

Prof. Dr. Martin Dinges

Männer, Männlichkeitsbilder und psychische Gesundheit

Zur Eröffnung des Fachtages 2013

Männergesundheit ist mittlerweile ein Thema in der öffentlichen Debatte: Bekannt ist die geringere Lebenserwartung der Männer, die derzeit noch 5,5 Jahre früher sterben als Frauen; davon ist nur ein Jahr als biologischer Vorteil erklärbar. Es bleiben 4,5 Jahre Unterschied zugunsten der Frauen. Man stelle sich vor, in der Bundesrepublik würden Frauen 5,5 Jahre weniger lang leben als Männer: Was hätten wir für einen Benachteiligungsdiskurs!

Statt dessen geht man mit den Männern ganz anders um: Man wirft ihnen vor: unzureichende Achtsamkeit für den eigenen Körper, risikoreiches Verhalten, mangelnde Bereitschaft, an Vorsorgemaßnahmen teilzunehmen, mangelnde Bereitschaft zum Arztbesuch. All das sind Schuldzuweisungen an die Betroffenen. Damit sind dann die Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – Ärzte, ÖGD, Gesundheitspolitik zunächst einmal aus dem Schneider – und es kommen die Defizite des Angebotes gar nicht mehr in den Blick.

Statt Vorwürfen an die Betroffenen wäre es sinnvoller, darüber nachzudenken, warum Männer sich hinsichtlich von Gesundheit und Körper so verhalten wie sie sich verhalten, und was dies mit Männlichkeitskonzepten zu tun hat.

Dafür ist gerade das Thema des heutigen Fachtages, nämlich die psychische Gesundheit von Männern, besonders geeignet. Bekanntlich wird das Thema traditionell eher mit Frauen assoziiert: Dreimal so viele diagnostizierte Depressionen sind ein deutlicher epidemiologischer Indikator. Die Konstruktion eines Zusammenhangs von Frau und Krankheit hat historische Hintergründe: Seit der Aufklärungsanthropologie haben Ärzte an diesem Bild gearbeitet und es im Lauf des 19. Jahrhunderts immer weiter entwickelt: Höhepunkte Möbius „Physiologischer Schwachsinn des Weibes“ 1900. Und die „Depression“ wurde geradezu inbegrifflich als weibliche Krankheit gedacht – auch wenn es immer wieder Versuche gab, ähnliche Zustände auch für Männer medizinisch zu fassen. Die hießen dann Neurasthenie und sollten die Nervenschwäche von Männern erklären, die besonders den neuen Anforderungen der schnellen modernen Welt im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts ausgesetzt waren. Seit einigen Jahren kommt eine neue Variante dieses Krankheitsdiskurses auf, das Burnout-Syndrom. Da es das Ergebnis von Überforderung – meist im Beruf – sein soll, passt es besser in einen gesellschaftlichen Diskurs über Männer und Krankheit – und erlaubt damit eher die Zuschreibung

psychischer Krankheit an Männer, die diese dann auch wiederum leichter als solche akzeptieren können.

Trotzdem wirkt die geschlechterspezifische Fassung von psychischer Krankheit als weiblich bis heute nach – was sich wieder ganz gut an der Gesundheitsstatistik zeigen lässt: Zwar gibt es die genannten bei Frauen dreimal häufiger diagnostizierten Depressionen, aber Männer bringen sich dreimal häufiger selbst um. Es spricht viel dafür, dass die Suizidenten sehr verzweifelt waren, bevor sie sie sich zu diesem letzten Schritt entschieden haben. Die allermeisten dürften depressiv gewesen sein. Demnach haben wir also eine massive Unterdiagnostizierung von Depressionen bei Männern. Man kann das das „Genderparadox bei der Diagnose psychischer Krankheiten“ nennen.

Man muss sich fragen, wie es zu solch fragwürdigen Ergebnissen in einem der besseren und teureren Gesundheitssysteme der postindustriellen Welt kommen kann.

Einerseits finden sich Gründe bei den betroffenen Männern selbst: Sie werden weniger dazu erzogen, ihre Schwächen sich und anderen einzugestehen und darüber zu reden; statt dessen sollen sie sich autonom verhalten und selbst helfen; außerdem werden sie dazu erzogen, Schmerzen auszuhalten und sich hart zu machen für das Leben; dabei spielt übrigens die Peer group für männliche Jugendliche eine wichtige Rolle, in der die Anerkennung für Männlichkeit unter den Gleichaltrigen verteilt wird. Mit diesem Erziehungs- und Sozialisationshintergrund fällt es dann besonders schwer, sich länger dauernde Traurigkeit und Antriebslosigkeit, Überforderung etc. einzugestehen.

Dieses etwas einseitige Männlichkeitsleitbild hat auch historische Wurzeln: Seit den Befreiungskriegen gegen Napoleon und der Einführung von Volksarmeen mit allgemeiner Wehrpflicht wurde die Perspektive, dass jeder Junge ein guter Soldat werden sollte, als Erziehungsziel wichtiger. Mit dem Nationalsozialismus spitzte sich dieses Leitbild noch einmal auf harte soldatische Männlichkeit zu. Nun könnte man einwenden, das sei alles lange her. Aber man muss sich klar machen, dass die Generation der heute Fünfzigjährigen noch von denjenigen erzogen wurde, die am Krieg selbst als Soldaten teilgenommen hatten und/oder durch die Abhärtungspraktiken der HJ geprägt worden sind. Die Nachwirkungen solcher Prägungen auch auf die übernächste Generation sind nicht zu unterschätzen, wie wir mittlerweile aus der psychologischen Forschung zu Mehrgenerationen-Effekten von Kriegskindheiten oder zu Enkeln von Holocaustopfern und –tätern wissen. Es bleibt also eine Aufgabe der Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung, über andere Männlichkeitsleitbilder nachzudenken und diese zu vermitteln.

Andererseits gibt es neben der historisch nun vielleicht besser verständlichen Zurückhaltung der betroffenen Männer selbst aber auch Gründe im Gesundheitssystem, die die langjährige Unterdiagnostizierung von psychischen Belastungen bei Männern erklären können. Ärzte und Ärztinnen sind durch ihre eigenen Geschlechterleitbilder geprägt in einer Weise ausgebildet worden, die ihren Blick auf männliche und weibliche Patienten in spezifischer Weise verfälscht hat. So suchen sie bei Männern vorzugsweise und oft viel zu lange nach funktionalen körperlichen Störungen und übersehen oder kommen gar nicht auf verstecktere psychische Problemlagen; bei Frauen diagnostiziert man zu schnell psychische Befunde. Das ist in der öffentlichen Debatte als Problem hinsichtlich der Unterdiagnostizierung von Herzinfarkten bei Frauen mittlerweile gut angekommen – hinsichtlich der Unterdiagnostizierung von Depression bei Männern aber sehr viel weniger. Das wäre allerdings durchaus angebracht, denn jeden Tag bringen sich etwa 20 Männer um, deren Depressionen man vielleicht bei entsprechender Diagnostik hätte behandeln können. Hier ist jedenfalls ein Bereich benannt, bei dem Ärztefortbildung dringend erforderlich wäre.

Die betroffenen Kranken selbst haben auch unterschiedliche Bewältigungsmethoden: Frauen erhalten etwa dreimal soviel Psychopharmaka verschrieben wie Männer, diese greifen aber wesentlich häufiger als Frauen exzessiv zur Flasche und tauchen dann in den Statistiken über Alkoholranke massiver auf. Auch diese beiden Formen, mit psychischen Problemen umzugehen, sind durchaus geschlechtsspezifisch, aber keineswegs zeitlos. Frauen nehmen nämlich erst seit 1850 mehr Medikamente ein als Männer, vorher erhielten diese bis zu dreifach mehr Arzneien verschrieben als die Frauen: Wir haben es also mit geschlechterspezifischer Medikalisierung von Frauen- und Männergesundheit zu tun, die man sehr wohl ändern kann.

Immerhin sind während der letzten Jahre Zeichen eines beginnenden Wandels zu beobachten: Die diagnostizierten psychischen Krankheiten bei Männern nehmen massiv zu: In den Gesundheitsberichten einiger Krankenkassen der letzten Jahre wurde das bereits erkennbar. So waren 2008 im DAK-Bericht die psychischen Diagnosen mit über 12% auf dem vierten Platz bei den Ursachen für Arbeitsunfähigkeit bei Männern (nach Muskel/Skelett-Problemen und Atemwegserkrankungen, Verletzungen) angekommen und hatten von 2000 bis 2007 ihren Anteil an den Krankschreibungen um ein Fünftel erhöht. Bei den Frühverrentungen stehen sie mittlerweile auf Platz eins.

Man kann sich nun fragen, ob diese Veränderungen der tatsächlichen Belastung geschuldet sind oder lediglich Veränderungen der Diagnosepraxis abbilden? Für die These zunehmender Belastung spräche die allseits zu beobachtenden Verdichtung der Arbeit, die in diesen Tagen ja durch einen

Bericht des DGB noch einmal sehr deutlich auf den Punkt gebracht wurde. Die Zunahme prekärer Arbeitsverhältnisse erhöht ebenfalls den Stress, betrifft aber Frauen genau so wie Männer.

Da es sich um diagnostizierte psychische Erkrankungen handelt, kann es auch sehr wohl sein, dass sich die Diagnosepraxis der Ärzte langsam verändert – sie also weniger geschlechtsspezifisch einseitig bestimmte Krankheiten jeweils den Frauen oder den Männern zuschreiben, als ich das oben dargestellt habe. Es gibt gute Gründe, ein Zusammenwirken beider Ursachen für die Zunahme der Diagnosen psychischer Krankheit bei Männern anzunehmen.

Die gesundheitspolitische Bedeutung des heutigen Themas ist also offensichtlich erheblich: Zu den bereits genannten Gründen,

- dem Leiden der Betroffenen sowie insbesondere
- der Vermeidbarkeit von Selbsttötungen

kommt auch eine erhebliche ökonomische Bedeutung:

- Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage ist bei psychischen Krankheiten höher als bei vielen anderen Diagnosen, so dass die Schätzungen, der volkswirtschaftlichen Kosten im mittleren zweistelligen Milliarden Eurobereich liegen.

Insofern war es sehr naheliegend, dass die Stiftung Männergesundheit in Berlin ihren zweiten Bericht zur Männergesundheit den psychischen Krankheiten bei Männern gewidmet hat. Er wurde gerade Ende April der Presse vorgestellt und hat das Thema recht umfassend abgehandelt. Einige der Autoren des Berichtes treten hier und heute auch als Referenten bzw. in der Podiumsdiskussion auf.

Es ist übrigens ein Kuriosum der deutschen Gesundheitsberichterstattung, dass wir seit 2002 einen umfangreichen Frauengesundheitsbericht haben, sich aber die Länder- und insbesondere das zuständige Bundesministerium lange geweigert haben, einen entsprechenden Bericht zur Männergesundheit vorzulegen. Erst als die genannte private Stiftung einen solchen Bericht in Angriff genommen hatte, wachte man auch in Berlin auf. Allerdings liegt der Bericht des zuständigen Robert Koch Instituts immer noch nicht vor, während die Stiftung Männergesundheit bereits ihren zweiten Bericht, nämlich den zur psychischen Gesundheit, vorlegen konnte. Man sieht daran, wie wichtig es ist, das Thema durch entsprechendes Engagement der Bürger selbst voranzutreiben und wie notwendig nach wie vor Veranstaltungen wie die heutige sind.

Das gibt mir Gelegenheit auf den zeitlichen Kontext dieser Veranstaltung hinzuweisen. Es ist die rund um den Globus stattfindende Männergesundheitswoche, von der man bisher bezeichnenderweise wenig in den Medien las. Sie dient dazu „weltweit das Thema "Männergesundheit" ins Rampenlicht der Öffentlichkeit zu rücken und Bewusstsein für männerorientierte medizinische Forschung, Diagnosestellungen und Behandlungsformen zu schaffen, und findet von 9. bis 15. Juni statt.

Der Internationalen Gesellschaft für Männergesundheit (International Society for Men's Health; ISMH) ist es anlässlich des 2. Weltkongresses für Männergesundheit in Wien gelungen, diese Aktivität im Jahr 2003 erstmals weltweit zu synchronisieren. Es geht vor allem um Information über die speziellen Gesundheitsrisiken der Männer und über entsprechende Vorsorgestrategien.“

Sie sehen an dieser Formulierung der Veranstalter, dass sie sehr arzt- und versorgungszentriert argumentieren. Uns geht es darüber hinaus sehr wohl auch um Gesundheitsbildung.

Das wirft die eigentlich wichtige Frage nach den Gesundheitsressourcen „der“ Männer auf. Ich habe bisher sehr ungenau immer von einem Kollektiv gesprochen, was der Vielfalt der Adressaten nicht gerecht wird. Gerade im Hinblick auf den Umgang mit psychischen Belastungen muss man sehr genau zwischen verschiedenen Generationen von Männern unterscheiden. Nehmen wir mal eine größere Gruppe heute noch lebenden Männer, und beginnen mit den 60 bis 80jährigen. Die sind zwischen 1933 und 1953 geboren. Sie sind noch stark geprägt von dem oben skizzierten harten Männlichkeitsbild. Ihnen dürfte es am Ende eines oft sehr intensiven Arbeitslebens, das bei den ältesten in der Wiederaufbaugesellschaft begann, besonders schwer fallen, mit eigener Schwäche umzugehen. Sie sind darauf am wenigsten vorbereitet. Das sieht schon besser für die 1953 bis 1973 geborenen aus: Sie haben vom Wohlstand profitiert, bereits in ihren prägenden Jugendjahren ansatzweise Herausforderungen an traditionelle Männlichkeitsleitbilder durch die Frauenbewegung mitbekommen und sich auch schon etwas weniger einseitig auf die Selbstverwirklichung durch Arbeit hin orientieren können. Als Vierzig- bis Sechzigjährige sind sie in der Lebensphase, in der nach sorglosen Jahrzehnten manches gesundheitlich für Männer wieder schwieriger wird, und könnten gerade deshalb auch für einen gelasseneren Umgang mit psychischen Problemen gewonnen werden. Jedenfalls böten sie dafür gewisse Voraussetzungen. Bei den noch jüngeren ist nach allen Umfragen und Studien eine weitere Auflockerung der Männlichkeitsleitbilder zu beobachten, die den Umgang mit eigener Schwäche weiter erleichtern dürfte. Allerdings stehen die Zwanzig- bis Vierzigjährigen wegen der immer häufigeren zeitlich begrenzten Arbeitsverhältnisse auch unter stärkerem Konkurrenzdruck als diejenigen Älteren, die noch die Lebenszeitverträge ergattern konnten. Konkurrenzdruck ist nicht dazu angetan, Schwächen zuzugeben. Sie sehen an dieser kurzen Skizze einiger generationsspezifischer Stärken und Belastungen, dass die Gesundheitspolitik hier

dementsprechend differenzierte Angebote machen muss. Für die jüngste Altersgruppe sei nur daran erinnert, dass ihre Orientierungsprobleme im Bezug auf Männlichkeit ebenfalls Anlass sein sollten, ihnen zu vermitteln, dass sie sowohl männlich zugeschriebene als auch als weiblich konnotierte Verhaltensweisen in ihr Selbstbild integrieren sollten, was ausgesprochen gesundheitsförderlich wirken könnte. Das ist aber gerade in der Pubertät und Postpubertät nicht einfach.

Gesundheitsressourcen von Männern unterscheiden sich aber auch erheblich, insbesondere je nach dem Bildungsniveau. Gymnasiasten rauchen weniger als Realschüler, diese weniger als Hauptschüler: Dieses einfache Beispiel zeigt, dass eine entsprechende Gesundheitsprävention genau danach fragen muss, warum dieser traditionelle Männlichkeitsmarker offenbar bei Kindern aus den Unterschichten, insbesondere aber bei Jungen noch eine größere Bedeutung hat. Rauchen ist bekanntlich diejenige gesundheitsschädigende Verhaltensweise, die sich am genauesten abgrenzen und demnach auch gesundheitspolitisch bearbeiten lässt.

Schließlich sei auf die in Deutschland mit dem Bildungsniveau besonders eng verbundene soziale Herkunft hingewiesen. Es ist ja das Armutszeugnis unseres Bildungssystems, dass es uns im internationalen Vergleich besonders wenig gelingt, Bildungserfolg unabhängig vom sozialen Hintergrund zu machen: Männer aus der Unterschicht sterben viel eher als solche aus der Oberschicht. Außerdem kommt mit dem Migrationshintergrund eine besonders belastete Gruppe jetzt in die Rente: Hier sind die Ressourcen, mit eigener Schwäche umzugehen, oft noch geringer. Wegen der teilweise noch patriarchalischer geprägten Männlichkeitsleitbilder und nach einem besonders harten Arbeitsleben mit einer oft schwierigen Migrationserfahrung wären unsere Gesundheitsdienste besonders gefordert, für diese Gruppe Angebote zu machen. Dass die sprachlichen Schwierigkeiten dazukommen, können sei nur erwähnt.

Sie sehen also, Männer haben sehr unterschiedlich gute Gesundheitsressourcen. Ihre psychische Gesundheit ist ein wichtiges Thema mit vielfältigen Seiten, die entsprechend differenziert in den Blick genommen werden müssen. Wir haben das bei der Planung dieser Veranstaltung abzubilden versucht, indem wir zunächst die jüngste Altersgruppe in den Blick nehmen, die Jungen und ihre psychische Gesundheit. Danach wird dann allgemeiner psychische Gesundheit und Männlichkeit – auch schon im Hinblick auf den Handlungsbedarf angesprochen. Schließlich kommt mit dem Referat zu Männlichkeit und Rang auch das Thema Konkurrenz genauer in den Blick. Wir werden jeweils nach den Referaten etwas Zeit für Verständnisfragen haben.

Nach einer Pause wird dann um 17.30 h. das Podiumsgespräch mit Vertretern aus Wissenschaft, Verwaltung und Politik beginnen, das auch der Rahmen für die allgemeinere Diskussion werden kann.