

3 EINLEITUNG

Der Weltgesundheitsbericht der WHO 1997 betonte im Zusammenhang mit chronischen steckenden Krankheiten die Bedeutung der GESUNDHEITSERWARTUNG gegenüber der Erwartung. Die Empfehlungen lauteten auf Integration krankheitsspezifischer Interventionen in ein umfassendes Überwachungs- und Präventionspaket für chronische Krankheiten, das Prävention, Diagnose, Rehabilitation und die verbesserte Schulung der medizinischen Fachkräfte beinhaltet (WHO, 1997). WHO fand auch die dritte Evaluation der Fortschritte der „Gesundheit für alle“-Strategie. WHO vermeldete Erfolge in bezug auf die Lebenserwartung und die Kontrolle von Infektionskrankheiten sowie die Sterblichkeit von unter fünfjährigen Kindern. Weltweit kam es zu deutlichen Verbesserungen bei der Durchimpfung und in bezug auf die mütterliche Fürsorge sowie bei der Versorgung mit lebenswichtigen Medikamenten (WHO, 1997).

Die WHO nennt für die künftige Erhöhung des Gesundheitspotentials die Abhängigkeit von der Prävention und der Reduktion der vorzeitigen Mortalität und Morbidität sowie geistlicher Einschränkungen (WHO, 1998). Besonders die männliche Population ist von der vorzeitigen Mortalität und Morbidität betroffen. Frühzeitig erhöhte Krankheitshäufigkeit und Sterblichkeit vielfach auf Ursachen zurückzuführen, die der Prävention (primär, sekundär, tertiär) in großem Maße zugänglich sind.

Die Lebenserwartung und Gesundheitserwartung der Männer beinhaltet im Vergleich zu anderen Bevölkerungen aufgrund des großen präventiven Potentials wahrscheinlich eine überproportionalere weitere Steigerung.

Für die Erreichung dieser Ziele sind auf der einen Seite zur Reduktion der Risikofaktoren für die häufigsten Todesursachen (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, Unfälle) präventive Strategien zu entwickeln, auf der anderen Seite werden aufgrund der steigenden Lebenserwartung andere Erkrankungen, die vor allem im Alter gehäuft auftreten und eine Morbidisierung bedeuten (Osteoporose, Demenzerkrankungen, Krebserkrankungen, wie Prostatakarzinom, Schlaganfälle, Inkontinenz etc.), für die Gesundheitsversorgung und Gesundheitsvorsorge der männlichen Bevölkerung immer wesentlicher. Diese Erkrankungen bekommen im Bereich Gesundheits- und Sozialwesen einen immer höheren Stellenwert, da die männliche Bevölkerung auch zahlenmäßig steigen wird.

Obwohl sich die medizinische Forschung in ihren Untersuchungen bisher vor allem auf den jüngeren Teil der Bevölkerung beschränkt hat, sind neue Forschungsbereiche für die männliche Bevölkerung zu definieren, die sich besonders mit dem alternden Mann auseinandersetzen haben. Dies ist nicht nur die klinische Forschung angesprochen, sondern in großem Maße auch die Gesundheits- und Präventionsforschung.

Aus vielen Untersuchungen geht hervor, daß das Gesundheits- und Vorsorgebewußtsein bei Männern im Vergleich zu Frauen geringer ausgeprägt ist, was vor allem die jüngeren und mittleren Altersgruppen betrifft. Männer müssen als spezifische Zielgruppe von Gesundheits- und Vorsorgeprogrammen ihre Charakterisierung finden, um das bestehende Gesundheitspotential ausschöpfen zu können.

Die WHO fordert, daß die Bevölkerung aller Altersklassen in die Lage versetzt werden muß, ihr maximales Gesundheitspotential auszuschöpfen. Die Stärkung des körperlichen und intellektuellen Potentials erfolgt über Bildung, Entwicklung von Fertigkeiten und eine gesunde Lebensweise (WHO, 1998).

Der vorliegende Männergesundheitsbericht möchte, aufbauend auf den demographischen Daten, Tendenzen und Trends sowie der Darstellung der epidemiologischen Situation in bezug auf die Gesundheit der männlichen Bevölkerung, eine Vorstellung des präventiven Potentials in bezug auf die Männergesundheit liefern. Weiters soll ein Ausblick auf die Gesundheitsprobleme der männlichen Bevölkerung für das nächste Jahrhundert geliefert werden. Der Männergesundheitsbericht soll die Grundlage für die Definition von Schwerpunkten und Prioritäten für das Gesundheitswesen in bezug auf die Männergesundheit dienen.

3.1 „Was ist Männergesundheit?“

Männer und Frauen haben zwar die gleichen Vorstellungen von Gesundheit, beide Geschlechter sehen Männer aber als gesünder an. Männer empfinden körperliche Betätigung am wichtigsten für die Gesundheit, Frauen Ernährung und Erholung. Männer beschreiben ihren Körper mit mechanischen Ausdrücken, und sie beschreiben sich den männlichen Normen entsprechend.

Trotz der höheren Morbiditätsrate von Männern haben sie ein Krankheitsverhalten, das dem männlichen Status und der männlichen sozialen Rolle gerecht werden muß. Sie legen häufiger ein kompensatorisches, aggressives und risikoreiches Verhalten an den Tag, das sie für Krankheit, Verletzung oder sogar Tod begünstigt. Dieses Risikoverhalten von Männern basiert auf Lebensstil, Rollenverhalten, Streß und präventivem Umgang mit Gesundheit.

Männer nehmen Symptome einer möglichen Krankheit nicht so deutlich wahr, und sie sind nicht so rasch gewillt, einen Arzt aufzusuchen, als Frauen. Sie berichten von Symptomen nur dann, wenn sie mit ihrem männlichen Selbstbild vereinbar sind. Zusätzlich tendiert das medizinische Personal dazu, Männer als weniger krank einzustufen als Frauen. Männer verschieben Arztbesuche häufiger auf später oder suchen Ärzte nur bei auftretenden Problemen auf.

Schon im Kleinkindalter lernen Mädchen eher, medizinische Hilfe zu suchen und von ihren Problemen zu berichten, Buben lernen, Schmerzen nicht zu zeigen und Arztbesuche zu vermeiden.

Viele Männer berichten, daß ihre Arbeit im Konflikt mit ihren Gesundheitsbedürfnissen steht. So wird zum Beispiel über ungesundes Eßverhalten aufgrund von Arbeitsbedingungen berichtet (MEN'S HEALTH REVIEW, 1996).

Im folgenden wird auf einige dieser Aspekte der Männergesundheit kurz eingegangen, die sie von der Frauengesundheit wesentlich unterscheiden.

36

Zu Beginn unseres Jahrhunderts war die Lebenserwartung der Männer 45 Jahre, die der Frauen 43 Jahre. Die Differenz in der Lebenserwartung betrug lediglich die Hälfte von der heutigen Differenz. Die Ursachen für diese Unterschiede liegen in der höheren Mortalität der Männer vor allem bis zum 25. Lebensjahr. Im 70. Lebensjahr ist die Differenz auf 2,5 Jahre zusammengeschrumpft. Die Grundlagen für die großen Unterschiede in der männlichen und weiblichen Lebenserwartung werden also bereits im jüngeren Lebensalter gesetzt. Es ist wesentlich, epidemiologische Untersuchungen verschiedener Krankheiten durchzuführen, um dafür die Ursachen zu erkennen.

Die Suche nach den Ursachen führt unter anderem zur Untersuchung des Gesundheitsverhaltens von Männern. Männer ernähren sich anders als Frauen. Ungesunde Ernährungsgewohnheiten spiegeln sich in der Prävalenz der Adipositas wider, die bei Männern bereits in jüngeren Jahren häufiger auftritt, bei Frauen erst mit zunehmendem Alter. 70 % der Männer zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr sind übergewichtig. Hypertonie und erhöhte Cholesterinspiegel kommen entsprechend gehäuft vor. Nicht nur die Menge, auch die Auswahl der Nahrungsmittel ist Ursache für die Prävalenz des Übergewichtes. Bereits im Kindes- und Jugendalter konsumiert das männliche Geschlecht mehr Zucker, Fett und Salz sowie weniger Obst und Gemüse. Erwachsene Männer konsumieren laut eigenen Angaben gehäuft Fleisch, Brot, Alkohol und Süßigkeiten; Frauen häufiger Joghurt, Früchte und Kaffee. Nach einer jüngsten Meta-Analyse korreliert der Konsum von rotem Fleisch (z.B. Schweine- und Rindfleisch) mit einem erhöhten Darmkrebsrisiko. Zusätzlich werden fritiertes und gegrilltes Fleisch als Risikofaktoren erachtet. Männer bevorzugen Fleisch und die genannten Zubereitungsarten (KLOTZ et al., 1998). Dies führt zur Forderung intensiverer Ernährungsberatung für Männer.

Männer nehmen zu einem wesentlich geringeren Prozentsatz als Frauen an Screening-Aktionen teil. In Deutschland sind es lediglich 16 % der Männer, die dies tun, aber 39 % der Frauen. Die Wirksamkeit von präventiven Maßnahmen zeigte sich unter anderem bei Frauen beim Cervixkarzinom, wo die Mortalität bei jüngeren Frauen massiv gesenkt wurde.

Männer vermehrt zur Teilnahme an präventiven Maßnahmen zu motivieren, bedarf einer sensiblen Politik. Das Erkennen von Erkrankungen durch Vorsorgeuntersuchungen macht vielen Männern

Angst. Sie sehen oftmals auch keine Veranlassung zur Lebensstiländerung und betrachten sich als unverwundbar (KLOTZ et al., 1998).

Weiters haben soziales und kulturelles Umfeld Einfluß auf Morbidität und Lebenserwartung. In der westlichen Welt sind beide Geschlechter der Erziehung und dem Sozialisationsprozeß aus der früher Kindheit an in Verbindung mit der genetischen Komponente und/oder Persönlichkeitsvariablen so geprägt, daß das kulturelle Umfeld zur Prägung führt. In der westlichen Welt ist die Rolle des Mannes geprägt von körperlicher und psychischer Stärke, der Verantwortung für die finanzielle Sicherheit. Zeitliche Schwäche, vor allem wenn sie einen Bezug zur Gesundheit hat, sind nicht mit dem männlichen Rollenbild vereinbar.

Man meint, daß dieses typische männliche Verhalten Streß erzeugt, der auf Kosten der Gesundheit zu kompensieren versucht wird. Männer erleiden um ein Vielfaches häufiger Unfälle als Frauen. Durch Alkohol verursachte Unfälle kommen bei Männern mehr als 10mal so häufig vor als bei Frauen.

Außerdem müssen verschiedene Rollen erfüllt werden – Vaterrolle, Berufsrolle. Diese verschiedenen Rollen haben auch Bezug zum subjektiven Gesundheitszustand. Es konnte gezeigt werden, daß bei Männern, die alle Rollen vereinen – Vater, Ehemann, berufliche Position –, körperliche Beschwerden vor allem im Zusammenhang mit der Berufssituation angegeben werden. Bei Frauen scheint die Familie einen gewissen Puffer zu beruflichen Belastungen darstellt.

Das Gesundheitswesen kann diese Faktoren nur schwer beeinflussen. Hier bedarf es einer Neudefinition der männlichen Rolle durch die Gesellschaft.

Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung sind für die Männergesundheit genauso wichtig wie für die Frauengesundheit. In einer Untersuchung an männlichen Bypass-Patienten hat sich gezeigt, daß mit größerer sozialer Unterstützung die kürzere postoperative Krankenhausaufenthaltsdauer bei Männern führt der Verlust der Ehe zu einem relativen Anstieg in der Mortalität, welcher im Vergleich zu Frauen doppelt so hoch ist. Männer profitieren von der Ehe anscheinend in bezug auf die Lebenserwartung mehr als Frauen. Der Grund dafür wird unter anderem in der stärkeren Motivation für gesundheitsbewußtem Verhalten durch die Ehefrauen gesehen, aber auch gesündere Lebensstile werden praktiziert (z.B. Ernährung) (nach DICZFALUSY, 1998).

Es besteht der Bedarf an geschlechtsspezifischer Forschung und an Angeboten im Gesundheitswesen. OLSHANSKY et al. (1990) kalkulierten eine maximale Ausdehnung der mittleren Lebenserwartung auf 85 Jahre. Zur Erreichung dieses Zieles müssen die Mortalitätsraten für alle Altersgruppen um 55 % gesenkt werden, für die über 50jährigen um 60 %. Die Elimination der ischämischen Herzkrankung würde für Männer 3,55 Jahre an Lebenserwartung bringen, für Frauen 3 Jahre. Die Elimination aller Tumorerkrankungen würde für Männer 3,2 Jahre, für Frauen 3,17 Jahre bringen.

Mehr Lebensjahre müssen nicht unbedingt mit einer erhöhten Lebensqualität einhergehen. Eine hohe Lebensqualität hat wiederum geschlechtsspezifische Ausprägungen. Verschiedene Studien kamen zu dem Ergebnis, daß die männliche Rolle, die aktivitätsorientiert ist, mit einer höheren Lebensqualität einhergeht. Die Rolle der Geschlechtshormone ist dabei noch nicht geklärt. Männer neigen eher zu psychischen Erkrankungen und Beschwerdebildern. Eher ein kürzeres, jedoch mit größerer Lebensqualität ausgefülltes Leben steht als Erklärung für höheres „risk-taking behavior“ (z.B. Extremsportarten, schnelles Autofahren, ...).

Jedoch sind dies zu einfache Erklärungen. Die Lebensqualitätsforschung hat erst damit begonnen, Erklärungen oder auch andere Thesen für männliches Verhalten im Zusammenhang mit Lebensqualität zu bilden und zu testen.

Eine signifikante Anzahl von mänderspezifischen Gesundheitsproblemen wie Prostatahypertrophie, Prostatakarzinom, Hodenkrebs, Darmkrebs, Lungenkrebs, Hypertonie, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Osteoporose, Veränderungen der körperlichen Konstitution, männliche Fettverteilung, Schwäche, Gedächtnisleistung, Wohlbefinden oder sexuelle Dysfunktionen könnten früher erkannt und behandelt werden, wenn das männliche Gesundheitsbewußtsein stärker ausgeprägt wäre. Frauen suchen 150mal häufiger den Arzt auf, als Männer dies tun. Somit ist die Wahrscheinlichkeit, daß bei Frauen Krankheiten früher erkannt werden, auch größer.

Ein verstärktes Gesundheitsbewußtsein muß sowohl in der männlichen Bevölkerung als auch im Gesundheitswesen geschaffen werden. Eine bessere Früherkennung von männlichen Gesundheitsproblemen führt zu einer reduzierten Morbidität und Mortalität wie auch zu reduzierten Kosten im Gesundheitswesen für diese Erkrankungen.

1992/93 haben die Weltbank und die WHO eine Schätzung des Gesundheitszustandes der Weltbevölkerung vorgenommen. Die Bevölkerung über 60 Jahre in den entwickelten Ländern leidet vor allem an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronisch obstruktiven Atemwegserkrankungen und Demenzerkrankungen, wie Morbus Alzheimer. Die zukünftige Entwicklung von Inzidenz und Prävalenz dieser Erkrankungen läßt einen Anstieg in der Zahl der Alzheimer-Erkrankungen, Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, osteoporotischen Frakturen sowie Seh- und Hörbeeinträchtigungen erwarten (nach DICZFALUSY, 1998).

In der Tabelle sind die Prozentaufteilungen für die häufigsten Erkrankungen von über 60jährigen Männern in den entwickelten Ländern angegeben (Tab. 3.1.1).

Tabelle 3.1.1: Aufteilung der häufigsten Erkrankungen von 60jährigen Männern in den entwickelten Ländern (Angaben in Prozent)

Erkrankung	in %
Hirngefäßkrankungen	13,8
Ischämische Herzkrankheiten	11,7
Krebserkrankungen	14,5
Chronische obstruktive Atemwegserkrankungen	9,6
Alzheimer	4,1
Respiratorische Infektionen	4,0
Peri-, Endo- und Myocarditis	3,6
Diabetes mellitus	1,5
Tuberkulose	4,0
Zirrhose	2,1

38

Quelle: Klotz et al., 1998

Herz-Kreislauf-Erkrankungen machen 50 % der Todesursachen in den Industrieländern aus. Besonders in den mittleren Altersgruppen sind vor allem Männer betroffen (24- bis 75jährige). In Deutschland haben 12 von 100 gestorbenen Männern einen Herzinfarkt erlitten. Tödliche Herz-Kreislauf-Ereignisse treffen Männer vorwiegend am Ende ihres Berufslebens.

Die Wahrscheinlichkeit, daß ein Mann ein Prostatakarzinom entwickelt, ist heute 1 zu 11, und 90 % aller Männer, die ein Alter von 85 Jahren erreichen, werden ein In-situ-Prostatakarzinom haben. Die Sterblichkeitsraten für das Prostatakarzinom sind im letzten Jahrzehnt zweimal so stark gewachsen wie die Sterblichkeitsraten für Brustkrebs. Auch wenn die altersspezifischen Sterblichkeitsraten stabil bleiben, nimmt das Problem des Prostatakarzinoms in absoluten Zahlen aufgrund der älter werdenden männlichen Population zu. Das hat auch besondere ökonomische Implikationen.

Die benigne Prostatahypertrophie ist eine weitverbreitete Erkrankung des älter werdenden Mannes. In den USA haben 17 % der 50- bis 59jährigen Männer, 27 % der 60- bis 69jährigen Männer und 35 % der 70- bis 79jährigen Männer Symptome einer benignen Prostatahyperplasie, welche behandelt werden müssen.

Lungenerkrankungen und Darmkrebs nehmen bei Männern zu, wobei der Anstieg bei 85 % beziehungsweise 33 % der Sterberaten liegt.

Die Kosten im Gesundheitswesen aufgrund von Osteoporose, Oberschenkelfrakturen, osteoporosebezogener Morbidität, Hospitalisierung und Rehabilitation sind bei Männern heute signifikant niedri-

ger als bei Frauen. Nichtsdestotrotz sind in den USA 5 bis 8 Millionen Männer von Osteoporose betroffen, und jährlich werden etwa 2 Milliarden Dollar im Gesundheitswesen dafür aufgewendet. Nach den Daten aus den USA liegt das Lebenszeitrisko für Männer, eine osteoporosebedingte Fraktur zu erleiden, bei 13,1 %. Weltweit sind ungefähr 30 % aller Oberschenkelfrakturen in der allgemeinen Bevölkerung anzutreffen, und die Mortalität dieser Erkrankung ist bei Männern höher als bei Frauen.

Mit zunehmender Lebenserwartung sind die osteoporosebedingten Erkrankungen ein zunehmendes Public-Health-Problem. Im Jahr 2010 werden die Männer die osteoporosebedingten Mortalitäten der Frauen aufgeholt haben. 20 % der Männer mit Wirbelfrakturen und 50 % der Männer mit Oberschenkelfrakturen haben einen Hypogonadismus (nach LUNENFELD, 1998).

Depressionen sind die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen bei älteren Männern. Sie sind jedoch meist nicht diagnostiziert und deshalb auch nicht behandelt. Diese Erkrankungen kommen immer wieder und sind mit signifikant verminderter Produktivität sowie erhöhter Morbidität und Mortalität verbunden. Die Depression geht oft auch mit physischen Erkrankungen einher. 90 % der Männer mit Selbstmordversuch oder die durch Selbstmord sterben, litten an Depressionen. Demographische Veränderungen fordern eine Schwerpunktsetzung in der Forschung und der Prävention in diesem Bereich (nach LUNENFELD, 1998).

Im präventivmedizinischen Bereich und in der Gesundheitsförderung sind der Bedarf und die Notwendigkeit an mänderspezifischen Einrichtungen eindeutig vorhanden. Präventive Maßnahmen für die Zielgruppe Männer sollen zu einer erhöhten Früherkennungsrate und sinkenden Mortalitäten führen. Diese Maßnahmen beinhalten auch Gesundheitsberatungseinrichtungen, Telefonberatung, Selbsthilfeeinrichtungen, psychologische Beratung, Krebskampagnen, Ernährungsberatung, Sportförderung etc.

FARRELL (1995) stellt fest, daß die Problematik der sozialen Rolle der Männer und die damit verbundenen wachsenden Implikationen für die Gesundheit ernsthafte Beachtung bedürfen.

Folgende Fragestellungen und Forderungen in bezug auf Forschung im Bereich Männergesundheit und der entsprechenden Umsetzung im Gesundheitswesen werden von EICKENBERG et al. (1995) formuliert:

- Welche geschlechtsspezifischen Ergebnisse liegen aus dem präventivmedizinischen Bereich vor?
- Ist eine Reevaluierung von Prävention, Diagnose und Therapie der führenden Tumorerkrankungen erforderlich? Dem Prostatakarzinom sollte besondere Bedeutung zukommen.
- Welche effektiven Präventionsprogramme für chronische Erkrankungen (z.B. Herz-Kreislauferkrankungen) existieren für Männer und Frauen?
- Welche geschlechtsspezifischen Unterschiede bestehen in der Lebensqualität von Männern und Frauen in den verschiedenen Lebensphasen?
- Wie kann man qualitative soziale Netzwerke für die ältere Bevölkerung erhalten bzw. erweitern?
- Forschungsstrategien, die die soziale Rolle des Mannes in den Kontext Gesundheit miteinbeziehen?
- Maßnahmen für mehr geschlechtsspezifische Forschung.

IV. DEMOGRAPH

DEMOGRAPH

IV. DEMOGRAPHIE	41–56
4.1 BEVÖLKERUNGSSTRUKTUR ÖSTERREICHS UND WIENS	43
4.2 BEVÖLKERUNGSENTWICKLUNG DER ÖSTERREICHISCHEN MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG UND DER MÄNNLICHEN BEVÖLKERUNG IN WIEN	45
4.3 LEBENSERWARTUNG	47
4.3.1 LEBENSERWARTUNG UND TRENDS DER LEBENSERWARTUNG DER ÖSTERREICHISCHEN UND WIENER BEVÖLKERUNG	48
4.3.2 LEBENSERWARTUNG IM INTERNATIONALEN VERGLEICH	50
4.3.3 DIE NIEDRIGERE LEBENSERWARTUNG DER MÄNNER	51
4.3.4 LEBENSERWARTUNGSPROGNOSEN	52
4.3.5 GESUNDHEITSERWARTUNG – BEHINDERUNGSFREIE LEBENSERWARTUNG	53