstforschung.de

Dörner, K.; Plog, U. (1996): Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Bonn: Psychiatrie Verlag.

Bronisch T.; Götze, P.; Schmidtke, A.; Wolfersdorf, M. (2002): Suizidalität. Ursachen - Warnsignals - therapeutische Ansätze. Stuttgart: Schattauer.

Neumann, O. (2009): Chemie der Beziehung. Empowerment in der Praxis sozialpsychiatrischer Krisenintervention. Bonn: Psychiatrieverlag.

Soeffner, H.-G. (1992): Die Ordnung der Rituale. Die Auslegung des Alltags. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft.

Bei Alkoholabhängigkeit sind die Männer Spitze!

Dagmar Heidt-Müller

Männer...

sind stärker, größer und schwerer als Frauen – meistens, können mehr aushalten und vertragen als Frauen – meistens, vertragen auch mehr Alkohol als Frauen – meistens.

Deutsche Männer...

waren beim Konsum von Alkohol jahrelang „Weltmeister“ in der noch kleineren EU. In der erweiterten EU gehören sie auch jetzt noch zu den Spitzenreitern – nach Luxemburg, Irland, Ungarn und Tschechien und müssen besonders häufig auf Grund des Alkoholkonsums stationär behandelt werden – in Berlin und in ganz Deutschland¹.

Wo trinken Männer?

Deutsche Männer trinken zu Hause, in Kneipen, in Vereinen, bei Schützenfesten, Fußballfesten, bei der Arbeit und an vielen anderen Orten – auch im Auto.

Wie trinken Männer?

Sie trinken alleine oder gesellig bis gemütlich, sie trinken aber auch andere „unter den Tisch“. Das männliche „Kampftrinken“ macht die Runde. Junge Männer, Jugendliche, widmen sich inzwischen ebenfalls dem „Kampftrinken“. Zitat: *„Das Ziel der Kampfrunde ist, dass 90% der Leute unter dem Tisch liegen und einer sich dann durch besondere Trinkfestigkeit heraushebt. Allerdings ist es meist der Fall, dass alle gleich viel vertragen, dann liegen zum Schluss alle unter dem Tisch“* (Zitat Florian, 16 Jahre)². – Die alkoholbedingten Krankenhausaufnahmen Jugendlicher und Kinder steigen daher ständig an.

Warum trinken die Männer?

Alkohol ist in der deutschen Gesellschaft ständig in Griffnähe. Hat Mann ins Kino kein Bier mitgebracht, dann sieht er stattdessen die Werbung auf der Leinwand. Dann kann er sich an der Kasse noch eine Flasche holen. Oft wendet sich die Werbung auch unverhohlen an Männer. Hat Mann dann viel auszuhalten, greift er oft zum Alkohol. Das so genannte „Entlastungstrinken“ ist weit verbreitet. Alkohol ist als wirksames Mittel bei Stress, Ärger, Wut und Depressionen bekannt. Mann schaltet ab. Mann vergisst. Mann wird euphorisch. Mann spült die Wut hinunter. Schon Wilhelm Busch wusste: *„Wer Sorgen hat, hat auch Likör.“* So kann

¹ Wegen ICD 10 Nr. F10, Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol

² Trockenpresse 3/2005

der Alkohol zu einem schönen Psychopharmakon werden, zu einem zunächst angenehmen und harmlosen Begleiter des Alltags. Warum sollte Mann also nicht trinken?

Wo besorgt Mann sich den Alkohol?

Nicht aus der Apotheke kommt das Mittel, sondern aus dem Supermarkt – ein großer „Vorteil“ des Alkohols. Während viele Frauen bei Stress jedweder Art eher ihren Arzt aufsuchen und gelegentlich von den verordneten Medikamenten abhängig werden, holt sich der Mann das Bier um die Ecke: „Selbst ist der Mann“.

So geht das oft viele Jahre...und dann?

Mann besorgt sich den Alkohol am bevorzugten Ort, trinkt ihn im bevorzugten Umkreis und dabei geht es ihm mit Alkohol oft besser als ohne. Wie alle Psychopharmaka, hat aber auch der Alkohol Haupt- und Nebenwirkungen. Eine besondere Nebenwirkung ist, dass Mann alkoholunverträglich werden kann. Was ist damit gemeint? Für Alkoholunverträglichkeit gibt es noch andere Namen: Alkoholismus, Alkoholkrankheit, Alkoholabhängigkeit oder Alkoholsucht. Der zuvor Gesunde verliert gegenüber dem Alkohol überraschend die Kontrolle. 20 Jahre konnte er gepflegt sein Bier trinken, es ansetzen, es absetzen. 20 Jahre gab es kein Problem. Dann treten auf einmal beim Absetzen Schwierigkeiten auf. Entzugssymptome stellen sich ein. Hört er mit dem Alkohol auf, fängt die Schlaflosigkeit an.

Hinzu kommen Schwitzen, Hände zittern, Herzjagen. Auch Halluzinationen und Krampfanfälle können auftreten, lebensbedrohliche Komplikationen. Eine andere Möglichkeit ist der Verlust der Kontrolle über die Trinkmenge. Einmal angefangen, kann Mann dann nicht mehr aufhören, in kurzer Zeit werden Riesenmengen vertilgt. Aus der nun entstandenen Alkoholabhängigkeit resultieren weitere Probleme. Weil der Betroffene nicht mehr aufhören kann, gehen Beziehungen verloren und Arbeitsbeziehungen werden beendet. Gewalttätigkeit und Verkehrsunfälle kommen hinzu. Der Alkohol beherrscht das Leben. Aus dem starken Trinker wird ein schwacher Abhängiger, einer der Niederlagen kassieren muss, auch gesundheitliche. Wegen schwerer gesundheitlicher Schäden kommt es schließlich zu Krankenhausaufenthalten. Leber, Bauchspeicheldrüse und das Nervensystem sind geschädigt. Delirien, Krampfanfälle und Leberzirrhosen müssen stationär behandelt werden. In der Folge kommt es zu einer hohen Anzahl von Todesfällen. In Deutschland sind es schätzungsweise 42.000 Menschen im Jahr. In Kombination mit Tabak sollen es 74.000 sein.

Das Ausmaß des Problems wird oft unterschätzt.

Im öffentlichen Bewusstsein werden die Folgen des Alkoholkonsums meist unterschätzt. Wer hätte gedacht, dass Alkohol das häufigste Suchtmittel ist? Wer hätte gedacht, dass

„seit mehreren Jahren in Berlin und nunmehr auch seit zwei Jahren in Deutschland bei den Männern Alkoholabhängigkeit der häufigste Grund eines Krankenhausaufenthaltes ist“³? Wer sich in den 90er Jahren in den stationären Therapieeinrichtungen nach Frauen umsah, fand sie tatsächlich nur als Randerscheinung vor. Mit geringen Abweichungen ist das so geblieben. Bis heute ist der Großteil der Patienten noch männlich. In punkto Alkohol sind die Männer also noch immer das schwache Geschlecht.

In Mecklenburg-Vorpommern wurden auf Grund des Alkoholkonsums⁴ in den Jahren 2003-2004 auf 100.000 Einwohner insgesamt 882 Männer im Krankenhaus behandelt – gegenüber 182 Frauen. In Berlin wurden im gleichen Zeitraum auf je 100.000 Einwohner 576 Männer stationär behandelt und 166 Frauen.⁵ Die neuen vorläufigen Berliner Zahlen⁶ ergeben zwar eine leicht steigende Anzahl von Frauen, aber in 2008 wurden noch immer 8.804 Männer gegenüber 3.012 Frauen stationär behandelt. Weniger bekannt ist, dass auch die großen Abstinenzverbände in Deutschland eine Statistik erstellt haben. Sie lässt sich unter www.kreuzbund.de aufrufen. In 2006 waren unter den Gruppenteilnehmern (nur Betroffene) der Abstinenzverbände 68% Männer und 23% Frauen. Bei den Angehörigen fanden sich folglich 76,8% Frauen und 23,3% Männer (interessierte, nicht betroffene Gäste sind hier ausgeklammert). Bei den Krankenhausstatistiken ist im Übrigen zu berücksichtigen, dass teilweise andere Diagnosen an die erste Stelle gesetzt werden, z.B. Depressionen oder Bauchspeicheldrüsenentzündungen. Damit geht dieser Teil der Alkoholiker nicht in die Statistik ein. Hinzu kommen die stationären oder ambulanten Entwöhnungen / Rehabilitationen – überwiegend zu Lasten der Rentenversicherungen, die hier nicht aufgeführt werden.

Alkoholabhängigkeit gehört nicht zu den „Vorzeigekrankheiten“ ...

Daher gibt es oft Probleme mit der Behandlungsmotivation. Scham- und Schuldgefühle führen zur langjährigen Verleugnung des Problems. Über den Bruch des Schienbeins wird berichtet, über die Alkoholprobleme geschwiegen. Wird der Betroffene angesprochen, neigt er oft zum Schwindeln. Hilfen werden also eher später als früher gesucht. Mann hält durch. Deswegen ist die offene Ansprache durch Arbeitgeber, Mitarbeiter und Angehörige ein wichtiges Mittel, den Alkoholabhängigen ins Hilfesystem zu bringen. Wenn der Betroffene dann schließlich dem Arzt „beichtet“, kommt es häufig zu weiteren Schwierigkeiten. Viele Ärzte wissen wenig über Alkoholabhängigkeit. Folge: Die Überweisung an Alkoholikerberatungsstellen bleibt oft aus. Nach wie vor ist die Vermittlungsquote niedergelassener Ärzte an die

³ Bericht Anita Kis und Dr. Sabine Herrmann in Krankenhausbehandlungen bei ausgewählten alkoholbedingten Krankheiten in Berlin 1994-2005 in *Trockenpresse* 2/07

⁴ Bericht Anita Kis und Dr. Sabine Herrmann in *Trockenpresse* 2/07

⁵ Datenquelle StBA / KHStatV-Teil II: Diagnosen / Berechnung: SenGesUmV-1A-

⁶ Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg, KH Stat V. Teil II/ Berechnung und Darstellung: SenGes UmV – IA- /vorläufige Angaben

Alkoholikerberatungsstellen zu gering. Nehmen wir hier aber an, dass der Betroffene ins richtige Hilfesystem gelangt.

Was ist das „richtige“ Hilfesystem?

Dazu gehören gut informierte, niedergelassene Ärzte, spezialisierte Entzugsstationen, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Rehabilitationseinrichtungen, komplementäre Einrichtungen wie Betreutes Wohnen und Beschäftigungstagesstätten für chronisch mehrfach geschädigte Patienten (CMA) und die Selbsthilfe.

Kommt Mann dort an, ist sehr viel gewonnen, denn Alkoholabhängigkeit ist eine Erkrankung, die sehr gut zum Stillstand gebracht werden kann. Wird der Betroffene gut beraten und informiert, kann er sich Kompetenzen zur Beherrschung seines Krankheitsbildes erwerben. Mit Hilfe der Beratungsstellen kann eine stationäre, teilstationäre oder ambulante Rehabilitation beim zuständigen Kostenträger beantragt werden (Kostenträger sind überwiegend die Rentenversicherungen). Ein Teil der Alkoholabhängigen kann auch ausschließlich mit Hilfe von Selbsthilfegruppen abstinent werden. Ist der Betroffene zuerst auf einer spezialisierten Entzugsstation gelandet, kann er auch von dort aus ambulante oder stationäre Rehabilitationen beantragen. Einmal im zuständigen Hilfesystem angekommen, hat er gute Chancen auf eine Bewältigung des Problems.

Der Vorteil: Nach dem Erwerb von Kenntnissen in der Therapie und bei regelmäßigem Aufsuchen von Selbsthilfegruppen, ist Mann wieder „Herr im eigenen Haus“. Er braucht keine Ärzte mehr. Er bleibt abstinent. Abstinenz ist das einzige Mittel gegenüber dem Wiederaufblühen des Alkoholismus; die Alkoholabhängigkeit erlaubt nämlich keine Wiederaufnahme eines dosierten Trinkens. Darum muss sich der Betroffene dauerhaft um die Einhaltung der „Nulldiät“ in punkto Alkohol bemühen. Ein wesentlicher Teil erfolgreicher Arbeit des Betroffenen besteht im „Sprechen lernen“. Hat Mann vorher nach dem Motto „ein Indianer kennt keinen Schmerz“ gelebt, ist er nun darauf angewiesen, Schmerzen (psychische) und andere Gefühle kennen zu lernen. Wer Gefühle registrieren kann, ist auch in der Lage, riskante, rückfallträchtige Situationen besser einzuschätzen und zu umgehen. Sprechen hilft – auch der Erfolg der Selbsthilfegruppen lebt vom Gespräch, vom Austausch, vom Aufdecken der Rückfallrisiken.

Wie gut ist das Hilfesystem?

Immer wieder wird hervorgehoben, dass Deutschland ein gut ausgestattetes Hilfesystem für Alkoholabhängige hat. Das trifft auf die stationäre Rehabilitation auch zu. Die Rehabilitationskliniken werden von den Rentenversicherungen in der Regel gründlich auf ihre Qualität

hin kontrolliert. Auch sind die Abstinenzverbände und Selbsthilfegruppen nicht zu unterschätzen. Sie sind meist sehr engagiert, qualifiziert und leicht erreichbar.

Andere „Bausteine“ des Hilfesystems sind aber häufig defizitär ausgestattet. Alkoholikerberatungsstellen leiden oft unter Finanzierungsproblemen, d.h. unter Personalmangel. Ein Fehler, denn die ambulanten Hilfen sind wirksam und kosten nicht viel. Die Krankenhäuser halten wiederum nicht immer qualifizierte Entzugsstationen vor. Auch leiden sie häufig auf Grund von Finanzierungsproblemen unter Personalmangel⁷. Zudem ist vielfach die Aufenthaltsdauer zu kurz. Das sind ebenfalls Fehler, denn die zwangsläufig resultierenden Rückfälle/Wiederaufnahmen kosten den Betroffenen die Gesundheit und den Krankenversicherungen das Geld.

Was passiert im Hilfesystem?

Abgesehen von ihren jeweiligen Kernaufgaben, haben alle Teilnehmer des Hilfesystems ständig und unermüdlich Informations- und Motivationsarbeit zu leisten. Eine weitere unverzichtbare Aufgabe aller Teilnehmer ist die gute Vernetzung untereinander. Ziel muss die professionelle, indikationsgeleitete Überweisung an die richtigen Institutionen sein. Indikationsgeleitet bedeutet, dass versucht wird, für jeden Patienten die richtige Hilfe zu suchen. In der Regel wird die Rehabilitationsklinik von Beratungsstellen und stationären Entzugsstationen beschickt und überweist nach Ende der Therapie zur Nachsorge an die Beratungsstellen. Die Beratungsstellen überweisen aber auch an die stationären Entzugsstationen und an die Selbsthilfe. Umgekehrt müssen die Entzugsstationen an die Beratungsstellen, stationäre und ambulante Rehabilitationseinrichtungen, die Selbsthilfe und die komplementären Einrichtungen überweisen. Entscheidend für die Qualität des Systems ist nicht nur die hinreichende Ausstattung mit qualifiziertem Personal, sondern auch die Höhe der Vermittlungsquote. Im Übrigen kann auch die alleinige qualifizierte Überweisung an die Selbsthilfe erfolgreich sein, was leicht übersehen wird! Hier und in allen anderen Fällen muss der Vermittler in der Lage sein, den Bedarf des Patienten einzuschätzen.

Kontrolle des Hilfesystems

Der Verbesserung des Hilfesystems muss ständig nachgegangen werden. Das kann in Berlin am besten innerhalb der Bezirke geschehen: Wird im stationären und ambulanten Bereich hinreichend Personal vorgehalten, um zu vermeiden, dass ständig Rückfälle produziert werden? Wie sieht die Überweisungsquote der Entzugsstationen an Rehabilitationseinrichtungen an Beratungsstellen, komplementäre Einrichtungen, Selbsthilfe und stationäre Rehabili-

⁷ Die Psych PV wird nicht eingehalten

tationseinrichtungen aus? Wie sieht die Überweisungsquote der Beratungsstellen an die Selbsthilfe aus? Diese Fragen sollen andeuten, dass es Verbesserungspotential gibt.

Zur Prävention

Ein kurzes Wort noch zur Prävention. Todesfälle infolge von Alkoholabhängigkeit gehören im Jargon der Statistiker zu den „vermeidbaren“ Todesfällen. Also handelt es sich auch um eine vermeidbare Erkrankung. Wie bei manchen anderen Krankheiten auch, ist es daher wichtig, auf die Vorboten zu achten. Beispiele, Warnsignale können sein: Haben die Eltern ein Alkoholproblem? Beginnt Mann schon als Jugendlicher zu trinken? Verträgt Mann mehr als andere? Trinkt Mann allmählich häufiger und immer mehr? Allerdings können diese und andere Vorboten dann in ihrer Bedeutung nicht erkannt werden, wenn Mann über die Krankheit nichts weiß. Es ist daher schwer nachvollziehbar, dass es an den Schulen Biologieunterricht und Botanik gibt, aber kein Fach, das sich mit verhaltensbedingten Krankheiten beschäftigt. Ein Unterricht, der sich mit dieser und anderen Volkskrankheiten beschäftigt, böte aber die Möglichkeit, sich frühzeitig mit den Risiken zu beschäftigen. Das wäre weitaus besser als die Durchführung von allgemeinen Kampagnen, die häufig bei den Jugendlichen nicht ankommen.

Empfehlungen...

ergeben sich teilweise schon aus dem Text. Als Ergänzung wird vorgeschlagen, die niedergelassenen Ärzte ständig mit den Adressen von Anlaufstellen zu versorgen. Diese sollten auch in den Praxen ausliegen. Die Suchtfortbildung der Berliner Ärztekammer sollte ebenfalls fortlaufend an die niedergelassenen Ärzte vermittelt werden. Die Schulen sollten die Möglichkeit nutzen, Probleme der Schüler mit trinkenden Eltern beziehungsweise Alkoholkonsum der Schüler mit den Beratungsstellen oder Kliniken zu besprechen. Dazu benötigt man Informationsmaterial (Flyer), Sprechzeiten und Personal. Die Bezirke sollten – in Zusammenarbeit mit SenGuV – stets die Kooperation der Träger untereinander überprüfen.

Allgemein kann man davon ausgehen, dass eine hinreichende Ausstattung des Hilfesystems Kosten einsparen wird. Nebenbei bemerkt, gehört auch die Verknüpfung von Fußballveranstaltungen mit Bierwerbung auf den Prüfstand der Politiker.

Männer und ihr Rauchverhalten

Silke Feller

Rauchen – Risikofaktor Nummer 1

Das Rauchen von Tabak stellt die wohl am weitesten verbreitete Suchterkrankung weltweit dar und hat sich bis heute zu der häufigsten vermeidbaren Todesursache in den Industrieländern entwickelt.¹ Allein in Deutschland versterben jedes Jahr zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an den Folgen von Erkrankungen, die mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen.² Dieses Ausmaß resultiert daher, dass Tabak als legale Droge jederzeit zugänglich ist und als „Alltagsdroge“ lange Zeit gesellschaftlich akzeptiert war. Erst seitdem Mitte des 20. Jahrhunderts die gesundheitsschädigenden Folgen des Rauchens sowie des Passivrauchens wissenschaftlich belegt wurden, wird das Thema öffentlich verstärkt wahrgenommen und diskutiert. Ein Grund für die späte Entdeckung des schädigenden Potentials von Tabakkonsum liegt dabei wahrscheinlich an den wenigen akuten Nebenwirkungen und dem Ausbleiben eines eindeutigen Rauschzustandes, wie er beispielsweise für Alkohol typisch ist.

Inzwischen haben über 70.000 Studien epidemiologische Zusammenhänge zwischen Rauchen und den verschiedensten Erkrankungen untersucht³ und Assoziationen mit zahlreichen Folgeerkrankungen nachweisen können, unter welchen sich insbesondere die heute typischen Zivilisationskrankheiten finden. Dazu gehören vor allem Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, Arteriosklerose, Schlaganfälle, chronische Bronchitis, Lungenemphysem und bösartige Neubildungen in den verschiedensten Organen. Zu diesen durch Rauchen hervorgerufenen Krebserkrankungen zählen in erster Linie Lungen-, Kehlkopf-, Speiseröhren-, Pankreas-, Harnblasen- und Nierentumore.^{4,5} Zudem kann das Rauchen zu Veränderungen des Erbgutes führen, die körpereigenen Abwehrkräfte schwächen und das Fortschreiten bestehender Leiden beschleunigen.

Bei diesen Risikobetrachtungen bezüglich des Tabakrauchens bleibt jedoch oft unbeachtet, dass auch schon ein gelegentlicher Konsum zu einer gesundheitlichen Schädigung führen kann, ohne dass die Diagnosekriterien für eine Abhängigkeit erfüllt sind. Es gibt also beim Rauchen keine tolerierbare Höchstgrenze, wie dies zum Beispiel beim Genuss von Alkohol der Fall ist. Jedoch steigt mit einem erhöhten Tabakkonsum auch die Wahrscheinlichkeit schwerer Folgeerkrankungen um ein Vielfaches. Gemeinsam mit den ebenfalls legalen Substanzgruppen Alkohol und Medikamente hat der Tabak damit unter allen psychotropen Substanzen die größte Bedeutung für die Gesundheit der Bevölkerung. Ein oft auftretender

gleichzeitiger Konsum, wie zum Beispiel im Fall von Tabak und Alkohol, kann die gesundheitlichen Risiken zusätzlich steigern.

Rauchverhalten von Männern

Nach Daten des Epidemiologischen Suchtsurveys aus dem Jahre 2006 rauchten in Deutschland etwa ein Drittel der Bevölkerung im Alter zwischen 18 und 64 Jahren: Männer mit 36 % häufiger als Frauen mit 28 %.⁶ Neben der höheren Zahl an Rauchern unter Männern greifen diese auch öfters zur Zigarette mit einem durchschnittlich höheren Nikotingehalt. Als Folge treten bei Männern auch häufiger als bei Frauen gesundheitliche Folgeschäden und eine erhöhte tabakbedingte Mortalität auf.⁷ Aber auch die Gruppe der Männer ist sehr heterogen. Zum Beispiel unterscheidet sich der Anteil an Rauchern deutlich nach betrachteter Altersgruppe. Am höchsten ist die Quote mit über 40 % bei jungen Männern bis 39 Jahren, mit steigendem Alter nimmt sie dagegen stark ab.⁸

Diejenigen dagegen, die auch im Alter noch rauchen, gehören dann aber größtenteils zu den starken Rauchern mit über 20 Zigaretten pro Tag.⁶ Zum Tabakkonsum bei Jugendlichen lässt sich sagen, dass das Einstiegsalter immer weiter sinkt, auf der anderen Seite jedoch auch der Anteil der Nichtraucher in dieser Altersgruppe wächst.⁹ Bemerkenswert ist darüber hinaus der starke Einfluss sozialer Faktoren auf das Rauchverhalten, welche zum Teil sogar größere Differenzen hervorrufen können als die Geschlechtszugehörigkeit. Nach genauerer Betrachtung dieser sozialen Faktoren, die sich vor allem durch Schulbildung, Berufsstatus, Einkommen und Familienstand beschreiben lassen, sind deutliche Tendenzen zu beobachten. Demnach rauchen Haupt- und Volksschulabsolventen häufiger als Personen mit mittlerer Reife oder Abitur, Arbeiter häufiger als Beamte, Angestellte und Selbstständige sowie Personen mit einem niedrigen Einkommen häufiger als mit einem hohen. Ferner konsumieren ledige, verwitwete und geschiedene Männer mehr Tabak als verheiratete Personen.¹⁰

Positiv hervorgehoben werden muss aber auch die Tatsache, dass der Konsum von Tabakwaren in den letzten Jahren deutlich abgenommen hat. Einen beispielhaften Überblick über die Entwicklung zwischen 1986 und 2006 bietet die Abbildung 1. Darin wird auch ersichtlich, dass der Konsum bei Männern in diesem Zeitraum sank, der bei Frauen aber zugleich zunahm und sich demnach dem Rauchverhalten der Männer anzugleichen scheint. Diese Beobachtung fußt vor allem in der wachsenden Zahl rauchender junger Frauen. Aber auch dieser Zuwachs ist seit der jüngsten Vergangenheit gebremst und zeigt ebenfalls eine fallende Tendenz.¹¹

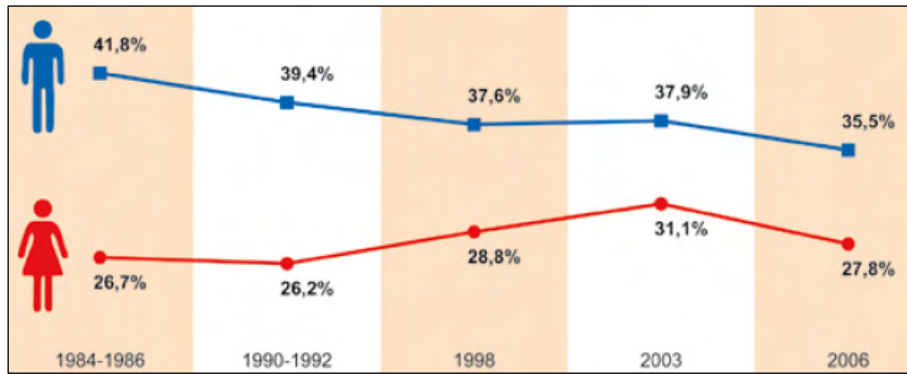


Abbildung 1: Entwicklung der Raucherquoten bei 25- bis 69-jährigen Männern und Frauen nach Daten des Robert-Koch-Instituts⁷

Warum rauchen Männer?

Nicht nur in der Praxis des Rauchens zeigen sich Unterschiede zwischen Männern und Frauen – auch die Gründe, aus welchen zur Zigarette gegriffen wird, sind durchaus geschlechtsspezifisch. Will man diesen Gründen nun näher beleuchten, muss man sich auch hier wieder vor Augen führen, dass sie in erster Linie individuell sind und stark durch das Alter, den sozialen Hintergrund und nicht zuletzt durch die Persönlichkeit beeinflusst werden. Jedoch konnten Studien immer wieder zeigen, dass bezüglich des Rauchverhaltens Besonderheiten bei Männern und bei Frauen sichtbar werden, was einen gesonderten Blick auf beide Geschlechter sinnvoll macht. Die beobachteten Unterschiede können dabei, neben möglichen biologischen Ursachen, vor allem durch geschlechtsspezifische Rollenbilder erklärt werden. Trotz der gesellschaftlichen Veränderungen in den letzten Jahrzehnten und der unbestrittenen Wirkung des individuellen sozialen Kontexts sind Geschlechterrollen im Allgemeinen relativ wandlungsträge.

So wird das gemeinschaftliche Konstrukt für Männlichkeit unter anderem immer noch über Attribute wie Stärke, Unabhängigkeit und Coolness definiert, der Körper selbst wird eher funktionalisiert, was zusammengenommen zu einer erhöhten Risikobereitschaft führen kann und präventives Gesundheitsverhalten unterminiert. Schwäche, sei sie nun körperlich, emotional oder sozial, muss für dieses Männerbild abgewehrt werden. In der Folge wird in belastenden Situationen auf andere, gesellschaftlich akzeptiertere Bewältigungsstrategien zurückgegriffen, wie zum Beispiel Arbeitssucht, Alkoholkonsum oder eben das Rauchen.¹²

In Bezug auf die direkte Motivation konnte festgestellt werden, dass Männer durchschnittlich meist in „positiv“ besetzten Situationen rauchen, die Lust auf Zigaretten ist demnach am ehesten mit der Erinnerung an schöne Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Rauchen verbunden. Frauen hingegen verspüren den Drang zur Zigarette, um mit Konflikten, Stress und Ängsten besser fertig zu werden.¹³

Geschlechtersensible Entwöhnung

Interessant werden die Ergebnisse, die Hinweise auf psychosoziale Hintergründe des Rauchverhaltens liefern, vor allem mit Blick auf mögliche Strategien zu Prävention und Bekämpfung der Tabaksucht. Dabei ist es sinnvoll, gerade den Mechanismen entgegenzuwirken, die einen Griff zur Zigarette motivieren. Eine genauere Betrachtung der betroffenen Subgruppen, die sich in ihren individuellen Gründen des Tabakkonsums unterscheiden, scheint dafür unumgänglich. Aufgrund der genannten Forschungsergebnisse bietet sich hier vor allem ein geschlechtsspezifischer Fokus an, womit sich mit der Bekämpfung der Tabaksucht ein weiteres Feld in der Gesundheitsförderung eröffnet, in welchem die Berücksichtigung von Unterschieden zwischen den Geschlechtern einen wichtigen Aspekt darstellt. Aus den niedrigen Erfolgsquoten für eine Tabakentwöhnung, welche bei Erwachsenen gerade einmal zwischen 0,5 – 3 % pro Aufhörversuch liegen,¹⁴ wird deutlich, wie schwer es ist, sich aus der Nikotinabhängigkeit zu befreien und wie wichtig eine differenzierte und professionelle Unterstützung sein kann. Männer und Frauen brauchen demnach gezielte Hilfen und Interventionen, die ihre besonderen, geschlechtstypischen Problemlagen, Ressourcen, Bedürfnisse und Lebenswelten berücksichtigen.

Studien zeigen immer wieder, dass für einen erfolgreichen Rauchverzicht sowohl die körperliche als auch die psychische Abhängigkeit berücksichtigt werden müssen, weshalb eine Kombination einer medikamentösen und einer psychotherapeutischen Maßnahme die höchste Effektivität hat.¹⁵ Auf der medikamentösen Ebene zur Beeinflussung des Rauchverhaltens haben sich die Nikotinersatzpräparate bewährt, um dem Körper den Entzug vom Nikotin zu erleichtern. Mit Hilfe von Nikotin-Pflaster, Nikotin-Kaugummi und Nikotin-Tabletten lässt sich so die Wahrscheinlichkeit für einen erfolgreichen Rauchstopp um 50 % erhöhen. Aus einer Therapie mit diesen Nikotinersatzpräparaten gehen männliche Raucher sogar erfolgreicher hervor als weibliche, wobei als mögliche Ursache stärkere Entzugsbeschwerden bei Frauen beziehungsweise eine größere Sensibilität ihnen gegenüber diskutiert werden. Aber auch insgesamt scheint Männern die Entwöhnung leichter zu fallen. Neben den unterschiedlich empfundenen Entzugssymptomen spielen auch Faktoren wie größere Bedenken wegen der Gewichtszunahme, hormonelle Schwankungen während des Menstruationszyklus und das bereits erwähnte verstärkte Rauchen in Stresssituationen eine Rolle.¹⁶

Wer sich allerdings ausschließlich auf einen Nikotinersatz verlässt, wird weniger Erfolg haben. Eine zusätzliche Beratung und Begleitung durch den Hausarzt oder eine entsprechend verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Entwöhnungsbehandlung ist der zweite wichtige Baustein auf psychologischer Ebene. Denn die alleinige Nikotinsubstitution vermag

zwar Entzugssymptome und auch die Befürchtungen und Sorgen vor dem Entzug reduzieren, die eingespielten Verhaltensweisen, Gewohnheiten, die Belohnungsprozesse und Gegenmaßnahmen gegen auslösende Konflikt- und Stresssituationen werden dabei jedoch nicht bearbeitet. Gerade hier, in der individuellen therapeutischen Betreuung, die durchaus auch in Gruppen stattfinden kann, wird ein die geschlechtsspezifischen Unterschiede berücksichtigender Ansatz besonders wichtig.

Allgemein ist in Deutschland die Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen Beratung und Behandlung in der Drogen- und Suchthilfe nicht unbekannt, dennoch führt sie bis heute ein gewisses Schattendasein. Bereits bestehende Ansätze leisten zudem meist frauenspezifische Suchtarbeit, was gerade mit Blick auf die hohen Betroffenzahlen unter Männern eine Versorgungslücke deutlich macht, die erst seit kurzem Beachtung gefunden hat.¹⁷

Ausblick

Der Konsum von Tabak ist, trotz eines leichten Rückgangs in den letzten Jahren, der größte gesundheitliche Risikofaktor, wobei vor allem Männer betroffen sind. Um den hohen Prävalenzzahlen entgegenzuwirken, sind die Einführung und der Ausbau von Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen notwendig, die die individuellen Problemlagen, Bedürfnisse und Lebenswelten von Männern berücksichtigen. Auf politischer Ebene wären, neben den teilweise bereits erfolgreichen Maßnahmen der Tabaksteuererhöhung und dem teilweisen Rauch- und Werbeverbot, die Einführung von Präventionsprogrammen sinnvoll, die sich verstärkt an den Bedürfnissen und Rollenvorbildern von jungen Frauen und Männern orientieren. Auch in der Behandlung und Entwöhnung von Rauchern ist die Etablierung von Ansätzen notwendig, die die Besonderheiten des männlichen Geschlechts einbezieht, wozu auch die Vernetzung, Schulung und Sensibilisierung der Fachkräfte gehört. Wie auch in anderen Bereichen der Männergesundheit ist hier jedoch zunächst eine vertiefende Forschungsarbeit unerlässlich, um daraus Erfolg versprechende Handlungsempfehlungen ableiten und ins Gesundheitssystem implementieren zu können. Erst dann kann zu der vielfach gerechtfertigten und durch die Frauenbewegung geförderten Gender-Perspektive auch die männliche Sicht gezählt werden.

Literatur

- 1 Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG)
- 2 Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gesundheit in Deutschland, 2006 , Kapitel 2.5.1
- 3 Keller; S.; Thyrian; R. (2005): Rauchen. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen: Hogrefe. S. 467-483.
- 4 International Agency for Research on Cancer (2004) IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Tobacco Smoke and Involuntary Smoking. IARC, Lyon
- 5 U.S. Department of Health and Human Services (2004) The Health Consequences of Smoking: A Report of the Surgeon General, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Atlanta
- 6 Baumeister, S., Kraus, L., Stonner, T. & Metz, K. (2008). Tabakkonsum, Nikotinabhängigkeit und Trends. Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2006. Sucht, 54 (Sonderheft 1), S.26-S.35.
- 7 Deutsches Krebsforschungszentrum, Tabakatlas Deutschland, 2009, Heidelberg
- 8 Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) 2009“
- 9 Drogenaffinität Jugendlicher in der BRD, Teilband Rauchen, BZgA 2008
- 10 Robert Koch-Institut (Hrsg) (2006) Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin
- 11 Gesundheitssurvey des Robert Koch-Instituts 1984–2006
- 12 Sieverding, M. (2005), Geschlecht und Gesundheit. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (Enzyklopädie der Psychologie, Serie D). Göttingen: Hogrefe.
- 13 Radler, D., Kaiser, G., Fischer, G., Metz, V., Geschlechtsspezifische Unterschiede: Essen, Trinken & Rauchen, Jatro Diabetes & Stoffwechsel 4/2009, Seite 26f
- 14 Jarvis MJ. Clinical treatment of tobacco dependence: epidemiology of cigarette smoking and cessation. J Clin Psychiatry 2003;18:6-11.
- 15 C. G. Schütz, C. G., Bludau, J.: Tabakabhängigkeit und Tabakentwöhnung, Nervenheilkunde 6/2007
- 16 Sakire P et al. Sex Differences in Nicotine Action. Handbook of Experimental Pharmacology. Volume
- 17 Koordinationsstelle Sucht beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2006), Leitfaden zur männerspezifischen Sucht und Drogenarbeit - Handlungsempfehlungen für die Praxis, im Rahmen des Arbeitskreises „Männer und Sucht“

Kein Glück im Spiel

Lena Zielke

Was sind Glücksspiele?

Unter Glücksspielen werden Spiele verstanden, bei denen der Gewinn bzw. Verlust ausschließlich oder vorwiegend vom Zufall abhängt. Der Spielausgang ist folglich nicht oder nur in geringem Maße durch den Spielenden zu beeinflussen. Um an einem Glücksspiel teilnehmen zu können, ist ein Geldeinsatz erforderlich.

Es gibt unterschiedliche Formen des Glücksspiels. Hierzu zählen zum Beispiel Angebote der staatlich konzessionierten Spielbanken wie Roulette, Poker, Black Jack und Glücksspielautomaten. Weitere Glücksspiele sind das Lottospiel, die Sportwette Oddset oder (private) Sportwetten sowie zahlreiche Glücksspielangebote im Internet. Auch das Spiel an Geldspielautomaten in Spielhallen, Kneipen und Imbissen stellt aus klinisch-praktischer Perspektive ein Glücksspiel dar. Rechtlich gesehen handelt es sich jedoch um „Unterhaltungsgeräte mit Gewinnmöglichkeit“¹, die damit entgegen den staatlich konzessionierten Glücksspielen lediglich dem Gewerberecht unterliegen. In Berlin gibt es 2427 Geldspielautomaten in 229 Spielhallen². Hinzu kommen unzählige Geldspielautomaten in Imbissbuden und Kneipen. Aufgrund des staatlichen Glücksspielmonopols sind in Deutschland nur die staatlich konzessionierten Glücksspielangebote legal. Private Sportwetten als auch Glücksspiele im Internet sind gesetzlich verboten. Auch Karten- und Würfelspiele in Hinterzimmern, Kulturvereinen, türkischen Cafés sowie Pokerrunden sind in der Regel illegal, sofern um Geld gespielt wird.

Vom Glücksspiel zur Glücksspielsucht

Glücksspiele üben auf viele Menschen eine besondere Faszination aus: Menschen suchen nach Abwechslung und neuen Erlebnissen, um Spannung bzw. einen gewissen Nervenkitzel zu erleben. Der Reiz des Glücksspiels besteht vor allem in der Ungewissheit darüber, wie das Spiel ausgeht und der Hoffnung, einmal der große Gewinner zu sein. Anfangs stehen Spaß, Spannung und kurzweiliges Vergnügen im Vordergrund der Spielteilnahme. Nach anfänglichen Gewinnen kann sich daraus zunehmend das Verlangen entwickeln, diese Erlebnisse immer wieder erleben zu wollen. Andererseits rufen Verluste den Gedanken hervor, weiterzuspielen, um verlorenes Geld zurückzuholen. Betroffene spielen wieder und wieder und verlieren mit der Zeit die Kontrolle über ihr Spielverhalten. Aus der anfänglichen Freude am Glücksspiel ist mit zunehmender Dauer ein Verhalten entstanden, das als Glücksspielsucht bezeichnet wird. Oft geht die Glücksspielsucht mit einer immensen Verschuldung ein-

¹ Der durchschnittliche Verlust pro Stunde bei „Unterhaltungsgeräten mit Gewinnmöglichkeit“ beträgt seit der Spielverordnung 2006 maximal 33 €.

² vgl. Trümper, Arbeitskreis gegen Spielsucht e.V., 2008

her (siehe Abbildung 3). Neben der Verarmung treten weitere psychosoziale Folgeschäden auf. Diese bestehen zumeist in der Zerrüttung von Beziehungen beispielsweise in der Partnerschaft und zu Familienangehörigen einhergehend mit sozialer Vereinsamung, Konzentrations- und Leistungsmängel, Verlust des Arbeitsplatzes und der Wohnung. Weiterhin kann es zur Beschaffungsdelinquenz kommen (vor allen Diebstahl- und Betrugsdelikte) sowie Persönlichkeitsveränderungen mit Stimmungslabilität, oftmals gepaart mit Suizidalität.

Abbildung 3: Sucht und Verschuldung (Hauptdiagnose und Verschuldung bei Klienten ambulanter Beratungs- und Behandlungsstellen; Zugänge in 2007 (Sonntag, Bauer & Eichmann, 2008)³

Hauptdiagnose	Verschuldung (in Euro und %)				
	keine	bis 10.000	bis 25.000	bis 50.000	über 50.000
Alkohol (n=25.653)	72,6	18,0	4,8	2,4	2,1
Kokain (n=1.043)	47,0	36,1	10,0	3,7	3,2
Pathologisches Spielverhalten (n=1.214)	26,9	33,4	19,6	11,4	8,7

Die Glücksspielsucht ist in Deutschland seit 2001 laut der Empfehlungsvereinbarung von Krankenkassen und Rentenversicherungsträger offiziell als Krankheit anerkannt.

Prävalenz

Insgesamt hat etwa die Hälfte der 16- bis 65-jährigen Deutschen in den vergangenen 12 Monaten ein oder mehrere Glücksspiele gespielt⁴. Nach neusten Schätzungen sind in Deutschland zwischen 0,2 % bis 0,5% der Bevölkerung (103.000 bis 265.000) glücksspielsüchtig. 0,29% der Bevölkerung weisen ein problematisches Spielverhalten auf (149.000)⁵. Für Berlin bedeutet dies, dass geschätzt bis zu 17.000 Menschen von einer Glücksspielsucht betroffen sind. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geht in ihrer neusten Untersuchung sogar von einer noch höheren Prävalenz aus. Der Studie zufolge weisen 1,1% der deutschen Bevölkerung ein problematisches oder sogar pathologisches Spielverhalten auf. Dies entspricht rund 600.000 Menschen in Deutschland⁶.

Die Befragung der BZgA zeigt weiterhin, dass sich als besonders bedenklich das Glücksspielverhalten in der Gruppe der jungen Männer entwickelt hat, die an Geldspielautomaten spielen. Bei den 18- bis 20-Jährigen hat sich der Anteil von knapp 6% der Befragten im Jahr 2007 auf 15% im Jahr 2009 mehr als verdoppelt. In der Altersgruppe der 21- bis 25-Jährigen

³ Die Graphik wurde von Herrn Tobias Hayer von der Universität Bremen zur Verfügung gestellt. Hier in gekürzter Version.

⁴ vgl. BZgA, 2010

⁵ vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen, Jahrbuch Sucht, 2008, S. 120

⁶ vgl. BZgA, 2010

ist der Anteil von 5,1% (2007) auf 9,0% (2009) angestiegen. Möglicherweise hat die neue Generation von Geldspielautomaten (größere Spielauswahl etc.) für junge Männer an Attraktivität zugenommen. Wegen des erhöhten Gefährdungspotenzials, das Geldspielautomaten zugeschrieben wird, muss diese Entwicklung gerade unter suchtpräventiven Aspekten weiter beobachtet werden.

Der Großteil der direkt Betroffenen in den ambulanten wie auch stationären Beratungs- und Behandlungsstellen ist männlichen Geschlechts (ca. 90%). Vor allem Partnerinnen und Mütter sehen sich mit den Folgen der Abhängigkeit konfrontiert. Die Erfahrungen des Café Beispiellos⁷ zeigen zudem, dass eine Glücksspielsucht jede Gesellschaftsschicht betrifft und die Klientel in Berlin die verschiedensten Nationalitäten hat. Knapp 30% der Ratsuchenden im Café Beispiellos weisen einen Migrationshintergrund auf. Die Altersspanne der Betroffenen ist ebenfalls breit gefächert. Der jüngste Betroffene, der die Beratungsstelle aufsuchte, war 15 Jahre, der älteste 86 Jahre alt. Die Abbildungen zeigen die Klientenverteilung bei Betroffenen und Angehörigen des Café Beispiellos⁸ in den letzten fünf Jahren im Überblick:

Abbildung 1: Betroffene im Café Beispiellos

Jahr	Betroffene			
	Männer		Frauen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
2005	255	84,4%	47	15,6%
2006	269	87,0%	40	13,0%
2007	264	81,5%	60	18,5%
2008	292	86,4%	46	13,6%
2009	409	88,7%	52	11,3%
Gesamt	1489	85,9%	245	14,1%

⁷ Das Café Beispiellos ist die Beratungs- und Behandlungsstelle für Glücksspielsüchtige und deren Angehörige in Berlin. Träger der Einrichtung ist der Caritasverband für das Erzbistum Berlin e.V.

Abbildung 2: Angehörige im Café Beispiellos

Jahr	Angehörige			
	Männer		Frauen	
	Anzahl	Prozent	Anzahl	Prozent
2005	36	24,2%	113	75,8%
2006	26	20,2%	103	79,8%
2007	28	17,7%	130	82,3%
2008	46	25,4%	135	74,6%
2009	53	19,7%	216	80,3%
Gesamt	189	21,3%	697	78,7%

Interessant zu diskutieren ist die Frage, warum überwiegend das männliche Geschlecht von der Glücksspielsucht betroffen ist. Auf den ersten Blick liegt die Vermutung nahe, dass Männer „spielfreudiger“ zu sein scheinen als Frauen. Diese These wird belegt durch die Studie der BZgA aus der hervor geht, dass mehr Männer als Frauen an Glücksspielen teilnehmen (60% der männlichen Bevölkerung: 47,5% der weiblichen Bevölkerung⁹). Erklärt wird dieses Verhältnis damit, dass Glücksspiele als Domäne des Mannes gelten, da sie eher mit der männlichen Geschlechterrolle vereinbar sind bzw. typisch männliche Attribute wie Risikoverhalten und Machtstreben implizieren¹⁰. Die grundsätzliche erhöhte Vulnerabilität von Männern, an einer (Glücksspiel-)Sucht zu erkranken, könnte auch durch biologische Besonderheiten erklärt werden, wie sie beispielsweise bei der höheren Impulsivität und damit Risikobereitschaft nachgewiesen wurden¹¹. Eventuell begünstigt auch das männliche Rollenverständnis die Entstehung einer Glücksspielsucht: der Mann als Ernährer der Familie, Anerkennung u.a. über den sozialen Status zu finden, in Wettbewerb mit anderen zu treten usw. Darüber hinaus scheint sich ein Teil der Männer stark über Geld zu definieren und im finanziellen Besitz oder im Streben danach die Lösung auch für emotionale Probleme zu sehen.

Der Anteil behandelte Spielerinnen in ambulanten und stationären Einrichtungen sowie Selbsthilfegruppen in Deutschland liegt bei maximal 9,2%¹². Im Café Beispiellos liegt der durchschnittliche Frauenanteil bei den Betroffenen bei 14,1% (siehe Abbildung 1). Die geringe Therapienachfrage von Frauen ist möglicherweise Ausdruck einer stärkeren Stigmatisierung süchtiger Spielerinnen¹³. Behandlungsangebote wie Selbsthilfegruppen sind außerdem traditionell auf die Bedürfnisse von männlichen Spielern ausgerichtet. Es bestehen viele Denk- und Verhaltensweisen aus dem früheren, männlich geprägten Spielermilieu fort. Frau-

⁹ vgl. BZgA, 2010

¹⁰ vgl. Goffmann, 1969; Smith & Abt, 1984, Meyer, 2005

¹¹ vgl. Grüsser & Albrecht, 2007

¹² vgl. Meyer, 2005

¹³ vgl. Meyer, 2005

en fühlen sich dort häufig nicht wohl, insbesondere wenn sie bei einem Meeting keine andere Frau antreffen¹⁴.

Weitere Risikofaktoren einer Glücksspielsucht

Zunächst einmal muss festgestellt werden, dass die Ursachen für eine Glücksspielsucht multifaktoriell sind. Generell ist aus der Suchtforschung bekannt, dass besonders bei Jugendlichen ein früher Kontakt mit Glücksspielen bei Vorliegen weiterer Risikofaktoren zur Entstehung einer Suchterkrankung beitragen kann. Auch eine hohe Verfügbarkeit von Glücksspielen und deren Veranstaltungsmerkmale (d.h. Auszahlungsintervalle, Jackpotohöhen, Einbindung des Spielers) stehen in engem Zusammenhang mit der Entstehung einer Glücksspielsucht. Weitere Einflüsse sind in den persönlichen Faktoren zu sehen. Neben dem bereits diskutierten prädisponierenden Geschlecht spielen insbesondere neurobiologische Faktoren und unangemessene Stressbewältigungsstile eine Rolle. Das generelle Risiko, eine Suchterkrankung zu entwickeln, ist bei Kindern, die suchtkranke Familienangehörige in ihrer Herkunftsfamilie haben, um das sechsfache erhöht¹⁵. Auch das soziale Umfeld steht im Zusammenhang mit einer Suchterkrankung. Arbeits- und Lebensperspektiven und die Zufriedenheit mit der eigenen familiären Situation können Risiko- oder Schutzfaktor sein. Bei der Suchtentstehung handelt es sich um ein Bedingungsgefüge, bei dem sich die einzelnen Faktoren wechselseitig beeinflussen¹⁶.

Abbildung 4: Das Suchtdreieck¹⁷



¹⁴ vgl. Lesieur & Blume, 1996

¹⁵ vgl. Klein, Kinder aus alkoholbelasteten Familien-Ein Überblick zu Forschungsergebnissen und Handlungsperspektiven. Suchttherapie 2001, S.118-124

¹⁶ vgl. Grüsser & Albrecht, 2007

¹⁷ Die Graphik wurde von Herrn Tobias Hayer von der Universität Bremen zur Verfügung gestellt.

Der überwiegende Teil der pathologischen Glücksspieler spielt an Geldspielautomaten (77,2% der pathologischen Glücksspieler in den Beratungs- und Behandlungsstellen¹⁸). Die Ursache dafür ist einerseits die hohe Verfügbarkeit und andererseits der hohe Spielanreiz, der von diesen Geräten ausgeht. So beträgt die durchschnittliche Spieldauer für ein Spiel seit der Spielverordnung 2006 nur 5 Sekunden, so dass der finanzielle Verlust dem Spieler kaum bewusst wird, da sofort das nächste Spiel beginnt. Häufig eintretende „Fast-Gewinne“ suggerieren dem Spieler, es ja schon „fast“ geschafft zu haben und das beim nächsten Spiel der erhoffte Gewinn eintreten könnte. Ton, Licht und Farbreflexe lenken vom eigentlichen Geschehen, dem Glücksspiel, ab bzw. animieren zusätzlich. Hier kommt es zu dauerhaften klassischen Konditionierungsprozessen, die die Suchtentstehung ohne bewussten Aufwand begünstigen und das süchtige Verhalten aufrechterhalten¹⁹

Woran erkennt man krankhaftes Glücksspielverhalten²⁰?

Kasten 9: Checkliste zur Überprüfung des eigenen Glücksspielverhaltens		
	ja	nein
1. Verspüren Sie oft ein unwiderstehliches Verlangen, Glücksspiele zu spielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Setzen Sie im Vergleich zu früher gegenwärtig mehr Geld/Zeit für Glücksspiele ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Müssen Sie manchmal mehr und häufiger Glücksspiele spielen, obwohl Sie es ursprünglich gar nicht so vorhatten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Haben Sie Geldsorgen wegen Ihrer Glücksspielausgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie schon einmal versucht, mit dem Glücksspielen aufzuhören, und es nicht geschafft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Kreisen Ihre Gedanken häufig um Zahlenkombinationen und die möglichen Gewinne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glauben Sie, dass Sie das Spielsystem «knacken» können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn Sie an das Glücksspielen denken, verspüren Sie körperliche Symptome wie z. B. Herzrasen, feuchte Hände, «inneres Kribbeln»?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wenn Sie nicht Glücksspielen können, fühlen Sie sich dann unruhig, gereizt oder verspüren unangenehme körperliche Symptome?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Versuchen Sie Ihre Spielleidenschaft zu verheimlichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Vernachlässigen Sie wegen des Glücksspielens bestimmte Verpflichtungen (Beruf, Hobby, Beziehungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Haben Sie familiäre Probleme wegen Ihres häufigen Spielens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Haben Sie schon des öfteren Termine/Verabredungen wegen des Spielens versäumt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Spielen Sie vor allem auch dann Glücksspiele, wenn Sie Langeweile, Stress haben oder in einer traurigen Stimmung sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Leiden Sie unter Ihrem Glücksspielverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie mehr als fünf Antworten mit «Ja» beantwortet haben, sollten Sie kritisch über ihr Glücksspielverhalten nachdenken. Die Fachleute des regionalen Hilfesystems, der Suchtberatungsstelle können Ihnen dabei helfen. Zögern Sie nicht und wagen Sie es, Ihr Glücksspielverhalten zu hinterfragen.

Unterstützung und Hilfe

Die Beratungsstelle Café Beispiellos berät seit 1987 glücksspielsüchtige Menschen und deren Angehörige. Betroffene und Angehörige können sich täglich nach telefonischer Terminvereinbarung kostenfrei und anonym beraten lassen. Zusätzlich werden mehrere wöchentlich stattfindende Gesprächsgruppen für Betroffene angeboten. In diesen angeleiteten Gesprächsgruppen erfahren die KlientInnen im gemeinsamen Austausch gezielte Hilfen bei der

¹⁸ vgl. Meyer, Jahrbuch Sucht 2008, DHS S. 129

¹⁹ vgl. Grüsser & Albrecht, 2007

²⁰ vgl. Grüsser & Albrecht, 2007

Bewältigung ihrer Glücksspielsucht und erlernen schrittweise funktionale Möglichkeiten der Bewältigung ihrer individuellen Lebenssituation.

Angehörige haben im Rahmen eines speziellen Angebots die Möglichkeit, ihre eigene Situation sowie den Umgang mit dem Süchtigen bewältigungsorientiert zu reflektieren. Im offenen Cafébereich, der während der Öffnungszeiten zugänglich ist, können die Betroffenen untereinander Kontakte schließen und freizeitpädagogische Angebote nutzen. Viele Betroffene haben im Verlauf ihrer Suchterkrankung Freizeitinteressen und soziale Kontakte zugunsten des Glücksspielens aufgegeben bzw. „verlernt“. Die Aktivierung selbiger steht aus diesem Grund, neben der Bearbeitung der Suchterkrankung sowie der Folgeschäden, im Vordergrund. Seit 2010 bietet das Café **Beispiellos** auch die ambulante Rehabilitation für Glücksspielsüchtige an. Diese ambulante Therapie wird nach Beantragung der Kosten vom Rentenversicherungsträger oder der Krankenkasse bezahlt. Bei Klientinnen und Klienten, die über kein stützendes soziales Umfeld verfügen und keine stabile Wohnsituation aufweisen, unterstützen die Mitarbeiter des Café **Beispiellos** bei der Beantragung einer dann indizierten stationären Rehabilitation.

Lebensstil, Lebensführung und Salutogenese: Zur Erklärung männlichen Gesundheitsverhaltens

Martin Elbe

Grundprobleme der Erklärung männlicher Gesundheit

Mit der Herausgabe eines Männergesundheitsberichts macht das Gesundheitsamt Lichtenberg einen wichtigen Schritt, um ein Thema, das in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus der Öffentlichkeit und des Gesundheitssystems in Deutschland rückt,¹ auch in der amtlichen Gesundheitsberichterstattung zu etablieren: die Gesundheit von Männern und das gesundheitsrelevante Verhalten von Männern.

Neben der individuellen Perspektive der Betroffenen, also dem individuellen Gesundheitsbefinden des einzelnen Mannes sowie seinen Risiken und Ressourcen (die in diesem Gesundheitsbericht beispielhaft in verschiedenen „Männerportraits“ dargestellt werden), gewinnt in der Gesundheitsberichterstattung, insbesondere die gesundheitssoziologische Perspektive an Bedeutung, die generalisierte Aussagen über typische Bedingungen, Abläufe und Folgen individuellen Handelns trifft und damit gesellschaftliche Verhältnisse und Strukturen beschreibt.

Ein zentrales Problem beim Übergang von der individuellen zur gesellschaftlichen Perspektive besteht in der Begründung des Zusammenhangs zwischen Handlungen Einzelner und gesellschaftlichen Strukturen, den so genannten Brückenannahmen. Anders formuliert: Welche Aussage hat die Information, dass Männer im Durchschnitt eine niedrigere Lebenserwartung als Frauen haben, für die alltägliche Lebensführung eines einzelnen Mannes? Und: Wie hängt die jeweils unterschiedliche Lebensführung verschiedener Männer mit dem durchschnittlich niedrigeren Krankenstand im Vergleich zu Frauen zusammen? Wenn die beiden beispielhaften Fragen nicht nur trivial beantwortet werden sollen – die triviale Antwort lautet hierbei: der Einzelfall weicht vom Durchschnitt ab –, sondern sowohl für das Individuum, als auch für die Erklärung der Sozialstruktur zu sinnvollen Begründungszusammenhängen führen sollen, dann ist es notwendig, Annahmen über die Verknüpfung von individuellem Handeln (Mikroebene) zu gesellschaftlichen Strukturen (Makroebene) zu treffen.

Hiermit wird die Frage nach der Grundstruktur soziologischer Erklärung angesprochen, die James Coleman (1995) mit der Erklärung sozialen Wandels aus individuellen Handlungen beantwortete – wobei eben das Problem der vermittelnden Brückenannahmen auftritt, häufig aber ignoriert wird. Für die Gesundheitsforschung und insbesondere für die Erforschung von

¹ Vgl. hierzu z.B. den DAK Gesundheitsreport 2008 für Berlin (DAK Forschung 2008).

Männergesundheit erfüllen drei Theorieangebote diese Funktion der Vermittlung zwischen Makro- und Mikroebene: Einerseits werden Gesundheit und Krankheit als Folge von „Lebensstilen“ erklärt und damit an gesellschaftliche Schichtungsmodelle geknüpft (z.B. Angehörige niedrigerer Schichten rauchen häufiger und haben deshalb ein höheres Krankheitsrisiko), andererseits wird die individuelle „Lebensführung“ von Männern als wichtiger Gesundheitsfaktor thematisiert (z.B. regelmäßige Bewegung senkt das Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen) und es werden zunehmend die individuellen Ressourcen zur Gesunderhaltung im Sinne der „Salutogenese“ als Erklärungsmuster verwendet (z.B. Familie stellt eine Ressource für die Gesundheit von Männern dar: verheiratete Männer leben länger als unverheiratete). Nachfolgend werden die zentralen theoretischen Konzepte dargestellt und in Bezug auf Männergesundheit in einem Erklärungsmodell zusammen gefügt.

Der männliche Lebensstil

Neben der genetischen Veranlagung des Einzelnen werden Umweltfaktoren und insbesondere der individuelle Lebensstil als zentrale Einflussfaktoren für die Erklärung der gesundheitlichen Entwicklung herangezogen. In Bezug auf die Gesundheit erklären die Gene – auch aus historischer Perspektive – nur einen kleinen Teil des Geschlechterunterschiedes (Dinges 2006). Während die Psychologie in Bezug auf den Lebensstil der Persönlichkeit des Individuums eine zentrale Rolle zuweist (und dieser Einfluss sich auch gesamtgesellschaftlich nachweisen lässt, vgl. Ramstedt 2007: 12), versucht die Soziologie gesellschaftliche Strukturen herauszuarbeiten, die für benennbare Teile der Gesellschaft systematisch Einfluss auf die Gesundheitsentwicklung haben. Genetische Veranlagung und Persönlichkeit sind hierfür nicht geeignet, da sie nicht zu geeigneten Schichtungsmodellen führen, die Grundlage für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen den gesellschaftlichen Gegebenheiten und der Gesundheit der Bevölkerung geben können.

Eine Annäherung an den Zusammenhang zwischen den gesellschaftlichen Gegebenheiten und dem Handeln der Einzelnen liefert das Konzept der Lebensstile. Intensiv herausgearbeitet hat dieses Konzept der französische Soziologe Pierre Bourdieu (1987a, b): Der Lebensstil, den Einzelne pflegen, ist letztlich eine Stilisierung des Lebens, die der Herstellung und Reproduktion des klassen- (respektive milieu-) spezifischen Habitus in der sozialen Praxis entspricht. Der Lebensstil drückt sich im Habitus aus, in Handlungsneigungen und Präferenzen, z.B. bezüglich des Konsums, der Ernährung, des Freizeitverhaltens. Der scheinbar individuelle Habitus und der Geschmack des Individuums sind somit gleichzeitig Stilisierungen typischer Verhaltensweisen und Präferenzen eines sozialen Milieus, dem man sich zugehörig zeigt.

Neben milieuspezifischen Einflüssen wird der Habitus auch durch das Geschlecht geprägt, wobei Geschlecht zwar ein biologisch-körperliches Merkmal ist, das aber in seiner Stilisierung in hohem Maße sozial geprägt ist. Männlich zu sein begründet sich in körperlichen Merkmalen, sich männlich zu verhalten im sozialen Habitus, mit jeweils milieuspezifischen Ausprägungen. Brandes (2003) weist darauf hin, dass sich Männlichkeit und männliche Attraktivität in Leistung, Erfolg, Überlegenheit und Macht ausdrücken. Dies hat Konsequenzen für das Gesundheitsverhalten von Männern. Krankheit gilt als Zeichen von Schwäche, der männliche Körper soll aber Ausdruck selbstverständlicher Stärke sein und damit als Ressource von Leistungsfähigkeit und Erfolg dienen. Der männliche Körper muss funktionieren, der männliche Habitus wird dementsprechend durch Rücksichtslosigkeit im Umgang mit dem eigenen Körper und mit fremden Körpern geprägt. Diese Rücksichtslosigkeit drückt sich in unterschiedlichen Milieus verschieden aus, z.B. durch die Wertschätzung unterschiedlicher Sportarten, durch spezifische Konsumpräferenzen in Bezug auf Alkohol, durch ungesunden Arbeitshabitus. Der männliche Körper wird in all diesen Aspekten stilisiert, indem Funktionseinschränkungen negiert werden: Männer schätzen ihren Gesundheitszustand zu optimistisch ein, ignorieren körperliche Warnhinweise, vermeiden Arztbesuche (Brandes 2003: 11f). Dies ist Teil des männlichen Habitus und den Männern ist dies durchaus bewusst, aber: Die Risikoorientierung ist eben selbst Teil der männlichen Inszenierung, des männlichen Habitus, nur zeigt er sich in unterschiedlichen Milieus auf verschiedene Weise.

Mit den Überlegungen zum männlichen Lebensstil und Habitus haben wir eine systematische Erklärung über sozialstrukturelle Einflüsse auf die männliche Gesundheit, ein wichtiger Übergang in der Verknüpfung zwischen mikro- und makrosoziologischer Perspektive wurde damit schon geleistet: Wie wird Männergesundheit systematisch von gesellschaftlichen Bedingungen und Erwartungen beeinflusst? Dies erklärt aber noch nicht die individuelle Handlungswahl des einzelnen Mannes in seinem Alltag. Der Mensch (und damit auch der Mann) ist eben nicht nur gesellschaftliches Produkt, das sich wiederum selbst reproduziert, sondern auch individuell Handelnder, der sich jeden Tag aufs Neue für sein Tun entscheidet. Damit sind wir in unserem Erklärungsmodell auf der Mikro-Ebene angekommen.

Lebensführung: der männliche Alltag

Aus handlungstheoretischer Perspektive entsteht auf der Mikro-Ebene ein Ergänzungsbedarf, der erklärt, warum sich Männer in Bezug auf ihre Gesundheit im Alltag auf eine spezifische Weise verhalten, oder anders gesagt: was sie Tag für Tag tun. Der Ansatz der „Alltäglichen Lebensführung“ verbindet den stilisierten Habitus mit tatsächlichen typischen Handlungen. „Die Form der Lebensführung einer Person besteht darin, zu welchen Zeitpunkten, an welchen Orten, in welcher inhaltlichen Form, in welchen sozialen Zusammenhängen und ori-

entiert an welchen sozialen Normen, mit welchen sinnhaften Deutungen sowie mit welchen Hilfsmitteln oder Ressourcen und schließlich mit welchen emotionalen Befindlichkeiten eine Person im Verlauf ihres Alltags typischerweise tätig ist“ (Voß 1995: 32).

Die Frage ist demnach über den Lebensstil hinaus, wie Männer ihren Alltag typischerweise gestalten und an welchen wiederkehrenden Handlungsabläufen und Routinen sie sich orientieren, um ihre alltäglichen Probleme zu lösen (z. B. die teilweise konfligierenden Ansprüche aus ihrer beruflichen Tätigkeit und aus ihrer familiären Einbindung zu integrieren) – kurz: wie sie zu einem Gesamtarrangement ihres augenblicklichen Lebens gelangen (Müller/Elbe/Sievi 2006). Lebensführung wird damit zu einer vermittelnden Kategorie zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und individuellem Verhalten, Lebensstile sind demnach als Muster von Lebensführung zu begreifen (Müller/Wehrich 1994).

Es sind die tag-täglichen Handlungsroutinen des Alkoholkonsums, der Arbeitsintensität, der Bewegungshäufigkeit, der Ernährung, des Risikoverhaltens, der emotionalen Nähe zu anderen Menschen, die männliches Gesundheitsverhalten im individuellen Fall bestimmen und dabei zu einem männlich-milieuspezifischen Habitus stilisiert werden. Und eben diese Stilisierung lässt dann wiederum die Aggregation zu typisch männlichem Gesundheitsverhalten auf der gesamtgesellschaftlichen Ebene zu. Hieraus gewinnt die Aussage, dass Männer im Berufsalltag einen niedrigeren Krankenstand, aber insgesamt auch eine kürzere Lebenserwartung als Frauen haben, gesellschaftliche und individuelle Relevanz, die zu konkreten Erklärungszusammenhängen führt und zugleich einen Hinweis auf Veränderungs- und Gestaltungsmöglichkeiten liefert.

Um den Gesundheitszustand von Männern zu verbessern, sind Änderungen in der Lebensführung notwendig; diese können aber nur dauerhaft erreicht werden, wenn der männliche Habitus, als Ausdruck des Lebensstils milieuspezifisch beeinflusst wird. Letztlich ist hier gesundheitspädagogisches, aufklärerisches Handeln gefordert – zu dem der vorliegende Gesundheitsbericht einen dankenswerten Beitrag leistet. Grundlegende Hinweise zur Stärkung einer gesundheitsorientierteren Lebensführung von Männern finden sich im Ansatz der Salutogenese (Antonovsky 1997).

Salutogenese: Der Weg zur Gesundheit

Die im männlichen Habitus verfestigte Ignoranz gegenüber Gesundheitsfragen liegt in der Auffassung von Krankheit als körperliches Versagen oder (fast schlimmer noch) als seelisches Scheitern, generell gesprochen als persönliche Schwäche begründet. Dem entspricht auch die naturwissenschaftliche Auffassung. Das bio-medizinische Konzept von Gesundheit

ist geprägt vom Umgang mit der Entstehung und mit dem Verlauf von Krankheiten (Pathogenese) – Gesundheit definiert sich aus dieser Perspektive als Abwesenheit von Krankheit.

Schon sich mit Gesundheit zu beschäftigen und Krankheiten zu vermeiden, kann aus männlicher Sicht als Zeichen der Schwäche ausgelegt werden. An dieser Auffassung konnte auch die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation von 1948 als Zustand körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens (Landmann et al. 2007) nichts ändern, da dies ein kaum realisierbares Ziel ist und damit für die Wissenschaft ebenso unbrauchbar wie für die Praxis. So lange Gesundheit letztlich (negativ) als Umkehrung von Krankheit aufgefasst wird, kann sie aus männlicher Sicht nicht als Stärkepotenzial dienen und stellt damit auch keine Ressourcen im Alltag zur Verfügung.

Erst wenn Gesundheit an sich als Ressource gesehen wird, die Leistungsfähigkeit steigern hilft und Erfolg verspricht, wird sie dem männlichen Habitus zugänglich. Hierfür bedarf es aber eines Paradigmenwechsels. Eine solche Gesundheitsauffassung kann nicht mehr die Entstehung und Entwicklung von Krankheit (Pathogenese) und ihre Behandlung in den Vordergrund stellen, sondern muss als Ausgangspunkt die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit (Salutogenese) wählen. Zu dieser Erkenntnis kam der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1997) aufgrund zahlreicher vergleichender Untersuchungen in unterschiedlichen Populationen. Seine Grundfrage war, warum in einer spezifischen Gruppe von Menschen mit ähnlichen soziodemographischen Merkmalen ein Teil psychisch und physisch deutlich gesünder war und sich auch so fühlte. Diese Menschen setzen Anforderungen und Stress, die sie in ihrem Alltag erfahren, Widerstandspotenziale entgegen; sie deuten Belastungen als Herausforderungen, die es zu bewältigen gilt.

Für diese Bewältigung bedarf es Ressourcen, auf die der Einzelne zurückgreifen kann, z.B. soziale Unterstützung, Selbstwertgefühl, Einkommen, Bildung, präventive Verhaltensmuster, kulturelle (auch religiöse) Grundüberzeugungen etc.. Die Ressourcen helfen Anforderungen als nachvollziehbar, erklärbar und überwindbar zu begreifen, es entsteht ein generelles Kohärenzgefühl (sense of coherence: SOC; Antonovsky 1997: 36). Das Kohärenzgefühl als Ausdruck von selbst empfundener Gesundheit wird von den drei Faktoren *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Bedeutsamkeit* geprägt.

Aus dieser Perspektive sind Gesundheit und Krankheit nicht mehr absolute Größen, sondern Möglichkeiten psycho-sozialer Verortung, die Handlungsmöglichkeiten eröffnen oder verschließen. Ein kräftiger Mann ohne körperliche Einschränkungen, der sich in seiner Umwelt nicht verorten kann, der keine sinnhaften Ziele sieht und dementsprechend auch keine Wege zur Veränderung seiner Situation kennt, ist aus Perspektive des Ansatzes der Salutogenese

– trotz der Abwesenheit von Krankheit – nicht gesund, wohingegen z.B. ein Mann mit Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) ein gesundes, erfülltes Leben führen kann, wenn er den Diabetes als Herausforderung sieht, die er versteht, die er sinnhaft in seine Lebensführung einbauen und bewältigen kann.

Generell gilt es, Widerstandspotenziale als Ressourcen zu begreifen und dann verwundert es nicht mehr, dass verheiratete Männer länger leben: Mit der Verbindlichkeit der Beziehung steigen die Ressourcen, aufgrund der Übernahme von Verantwortung und der Institutionalisierung des gemeinsamen, geteilten Alltags. Aus dieser Perspektive muss eine Veränderung männlichen Gesundheitsverhaltens an der Lebensführung der Männer ansetzen, sie müssen sich selbst in ihrer sozialen Umwelt verorten können, sollten Ziele benennen und Mittel zur Zielerreichung einsetzen können. Sie sollten sich selbst, ihre Körper und ihre Gesundheit als wichtige Ressourcen begreifen lernen – hierfür spielen z.B. Bewegungskonzepte eine wichtige Rolle (Landmann et al. 2007).

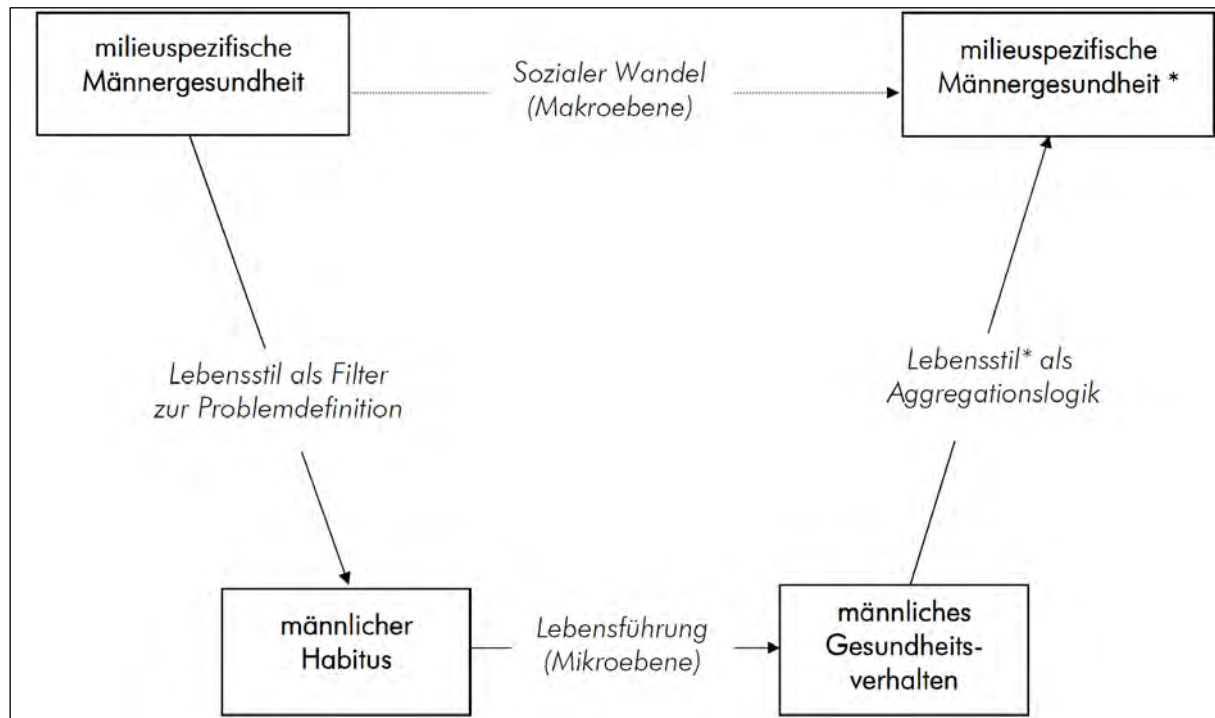
Zusammenfassung

In den bisherigen Überlegungen konnte gezeigt werden, dass das Konzept der Lebensstile als Brückenannahme zur Erklärung des Zustandeskommens eines männlichen Gesundheitshabitus geeignet ist. Hiermit lässt sich sowohl gesamtgesellschaftlich als auch milieuspezifisch erklären, warum beispielsweise die durchschnittliche männliche Lebenserwartung niedriger ist als die von Frauen: Der männliche Habitus ist für die Gesunderhaltung weniger zuträglich als der weibliche. Höhere Berufsorientierung, Neigung zu fetterem Essen, höherem Alkoholkonsum, höhere Risikoneigung sind nicht genetische und nicht umweltspezifische, sondern soziale Einflussfaktoren, die sich im habitusgeprägten Lebensstil zeigen.

Der Habitus als generelle Handlungsdisposition ist vom tatsächlichen Handeln des Individuums zu unterscheiden, er drückt eben nur eine Handlungsneigung aus. Das tatsächliche Handeln zeigt sich in der alltäglichen Lebensführung, die das individuelle Gesundheitsverhalten des einzelnen Mannes prägt. Es sind das tag-tägliche Bewegungsverhalten, der tag-tägliche Alkoholkonsum, das tag-tägliche Sexualverhalten, welche generelle Gesundheitsrisiken in konkrete individuelle Gesundheitszustände verwandeln.

Präventionsorientierte Gesundheitspolitik muss an diesen Zusammenhängen ansetzen. Um eine gesamtgesellschaftliche oder auch eine milieuspezifische Änderung des konkreten Gesundheitsverhaltens zu erreichen, bedarf es eines veränderten Lebensstils (in der nachfolgenden Abbildung als Lebensstil* gekennzeichnet), der sich in verändertem Habitus ausdrückt und damit neue Handlungsdispositionen der Männer generell bewirkt. Erst hierüber

ändert sich Männergesundheit auf der gesellschaftlichen Ebene (z.B. milieuspezifische Männergesundheit*). Die folgende Abbildung fasst das Erklärungsmodell zusammen:



Damit ist der gesellschaftliche Wandel (Makroebene) auf der Basis individueller Handlungen (Mikroebene) in Bezug auf Männergesundheit erklärt – nicht dargestellt ist allerdings, was eine Verhaltensänderung auf der Mikroebene bewirken könnte. Der gesellschaftlich geprägte Habitus unterscheidet sich vom individuellen Handeln aus soziologischer Sicht insbesondere durch rationale Handlungswahl. Der Einzelne entscheidet sich in seinem Alltag dafür oder dagegen, der Handlungsdisposition seines Lebensstils zu folgen. Das individuelle Handeln ist der Vernunft zugänglich und vernunftbezogen beeinflussbar.

Eben hier liegt das Potenzial des Konzepts der Salutogenese in Bezug auf Männergesundheit. Wenn Männern Gesundheit als durch sie selbst verstehbare, sinnhafte und beeinflussbare Größe erscheint, die Männlichkeit und Erfolg zentral beeinflusst, dann verändert das den Habitus in Bezug auf den Umgang mit der eigenen Gesundheit – diese wird zur zentralen Ressource, die über individuellen Erfolg entscheidet.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen.
- Bourdieu, P. (1987a): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a. M.
- Bourdieu, P. (1987b): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt a. M.
- Brandes, H. (2003): Männlicher Habitus und Gesundheit. In: Blickpunkt DER MANN. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit. 2/2003, S. 10 – 13.
- Coleman, J. (1995): Grundlagen der Sozialtheorie. Band 1. Handlungen und Handlungssysteme. Studienausgabe. München.
- Dinges, M. (2006): Männergesundheit in historischer Perspektive: Die Gene erklären nur den kleineren Teil des Geschlechterunterschieds. In: Blickpunkt DER MANN. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit. 1/2006, S. 21 – 24.
- DAK Forschung (2008): DAK Gesundheitsreport 2008 für Berlin. Hamburg.
- Landmann, U./Kloock, B./König, D./Berg, A. (2007): Sport und Salutogenese – körperliche Aktivität als Gesundheitsfaktor. In: Blickpunkt DER MANN. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit. 4/2006, S. 10 – 15.
- Müller, F./Elbe, M./Sievi, Y. (2006): „Ich habe mir einfach einen kleinen Dienstplan für das Studium gemacht“ – Zur alltäglichen Lebensführung studierender Offiziere. In: Hagen, U. v. (Hrsg.): Armee in der Demokratie. Zum Verhältnis von zivilen und militärischen Prinzipien. Wiesbaden, S. 189-217.
- Müller, H.-P./Wehrich, M. (1994): Lebensweise – Lebensführung – Lebensstile. Eine kommentierte Bibliographie. 3. Auflage. München: Forschungsberichte der Universität der Bundeswehr, Fakultät für Pädagogik. Neubiberg.
- Ramstedt, B. (2007): Welche Vorhersagekraft hat die individuelle Persönlichkeit für inhaltliche sozialwissenschaftliche Variablen? ZUMA Arbeitsbericht, Nr. 2007/01. Mannheim.
- Voß, G. (1995): Entwicklung und Eckpunkte des theoretischen Konzepts. In: Projektgruppe „Alltägliche Lebensführung“ (Hrsg.) (1995): Alltägliche Lebensführung. Arrangements zwischen Traditionalität und Modernisierung. Opladen, S. 23 – 43.

Gesundheit an den Mann bringen! – Fallstudie zu gesundheitsorientierten Freizeitangeboten für Männer

Martin Elbe

Marketing im Non-Profit-Bereich

„Gesundheit an den Mann bringen!“ – Diese Aufforderung richtet sich letztlich an diejenigen, um deren Gesundheit es geht: an die Männer. Wie aber bereits in den Überlegungen zu Lebensstil, Lebensführung und Salutogenese (Elbe 2010, in diesem Band) ausgeführt, gilt es hierbei, Hemmnisse zu überwinden, die systematisch eine verbesserte Gesundheitsorientierung von Männern beeinträchtigen. Gesundheit als Ressource zu begreifen, die den männlichen Habitus stärkt und hierauf seinen Lebensstil abzustellen, ist eben bisher keine Selbstverständlichkeit, sondern bedarf der Vermittlung.

Natürlich gibt es eine Vielzahl von Angeboten, die eine gesunde Lebensweise unterstützt, allerdings erreichen diese Angebote viele der betroffenen Männer nicht, da die Wahrnehmung dieser Gesundheitsangebote (ob es sich dabei nun um die Vorsorgeuntersuchung beim Arzt, die Sportangebote der Vereine oder Hilfestellungen für gesunden Konsum handelt) durch die Lebensführung vieler Männer nicht gefördert wird. Und wer die Angebote nicht sieht, kann sie auch nicht wahrnehmen – also nutzen. Eine Änderung des Lebensstils setzt somit einen Bewusstseinswandel voraus, der sich aber nicht von selbst einstellt. Vielmehr bedarf es hierzu einer aktiven Verbreitung durch die Anbieter. Es bedarf der aktiven Kommunikation und Werbung für die Angebote.

Dies ist allerdings speziell im nicht-kommerziellen Gesundheitsbereich bisher durchaus keine Selbstverständlichkeit, da Werbung vielfach von den Anbietern als unseriöse Selbstdarstellung und als Domäne derjenigen angesehen wird, die es eben nötig haben, den begrenzten Nutzen ihrer Angebote durch intensive Kommunikation eines Nutzenversprechens auszugleichen. Hierbei wird allerdings übersehen, dass auch gute Angebote nur dann angenommen werden können, wenn die Zielgruppe von ihnen Kenntnis hat. In den letzten Jahren hat sich im nicht-kommerziellen Bereich demnach auch der Ansatz der Steuerung von Angeboten aus einer Marktperspektive heraus, das Non-Profit-Marketing verbreitet (z.B. Bruns 2005, Christa 2010).

Non-Profit-Marketing ist viel mehr als nur Werbung, es umfasst eine spezifische Denkhaltung, die sich in „Analyse, Planung, Umsetzung und Kontrolle sämtlicher interner und externer Aktivitäten, die durch eine Ausrichtung am Nutzen und an den Erwartungen der An-

spruchsgruppen“ (Bruns 2005: 63) orientiert ist, äußert. Inhaltlich zeigt sich damit zuerst einmal kein Unterschied zum kommerziellen Marketing, allerdings ist der Gegenstandsbe- reich ein anderer. Meist handelt es sich bei den nicht-kommerziellen Angeboten im Gesund- heitsbereich um Dienstleistungen, deren Erstellung aus sozialem Engagement motiviert ist. Andere Angebote sind im Grenzbereich zwischen sozialen und kommerziellen Angeboten anzusiedeln, so ist beispielsweise die Vorsorgeuntersuchung ein medizinisches Angebot, das in der Regel durch einen freiberuflich tätigen Arzt oder Ärztin erbracht wird, die Lei- stungserbringung und -abrechnung erfolgt aber im Rahmen des geregelten und eben nicht freien Gesundheitsmarkt. Obwohl die Vorsorge-Angebote für Männer ein hohes, präventives Nutzenversprechen einschließen, werden sie vielfach nicht von der Zielgruppe angenom- men. Noch problematischer ist die Erreichung der Zielgruppe für die sozialen, nicht- kommerziellen Angebote, die Männer in ihrem Gesundheitsverhalten fördern sollen. Hier stehen insbesondere gemeinnützige Vereine vor der Herausforderung, eine bürgerschaftlich notwendige Aufgabe erfüllen zu sollen, die einerseits von Freiwilligkeit und Engagement ge- tragen wird, die andererseits aber die Nutznießer dieses Engagements erst aktivieren muss.

In Berlin-Lichtenberg werden Angebote dieser Art z.B. vom Selbsthilfetreff Synapse, einem Projekt des „Kiezspinne FAS e.V.“ erbracht. In Vorbereitung auf den Gesundheitsbericht „Männergesundheit“ des Gesundheitsamts Berlin-Lichtenberg beschlossen deshalb die H:G Hochschule für Gesundheit und Sport und die Synapse zusammen ein Projekt zur Vermark- tung von Gesundheitsangebote für Männer in Lichtenberg aufzulegen. Die Hauptlast des Projekts trugen dabei die Studierenden des Schwerpunkts „Tourismus- und Freizeitmana- gement“ im Studiengang „Sport- und Freizeitmanagement“ an der Hochschule für Gesund- heit und Sport: Nicole Drose, Susanne Sorour, Eva Remedios und Ina Föckeler, denen an dieser Stelle für ihr Engagement, ihre Kreativität und die Erstellung des Projektberichts (Dro- se et al. 2010), deren Ergebnisse in den vorliegenden Text mit eingeflossen sind, gedankt sei.

Gegenstand des Projekts und damit auch der hier referierten Fallstudie sind Angebots- und Selbstanalyse, Zielgruppen und Nachfrageanalyse, Angebotsoptimierung und Nachfrageak- tivierung. Hiermit wird eine angepasste Form des Non-Profit-Marketing für die Synapse ent- worfen, um eine „Kundengruppe“ und damit ein Anliegen der Synapse besser ansprechen zu können: die Gesundheit der Männer in Lichtenberg.

Synapse und Kiezspinne: Angebots- und Selbstanalyse

Der Selbsthilfetreff Synapse ist ein Projekt des „Kiezspinne FAS e.V.“ Mit FAS wird das Aktionszentrum des Vereins, der Berlin-Lichtenberger Stadtteil "Frankfurter Allee Süd" bezeichnet. Die Synapse fördert Menschen mit gesundheitlichen und psychosozialen Problemen in ihrem Einzugsbereich. Hierzu werden insbesondere Selbsthilfegruppen organisiert, Gesundheitskurse angeboten sowie Vorträge zu Gesundheitsthemen und Veranstaltungen organisiert. Das Selbstverständnis der Synapse zeigt sich im Internet-Auftritt der Homepage der „Kiezspinne FAS e.V.“:



Der Selbsthilfetreff SYNAPSE – seit 1994 in Lichtenberg tätig – ist eine Anlaufstelle für Menschen mit gesundheitlichen und psychosozialen Problemen. Hier finden Selbsthilfeinteressierte Information, Beratung und Unterstützung. Es gibt regelmäßige Gesundheitsvorträge, Kurse und Selbsthilfegruppen zu unterschiedlichen Themen.

T 030 5138888 oder 030 55491892 | F 030 51066005
selbsthilfe.synapse@kiezspinne.de
www.kiezspinne.de
Sprechzeiten: Mo 13:00-17:00 Uhr
Di 13:00-16:00 Uhr, Fr 10:00-12:00 Uhr

Abbildung 1: Synapse – Selbstverständnis und Logo

Selbsthilfegruppen dienen der gegenseitigen Unterstützung von Menschen mit ähnlichen sozialen Situationen oder gesundheitlichen Belastungen. Hier treffen sich Menschen mit gleichen Anliegen und Zielen, um spezifischen Herausforderung der Lebensführung zu begegnen, die Situation konkret zu verbessern und auch Freizeit gemeinsam zu verbringen. Folgende Angebote zu Selbsthilfegruppen im Rahmen der Synapse gibt es momentan: Angst / Depression / Psychosen / Krankheiten, Brustkrebs + SHG Beckenbodenprobleme, Darmkrebs, Diabetes, Osteoporose (in Form von Turngruppen), erwachsene Kinder psychisch kranker Eltern, Parkinson, Freizeitgruppen für Singles (je einmal mit / ohne Anmeldung), Kommunikation in Englisch + Konversation, Spanisch, Kartenspielgruppe.

Gesundheitskurse dienen der gesundheitsorientierten Bewegungsförderung und stellen eine nachbarschaftsorientierte Ergänzung der Angebote von Sportvereinen und privaten Sportanbietern im Umfeld dar, die neben der Gesundheitsförderung auch der Freizeitgestaltung dienen. Momentan werden folgende Gesundheitskurse angeboten: Rückensport, TaiChi, Yoga (u.a. auch für die Wirbelsäule), Beckenboden, Hüft-Rücken-Knieschule, Bauch-Beine-Po-Gymnastik, Aerobic, Line Dance, Qigong, Seniorengymnastik, Seniorensinggruppe + Spielgruppe für Senioren, Wandergruppe des Seniorentreffs.

Sowohl die Angebote im Rahmen der Selbsthilfegruppen, als auch der Gesundheitskurse zeigen, dass es bisher keine spezifischen Angebote zur Förderung der Gesundheit von Männern gibt – die Kurse und Gruppen sind zwar auch für Männer offen, deren spezifische Be-

dürfnisse und deren habitusorientierten Handlungsdispositionen kommen die bisherigen Angebote allerdings nur in geringem Maß entgegen, weshalb sich auch der Anteil der teilnehmenden Männer in Grenzen hält.

Mit Hilfe einer SWOT-Analyse (hier werden Stärken, Schwächen, Chancen und Risiken gegeneinander abgewogen; vgl. hierzu in Bezug auf den Non-Profit-Bereich Riemer 2009) lassen sich für die Synapse Verbesserungspotentiale aufzeigen:

Abbildung 2: SWOT-Analyse der Synapse

<p>Strengths (Stärken):</p> <ul style="list-style-type: none"> - als Teil der Kiezspinne etabliert - gute Infrastruktur - gute Kontakte - engagiertes Personal 	<p>Weaknesses (Schwächen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - bisher kaum männerspezifische Angebote - für einzelne Kurse fehlendes spezifisches Fachpersonal - mangelnde Kooperation mit kostengünstigen Trägern
<p>Opportunities (Chancen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusammenarbeit mit Firmen und Vereinen in der Umgebung - Breite Schichten aktivieren (familien- oder generationsübergreifende Angebote) - Etablierung als kompetenter Anbieter für Männergesundheit 	<p>Threats (Risiken):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profilverlust bei zu breitem Angebot - Überforderung der bisherigen Mitarbeiter - falsche oder zu dichte Kommunikationsstrategie in Bezug auf Zielgruppe Männer

Es gilt dementsprechend das Angebot männerspezifisch zu erweitern, dabei auf die Bedürfnisse der Zielgruppe einzugehen und die Spezifika der Synapse zu berücksichtigen. Hierzu bedarf es im nächsten Schritt einer systematischen Umfeldanalyse: Welche Männer wohnen in Lichtenberg, wie ist ihr Gesundheitszustand, wie die soziale Schichtung?

Nachfrage- und Zielgruppenanalyse

Kapitel zwei dieses Gesundheitsberichts gibt einen guten Überblick über die gesundheitsrelevante Sozialstruktur und den Gesundheitszustand von Männern in Berlin-Lichtenberg. Hier zeigt sich, dass insbesondere die Lebensführung der Lichtenberger Männer für die deutlich erhöhte Rate vermeidbarer Todesfälle verantwortlich ist (Ernährung, Nikotin- und Alkoholkonsum, mangelnde Bewegung). Auch der psycho-soziale Gesundheitszustand von Männern in Lichtenberg (gemessen an der altersstandardisierten Suizidrate) ist schlechter als der des weiblichen Bevölkerungsanteils, die Suizidrate deutlich höher und im Alter steigend. Langfristig wird der Anteil der Männer in Lichtenberg zwar weiter sinken, aber auch hier wird ein Alterungseffekt zu verzeichnen sein: Es wird relativ mehr alte Männer geben.

Neben diesen Hinweisen für einen Bedarf an spezifischen Gesundheitsangeboten für Männer in Lichtenberg, der insbesondere auf ein zukünftiges Nachfragepotential im Bereich der Älteren hinweist, zeigt die Sozialstruktur Lichtenbergs generell ein heterogenes Bild und ebenso auch heterogene Entwicklungstendenzen. Während das unmittelbare Umfeld der Synapse (Frankfurter Allee Süd) gemäß der Veränderung der Sozialstruktur in den Jahren 2003 bis 2008 positive Tendenzen auf hohem Niveau aufweist, gibt es speziell im Osten und Norden Lichtenbergs Gegenden mit sich verschlechternder Sozialstruktur (Meinlschmidt 2009: 338). Die Arbeitslosenquote in Lichtenberg liegt leicht unter dem Durchschnitt Berlins. In Bezug auf die Haushaltsstruktur ist festzustellen, dass Lichtenberg vergleichsweise viele Mehr-Personen-Haushalte aufzuweisen hat (Meinlschmidt 2009: 63ff). Hier ist für das Umfeld der Synapse also davon auszugehen, dass Männer in Lichtenberg vergleichsweise gut in Familienstrukturen eingebunden sind.

Die leicht unterdurchschnittliche Anzahl an Arbeitslosen und Ein-Personen-Haushalten rücken in Bezug auf Männergesundheit aktuell eine Klientel besonders in den Fokus der Betrachtung: Die Gruppe der Männer zwischen 40 und 50 Jahren, für die prinzipiell eine besondere gesundheitliche Belastung festzustellen ist. In dieser Altersgruppe erreicht der subjektiv empfundene Gesundheitszustand einen Tiefpunkt, ebenso wie die für Bewegung aufgewendete Zeit, die Arbeitsbelastung erreicht ihren Höhepunkt und die Zeit für Regeneration ihren Tiefpunkt (DAK Forschung 2008, Döge/Volz 2004).

Die Lebenslagen der Männer in Lichtenberg sind zwar heterogen, generell ist aber von überdurchschnittlichen Lebenslagen für Berliner Verhältnisse auszugehen. Dies lässt aber keinen direkten Rückschluss auf die Lebensführung der Männer in Lichtenberg zu und gibt natürlich kaum Hinweise auf die soziale Situation und die Lebensführung im Einzelfall. Die Sozialstrukturanalyse für das Umfeld der Synapse gibt aber wichtige Hinweise auf die Ausgestaltung der Gesundheitsangebote für Männer.

Optimierung der Angebote

Die bisherigen Angebote der Synapse, wie sie oben beschrieben wurden, haben partiell zwar durchaus das Potential Männer (insbesondere der Risikogruppe der 40- bis 50-Jährigen) anzusprechen – zu erwähnen sind hier die Selbsthilfegruppen im Bereich der psychischen Erkrankungen sowie die Rückenschule im Bereich der Gesundheitskurse – doch nehmen bisher an diesen Angeboten Männer kaum teil.

Hier gilt es, zusätzlich Angebote zu entwickeln, die speziell die männlichen Zielgruppen in Bezug auf ihre aktuelle Lebensführung ansprechen und somit das Potenzial haben, einen gesundheits- und damit ressourcenstärkenden Einfluss auf Habitus und Lebensstil der Männer zu entwickeln. Bewegungsbetonte Angebote haben dabei einen besonderen Einfluss auf die Salutogenese von Männern (Landmann et al. 2007), allerdings ist zu berücksichtigen, dass darüber hinaus Angebote zu machen sind, die „Hilfe zur Selbsthilfe“ in Bezug auf eine gesundheitsförderliche Änderung der Lebensführung bieten.

In einem ersten Schritt wurden folgende Angebotsvorschläge entwickelt und hinsichtlich ihrer Praktikabilität und Verträglichkeit im Angebotsportfolio der Synapse bewertet:

- 1) Angebote für Männer mit fehlendem Gesundheitsbewusstsein
- 2) Angebote für Männer mit bestehenden psychischen und körperlichen Krankheiten
- 3) Angebote für Männer mit fehlender Bewegung im Berufsalltag
- 4) Angebote für Betroffene von Mobbing und Burn-Out
- 5) Angebote für Männer ab 45
- 6) Angebote für Männer, die kurz vor der Pensionierung stehen bzw. gerade die Pensionierung erreicht haben
- 7) Angebote für Generationen-, Familien- und Partnersport
- 8) Angebote für Schwule
- 9) Angebote für Männer, die in Trennung oder Scheidung leben
- 10) Angebote für Kochen, richtige Ernährung und Haushaltsführung

Die Breite der möglichen Angebote deckt das Bedarfsspektrum für Gesundheitsangebote an Männer in Lichtenberg prinzipiell recht gut ab, allerdings wäre die Synapse mit der Angebotsbreite momentan überfordert (vgl. SWOT-Analyse im Abschnitt 2). Es gilt zunächst einmal mit einer begrenzten Zahl von Maßnahmen aus dem Bereich der Gesundheitskurse und im Rahmen der Selbsthilfegruppen die Zielgruppe Männer selektiv anzusprechen und durch diese Schwerpunktbildung ein Profil als Anbieter für männerspezifische Gesundheitsmaßnahmen zu erarbeiten. Aufgrund der Sozialstruktur Lichtenbergs ist eine Begrenzung auf Freizeitangebote nicht sinnvoll, Angebote im Bereich der Arbeitswelt sollten somit auch mit berücksichtigt werden. Die Projektgruppe hat dementsprechend folgende Angebote ausgewählt: „[...]“

Angebote für Männer ab 45 nach MuMM50

Es handelt sich um ein Fitnessangebot nach dem Modell MuMM50 (Maßvoll und Motiviert Mitmachen; zum Konzept vgl. <http://www.mumm50.com/>), welches Herz-Kreislauf-Training, flotte Petziballgymnastik, diverse Rückenübungen, allgemeine Dehnübungen, progressive-

Muskelentspannung beinhaltet. [...] Bei der Gruppe „45 bis 49 Jahre“ handelt es sich um die zweitgrößte Männergruppe in Lichtenberg, dicht gefolgt von der Gruppe „50 bis 54 Jahre“. Diese Tatsache in Kombination mit dem Fakt, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Beschwerden am Halte- und Bewegungsapparat zu den häufigsten allgemeinen Beschwerden von Männern zählen, war letztlich ausschlaggebend für die Wahl dieses Angebots als Vorschlag für ein erfolgsversprechendes Angebot der Synapse. Durch geschickte Kombination der oben genannten Übungen werden zielgerichtet die größten gesundheitlichen Probleme thematisiert und bearbeitet. Dieses Kursangebot eignet sich inhaltlich auch sehr gut für Männer mit Migrationshintergrund, wenn hierbei Trainer mit eigenem Migrationshintergrund aktiv sind.[...]

Angebote für Generationen-, Familien- und Partnersport:

Inhalt sind kooperative physische Übungen, die nur funktionieren, wenn die jeweiligen Partner Hand in Hand arbeiten, sich gegenseitig unterstützen und jeweils die Stärken und Schwächen beider Parteien berücksichtigt und genutzt werden, z.B.: Kraftübungen für Väter mit dem Körpergewicht ihrer Söhne, Geschicklichkeitsübungen für Kinder unterstützt vom Vater/Großvater, Konzentrations- und Geschicklichkeitsübungen wie Treppen steigen für Großväter, unterstützt vom Enkelkind, Erlebnistouren oder Sinnespfade für Paare oder Familie (z.B. inklusive Vertrauensübungen wie ‚Blind führen‘ oder Aufgabenstellungen in der Natur, die Kooperation, Kommunikation und so weiter fördern), Partnergymnastikübungen für Paare [...].

Angebote in und für Firmen und Vereine

Der Grundgedanke hinter diesem Angebot ist, speziell auf Firmen und Vereine zugeschnittene Kurse mit der Überschrift „Fit für den Beruf“ anzubieten. Gerade diese Anspielung könnte die Kurse für Männer attraktiv machen, die ihren beruflichen Erfolg durch Fitness und Gesundheit steigern möchten. Denn Männer setzen ihre Prioritäten anders als Frauen. Richtige Bewegung und Ernährung spielen dabei eine eher untergeordnete Rolle [...]. Hier konnten die beiden Angebote aus der oben genannten Vorauswahl für ‚Männer mit fehlender Bewegung im Berufsalltag‘ und für ‚Betroffene von Mobbing und Burn-Out‘ geschickt kombiniert werden. Mit diesem neuen Angebot können zwei Ziele verfolgt werden: die allgemeine Fitness der Mitarbeiter oder Vereinsmitglieder erhöhen, bzw. dieselben Inhalte bearbeiten, die durch das oben genannte Programm MuMM 45 angegangen werden. Der Kursinhalt sollte einen Gegensatz zum beruflichen Alltag bilden (Beispiel: bei sitzender Bürotätigkeit wird Laufen oder Muskelaufbau unter dem Stichwort ‚Six-Pack‘ angeboten), speziell für die potenziellen Firmenkunden können Kurse angeboten werden, welche Themen wie „Mobbing und Burn Out vorbeugen /bekämpfen“ aufgreifen.[...]

Angebote für Kochen, richtige Ernährung und Haushaltsführung

Diese Kurse richten sich an berufstätige Männer, Singles, Männer, die kurz vor Ihrer Pensionierung stehen und sich deshalb künftig öfter selbst bekochen müssen oder ein neues Hobby suchen/brauchen und an Männer, die einfach gerne kochen oder künftig Frauen mit ihren Künsten beeindrucken möchten.

Ziel soll es sein, einfache, gesunde Gerichte für den Mann von heute zu kochen. Die Besonderheit an diesem Angebot ist, dass sich der Inhalt bzw. das Thema der einzelnen Kurseinheiten konkret an den aktuellen Angeboten der Discounter orientieren soll. Somit ist ein abwechslungsreiches Programm gewährleistet, die Teilnehmer kennen die genauen Kosten für das Menü und werden eventuell mit Lebensmitteln vertraut gemacht, die sie bisher nicht eingekauft haben. Diese Vorgehensweise ist sehr praxisorientiert, da die Alltagstauglichkeit in den Vordergrund gerückt wird und somit für die Teilnehmer ein reeller Nutzen geschaffen wird. [...]

Angebote für Männer mit fehlendem Gesundheitsbewusstsein

Dieses Kursangebot basiert ebenfalls auf der oben bereits erwähnten Tatsache des allgemein fehlenden Gesundheitsbewusstseins der Männer. Jedoch ebenso bekannt und verbreitet ist die Tatsache, dass Männer überwiegend ihrem eigenen Auto besondere Wertschätzung zukommen lassen. Diese beiden Fakten sollen mit dem fünften und letzten Angebotsvorschlag sinnvoll verknüpft werden: „Mann“ kann sein Auto-TÜV prüfen lassen und währenddessen bei einem Arzt vor Ort einen Männer Check-Up vornehmen, und dadurch die Zeit sinnvoll überbrücken. Männer sollen also gezielt durch TÜV-Aktionen in die Synapse „gelockt“ werden, um vor Ort zweierlei Check-Ups durchführen zu können. Zusätzlich zur „Männer Check-Up-Ärzteaktion“ bietet sich auch eine Hobby-Woche an, die sich neben typischen „Männerhobbies“ eben auch mit der Gesundheit beschäftigt. [...]“ (Drose et al. 2010: 28ff). Bei der Auswahl dieser Angebote wurden die SWOT-Analyse und die spezifischen Wünsche der Synapse ebenso berücksichtigt, wie die Zielgruppenanalyse. Ziel war sowohl eine sinnvolle Ergänzung zum bestehenden Angebotsportfolio der Synapse zu finden, als auch ein Angebot zu schaffen, das Männer in ihrer alltäglichen Lebensführung unterstützt und anspricht, dass also ein Beitrag in Richtung einer gesundheitsförderlichen Änderung des Lebensstils geleistet wird.

Nachfrageaktivierung: Auswahl der Marketingmaßnahmen

Im Projektbericht (Drose et al. 2010) werden dezidierte Vorschläge zur Nachfrageaktivierung sowohl für Gesundheitskurse, als auch für den Bereich der Selbsthilfegruppen gemacht. Zusammenfassend lässt sich feststellen: „Im Gesamten bleibt festzuhalten, dass der Marke-

tingmix abgedeckt ist mit Produkt-, Kommunikations- und Distributionspolitik. Auch innerhalb der Preispolitik bleibt festzuhalten, dass dies mit einem geringfügigen Budget machbar sein sollte. Mit der Hilfe eines Praktikanten spart man bereits an Personalkosten, insbesondere wenn ein Student oder ein Praktikant mit Marketingfahrung und/oder Erfahrung im Bereich Design und Gestaltung gewonnen werden kann. Ferner werden die Werbetafeln an den S-Bahnstationen nur im Kursgebiet Generationen-/Partner-/Familiensport genutzt. Flyer und Informationsbroschüren werden gezielt verteilt und nur in benötigter Menge gedruckt, also keine Massenproduktion. Im Kiezblatt selbst sollten Werbemaßnahmen keinerlei Probleme darstellen, ebenso in den Schaukästen“ (Drose et al. 2010: 39). Erste Maßnahmen zur Umsetzung wurden bereits eingeleitet.

Ein Bericht über das Projekt wurde in der Kiezzeitung „Orangerie“ (Kiezspinne FAS e.V. 2010: 5) veröffentlicht:

Abbildung 3: Prof. Dr. Martin Elbe mit studentischer Gruppe in der Kiezspinne



Auch wurde an der H:G Hochschule für Gesundheit und Sport eine Praktikumsstelle bei der Synapse ausgeschrieben, die insbesondere Studierende des Studiengangs „Sport und angewandte Trainingswissenschaft“ ansprechen soll, die neben trainingswissenschaftlicher Kompetenz auch Kenntnisse aus dem Sportmanagement (und Sportmarketing) mitbringen.

Den spezifischen Gegebenheiten der Synapse als Non-Profit-Organisation, kann durch die Rekrutierung unterschiedlicher Kooperationspartner (insbesondere durch die Firmenangebote) Rechnung getragen werden, wodurch zusätzliche Chancen zur Gewinnung von Sponsoren entstehen. Insgesamt wurde somit ein umfassendes Marketingkonzept zur Förderung der Männergesundheit durch die Synapse erstellt.

Zusammenfassung

Das Schlusswort dieses Artikels soll der Projektgruppe vorbehalten bleiben:

„Um das Ziel dieses Projekts zu erreichen, nämlich Gesundheit an den Mann zu bringen, ist es wichtig, die Zielgruppe ‚Mann‘ mit Informationen zu versorgen und langsam an die Themen Gesundheit und Vorsorge heranzuführen. [...] Gleichzeitig soll durch humorvolle und zielgruppengerechte Ansprachen ein unbeschwerter Einstieg in die Thematik ermöglicht werden. Dabei kann die Sensibilisierung der Männer vor allem hervorgerufen werden, in dem die Angebote derart gestaltet werden, dass die Männer, die dazu neigen, sich nicht um ihre Gesundheit zu bemühen, „auf dem richtigen Fuß“ erwischt werden. Dazu bietet sich hierbei häufig der indirekte Weg durch die Kombination mit einem zweiten, nicht vordergründig gesundheitsrelevanten Thema an. [...] Um jedoch ein Umdenken in der männlichen Gesellschaft zu erzielen, muss zunächst der Einzelne angesprochen und erreicht werden [...].

Zugang zu der einzelnen Person ist dabei der vorherrschende Lebensstil, der den momentan gelebten männlichen Habitus prägt. Eben dieser Habitus muss durch Einflüsse und Aktionen, wie die im Zuge dieses Projekts ausgearbeiteten Angebote, aufgeschlüsselt werden und anschließend grundlegend umgelenkt und verändert werden. Nur so kann eine nachhaltige Veränderung der Lebensführung, also des tagtäglichen Tuns ausgelöst werden, was wiederum eine dauerhafte Veränderung des Lebensstils bewirkt. Die Summe aller Männer, die es geschafft haben, ihren Lebensstil derart zu verändern, dass das Gesundheitsbewusstsein ein fester Bestandteil ihres Lebens geworden ist, ergibt schließlich eine neue, veränderte Männergesellschaft.“ (Drose et al. 2010:39f).

Literatur

Bruhn, M. (2005): Marketing für Nonprofit-Organisationen: Grundlagen, Konzepte, Instrumente. Stuttgart: Kohlhammer.

Christa, H. (2010): Grundwissen Sozio-Marketing. Konzeptionelle und strategische Grundlagen für soziale Organisationen. Wiesbaden: VS Verlag.

DAK Forschung (2008): DAK Gesundheitsreport 2008 für Berlin. Hamburg: DAK.

Döge, P./Volz, R.(2004): „Männer - weder Paschas noch Nestflüchter. Aspekte der Zeitverwendung von Männern nach den Daten der Zeitbudgetstudie 2001 / 2002“ in: Aus Politik und Zeitgeschichte, Beilage zur Zeitschrift „Das Parlament“, Oktober 2004.

Drose, N./Sorour, S./Remedios, E./Föckeler, I. (2010): ‚Gesundheit an den Mann bringen in der Synapse‘. Projektbericht an der H:G Hochschule für Gesundheit und Sport Berlin.

Elbe, M. (2010): Lebensstil, Lebensführung und Salutogenese: Zur Erklärung männlichen Gesundheitsverhaltens. In diesem Band.

Kiezspinne FAS e.V. (2010): Orangerie 5/2010. Kiezblatt des Kiezspinne FAS e.V.

Landmann, U./Kloock, B./König, D./Berg, A. (2007): Sport und Salutogenese – körperliche Aktivität als Gesundheitsfaktor. In: Blickpunkt DER MANN. Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit. 4/2006, S. 10 – 15.

Meinlschmidt, G. (2009): Sozialstrukturatlas Berlin 2008. Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen Sozialraumanalyse und -planung. Berlin: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz.

Riemer, K. (2009): Kommunikation von Nonprofit-Organisationen. Grundlagen der Kommunikationspolitik und SWOT-Analyse der UNICEF Deutschland. München: AVM.

Umgang mit Freizeit und Medien

Torsten Jens Adrian

Die meisten theoretischen Überlegungen zum Freizeitverhalten stellen alters-, herkunfts- oder bildungsspezifische Aspekte in den Vordergrund. Geschlechtsspezifische Unterschiede werden dabei häufig ausgeklammert. Wenn man jedoch auf zurückliegende Epochen verschiedenster Kulturen zurückblickt, stellt man fest, dass es immer Unterschiede im Freizeit- und Spielverhalten zwischen den Heranwachsenden der beiden Geschlechter gegeben hat. So waren Ballspiele wie Jägerball oder Nationenball Anfang des 20. Jahrhunderts in Deutschland als typische "Knabenspiele" etikettiert, während Sing- und Kreisspiele als "Mädchenspiele" betrachtet wurden. Während die Mädchen im Laufe der Jahre die Spiele der Jungen für sich erobert haben und sich immer weiter von stark geschlechtsorientierten Freizeitbeschäftigungen gelöst haben, ist das Interesse von Jungen an Mädchenspielen stets relativ gering geblieben.

Daher ist es nicht überraschend, wenn neuere Studien¹ zu dem Ergebnis kommen, dass selbst die gesellschaftlichen Veränderungen und die damit verbundene zunehmende Emanzipation der jungen Mädchen und Frauen im Alltag die geschlechtsspezifischen Unterschiede auch und gerade im Freizeitverhalten nicht verwischt haben. Frauen favorisieren demnach mehr kommunikativ-entspannungsorientierte Freizeitbeschäftigungen. Sie telefonieren deutlich mehr als Männer (w: 94 % - m: 86%), lesen mehr Bücher (w: 94 % - m: 86%) und schreiben etwas mehr Briefe (w: 94 % - m: 86%). Jede achte Frau geht regelmäßig in die Kirche und fast zwei Drittel der Frauen (63%) zählen das „Sich-in-Ruhe-pflegen“ zur häufigsten Freizeitbeschäftigung (m: 45%). Insbesondere Telefonieren und Briefeschreiben deuten darauf hin, dass Frauen stärker an einer Kontaktaufnahme interessiert sind oder stellvertretend für die übrigen Familienmitglieder die Kommunikation nach draußen nicht abreißen lassen. Sie müssen die Kontakte aufnehmen oder die Verbindung aufrechterhalten.

Männer praktizieren dagegen ein eher aktiv-leistungsbezogenes Freizeitverhalten. Fast jeder vierte Mann ist zu Hause regelmäßig handwerklich tätig (m: 24 % - w: 8%). Auch das aktive Sporttreiben ist bis heute eine männliche Domäne geblieben (m: 36 % - w: 29%), der Besuch von Sportveranstaltungen ebenfalls (m: 14 % - w: 7%). Bemerkenswert ist überdies, dass deutlich mehr Männer Erotik und Sex zu den am häufigsten ausgeübten Freizeitbeschäftigungen zählen (m: 47 % - w: 32%). Auch ist für mehr als doppelt so viel Männer wie Frauen der schönste Platz noch immer an der Theke in der Kneipe (m: 16 % - w: 6%).

¹ B•A•T Freizeit-Monitor 2004; Metaanalyse von 2005 bis 2008 des IFT

Die weiblichen Freizeitaktivitäten wirken vielfach anspruchsvoller. Dies ist nicht etwa eine Frage der Berufstätigkeit der meisten Männer, denn deutlich mehr berufstätige Frauen (45%) als berufstätige Männer (24%) zählen Bücherlesen zu ihren Hauptbeschäftigungen in der Freizeit. Im Vergleich zu den Frauen zeigen die Männer eine stärkere Leistungsorientierung in Verbindung mit dem Außer-Haus-Charakter vieler Tätigkeiten.

Mehrere Untersuchungen², die das Verhalten von weiblichen Kindern und Jugendlichen im Alter von 10-19 Jahren untersuchten, veranschaulichen, dass es vor allem noch große Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt, was die Nutzung von öffentlichem Raum als Freizeitort betrifft. Mädchen sind deutlich seltener im Freien anzutreffen. Öffentliche Freiflächen wie Spiel- und Sportplätze, aber auch Wald, Parks, Straßen und Plätze werden hauptsächlich von Kindern und Jugendlichen männlichen Geschlechts als Freizeitorte genutzt. In engem Zusammenhang zur Nutzung der räumlichen Umwelt stehen die von den Geschlechtern ausgeübten Freizeitaktivitäten: Mädchentypisch sind also immer noch standortgebundene Spiele bzw. Spiele, die auf kleinem Raum, oft auch im Haus gespielt werden können. Jungentypisch dagegen sind Spiele, bei denen Raum erobert und ein Ziel erreicht wird. Dazu sind in der Regel in stärkerem Maße räumliche Orientierungsfähigkeit, hohe motorische Kompetenzen und strategisches Denken erforderlich als bei den Mädchenspielen.

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei den Interessen der älteren Jugendlichen. Bei einer Befragung von 12-24-jährigen Jugendlichen nannten die weiblichen Befragten bevorzugt Aktivitäten wie Freundin/Freunde treffen, Zeichnen/Malen/Fotografieren, Einkaufs- und Schaufensterbummel machen, in die Disko gehen/Tanzen, mal ganz für sich allein sein, ausspannen usw.. Die männlichen Befragten gaben dagegen an, gern Sport zu treiben, Fernzusehen, mit dem Computer zu spielen, mit dem Fahrrad/Moped/Auto in der Gegend herumzufahren.

Das Freizeitverhalten beider Geschlechter wurde in den letzten Jahren in erster Linie durch den stetig wachsenden Medienkonsum geprägt. Fast alle Kinder und Jugendlichen spielen und lernen heute am PC. Vor allem männliche Jugendliche verbringen immer mehr Stunden vor dem Computer als in der realen Welt. Computerspiele stehen bei ihnen auf dem zweiten Platz der beliebtesten Freizeitaktivitäten und werden nur vom Fernsehen übertroffen. In einer Untersuchung von 44610 Jugendlichen stellte das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen fest, dass 23,2 Prozent der Jungen täglich zwischen 2,5 Stunden und 4,5 Stunden spielen und weitere 15,8 % über 4,5 Stunden. 2,7 % der 15-Jährigen sind computer-süchtig und über 3% gefährdet, die meisten davon Jungen. In Online-Rollenspielen ziehen sie als Helden durch verwunschene Wälder oder schleichen sich mit Maschinengewehr, Pis-

² z.B. Nötzel, 1987; Lever 1976 5.27, Cotterell 1991, S. 32 u.a.

tole und Messer in der Hand durch Häuserzeilen im Kampf gegen Terroristen oder Polizisten. Sie gründen virtuelle Freundschaften, während echte, d.h. reale Beziehungen in der Außenwelt, sich auflösen. Wenn man lang genug spielt und erfolgreiche Schlachten schlägt, dann eilt einem Spieler bald der Ruf von Stärke und Autorität voraus – Gefühle, die der Alltag den Jungen allzu oft verwehrt.

In der Partnerschaft kommen die meisten Anregungen und Ideen für die gemeinsame Freizeitgestaltung von den Frauen. Viele Frauen betrachten sich als „Motor für alles“, was in der Freizeit getan wird. Als Hauptursache hierfür gelten die Trägheit, Bequemlichkeit und manchmal auch Ideenlosigkeit des männlichen Partners. Einige Zitate: „Von ihm kommt überhaupt nichts“ oder „Ich muss ihn in der Freizeit wirklich erstmal aufstacheln“ oder „Ich muss meinen Mann immer mitreißen.“

Das Bemerkenswerte dabei ist, dass sich Männer in ihrer passiven Rolle auch noch wohl fühlen, gern aktiviert werden wollen und sich wie Kinder über jede neue Freizeitidee freuen können. Einige Zitate: „Bei uns ist das so, dass ich meinen Mann animieren muss, „irgendwas“ zu unternehmen. Dass ich dann auch Theater- und Konzertkarten besorge. Aber dann geht er auch freudestrahlend mit“ oder „Sie ist eigentlich die stärkere Freizeitgestalterin. Öfters frag ich schon mal: Was läuft heute Abend noch oder wie sieht das Wochenende aus? Na ja, und dann lässt sie sich eben was einfallen“.

Keine Spur von Konkurrenzdenken. Wenn von der weiblichen Partnerseite nichts käme, „würde auch nichts geschehen“. Übernimmt sie endlich die Freizeitinitiative, dann „findet er das ganz wunderbar“. Viele Männer gefallen sich in der Rolle des Freizeit-Paschas. Schließlich sind Männer in ihrer Freizeit auch sozial weniger engagiert als Frauen. In der Nachbarschaftshilfe, Altenpflege oder Gemeindefarbeit hört man häufig Sätze wie: „In Alten- und Pflegeheimen hab’ ich noch nie einen Mann freiwillig arbeiten gesehen“ oder „Wenn zum Beispiel ein Mann arbeitslos ist, der käme doch nie auf die Idee, eine Spielgruppe mit Kindern zu machen oder irgendwas mit seiner überschüssigen Freizeit für andere zu tun“ oder „sich um kranke Nachbarn kümmern. Das machen doch immer nur Frauen“.

Männer mögen sich für soziale Ehre und soziale Revolutionen zuständig fühlen, die soziale Arbeit überlassen sie meist den Frauen.

Jungen und Gesundheitsförderung

Susan Siebdrath

Die WHO veröffentlichte in der Ottawa-Charta (1986, 1997) grundlegende Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung (BZgA 2003). Eine dieser Strategien ist das Befähigen und Ermöglichen. Sie bezieht sich auf die „Förderung von Kompetenzen für gesundheitsrelevantes Verhalten, die soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes verringern sollen“ (BZgA 2003, S.74). Besonders im Kindes- und Jugendalter kommt es zum „Erlernen, Erproben und Stabilisieren von Verhaltensweisen, die in höheren Altersgruppen konkrete Gefährdung bedeuten können“ (Lohaus 2006, S.13). Lebens- und Entwicklungschancen sind eng mit dem Gesundheitsstatus und den erlernten Verhaltensweisen in der Kindheit verbunden (Lenzen 2008). Damit erklärt sich die Notwendigkeit einer früh einsetzenden Gesundheitsförderung, die Möglichkeiten der Einflussnahme auf Gesundheitsverhalten wahrnehmen will. Die Mehrzahl der Modelle des Gesundheitsverhaltens geht von fünf Faktoren aus, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen: „Handlungsergebniserwartung, Selbstwirksamkeitserwartung, Risikowahrnehmung, Wahrnehmung der Schwere des Problems und wahrgenommene soziale Erwünschtheit“ (Lohaus 2006, S.235).

Das Konzept der allgemeinen Selbstwirksamkeit (self-efficacy) nach Albert Bandura (1997) bezieht sich auf die subjektive Gewissheit, neue oder schwierige Anforderungssituationen auf Grund eigener Kompetenz bewältigen zu können. Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen der so genannten Selbstwirksamkeitsüberzeugungen, die sich ausdrücklich auf die personale Abhängigkeit von Handlungen bzw. Verhaltensweisen richten, und damit dem, was alltagssprachlich als „Selbstvertrauen“ bezeichnet wird, sehr nahe kommt. Das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, über Kompetenzen persönlich zu verfügen, gilt als Voraussetzung für das Erlernen und Umsetzen gesundheitsförderlichen Verhaltens. Daher ist der „Aufbau von Selbstwirksamkeit eine wichtige Aufgabe einer Gesundheitsförderung, die Verhalten beeinflussen soll“ (Lohaus 2006 S. 41).

Besonders in sozial schwachen Regionen, in denen wenige Freizeitangebote für Jugendliche existieren und bevorzugt Familien mit Unterstützungsbedarf wohnen, scheint die Gesundheitsgefährdung von Kindern und Jugendlichen maßgeblich höher zu sein. So sind „sozial benachteiligte Kinder- und Jugendliche neben individuellen Risikofaktoren noch weiteren Faktoren ausgesetzt, die ihre Ursache in der Umwelt haben und die krankheitsverursachend wirken können“ (Lenzen 2008, S.40). Außerdem besteht die Gefahr, dass Familien sich vom gesellschaftlichen Leben zurück ziehen und deren Kinder und Jugendliche kaum Möglichkeit erhalten, eigenen Kompetenzen zu entdecken und zu entfalten. Verhaltensmuster und Lebensumstände können unter Umständen das gesundheitsbezogene Verhalten der Betroffenen beeinflussen. „Kinder aus sozial benachteiligten Familien benötigen besondere Förde-

rung der Gesundheitspotentiale, wie beispielsweise die Stärkung von Entwicklungs- und Verhaltensweisen, soziale Integration, nachbarschaftliche Netzwerke usw.“ (Lenzen 2008, S.44). Zu einer solchen Region zählt der „Fennpfuhl“ in Berlin Lichtenberg. Hier wird im Projekt der [‘blu:boks] – BERLIN versucht, bestehender und zukünftiger Gesundheitsgefährdung von Kindern und Jugendlichen entgegen zu wirken.

Das blaue Kreuz Deutschland e.V. (BKD) äußert in der Beschreibung des Vorhabens aufgrund der Lebensumstände und Verhaltensmuster der Betroffenen, besonders in der Affinität zu suchtgefährdenden Substanzen Gefahren zu sehen. Es antwortet auf diese Problematik mit dem auf Prävention ausgerichteten Projekt [‘blu:boks] – BERLIN, das im Stadtteil Fennpfuhl in Berlin Lichtenberg durchgeführt wird. Das BKD initiiert seit Juni 2009 das Vorhaben, Kindern und Jugendlichen zwischen 6 und 18 Jahren aus der Region Lichtenberg im Rahmen darstellerischer Tätigkeiten Möglichkeiten zur persönlichen Entwicklung und Stärkung eigener Kompetenzen anzubieten und so deren Selbstwirksamkeit zu stärken. Die Kinder und Jugendlichen nehmen in ihrer Freizeit an wöchentlichen Workshops zu Tanz, Musik, Gesang, Schauspiel usw. teil und erhalten die Möglichkeit, Gelerntes in öffentlichen Auftritten zu präsentieren.

In der empirischen Begleitung des Projektes wurde untersucht, ob sich die Selbstwirksamkeit der teilnehmenden Kinder und Jugendlichen verändert und ob sich dadurch Aussagen auf das Gesundheitsbewusstsein der Kinder und Jugendlichen ableiten lassen. In die Auswertung wurden diesbezüglich die Angaben von drei Mädchen und drei Jungen im Alter von 10 – 12 Jahren einbezogen und verglichen, die in Interviews ermittelt wurden. Sie beziehen sich ausschließlich auf das Projekt der [‘blu:boks] – BERLIN. Prospektive Schlussfolgerungen müssen dabei offen bleiben. Folgende Ergebnisse konnten festgehalten werden:

Die subjektiv wahrgenommene Selbstwirksamkeit der befragten Teilnehmer konnte gesteigert werden. Geschlechtsspezifische Unterschiede fallen dabei gering aus. Mädchen äußerten vorrangig einen Kompetenzzuwachs bei tänzerischen Fähigkeiten, was mehr Selbstwertgefühl, Anerkennung in der Peergruppe und Sicherheit im Auftreten mit sich bringt. Bei Jungen hingegen ist der Zuwachs sozialer Kompetenzen ausgeprägter. Sie äußerten, anderen mehr Wertschätzung entgegen zu bringen und Veränderungen im Umgang mit Freunden oder Familienmitgliedern zu erleben.

Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens sind geschlechtsspezifische Unterschiede deutlicher. Mädchen scheinen in diesem Alter über ein höheres Maß an Sensibilität für die eigene Gesundheit zu verfügen und sind zurückhaltender gegenüber gesundheitsriskantem Verhalten. Den weiblichen Probanden erscheint besonders wichtig, sich Erlerntes zu erhalten und nicht beispielsweise durch Alkohol oder Tabakkonsum zu zerstören. Den befragten Jungen fiel es

schwerer, sich zu ihrem Gesundheitsverhalten zu äußern. Es stellt sich eine weniger starke Wahrnehmung für die eigene Gesundheit dar. Allenfalls lässt sich eine Verstärkung der bereits im Vorfeld vorhandenen Ablehnung von Suchtmitteln erkennen.

Zusammenfassend kann davon ausgegangen werden, dass die teilnehmenden Kinder und Jugendlichen von dem Projekt der [blu:boks] – BERLIN profitieren. Die festgestellte Steigerung der Selbstwirksamkeit darf als Beleg für neue Verhaltenskompetenzen gesehen werden. Im Kontext eigener Handlungserfahrungen gilt dies als in zahlreichen Studien nachgewiesener Prädiktor für Kurzzeit – und Langzeiterfolge in Bezug auf Verhaltensänderungen (Bengel 1993). Daher ist es besonders wichtig, Präventionsprogramme in den Lebens- und Erfahrungswelten der Zielgruppe anzusiedeln (Jerusalem 2003) und eigenaktive Handlungsmöglichkeiten zu schaffen, welche die entsprechenden Peergruppen der Teilnehmer einbeziehen. Inwiefern Jungen davon noch stärker profitieren bzw. stärker für ihre eigene Wahrnehmung und ihr Gesundheitsverhalten sensibilisiert werden können, bleibt Aufgabe der Präventionsforschung.

Literatur

Bandura, A. (1997): Self-Efficacy - The exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company

Bengel, J. (1993): Gesundheit - Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten (Bd. Gesundheitspsychologie 3). (W. Krohne, P. Netter, L. Schmidt, & R. Schwarzer, Hrsg.) Göttingen: Hogrefe

BZgA (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo. 4. erweiterte und überarbeitete Auflage

Geene, R.; Gold, C. (2000): Gesundheit für alle! Wie können arme Menschen von präventiver und kurativer Gesundheitsversorgung erreicht werden? Berlin: Verlag b_books

Jerusalem, M.; Weber, H. (2003): Psychologische Gesundheitsförderung, Diagnostik und Prävention. Göttingen: Hogrefe

Lenzen, J. (2008): Gesundheitsförderung bei sozial beteiligten Kindern, Möglichkeiten und Nutzen von sozialen Netzwerken. Hamburg: Diplomica Verlag

Lohaus, A.; Jerusalem, M.; Klein-Heßling, J. (2006): Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen: Hogrefe

Gesundheit von männlichen Schulanfängern

Konstanze Dreßler-Bätz

Im Bezirk Lichtenberg werden seit 2005 die Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen ausgewertet und in einem Kindergesundheitsbericht veröffentlicht. Alle Eltern sind nach dem Schulgesetz verpflichtet, ihre Kinder vor der Einschulung schulärztlich untersuchen zu lassen. Die Einschulungsuntersuchung ist damit die einzige gesetzlich vorgeschriebene Untersuchung und gibt somit Auskunft über die Entwicklungssituation der Kinder eines kompletten Jahrganges und bietet den Verantwortlichen eine wichtige Planungsgrundlage für Handlungsansätze und Bedarfe.

Bei der Einschulungsuntersuchung wird überprüft, ob gesundheitliche oder entwicklungsbedingte Einschränkungen bestehen, die für den Schulbesuch von Bedeutung sind und möglicherweise einen Förderbedarf begründen. Bestandteil der Untersuchung ist die Feststellung der körperlichen Entwicklung einschließlich Größe und Gewicht, Seh- und Hörprüfung, Gebisszustand sowie die Feststellung des motorischen und kognitiven Entwicklungsstandes und der Sprach- und Sprechfähigkeit. Die Schuleingangsuntersuchungen werden nach einheitlichem Standard durch die Schulärztinnen und Schulärzte des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes vorgenommen. Die über die Jahre erhobenen Befunde zeigen in allen Bereichen, dass Jungen sich insgesamt langsamer entwickeln als Mädchen und auch im Gesundheits- und Risikoverhalten (gemessen am Zahnstatus, Übergewicht und Fernsehkonsum) schlechter abschneiden als Mädchen desselben Alters.

Tabelle 1
Fernsehkonsum (Kindergesundheitsbericht Berlin 2008) Angaben in %

	kein Konsum	≤ 1 h	≤ 2 h	≤ 3 h	≥ 3 h
Jungen	8,7	58	23,4	7,8	2,1
Mädchen	9,5	58,6	22,6	7,4	2,0

Auch beim Gebisszustand als Parameter der Güte der Zahnpflege im Sinne eines Gesundheitsverhaltens zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede.

Tabelle 2
Gebisszustand (Kindergesundheitsbericht Berlin 2008) Angaben in %

	Zähne versorgt	sanierungsbedürftig	Karies/Extraktionen
Jungen	83,4	10,3	6,3
Mädchen	85,4	9,1	5,5

Ein gesundes Milchgebiss spielt in mehrfacher Hinsicht eine wichtige Rolle für die weitere Entwicklung eines Kindes. Das Milchgebiss hat neben der Kaufunktion auch eine Platzhalterfunktion für die bleibenden Zähne und ist für eine fehlerfreie Aussprache (z.B. Lispeln nach frühem Verlust der oberen Schneidezähne) wichtig. Dem Zahnpflegeverhalten kommt daher bereits im Kleinkindalter eine wichtige Bedeutung zu, da der frühzeitige Beginn einer regelmäßig und routinemäßig durchgeführten Zahnpflege Einfluss auf das Zahnpflegeverhalten im Schul- und Erwachsenenalter hat. Dabei schließt der Begriff Zahnpflege adäquates Zahnputzverhalten, gesunde Ernährung und die Einleitung von Sanierungsmaßnahmen bei eingetretener Karies mit ein.

Bei der Einschulungsuntersuchung werden Körpergröße und Gewicht der Kinder gemessen und daraus der Body-Mass-Index ($BMI = \text{Gewicht (kg)}/\text{Körpergröße (m)}^2$) errechnet. Anhand von Normwerttabellen von Kromeyer-Hauschild entsprechend der Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft Adipositas werden die Einschüler/innen anhand alters- und geschlechtsspezifischer Grenzwerte in deutlich untergewichtige ($\leq 3.P.$), untergewichtige ($\leq 10.p.$), normalgewichtige, übergewichtige ($\geq 90.P.$) und adipöse Kinder ($\geq 97.P.$) eingeteilt.

Tabelle 3
Körpergewicht (Kindergesundheitsbericht Berlin 2008) Angaben in %

	Normal	Übergewichtig 90.-97.P.	Adipös $\geq 97.P.$
Jungen	81,6	7,2	4,5
Mädchen	81,8	6,5	4,4

Bei der Einschulungsuntersuchung in Lichtenberg 2008 erhöhte sich der Anteil der übergewichtigen Jungen im Vergleich zum Vorjahr von 4,5% auf 7,5%, wohingegen sich der Anteil adipöser Jungen leicht um 0,2% auf 4,5% verringerte, was insgesamt dem Berliner Durchschnitt entspricht. Zur Feststellung des Entwicklungsstandes der Kinder wird bei den Einschulungsuntersuchungen seit 2005 das Instrument S-ENS (Screening des Entwicklungsstandes bei den Einschulungsuntersuchungen) eingesetzt. Dieses wurde für Kinder ab 5 Jahren konzipiert und beinhaltet motorische, kognitive und sprachliche Tests.

Der Subtest „Körperkoordination“ wird zur Beurteilung der grobmotorischen Fähigkeiten eines Kindes herangezogen. Im Subtest „Visuomotorik“ werden feinmotorische Fähigkeiten sowie visuelle Perzeptionsmöglichkeiten geprüft. Der Bereich „visuelle Wahrnehmung und Informationsverarbeitung“ erfasst die Fähigkeit des Kindes, Unterschiede und Regeln zu erkennen und wiederzugeben bzw. eine Figur wieder zu erkennen. Die Entwicklungstests bei der ESU 2008 ergaben, dass im Bezirksdurchschnitt 73,4% der Kinder in der Körperkoordi-

nation, 73,1% der Kinder in der Visuomotorik und 79,2% der Kinder in der visuellen Wahrnehmung unauffällig waren. Diese Ergebnisse stellen eine Verschlechterung gegenüber 2007 dar. In allen 3 Subtesten hatten Jungen, wie auch bei den Schuleingangsuntersuchungen der vergangenen Jahre, schlechtere Ergebnisse als Mädchen.

Tabelle 4
Ergebnisse Subtests (S-ENS) nach Geschlecht (Kindergesundheitsbericht 2010 Lichtenberg)
Angaben in %

	Grenzwertig	Auffällig
Körperkoordination Jungen	14,2	18,2
Körperkoordination Mädchen	10,9	9,5
Visuomotorik Jungen	11,8	18,6
Visuomotorik Mädchen	8,7	14,5
Visuelle Wahrnehmung Jungen	10,4	12,2
Visuelle Wahrnehmung Mädchen	9,7	9,1

Diese Zahlen decken sich in etwa mit den Ergebnissen im Berliner Vergleich. Auch die Sprachfähigkeit der Einschüler wird mittels spezieller Testverfahren ermittelt. Anhand dieser Tests wird die Fähigkeit der Kinder Sprache zu hören, zu verstehen und auch Sprache zu produzieren geprüft. Auch im sprachlichen Bereich zeigen Jungen dieser Altersgruppe deutlich schlechtere Ergebnisse als Mädchen. So sprechen im Berlin weiten Vergleich nur 67,3% der Jungen altersgemäß korrekt ohne Artikulationsstörungen, während es bei den Mädchen $\frac{3}{4}$ der untersuchten Population sind (75,3%). Auch in Lichtenberg sind die Ergebnisse eindeutig, wie in folgender Tabelle abgebildet.

Tabelle 5
Sprachfähigkeit Subtests (Kindergesundheitsbericht 2010 Lichtenberg) Angaben in %

	grenzwertig	auffällig
Pseudowörter Jungen	20,3	14,1
Pseudowörter Mädchen	17,9	10,1
Wörter ergänzen Jungen	18,1	12,2
Wörter ergänzen Mädchen	14,3	9,7
Sätze nachsprechen Jungen	11,7	16,8
Sätze nachsprechen Mädchen	10,1	13,7

Zusammenfassend lässt sich feststellen, ausgehend von den Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen, dass Jungen sich insgesamt langsamer entwickeln, in allen Teilbereichen schon in frühester Kindheit mehr Defizite aufweisen als Mädchen und deshalb auch

mehr Unterstützung und Förderung brauchen als Mädchen. Das deckt sich mit den Untersuchungsergebnissen im Berliner Vergleich. Hinzu kommen noch besondere Belastungen durch soziale Schichtzugehörigkeit und Migrationshintergrund. Vor diesem Hintergrund ist bei der Planung von Präventionsprogrammen darauf zu achten, dass alle Fördermaßnahmen auf Geschlecht, soziale Schichtzugehörigkeit, auf die Herkunft sowie auf die regionalen Bedarfsschwerpunkte abgestimmt sind.

Quellen

- Bezirksamt Lichtenberg, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit: Kindergesundheitsberichte 2005 – 2008
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz: Grundauswertung der Einschulungsdaten in Berlin 2008
- S-ENS – Screening des Entwicklungsstandes bei Einschulungsuntersuchungen, Manual, Hogrefe Verlag, 2005

Jungen und Sexualität

Manfred Grassert

In meinem Beitrag über Jungen und Sexualität werde ich vor allem Ergebnisse aus 2 Studien zum Thema referieren. Das sind zum einen die Bravo Studie *Liebe! Körper! Sexualität* aus dem Jahr 2009, eine Befragung von 11-17-jährigen Jungen und Mädchen! (mit Bravo und Seitenzahl gekennzeichnet) (1) und die repräsentative Wiederholungsbefragung von 14-17-jährigen Jungen und Mädchen zum Thema Jugendsexualität der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung aus dem Jahre 2006 (mit JS und Seitenzahl gekennzeichnet) (2). Beide Studien geben interessante Informationen, u.a. über die Entwicklung vom Jungen zum Mann und über das Kennenlernen des eigenen Körpers und beschreiben die ersten Erfahrungen mit Freundschaft, Liebe und Sexualität. Des Weiteren lasse ich eigene Erfahrungen aus unserer Jugendberatung für Jugendliche und junge Erwachsene und den sexualpädagogischen Beratungen für Schulklassen im Familienplanungszentrum BALANCE in Berlin-Lichtenberg mit einfließen.

Die Pubertät - Der Junge wird zum Mann

Die Pubertät ist eine Zeit der großen Veränderungen, viele neue Anforderungen werden an die Jungen gestellt. Es gibt eine Vielzahl von Informationsmöglichkeiten rund um Aufklärungsthemen. Eine Fülle von Informationen zu Liebe und Sexualität erhalten Jungen zwar schon im Alter zwischen 11 und 13 Jahren, aber für die meisten Jungen bleiben wichtige Fragen offen.

Im Alter zwischen 12 und 14 Jahren werden die meisten Jungen geschlechtsreif (Bravo S.55). Die Mehrzahl der Jungen (82%) ist bei der ersten Ejakulation zwischen 11 und 14 Jahren alt (JS, S.73). Der Körper wächst, die Muskelmasse nimmt zu und die Schultern werden breiter. Jungen kommen in den Stimmbruch, die Körperbehaarung und der Bartwuchs beginnen zu sprießen. Der Penis und die Hoden wachsen, in den Hoden bilden sich die Spermien und der Körper beginnt mit einer vermehrten Talg- und Schweißproduktion.

Der Eintritt der körperlichen Reife ist für die Mehrheit der Jungen etwas ganz Normales und sie haben sich darüber gefreut (58%). Aber immerhin, 14% der Jungen sind nicht darauf vorbereitet oder wissen nicht genau, was da alles passiert (Bravo, S.56). Mit dem ersten Spermenerguss machen die Jungen erste Erfahrungen mit Selbstbefriedigung. Bereits mit 13 Jahren haben mehr als die Hälfte der Jungen Erfahrungen mit der Lust am eigenen Körper (S.63).

Freundschaft, Liebe, Sexualität

Zungenküsse sind der erste Schritt zur Intimität. Der erste Zungenkuss ist zwischen 13-15 Jahren (Bravo, S. 60), aber schon 11- bis 13-Jährige schwärmen, verlieben und küssen sich. Die meisten Jungen verlieben sich erstmals im Alter zwischen 12 und 13 Jahren, als das erste Mal "mit jemanden gehen" beschreiben Jungen im Alter zwischen 13 und 15 Jahren.

Jungen genießen die schönen Gefühle des Verliebtseins, kennen aber auch die Schattenseiten mit Liebeskummer und Eifersucht. Gleichgeschlechtliche Liebe finden ein Viertel der Jungen einfach normal (Bravo S.39). Erste intime körperliche Erfahrungen beim Petting macht die Mehrheit der Jungen erst im Alter zwischen 15-16 (Bravo, S.68). 39% der Jungen sagen, sie wurden aktiv, aber 56 % der Mädchen berichten, dass ihr Partner Petting wollte.

Zum ersten Mal Sex erleben die meisten Jungen im Alter von 16-17 Jahren (JS, S.80). Über die Hälfte der 16-Jährigen und rund ein Drittel der 17-jährigen Jungen haben noch keine sexuellen Erfahrungen. Meist findet das erste Mal im Zimmer der Jugendlichen statt. Die meisten Jugendlichen dürfen ihre Freunde und Freundinnen mit nach Hause bringen. Die meisten Jungen haben ein offenes, gleichberechtigtes Verhältnis zum Sex, Sex gehört zu einer Partnerschaft selbstverständlich mit dazu. Die meisten Jungen, die noch keinen Sex hatten, fühlten sich noch zu jung dazu.

Verhütung

Mehr als die Hälfte aller Jungen sagen, dass Verhütung beide Partner etwas angeht. 89% sind auf Verhütung vorbereitet, die Mehrheit (86%) greift zu Kondomen. Kondome und Pille sind die am meisten gebrauchten Verhütungsmittel (JS, S.103). Die meisten Jungen gehen verantwortungsvoll mit Verhütung um, aber jeder vierte Junge hat schon einmal ohne Verhütungsmittel Sex gehabt (Bravo, S.89). Die Pille danach als Notfallverhütungsmöglichkeit kennen 54% der Jungen (JS, S.65).

Gründe für die Nicht-Verhütung waren u.a.: „es kam zu spontan“ (78%), „es wird schon nichts passieren“ (49%), „wusste nicht genau Bescheid“ (19%), „Einfluss von Drogen“ (12%), „kein Verhütungsmittel zur Hand“ (12%) (JS, S.106). Obwohl sich viele, vor allem ältere Jungen gut informiert fühlen, gibt es aber bei Detailfragen viele Wissenslücken, z.B. können die fruchtbaren Tage der Frau nicht erklärt werden. Insgesamt geben 20% der Jungen mit sexuellen Erfahrungen an, gerne noch mehr über Empfängnisverhütung wissen zu wollen. Besonders großes Interesse haben Jungen, die keine schulische oder außerschulische Sexualerziehung erfahren haben (42%) (JS, S.55).

Woher beziehen Jungen ihr Sexualwissen?

Bei der Aufklärung liegen der Sexualkundeunterricht der Schule und die Eltern als erste Informationsquelle für Jungen weit vorne, wobei die Mütter noch öfter als die Väter dabei eine Rolle spielen (Bravo, S.17).

Die Mehrheit der Jungen weiß, an wen sie sich vertrauensvoll mit ihren Fragen richten können. Aber immerhin gibt jeder zehnte Junge an, er habe keine Vertrauensperson in Sachen Liebe und Sexualität. Die meisten Jungen sprechen mit "dem besten Freund" (60%) über ihre gemeinsamen Geheimnisse. Aber auch die Eltern bleiben wichtige Bezugspersonen, Mütter werden zu 39% und Väter werden zu 31% bei Fragen zu Liebe und Sexualität ins Vertrauen gezogen (Bravo, S.22).

Allerdings gibt es viele „ Defizite in der Sexualaufklärung ...bei den eher emotionalen und sinnlichen Bereichen, was gerade für Jungen fatal ist“ (3). Das Erlernen von Beziehungskompetenzen ist eher schwach ausgeprägt, was in Konfliktsituationen durchaus zu unsozialen Reaktionen führen kann. Aus der Fülle der möglichen Medien zur Informationsgewinnung werden von den Jungen sechs Medien genannt, deren Nennungshäufigkeiten dicht beieinanderliegen (zwischen 31% und 23%): Jugendzeitschriften, Bücher, Internet, Fernsehfilme, Aufklärungsbroschüren und Illustrierte/Zeitschriften (JS, S.42/43).

Teenagerschwangerschaften

Mehr als ein Drittel der Jungen hatte schon einmal Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft. Für je ein Viertel der Jungen käme ein Schwangerschaftsabbruch infrage/ nicht infrage. Aber 40% haben dazu keine klare Haltung (Bravo, S.93). Allerdings bezeichnen 54% der Jungen eine unerwartet eingetretene Schwangerschaft als "Katastrophe" (JS S.114). Diese Einschätzung sinkt mit zunehmendem Alter der befragten Jungen und die Handhabbarkeit einer potentiellen Vaterschaft wird vorstellbarer.

Minderjährige Schwangere, die sich für die Austragung ihrer Schwangerschaft entscheiden, stehen vor einer Vielzahl großer Herausforderungen und haben hohen Beratungsbedarf. Für junge Mütter gibt es in Berlin eine Reihe von Hilfsangeboten (Mutter-Kind Projekte). Die jungen Väter sind dabei meist nicht besonders im Fokus. Aber es wäre wünschenswert, „den männlichen Partner in den Prozess mit einzubeziehen, wenn das möglich und vom Mädchen gewünscht ist“ (4). Jeder zweite Junge im Alter von 14-17 Jahren möchte später einmal Kinder haben.

Sexuelle Gewalt gegen Jungen

Insgesamt werden 3-4% der Jungen Opfer von sexueller Gewalt (JS, S.121). Jungen, die Opfer von sexueller Gewalt geworden sind, werden typischerweise von Freunden bzw. Personen, von denen sie abhängig sind, zu sexuellen Handlungen gedrängt. Jeder zweite Junge berichtet niemandem über das Erlebnis.

Soweit vor allem die beiden Untersuchungen. Generell ist zum Schluss noch zu sagen, dass Sexualität und Körper den Jungen wirklich wichtig sind und viel Zeit und Energie dafür aufgewendet werden. Allerdings fehlen vor allem männliche erwachsene Bezugspersonen, die den Jungen offen und ehrlich für Begleitung und Austausch zur Verfügung stehen. Auch differenzierte, geschlechtsbezogene Kenntnisse über Lebenslagen von Jungen und seriöse Forschung über Jungen und Sexualität sollten stärker ausgebaut werden. Auch in der Schule, in der Arbeit mit Eltern und in der außerschulischen Beratung kann der Fokus auf Jungen verstärkt werden. Dabei sind „professionelle Zugänge und eine selbstkritische Reflexion des eigenen Generationenbezuges“ (5) unabdingbar.

Literatur

- (1) Bravo Dr. Sommer-Studie 2009 Liebe! Körper! Sexualität! Bauer Media Group
- (2) Jugendsexualität, Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14-17-Jährigen und ihren Eltern 2006, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- (3) BZgA Studie von Reinhard Winter und Günter Neubauer: KOMPETENT, AUTHENTISCH UND NORMAL? Aufklärungsrelevante Gesundheitsprobleme, Sexualaufklärung und Beratung von Jungen S.109ff, Köln 2004
- (4) Jutta Franz und Ulrike Busch: Schwangerschaften Minderjähriger – Hintergründe und beraterische Anforderungen S.14 in BZgA Forum, Jugendliche, Schwangere und Mütter 4-2004
- (5) Reinhart Winter und Gunter Gebauer, Jungengesundheit – Dokumentation einer Tagungsreihe, PARITÄTisches Bildungswerk, Landesverband Rheinland-Pfalz/Saarland e.V., Fachstelle Jungenarbeit

Jungen und Online-Sucht

Kerstin Jüngling

Einführende Gedanken

„Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“¹ Zur verbindlichen Konkretisierung verabschiedete das Land Berlin 2006 die Leitlinien zur Suchtprävention:

- Suchtprävention verbessert die gesundheitliche und soziale Situation der Bevölkerung.
- Suchtprävention ist eine Gemeinschaftsaufgabe.
- Suchtprävention unterstützt Pädagog/innen, Eltern und andere Personen.
- Suchtprävention ist kontinuierlich und langfristig und nimmt Einfluss auf das Verhalten und die Lebensbedingungen der Menschen.
- Sucht beginnt im Alltag – Suchtprävention auch.

Epidemiologie

Die neueste JIM-Studie² zeigt, dass 98% der Haushalte einen Internetzugang haben und 90% das Internet regelmäßig nutzen. Mit dem Blick auf Jugendliche wurden folgende Besonderheiten ermittelt:

- Jugendliche mit höherem Bildungsniveau nutzen den PC häufiger
- 70% nutzen Online – Communities – dabei überwiegend 14 -15-Jährige
- 58% der Jungen spielen Online-Games

Auch die KfN-Studie³ liefert genderrelevante Erkenntnisse: Jungen zeigen hinsichtlich einer Online-Suchtgefährdung sowohl ein höheres Gefährdungspotential als auch ein längeres und exzessiveres Nutzungsverhalten. Die Zahl männlicher exzessiv spielender Schüler ist um das vierfache höher (15,8%) als bei deren gleichaltrigen Klassenkameradinnen (4,3%).

¹ Ottawa Charter for Health Promotion, Erste Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), 1986

² JIM-Studie 2009, Jugend, Information, (Multi-) Media, Basisuntersuchung zum Medienumgang 12- bis 19-Jähriger; Medienpädagogischer Forschungsverbund Südwest

³ „Computerspielabhängigkeit im Kindes- und Jugendalter“; Rehbein, Kleimann, Mößle, Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen (KfN) 2009

Aus der Hamburger Schulbus-Sonderbefragung 2009⁴ ist bekannt,

- Jeder zweite Jugendliche (49%) spielt in der Woche mindestens ein Computerspiel
- Am häufigsten werden Ego-Shooter (z. B. Counterstrike) (10%) und Online-Rollenspiele (z. B. World of Warcraft) (9%) gespielt
- Die wöchentliche Spielzeit und Dauer der einzelnen Spielsessions liegt bei männlichen Jugendlichen doppelt so hoch wie bei weiblichen Befragten: 19 Stunden/Woche verbringen Jungen durchschnittlich mit Online-Spielen
- regelmäßige Spieler benennen selbstkritisch Beeinträchtigungen aufgrund des Spielens, z. B. Auswirkungen auf Schulleistung (11%) und Auftreten anderer Schwierigkeiten in der Schule (9%)

Die Kompetenzen der jungen Menschen, die heute ganz selbstverständlich mit den neuen Medien aufwachsen, werden oft zitiert. Stimmt das? Eine TNS-Infratest-Umfrage⁵ kam 2007 zu dem Ergebnis, dass 2/3 der Jugendlichen nicht den Anspruch des sicheren Umgangs mit Textverarbeitungsprogrammen erfüllt und nur 1/4 über ausreichende Kenntnisse im Bereich Tabellenkalkulation verfügt.

Für Deutschland veröffentlichten Dr. Hopf et al. die Ergebnisse einer zweijährigen Studie zum Zusammenhang von Mediennutzung und Jugendgewalt⁶. Sie befragten 653 bayerische Hauptschüler/innen und konnten bei 314 Schüler/innen drei Jahre später eine individuelle Wiederholungsmessung durchführen. Es hat sich gezeigt, dass je früher Kinder (6-10 Jahre) Mediengewalt konsumieren, desto höher sind Gewaltbereitschaft und Delinquenz zu Beginn des Jugendalters (14 Jahre). Die Autoren der deutschen Studie zur Mediengewalt stellten darüber hinaus fest, dass durch den frühen vermehrten Mediengewaltkonsum Gefühle wie Hass, Überlegenheit und Rache aktiviert und gelernt werden. Aber die Studie warnt auch vor monokausalen Erklärungen: Riskanter Medienkonsum ist einer von vielen möglichen Gründen für eine erhöhte Gewaltbereitschaft.

Was macht Online-Games und Communities so attraktiv – besonders für Jungen?

Das zentrale Spielmotiv (86%) ist Langeweile⁷. 40% der befragten Schülerinnen und Schüler benennen darüber hinaus, dass es ihnen wichtig ist, „stolz auf die eigenen Leistungen“ zu sein. Folgende weitere Motive werden häufiger von Jungen benannt:

⁴ „Der jugendliche Umgang mit Glücks- und Computerspielen“ Zusammenfassung ausgewählter Ergebnisse der Hamburger Schulbus-Sondererhebung 2009, Baumgärtner, T. (2010) Büro für Suchtprävention Hamburg

⁵ <http://www.umfragen.info/online/umfrage/2007/it-kenntnisse-bei-azubis-eher-mangelhaft>

⁶ Media Violence and Youth Violence A 2-Year Longitudinal Study Werner H. Hopf, Günter L. Huber, and Rudolf H. Weiß in: Journal of Media Psychology 2008; Vol. 20(3):79–96 © 2008 Hogrefe & Huber Publishers

⁷ Baumgärtner, T., a.a.O.

- Neid anderer
- Mitreden können
- Ohne Folgen gewaltig sein können

Auf den Start des Berliner Präventionsprojektes UPDATE gab es zahlreiche Rückmeldungen, besonders von männlichen Jugendlichen. Hier einige Beispiele: *„Ganz einfach, weil das real life für Jungen auch viel weniger zu bieten hat...“* *„Betrachtet mal den Aspekt Reden können. In der Schrift-Sprache kann man schön überlegen, was man schreibt. Im RL (Real Life, Anm. d. Red.) muss erstmal gelernt sein, auch den noch so geringen Gegenargumenten begegnen zu können.“* *„Auch nach längerem Überlegen fallen mir kaum Dinge ein, die man heutzutage noch als Kind machen kann oder darf.“*

Was können wir daraus lernen?

1. Die Prävention von Computer- und Onlinesucht muss dorthin gebracht werden, wo auch die Computer sind - in den Alltag. Die schnelle technische Entwicklung in diesem Bereich erfordert für die Lebensrealität von Jugendlichen eine schnelle und adäquate Förderung von Handlungskompetenzen im Umgang mit den neuen Medien.
2. Eltern, Jugendarbeit, Schule und Sport sind gefordert, um Jugendlichen wieder stärker Freiräume und Möglichkeiten zu geben, selbst zu gestalten und sich auszuprobieren. Ziel sollte sein, das reale Leben für Jungen in Berlin attraktiver zu machen und damit der anscheinend grenzenlosen Faszination der virtuellen Welten „in echt“ etwas entgegen zu setzen.
3. Die virtuelle Welt inklusive der Online-Games stärkt die Selbstwertgefühle – wiederum besonders der männlichen Jugendlichen. Hier sind Schule und Elternhaus gefragt, viel kreativer zu sein, wenn es darum geht, Jugendlichen Feedback zu geben und Wertschätzung für „echte“ Kompetenzen zu vermitteln. Besonders in der Pubertät brauchen Jugendliche Herausforderungen, die sie interessieren, an denen sie sich messen können und deren Bewältigung das Vertrauen in die eigene Fähigkeit und Selbstwirksamkeit stärkt. Dazu gehört, wiederum besonders mit Blick auf Jungs, sie zu unterstützen, Gefühle, auch unliebsame, wahrnehmen, akzeptieren und benennen zu können.
4. In den virtuellen Welten sind Kinder und Jugendliche in der Regel allein unterwegs - aus Sicht der Erwachsenen eine ungefährliche Sache. Risikopotentiale von Ego-Shootern, Suchtgefährdung von Online-Rollenspielen, Schwierigkeiten, nicht nur in Bewerbungsgesprächen

sprächen durch die weltweite Veröffentlichung persönlicher Daten und Fakten, über die die Eltern, Lehrkräfte, Sozialpädagoginnen und –pädagogen mehr Wissen brauchen.

Die Fachstelle für Suchtprävention hat vor diesem Hintergrund UPDATE ins Leben gerufen und richtet sich mit differenzierten Angeboten genau an diese Zielgruppen:

ELTERN

- Unterstützung für Eltern und andere Familienangehörige
- Elternabende an verschiedenen Schulen und Klassenstufen
- Bestandteil des von der FU Berlin aktuell evaluierten Pilotprojektes PEaS – Peer-Eltern an Schule
- Eltern- Kurse
 - Hintergrundwissen vermitteln
 - konkrete Verhaltenstipps geben
 - Austausch der Eltern untereinander fördern
 - Hemmschwellen zur Inanspruchnahme professioneller Beratung senken

PÄDAGOGINNEN UND PÄDAGOGEN

- Information und Beratung für Pädagogen/innen und verwandte Berufsgruppen
- Seminare, Konferenzen, Vorträge, Fachveröffentlichungen

JUNGE LEUTE

- Aufklärung und Sensibilisierung
- Jugendgerechte Postkarten und E-Cards unter www.berlin-update-your-life.de

Fazit

Es ist nicht neu, es lohnt sich dennoch, es immer wieder zu betonen: Die Verbesserung von Lebens- und Bildungschancen und -perspektiven wirkt präventiv – auch zur Verhinderung von Onlinesucht.

Prävention wird bedauerlicherweise in den Settings, unterstützt durch eine „Projektitis“ fördernde Finanzierungsstruktur, in der Regel als Add-on betrachtet und entsprechende Maßnahmen aus diesem Grund häufig abgelehnt. Die strukturelle und nachhaltige Verankerung von Präventionskonzepten in den relevanten gesellschaftlichen Bereichen, wie z. B. Schule ist dringend geboten – und zwar nicht in Form einmaliger Aktionstage, sondern u. a. durch eine Änderung der Rahmenlehrpläne. Voraussetzung für die Implementierung ist die Sensibilisierung und Fortbildung von Mitarbeiter/innen aus den entsprechenden Einrichtungen mit der Vermittlung von Handlungs- und Kommunikations-Kompetenzen zur Vereinbarung von Regeln, einer frühen Intervention und ggf. Hinzuziehung von Experten.

Kultur- und gendersensibles Handeln, vorurteilsfreie, respektvolle und wertschätzende Kommunikation mit dem Wissen um Unterschiede der Geschlechterrollen und Kulturen...In allen Präventionsmaßnahmen eine Selbstverständlichkeit? Eine Überprüfung der Wirklichkeit und entsprechend fördernde Maßnahmen würden nicht nur der Prävention, sondern auch dem gesellschaftlichen Miteinander nützen.

Jungensozialisation in Frauen dominierten Umfeldern

Christopher Mey

Jungen treffen in Kindergärten und Kindertagesstätten überwiegend auf weibliches Erziehungspersonal.

Der Anteil an männlichen Erziehern ist seit Jahren auf konstant niedrigem Niveau. „Die Anzahl männlicher pädagogischer Fachkräfte in Kindertagesstätten lag im Jahre 2008 gerade einmal bei 2,4%. In absoluten Zahlen ausgedrückt: Unter insgesamt 351.000 registrierten Beschäftigten im pädagogischen Kita-Bereich finden sich gerade einmal 10745 Männer“ (Cremers et al. 2010).

Das liegt deutlich unter der EU-weit formulierten Zielsetzung, den Anteil männlicher Erzieher auf 20% zu erhöhen (www.maennerinkitas.de). Eine geografische Unterteilung verdeutlicht ein Nord-Süd-Gefälle in den westlichen Bundesländern. In Bayern beträgt der Anteil an männlichem Personal in pädagogischen Bereichen nur 1,89%. In Stadtstaaten wie Bremen (9,6%) und Hamburg (8,5%) arbeiten relativ viele Männer in Kitas und bilden dabei den bundesweiten Spitzenwert (ebenda.).

Der Beruf des Erziehers ist historisch gesehen als Frauenberuf angelegt. In den ersten Einrichtungen der öffentlichen Kindererziehung übernahmen nicht ausgebildete Frauen (Kindermägde) die Betreuung der Kinder. Auch durch die spätere Umstellung auf pädagogisch geschultes Personal konnte der männliche Anteil kaum erhöht werden. Im Vergleich zu typischen Männerberufen auf gleichem Ausbildungsniveau ist der Beruf des Erziehers auch deutlich unterbezahlt. Seit der Einführung des TVöD werden Erzieherinnen nach Entgeltgruppe 6 vergütet, was einem durchschnittlichen Monatsbruttoverdienst von nur ca. 2.528€ (Statistisches Bundesamt 2008) entspricht. Hinzu kommt, dass der Anteil der befristeten Neueinstellungen auch in diesem Berufsfeld signifikant auf 72% angestiegen ist (IAB-Erhebung 2008).

Im Vergleich zum europäischen Ausland steht auch das Ausbildungsniveau der Erzieher zur Diskussion. Die Ausbildung in anderen europäischen Ländern, wie z.B. Frankreich wurde akademisiert. Dort besuchen Kinder zwischen dem 2. und dem 6. Lebensjahr die école maternelle, eine französische Vorschule. Dieses Ganztagsangebot ist in das französische Schulsystem fest integriert. Lehrerinnen und Lehrer dieser Einrichtung durchlaufen die gleiche akademische Grundausbildung wie die französischen Grundschullehrerinnen und Lehrer.

Fehlende männliche Bezugspersonen können eine negative Auswirkung auf die Entwicklung der Jungen haben.

Jungen erfahren bereits im Kindergarten weiblich dominierte Lebensbereiche, wodurch Konfliktsituationen unvermeidbar sind. Eine Umfrage im Herbst 1999 unter 97 evangelischen Kindertageseinrichtungen in Berlin-Brandenburg ergab, dass 70% aller von den Erzieherinnen als verhaltensauffällig eingeschätzten Kinder Jungen seien. Als Problemlage wurde dabei überwiegend aggressives und hypermotorisches Verhalten, gepaart mit geringer Frustrationstoleranz, Sozialkompetenz und Sprachproblemen, genannt. Außerdem wird von einer Zunahme des für Jungen charakteristischen Problemverhaltens gesprochen, sie seien aktiv ohne Grenzen, unkonzentriert, übergriffig, überspielen ihre Ängste und Probleme mit so genanntem „Macker-Gehabe“ (Bienek et al. 207).

Die genannten Verhaltensmuster unterliegen durch das Fehlen männlichen Erziehungspersonals einer hauptsächlich weiblichen Betrachtungsweise, wodurch die Belastung durch verhaltensauffällige Kinder zum Gesprächsmittelpunkt wird. Auf die unruhigen und überaktiven Kinder fällt oftmals nur der Störungsblick. Der weibliche Blickwinkel eines braven, netten und ordentlichen Verhaltens überwiegt völlig. Viel zu einseitig kann das Verhalten der Jungen als negativ auffällig verurteilt werden.

Auch das Angebot des weiblichen Erziehungspersonals unterliegt diesen Denkstrukturen. Die Raumgestaltung in Form von Spielen verengt den pädagogischen Alltag der Jungen auf traditionelle Hausfrauen- und Mutterrollen. Dabei stehen Attribute wie Sauberkeit, Ordentlichkeit oder geringe Wagemutigkeit im Vordergrund. Typische Jungeninteressen, wie Fußball, raufen oder Kräftemessen kommen dabei meistens zu kurz. Die Jungen geraten dabei in ein Spannungsverhältnis. Ihre Männlichkeitsanforderungen in Form von Unerschütterlichkeit und Härte geraten in einen Konflikt mit den Reglementierungen der Institution.

Geben die Jungen ihren männlichen Gefühlsregungen nach, so müssen sie mit Sanktionen seitens der Erzieherinnen rechnen. Entsprechen sie jedoch den Ansprüchen der Erzieherinnen, so müssen sie mit Verachtung und Bloßstellung der Jungenwelt rechnen. Lange Zeit herrschte vorrangige Auffassung, dass sich um benachteiligte Mädchen gekümmert werden muss. Es ging dabei vor allem um die charakterliche Stärkung der Mädchen, sie widerstandsfähig und durchsetzungsstark zu machen. Das gesellschaftliche Frauenbild, der duldsamen, fürsorglichen und opferbereiten Frau sollte durchbrochen werden. Einige dieser Werte können zwar lebensbereichernd sein, so lange sie nicht im Zusammenhang mit traditionellen Geschlechterrollen verabsolutiert werden. In dieser Phase der Mädchenförderung blieb

der Junge ein relativ unbekanntes Wesen, der nur negativ auffiel und daher zu sanktionieren sei.

Kindertagesstätten und Grundschulen sind Frauenorte

An den Personalstrukturen grundlegend etwas ändern zu wollen, scheint aufgrund der dargelegten äußerst geringen Präsenz männlichen Erziehungspersonals zunächst utopisch. Es kann nicht darum gehen, Männer zu Fachexperten für die Jungenerziehung und Frauen zu Experten der Mädchenerziehung auszubilden. Der Appell an die Väter, sich aktiver in die Erziehung der Kinder einzumischen ist zwar lobenswert, wird aber die Grundproblematik auch nicht lösen. Vor dem langfristigen Ziel, mehr männliche Erzieher zu fordern, sollte inzwischen die Möglichkeit genutzt werden, Erzieherinnen für die jungenspezifische Erziehungsproblematik zu sensibilisieren. Es muss ein Ort geschaffen werden, der den Geschlechterwirklichkeiten gerecht wird und zugleich die traditionellen Geschlechterrollen überwindet.

Es geht also nicht um die Umkehr der bisher vorherrschenden Mädchenförderung in eine an männlich traditionellen Verhaltensnormen orientierte Jungenförderung. Erzieherinnen und Pädagoginnen sollten sich dazu intensiver mit den Lebensprozessen der Jungen vertraut machen. Die dargelegte Situation verdeutlicht, dass Jungen im Erziehungsalltag der Kindertagesstätten häufiger Konfliktsituationen heraufbeschwören. Es wäre überlegenswert, der Situation eine Konfliktpädagogik mit Mediation entgegenzusetzen. Die Erzieherinnen und Pädagoginnen sollten also bewusst zur Konfliktbearbeitung geschult werden.

Zeitweise Aufhebung der Koedukation?

Die PISA-Studie hat in Deutschland gezeigt, dass die Leistungsunterschiede im Lesebereich besonders stark sind. Im mathematischen und naturwissenschaftlichen Bereich sind die Jungen dafür im Vorteil. Ausgehend vom Gleichheitsgrundsatz Artikel 3 Abs. (2) GG wurde in den 60er Jahren flächendeckend die Koedukation eingeführt. Im Unterricht sollten sich Jungen und Mädchen als gleichberechtigt verstehen. Es ist nicht das Ziel der Jungenförderung, an dieser Errungenschaft etwas zu verändern. Insgesamt weisen Mädchen dadurch sogar wesentlich bessere schulische Leistungen auf. Jungen sind dagegen eher geneigt, eine Bloßstellung aufgrund schlechterer Leistungen durch oftmals dominant aufdringliches Verhalten zu kaschieren. Anderen Teilnehmerstaaten der PISA-Studie gelingen nicht nur höhere Gesamtleistungen als Deutschland, auch sind die Geschlechterunterschiede in den einzelnen Bereichen wesentlich geringer. Eine zeitweise Aufhebung der Koedukation in den entsprechenden Fächern, in denen die Leistungsunterschiede zwischen Jungen und Mädchen sehr groß sind, erscheinen zumindest ansatzweise diskutabel.

Lösungsansätze

Dass dieses Problem bereits eine gesellschaftliche Relevanz erhalten hat, zeigen aktuelle bundespolitische Bemühungen, um mehr Männer für die Arbeit in Kindertagesstätten zu gewinnen. Fachlich begleitet wird dieses Vorhaben von der eigens dafür eingerichteten Koordinationsstelle "Männer in Kitas" (www.maennerinkitas.de). Langfristig sollten aufgrund der dargestellten Problematik Wege gefunden werden, den Anteil männlichen Personals in Erziehungseinrichtungen zu erhöhen. Zu beachten gilt es jedoch, dass es Männer in frauendominierten Umfeldern ähnlich schwer haben können wie Frauen in typischen Männerdomänen. Im Alltag der Kindertagesstätte werden männliche Erzieher möglicherweise schnell in die Rolle des Hausmeisters, Handwerkers oder Experten für Rauf- und Aktionsspiele gesteckt. Daher sollte der frühkindlichen geschlechtsspezifischen Förderung wesentlich mehr Bedeutung beigemessen werden. Die Ausbildung der Erzieher sollte denen der Grundschullehrer nicht nachstehen. Eine finanzielle Aufwertung und höhere Ausbildungsstandards des Erzieherberufes sollten außerdem helfen, klassische Rollenbilder zu durchbrechen und die Arbeit in Erziehungseinrichtungen auch für Männer attraktiver zu gestalten sowie dazu beitragen, den Erzieherberuf zu einem höheren gesellschaftlichen Ansehen zu führen.

Literatur

- Cremers, Michael/ Krabel, Jens (2010): Männliche Fachkräfte in Kindertagesstätten. Eine Studie zur Situation von Männern in Kindertagesstätten und in der Ausbildung zum Erzieher. Kurzfassung. Im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
- Statistisches Bundesamt 2008, www.destatis.de
- IAB-Erhebung 2008, Institut für Arbeitsmark- und Berufsforschung
- www.koordination-maennerinkitas.de/aktuelles vom 30.10.2010
- Bienek, B./Stoklossa, D. (2007): Gewaltpräventive Jungenarbeit in Kindertageseinrichtungen, Deutsches Jugendinstitut im Auftrag Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Männer und Demenz

Torsten Kratz

Definition der Demenzerkrankungen

Als Demenz wird der chronisch fortschreitende Hirnabbau mit Verlust früherer Denkfähigkeiten bezeichnet. Die Demenz geht mit Beeinträchtigungen des Gedächtnisses und anderer Funktionen des Gehirns einher. Diese sind so schwer, dass sie die Alltagsbewältigung deutlich beeinträchtigen. Es kommt zu einem Verlust erworbener intellektueller Fähigkeiten, vor allem des Gedächtnisses und zu Persönlichkeitsveränderungen als Folge einer hirnorganischen Erkrankung. Die häufigsten Formen sind die Alzheimersche Krankheit und die vaskuläre Demenz.

Häufigkeiten und Geschlechter-Verteilung der Demenzerkrankungen

In Deutschland leben weit über eine Million Menschen mit altersbedingten Hirnleistungsstörungen. Diese Zahl wird noch weiter steigen, da der Anteil alter Menschen an der Gesamtbevölkerung zunimmt. Auch bei den Demenzerkrankungen gibt es Geschlechterunterschiede. Es ist bekannt, dass Frauen eine längere Lebenserwartung haben als Männer. Darüber hinaus wurde nachgewiesen, dass Frauen älter sind, wenn die Demenz klinische Symptome verursacht und dass Frauen länger mit einer Demenzerkrankung leben. Männer erkranken somit früher als Frauen an einer Demenz. Die durchschnittliche Krankheitsdauer ist im Vergleich zu Frauen bei Männern kürzer. Frauen überwiegen bei Alzheimer-Demenz, Männer bei vaskulärer Demenz. Die Krankheitsdauer bei der Alzheimer-Demenz beträgt bei 65- bis 80-Jährigen fünf bis sieben Jahre, bei über 80-Jährigen drei bis vier Jahre. Patienten mit vaskulärer Demenz haben eine kürzere Überlebenszeit oder Lebenserwartung.

Formen der Demenzerkrankungen – Geschlechterspezifische Besonderheiten

Unterschieden wird zwischen degenerativen oder primären Demenzen (durch Hirnschädigung) und potenziell behebbaren oder sekundären Demenzen. Zu den degenerativen, primären Demenzen zählen die Demenz vom Alzheimer Typ (Alzheimer-Demenz) und die vaskuläre Demenz (Gefäßdemenz). Die potenziell behebbaren oder sekundären Demenzen sind Folge-Demenzen anderer Erkrankungen (z.B. entzündliche Veränderungen und Infektionskrankheiten des Gehirns, Multiple Sklerose, Hirnverletzungen, Stoffwechselerkrankungen und chronischer Alkoholkonsum).

Die Alzheimer Demenz

Als häufigste Ursache wird heute die 1906 von dem deutschen Neuropsychiater und Neuropathologen Alois Alzheimer beschriebene und später nach ihm benannte Erkrankung mit der

ihr eigenen Hirnveränderungen angesehen (Alzheimer-Krankheit). Bei der Alzheimer-Krankheit werden die Nervenzellen durch krankhafte Eiweiße (Beta-Amyloid, Tau-Protein) in ihrer Funktion gehemmt. Dies führt zu einem Mangel des Botenstoffes Acetylcholin im Gehirn. Es lässt sich eine vor dem fünfundsechzigsten Lebensjahr beginnende Frühform von einer nach dem fünfundsechzigsten Lebensjahr beginnenden Form unterscheiden. Die Alzheimer-Demenz beginnt allmählich und verläuft schleichend, aber stetig fortschreitend. An der Alzheimer-Demenz erkranken überdurchschnittlich mehr Frauen als Männer. Eine mögliche Ursache ist die höhere Lebenserwartung von Frauen, die dazu führt, dass mehr Frauen ein Lebensalter erreichen, in dem das Risiko für die Entstehung einer Demenzerkrankung ansteigt. So wissen wir heute, dass von den über 70jährigen etwa 5%, von den über 80-Jährigen etwa 20% und von den über 90-Jährigen ca. 30% an einer Alzheimer-Demenz leiden. Da Frauen prinzipiell eine höhere Lebenserwartung haben erreichen sie signifikant häufiger ein Lebensalter von über 90 Jahren und sind damit häufiger von einer Demenz vom Alzheimer-Typ betroffen. Es wird diskutiert, ob der hohe Östrogenspiegel der Frau ein protektiver Faktor in der Entstehung einer Alzheimer-Demenz ist.

Die vaskuläre Demenz

Die vaskuläre Demenz (Gefäßdemenz), als die zweithäufigste Demenzform. Sie entsteht durch Verkalkung der Hirngefäße und kleine Hirninfarkte (Schlaganfälle). Sie beginnt meist plötzlich, verschlechtert sich schrittweise, Schlaganfälle mit vorübergehenden oder bleibenden körperlichen Symptomen wie Sehstörungen oder Lähmungen sind typisch. Anders als bei der Alzheimer-Demenz verhält sich das Geschlechterverhältnis bei der vaskulären Demenz. Hier sind Männer wesentlich häufiger betroffen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist das deutlich höhere Risikoverhalten von Männern in Bezug auf ihre Gesundheit im Vergleich zu gleichaltrigen Frauen. So ist in der Generation der heute über 65-Jährigen der Anteil der Raucher bei den Männern höher als bei den Frauen. Das Rauchen jedoch, die Adipositas und der Bewegungsmangel sind wesentliche Ursachen einer Gefäßdemenz.

Andere Ursachen der Demenz

Neu gesichert wurde die so genannte "Demenz mit Lewykörperchen". Sie gilt inzwischen nach der Alzheimer-Demenz und der vaskulären Demenz als die dritthäufigste Demenzform. Bei der Lewy-Körperchen-Demenz sind ähnlich wie bei der ihr verwandten Parkinson'schen Erkrankung Männer häufiger betroffen. Dies geht ebenfalls für die so genannte Parkinson-Demenz.

Bei Demenzen aus den vorderen Hirnabschnitten (fronto-temporale Demenzen) wird in drei verschiedene Typen unterschieden. Beim so genannten fronto-temporalen Typ, einer De-

menz bei der frühzeitig Verhaltensstörungen mit Enthemmungsphänomen auftreten, sind Männer überproportional häufig betroffen. 66% der Betroffenen sind Männer. Bei der so genannten primär progressiven nicht-flüssigen Aphasie hingegen macht der Anteil der Männer nur 40% aus. Im Mittelpunkt dieser Demenzerkrankung steht zu Beginn der Erkrankung eine Sprachstörung, bei der der Patient nicht mehr ausreichend in der Lage ist, Sätze flüssig zu formulieren. Die dritte Form der fronto-temporalen Demenzen, die semantische Demenz, ist wiederum eine Domäne der Männer. Hier steht im Mittelpunkt, dass der Patient zwar in der Lage ist, flüssig Sätze zu formulieren, das Gesprochene ist jedoch inhaltsleer.

Geschlechterspezifische Symptome der Demenzerkrankungen

Als erstes Symptom ist eine Verschlechterung des Kurzzeitgedächtnisses meist schon im Alter von 60 bis 70 Jahren zu beobachten. Insbesondere ist das Lernen neuer Informationen beeinträchtigt. Die Erinnerung an lange zurückliegende Ereignisse kann erhalten bleiben. Das Urteilsvermögen und das Denkvermögen lassen nach, mathematische Fähigkeiten verschlechtern sich. Die Kontrolle über Emotionen und Sozialverhalten sowie der Antrieb nehmen ab. Die Wahrnehmung und Orientierung sind gestört. Oft kommt es auch zu Halluzinationen. Dazu können Störungen der Sprache und des Erkennens von Objekten kommen. Die Patienten haben Schwierigkeiten, die richtigen Worte zu finden, Gegenstände zu benennen, mit Küchengeräten oder Werkzeugen umzugehen. Sie scheinen oft ratlos zu sein. Vertraute Personen werden nicht erkannt. Der Schlaf-Wach-Rhythmus kann ebenfalls gestört sein. Nachts sind die Patienten wach und unruhig, sie wandern ziellos umher. Viele Patienten werden im Verlauf der Erkrankung urin- und stuhlinkontinent. Sie verlieren Fähigkeiten wie Essen oder Laufen und sind im Endstadium der Erkrankung pflegebedürftig.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt der Demenzerkrankung sind die so genannten nicht kognitiven Störungen, die auch als herausforderndes Verhalten oder Verhaltensstörungen bezeichnet werden. Hier konnte gezeigt werden, dass Männer häufiger produktive Verhaltensstörungen, wie Wahn, Halluzinationen oder Enthemmungsphänomene entwickeln. Frauen hingegen entwickeln häufiger sogenannte reaktive Verhaltensstörungen, wie Depression und Apathie. Sollten durch eine Demenzerkrankung Wahnsymptome auftreten, zeigen Männer deutlich häufiger Eifersuchtserleben, Frauen häufiger Vergiftungs- oder Bestehlungserleben.

Therapie der Demenzerkrankungen – Was ist bei Männern zu beachten?

Eine ursächliche Therapie der Demenzen gibt es nicht. In frühen Stadien der Erkrankung (besonders bei der Alzheimer-Demenz) können so genannte Antidementiva (z.B. Cholinesterase-Hemmer) eingesetzt werden. Diese sollen die Symptome bessern und das Fortschreiten der Erkrankung verlangsamen können. Bei der vaskulären Demenz steht die Behandlung

der internistischen und neurologischen Begleiterkrankungen im Vordergrund. Bluthochdruck, Herzinsuffizienz, Gefäßverkalkungen und Durchblutungsstörungen können mit verschiedenen Medikamenten behandelt werden. Psychotherapie, Milieuthherapie, Validation und Angehörigenberatung sind die wesentlichen Elemente der nicht-medikamentösen Therapie. Insbesondere bei den nicht-medikamentösen Verfahren sollte geschlechterspezifisch gearbeitet werden. So sind demenzerkrankte Männer selten für Seidenmalerei zu begeistern. Eine Beschäftigung in der Gartentherapie oder in der Holzwerkstatt hingegen kann bei Männern ein wesentliches Element der kognitiven Aktivierung sein, zu mehr Lebenszufriedenheit führen und das Selbstwertgefühl verbessern. Der Aufbau befriedigender und als angenehm empfundener Fähigkeiten und Tätigkeiten ist Prinzip der Verhaltenstherapie bei Demenzen. Der kognitive Abbau wird verzögert, Verhaltensauffälligkeiten werden vorgebeugt und die Lebensqualität nachhaltig verbessert.

Geriatrische Erkrankungen

Ralf Pilgrim

Zur gesundheitlichen Situation älterer – oder ehrlicher - alter Männer in Lichtenberg existieren praktisch keine belastbaren Daten. Suchstrategien zu diesem Thema führen ins Leere. Der Senat von Berlin beispielsweise kennt zwar Senioren, befasst sich mit Ihnen jedoch primär unter dem Aspekt der Senioren- und Pflegeeinrichtungen. Gleichstellungspolitik ist in der Regel frauenorientiert und kümmert sich nur zum geringeren Teil um die Defizite und spezifischen Bedürfnisse von Männern. Wissenschaft ist in der Regel immer noch Forschung von Männern über Männer für Männer – betrachtet den Mann selbst aber als sexuelles Neutrum.

Im Rahmen dieses Gesundheitsberichtes beschränke ich mich daher darauf, Eindrücke aus meiner Arbeit als Oberarzt an der Abteilung für Geriatrie des Sana Klinikums Lichtenberg in den Kontext der eher raren Erkenntnisse zur gesundheitlichen Situation alter Männer zu stellen.

Geriatrische Medizin ist nach allgemein akzeptierter Definition der Europäischen geriatrischen Fachgesellschaften (EUGMS) die Fachdisziplin, die sich mit den körperlichen, mentalen, funktionellen und sozialen Bedingungen der akuten, chronischen, rehabilitativen, präventiven Behandlung und Pflege – auch am Lebensende – befasst. Die Patienten sind in der Regel gebrechlich und von mehreren Erkrankungen betroffen, die einen ganzheitlichen Behandlungsansatz erfordern. Es besteht regelmäßig Bedarf für soziale Unterstützung. Das Hauptziel ist, die Alltagskompetenzen einer älteren Person zu optimieren sowie Lebensqualität und Autonomie zu verbessern. Geriatrische Medizin ist nicht spezifisch altersdefiniert. Sie behandelt jedoch die typische Morbidität älterer Patienten. Die meisten Patienten sind über 65 Lebensjahre alt. Diejenigen Gesundheitsprobleme, die durch Geriatrie als eine Spezialdisziplin am besten behandelt werden können, treten in der Altersklasse der über 80-Jährigen viel häufiger auf.

In unserer 82 Betten und 15 tagesklinische Plätze umfassenden Abteilung, die demnächst durch ein ambulant tätiges mobiles multiprofessionelles Reha-Team ergänzt wird, behandeln wir im Jahr ca. 1600 Patienten – etwa zu gleichen Teilen aus den Bezirken Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf. Eine kleinere Gruppe unserer Patienten lebt in Friedrichshain oder Treptow. Hierzu ist anzumerken, dass allein in Lichtenberg, einem rasch alternden Bezirk, bereits heute mehr als 51 000 über 65-jährige Menschen (davon knapp

20 000 über 75) leben. Die aktuellen Strukturstandards geriatrischer Versorgung¹, die für 100 000 Einwohner 50-60 geriatrische Betten bzw. 15 tagesklinische Behandlungsplätze vorse-

hen, werden - selbst bei isolierter Betrachtung nur für die gut 250 000 Bewohner Lichtenbergs - mit einem Deckungsgrad von 63% bzw. 39% nicht annähernd erfüllt. Zu beachten ist außerdem der demografische Wandel seit Erarbeitung dieser Anhaltszahlen vor 12 Jahren: So hat die Zahl der über 65jährigen Lichtenberger seit 2001 um 41%, die Zahl der über 75-Jährigen um 46% zugenommen⁴. Die Erweiterung der geriatrischen Klinik unseres Hauses im Sommer 2010 kann dem nur ansatzweise Rechnung tragen.

Noch schlechter ist es um die ambulante Versorgung durch Ärzte mit geriatrischer Zusatzausbildung bestellt. Die kassenärztliche Vereinigung Berlin weist auf ihrer Arztsuche-Website lediglich vier (!) niedergelassene Kollegen nach, die über eine solche Weiterbildung verfügen. Aus diesem Grund hat es sich unsere Abteilung zur Aufgabe gemacht, niedergelassenen Kollegen im Rahmen eines 160-stündigen Curriculums geriatrische Kompetenz zu vermitteln.

Sehr augenscheinlich ist in unserer Klinik die zahlenmäßige Unterrepräsentation von Männern (ca. 25%). Diese ist nicht nur dem aufgrund der relativen Langlebigkeit von Frauen deutlich geringeren Anteil von Männern in der Bevölkerungsgruppe der über 75-Jährigen geschuldet: Männer haben eine über sieben Jahre geringere Lebenserwartung. Weiterer Grund ist auch die bessere (pflegerische) Versorgung von Männern durch Ehefrauen, Lebensgefährtinnen und (Schwieger-)Töchter. Alte Frauen leben häufiger allein, sind eher kinderlos, haben selten jüngere bzw. fittere Partner – und werden auch deshalb häufiger hospitalisiert.

In der modernen Gesundheitsforschung stellt sich immer deutlicher heraus, dass Männer anders krank sind als Frauen. Männer sehen sich als starke Kerle, denen Krankheit nichts anhaben kann. Prävention ist höchstens etwas für die anderen. Nicht wenige Männer behaupten, kerngesund zu sein, bis sie buchstäblich tot umfallen. Eine nicht unbedeutende Gruppe von Männern lebt geradezu „auf Verschleiß“: Alkohol, Stress und eine wenig reflektierte Ernährung. Dieses Verhalten ist besonders in Schichten mit niedriger Schulbildung verbreitet.

Dennoch gilt – salopp gesagt: Im Vergleich zu alten Frauen sind alte Männer gesünder – oder eben schon tot. Seriöser: Männer haben oftmals die tödlicheren Krankheiten und damit eine höhere Sterblichkeit, Frauen dagegen leiden vermehrt an Krankheiten, die die funktionale Gesundheit einschränken^{8,9}. Dies belegen z.B. die Daten der Gesundheitsberichterstattung des Robert-Koch-Institutes², aber auch unsere Erfahrungen.

Geriatrische Erkrankungen

So beobachten wir auch, dass Männer zwar früher sterben als Frauen - in Lichtenberg mehr als 5 Jahre⁵ - davor aber eine kürzere Zeit als Frauen unter gesundheitlicher Beeinträchtigung leiden³. Dies zeigt sich auch bei den für Männer eher niedrigeren Pflegeeinstufungen durch den MDK¹⁰.

Die gesundheitliche Situation alter Männer ist nicht primär durch „geriatrische Erkrankungen“ geprägt. Potenzprobleme und Prostatatumore, die die öffentliche Diskussion von Männergesundheit im Alter prägen, spielen in unserer Abteilung eine eher nachgeordnete Rolle. Unsere Patienten leiden zu einem großen Teil an denselben Erkrankungen wie Männer des mittleren Lebensalters, nämlich primär an kardiovaskulären Erkrankungen und ihren Folgen sowie an (sonstigen) Krebserkrankungen. Kennzeichen des „geriatrisch“ erkrankten Mannes ist allerdings eine Häufung von in jüngeren Jahren in der Regel singulär auftretenden Krankheiten. Mit dem Alter sinkt zudem die Fähigkeit zur Kompensation von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen, so dass Funktionsverluste den Grad von Gesundheit oder Krankheit bestimmen.

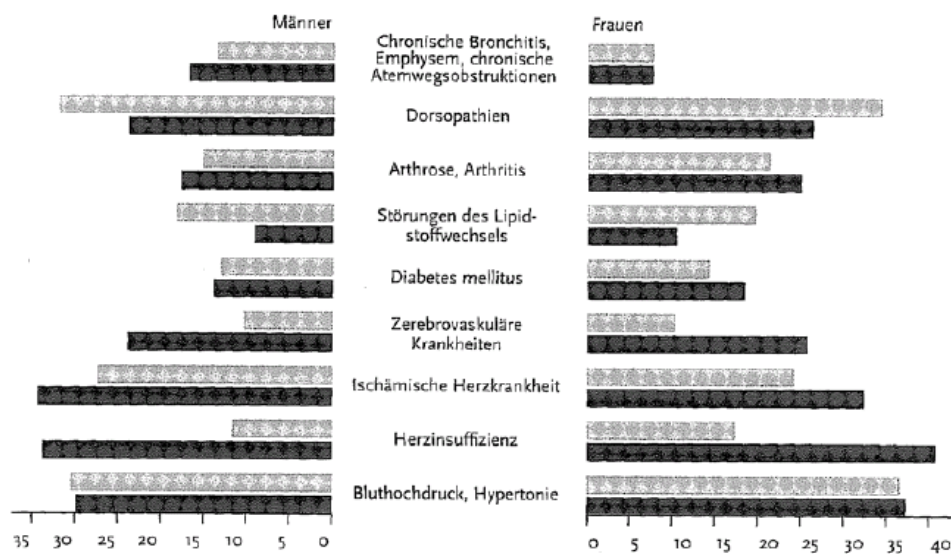


Abbildung 1: Anteil der 60-79 und über 80 Jährigen Patienten mit ausgewählten Diagnosen⁶ in der ambulanten ärztlichen Primärbetreuung, Deutschland (1993); in Prozent.

Quelle: I+G Gesundheitsforschung Ärzte-Panel ACUT, Berechnungen: Robert Koch-Institut. In: Robert Koch-Institut, Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 10: Gesundheit im Alter, S. 14

Ebenfalls von Bedeutung ist die beim Mann im Vergleich zur Frau allerdings seltenere Osteoporose, die vor allem im Rahmen von Sturzereignissen und damit verbundenen Brüchen zu gravierenden Funktionseinbußen führen kann. Hinzu kommen Funktionseinschränkungen durch Schlaganfälle und die Harninkontinenz – im jüngeren Alter eher eine Frauendomäne.

Unsere jüngsten Patienten sind in der Regel Männer, die durch exzessiven Alkoholkonsum vorgealtert schon im 5. Lebensjahrzehnt die Kriterien eines geriatrischen Patienten erfüllen.

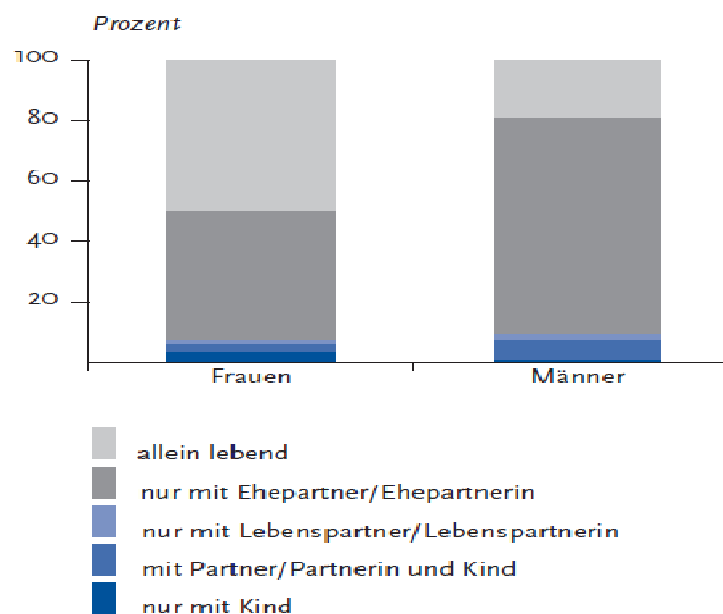
Geriatrische Erkrankungen

Geschlechtsspezifische Unterschiede in Krankheitshäufigkeit und Todesursachen beobachten wir auch in unserer Abteilung: Noch ist das Bronchialkarzinom eine Männererkrankung, in geringerem Maße gilt dies auch für chronisch obstruktive Lungenerkrankungen („Raucherlunge“). Ebenso sehen wir häufiger Männer mit Erkrankungen der Herzkranzgefäße, wobei dieser Unterschied dadurch nivelliert wird, dass Männer bereits in jüngerem Alter am Infarkt versterben. Bei Krebserkrankungen sind Männer überwiegend hinsichtlich der Prostata (oft mit eher geringerer Beeinträchtigung), der Lunge und der Harnblase betroffen – die häufigsten Karzinome der Frau betreffen Dickdarm und Brust.

Männer stürzen seltener als Frauen und ziehen sich seltener Brüche zu und sind deutlich seltener von einer Osteoporose betroffen als Frauen. Außerdem leiden sie nicht so oft an Gelenkbeschwerden. Schlaganfälle treten öfter bei Frauen auf und werden von ihnen häufiger überlebt als von Männern – oft um den Preis nachfolgender Pflegebedürftigkeit.

Depressive Erkrankungen sehen wir – trotz wachsamem Auge und des Engagements der drei Psychologinnen unserer Klinik – eher seltener als bei Frauen, wissen jedoch um die vielfach höhere Rate (erfolgreicher) Selbsttötungen bei älteren Männern^{6,7}. Schmerzen werden von Männern seltener und in nur geringerer Intensität angegeben¹¹. Eine isolierte medizinische Betrachtungsweise der gesundheitlichen Situation alter Männer verbietet sich – wird sie doch ganz entscheidend durch den sozialen Kontext geprägt.

Lebensformen der 65-Jährigen und Älteren in Privathaushalten nach Geschlecht 2006
Quelle: Mikrozensus 2006, eigene Berechnungen



So leben alte Männer überwiegend in (Paar-) Beziehungszusammenhängen¹² und werden häufiger durch Angehörige (in der Regel Töchter oder Schwiegertöchter) gepflegt, während gleichaltrige Frauen meist verwitwet oder alleinstehend und häufiger kinderlos sind.

Dies erklärt auch, warum in geriatrischen Tageskliniken (die erste dieser Einrichtungen in den östlichen Bezirken Berlins wurde im August 2010 am Sana Klinikum Lichtenberg eröffnet) Männer deutlich überrepräsentiert sind. Tagesklinische Behandlung erfordert ein funktionierendes soziales Umfeld. Dies ist bei Männern eher gegeben als bei Frauen, sind doch selbst die Männer der Altersgruppe der über 80-Jährigen zu 2/3 verheiratet – während 2/3 der gleichaltrigen Frauen verwitwet sind¹³.

Ebenso überrepräsentiert sehen wir Männer im von unserer Abteilung in enger Kooperation mit dem Pflegestützpunkt Lichtenberg (vormals Koordinierungsstelle für das Alter) initiierten patientenzentrierten Lichtenberger altersmedizinischen Netzwerkes (PLAN), das Patienten in problematischer ambulanter pflegerischer Situation im Sinne eines Case-Managements im Anschluss an die Rehabilitation auf unserer Abteilung sozialpädagogisch weiter betreut. Mögliche Erklärung hierfür ist, dass Lebensbewältigung ohne Fremdhilfe und Selbstständigkeit im Alter eher gewohnte Frauen unser Angebot im Sinne der Bagatellisierung eigener Hilfebedürftigkeit ablehnen. Männern scheint es leichter zu fallen, dieses Angebot zu akzeptieren.

Mein Fazit mag paradox klingen - zwar ist die Versorgung mit geriatrischen (teil-)stationären Behandlungsplätzen im Bezirk verbesserungsbedürftig, natürlich sind die kürzere Lebenserwartung von Männern und ihre hohe Suizidrate eine große Herausforderung – andererseits sehe ich alte Männer im Vergleich zu Frauen in der besseren gesundheitlichen Lage: Sie sind institutionell, sozial und emotional besser versorgt und funktionell weniger beeinträchtigt – wenn sie denn ein hohes Lebensalter erreichen.

Genau hier liegt ein wichtiger Ansatzpunkt für die mit Männergesundheit befassten Akteure: Wichtiges Ziel muss es sein, die Übersterblichkeit von Männern im jungen und mittleren Lebensalter zu reduzieren und mehr Männern einen Lebensabend in möglichst guter Gesundheit zu ermöglichen.

Literatur

1. Baumgartner et. al., Empfehlungen für die klinisch-geriatrische Behandlung, Jena 1998
2. Böhm et. al. (Hrsg.), Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit und Krankheit im Alter, Berlin 2009
3. Manton et. al., Changes in the Prevalence of chronic Disability in the United States black and nonblack population above age 65 from 1982 to 1999, PNAS 98 (11): 6354 – 6359
4. BA Lichtenberg 2010, www.berlin.de/ba-lichtenberg/politik/gemeinwesen.html
5. Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Basisbericht 2006/2007
6. Statistisches Bundesamt: Diagnosen der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern, Wiesbaden 2005
7. Lindner, Suizidalität älterer Männer: Empirische Daten und klinische Hypothesen, Blickpunkt der Mann 2009; 7 (4): 21-7
8. Murtagh et. al., Gender Differences in Physical Disability Among an Elderly Cohort, Am J Public Health 94 (8): 1406 – 11
9. Verbrugge, Sex differentials in Health, Public Health Rep 97 (5): 417 – 37
10. Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 2005, Wiesbaden 2007
11. Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 des RKI
12. Hoffmann et. al.: Demografische Perspektiven zum Altern und zum Alter (in: 2)
13. Mai et. al, Zukunft von Potenzialen von Paarbeziehungen älterer Menschen – Perspektive von Männern und Frauen (In: DZA: Gesellschaftliches und familiäres Engagement älterer Menschen als Potenzial, LIT Verlag, Berlin)

Alte Knochen – alte Männer? Männergesundheit und Osteoporose

Tilmann Resch

Das Altern und die Knochen

Lassen Sie mich – bewusst verkürzt – mit einem zentralen Statement zum Szenario Altern in unserer Gesellschaft beginnen, das uns alle angeht:

- Immer mehr Menschen werden immer älter.
- Wir alle wünschen uns Gesundheit und Leistungsfähigkeit bis ins hohe Alter.
- Die Sozialsysteme: Kranken-, Renten- und Pflegekassen sind überlastet.
- Gesundheit, wie wir sie einfordern, ist bald unbezahlbar.

Dies umreißt das Bild, auf dem sich Demographen neben Medizinökonomen, Altersmediziner neben Anti-Aging-Gurus tummeln. Schirmmacher spricht bereits 2004 mit Blick auf immer mehr ältere Menschen provokant vom „Methusalem-Komplott“ und Herwig Birg stilisiert in 2001 „Die demographische Zeitenwende“. Die Zahl der unter 40-Jährigen geht kontinuierlich zurück in Deutschland und Europa.

Senioren (zu denen auch ich mich bald rechnen werde) bestimmen zunehmend unsere Gesellschaft. Pessimistische Visionen zur Entwicklung und Gesundheit im Alter werden dabei nur übertroffen von den euphorischen Versprechungen der Wellness-Branche, der ästhetischen Chirurgie und Kosmetikindustrie, der professionellen Fitness- und Freizeitanbieter. Sie teilen sich einen lukrativen Markt, den wir hoffnungsvoll bedienen. Verändern wir jetzt den Blickwinkel! Wo findet sich in dieser unübersichtlichen Gemengelage die Schulmedizin, für die ich stehe? Was sagt die seriöse Wissenschaft, wenn es um Gesundheit oder Krankheit von Menschen geht, die nicht mehr jung – also 60 Jahre oder älter – sind?

Die zentrale Aussage der renommierten Harvard-Study¹ zur Frage, was uns gesund hält, lautet: Menschen bestimmen weitgehend selbst, wie sie altern! Wir haben es geahnt. Die Frauen mit ihrer emotionalen Intelligenz dabei mehr als wir Männer, die wir uns für unverwundbar halten. „Männer kriegen ´nen Herzinfarkt!“ macht uns Herbert Grönemeyer klar, aber Osteoporose? Ist das auch ein Männerproblem?

Osteoporose, also „Knochenschwund“, ist keine erfundene Krankheit der Pharmaindustrie. Osteoporose ist vielmehr – auch für Männer – eine real existierende, schmerzhaft und komplikationsträchtige Volkskrankheit. Die Weltgesundheitsorganisation WHO rechnet die

¹ Vaillant GE. Aging well – surprising guideposts to a happier live from the landmark, Harvard Study of adult development, Boston: Little, Brown & Company, 2002

Osteoporose

Osteoporose zu den zehn bedeutendsten Erkrankungen neben Bluthochdruck und Diabetes. Experten wissen heute, dass Osteoporose jeden treffen kann, unabhängig von seinem Geschlecht oder Alter. Osteoporose-abhängige Brüche betreffen mehr Frauen als Herzinfarkt, Schlaganfall und Brustkrebs zusammen. 25 % der Fälle mit Osteoporosefrakturen, also Brüche durch eine verminderte Knochenfestigkeit, treten aber bei uns Männern auf. Männer sind also nicht immun gegen den Knochenschwund. Osteoporose tritt dabei beim Mann vor allem ab dem 60sten Lebensjahr auf, bei ungünstigen Risikofaktoren durchaus aber auch schon viel früher. Eine messbare Verminderung der Knochenfestigkeit (Osteopenie) lässt sich bereits bei 47 % der Männer über dem 50sten Lebensjahr feststellen.

Immerhin 6 % dieser „jungen Männer“ weisen sogar eine manifeste Osteoporose auf. Wenn hier nicht konsequent therapiert wird, drohen Wirbelkörperbrüche und Oberschenkelhalsfrakturen. Diese sind auch bei optimaler Versorgung heute nach wie vor komplikationsbehaftet: Die Hälfte aller Patienten mit Hüftfrakturen wird anschließend pflegebedürftig und sozial abhängig. Die Mortalität nach einem Oberschenkelbruch wird auf 12 - 35 % geschätzt. Auch wenn die Fraktur überstanden wird, kommt es fast immer zu einem Verlust der Mobilität und der persönlichen Unabhängigkeit. Dies bedeutet sehr oft einen Rückgang der sozialen Aktivitäten und des Selbstbewusstseins. Es drohen Depression und Selbstaufgabe. Soweit darf es aber heute nicht mehr kommen! Wir (Männer) müssen alles daran setzen, um Osteoporose zu vermeiden und lebenslang mobil zu bleiben.

Das Wort „Osteoporose“ bedeutet „poröser Knochen“. Die vernetzten spongiösen Knochenbälkchen – man kann sie sich wie die „Architektur“ eines Badeschwammes vorstellen – werden ausgedünnt und brüchig, was zu einer verminderten Belastbarkeit und einem erhöhten Frakturrisiko des Knochens führt. Dabei ist Osteoporose ein „schleichender Dieb“ (R. Bartl), d.h. Osteoporose macht keine Schmerzen, bis es zu einer Komplikation, z.B. einer Fraktur, kommt. Erste Warnzeichen einer Osteoporose beim Mann (und bei der Frau) sind:

- ein zunehmender Rundrücken (bedingt durch spontane Wirbelbrüche)
- eine Größenabnahme von mehreren Zentimetern im Verlauf weniger Jahre
- die Entwicklung eines Osteoporosebäuchleins
- sowie das „Tannenbaum-Phänomen“ mit typischen Hautfalten am Holrundrücken.

Häufige Fehleinschätzungen, die ich in meiner Osteoporosesprechstunde, vor allem von Männern gehört habe, lauten:

- „Nur alte Frauen erkranken doch an Osteoporose.“
- „Ich habe mir noch nie etwas gebrochen, meine Knochen müssen gesund sein.“
- „Ich trinke viel Milch und ernähre mich gut, ich kann nicht gefährdet sein.“

- „Gegen Osteoporose kann man sowieso nichts tun.“

Alle diese Aussagen sind falsch! Unsere Knochen sind ein architektonisches Meisterwerk, das Stabilität mit Leichtigkeit vereint. Knochen ist kein totes Gewebe. Er wird ständig modelliert und umgebaut und an die aktuelle Belastung angepasst. Dabei sind Knochen aufbauende Zellen, die Osteoblasten, und Knochen abbauende Zellen, die Osteoklasten, nebeneinander tätig und führen idealer Weise zu einem harmonischen Gleichgewicht im Abbau und Anbau. Unser Skelett erreicht seine maximale Knochenfestigkeit, die *peak bone mass* (auch: Spitzenknochenmasse) mit 25 bis 30 Jahren. Danach verliert der Knochen etwa 1 % Knochenmasse pro Jahr, unabhängig vom Geschlecht.

Die maximale Knochendichte des jungen Erwachsenen stellt deshalb sein Kapital dar, das er in jungen Jahren aufbaut. Durch richtige Ernährung und regelmäßige körperliche Aktivität zahlt er gewissermaßen einen Betrag x auf sein Konto ein, von dem später regelmäßig „Knochenkapital“ abgebucht wird. Aber auch immer wieder neue Einzahlungen durch knochengesundes Verhalten sind möglich. Das heißt konkret: Schon in unseren Jugendjahren entscheiden wir, ob wir eine optimale Knochendichte in die später unvermeidbare Abbauphase mitbringen.

Risiko und Prävention

Das Risiko, an Osteoporose zu erkranken, hängt also von zwei Faktoren ab: Von der maximalen Knochendichte in der Jugend und von unserer Knochenverlustrate im Erwachsenenalter. Auch diese, die Abbaurate, unterliegt unseren Einflüssen: „Jeder ist seines Skelettes Schmied“ (R. Bartl). Präventiver Lebensstil besagt nichts anderes, als eigenverantwortliches Handeln auch im Hinblick auf unsere Knochengesundheit. Aktives Handeln erfordert die Kenntnis von Risikofaktoren der Osteoporose. Diese sind beim Mann vor allem:

- Rauchen
- erhöhter Alkoholkonsum
- niedriger Testosteronspiegel
- Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)
- Lebererkrankungen
- Bewegungsmangel
- Ernährungsdefizite

Der Anteil der Osteoporosefälle beim Mann, die durch einen dieser Risikofaktoren oder eine andere Grunderkrankung bedingt sind, liegt bei immerhin 50 %. Man nennt diese dann se-

kundäre Osteoporosen. Sehen wir uns exemplarisch die Knochenräuber beim Mann an, die wir durch selbstverantwortliches Handeln bekämpfen könnten.

Zigaretten rauchen

Rauchen verdoppelt das Osteoporose-Risiko und ist daher der wichtigste Risikofaktor für das Auftreten von Brüchen. Wahrscheinlich sind die vielen chemischen Substanzen des Zigarettenrauchs verantwortlich: Cadmium, Blei und andere toxische Substanzen beeinträchtigen die Calciumaufnahme und die Mineralisation des Knochens. Auch die Osteoblasten, die Knochen aufbauenden Zellen, werden durch das Rauchen gehemmt; ebenso die Durchblutung des Knochens. Wird das Rauchen aufgegeben, normalisieren sich all diese Faktoren langsam wieder.

Exzessiver Alkoholkonsum

Chronischer Alkoholkonsum ist 5 - 10mal höher bei Patienten mit Frakturen zu beobachten. Entscheidende Gründe sind hier schlechte Ernährung, niedriges Körpergewicht, Leberschäden mit niedriger Kalziumaufnahme und der reduzierte Hormonspiegel.

Niedriger Testosteronspiegel

In etwa 30 % der Fälle ist ein Testosteronmangel Ursache der Osteoporose des Mannes. Der Testosteronmangel verursacht eine Zunahme des Knochenabbaus sowie parallel eine Abnahme der Knochenneubildung und führt dadurch besonders rasch zu einer Osteoporose. Auch Männer besitzen im Übrigen Östrogene und erleiden mit zunehmendem Alter neben dem Testosterondefizit auch einen relativen Östrogenmangel, der ebenfalls – wie bei den Frauen - für einen erhöhten Knochenabbau verantwortlich ist. Wichtig ist, dass Patienten trotz eines Testosteronmangels durchaus über eine normale Libido und Sexualefunktion berichten können. Trotzdem sollte man den Testosteronspiegel immer bestimmen! Auch die Männer kommen also in die Wechseljahre! Die Menopause der Frau entspricht dabei dem partiellen Androgendefizit des alternden Mannes (PADAM)².

Bewegungsmangel

Die Veränderungen des Bewegungssystems (Muskeln, Bänder, Sehnen, Knochen) haben mit zunehmendem Alter erhebliche Auswirkungen auf unsere allgemeine Fitness und Beweglichkeit. Dabei ist es wichtig, Muskulatur und Knochen als eine Funktionseinheit zu verstehen. Der schwindende Muskelanteil wird bei uns durch Fett- oder Bindegewebe ersetzt (Fielding u. Meydani 1997). Dies führt zu einer Verringerung der Muskelkraft von etwa 40 % zwischen dem 20sten und 80sten Lebensjahr durch Bewegungsmangel, unzureichende Pro-

² PADAM bedeutet „Partielles Androgendefizit des alternden Mannes“.

teinzufuhr und erhöhten oxidativen Stress. Die Abnahme unserer Muskelmasse steht somit an erster Stelle unseres Alterungsprozesses. Durch die reduzierte Muskelmasse – Muskelzellen verbrennen Energie! – kommt es zu einem Rückgang des Grundumsatzes. Dadurch steigt automatisch unser Körperfettanteil. Eine verminderte Muskelmasse im Alter führt auch zu einer verminderten Sauerstoffaufnahme und damit zu einer verminderten Leistungskapazität (Farrar et al 1997). Wir verlieren dadurch unsere gewohnte Kraft- und Ausdauerleistungsfähigkeit. Gesteigerte körperliche Aktivität mit Beanspruchung des Skelettsystems wirkt sich dagegen ganz besonders positiv auf die Beschaffenheit unseres Knochens aus. Zug und Druck der Muskel-Sehnen-Einheit am Knochen stellt nämlich den formierenden Reiz zum Aufbau und Erhalt des Knochengewebes dar. Geringe körperliche Aktivität führt also zu einem geringeren Reiz auf die Knochen. Dies zeigen die Erfahrungen in der Raumfahrt, wo die in der Schwerelosigkeit weilenden Astronauten schnell eine Osteoporose entwickeln.

Ernährungsdefizite

Diese betreffen die Bereiche Kalzium, Vitamin D, das für eine vermehrte Kalziumaufnahme sorgt, und die Proteine. Zusätzlich besteht beim Mann über 50 ein relativer Mangel an Cofaktoren: Vitamine, Mineralstoffe und Spurenelemente. Vereinfachend kommt es mit zunehmendem Alter zu einer verminderten Aufnahme von Kalzium aus dem Darm und einer veränderten Ausscheidung durch die Niere. Der Kalziumspiegel im Blut ist deshalb gering und der Körper versucht, den Kalziumverlust durch eine vermehrte Freisetzung des Mineralstoffes aus dem Knochen zu kompensieren. Dies führt letztendlich zu Osteoporose. Aber auch die Regelmäßigkeit, Qualität und Ausgewogenheit der Ernährung lässt bei älteren Männern oft zu wünschen übrig, vor allem, wenn sie sich allein versorgen müssen!

Wie erkennt Man(n) Osteoporose?

Der entscheidende Schritt zur (Früh-)Erkennung der Osteoporose ist die Knochendichtemessung nach dem DXA-Verfahren. Diese Messung bewertet die Knochendichte als einen entscheidenden und unabhängigen Risikofaktor für die Abschätzung der Knochenbrüchigkeit und ermöglicht eine klare Einschätzung, ob und welche Therapie erforderlich wird. Bei Verdacht auf eine Osteoporose oder wenn diese bereits gesichert ist, werden im Einzelfall weitere diagnostische Schritte erforderlich, z.B. Röntgenaufnahmen des Stammskeletts, eine Kernspintomographie oder eine orientierende Blutuntersuchung zum Ausschluss einer ungünstigen Grunderkrankung. Dies entscheidet im Einzelfall ein in der Behandlung der Osteoporose erfahrener Facharzt, im Idealfall ein Osteologe. Die Korrelation zwischen dem Messergebnis der Knochendichtemessung mit DXA und dem Frakturrisiko bei der Osteoporose ist gut dokumentiert. Die Beziehung zwischen Knochendichte und Oberschenkelhalsbruch ist dreimal zuverlässiger als die zwischen Cholesterinspiegel im Blut und Herzinfarkt.

Die Durchführung einer Knochendichtemessung mit DXA kann als Präventionsleistung in Eigeninitiative oder als Osteoporose-Diagnostik durch einen (Fach-)Arzt veranlasst werden. Sie ist den seltensten Fällen Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Lediglich wenn ein frischer Wirbelbruch vorliegt, zahlen die Kassen! Die Kosten für eine DXA-Messung belaufen sich dabei etwa auf ein Pizza-Essen für 2 Personen einschließlich Getränke. Die Untersuchung ist nicht belastend, kann in bekleidetem Zustand durchgeführt werden und dauert wenige Minuten. Das Ergebnis: Altersentsprechend normale Knochendichte, Osteopenie oder behandlungsbedürftige Osteoporose an der Wirbelsäule und den beiden Schenkelhälsen liegt sofort als numerischer und graphischer Wert vor. Eine notwendige Therapie kann dann sofort veranlasst werden.

Als eigenverantwortliche Präventionsleistung empfiehlt sich eine Osteoporose-Messung beim Mann aufgrund der Datenlage ab dem 50. Lebensjahr, in jedem Fall nach dem 60. Lebensjahr. Die Notwendigkeit für eine Osteoporose-Diagnostik und die guten Behandlungsmöglichkeiten nach Diagnosestellung werden auch heute noch immer von vielen Ärzten skeptisch bewertet, was dann oft zu einem diagnostischen und therapeutischen Nihilismus führt.

Mein Appell an die Männer: Sprechen Sie Ihren Hausarzt, Ihren Internisten, Ihren Urologen und vor allem Ihren Orthopäden aktiv auf die Osteoporose-Diagnostik, die DXA-Messung, an. Signalisieren Sie, dass Sie (wenigstens 1 x) bereit sind, die Kosten für eine Messung auch selbst zu tragen. Es lohnt sich! Denn je früher Osteoporose diagnostiziert wird, desto besser sind die Behandlungsmöglichkeiten.

Osteoporosetherapie

Nie zuvor stand eine so reiche Palette von Wirkstoffen, eine so große Zahl effektiver Medikamente zur Prävention und Therapie der Osteoporose zur Verfügung. Die Wirksamkeit – und Verträglichkeit – dieser Substanzen wurden in groß angelegten multizentrischen Studien nachgewiesen. Beispielhaft für diese A-klassifizierte Medikamente möchte ich die Bisphosphonate, Parathormon (PTH 1-34 und 1-84) oder das Strontium-Ranelat nennen, das den Knochenaufbau aktiviert und gleichzeitig den Knochenabbau bremsen kann. Unverzichtbare Basistherapie und präventiver Ansatz bei der Osteoporose ist die Kombination von Kalzium und Vitamin D in eine Dosis von 1000 mg und 800 – 1000 I.E. Für jeden Mann steht im Falle einer Osteoporose die richtige, individuelle Therapie zur Verfügung, die sich an den hochaktuellen Leitlinien des Dachverbandes Osteologie (DVO) orientiert. Diagnostik und Therapie der Osteoporose sind also kein Roulettspiel! Sie sind vielmehr wissenschaftlich fundiert und zuverlässig.

Vor einer medikamentösen Therapie der Osteoporose, in jedem Fall aber zusätzlich, können einfache Maßnahmen erheblich zur Knochengesundheit beitragen. Die Ausbildung und Umsetzung eines Knochenbewusstseins geht Hand in Hand mit der Erkenntnis, dass jeder Mensch für die Integrität und Gesunderhaltung seines Körpers selbst verantwortlich ist. Knochengesundheit ist nicht nur Aufgabe jeden Arztes, sondern verlangt auch die Identifikation und konsequente Mitarbeit von uns allen: Bone is everybody's business!

Verständnis setzt jedoch Wissen voraus. Wissen, das nur durch Information und Auseinandersetzung mit dem Thema Knochengesundheit erlangt werden kann. Wir leben in einer Zeit frei verfügbarer Informationen, umgeben von Suchmaschinen und Patientenforen, Wissensportalen und Chatrooms. Erfahrungsberichte und Behandlungsdokumentationen sind im Internet für nahezu jedermann zugänglich und stellen einen unerschöpflichen Wissensfundus dar. Für unsere Fragen und ein persönliches Gespräch gibt es kompetente Ärzte, denen wir vertrauen können. Jedem von uns steht damit umfassende Information und fachliche Kompetenz zum so wichtigen Thema Osteoporose zur Verfügung. Nützen wir dieses Angebot!

Salutogenese

Den Schluss meiner Ausführungen will ich nicht den speziellen, komplizierten Problemen der Osteoporose-Behandlung widmen, nicht der Schmerztherapie, nicht der differenzierten Versorgung von Osteoporose-Frakturen oder einer komplexen Medikamententherapie. Gönnen wir uns noch etwas Zeit für die Darstellung der Salutogenese bei der Osteoporose, d.h. den Faktoren, die uns Männer gesund halten. Haben wir ein Risiko für Osteoporose bei uns identifiziert – im Lebensstil, der Ernährung, im Gesundheitsstatus oder durch die DXA-Messung – ist es hohe Zeit gegenzusteuern.

Ausgewogene, kalziumreiche und Vitamin D-haltige Ernährung sowie körperliche Aktivität und Bewegung sind die Eckpfeiler bei den Maßnahmen zur Osteoporose-Vorbeugung (nicht nur bei uns Männern). Meiden Sie Kalziumräuber wie Koffein, Cola, Phosphat, Salz und zu viel Eiweiß. Rauchen Sie, wenn möglich, gar nicht mehr und genießen Sie Alkohol nur in geringen Mengen. Dass Sie Ihren Durst nur mit grünem Tee oder kalziumhaltigem Mineralwasser stillen, würde ich gar nicht erwarten. Hartkäse, z.B. Emmentaler oder Parmesan mit viel Kalzium, verträgt sich besonders gut mit einem kleinen Glas Rotwein.

Achten Sie vor allem auf Ihre körperliche Fitness und einen guten Trainingszustand. Ein dicker Bauch trainiert nicht gern! Muskelkraft und schmerzfreie Gelenkigkeit bis ins hohe Alter sind Teil eines disziplinierten Lebensstils, in dem der Wunsch nach geistiger und körperlicher Unabhängigkeit ein proaktives, gesundheitsbewusstes Verhalten induziert. Dies beinhaltet

die Kenntnis von Risikofaktoren, das Vermeiden von Konsumgiften und kritischen Medikamenten ebenso, wie ein auf die individuellen Möglichkeiten abgestimmtes langzeitiges Muskelaufbau- und Krafttraining. Geeignete Sportarten sind Power-Walking, Schwimmen, Skilanglauf. Daneben Wassergymnastik, therapeutische Kräftigung der Rückenmuskulatur, medizinische Trainingstherapie an Geräten oder spezielle Osteoporose-Gymnastik in einer Selbsthilfegruppe.

Geben Sie die Verantwortung für Ihre Knochen nicht in Ihrer Arztpraxis ab! Use it or loose it: Die Amerikaner bringen es auf den Punkt, wenn es um unsere Knochen und Muskeln geht. Werden sie nicht täglich gebraucht und belastet, verlieren wir sie unweigerlich. Folgen sind nicht nur eine zunehmende Passivität und Unbeweglichkeit, sondern auch ein Rückgang wichtiger motorischer Grundfertigkeiten. Für den Erhalt unserer Fitness im Alter sind die 5 motorischen Faktoren Ausdauer, Kraft, Flexibilität, Schnelligkeit und Koordination essentiell. Bleiben sie durch einen bewegungsorientierten Lebensstil erhalten, sind sie Garanten für eine umfassende geistige und körperliche Leistungsfähigkeit. Ideal ist dabei eine Kombination von Krafttraining, das den Erhalt der Muskulatur und der Knochenfestigkeit besonders fördert mit einem Ausdauertraining.

Regelmäßiges Flexibilitäts- und Koordinationstraining (beispielsweise Ballspiele zur Förderung der Koordination oder Dehnungsübungen zur Koordinationsverbesserung) führen zu einer sicheren Beweglichkeit und zu einem ökonomischen Krafteinsatz und vermindern so die Gefahr ungewollter und fataler Stürze, die beim Krankheitsbild der Osteoporose zu schweren Komplikationen wie Wirbelkörperfrakturen und Schenkelhalsbrüchen führen.

Fitness ist Lebensqualität! Fitness im körperlichen, motorischen Sinn bedeutet genauso Lebensqualität wie Fitness im psychischen, mentalen und sozialen Bereich. Wirklich gesund fühlt sich nur derjenige, der versucht, sein volles Potential auszuschöpfen. Wer Verantwortung für seinen Körper übernimmt, vermeidet nicht nur Osteoporose. Er sorgt vielmehr für eine optimale Balance von Körper und Geist und damit für eine lebenslange „Leichtigkeit des Seins“, wie wir sie uns alle für ein gesundes Alter wünschen. „Nicht das Leben mit Jahren füllen, sondern die Jahre mit Leben!“

Literatur

- Bartel R., Bartel Ch., Osteoporose-Manual-Springer 2004
- Berard A., Bravo G., Gauthier P., Meta-analysis of the effectiveness of physical activity for the prevention of bone loss in postmenopausal women. Osteoporos Int. 1997
- Berdwood G., Understanding Osteoporosis. New York, Parthenon Publ: 1996
- Birg H., Die demographische Zeitenwende, München 2001
- Burskirk E.R., Hodgson J.L., Age and Aerobic Power: The grate of change in man and women. Federation PROC 1987
- Fielding R.A., Meydani M., Exercise, free radical generation, and aging. Aging 1997/9
- Hollmann W., Rost R., Mader A., Liesen H., Altern, Leistungsfähigkeit und Training. Deutsches Ärzteblatt 1992, Heft 38
- Jacobi G.H. (Hrsg.), Praxis der Männergesundheit. Stuttgart: Thieme; 2003
- Jacobi G., Biesalski H.K., Gola U., Huber J., Sommer F.: Kursbuch Anti-Aging: Georg Thieme-Verlag Stuttgart, 2005.
- Klotz T., Männergesundheit unter sportphysiologischen Aspekten. In: Aging male –Man(n) wird nicht jünger. Marburg: Kilian; 2000
- Kressig R., Proust J., Körperliche Aktivität und Alterungsprozess. Schweiz Med. Wochenschr. 1998; 128.1181 bis 1186
- Meinel K., Schnabel E. Bewegungslehre Sportmotorik. Berlin: Sport Verlag; 1998
- Meryn S., Kindel G. Kursbuch Mann. München: Heyne Verlag; 2000
- Petersen O., Lifepower – Das Anti-Aging-Programm. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag; 2001
- Platen P., Sport in der Peri- und Menopause. J. Menopause, 2001
- Schirrmacher F., Das Methusalem-Komplott. München: Karl Blessing Verlag, 2004

Osteoporose im Internet:

DVO-Leitlinien 2009, Kurz-Langfassung; Patientenfassung: www.dv-osteologie.org

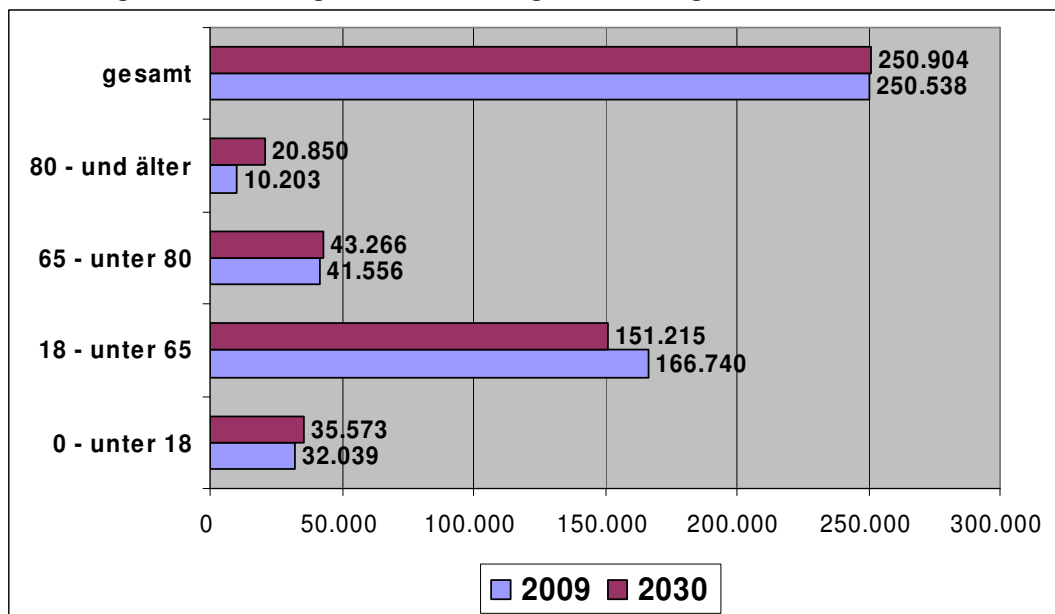
Auswertungsergebnisse zur Zufriedenheit älterer Männer

Klaus-Peter Licht

Entwicklung der älteren Bevölkerung in Lichtenberg (Bevölkerungsprognose) bis 2030

Die Bevölkerungsprognose¹ für das Jahr 2030 zeigt folgende Tendenzen für den Bezirk Lichtenberg: Die Gesamteinwohnerzahl wird voraussichtlich mit ca. 250.000 Menschen relativ konstant bleiben. Allerdings werden zwischen den Altersgruppen zum Teil erhebliche Verschiebungen prognostiziert. Die Anzahl der Einwohner/innen zwischen 18 und 65 Jahren wird abnehmen. Demgegenüber steht eine leichte Zunahme der Anteile der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren und des Anteils der Menschen im Alter von 65 bis unter 80 Jahren, von heute 21% auf ca. 25% im Jahr 2030. Das prozentual und absolut höchste Mengenwachstum werden voraussichtlich die Einwohner/innen, die 80 Jahre und älter sind verzeichnen, ihr Anteil wird sich verdoppeln.

Abbildung 1: Entwicklung der Bevölkerung Lichtenbergs bis 2030



Die folgenden Tabellen zeigen die prognostizierten demografischen Veränderungen und die Auswirkungen auf die Geschlechterverteilung in der Altersgruppe über 45 Jahre im Bezirk Lichtenberg.

¹ Basis: Daten des Einwohnerregisters Stand 31.12.2007

Abbildung 2: Geschlechterverteilung der Einwohner/innen über 45 in Lichtenberg 2009

2009			
Geschlecht	männlich	weiblich	Summe
45 - unter 65	33.756	34.897	68.653
65 - unter 80	18.435	23.121	41.556
80 - und älter	3.069	7.134	10.203
gesamt	55.260	65.152	120.412

Abbildung 3: Geschlechterverteilung der Einwohner/innen über 45 in Lichtenberg 2030

2030			
Geschlecht	männlich	weiblich	Summe
45 - unter 65	32.032	30.380	62.412
65 - unter 80	19.736	23.530	43.266
80 - und älter	7.837	13.013	20.850
gesamt	59.605	66.923	126.528

Von der Verdoppelung der Einwohner/innen über 80 Jahre sind vor allem die Männer betroffen, ihre Anzahl wird sich gegenüber 2009 mehr als verdoppeln. Um sich diese Zahl zu verdeutlichen, hilft gegebenenfalls die Vorstellung, dass es dann ungefähr so viele Männer über 80 Jahre geben wird, wie heute Frauen in dieser Altersgruppe. Das Thema Männergesundheit bzw. Gesundheitsvorsorge für Männer wird auch unter diesem Aspekt im Bezirk Lichtenberg an Bedeutung gewinnen (müssen).

Wie die folgende Tabelle zeigt, wird sich diese Veränderung im Bezirk regional unterschiedlich vollziehen.

Abbildung 4: Veränderung der Anzahl der Männer in den 5 Bezirksregionen Lichtenbergs 2009-2030

	Anzahl Männer 2009	Anzahl Männer 2030	Zunahme Männer absolut	Zunahme Männer prozentual
HSH-Nord				
65 - unter 80	2.959	5.005	2.046	69%
80 - und älter	454	1.464	1.010	222%
gesamt	27.924	25.148	-2.776	-10%
HSH-Süd				
65 - unter 80	3.155	3.643	488	15%
80 - und älter	520	1.456	936	180%
gesamt	19.937	20.005	68	0%
Libg-Nord				
65 - unter 80	5.298	4.277	-1.021	-19%
80 - und älter	794	2.134	1.340	169%
gesamt	31.027	31.765	738	2%
Libg-Mitte				
65 - unter 80	5.460	4.830	-630	-12%
80 - und älter	1.011	2.172	1.161	115%
gesamt	31.916	32.097	181	1%
Libg-Süd				
65 - unter 80	1.564	1.985	421	27%
80 - und älter	286	614	328	115%
gesamt	11.658	14.088	2.430	21%

Besonders deutlich ist dies in der Bezirksregion Hohenschönhausen-Nord. Während die Anzahl der Männer insgesamt um ca. 10% rückläufig ist, wird für die Altersgruppe der Männer über 80 Jahre ein Anstieg um über 220% prognostiziert.

Mit Ausnahme der Region Lichtenberg Süd (ca. 2.500 ältere Männer) ist im Jahr 2030 damit zu rechnen, dass in jedem Prognoseraum zwischen 5.000 bis 6.500 Männer über 65 Jahre leben werden. Dies stellt zum einen eine erhebliche Herausforderung für die Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention dar, die heute noch größtenteils frauendominiert sind (wie z.B. die Gymnastik- und Tanzangebote der kommunalen Seniorenbegegnungsstätten), andererseits erschließt sich hier auch ein großes Potenzial möglicher (männlicher) Kunden für Gesundheitssport- und Fitnessunternehmen.

Auswahl der Stichprobe und Methodik der Befragung

Das Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Schule, Sport und Soziales, Sozialamt hat im Jahr 2009 eine Befragung der älteren Lichtenberger Bürger/innen zur Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen vor Ort durchgeführt. Hierzu wurde im Zeitraum vom 26.03.2009 – 03.04.2009 an 5.000 Einwohner/innen im Alter von 55 Jahren und älter der Fragebogen „Zur Zufriedenheit älterer Menschen im Bezirk Lichtenberg mit den Lebensbedingungen vor Ort“ versandt. Die Adressen wurden vom Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten aus einer repräsentativen Stichprobe² zur Verfügung gestellt. Die Befragung erfolgte anonym, d.h. ohne Absenderangabe auf der Antwort. Da aber auf dem Fragebogen die entsprechende Bezirksregion (Frage 1) vermerkt war, war eine regionale Zuordnung des Rücklaufes möglich.

Methodisch handelte es sich größtenteils um eine Zufriedenheitsuntersuchung, eine anerkannte Methode der Bedarfsermittlung und kommunalen Planung. Diese basiert auf dem sozialwissenschaftlichen Konzept, soweit wie möglich nach dem wahrgenommenen Eindruck von örtlichen Lebensbedingungen zu fragen (Outputorientierung), anstatt nur den Bestand zu erheben (Inputorientierung). Der vorliegende Fragebogen bezog starke Anleihen aus einer bundesweiten Untersuchung über die „Zufriedenheit vor Ort“ ein, welche in Kooperation der Bundesarbeitsgemeinschaft der Seniorenvertretungen, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen sowie der Professuren für Haushalts- und Konsumökonomik und

² Die Auswahl je Bezirksregion erfolgte gemäß dem prozentualen Anteil an der Auswahlgesamtheit per Zufallsgenerator. Alle Befragten hatten ihren Hauptwohnsitz im Bezirk und waren mindestens 55 Jahre alt. Das Geschlechterverhältnis der Auswahl wurde auf 50 % weiblich und 50 % männlich festgelegt.

für Arbeits-, Organisations- und Wirtschaftspsychologie an der Universität Bonn erstellt worden ist³.

Das Konzept der Zufriedenheitsuntersuchung unterstellt, dass nicht so sehr bedeutsam ist, welche Bedingungen vor Ort objektiv und messbar bestehen, z.B. wie viel Quadratmeter Grünfläche pro 10.000 Einwohner/innen vorhanden sind, sondern wie diese Lebensbedingungen erlebt und bewertet werden. Dabei dient die Lebenszufriedenheit als Maß für die wahrgenommene Lebensqualität. Die von den Bewohner/innen gemachten Erfahrungen (z.B. die Freundlichkeit der Verkäuferinnen im Supermarkt) werden mit einem subjektiven Idealzustand bzw. einem Mindestanspruch verglichen (z.B. wie freundlich sollte eine gute Verkäuferin sein?). Die als (Un-) Zufriedenheit empfundene Wahrnehmung wird mit Hilfe einer Bewertungsskala (Note 1 bis Note 6) erfragt. Die negativ bewerteten Bedingungen sind ein Hinweis auf mögliche Veränderungsbedarfe, da sie zumindest auf eine als unzureichend empfundene Erfüllung von Ansprüchen an die Lebensverhältnisse hindeuten.

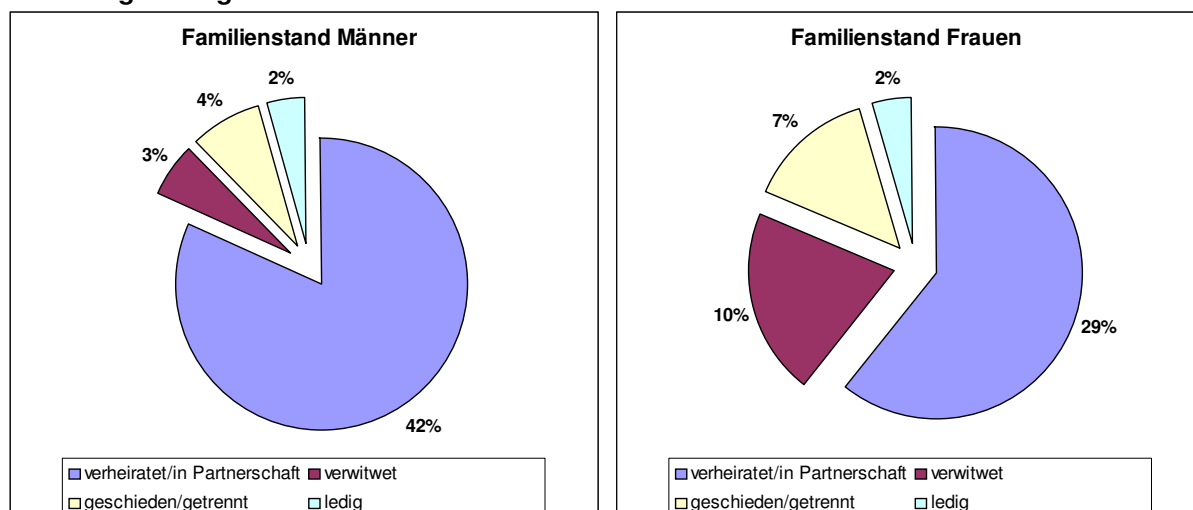
Die durchgeführte Zufriedenheitsuntersuchung bestand insgesamt aus 47 Einzelkriterien, welche zum Zwecke der Auswertung (Zusammenfassung inhaltlich zusammenhängender Fragen) zusätzlich zu neun Hauptindikatoren zusammengefasst wurden. Dabei waren auch Mehrfachzuordnungen möglich. Die Hauptindikatoren wurden jeweils regional (auf Ebenen der Bezirksregionen) und nach Geschlecht getrennt ausgewertet. Zudem erfolgte noch eine gesonderte Auswertung nach den Altersgruppen „Junge Alte“ (55-65 Jahre) und Hochaltrige (80 Jahre und älter).

Darstellung einiger Ergebnisse unter dem Aspekt der Männergesundheit

Im Folgenden sollen nun einige Ergebnisse der Befragung kurz dargestellt werden, die sich im weiteren Sinne dem Themengebiet Männergesundheit zuordnen lassen. Insgesamt gab es ein vergleichsweise sehr hohes Interesse an der Befragung, was sich in einer Rücklaufquote von über 30% ausdrückt. Wobei das Interesse der Männer mit 32,6% sogar noch etwas höher lag als bei den Frauen mit 30,8%.

³ Prof. Dr. Michael-Burkhard Piorkowsky, Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn
<http://www.huk.uni-bonn.de>, Vortrag am 01.10.2008 zur Auftaktveranstaltung „Aktiv im Alter“ in Berlin

Abbildung 5: Vergleich der Familienstände Männer und Frauen



Deutlich mehr Männer (42%) als Frauen (29%) waren verheiratet bzw. lebten in einer Partnerschaft. Demgegenüber waren dreimal mehr Frauen als Männer verwitwet und fast doppelt so viele geschieden bzw. lebten in Trennung.

Abbildung 6: Gesamtzufriedenheit Vergleich Männer-Frauen

Bezirksregion	weiblich	männlich	Gesamt
Frdfelde Süd	2,7	2,7	2,68
Neu Hsh Süd	2,6	2,8	2,69
FAS	2,9	2,6	2,73
Alt Hsh Nord	2,7	2,8	2,76
Alt Hsh Süd	2,8	2,8	2,77
Neu Hsh Nord	2,8	2,7	2,78
Fennpfuhl	2,9	2,8	2,81
Alt Libg	2,8	2,9	2,81
Karlshorst	2,8	2,8	2,81
Neu Libg	2,8	2,9	2,83
Rummelsburg	3,0	2,9	2,86
Frdfelde Nord	3,0	3,0	2,96
Dörfer	3,3	3,2	3,19
Gesamtergebnis	2,8	2,8	2,78

Die Auswertung der Gesamtzufriedenheit (der Mittelwert aller 47 Einzelkriterien) ergab erstaunlicherweise kaum Geschlechterunterschiede. Lediglich in einigen Stadtteilen wichen die Bewertungen der Männer und Frauen voneinander ab. Demzufolge lebten die zufriedensten Männer über 55 Jahre in der Frankfurter Allee Süd (FAS), die unzufriedensten dagegen unverändert in den Dörfern Malchow, Wartenberg und Falkenberg.

Zufriedenheit älterer Männer

Die folgende Tabelle zeigt, dass es in allen gesundheitsrelevanten Einzelkriterien geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung gab und wie stark diese ausgeprägt waren.

Abbildung 7: Unterschiede in der Zufriedenheit zwischen Männern und Frauen

Kriterium	Männer	Frauen	Differenz
Amb. Pflegedienste	2,70	2,57	-0,13
Haushaltsnahe Dienstleistungen	3,05	2,96	-0,09
Kieztreffs	2,88	2,80	-0,08
Sportangebote	2,89	2,83	-0,06
Hausärzte	2,59	2,53	-0,06
Toiletten	4,59	4,54	-0,05
Seniorenbegegnungsstätten	2,77	2,73	-0,04
Apotheken	1,78	1,77	-0,01
Pflegeheime	2,63	2,62	-0,01
kult. Einrichtungen (z.B. Kino, Theater)	3,73	3,74	0,01
Gesundheitsempfinden	2,96	2,97	0,01
Erholungsmöglichkeiten	2,37	2,39	0,02
Fachärzte	2,96	2,99	0,03
Bei Fragen/Probleme an Ärzte	2,41	2,48	0,07

In allen gesundheitsrelevanten Kriterien waren die Unterschiede nur marginal. Die subjektive Bewertung der eigenen Gesundheit (das Gesundheitserleben) war bei den Männern mit 0,1 Punkten geringfügig positiver als bei den Frauen.

Im Rahmen der Befragung wurden neben der Zufriedenheitsbewertung auch thematische Fragen gestellt, so z.B. nach dem Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit. Folgende Tabelle zeigt die Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

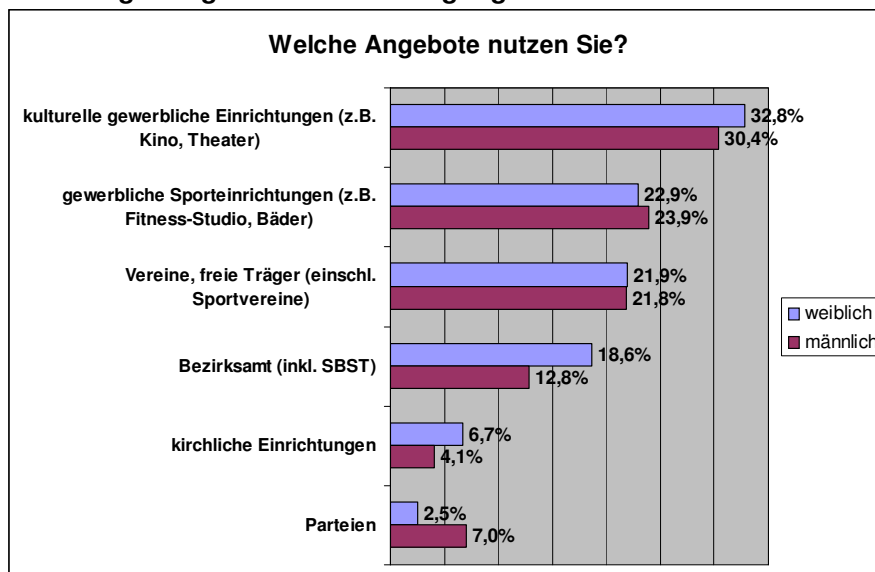
Abbildung 8: Interesse an ehrenamtlicher Tätigkeit

Haben Sie Interesse an einer ehrenamtlichen Tätigkeit?	weiblich	männlich
Ich habe kein Interesse.	28,4%	30,5%
Habe Interesse, kann aber gesundheitlich nicht.	20,0%	19,1%
Habe Interesse, aber familiär nicht möglich.	21,8%	17,8%
Ich bin bereits ehrenamtlich tätig.	14,2%	17,4%
Habe Interesse, weiß aber nicht wo?	8,2%	9,4%
keine Angabe	7,4%	5,8%

Mehr Frauen als Männer (21,8% zu 17,8%) gaben an, aufgrund familiärer Hindernisse nicht ehrenamtlich tätig sein zu können, dagegen äußerten mehr Männer (17,4% zu 14,2%), bereits ehrenamtlich tätig zu sein. Diese Aussage relativiert sich aber dahingehend, dass man diese familiären Verpflichtungen durchaus auch als ehrenamtliche Tätigkeit definieren könnte.

Dieses weitgehend homogene Bild wird auch durch eine ähnliche Befragung bestätigt, die das Sozialamt Lichtenberg im Jahr 2003 durchführte. Damals wurden insgesamt 5.000 Lichtenberger/innen über 55 Jahre zu ihren Freizeitgewohnheiten befragt.

Abbildung 9: Ergebnisse der Befragung im Jahr 2003



Die Sport- und Freizeitgewohnheiten der älteren Menschen waren damals zwischen den Geschlechtern relativ vergleichbar. Lediglich bei den Angeboten des Bezirksamtes, hier insbesondere die kommunalen Seniorenbegegnungsstätten und bei den kirchlichen Einrichtungen gab es signifikant höhere Nutzerinnenzahlen. Demgegenüber wurden die Angebote der politischen Parteien von deutlich mehr Männern genutzt als von Frauen.

Gesundheitsfördernde Angebote der kommunalen Seniorenbegegnungsstätten

Jörg Kaminski

Der Bezirk Lichtenberg verfügt über acht kommunale Seniorenbegegnungsstätten, die territorial über den gesamten Bezirk gut verteilt sind, von Karlshorst bis Hohenschönhausen/Wartenberg. Sieben Seniorenbegegnungsstätten werden durch Mitarbeiter des Bezirksamtes Lichtenberg, Abt. Schule, Sport und Soziales, Fachbereich Soziale Dienste und Angebote geleitet, die Seniorenbegegnungsstätten Ruschestraße 43 wird in Kooperation mit der Abt. Schule, Sport und Soziales durch Mitarbeiter des Sozialwerkes des Demokratischen Frauenbundes (Dfb) geleitet.

Wesentliche Aufgabe in den Begegnungsstätten ist es u. a., älteren Bürgern und Bürgerinnen Möglichkeiten zu bieten, soziale Kontakte zu knüpfen, um somit weiterhin aktiv am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können. Durch abwechslungsreiche, auf die Bedürfnisse der Besucher und Besucherinnen zugeschnittene, breit gefächerte Angebote an soziokulturellen Veranstaltungen und sportlichen Aktivitäten wollen wir das Selbstwertgefühl und den Gemeinschaftssinn der älteren Bürgerinnen und Bürger stärken und einer möglichen Vereinsamung und Isolation des Einzelnen entgegen wirken.

Der Vereinsamung und Isolation entgegen zuwirken, sich geistig und körperlich fit zu halten, das sind nach meinem Verständnis wichtige gesundheitsfördernde Faktoren für Männer und Frauen. Dies ist unseren Ansprechpartnern in den Seniorenbegegnungsstätten vor Ort bewusst. Dementsprechend sind auch die Angebote in den jeweiligen Einrichtungen geschlechterspezifisch orientiert. Das wird von unseren Besuchern in den Seniorenbegegnungsstätten mehr und mehr zur Kenntnis genommen und genutzt, was sich wiederum an Hand der monatlichen Besucherzahlen widerspiegelt.

Trotzdem ist die Realität so, dass etwa 72 % der Besucher weiblich und lediglich 28 % männlich sind, im Alter von 50 Jahren bis weit über 80 Jahren. Noch vor zwei Jahren hatten wir einen Anteil von 27 % an männlichen Besuchern bei insgesamt 137.844 Besuchern pro Jahr. Zukünftig rechnen wir mit ca. 139.000 Besuchern, die jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit den prozentualen Anteil an männlichen Besuchern auch nicht wesentlich weiter erhöhen können.

Dass wir von 2007 bis 2009 den Anteil an männlichen Besuchern in den Seniorenbegegnungsstätten erhöht haben, ist gut und liegt zweifelsohne an den geschlechterspezifischen Angeboten in den jeweiligen Seniorenbegegnungsstätten und natürlich auch den jeweiligen

Leitern der Einrichtungen und deren Öffentlichkeitsarbeit, an der Art und Weise, wie sie männerspezifische Angebote den männlichen Besuchern „schmackhaft“ machen.

Aber uns reicht der jetzige Stand nicht aus - wir sind mit den bisherigen Ergebnissen noch nicht zufrieden. Wir stellen immer wieder fest, dass Frauen sich über die Gruppenangebote und kulturellen Veranstaltungen informieren, Interesse für dieses oder jenes Angebot zeigen und dieses dann auch nutzen, aber oft ihre männlichen Partner nicht dazu motivieren, mit in die Einrichtung zu gehen.

Welche Gruppenangebote halten wir unseren Besucherinnen und Besuchern vor? 2 x Gymnastikkurse für Bürger ab 50, 10 x Seniorengymnastik, 3 x Tai Chi, 2 x Qigong und 1 x Rücken- und Entspannungsgymnastik. Diese sportlichen Angebote werden ausschließlich von Frauen genutzt. Selten nehmen ein oder zwei Männer an den Kursen teil. Die Gruppenstärke ist unterschiedlich, ca. 20 bis 25 Teilnehmer/Innen oder nur 5 bis 10 Teilnehmer/Innen. Auch Angebote zur gesunden Ernährung, Vorträge von Ärzten bzw. Apotheker werden vorrangig von weiblichen Zuhörern genutzt.

Jedoch gibt es auch Angebote, bei denen es umgekehrt ist, nämlich 2/3 der Besucher sind männlich und der Rest sind Frauen, z.B. bei Schach, in 2 Einrichtungen mit jeweils 8 – 10 Spielern, manchmal auch mehr; Skat wird in 7 Einrichtungen regelmäßig angeboten; Tanzen hält fit, hält gesund, trainiert den „Geist“ und macht Spaß und Freude. Wir bieten in 5 Einrichtungen wöchentlich Tanzkurse unter fachlicher Leitung an. Diese werden von Männern und Frauen oft gemeinsam genutzt, was die Besucherzahlen verdeutlichen, z.B. in der Seniorenbegegnungsstätten Joachimsthaler Str. 2 mit 32 Männern/ 43 Frauen, Judith- Auer- Str. 8 mit 30 Männern/ 30 Frauen, Hönowe Str. 30 a mit 8 Männern/ 18 Frauen und in der Rutschestraße 43 mit 7 Männern/ 20 Frauen.

Line- Dance – in den letzten Jahren ist das Interesse enorm gewachsen – stärkt nicht nur das „Wir Gefühl“, sondern es trainiert auch die Konzentration und Denk- sowie die Koordinationfähigkeit. Wir bieten in 5 Einrichtungen 7 Kurse an, die alle auch von Männern gut besucht werden (2/3 Frauen, 1/3 Männer, in einigen Kursen auch 50 % männliche und 50 % weibliche Teilnehmer/Innen). Und last but not least werden unsere wöchentlichen Tanzveranstaltungen (große oder kleinere) auch zu 1/3 von männlichen Besuchern genutzt.

Weitere Angebote, die überwiegend von Männern genutzt werden sind Bowling im Hansa – Center, Sportlerstammtisch, Radwandergruppe (12 Teilnehmer und davon mindestens 7 Männer), Kraftfahrerschulung (ausschließlich 10 Teilnehmer –männlich), Arbeit mit moderner

Gesundheitsfördernde Angebote

Technik – Digitalkameragruppen. In den Seniorenbegegnungsstätten Zum Hechtgraben 1 und Warnitzer Str. 8 sind Angebote von PC-Kursen sehr gefragt. In 3 Seniorenbegegnungsstätten werden 8 PC-Kurse für Anfänger/Fortgeschrittene/Bildbearbeitung angeboten, wovon 1/3 der Teilnehmer Männer sind.

Angedacht sind weitere geschlechterspezifische Angebote, z.B. sportliche Aktivitäten, wie Laufgruppen, Volleyball, Tischtennis, Minigolf, Außenkegelbahn. Dazu wollen wir zukünftig mit anderen Partnern, Sportvereinen, anderen Fachabteilungen und Organisationen noch enger kooperieren und gemeinsam die vorhandenen Ressourcen bündeln oder noch ungenutzte Flächen, z.B. in der Einbecker Straße 85 oder in der Kultschule, Sewanstraße 43 für gemeinsame gesundheitsfördernde Angebote nutzen.

Porträt eines Jungen

Marek Spitzcok von Brisinski

Was ist Gesundheit?

Wenn es einem gut geht. Wenn man Spaß am Leben hat.

Was sind gesunde Sachen?

Gemüse, Obst, gute Ernährung und Sport. Wenig Medizin, wenn man krank ist.

Was ist ungesund?

Schokolade, Chips, Cola, rauchen, Pizza, Fast Food, jeden Tag einen Burger. Auch vor dem Fernseher hocken, nicht rausgehen oder seinen Körper nicht pflegen. Computer spielen ist eigentlich nicht so ungesund, es kann nur süchtig machen.

Ist süchtig sein gesund oder ungesund?

Kann man nicht so sagen.

Lebst du gesund?

Ich ess' nicht so viel Süßes, manchmal ess' ich auch Obst oder Gemüse. Ich esse mehr Chips, das ist lecker, da kann man nicht widerstehen. Rauchen will ich nicht, das ist richtig ungesund, da kann man sterben und so.

Bist du auch am Computer?

Ja, jeden Tag, aber nicht so lange, nur ein oder zwei Stunden.

Was machst du da?

Spielen im Internet, chatten mit Freunden.

Hast du einen eigenen Computer?

Ja, in meinem Zimmer, habe ich gerade bekommen, vor ein paar Wochen.

Was machst du sonst?

Fernseh' gucken und manchmal geh' ich raus.

Was machst du draußen?

Fahrrad fahren, spielen auf dem Spielplatz. Dann bin ich so vertieft, dass ich gar nicht mehr nach Hause will. Dann geh' ich auch öfter wieder raus für 'ne Weile und dann mal wieder nicht.

Gibt es Unterschiede bei Jungen und Mädchen in der Gesundheit?

Mädchen leben gesünder. Sie achten mehr auf ihre Figur und so. Es wird immer mehr so, dass Jungs zu Hause bleiben, Fernsehen gucken, Konsole spielen, sich voll futtern. Bei den meisten Mädchen ist das nicht so. Sie gehen auch raus, wenn schlechtes Wetter ist. Jungs futtern sich voll mit ungesunden Sachen. Sie merken gar nicht, wie schön es draußen ist, wie frisch die Luft ist und so.

Können Jungen etwas tun, um gesünder zu leben?

Ja, sich überreden, mehr raus zu gehen. Dann merken sie erstmal wieder, wie schön es draußen ist. Ich hab' so Phasen, wo ich viel zu Hause bin aber dann zwing ich mich, raus zu gehen, auch wenn ich alleine bin. Einfacher ist es, wenn jemand klingelt und mich abholt. Am besten ist es auch, keine Chips mehr zu essen, sondern mehr Äpfel. Am besten mehr Fleisch essen, weil wir ja groß und stark werden wollen.

Porträt eines Studenten

Christopher Mey

Ich bin zurzeit Student der öffentlichen Verwaltungswirtschaft. Nach dem Abitur habe ich mich zunächst für den Wehrdienst entschieden und danach eine Ausbildung zum Verwaltungsfachangestellten im Bezirksamt Neukölln gemacht. Jetzt bin ich 28 Jahre alt und stehe kurz vor der Beendigung meines Studiums. Was danach kommen wird, kann ich leider noch nicht so genau sagen.

Was bedeutet Gesundheit für Sie?

Gesundheit bedeutet für mich, an keinen chronischen Krankheiten zu leiden. Vor allem nicht fettleibig zu sein. Sportlichkeit gehört auch dazu.

Treiben Sie Sport?

Ich treibe sehr regelmäßig, fast täglich Sport. Im Wesentlichen gehe ich ins Fitnessstudio und mache nebenbei noch Boxen und Kickboxen. Im Sommer gehe ich auch oft Inlineskaten. Sport ist ein wichtiger Faktor in meinem Leben. Neben dem Studium bleibt dafür auch ausreichend Zeit. Wie sich die Begeisterung dafür nach dem Studium, bei einem Vollzeitjob entwickeln wird, kann ich jetzt noch nicht genau sagen. Allerdings fühle ich mich nach mehreren Tagen ohne eine sportliche Betätigung unwohl.

Achten Sie auf Ihre Ernährung?

Auf meine Ernährung achte ich leider kaum. Da ich nicht kochen und dafür auch kein Interesse entwickeln kann. Deshalb esse ich unterwegs. Das läuft dann meistens auf ungesundes Fast Food hinaus. Wenn ich zu Hause etwas esse, dann meistens Fertiggerichte. Mittlerweile habe ich mir angewöhnt, etwas Obst zu essen. Von einer gesunden Ernährung kann aber kaum die Rede sein.

In welchem Arbeitsumfeld sind Sie tätig?

Mit Ausnahme des Wehrdienstes und meinem studentischen Nebenjob beim DPD (Deutscher Paketdienst), übe ich Bürotätigkeiten aus, also nicht körperlich anstrengend. Das habe ich mir aber bewusst so ausgesucht. Körperliche Tätigkeiten in Form eines Handwerkes entsprechen nicht meinen Fähigkeiten. Im Büro fühle ich mich sehr gut aufgehoben.

Inwiefern spielt die Suchtproblematik für Sie eine Rolle (Alkohol, Tabak usw.) und wo sehen Sie Gefahren, speziell für die Gesundheit von Männern?

Als Jugendlicher habe ich ein Jahr lang geraucht. Dieses Laster konnte ich dann aber wieder ablegen. Mit 16 Jahren habe ich begonnen Alkohol zu trinken. Da hat sich auch eine gewisse Regelmäßigkeit eingeschlichen. An den Wochenenden trinke ich meistens Alkohol. Von einer Suchtproblematik kann ich aber nicht sprechen. Natürlich ist es unter jungen Männern die Regel, dass getrunken wird. Allerdings trinke ich keinen Alkohol, weil andere es möchten, sondern weil ich das selbst so will. Von anderen Männern, die völlig abstinent leben, habe ich aber auch ein eher negatives Bild bezüglich ihrer Geselligkeit. Andere Drogen außer Alkohol und Tabak haben bei mir niemals eine Rolle gespielt. Gesundheitsgefährdung durch Alkohol und Tabak sehe ich vor allem in männlichen Berufsfeldern. Auf der Baustelle scheint es die Regel zu sein, dass Alkohol getrunken wird. Man hat das Gefühl, dass sich die Männer dort ihre harte Arbeit schön trinken.

Haben Sie schon mal an einer psychischen Erkrankung gelitten?

Ich selbst würde mich als psychisch stabil bezeichnen. Das liegt aber sicher auch daran, dass es bisher kein besonders traumatisches Ereignis in meinem Leben gab, wodurch meine psychische Gesundheit hätte leiden können. Das Umfeld, in dem ich aufgewachsen bin, ist auch sehr stabil gewesen. Dadurch ist wohl das Potential für eine Depression oder Ähnliches nicht vorhanden.

Spielt beruflicher Erfolg für Sie eine Rolle? Inwiefern würde sich eine längere Arbeitslosigkeit negativ auf ihr seelisches Empfinden auswirken?

Beruf und Arbeit dienen mir dazu, meinen Lebensunterhalt finanzieren zu können. Ich würde mich bezüglich meiner beruflichen Entwicklung nicht als zwanghaft ehrgeizig bezeichnen. Eine interessante Stellung, mit Entwicklungsmöglichkeiten ist natürlich trotzdem wichtig. Schließlich verbringt man mindestens 8 Stunden am Tag an seinem Arbeitsplatz. Ein angenehmes Arbeitsumfeld und Kollegen, mit denen man gut auskommt, sind unbedingt erforderlich. Eine längere Arbeitslosigkeit würde mich schon depressiv machen. Mein längster Zeitraum ohne Beschäftigung war 6 Monate. Selbst in dieser kurzen Zeit hat man sich morgens schon gefragt, warum man eigentlich aufstehen sollte. Ich kann mir sehr gut vorstellen, dass ein jahrelanger Zeitraum ohne Job krank machen kann.

Könnte eine berufliche Überforderung für Sie negative Konsequenzen haben?

Eine Stellung, die mich überfordert oder die Arbeitsbelastung zu groß ist, hatte ich noch nie. In einem solchen Fall würde ich mich aber schnellstmöglich nach etwas anderem umsehen

oder kündigen. Auch wenn das Arbeitslosigkeit oder eine schlechtere Bezahlung bedeuten würde. Ich sehe nicht ein, dass mein Beruf mich krank machen soll.

Haben Sie Familie? Wenn nicht, wie sieht es mit der Familienplanung aus?

Bis jetzt habe ich noch keine Familie. Die Familienplanung liegt bei mir definitiv jenseits der 30. Als Mann kann man auch mit Ende 30 noch Vater werden. Das hat nicht zuletzt finanzielle Vorteile, da man seine Ausbildung dann längst beendet hat und eine relativ sichere Position innehaben sollte. Mein Bruder ist mit über 40 noch Vater geworden. Insofern hat die Familienplanung noch Zeit.

Was sollte Gesundheitsförderung für Männer von der Gesundheitsförderung für Frauen unterscheiden und wo sehen Sie Handlungsbedarf?

Zunächst müssten die mänderspezifischen Felder erkannt werden, in denen die Gesundheitsgefährdung für Männer überdurchschnittlich hoch ist. In diesen Gebieten müsste es dann Angebote geben. Betrachtet man die Werbung für Alkohol und Zigaretten, so ist auffällig, dass damit immer noch Männlichkeit verbunden wird. Ich denke, gerade für Kinder- und Jugendliche sollte versucht werden, mit dieser Verbindung zu brechen. Gerade Rauchen hat aus meiner Sicht nicht im Geringsten etwas mit Männlichkeit zu tun. Im Prinzip macht man sich nur abhängig, also eigentlich das genaue Gegenteil männlichen Verhaltens. Verbote oder Tabuisierungen bringen aber nichts, die Verantwortung für die eigene Gesundheit liegt trotz aller negativer Faktoren bei den Männern selbst. Gesundheitsangebote für Männer sollten immer mit Aktivität im Zusammenhang stehen. Mit einem Kochkurs für gesundes Essen wird man keine Männer erreichen. Sportangebote sind aber immer passend. In größeren Betrieben könnte ich mir auch eine Freistellung für Betriebssport vorstellen (vor allem für die Führungskräfte). So wird der Teamgeist gestärkt und die Arbeitskraft durch gesundheitsfördernde Betätigung erhalten.

Porträt eines Seniors

Jürgen Steinbrück

Was verbinden Sie mit Gesundheit?

Gesundheit bedeutet für mich, die täglichen beruflichen und privaten Anforderungen leisten zu können. Wenn ich die normalen Dinge wie Autofahren, Laufen oder meine Arbeit problemlos bewältigen kann, dann bin ich gesund.

Welche Rolle spielt Gesundheit in Ihrem Leben?

Ich bin keiner von den Menschen, die in sich reinhören. Ein paar Zipperlein gehören im Alter einfach dazu. Darüber muss man hinwegsehen können. Die hat man einfach. Dennoch gehe ich regelmäßig zum Arzt, zu einem Gesundheitscheck. Die Ärzte wollen das so, also richte ich mich danach.

Tun Sie noch etwas für Ihre Gesundheit, außer den regelmäßigen Arztbesuchen?

Das ist einer der Sachen, mit denen ich mich herumschlage. Als Jugendlicher habe ich regelmäßig Sport betrieben. Ich habe aktiv Fußball und Wasserball gespielt und Leichtathletik ausgeübt. Während der Wendezeit hat dieses Aktivsein nachgelassen. Zum einen wurde der Drang nach sportlicher Aktivität weniger und zum anderen haben sich durch die Wende die ganzen alten Beziehungen und Kameradschaften aufgelöst. Weiterhin kam dazu, dass mich die politische Arbeit sehr eingenommen hat.

Im Allgemeinen gehe ich gern laufen, wenn es die Zeit zulässt. Radfahren wäre auch eine Option, aber das ist mir in Berlin zu gefährlich. Ich versuche viel zu lesen und weniger fernzusehen, außerdem bin ich an Theater und Konzerten interessiert. Dennoch, was meine gesundheitliche Lebensweise angeht, bin ich sicher kein Vorbild. Ich will auch kein Vorbild sein, denn Vorbilder verpflichten.

Von meinem Sohn habe ich vor fünf Jahren einen Gutschein für ein Rückentraining geschenkt bekommen. Der Gutschein liegt bis heute in meinem Schrank. Ich hoffe, dass ich mich irgendwann dazu durchringen kann.

Denken Sie, dass Männer zu wenig für Ihre Gesundheit tun?

Ja, das denke ich. Letztens habe ich einen Artikel über eine Wandergruppe gelesen. Ich habe festgestellt, dass kaum Männer dabei waren. Mein erster Gedanke war: Die sitzen wahrscheinlich lieber vor dem Fernseher statt sich zu bewegen. Das stimmt mich schon nachdenklich.

Woran könnte das liegen?

Aus meiner Sicht kommen zwei Gründe in Betracht. Erstens: Die Gesellschaft zwingt den Mann regelrecht sein Leben lang, das Geld heranzuschaffen. Männer werden demnach eher zu einem leistungsorientierten als zu einem gesundheitsorientierten Lebensstil erzogen. Zweitens: Männer sind fauler und bequemer als Frauen. Dazu denke ich, hat vor allem die Mutter-Sohn-Haltung beigetragen. Mütter haben oft das Bedürfnis, ihre Söhne „einzupacken“ und sie zu beschützen, das aber fördert diese bequeme Haltung der Männer und letztlich auch, dass sie weniger auf ihre Gesundheit achten.

Was denken Sie, würde Männer motivieren mehr für Ihre Gesundheit zu tun?

Hier besteht zunächst ein gesamtgesellschaftliches Problem. Zunächst muss die Lethargie bekämpft werden. Außerdem sollte sich die Angebotsbreite im Sinne von Geschlechtergerechtigkeit ausdehnen, denn diese hat sich tatsächlich sehr einseitig entwickelt. Das hat wahrscheinlich damit zu tun, dass wir eine männerdominierte Gesellschaft sind und davon ausgegangen wurde, dass die Männer das selbst in die Hand nehmen und sich Angebote schaffen.

Ich denke außerdem, dass viele Angebote eher verpflichtend sein sollten und würde weniger auf Freiwilligkeit setzen. Gesundheit muss zur Gewohnheit und so in das Leben integriert werden, dass keiner mehr anders kann, als gesund zu leben. Beispielsweise mit der Durchführung von Gesundheitstrainings ab dem Kindesalter.

Welche Gesundheitsangebote würden Sie ansprechen?

Ich denke, Männer könnten Wandergruppen und Kochkurse interessieren. Eine gute Idee wäre auch Krafttraining anzubieten, denn der Verfall der Muskulatur macht den Männern oft schwer zu schaffen. Man sollte den Interessen der Männer folgen. So sind technische und handwerkliche Angebote sicher auch eine Möglichkeit.

Würden Ihrer Ansicht nach, Männer mehr für ihre Gesundheit tun, wenn es Angebote getrennt von Frauen gebe?

Das kann ich nicht sagen. Ich bin sehr gerne unter Menschen. Eigentlich bin ich Gegner davon alles zu trennen. Ich könnte mir aber vorstellen, dass Kochkurse von Männern besser besucht werden, wenn diese getrennt von Frauen stattfinden. Da sind die Männer unter sich und die Schamgrenze ist niedriger. Aber Wandergruppen beispielsweise sollte man m. E. nicht trennen.

Wie denken Sie, könnten Männer besser mit Angeboten erreicht werden?

Das ist eine schwierige Frage. Die Kommunikation ist in dieser Hinsicht ein schwieriges Problem. Entscheidend ist, permanent Angebote zu machen. Diese müssen aber genau die Interessen der Zielgruppe treffen. Wenn das gelingt, gelangt man meist über Mundpropaganda an die Männer.

Wie lebe ich mit der Krankheit Depression?

Manfred Bieschke-Behm

Nachdem ich mich viele Jahre im Teufelkreis der Depression befand, habe ich für mich beschlossen, genug gelitten zu haben. Erlebnisse aus Kindertagen und den Jugendjahren hatten mich krank gemacht und jahrelang krank gehalten. Soweit ich zurückdenken kann, fühlte ich mich unerwünscht und ungeliebt. Ich hatte die zwanghafte Vorstellung für alle und alles verantwortlich zu sein. Der Höhepunkt war sicherlich, dass ich 1961 glaubte, für den Bau der Berliner Mauer verantwortlich zu sein.

Wenn es Personen gut ging, von denen ich mich abhängig fühlte, ging es mir auch einigermaßen gut. Mir wurde eingeredet - zumindest war es meine Wahrnehmung - dass allein durch mein Dasein andere leiden müssen. Deshalb versuchte ich schon sehr früh, nicht auffallend zu leben. Weder positiv noch negativ. Am liebsten war es mir, wenn ich gar nicht wahrgenommen wurde. Allerdings gab es auch viele Momente, wo ich mich nach Nähe sehnte, sie nicht fand bzw. nicht bekam. Ich lebte in einem ständigen Gefühlsdurcheinander.

Ich fügte mir Verletzungen zu, nicht um mich zu quälen, sondern um mich zu spüren, aber auch in dem Bewusstsein durch ärztliche Versorgung Körpernähe und Berührungen zu empfinden und zu empfangen. In der Schule hatte ich Schwierigkeiten, den Anforderungen gewachsen zu sein. Auf der einen Seite wollte ich es mir und den anderen beweisen, dass ich etwas wert bin, dass ich etwas kann. Auf der anderen Seite merkte ich allzu oft, dass ich überfordert war und häufig nicht wusste, wie es weiter gehen soll.

Meine seelische Verfassung machte mir häufig einen Strich durch die Rechnung und das weit über die Schulzeit hinaus. Dass ich jahrelang, und vermutlich bereits als Kind bzw. Jugendlicher unter Depressionen litt, war mir nicht bewusst und wurde auch seitens der Ärzte nicht diagnostiziert. Behandelt wurden der Magen, der rebellierte oder das Herz, das unregelmäßig schlug. Es gab die belastenden immer wiederkehrende Migräneanfälle und Nackenversteifungen. Auch der Darm- und Magentrakt machte mir nicht selten Schwierigkeiten. Krankschreibungen, später Kur- und Klinikaufenthalte waren die begleitenden Maßnahmen.

Heute weiß ich: Ist die Seele krank, ist auch der Körper krank. Mit den organischen Krankheiten hatte ich gegenüber meinen Vorgesetzten und Kollegen kaum Schwierigkeiten, wenn es darum ging, als „krank“ anerkannt zu sein. Migräne war da schon schwieriger. Männer und Migräne? Passt nicht zusammen. Und wenn Migräne schon nicht passt, dann geht Depression schon gar nicht.

Also wurde weiter erduldet, erfunden und gelogen, nach Alternativen gesucht. Sehr häufig kam ich mir wie ein Schauspieler vor, der seine Rolle einstudiert hatte und diese solange vorführte, wie sie ihm abgenommen wurde. Ob mir die Rolle, die ich spielte, immer abgenommen wurde, weiß ich nicht. Eher wohl nicht! Ob, oder ob nicht, darüber wollte ich mir keine Gedanken machen, denn dann hätte ich ein weiteres Problem gehabt.

Aus heutiger Sicht muss ich sagen, dass sich Mediziner zu lange nur mit meinem Körper und nicht mit meiner Seele beschäftigt haben. Endlose Jahre vergingen bis endlich die Krankheit Depression diagnostiziert wurde. Ich kann mich noch sehr wohl an die Situation erinnern, als meine Hausärztin zu mir sagte: „Ich kann die Verantwortung für Sie nicht mehr übernehmen. Ich möchte Sie in eine Klinik einweisen“. Diagnose: Schwere Depression. Das war 1976.

Die Klinikaufenthalte waren zum Teil für mich die Hölle. Ich sah anfänglich die Aufenthalte nicht als Hilfsangebote an, sondern als Zwangsaufenthalte mit dem Ziel mich zu quälen. Damals war ich nicht fähig, realistisch zu denken und zu fühlen. Ich konnte Hilfe nicht von Peinigen und Quälen unterscheiden. Ich hatte für mich die These aufgestellt: Ich wurde geboren, um bis an das Ende meiner Tage zu leiden, und dazu gehören dann eben auch Klinikaufenthalte. Lasst mich in Ruhe, lasst mich gehen, wohin auch immer... Das waren meine Wünsche, die, so sage ich heute, Gott-sei-dank nicht erfüllt wurden.

Zuletzt bin ich freiwillig in Kliniken gegangen. Ein Klinikaufenthalt schien mir als die einzige Möglichkeit, mich nicht vollständig zu verlieren. In der Abgeschirmtheit der Klinik fühlte ich mich sicher vor den Angriffen von außen. Ich fühlte mich nicht verantwortlich für mich und glaubte mich sicher und geborgen. Ich habe im Laufe meines Lebens viele Therapieformen kennen gelernt und musste feststellen, dass nicht alle Therapieangebote erfolgreich waren. Auch die erlebten Therapeuten waren nicht alle hilfreich. Aber insgesamt war es gut, was ich erfuhr. Denn nur durch die Vielfalt konnte ich unterscheiden, was mir wirklich geholfen hat.

In Therapiebehandlungen begriff ich, dass mir ein Therapeut nur dann helfen kann, wenn ich bereit bin, mich zu öffnen. Nur wenn ich bereit bin, alles was mich bewegt, quält und beschäftigt, zu erzählen, habe ich eine reelle Chance auf Hilfe. Anfänglich hatte ich Scheu vor Offenheit. Ich glaubte, durch Offenheit, so wie früher häufig erlebt, Unannehmlichkeiten zu erfahren. Häufig verstand ich nicht, was der Therapeut mir sagte, tat aber so, als wäre alles ok für mich. Später fiel es mir nicht schwer, mich dem Therapeuten gegenüber zu erklären, dass ich dies oder das nicht verstehe und deshalb um eine andere Aussage bat. Auch war ich mutig, auf Hilfsangebote mit „nein“ zu reagieren, wenn ich fühlte, dass das Angebot mich

überforderte, nicht überzeugte bzw. nicht meiner Mentalität entsprach. Bis ich allerdings soweit war, war es ein dorniger Weg.

Mein Gemütszustand aber - und vor allen Dingen - meine mich belastende Vergangenheit ließen es oft nicht zu, mich zu wehren, zu verteidigen. Nur wenn ich weiß, wie es dem anderen geht und was er fühlt und denkt, kann ich mich auf ihn einstellen, kann ihm oder ihr helfen. Das ist ein einfacher Satz und doch war es für mich so schwer ihn umzusetzen. Über Gefühle und Bedürfnisse zu sprechen, fiel mir immer schon schwer. Es war in meinem Elternhaus nicht gewünscht, wurde nicht akzeptiert, nicht praktiziert. Tränen waren verboten, Lachen nicht erlaubt. Bestrafung an der Tagesordnung.

Irgendjemand hat Depression wie folgt definiert: Depression ist eine gegen sich selbst gerichtete Wut. Ja, Wut gegen mich, die hatte ich. Viele Jahre, Jahrzehnte lang. Wut, weil ich es nicht schaffte, mit meiner Vergangenheit abzuschließen. Immer wieder holte mich meine Vergangenheit ungefiltert ein. Sie schaffte es, meine Gegenwart negativ und massiv zu beeinflussen. Sie verbaute mir meine Zukunft, an die ich sowieso kaum glaubte.

Es hat lange Zeit gebraucht, bis ich fähig war, mit meiner Depression zu kommunizieren. Ja, ich habe mit meiner Depression gesprochen. Ich habe zu ihr gesagt: „Du, Depression, musst wissen, dass du nur Gast bei mir bist. Bilde dir nicht ein, dass du auf dauer bei mir wohnen darfst. Betrachte dich als ein unangenehmer Untermieter ohne Wohnrecht auf Dauer. Viel zu lange habe ich es dir erlaubt, in mir zu wohnen und zu wüten. Du hast genug Schaden angerichtet. Deshalb fordere ich dich auf, mich zu verlassen. Und wenn du nicht freiwillig gehst, werde ich alle Hebel in Bewegung setzten, um dich loszuwerden. Und solltest du es irgendwann versuchen, mich wieder aufzusuchen, werde ich alles dafür tun, dir den Einlass zu verwehren. Ungebetene Gäste sind lästig, machen krank. Und du, Depression, bist so ein Gast!“

Natürlich hat sich die Depression nicht auf ihre Hacken umgedreht und sich von mir verabschiedet. So einfach hat *sie* es mir nicht gemacht. Es kostete schon einige Mühe *sie* loszuwerden. Aber allein schon der Entschluss und der feste Wille, die Depression als Dauergast loszuwerden, hat mich stark gemacht. Ich konnte plötzlich Kräfte mobilisieren, die ich glaubte nicht mehr zu haben. Ich hatte nur ein Ziel vor Augen: endlich glücklich und zufrieden zu leben.

Auf die Frage: „Was kann ich selbst dazu beitragen, dass es mir gut geht?“ suchte ich eine Antwort und fand sie. Die Antwort lautete: Will ich mich in einen zufriedenen Zustand verset-

zen, muss ich meine Denkweise umstellen. Das bedeutete, mein Negativdenken einzuschränken, noch besser, es abzustellen. Dies wiederum setzte voraus, meiner Vergangenheit die Macht über mich zu entziehen und mein Vergangenheitsdenken nur noch kontrolliert einzusetzen. Nämlich nur dann, wenn sie mir hilfreich scheint.

An einem Beispiel möchte ich mein Negativdenken deutlich machen: Früher lebte ich fast täglich mit der Angst, wieder eine Depression zu bekommen. Wann kommt sie? Mit wie viel Energie? Mit welchen Auswirkungen? Ich hatte panische Angst vor: Wieder Medikamente? Wieder Therapie? Wieder Klinik? Durch diese angstbesessene Denkweise - ich nenne sie gerne Katastrophendenken - war ich mir selbst der Wegbereiter für eine Depression.

Heute denke ich anders: Heute sage ich mir: „Ok! Ich kann es grundsätzlich nicht ausschließen, in eine Depression zu geraten. Aber, da ich bisher alle Depressionen überlebt habe, werde ich auch eine erneute Depression überleben“. Ich habe Erfahrungen mit Depressionen und gelernt, mit Depressionen umzugehen, und weiß, wo und wie ich Hilfe bekomme. Allein diese Denkweise - und davon bin ich überzeugt - hat mich bis heute stabil gehalten.

Ich nenne meine Denkweise positives Denken ohne Realitätsverlust. Da ich damit gute Erfahrungen gemacht habe, werde ich daran festhalten. Sie ist mir Anker und Strohalm zugleich. Ich habe gelernt, dass sich die Vergangenheit nicht korrigieren lässt. Selbst Wegbereiter - ich neige fast dazu zu sagen „Täter“, die für meine Erkrankung die Mitverantwortung tragen, haben nicht die Möglichkeit, Geschehenes rückgängig zu machen. Geschehen ist geschehen. Geschehen ist Vergangenheit und heute ist heute. Ich entscheide, ob ich an meiner Vergangenheit zerbrechen will oder ob ich den Blick lieber nach vorne wende und mich neu orientiere. Ich will Mitgestalter sein und nicht Opfer. Ich habe mich für das Mitgestalten und die Neuorientierung entschieden.

Diese Neuorientierung versetzt mich in die Lage, seit fast 10 Jahren Selbsthilfegruppen zu leiten. Die Selbsthilfearbeit gab mir die Erkenntnis, sich selbst helfen zu können und erworbene Kenntnis an andere weiter zu geben. Die Selbsthilfe war es aber auch, die mich erkennen ließ, dass es - zumindest mir - wenig bringt, wenn ich mich ständig mit dem Krankheitsbild Depression beschäftige. Deshalb gründete ich Anfang 2002 die Selbsthilfegruppe „Positiv denken“.

Wir Gruppenmitglieder verstehen uns als eine Gruppe, die die Probleme des Alltags real sehen, aber daran nicht wieder oder überhaupt erkranken wollen. Wir versuchen durch konstruktiven Gedankenaustausch und begleitenden Diskussionen eine positive Sichtweise der

Dinge zu erlangen, die momentan eher negativ erscheinen. Wir finden uns mit Unannehmlichkeiten nicht ab, sondern versuchen gemeinsam, ein vermeintliches Unglück durch positives Denken abzumildern. Häufig schaffen wir das durch eine andere Sicht- und Denkweise der Situation. Wir schaffen es, Lebenssituationen die Bedrohlichkeit zu nehmen.

Im Februar 2005 habe ich das Selbsthilfenetzwerk Angst und Depressionen Berlin/ Brandenburg (SHN) gegründet. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sehen ihre Aufgabe darin, die Selbsthilfegruppen Angst und Depressionen (z. Zt. ca. 90 Gruppen in Berlin) in ihrer Arbeit zu unterstützen. Wir versorgen sie mit Informationen, von denen wir glauben, dass sie hilfreich bei der Bewältigung der eigenen Krankheit sind. Wir organisieren und führen Veranstaltungen durch, die als Lebenshilfen zu verstehen sind. Wir sind Ansprechpartner bei der Suche nach Gruppen bzw. sind behilflich bei Gruppengründungen.

Das Selbsthilfenetzwerk versteht sich als Unterstützer und Ergänzung zwischen den Beratungs- und Selbsthilfekontaktstellen und den Selbsthilfegruppen bzw. Hilfesuchenden. Bisher können wir mit unserer Arbeit zufrieden sein. Die vielen Kontakte und positiven Resonanzen zeigen uns, dass es gut und wichtig war, das Selbsthilfenetz zu gründen. Wichtig für mein Selbstwertgefühl war und ist, mich aktiv einbringen zu können. Das Gefühl gebraucht zu werden, etwas bewegen zu können, gehört zu werden, ist ein schönes Gefühl. Hilfe anbieten können, ist wichtig und gut für mein Selbstbewusstsein und deshalb auch für meine Lebensqualität.

Ich wünsche jedem, der von der Krankheit Depression betroffen ist, dass er oder sie den jeweils richtigen Weg für sich findet, um den Teufelskreis verlassen zu können. Einen Weg, der nicht einfach war zu gehen. Einen Weg, den ich so manches Mal abbrechen wollte. Auch gab es die Überlegung umzukehren. Zum Gewohnten, Vertrauten zurück. Das Neue machte mir oft Angst. Häufig litt ich unter Orientierungslosigkeit und Gleichgültigkeit. Hätte ich auf professionelle Hilfe verzichtet, stünde ich vermutlich nicht hier. Depression ist eine ernstzunehmende Erkrankung. Für Betroffene, aber auch für deren Angehörige. Aber, Depression ist kein Schicksal, sondern eine Herausforderung.

Ein obdachloser Mann berichtet...

Lebenslauf

Geboren: 19.05.1953 in Berlin als Einzelkind meiner Eltern Horst und Erika. Scheidung 1960. Aufgewachsen zunächst bei meinen Großeltern, dann mit meiner alleinerziehenden Mutter, die Alkoholikerin war, jedoch niemals ihren relativ guten Job vernachlässigt hat.

Pubertät in bescheidenem Wohlstand, jedoch ohne notwendigen Ansprechpartner, dadurch erhebliche psychische Probleme das Selbstwertgefühl betreffend. Schulabschluss der mittleren Reife 1969 und Eintritt in eine Lehre als Bankkaufmann. Vorzeitiger Abschluss nach 2 1/2 Jahren vor der Industrie und Handelskammer. Während der Ausbildungszeit (an allen Wochenenden und im Urlaub) Aushilfsarbeit als Kellner mit dem Ziel, sich so früh wie möglich selbstständig zu machen. Antrag und Erklärung der vorzeitigen Volljährigkeit durch das Amtsgericht.

Kein Eintritt in den erlernten Beruf, sondern Eröffnung eines Trödeladens in Berlin-Schöneberg. Erfolgreiche Geschäfte mit Ankaufsreisen mehr oder weniger in ganz Europa. Thesaurierender Aufbau bei gleichzeitig autodidaktischen Arbeiten an den Persönlichkeitsdefiziten.

Zurückgeschraubte eigene Ansprüche!

Aufgabe des zweiten Ladengeschäftes 1986 mit nunmehr nur noch ambulanten Handel als Agent im europäischen Kunstgeschäft. Steigerung der Kapazität auf 1,7 Millionen Warenwert (680.000,- DM) Ankauf. Dann durch die Wende und die Einführung des Euro, erhebliche Einbußen des deutschen Kunsthandels. Auf der Suche nach einem zweiten Standbein: Beginn von Börsenspekulationen, wie schon zu Bankzeiten. Leider in dieser Phase zu wenig Liquidität gehalten, um richtig mitmischen zu können! Mit involviert bei der "Börsenblase" im Jahre 2000. Erst hohe Gewinne, dann der Absturz in die am Schluss zu "Penny-Stocks" verkommenen Papiere. Einführung des Euro und Geschäftsrückgang bis dahin um ca. 60%, Barverluste an der Börse von 640.000,-Euro.

Räumung meiner noch mit Kunstsammlungen voll gestopften Wohnung, obwohl ich in Anwesenheit der Gerichtsvollzieherin und der Spediteure die Rückstandssumme von Euro 4.200,- durch einen Freund beibringen ließ! Versteigerung meiner Sammlungen weit unter erreichbaren Bewertungen ohne meine Chance auf Einflussnahme.

Obdachlos

Durch erhebliche Kosten der Einlagerung und Verselbständigung der Folgeereignisse bei gleichzeitigem Bürokratenhass praktizierte Verweigerung, dann der Beginn von Obdachlosigkeit ohne festen Wohnsitz. Alkohol und Drogen weiterhin ohne maßgebliche Bedeutung. Das Schwinden der Kraft, verbunden mit gesundheitlichem Niedergang würde ich laiidagnostisch durchaus als „Burn Out“- Syndrom bezeichnen wollen. Wegen der nun stark eingeschränkten Möglichkeiten und des ständigen Geldmangels bis zum heutigen Tag in der Obdachlosigkeit verblieben.

Erfahrungen einer Ärztin mit obdachlosen Männern

Natalja Loddoch

In der Arztpraxis der MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH betreue ich überwiegend obdachlose Männer. 90 Prozent der Patienten sind männlich, nur 10 Prozent sind Frauen. Bei 75% der männlichen Patienten ist eine Alkoholsucht festzustellen, die schwere Folgen hat. Periphere Nervenatrophie, die zu Empfindungsstörungen führt, Hirnatrophie (Gehirnschwund), schwere Leberveränderungen führen zu Symptomen wie Gangstörungen, massiven psychischen Veränderungen wie depressiven Verstimmungen, Aggressivität und vielen weiteren Ausprägungen der Alkoholkrankheit.

Unsere männlichen Patienten rauchen alle. Nikotinsucht scheint bei Männern viel stärker ausgeprägt zu sein als bei Frauen. Folgeerscheinungen dieser Sucht sind arterielle Durchblutungsstörungen, Erkrankungen der Atemwege bis hin zum Lungenkrebs. Bedingt durch den sozialen Abstieg und die Lebensweise, ist die Körperhygiene oft ungenügend. Hautausschläge, Krätze, Läuse und Hautschäden prägen das Bild. Durch Nervenschädigungen und schlechte Durchblutung entstehen schlecht heilende Wunden besonders an den Beinen mit Pilzbefall.

Bei den männlichen Patienten ist noch zu erwähnen, dass sie bedingt durch intensiven Alkoholkonsum oft tagelang keine Nahrung zu sich nehmen und ihren Organismus damit weiter schwächen. Viele männliche Obdachlose haben ihren Schlafplatz in der freien Natur, was zu vermehrten Erkältungen und in der Folge gehäuft zu Lungenentzündungen führt. All diese Lebensumstände führen zu einer deutlichen Schwächung des Immunsystems. In meinen Sprechstunden stelle ich oft fest, dass meine Patienten keine witterungsgerechte Kleidung besitzen und sich schämen, um etwas zu bitten. Ich schicke sie dann in die Kleiderkammer im Haus, damit sie der Jahreszeit angemessene Kleidung erhalten.

Obdachlose Männer gehen – wie alle Männer – nicht gerne zum Arzt. Hinzu kommt, dass sie nicht wartezimmerfähig sind. Aussehen, Körpergerüche und die häufig mangelnde Fähigkeit, Geduld aufzubringen, warten zu können machen den Kontakt zum Arzt im normalen Praxisbetrieb nicht einfacher. Therapien mit Medikamenten durchzuführen ist oft schwierig, weil die Patienten die Medikamente unregelmäßig oder gar nicht nehmen. Häufig werden die mitgegebenen Medikamente auch verloren.

In meiner Tätigkeit als Ärztin für Obdachlose habe ich oft festgestellt, dass der Hauptteil der Behandlung das Gespräch mit dem Patienten ist. Besonders männliche Patienten brauchen das Gespräch, um Vertrauen zum Arzt aufzubauen. Wenn das gelungen ist, kommen sie auch wieder, lassen sich behandeln und aufklären, ohne überfordert zu sein. Auch gefühlmäßig sind obdachlose Männer schwer zu erreichen, sie überspielen ihre Regungen und die

Gefühle bleiben im Verborgenen. Obdachlose führen auf der Straße ein gefährliches Leben. Patienten kommen in meine Praxis mit Platzwunden aus Schlägereien oder durch Stürze im Alkoholrausch. Verlust der wenigen Habseligkeiten durch Diebstahl ist nicht selten. Manche Obdachlose kommen in Haft. Bei Gesprächen braucht es lange Zeit, bis sie ihre Geschichten erzählen und von ihren Schicksalen berichten.

Viele Patienten können nicht einschätzen, wie viel Einfluss sie selbst auf ihr Schicksal hatten, das in den sozialen Abstieg und zu Obdachlosigkeit geführt hat. Aus all meinen Gesprächen mit Obdachlosen kenne ich viele verschiedene Risiken, die zu Obdachlosigkeit führen können. Alkoholismus, psychische Veränderungen wie Schizophrenie, Depressionen und Angstzustände, Drogenkonsum, Arbeitslosigkeit, plötzlicher Vermögensverlust durch Spekulationen, Spielsucht oder Pleiten in der Selbstständigkeit oder langwierige juristische Auseinandersetzungen.

Viele Obdachlose haben eher eine einfache Bildung, aber es gibt unter unseren Patienten auch Menschen, die in einem anderen Lebensabschnitt leitende Positionen innehatten, viel gelesen und studiert haben und Besitz erworben hatten. Bei allen nimmt die geistige Beweglichkeit im Verlauf ihres Lebens auf der Straße ab. Trotz der schwierigen Lage, in der sich meine Patienten befinden, gibt es Erfolge, z. B. Beschaffung von Wohnraum oder die Minderung des Alkoholgenusses bis hin zur Abstinenz. Meine Erfahrung aus vertraulichen Gesprächen mit obdachlosen Patienten ist, dass obdachlose Männer auch kooperativ sein können.

Bei einem guten Verhältnis zwischen Arzt und Patient gibt es auch Erfolge bei dem Versuch, die Progression der Folge- und Begleiterkrankungen des Alkoholismus über mehrere Jahre zum Stillstand zu bringen. Einigen obdachlosen Menschen konnten wir helfen, sich wieder in die Gesellschaft zu integrieren.

Fazit: Wie geht es weiter?

Sandra Born

Der vorliegende Männergesundheitsbericht sollte Ihnen den Zusammenhang zwischen Gesundheit und Geschlecht verdeutlichen, Versorgungslücken und Präventionspotentiale erkennbar machen, um passende Projekte zu entwickeln. Die anschließende Diskussion im Rahmen der geplanten Gesundheitskonferenz „Männergesundheits – eine neue Perspektive für die Gesundheitsförderung“ am 2. Februar 2011 soll dabei unterstützend wirken.

Was hat der Bericht deutlich gemacht? Viele Fachautoren analysierten geschlechtersensible Themen anhand der besonderen Gesundheitsproblematik bei Männern, sensibilisierten, klärten auf und versuchten Lösungswege für eine Verhaltens- und Verhältnisprävention aufzuzeigen. Die Appelle sind engagiert, bisweilen eindringlich und legen manchmal deutlich den Finger in die Wunde. Die Beiträge veranschaulichen in ihrer Gesamtheit eine bislang unterbelichtete Thematik, nämlich die des männlichen Gesundheitsverhaltens.

Es sollte klar geworden sein, dass diverse Krankheiten sich aus einem riskanten und unbewussten Lebensstil speisen, wofür JEDERMANN selbst verantwortlich ist. Um Herrn Prof. Resch zu zitieren: „Geben Sie die Verantwortung für Ihre Knochen nicht in Ihrer Arztpraxis ab!“ Und das gilt natürlich nicht nur für die Knochen, sondern für den gesamten Habitus, physisch und psychisch. Ein schlechter Lebensstil, bedingt durch rauchen, trinken, nicht mal die Mindestanforderungen für eine ausreichende Bewegung zu erfüllen, eine zu fettreiche Kost, riskante Sportarten usw. machen krank. All diese Punkte zusammen genommen sind u.a. verantwortlich für Folgeerscheinungen wie Arteriosklerose oder Osteoporose, evt. vermeidbare Demenzen oder Herzinfarkte. Hinzu kommen Faktoren, die nicht vollständig im Ermessen des Betroffenen liegen und deren Gesundheit negativ trifft, z.B. keine Arbeit oder zu viel Arbeit. In diesem Kontext wird zum einen gern von der Verursachungshypothese gesprochen, d.h. Erwerbsarbeitslosigkeit macht krank und zum anderen von der Selektionshypothese, d.h. Krankheit macht erwerbslos. Beide Fachbeiträge sind auf die Krankheitsfolgen beider gesundheitlicher Schief lagen eingegangen.

Im Rahmen von Individualansätzen (Stressbewältigung, Entspannung) oder Settingansätzen (gesundheitsfördernde Angebote im Lebensraum) seien an dieser Stelle nur einige engagierte Appelle und diskutabile Anregungen aufgezeigt:

- Zum Thema Depression und Suizid fällt auf, dass in unserer Gesellschaft der Bekanntheitsgrad der männlichen Depression keineswegs ausgeprägt zu sein scheint und es somit zur Unter- bzw. Fehldiagnostizierung kommen kann. Daher hält die Au-

Fazit

torin eine zielgerichtete Sensibilisierung und Aufklärung von Betroffenen, Partnern und Ärzten für notwendig.

- Bei der Burnout-Problematik geht es um die Prävention von krankheitsbedingten Fehltagen, die vergleichsweise stark ansteigen. Dabei könnte der Kampf um menschenwürdige Arbeitsbedingungen eine große Rolle spielen und um geeignete Schutzmechanismen gegen eine vorzeitige Erschöpfung.
- Auch das Gegenteil, zu wenig oder sinnlose Arbeit, kann gesundheitsschädlich sein. Entscheidend ist hier die Integration arbeitsloser Menschen in soziale Zusammenhänge, beispielsweise durch Bewerbungstrainingsmaßnahmen, aber vor allem durch das Schaffen alternativer Arbeitsmöglichkeiten in einem dritten Arbeitsmarkt, insbesondere für psychisch kranke Menschen.
- Das Thema Alkoholmissbrauch könnte durch intensivere Maßnahmen zur gesellschaftlichen Aufklärung angegangen werden. Noch immer scheinen familiäre Zusammenhänge unbekannt. Vorgeschlagen wird u.a. ein Unterrichtsfach, das sich mit Suchtkrankheiten beschäftigt.
- Der männliche Anteil der tabakbedingten Mortalität könnte beeinflusst werden durch vermehrte geschlechtersensible Beratungs- und Behandlungsangebote in der Drogen- und Suchthilfe, d.h. durch eine männerspezifische Suchtarbeit.

Aber worauf kommt es am meisten an? Doch auf das eigene Gesundheitsbewusstsein. Eine Projektgruppe der Hochschule für Gesundheit und Sport hat sich dazu Gedanken gemacht und konkrete Vorschläge für Männer erarbeitet. Männer sollten informiert werden, langsam und indirekt an die Themen Gesundheit herangeführt werden. Der Einstieg sollte unbeschwert und humorvoll geschehen. Also fast unbemerkt. Das Wort Gesundheit sollte also nicht zu weit im Vordergrund stehen.

Der Bezirk Lichtenberg hat nun die Chance durch die reichhaltigen Erkenntnisse und Ideen des Gesundheitsberichtes berlinweite Akzente zu setzen.

Autorenverzeichnis

Torsten Jens Adrian, RA, Stabsstellenleiter Recht und Versicherungen, Datenschutzbeauftragter, Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH, c/o Sana Klinikum Lichtenberg, Fanninger Str. 32, 10365 Berlin, Tel.: (030) 55183130, Fax: (030) 5518893130, E-Mail: tj.adrian@sana-bb.de

Manfred Bieschke-Behm, Selbsthilfenetzwerk Depressionen und Ängste Berlin-Brandenburg (SHN), Leiter der ShG „POSITIV DENKEN heißt POSITIV LEBEN“ sowie "Gedankenspaziergänge Kreatives Schreiben". SHN im Nachbarschaftsheim Schöneberg e.V. Holsteinische Str. 30/Ecke Fregestr. 12161 Berlin-Schöneberg Telefon: (030) 859 95 132, Telefax: (030) 859 95 111
E-Mail: shnetz-depression.bb@gmx.net www.shnetzwerk-depression-angst-bb.de

Dr. Sandra Born, Sozialwissenschaftlerin, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abt. Familie, Jugend und Gesundheit, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Leitung Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit, Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin, Tel.: (030) 902964511, Fax: (030) 902964599, E-Mail: Sandra.Born@lichtenberg.berlin.de

Stefan Borst, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Innere Medizin, Oberarzt, Herzbergstr. 79, 10365 Berlin, Tel.: (030) 54720, Fax: 54722126, E-Mail: s.borst@keh-berlin.de

Dr. Konstanze Dreßler-Bätz, Ärztin, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Leitung Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Oberseestr. 98, 13053 Berlin, Tel.: (030) 902967240,
E-Mail: Konstanze.Dressler.Baetz@lichtenberg.berlin.de

Prof. Dr. Dipl.-Kfm., Dipl. Soz. Martin Elbe, Hochschule für Gesundheit und Sport in Berlin, Vulkanstr. 1, 10367 Berlin, Tel.: (030) 57797370, Fax: (030) 5779737999,
E-Mail: martin.elbe@my-campus-berlin.com

Silke Feller, Berlin School of Public Health an der Charité, Seestr. 73, Haus 10, 13347 Berlin, E-Mail: silkefeller@gmx.net

Dr. Michael Geiger, Büro & Schulungszentrum, Franz Jacob Str. 4a, 10369 Berlin, Tel.: (030) 56700647, E-Mail: dr.-geiger@t-online.de

Manfred Grassert, Familienplanungszentrum–BALANCE, Mauritiuskirchstr. 3, 10365 Berlin, Tel.: (030) 5536792, Fax: 236236880, E-Mail: balance@fpz-berlin.de

Dagmar Heidt-Müller, Ärztin, Therapeutische Arbeitsgemeinschaft e.V., Goebenstr. 8, 10783 Berlin, Tel.: (030) 2165008, Fax: 2168013, E-Mail: d.heidt-mueller@pbam.de

Prof. Dr. Benjamin-Immanuel Hoff, Staatssekretär, Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz, Brückenstr. 6, 10179 Berlin, Tel.: (030) 90250, Fax: 90252501

Kerstin Jüngling, Diplomsozialpädagogin und Changemanagerin, Leiterin der Fachstelle für Suchtprävention im Land Berlin pad e.V., Mainzer Straße 23, 10247 Berlin, Tel.: (030) 29352615, Fax: 29352616, E-Mail: juengling@padev.de

Jörg Kaminski, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Schule Sport und Soziales, Soziale Dienste und Angebote, Team Offene Altenarbeit, Tel.: (030) 902968671, E-Mail: Joerg.Kaminski@lichtenberg.berlin.de

Prof. Dr. Torsten Kratz, Lehrstuhl für Sozialpsychiatrie an der Evangelischen Fachhochschule in Berlin, Oberarzt, Funktionsbereich Gerontopsychiatrie, Evangelisches Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Psychiatrie, Psychotherapie & Psychosomatic, Herzbergstr. 79, 10365 Berlin, Tel.: (030) 54724811, E-Mail: t.kratz@keh-berlin.de

Renate Laube, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung und Suchtprävention, Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin, Tel.: (030) 902967528, Fax: 902964599, E-Mail: Renate.Laube@lichtenberg.berlin.de

Klaus-Peter Licht, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Schule, Sport und Soziales, Sozialamt, Alt-Friedrichsfelde 60, 10315 Berlin, Tel.: (030) 902968202, E-Mail: klaus-peter.licht@lichtenberg.berlin.de

Natalja Loddoch, Ärztin, MUT Gesellschaft für Gesundheit mbH, Tagesstätte „MUT zur Nachbarschaft“, Arztpraxis für Obdachlose, Weitlingstr. 11, 10317 Berlin, Tel. u. Fax: (030) 52695637, E-Mail: arztpraxis.weitlingstrasse@mut-gesundheit.de

Christopher Mey, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit, studentischer Praktikant, Tel.: (030) 902964562, E-Mail: CpmMey@gmx.de

Claus Nachtwey, Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Landesstelle für Gleichbehandlung gegen Diskriminierung, Oranienstr. 106, 10969 Berlin, Tel.: (030) 90281791, E-Mail: Claus.Nachtwey@senias.berlin.de

Dr. Olaf Neumann, Berliner Krisendienst Region Ost, Irenenstr. 21A, 10317 Berlin Tel.: (030) 390 63 70, Fax: 39063729, E-Mail: region.ost@berliner-krisendienst.de

Ralf Pilgrim, Sana Klinikum Lichtenberg, Oberarzt der Klinik Innere Medizin III, Geriatrie, Fanningerstr. 32, 10365 Berlin, Tel: (030) 55184103, Fax: 55182254, E-Mail: r.pilgrim@sana-kl.de

Michael Räßler-Wolff, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Bezirksstadtrat für Familie, Jugend und Gesundheit, Möllendorffstr. 6, 10367 Berlin, Tel.: (030) 902966300, Fax: 902966733, E-Mail: Michael.Räßler-Wolff@lichtenberg.berlin.de

Prof. Dr. med. Tilman Resch, Orthopäde, Osteologe DVO, Hochschule für Gesundheit und Sport in Berlin, Vulkanstr. 1, 10367 Berlin, Tel.: (030) 57797370, Fax: (030) 5779737999, E-Mail: tilman.resch@my-campus-berlin.com

Dr. Roland Scheil, Bezirksamt Lichtenberg von Berlin, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, Amt für Gesundheit und Verbraucherschutz, Planungs- und Koordinierungsstelle Gesundheit, Psychiatrie und Suchtkoordination, Alfred-Kowalke-Str. 24, 10315 Berlin, Tel.: (030) 902964661, Fax: (030) 902964599, E-Mail: Roland.Scheil@lichtenberg.berlin.de

Prof. Dr. Monika Sieverding, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Psychologisches Institut, Arbeitsbereich Genderforschung und Gesundheitspsychologie, Hauptstraße 47-51, 69117 Heidelberg, Tel.: (06221) 547372, E-Mail: monika.sieverding@psychologie.uni-heidelberg.de

Susan Siebdrath, Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Medizin- und Pflegepädagogik, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin, Standort: Oudenarder Straße 16

Marek Spitzcok von Brisinski, Dipl. Soziologe, HILFE-FÜR-JUNGS e.V., Nollendorfstr. 31, 10777 Berlin, Tel. (030) 21965167, Fax. 21756049

Jürgen Steinbrück, Seniorenvertretung von Lichtenberg in Berlin, Stellvertretung, Tel.: (030) 5127675, E-Mail: steinbrueck39@web.de

Lena Zielke, Sozialpädagogin, Café Beispiellos, Wartenburgstr. 8, 10963 Berlin, Tel.: (030) 66633955, Fax: (030) 66633-958, E-Mail: l.zielke@caritas-berlin.de