

WHC newsletter

Für eine geschlechtsspezifische Medizin



Nr. 01/2004

Women's Health Coalition e.V. WHC

Schwerpunktthema: Männergesundheit

Editorial

„...Männer werden als Kind schon auf Mann geeicht...Männer haben Muskeln, Männer sind ganz furchtbar stark, Männer können alles, Männer kriegen'n Herzinfarkt.... Männer führen Kriege, Männer sind schon als Baby blau, Männer rauchen Pfeife, Männer sind furchtbar schlau, Männer bauen Raketen.... Männer kriegen keine Kinder, Männer kriegen dünnes Haar, Männer sind auch Menschen, Männer sind etwas sonderbar, Männer sind so verletzlich, Männer sind auf dieser Welt einfach unersetzlich...“

Als Herbert Grönemeyer das Lied „Männer“ vor 20 Jahren sang, gab es den Begriff „Gender Mainstreaming“ noch nicht. Damit war Herbert Grönemeyer seiner Zeit voraus.

Die Ironie des Textes und die dazu passende musikalische Umsetzung haben schon damals fasziniert.

Warum widmet die Women's Health Coalition e.V. als Frauengesundheitsorganisation eine Ausgabe dem Thema „Männergesundheit“? Weil wir es ernst meinen mit einer geschlechtsspezifischen Medizin.

Es ist für uns hoch interessant, Gesundheit aus der „männlichen“ Perspektive zu betrachten. Wir greifen in diesem Newsletter fragmentarisch spezifische Lebensweisen von Männern auf, die zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsrisiken und Erkrankungen führen oder führen können. Welche Erkrankungen gelten als männer-spezifisch? Wir gehen dem Thema nach: „Warum leben Männer kürzer als Frauen?“ Gehen Männer mit ihrer Gesundheit anders um?

Ein Thema werden Sie in diesem Newsletter allerdings nicht finden: Den wissenschaftlich verbrämten „Hokuspokus“ um das Anti-Aging! Hier sollten auch Männern evidenz-basierte Informationen gegeben

werden, damit sie selbst entscheiden können, ob sie die meistens sehr teuren Angebote wahrnehmen sollen oder nicht.

Auf jeden Fall hat es uns viel Spaß gemacht, zum Thema „Männergesundheit“ einen Newsletter zu gestalten. Gesunde Männer sind für Frauen wichtig, denn „Männer sind auf dieser Welt einfach unersetzlich.“



Irmgard Naß-Griegoleit, Präsidentin der Women's Health Coalition e.V.



Plakat zu den Dresdner Männergesundheitstagen
(mit freundlicher Genehmigung der Landeshauptstadt Dresden)

Inhalt

S. 2: **Transparenz schafft Verlässlichkeit bei Patienten**

Interview mit Helga Kühn-Mengel

S. 3: **Warum leben Frauen länger als Männer?**

S. 4: **Die Sorge um sich selbst gilt eher als weiblich denn als männlich**

Interview mit Holger Brandes

S. 6: **Der Begriff Andropause suggeriert ein männliches Klimakterium, das es gar nicht gibt**

S. 7: **Prostatakarzinom: Über Nutzen und Risiken des PSA-Tests**

S. 8: **Buchbesprechung Mammographie-Screening**

„Transparenz schafft Verlässlichkeit bei Patienten“



Helga Kühn-Mengel, ist seit Januar 2004 Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Bevor Frau Kühn-Mengel in die Politik ging, arbeitete sie 25 Jahre lang in einem Therapiezentrum für Entwicklungsauffällige Kinder und hatte viel Kontakt mit Familien. Durch die ehrenamtliche Tätigkeit für die Arbeiterwohlfahrt kennt sie die Situation von alten Menschen, die in Heimen oder zu Hause leben.

Frau Kühn-Mengel, Anfang des Jahres sind Sie zur Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten ernannt worden. Sie sind Beauftragte der Bundesregierung, nicht nur eines Ministeriums, allerdings im Bundesministerium „angehängt“. Wie sehen Sie Ihre Rolle in dieser „Konstruktion“?

Bei diesem Amt stehen nicht Parteipolitik und Interessen eines Ministeriums im Vordergrund. Ich bin für die Belange der Patientinnen und Patienten zuständig – sie stehen im Mittelpunkt. Ich möchte Menschen in besonders schwierigen Situationen unterstützen, an die notwendigen Informationen zu kommen, damit sie eine gute Entscheidung treffen können. Im übrigen sind alle Bundesministerien, Bundesbehörden und öffentlichen Stellen des Bundes verpflichtet, mich bei meiner Arbeit zu unterstützen.

Welche Hauptziele haben Sie sich für Ihr neues Amt in diesem Jahr gesetzt?

Es geht mir darum, die neuen Patientenrechte mit Leben zu füllen. Dazu gehört nicht nur, dass Patientenvertreter beim Gemeinsamen Bundesausschuss dabei sind. Es wird auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen geben. Dort sollen u.a. wissenschaftliche Erkenntnisse in Alltagssprache gefasst werden. Versicherte haben neue Rechte in Bezug auf Informationen. Es gehört zu meinen Aufgaben, die Umsetzung dieser neuen Regelungen zu begleiten. Nicht zuletzt will ich dazu beitragen, dass geschlechtsspezifische Aspekte in der Forschung und in der Versorgung eine größere Rolle spielen.

Frauen und Männer, Ärztinnen und Ärzte und sogar medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften und Berufsverbände sind über Änderungen im Gesundheitssystem nicht hinreichend informiert. Wie wollen Sie diesen Missstand ändern?

Wir brauchen mehr Transparenz – denn Transparenz schafft Verlässlichkeit und hat am Ende auch noch einen weiteren Vorteil: Ein gut informierter Patient bewegt sich nicht nur selbstbewusster, sondern auch ökonomischer im Gesundheitssystem. Mit der Einführung der Chronikerprogramme haben wir deshalb feste Qualitätsstandards gesetzt, die sich nicht nur am Stand des medizinischen Wissens orientieren, sondern auch klare Vorgaben für die Aufklärung und Einbeziehung der Patienten machen. Ein weiterer wichtiger Schritt zu mehr Transparenz ist das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Dies soll u.a. verständliche allgemeine Informationen zu Qualität und Effizienz in der Gesundheitsversorgung für die Bürger bereitstellen und Leitlinien für wichtige Krankheiten bewerten.

Seit Anfang des Jahres sind im Gemeinsamen Bundesausschuss auch Patientenvertreter an Beratungen beteiligt, an Entscheidungen jedoch nicht. Befürworten Sie auch eine Beteiligung an den Entscheidungen in diesem wichtigsten Ausschuss der Selbstverwaltung?

Auch ich hätte mir an der einen oder anderen Stelle mehr Rechte für die Patientenvertreter gewünscht. Aber die jetzt verankerten Mitberatungs- und Antragsrechte der Patientenvertreter im Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen werden mehr verändern als viele vermuten: Bisher war der Bundesausschuss eine Gesellschaft von Herren, die hinter verschlossenen Türen tagte und uns Politikern das Ergebnis mitteilte. Jetzt wirken zum ersten mal Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss mit und informieren, wie sich etwa der Baustein einer Therapie im Alltag auswirkt. Dadurch wird dort auch ein anderer Stil einkehren.

Wenn wir das Thema „Mammographie-Screening“ herausgreifen dürfen. Brustgesunde Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren, für die

die Einführung des Mammographie-Screenings nach den EU-Leitlinien beschlossen wurde und seit 2004 Richtlinien vorliegen, erhalten immer noch „graue“ Mammographien in den normalen Röntgeneinrichtungen, obwohl nach der Röntgenverordnung § 25 dieses rechtlich nicht erlaubt ist. Dass diese Frauen dafür auch noch 70 bis 80 Euro bezahlen, ist noch ein zusätzliches Ärgernis. Was können Sie dazu tun, um diesen Missstand abzustellen?

Das nicht qualitätsgesicherte Mammographieren muss ein Ende haben. In der Bundesrepublik wird jetzt ein flächendeckendes System zur Früherkennung von Brustkrebs aufgebaut. Die neuen Richtlinien und beschlossenen Eckpunkte zur Ausgestaltung sind in Kraft getreten. Damit das Programm in die Praxis umgesetzt werden kann, muss die Selbstverwaltung Screening-Einheiten bestimmen. Die Länder müssen Zulassungen nach der Röntgenverordnung erteilen. Die Kosten werden, wie das übrige Krebsfrüherkennungsprogramm auch, von den Krankenversicherungen getragen. Es wird noch einige Zeit dauern, bis das Programm flächendeckend arbeitet und die Untersuchung allen 10 Millionen Frauen dieser Altersgruppe angeboten wird, denn die Ansprüche an die Qualifikation der Ärzte und die organisatorischen Anforderungen sind sehr hoch. Die Bundesländer und die Selbstverwaltung sind jetzt in der Pflicht, die Voraussetzungen zu schaffen, damit die Einrichtungen arbeiten können. In jedem Fall werden noch im Laufe dieses Jahres etliche Regionen mit dem Mammographie-Screening starten. Als Patientenbeauftragte werde ich selbstverständlich sehr genau darauf achten, dass es nicht zu unnötigen Zeitverzögerungen kommt und darauf, dass die vorgegebenen Qualitätsvorgaben nicht unterlaufen werden.

Wir wünschen Ihnen viel Erfolg in Ihrer neu geschaffenen Position und danken Ihnen herzlich für das Gespräch!

Warum leben Frauen länger als Männer?

Als die junge Ärztin Maria Danielsson im Jahr 1986 ihre Stelle an der Abteilung für Sozialmedizin in Stockholm antrat, war eine ihrer ersten Aufgaben einen Gesundheitsbericht für das Stockholm County Council zu schreiben. Dabei stellte sie etwas Bemerkenswertes fest, das sie seit damals beschäftigt: Männer haben ein deutlich höheres Risiko vorzeitig zu sterben als Frauen.

Es handelt sich keineswegs um ein „schwedisches Phänomen“ – in allen europäischen Staaten und vielen anderen Ländern leben Frauen länger als Männer. Zwar hat sich die Lebenserwartung der Männer in der EU in den letzten Jahren mehr als die der Frauen erhöht und der Unterschied ist etwas geringer geworden. Dennoch sind die Geschlechterdifferenzen immer noch erstaunlich hoch. In Deutschland lag der Unterschied in der Lebenserwartung zum Beispiel im Jahr 1999 bei sechs Jahren. Damit lebt der Mann von heute in Deutschland im Durchschnitt so lange wie eine Frau vor 30 Jahren.

Bei der Frage nach den Ursachen muss man sich oft mit dem Hinweis auf „biologische Faktoren“ zufrieden geben. Dahinter steckt nicht unbedingt Ignoranz oder Desinteresse. Es wird einfach nach wie vor zu wenig auf diesem Gebiet geforscht. Ein etwas genauerer Blick auf die Todesursachen lässt aber dennoch einige Rückschlüsse zu. So ist der Geschlechterunterschied in der Sterblichkeit im Kindesalter noch gering, außer im Kleinkindalter zwischen dem 1. und 5. Lebensjahr. Dort ist Sterbewahrscheinlichkeit der männlichen Kindern höher. Erst im mittleren Teenageralter treten wieder ausgeprägte Unterschiede zu Tage.

In der Altersgruppe der 15-24-Jährigen gibt es mehr als zweimal so viel Todesfälle bei den jungen Männern wie bei den jungen Frauen. Dies ist im Wesentlichen zurückzuführen auf das höhere Risiko der Männer an Autounfällen, aber

auch an anderen Unfällen und Selbstmord zu sterben – obwohl Verkehrsunfälle auch bei Frauen dieser Altersgruppe zu den Haupttodesursachen zählen (s. Tabelle).

In der Altersgruppe der 35-44-Jährigen ist die Sterblichkeit von Männern doppelt so hoch wie die der Frauen. Die Übersterblichkeit aufgrund von Selbstmorden und Unfällen liegt in der gleichen Größenordnung wie in der jüngeren Altersgruppe. Gleichzeitig treten jedoch andere Ursachen stärker hervor: Herz-Kreislaufkrankungen und Schlaganfälle nehmen deutlich mehr zu als bei den Frauen. Auch Krebserkrankungen treten bei Männern dieser Altersgruppe jetzt häufiger auf, obwohl unter den gleichaltrigen Frauen Krebserkrankungen für mehr Todesfälle verantwortlich sind als bei den Männern. Dies ist in erster Linie auf das häufige Auftreten von Brustkrebs und Gebärmutterkrebs bei den 35-44-jährigen Frauen zurückzuführen.

Immer noch doppelt so hoch ist die Todesrate bei den 55-64-jährigen Männern. Jetzt treten aber Herz-Kreislaufkrankungen und Krebserkrankungen als Ursachen deutlich in den Vordergrund. In der EU haben die Krebserkrankungen allgemein leicht zugenommen und insgesamt sterben Männer häufiger an Krebs als Frauen. Führend sind bei ihnen Prostata-, Lungen-, und Kolorektalkrebs.

Diese Daten zeigen, dass mehrere Faktoren für die Übersterblichkeit der Männer verantwortlich sind und dass sich die Faktoren in den verschiedenen Altersgruppen unterscheiden. Die hohen Suizidraten lassen darauf schließen, dass psychische Erkrankungen gerade bei jungen Männern eine nicht zu vernachlässigende Rolle spielen könnten. Nach dem Bericht der Europäischen Kommission leiden zwischen 15 und 20% aller Erwachsenen und zwischen 17 und 22% der Teenager unter 18 an irgendeiner Form von psychischen Gesundheitsproblemen.

Alter in Jahren	Haupttodesursachen	
	Männer	Frauen
<1		Perinatale Probleme und plötzlicher Kindstod
1-29		Verkehrsunfälle
30-34	Verkehrsunfälle	Suizid
35-39	Suizid	Brustkrebs
40-64	Ischämische Herzkrankheiten	Brustkrebs
65-79		Ischämische Herzkrankheiten
80-84	Ischämische Herzkrankheiten	Schlaganfall
>85		Erkrankungen d. Lungenkreislaufs Herzkrankheiten

Tabelle: Haupttodesursachen in verschiedenen Altersgruppen. Übernommen von Abel-Smith u.a., 1997. Quelle: Die Gesundheitssituation in der EU.

Die Aufschlüsselung der einzelnen Faktoren beantwortet aber immer noch nicht die Frage, warum ausgerechnet die Männer mit ihrer Gesundheit und ihrem Leben offensichtlich sorgloser umgehen als Frauen – und vor allen Dingen, wie man dies ändern könnte. Interessante Ansatzpunkte liefert Professor Holger Brandes von der evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit Dresden in einem Interview auf der folgenden Seite. Er hat sich intensiv mit dem Phänomen „Männlicher Habitus und Gesundheit“ auseinandergesetzt.

„...Männer kriegen'n Herzinfarkt“

Quellen: Auszug aus dem Vortrag von Dr. Maria Danielsson, Workshop der BzgA, Fachdatenbank Frauengesundheit und Gesundheitsförderung, Köln, 11.12.2003.

Die Gesundheitssituation in der Europäischen Union – Gesundheitsunterschiede verringern, Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften 2003. ISBN 92-894-3801-0

„Die Sorge um sich selbst gilt eher als weiblich denn als männlich in unserem Wertesystem“

„Der Mann, der in der Gesellschaft als attraktiv und männlich wahrgenommen wird, ist immer noch derjenige, der bis an seine Leistungsgrenzen geht.“

Herr Professor Brandes, Frauen leben länger als Männer. In Deutschland liegt laut Statistik die Differenz der Lebenserwartung bei sechs Jahren. Allein am y-Chromosom kann das nicht liegen. Welche Faktoren sind aus Ihrer Sicht dafür verantwortlich?

Hierbei handelt es sich um Durchschnittswerte, die man richtig interpretieren muss. Betrachtet man die statistischen Verteilungen genauer, so zeigt sich, dass die Differenz in der Hauptsache auf die unterschiedlich hohe Todesrate von Männern und Frauen in bestimmten Altersgruppen zurückzuführen ist. Die größten Differenzen gibt es in der Gruppe der etwa 20-Jährigen und bei den 45-65-Jährigen.

Die höhere Todesrate in der ersten Gruppe geht auf das Risikoverhalten zurück – zum Beispiel im Straßenverkehr, bei Freizeitverhalten und Drogenkonsum. In der zweiten Gruppe fallen besonders die häufigeren tödlich verlaufenden Herz-Kreislauferkrankungen bei den Männern auf. Diese kann man plausibel durch berufliche Stressfaktoren und Langzeitwirkung von Alkohol und Nikotin erklären. In der Liste der hauptsächlichsten Todesursachen bezogen auf die Geschlechter finden sich die größten Differenzen bei Lifestyledrogen (10:1), bei Aids (9:1) und erfolgreichem Suizid (4:1).

Hat ein Mann ein Alter von Mitte 60 oder 70 erreicht und sich bis dahin – überspitzt gesagt – nicht selber umgebracht, dann hat er in etwa die gleiche Lebenserwartung wie eine gleichaltrige Frau. Eine genetische Mitbeeinflussung kann man in bestimmten Bereichen wie Herz-Kreislauferkrankung nicht ganz ausschließen, aber sicherlich ist das kein Hauptfaktor.

Ist dieses Risikoverhalten auf die Männerrolle in unserer Gesellschaft zurückzuführen?

Ich spreche nicht gerne von

Männerrolle. In der sozialwissenschaftlichen Forschung zeigt sich sehr deutlich, dass wir es mit unterschiedlichen, milieuhängigen Männlichkeitsmustern zu tun haben. In jeder Gesellschaft gibt es ein hegemoniales, Standard setzendes Muster, das kulturell dominant ist. Das Muster ist in unserer Gesellschaft sehr stark bestimmt durch die führenden Personen in Wirtschaft und Politik. Sie verkörpern einen Männlichkeitstyp, der wenig Rücksicht auf sich nimmt und seinen Körper in erster Linie funktionell, wie eine Maschine wahrnimmt.

Dieses Muster ändert sich zwar, das deutet sich an in Richtung auf mehr Körperbezug und Körperbewusstsein. Doch dieses Körperbewusstsein ist in der Hauptsache mit mehr Außendarstellung verbunden z.B. Körperstyling und Gebrauch von Körperpflegemitteln. Das hat wenig zu tun mit Vorsorge im Sinne von bewusster Rücksichtnahme. Auch Fitnessaktivitäten werden von Männern häufig pervertiert, da sie vorrangig unter dem Leistungsaspekt und weniger unter dem Aspekt langfristige Gesundheitsvorsorge vorgenommen werden.

Wie wirkt sich dieses Männlichkeitsbild auf das Gesundheitsverhalten der Männer aus?

Der Mann, der in der Gesellschaft als attraktiv und männlich wahrgenommen wird, ist immer noch derjenige, der bis an seine Leistungsgrenzen geht, weder beruflich noch sexuell abschläft, die Zähne zusammenbeißt, kein Risiko scheut und wenig Rücksicht auf sich und andere nimmt. Vorsorge passt in dieses erfolgsorientierte System, das in erster Linie ein Wirtschaftssystem ist, nicht hinein. Dieses Männlichkeitsbild beinhaltet auch, dass kleine Zipperlein und körperliche Gefahrensignale ignoriert werden. Die Sorge um sich selbst und um den eigenen Körper gilt im Wer-

tesystem weiterhin eher als weiblich denn als männlich und von daher sind Männer bei Vorsorgeuntersuchungen entschieden zurückhaltender. So lange es den Zusammenhang zwischen Erfolgsorientierung um jeden Preis und attraktiver Männlichkeit gibt, ist dieses System nicht aufzuheben. So lange Männer, die bereit sind sich aufzureiben in die Schlüsselpositionen kommen, haben sie immer die stärkeren Argumente. Das ist ein sehr großes Problem. Denn das sind nicht gerade die idealen Vorzeigefiguren für Gesundheitsverhalten.

Gibt es noch andere Gründe für die mangelnde Bereitschaft zur Vorsorgeuntersuchung?

Männer bewegen sich in einer Art Teufelskreis. Sie gehen zu spät zum Arzt und weil sie zu spät gehen, besteht die Befürchtung, etwas Schlimmes könnte vorliegen. Dies ist ein großer Hemmschuh, überhaupt zum Arzt zu gehen. Interessant sind die Ergebnisse einer empirischen Studie von Zulehner und Volz (1998: „Männer im Aufbruch“). Sie fragten u.a., warum Männer ungern zum Arzt gehen. Frauen unterstellen eher, dass Männer Angst vor Schmerzen haben. Männer selbst aber sagen dazu, sie hätten in erster Linie Angst davor, eine dramatische Diagnose gestellt zu bekommen.

Hinzu kommt, dass es zwar Frauenärzte, aber keine Männerärzte gibt. Die Männer werden den Urologen zugeschanzt. Aber die decken das Feld nicht ab. Sie haben dazu noch einen „schlechten Ruf“. Zum Urologen zu gehen, ist etwas Peinliches – fast so peinlich als wenn man zum Psychiater geht – weil das leicht mit Sexualität und Versagen in diesem Bereich assoziiert wird.

Vor einigen Jahren wurden in Dresden und Wien Männergesundheitstage veranstaltet. Sie berichteten, dass das Wiener Kon-

zept besser funktioniert hat als das Dresdner. Woran lag das?

In Dresden war die Beteiligung insgesamt enttäuschend; bezogen auf die wenigen Männer, die anzusprechen waren, war das Konzept jedoch insofern erfolgreich, als diese fast alle die Vorsorgeuntersuchungen wahrgenommen haben. Die Schwelle ist bei solchen Gesundheitstagen eher niedriger als beim Arzt, weil es unverbindlicher ist. Entscheidend ist aber auch, dass die Veranstaltungen mit positiven Mustern verbunden sein müssen. Das Dresdner Programm war, zuge-spitzt formuliert, das reinste Horrorszenerario. Es gab fachlich gute medizinische Vorträge, aber der erste ging schon los mit dem Thema: „Bevor der Notarzt kommt“, dann folgten: „Potenzstörungen“ und „Krebsvorsorge“. Da sagen die meisten Männer: „Ich verbringe das Wochenende lieber angenehmer“. Diese Themen müssen transportiert werden, aber auf einer Schiene, wo sie stärker positiv besetzt sind.

Wie würden Sie diese Themen positiv besetzen?

Ich würde Leistungsfähigkeit und Attraktivität nach vorne stellen und die anderen Fragen ins Schlepptau nehmen. Ich fälle nicht mit der Tür ins Haus und vor allem nicht mit einem Horrorszenerarium. Solche Aktionen müssen niederschwellig angelegt werden – niederschwellig heißt, dass man denjenigen, die man ansprechen will, möglichst wenig Hürden in den Weg legt. Sie müssten auch Kampagnencharakter bekommen, wie zum Beispiel die Kampagne des Familienministeriums zur Familie Deutschland.

Was war noch anders am Wiener Konzept?

In Wien hat man stärker mit Prominenten gearbeitet, die sich zu diesem Thema äußerten. Das ist in Dresden nicht gelungen. Man hätte so jemanden wie Joschka Fischer einladen und ihn über seine Laufaktivitäten interviewen müssen.

Joschka Fischer wäre jetzt doch eher ein Negativbeispiel.

Aber man hätte mit ihm diskutieren können. Um den Joschka Fischer zu hören, wären viele gekommen und die bleiben dann bis zu den angebotenen Vorsorgeuntersuchungen.

Müsste man nicht für die verschiedenen Altersstufen unterschiedliche Konzepte entwickeln?

Das sehe ich auch so. Wenn man aber junge Männer auf ihr Risikoverhalten anspricht, blocken sie ab, so lange dieses Verhalten funktioniert und die Mädchen es cool finden, wenn sie durch die Gegend rasen. Das Risiko wirkt in gewisser Weise imagesteigernd. Ich bin mir nicht sicher, in wie weit man das steuern kann, weil das gesamte Gesellschaftssystem auf dieser merkwürdigen Logik basiert.

Die Differenz im Unterschied der Lebenserwartung verringerte sich etwas in den letzten Jahren. Ist das nicht ein Zeichen, dass sich doch etwas verändert hat?

Ich vermute, es liegt daran, dass die Erwerbstätigkeit von Frauen insgesamt zunimmt und Frauen mehr in Berufe reinkommen, die vorher Männerdomänen waren und einen besonders hohen Risikofaktor darstellen. Die Angleichung – so mein Verdacht – basiert nicht darauf, dass die Männer gesünder, sondern dass die Frauen kränker werden.

Die Lebenserwartung steigt aber doch auch bei Frauen weiter an.

Das liegt daran, dass unsere Medizin immer effektiver wird, besonders auch die Notfallmedizin und die operativen Verfahren. Davon profitieren beide Geschlechter. Ich glaube, dass die Lebenserwartung der Frauen noch stärker angestiegen wäre, wenn sie nicht in die Männerdomänen hinein gekommen wären. Frauen machen immer mehr das, was Männer schon umgebracht hat, weil das in der Gesellschaft gratifiziert wird. Auf eine Frau, die in einem Unternehmen eine Managerposition hat, wird genau so wenig Rücksicht genommen. Begeben sich Frauen auf die Karriereschiene, werden sie in der gleichen Art und Weise erbarmungslos von diesem



Dr. phil. Holger Brandes, Professor für Psychologie an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit Dresden (FH), approbierter Psychologischer Psychotherapeut; Arbeitsschwerpunkt u.a. Geschlechterforschung und Männerforschung; wichtigste Publikationen: Handbuch Männerarbeit (Beltz Verlag 1996) herausgegeben mit Hermann Bullinger; „Der männliche Habitus“, Bd. 1 und 2 (Leske und Budrich 2001 u. 2002).

*Ev. Hochschule für Soziale Arbeit
Postfach 200 143
01191 Dresden
holger.brandes@ehs-dresden.de*

System ausgeschlachtet. Frauen übernehmen nicht die „männlichen Eigenschaften“, sondern die Eigenschaften, die das System gratifiziert und die den Männern zugeschrieben werden. Ich halte diese Eigenschaften gar nicht für männlich. Das hat mehr mit dieser ökonomischen Logik zu tun, nach der wir leben und die sich ganz schwer mit Nachhaltigkeit vereinbaren lässt. Am Anfang der Frauenbewegungen war die Illusion: Wenn Frauen in bestimmte Positionen reinkommen, könnten sie etwas verändern. Aber die Frauen sind verändert worden, weil das System viel stärker ist als sie – und auch stärker als die Männer. Es ist kein männliches System. Aber weil es die Männer tragen, werden sie von diesem System stärker geprägt und das geht in der Tat bis in die Lebenserwartung hinein.

Vielen Dank für das Gespräch!

Der Begriff Andropause suggeriert ein „männliches Klimakterium“, das es gar nicht gibt

„...Männer sind etwas sonderbar...“

Ab dem 35. Lebensjahr büßen Männer jährlich etwa ein Prozent ihrer testikulären Testosteronproduktion ein. Da Männer, die in die Jahre kommen, häufiger über gesundheitliche Probleme wie Depressionen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, nachlassende Libido und Erektionsprobleme klagen, tauchten Vermutungen auf, der Schwund an männlichen Sexualhormonen könne für diese Symptome verantwortlich sein – ähnlich wie das Nachlassen der ovariellen Östrogenproduktion bei Frauen zu den Wechseljahresbeschwerden führt. Der Begriff „Andropause“, analog zu Menopause, war geboren und von dort war es nur noch ein kleiner Schritt, diesem Begriff einen Krankheitswert zuzusprechen – dadurch eröffnet sich schließlich ein lukrativer Markt.

Dabei sind die Menopause und die „Andropause“ zwei völlig unterschiedliche Dinge. Während in der Menopause die ovarielle Östrogenproduktion eher abrupt versiegt, ist der Abfall der Testosteronproduktion beim Mann vergleichbar mit dem alterstypischen, kontinuierlichen Abfall anderer

Hormone wie zum Beispiel STH (Somatotropin stimulierendes Hormon, TSH (Tyrosin stimulierendes Hormon) oder DHEA (Dehydroepiandrosteron).

Fit und lebensfroh auch mit niedrigen Testosteronwerten?

Dass zwischen dem psychischen und physischen Wohlbefinden und dem Testosterongehalt des alternden Mannes kein Zusammenhang besteht, konnten Forscher der Universität Gent in Belgien anhand einer Studie (1) zeigen. Guy T'Sjoen und sein Team ermittelten bei 161 gesunden Männern im Alter von 74-89 Jahren das freie Testosteron im Blut. Die Untersuchung wurde vier Jahre später wiederholt und dabei eine signifikante Verringerung der Hormonwerte festgestellt. Anhand eines Fragebogens wurde ermittelt, ob und in welchem Umfang die Testpersonen unter Altersbeschwerden unterschiedlicher Art wie z.B. Depression, Schlafstörung, Muskelschmerzen, nachlassende Libido und Erektionsprobleme litten. Heraus kam, dass das freie Testosteron nicht mit den klassischen Alters-

symptomen korreliert. Männer mit niedrigen Testosteronwerten fühlten sich nicht weniger fit und lebensfroh als die mit hohen Werten und umgekehrt.

Für jüngere Männer, d.h. Männer ab 50, existiert bislang jedoch keine größere unabhängige Studie, die den Nutzen einer Behandlung be- oder widerlegen würde. Eine solche Studie ist nach Ansicht des Altersforschers John McKinlay von den New England Research Institutes in Watertown, Massachusetts, überflüssig. Wie er letztes Jahr auf einer Konferenz der British Fertility Society kund tat, verbirgt sich seiner Ansicht nach hinter der Andropause sowieso nichts anderes als die Folgen von „Faulheit, gepaart mit ungesundem Lebensstil“. Die von manchem Mann beklagten Symptome wie Hitzewallungen, Erschöpfung und Libido-Mangel seien in erster Linie das Resultat von Gewichtszunahme, Rauchen und übermäßigem Trinken. Außerdem drücken Krankheiten wie Diabetes, Herzkrankheit und Depression den Testosteron-Spiegel nach unten – noch stärker als der gewöhnliche Alterungsprozess. So zeigt eine Studie mit 278 Männern über 45 Jahre einen Zusammenhang zwischen Depression und niedrigen Testosteronwerten (2). Weitere Studien sind jedoch notwendig, um den Zusammenhang zwischen niedrigen Testosteronwerten und Depression zu prüfen.

Quellen:

- 1) T'Sjoen G, Goemaere S, De Meyere M, Kaufman JM.: Perception of males' aging symptoms, health and well-being in elderly community-dwelling men is not related to circulating androgen levels. *Psychoneuroendocrinology*. 2004 Feb;29(2):201-14.
- 2) Molly M. Shores et al.: Increased Incidence of Diagnosed Depressive Illness in Hypogonadal Older Men *Archives of General Psychiatry*. 2004; 61:162-167

Östrogene für den Mann – Sinn oder Unsinn?

Eindeutig Stellung bezogen Friedrich Jockenhövel, Bochum und Hendrik Lehnert, Magdeburg, in Heft 9 Deutsches Ärzteblatt (Dtsch Ärztebl 2004; 101: 578-582). Eine Östrogen-therapie bei Männern ohne Aromatasedefizienz ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt sicher nicht indiziert. Klinische Studien dokumentieren, dass zu hohe Dosen an Östrogenen bei Männern die Mortalität nicht senkt, sondern insbesondere durch Lungenembolie erhöht. Die günstigen Auswirkungen der Östrogene auf Lipidstoffwechsel, Endothelfunktion, Gefäßreagibilität wiegen die erhöhte Mortalität nicht auf. Derzeit gibt es keine kontrollierte klinische Studie, die eine Verbesserung der Befindlichkeit bei älteren Männern aufzeigt. Für die Funktion zahlreicher Organe beim Mann und seine Lebensqualität ist ein ausgewogenes Verhältnis von Androgenen zu Östrogenen wichtig. Daher sollte ein gegebenenfalls vorhandener Bedarf einer Hormontherapie im Rahmen des altersassoziierten Hypogonadismus mit der Gabe von Testosteron ausgeglichen werden, das durch seine Metabolisierung zu Östrogenen auch die Serumkonzentration von 17-Östradiol anhebt und für das auch Daten zur Beurteilung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses vorliegen.

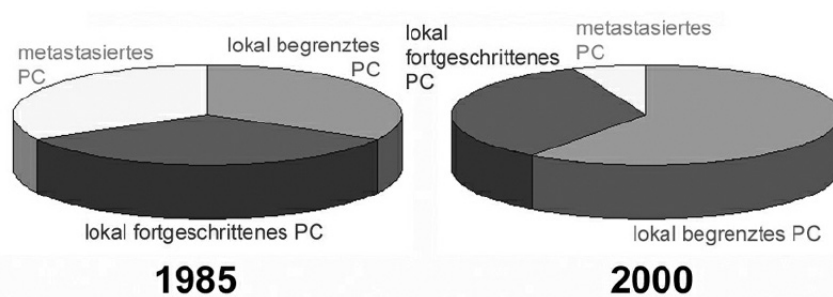
Prostatakarzinom: Über Nutzen und Risiken des PSA-Tests zur Früherkennung

Das Früherkennungsprogramm für Männer ab 45 Jahre konnte bislang nicht die Mortalität am Prostatakarzinom senken. Daran ist nicht allein die mangelnde Vorsorgebereitschaft der Männer schuld. Eine wichtige Rolle spielt auch, dass die alleinige digital rektale Untersuchung Frühstadien des Prostatakarzinoms nicht zuverlässig aufspürt.

Mit dem Test auf das prostataspezifische Antigen (PSA) war es erstmals möglich Frühstadien zu erkennen, die heilbar sind. Doch der PSA-Test ist auch umstritten. Das liegt zum einen an einer Besonderheit des Prostatakarzinoms: Nicht jeder Prostatakrebs führt zum Tode. Es gibt auch sehr langsam wachsende Tumore, die wenig aggressiv sind. Diese „insignifikanten Tumore“ von den „signifikanten“, sprich lebensbedrohenden Tumoren zu unterscheiden, ist der PSA-Test nicht in der Lage, so dass die Gefahr einer Übertherapie mit Inkontinenz und Impotenz als Operationsfolgen nicht von der Hand zu weisen ist. Der PSA-Wert ist außerdem nicht tumorspezifisch.

Nach den Konsensus-Leitlinien gelten 4 ng/ml PSA als grenzwertig und stellen eine Indikation zur Biopsie dar. Es gibt jedoch auch Tumoren, die weniger als 4 ng/ml PSA produzieren. Zu beachten sind mechanische, entzündliche und medikamentöse Faktoren, die den PSA-Wert erhöhen können. Dennoch erscheint gemäß der AWMF-Leitlinie ein Schwellenwert von 4 ng/ml in Abwägung mit der kurativen Intention vertretbar, denn ab diesem Schwellenwert wird mit 5 Biopsien ein vorhandenes Karzinom entdeckt. Durch eine Absenkung auf 3 ng/ml würde man hingegen nur 2% mehr Karzinome im Frühstadium entdecken.

Der Beweis, ob letztendlich ein PSA-Screening die Mortalität des Prostatakrebses senken kann, steht noch aus. Aufschluss ist von der European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer, kurz



„Vor Einführung des prostataspezifischen Antigens (PSA) in die Früherkennung des Prostatakarzinoms präsentierten sich etwa ein Drittel aller Männer zum Zeitpunkt der Diagnose bereits im metastasierten Stadium, dieser Anteil fiel mit der Etablierung des PSA-Wertes im Jahr 1999 auf ca. 6% ab. Im selben Umfang kam es zu einer Zunahme der lokal begrenzten und damit heilbaren Tumorstadien von ca. 30 auf nunmehr über 60%. Der Wert des PSA-Tests in der Früherkennung des Prostatakarzinoms ist eindeutig belegt, offen bleibt die Frage ob ein PSA-Screening die Mortalität des Prostatakarzinoms senken kann. Um diesen Effekt nachzuweisen, braucht man für die bereits laufenden Screeningstudien, wie z.B. in Tirol durchgeführt, eine sehr lange Nachbeobachtungszeit. Bis diese Daten vorliegen gibt es nur Hinweise, dass die Früherkennung auch zu einer Senkung der Mortalität beitragen wird.“

Da auch unter palliativen Therapieformen das Überleben mit einem Prostatakarzinom viele Jahre betragen kann, wird ein Effekt der Früherkennung wie sie durch das PSA ermöglicht wird, erst etwa 10-15 Jahre nach dem Einsatz des PSA beurteilt werden können. In Amerika deutet sich dementsprechend ein Abfall der Mortalität an, allerdings ist es schwierig zu beweisen, dass dies auf den PSA-Einsatz zurückgeht. Screening heißt ja flächendeckende Untersuchung, und hier stehen natürlich ökonomische Aspekte auch ganz vorne an. Nachdem PSA nicht spezifisch ist, d.h. bei einem PSA Wert 4-10 ng/ml haben nur ca. 30% ab 10 ng/ml etwa 60% der Patienten ein Karzinom, der Rest hat entzündliche Veränderungen oder die gutartige Hyperplasie der Prostata, bedingt ein PSA Screening natürlich eine Vielzahl unnötiger Prostatabiopsien zur Bestätigung der Karzinomdiagnose. Wegen der Kosten und der nicht nachgewiesenen Senkung der Mortalität, wird derzeit die Bestimmung des PSA-Wertes weder durch die Krebsvorsorge noch durch die Krankenkassen übernommen, die meisten rechnen die PSA-Bestimmung als IGGEL-Leistung ab.

Auch wenn der PSA-Test nicht tumorspezifisch ist, ist der PSA-Wert der beste „Tumormarker“ in der Medizin; für keine andere Tumorerkrankung gibt es einen derart guten Vorhersagewert wie für das Vorliegen eines Prostata-Karzinoms.

R. Paul

ERSPC zu erwarten. An dieser Studie nehmen 42.376 Männer teil. Mit Ergebnissen ist aber erst im Jahr 2008 zu rechnen.

Die Patienten haben ein Recht darauf sowohl über den Nutzen als auch über die möglichen Folgen, die ein PSA-Test nach sich ziehen kann, ausführlich informiert zu werden,

damit sie ihre Entscheidung treffen können. Der PSA-Test ist eine durchaus lukrative „Individuelle Gesundheitsleistung“. Das darf nicht dazu verführen, Patienten lediglich ein Formular zur Unterschrift vorzulegen, in dem sie sich mit einem PSA-Test und dessen Kostenübernahme einverstanden erklären.



PD Dr. med.
R. Paul
Leitender Oberarzt,
Urologische Klinik und Poliklinik der TU München, Klinikum Rechts der Isar

IMPRESSUM

Herausgeberin: Women's Health Coalition e.V., Berlin (WHC),
Irmgard Naß-Griegoleit (Präsidentin)
Darmstädter Büro: WHC,
Heidelberger Landstr. 22,
64297 Darmstadt
Tel.: 06151/601411
Fax: 06151/953339

Verantwortl. für diese Ausgabe:
Irmgard Naß-Griegoleit
e-mail: whc_nassde@yahoo.de
Redaktion: Dr. Anita Schweiger
Fotos: Archiv/privat
Druck: pppp-Service, Marburg
ISSN: 1619-1285
Erscheinungsweise:
4 x jährlich

Buchbesprechung: Über-Lebensbuch Brustkrebs

Ursula Goldmann-Posch, Rita Rosa Martin: Über-Lebensbuch Brustkrebs – Die Anleitung zur aktiven Patientin Schattauer-Verlag, 2003, 29,95 Euro; ISBN: 3794522125

Die äußere Aufmachung sprach mich sofort an. Sie unterschied sich durch die Ringbuchart von jeglicher gebräuchlicher Literatur. Der Untertitel „Anleitung zur aktiven Patientin“ weckte Neugierde und Interesse in mir, weil auch ich gerne eine aktive Patientin sein möchte. Das Inhaltsverzeichnis ist sehr übersichtlich und gut gegliedert. Als sehr positiv empfand ich, dass man sich bestimmte Themengebiete erarbeiten kann, indem man einzelne Blätter herausnehmen und Eintragungen machen kann. Zu Beginn störte mich, dass viele Basisinformationen immer wieder zu finden sind. Sieht man jedes Kapitel aber als einzelnen Baustein, sind diese Erklärungen in jeder Phase des Buches wichtig.

Im Großen und Ganzen ist das Überlebensbuch für mich verständlich geschrieben. Einzelne

Themen wie z.B. Auswertung des Bluttests, finde ich für einen Laien nicht immer klar verständlich. Sehr gut gelungen ist die Kombination von wissenschaftlichen Abhandlungen und sozialmedizinischer Komponente.

Vermisst habe ich die Wiedereingliederung ins Berufsleben, die Teilberufsunfähigkeit sowie die Berufsunfähigkeit nach Durchleben dieser Erkrankung. Für die meisten Patientinnen ist die soziale Wiedereingliederung sehr wichtig, da der Alltag ein großes Stück der Krankheitsbewältigung sein kann.

Ich sehe dieses Werk eher für Frauen geschrieben, die vom sozialen Umfeld und von der intellektuellen Seite gewisse Voraussetzungen zum Verständnis der einzelnen Abhandlungen mitbringen.

Seit ich dieses Werk besitze, hat es einen festen Platz auf mei-

**Karin Kohle, 47 Jahre alt und von Beruf Heilpädagogin, lebt mit ihrer 17jährigen Tochter in einer südhessischen Kleinstadt. Im Februar 2003 wurde bei ihr Brustkrebs diagnostiziert. Es konnte brusterhaltend operiert werden, der histologische Befund der Lymphknoten war negativ, die Hormonrezeptoren positiv, so dass sie sich für eine Hormontherapie anstatt einer Chemotherapie entschied.*

Frau Kohle über ihre persönlichen Erfahrungen: „Vom Zeitpunkt der Diagnose bis zum Operationstermin blieben mir nur vier Tage Zeit. In dieser kurzen Zeit musste ich mich mit dem Schock der Diagnose auseinandersetzen und meinen Krankenhausaufenthalt organisieren. Da blieb wenig Zeit, um mich über entsprechende Literatur zu informieren. Krebskrank waren bis dato „nur andere Frauen“ und es gab für mich keinen Grund, mich über die Maßen mit dieser Erkrankung zu beschäftigen. Da ich bis zu diesem Zeitpunkt mit Ärzten und Kliniken sehr wenig Erfahrung hatte, gab ich mich noch der Illusion hin, dass ausführliche Informationen und Aufklärung über die jeweiligen Behandlungsmethoden und Therapien Aufgabe des Klinikpersonals sind. Doch allein aus Zeitgründen konnte diese Arbeit nicht zu meiner Zufriedenheit geleistet werden. Ich suchte mir dann aus mehreren Brustkrebsbroschüren die Informationen zusammen, doch blieben natürlich viele Fragen offen.“

nem Nachttisch. Erst wenn ich es mit einem Roman tausche, hat für mich endgültig der Schritt ins „normale Leben“ begonnen. Die Basisinformationen zu einzelnen Heilmethoden, Inhaltsstoffen und dem richtigen Umgang mit

Medikamenten sowie ein mehr umfassendes Wissen den Ärzten gegenüber ließen mich zweifelsfrei zu einer aktiveren Patientin werden.

Karin Kohle*

Mammographie-Screening: Von der Grauzone in die Nullzone? Mangelhafte Vorsorge

Teil des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms ist die Implementierung eines flächendeckenden Mammographie-Screenings für beschwerdefreie Frauen der Altersgruppe zwischen 50-69 Jahre. Die Voraussetzung dafür wurde vom Gesetzgeber geschaffen. Mit dem Screening kann jedoch erst begonnen werden, wenn die Länder den Screening-Einheiten die Zulassung nach der Röntgenverordnung erteilt haben. Nur dann werden sie von den Kassen als Vorsorgemaßnahme bezahlt. Diese Einheiten müssen aber in den meisten Regionen

der Bundesrepublik erst geschaffen werden. „Außer in drei Modellprojekten gibt es derzeit in Deutschland keine Screening-Einheiten“, sagte Irmgard Naß-Griegoleit, Präsidentin der Women's Health Coalition e.V. (WHC). Da zur Zeit offensichtlich niemand den Status quo kennt, forderte sie mehr Transparenz sowie die Einführung eines Projektmanagements.

Nach der Röntgenverordnung haben beschwerdefreie Frauen keinen Anspruch auf eine Mammographie. Es könne aber nicht angehen, dass aus einem schlechten Zustand ein Nullzu-

stand wird, meinte Prof. G. Bastert, Vorsitzender der AGO und der DGGG, Heidelberg. Inzwischen könnte man seiner Meinung nach zumindest die Doppelbefundung einführen. In Bayern gibt es eine Übergangsregelung für ein Jahr. Alle Ärzte, die Mammographien durchführen, mussten eine Prüfung ablegen. Zur Zeit gibt es in Bayern aber nur 4 Ärzte, die jährlich mehr als 5000 Befunde beurteilen und damit als Zweitbefunder in Frage kämen.

Pressekonferenz der DGGG im Rahmen des Deutschen Krebsskongresses Berlin, 1.3.2004

Eine repräsentative Umfrage der GfK Marktforschung im Auftrag der „Apotheken Umschau“ bei 1.977 Bundesbürgern ergab: Nur 42,8 Prozent aller Frauen und 28,4 Prozent aller Männer nimmt das kostenfreie Angebot zu Vorsorge in Anspruch. Erfreulich ist, dass sich 62,8 Prozent der Frauen regelmäßig auf Brustkrebs untersuchen lassen und 55,8 Prozent auf Gebärmutterhalskrebs. Kritisch ist dagegen, dass nur 24,7 Prozent der Frauen zur Darmkrebs-Vorsorge gehen. Dabei gehört Darmkrebs bei uns zu den häufigsten Todesursachen mit 30.000 Todesfällen pro Jahr.