

# 1 Mannsein als Risikofaktor

Lena Spangenberg und Elmar Brähler

Ist das Mannsein ein Risikofaktor für ein kürzeres Leben und für verschiedene Erkrankungen? Dieser Frage soll anhand epidemiologischer Daten in diesem Kapitel nachgegangen werden. Dazu werden verschiedene Aspekte wie Lebenserwartung und somatische und psychische Morbidität näher beleuchtet und diskutiert. Die Zielstellung ist dabei weniger, eine umfassende und erschöpfende Darstellung der Thematik zu liefern, sondern es soll mittels ausgesuchter Befunde und möglicher Erklärungsansätze ein Einblick gewonnen werden.

## 1.1 Männer sterben früher

In den letzten Jahren wurde der Gesundheit der Männer zunehmend mehr Beachtung geschenkt. Dies ist vor dem Hintergrund, dass männlich zu sein heutzutage in entwickelten Ländern den größten allein stehenden demografischen Risikofaktor für frühzeitige Sterblichkeit darstellt, durchaus gerechtfertigt (Kruger u. Nesse 2004). So steigt beispielsweise in Deutschland die Lebenserwartung seit Mitte des 19. Jahrhunderts an. Betrachtet man die vergangenen 50 Jahre (s. Tab. 1) wird jedoch deutlich, dass Frauen durchweg eine höhere Lebenserwartung hatten (Bundesministerium für Gesundheit 1997, 1999, 2001; Statistisches Bundesamt 2009).

Tab. 1 Lebenserwartung für Männer und Frauen bei Geburt (in Jahren)

	1949/1951	1970/1972	1988/1990	2006/2008
<b>West</b>				
Männer	64,6	67,4	72,6	77,4
Frauen	68,5	73,8	79,0	82,5
<b>Ost</b>				
Männer	65,1	69,0	70,0	76,1
Frauen	69,1	73,7	76,2	82,2

Anhand epidemiologischer Daten zu Mortalität und Morbidität im Geschlechtervergleich soll diskutiert werden, ob das Mannsein per se einen Risikofaktor darstellt oder ob noch mehr Faktoren in Betracht gezogen werden sollten, um diese Unterschiede in der Lebenserwartung zu erklären.

### **1.1.1 Einflüsse auf die Lebenserwartung**

Die Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland (Ost/West) zwischen 1970 und 1990 demonstriert, wie sich gesellschaftliche Bedingungen auf die Lebenserwartung auswirken können (s. Tab. 1). Seit der Wiedervereinigung schließt sich die Schere zwischen den alten und neuen Bundesländern allmählich wieder. Zwar haben Männer in den neuen Bundesländern nach wie vor eine geringere Lebenserwartung, allerdings finden sich mittlerweile vorwiegend ein Nord-Süd-Effekt sowie einige spezifische regionale Unterschiede. Die höhere Lebenserwartung in den „Speckgürteln“ in Süddeutschland lässt vermuten, dass die ökonomische Situation eine mögliche Erklärung liefert. Zwischen dem Armutrisiko und der mittleren Lebenserwartung wurde auch ein Zusammenhang gefunden (Robert-Koch-Institut 2006; Leibniz-Institut für Länderkunde 2008).

Spannend ist in diesem Zusammenhang auch die Frage nach den Ursachen für die steigende Lebenserwartung. Unter anderem kann die Bildungsexpansion in Deutschland damit in Zusammenhang gebracht werden (Unger et al. 2009). Der Effekt der Höherqualifizierung kann sowohl direkt (Berufe mit weniger gesundheitlichen Belastungen) als auch indirekt sein (gesündere Lebensweise, kontinuierlichere Erwerbsverläufe).

### **1.1.2 Beschwerdefreie Lebenserwartung**

Zwar scheinen Männer bisher im Vergleich zu Frauen eher kurz zu leben, dafür allerdings beschwerdefreier (Robert-Koch-Institut 2006). So leben beide Geschlechter im Durchschnitt bis zum Alter von etwa 63 Jahren beschwerdefrei. Zieht man in Betracht, dass Frauen im Mittel 5 Jahre länger leben, kann geschlussfolgert werden, dass diese Zeit mit Behinderungen und Beeinträchtigungen verbunden ist. Untermauert wird dies, wenn der Anteil der Pflegebedürftigen verglichen wird. Bei den  $\geq 75$ -Jährigen ist der Anteil der weiblichen Pflegebedürftigen höher. Diese Differenz nimmt mit dem Alter zu und erreicht bei den über 90-Jährigen das Maximum: 62,7% der Frauen und 37,5% der Männer sind in dieser Altersgruppe pflegebedürftig (Robert-Koch-Institut 2004).

### **1.1.3 Geschlechtsspezifische Mortalität**

Bereits im frühen Alter haben Jungen eine erhöhte Sterblichkeit (Bründel u. Hurrelmann 1999):

- Spontanabort häufiger bei männlichen Föten
- mehr Totgeburten (115:100)
- mehr Todesfälle im ersten Lebensjahr (498:403,8 je 100.000 Lebendgeborene)

In der Todesursachenstatistik für unter 65-Jährige weisen Männer in den Krankheitshauptgruppen im Vergleich zu Frauen höhere Mortalitätsziffern auf (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2009). Vergleichsgrundlage ist dabei das geschlechtsspezifische Mortalitätsverhältnis (Sterbefälle je 100.000 Männer/Sterbefälle je 100.000 Frauen). Es beträgt bei Endokrinopathien 1,97 und bei Krankheiten des Atmungssystems 1,67. Unter den Erkrankungsgruppen, auf die mehr als dreiviertel der Todesfälle der unter 65-Jährigen zurückzuführen sind, gibt es auch deutliche Geschlechtsunterschiede (Neubildungen 1,29; Erkrankungen des Kreislaufsystems 2,71; Verletzungen und Vergiftungen 3,26; Erkrankungen des Verdauungssystems 2,19).

Des Weiteren ist die Zahl der Verkehrstoten bei Männern, trotz einer insgesamt sinkenden Zahl, nach wie vor zwei bis dreimal höher als bei Frauen (18,6 vs. 5,5 je 100.000 Einwohner). Dies gilt im Besonderen für 15- bis 25-Jährige (Bundesministerium für Gesundheit 2008). Hinsichtlich der Suizidraten ist festzuhalten, dass sich eine deutlich geringere Zahl an Frauen das Leben nimmt; mehr als 75% der Suizide werden von Männern verübt. Dabei finden sich besonders hohe Suizidraten in der Gruppe der über 75-jährigen Männer (Möller-Leimkühler 2008; Leibniz-Institut für Länderkunde 2007).

## 1.2 Morbidität bei Männern und Frauen

### 1.2.1 Körperliche Erkrankungen

Beurteilt man anhand ausgewählter körperlicher Krankheitsbilder, die aufgrund ihrer Häufigkeit, ihrer ökonomischen Folgen oder assoziierten Mortalität von Relevanz sind, den Gesundheitszustand von Männern und Frauen, wird schnell deutlich, dass im Bereich der somatischen Morbidität ebenfalls Geschlechtsunterschiede vorhanden sind. In Abbildung 1 ist die Prävalenz dieser bedeutsamen Erkrankungen dar-

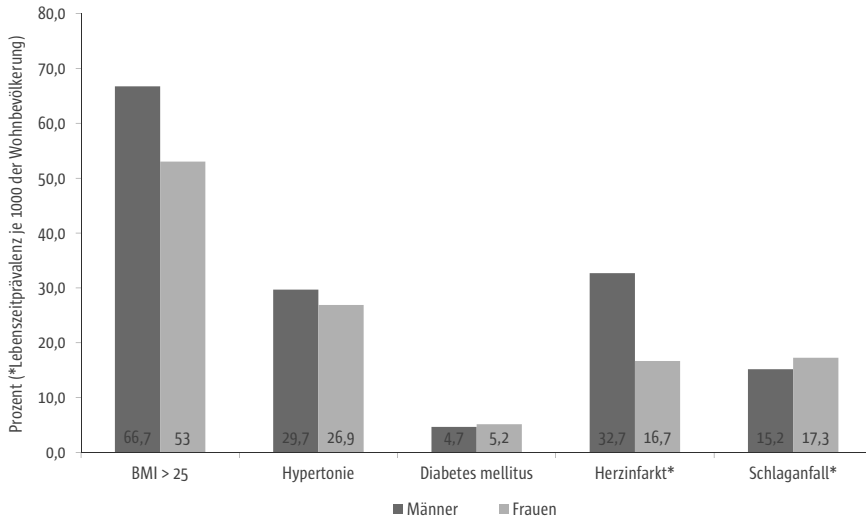


Abb. 1 Geschlechtsspezifische Prävalenz ausgesuchter Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung (18 bis 79 Jahre)

gestellt. Die für Deutschland repräsentativen Daten entstammen dem Bundesgesundheitsurvey 1998 (Robert-Koch-Institut 2006; Thamm 1999; Thefeld 2000; Thefeld 1999; Wiesner et al. 1999a; Wiesner et al. 1999b).

Bei dieser globalen Betrachtung über alle Altersgruppen zeigt sich, dass Männer häufiger Hypertonie haben, unter Übergewicht leiden (Body Mass Index [BMI,  $\text{kg}/\text{m}^2$ ] > 25) und häufiger Herzinfarkte erleiden. Frauen hingegen zeigen tendenzielle höhere Werte bei den Diagnosen Diabetes mellitus und Schlaganfall. Zieht man weitere Faktoren in Betracht, wird deutlich, dass Morbiditätsunterschiede auch stets differenziert betrachtet werden sollten. Neben einer Zunahme der Morbidität bei allen angeführten Erkrankungen mit dem Alter treten Geschlechtsunterschiede zum Teil in manchen Altersgruppen nicht oder in anderer Richtung auf. Anhand einiger Befunde sei dies exemplarisch verdeutlicht: Die insgesamt höhere Prävalenz der Diabetes-Erkrankungen bei Frauen liegt in der sehr hohen Prävalenz bei den 70- bis 79-jährigen Frauen begründet (Thefeld 1999). Schlaganfälle sind bei den 50- bis 59-jährigen Männern deutlich häufiger als bei Frauen, während diese in allen anderen Altersgruppen höhere Werte aufweisen (Wiesner 1999b). Auch regionale und soziale Einflüsse lassen sich finden. So sind beispielsweise Diabetes und Hypertonie in Ostdeutschland häufiger (Thefeld 1999; Thamm 1999). Je höher die soziale Schichtgehörigkeit ist, desto niedriger ist die Wahrscheinlichkeit übergewichtig zu sein oder Bluthochdruck zu haben (Thefeld 2000), umgekehrt verhält es sich mit Diabetes mellitus (Typ-II) (Robert-Koch-Institut 2006; Thefeld 1999). In Analysen zu Veränderungen des Krankheitsgeschehens zeigt sich zudem, dass Frauen in Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen eine zunehmende Risikobelastung haben und die Inzidenz von Herzinfarkten bei 25- bis 54-Jährigen ansteigend ist (Robert-Koch-Institut 2006; Thefeld 2000).

Morbiditätsunterschiede lassen sich auch in weiteren Krankheitsgruppen finden (Robert-Koch-Institut 2006): Chronische Rückenschmerzen, die infolge damit einhergehender Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung von großer Relevanz sind, sind ähnlich wie andere Schmerzsymptome häufiger bei Frauen (22%) als bei Männern (15%). Als mögliche Gründe werden unterschiedliche Schmerz-Risikofaktoren oder Wahrnehmungsunterschiede diskutiert. Die Inzidenz von Krebserkrankungen wiederum lag bei Männern im Jahr 2002 mit 452 im Vergleich zu 335 bei Frauen je 100.000 Einwohner höher. Während Männer vor allem an Lungenkrebs erkranken, ist bei Frauen der Brustkrebs am häufigsten. Auch hier gibt es Veränderungen: So tritt bei Frauen Lungenkrebs infolge des angestiegenen Nikotinkonsums zunehmend häufiger auf.

### 1.2.2 Psychische Störungen

Im Bereich der psychischen Störungen finden sich bereits bei Kindern und Jugendlichen geschlechtsspezifische Unterschiede. Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey hat die Symptombelastung auf verschiedenen Dimensionen psychischer Gesundheit in einer bundesweiten repräsentativen Stichprobe (3 bis 17 Jahre) untersucht. 17,8% der Jungen und 11,5% der Mädchen können demnach als verhaltensauffällig oder grenzwertig verhaltensauffällig betrachtet werden. Bei dieser Zuordnung handelt es sich nicht um klinische Diagnosen (Hölling et al. 2007). Eine mögliche Erklärung für diesen Befund, dass Jungen eher dazu neigen, psychische Probleme zu externalisieren und damit eine vorhandene Problematik auch für das Umfeld leichter

sichtbar ist, während Mädchen eher internalisieren (Rothenberger et al. 2008). Eine Substichprobe 7- bis 17-Jähriger (BELLA-Studie) wurde in Hinblick auf psychische Probleme näher untersucht. In Tabelle 2 finden sich alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen ausgewählter Störungen (Ravens-Sieberer et al. 2008). Während Mädchen höhere Prävalenzen bei Angststörungen aufweisen, liegen Jungen bei Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen und Verhaltensstörungen vorn. Die Unterschiede bei Depression sind geringfügig.

Bei Erwachsenen zeigt sich hinsichtlich der Prävalenz psychischer Störungen ein anderes Bild. Die Ergebnisse des Zusatzmoduls Psychische Störungen im Bundesgesundheitssurvey zeigen, dass mit Ausnahme der Substanzstörungen Frauen häufiger von psychischen Störungen betroffen sind als Männer. Dies gilt insbesondere bei affektiven und Angststörungen (Jacobi et al. 2004a; Jacobi et al. 2004b). Alters- und geschlechtsspezifische Prävalenzen für wichtige Diagnosegruppen (DSM-IV) sind in Tabelle 3 aufgeführt.

Allerdings wird vermutet, dass die gefundenen Geschlechtsunterschiede zumindest teilweise auch darin begründet liegen, dass frauentypische Störungen umfassender erfasst wurden. Eine andere Erklärung hinsichtlich der zumeist niedrigeren Präva-

Tab. 2 Prävalenz von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Symptomen und Beeinträchtigung in ausgewählten Störungsgruppen (Zahlen aus Ravens-Sieberer et al. 2008)

	Depression (in %)	Angst (in %)	ADHS (in %)	Verhaltensstörung (in %)
<b>7-10 Jahre</b>				
Mädchen	5,6	7,5	2,2	6,7
Jungen	5,5	5,2	5,5	10,5
<b>11-17 Jahre</b>				
Mädchen	4,6	4,2	1,5	8,4
Jungen	5,3	3,8	2,8	10,9

Tab. 3 12-Monats-Prävalenz ausgesuchter psychischer Störungen bei Frauen und Männern (Zahlen aus Jacobi et al. 2004b)

Diagnosegruppe	18-34 Jahre (%)		35-49 Jahre (%)		50-65 Jahre (%)		Gesamt (%)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Substanzstörungen*	2,9	12,3	1,7	5,3	0,6	3,6	1,7	7,2
affektive Störungen	13,4	9,4	16,8	8,5	15,9	7,6	15,4	8,5
Angststörungen	20,0	8,0	19,4	10,0	19,9	9,7	19,8	9,2
somatoforme Störungen	14,9	5,7	15,2	7,3	14,7	8,6	15,0	7,1
Essstörungen	1,0	0,2	0,5	0,3	0,0	0,1	0,5	0,2
irgendeine psychische Störung	38,0	27,4	36,5	25,9	36,5	22,2	37,0	25,3

\*Missbrauch und Abhängigkeit (ohne Nikotin)

lenz depressiver Erkrankungen bei Männern ist, dass es eine „männliche“ Depression gibt, die durch die gängige Psychodiagnostik nicht erfasst wird. Angenommen wird, dass die erfragten depressiven Symptome als weiblich gelten und infolgedessen von Männern dissimuliert oder abgewehrt werden (Möller-Leimkühler 2008). Neben diesem deutlichen Geschlechtsunterschied, der sich auch in einer Metaanalyse europäischer Studien zeigte (Wittchen u. Jacobi 2005), ist festzuhalten, dass die Prävalenz psychischer Störungen auch regionalen Einflüssen zu unterliegen scheint: So sind einige psychische Störungen in den alten Bundesländern häufiger (Jacobi et al. 2004a), bei den affektiven Störungen blieb der Geschlechtsunterschied jedoch trotz der regionalen Unterschiede erhalten (Wittchen et al. 1999).

## Fazit

Die anfänglich aufgeworfene Frage, ob das Mannsein ein Risiko für eine verkürzte Lebenserwartung und Erkrankungen bietet, lässt sich nicht global mit Ja oder Nein beantworten. Einige der hier referierten Befunde legen es nahe, andere wiederum nicht: Zwar ist die Lebenserwartung von Männern kürzer, allerdings spielen neben dem Geschlecht auch regionale und gesellschaftliche Faktoren eine Rolle. Es ist jedoch festzuhalten, dass die Mortalität von Männern bei vielen körperlichen Erkrankungen gegenüber Frauen erhöht ist, sie häufiger Opfer tödlicher Unfälle sind und höhere Suizidraten aufweisen als Frauen. Auch bei der somatischen Morbidität gibt es Geschlechtsunterschiede. Hier wird ebenfalls deutlich, dass nicht allein das Geschlecht, sondern auch Einflüsse wie soziale Schicht und Lebensstil eine Rolle spielen. Deutlich positiver hingegen fällt der Geschlechtervergleich hinsichtlich der Prävalenz psychischer Erkrankungen für die Männer aus. Obwohl im Kindes- und Jugendalter eher die Jungen zu Verhaltensauffälligkeiten neigen, sind im Erwachsenenalter Frauen deutlich häufiger von psychischen Störungen betroffen. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass es vielerlei Geschlechtsunterschiede gibt und diese häufig, aber nicht immer, negativ für die Männer ausfallen. Wie kommen diese Differenzen in Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität nun zustande? Dazu gibt es verschiedene Erklärungsansätze.

So bietet die Frage, ob biologische oder soziale Faktoren die Differenzen bestimmen, ein äußerst vielschichtiges Forschungsfeld. In der sogenannten Klosterstudie wurde mittels einer Mortalitätsanalyse von mehr als 8.000 Nonnen und Mönchen aus Bayern untersucht, ob Sterblichkeitsunterschiede eher auf Biologie oder Verhalten zurückzuführen sind (Dinkel u. Luy 1999; Luy 2002). Aufgrund der klösterlichen Lebensweise konnten für die untersuchten Personen einige mortalitätsassoziierte Faktoren ausgeschlossen werden (Schwangerschaft, Säuglings- und Kindersterblichkeit, Unterschiede bei Gesundheit gefährdender Lebensführung, ungleiche Rollen von Ehepartnern), andere wie Rauch- oder Trinkverhalten bleiben jedoch schwer abzuschätzen. Es zeigte sich, dass Mönche älter werden als Männer der Allgemeinbevölkerung, während Nonnen im Vergleich zu Frauen aus der Allgemeinbevölkerung eine ähnlich hohe Lebenserwartung aufweisen. Allerdings ist die gefundene Differenz von zwei Jahren in der Lebenserwartung zwischen Mönchen und Nonnen trotz einer sich gleichenden Zunahme im letzten Jahrhundert stets konstant geblieben.

Sozialwissenschaftliche Fächer, die den Zusammenhang von Gender und Gesundheit erforschen, postulieren hingegen, dass Geschlechterrollen und -stereotypen ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten zur Folge haben (Alfermann 1996; Courtenay 2000). So können bei Männern auch riskante Verhaltensweisen, ein anderer Umgang mit Beschwerden und eine andere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems, die mit typischen Eigenschaften der männlichen Rolle zusammenhängen, Mortalität und Morbidität zweifelsohne (negativ) beeinflussen.

Zufrieden stellende Erklärungen für Geschlechtsunterschiede wurden innerhalb dieser Erklärungsansätze bisher nur bedingt gefunden. Die Befunde haben zumeist eher spekulativen Charakter als eine empirisch gesicherte Basis. Eine biopsychosoziale Perspektive ist daher vonnöten. In Zukunft sollte die Forschung zu Geschlechtsunterschieden bei Lebenserwartung, Mortalität und Morbidität verschiedene biologisch-medizinische (wie genetische Dispositionen, physiologische und hormonelle Merkmale) und sozial-gesellschaftliche Faktoren (wie Bewältigungsstrategien, berufliche und familiäre Rollen) einbeziehen.

### Literatur

- Alfermann D (1996) Geschlechterrollen und geschlechtstypisches Verhalten. Kohlhammer, Stuttgart
- Bründel H, Hurrelmann K (1999) Konkurrenz, Karriere, Kollaps. Männerforschung und der Abschied vom Mythos Mann. Kohlhammer, Stuttgart
- Bundesministerium für Gesundheit (1997) Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1997. Nomos, Baden-Baden
- Bundesministerium für Gesundheit (1999) Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1999. Nomos, Baden-Baden
- Bundesministerium für Gesundheit (2001) Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 2001. Nomos, Baden-Baden
- Bundesministerium für Gesundheit (2008) Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 2008. Nomos, Baden-Baden
- Courtenay W (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 50, 1385–1401
- Dinkel R, Luy M (1999) Natur oder Verhalten? Ein Beitrag zur Erklärung der männlichen Übersterblichkeit durch einen Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. *Z Bevölkerungswiss* 24, 105–132
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2009) Vorzeitige Sterblichkeit unter 65 Jahren. [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=3848577&nummer=562&p\\_sprache=D&p\\_indsp=&p\\_aid=55650759](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=3848577&nummer=562&p_sprache=D&p_indsp=&p_aid=55650759), abgerufen am 19.10.2011
- Hölling H, Erhart M; Ravens-Sieberer U, Schlack R (2007) Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 50, 784–793
- Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU (2004a) Mental health in East and West Germany: Analyses of the German National Health Interview and Examination Survey. *Z Klin Psychol Psychother* 33, 251–260
- Jacobi F, Klose, M, Wittchen HU (2004b) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 47, 736–744
- Kruger DJ, Nesse RM (2004) Sexual selection and the Male:Female Mortality Ratio. *Evolutionary Psycholog* 2, 66–77
- Leibniz-Institut für Länderkunde (2007) Suizide – Sterblichkeit 1980–2007 nach Geschlecht. [http://aktuell.nationalatlas.de/Suizidsterbefaelle.1\\_01–2010.0.html](http://aktuell.nationalatlas.de/Suizidsterbefaelle.1_01–2010.0.html), abgerufen am 15.02.2010
- Leibniz-Institut für Länderkunde (2008). Lebenserwartung Lebendgeborener 2005 nach Raumordnungsregionen. [http://aktuell.nationalatlas.de/Lebenserwartung.11\\_10–2008.0.html](http://aktuell.nationalatlas.de/Lebenserwartung.11_10–2008.0.html), abgerufen am 16.02.2010
- Luy M (2002) Warum Frauen länger leben – Erkenntnisse aus einem Vergleich von Kloster- und Allgemeinbevölkerung. *Materialien zur Bevölkerungswissenschaft* 106, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden
- Möller-Leimkühler A (2008) Depression – überdiagnostiziert bei Frauen, unterdiagnostiziert bei Männern? *Gynäkologe* 41, 381–388
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Hölling H, Bullinger M, Barkmann C, Schulte-Markwort M, Döpfner M; BELLA study group (2008) Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17, 22–33
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt (2006) Gesundheitsberichterstattung in Deutschland. *Gesundheit in Deutschland*. Robert-Koch-Institut, Berlin
- Robert-Koch-Institut (2004) Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Themenheft Pflege. Robert-Koch-Institut, Berlin

- Rothenberger A, Becker A, Erhart M, Wille N, Ravens-Sieberer U (2008) Psychometric properties of the parent strengths and difficulties questionnaire in the general population of German children and adolescents: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 17, 99–105
- Statistisches Bundesamt (2009) Lebenserwartung. <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Statistiken/Bevoelkerung/GeburtenSterbefaelle/Tabellen.psml>, abgerufen am 14.02.2010
- Thamm M (1999) Blutdruck in Deutschland – Zustandsbeschreibung und Trends. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 90–93
- Thefeld W (1999) Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 85–89
- Thefeld W (2000) Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 43, 415–423
- Unger R, Schulze A, Klein T (2009) Educational expansion and life expectancy in Germany. In: Hadjar A, Becker R (Hrsg.) *Expected and unexpected consequences of the educational expansion in Europe and the US*. Bern, Haupt Verlag, 377–388
- Wiesner G, Grimm J, Bittner E (1999a) Zum Herzinfarktgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 72–78
- Wiesner G, Grimm J, Bittner E (1999b) Schlaganfall: Prävalenz, Inzidenz, Trend, Ost-West-Vergleich. Erste Ergebnisse aus dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 79–84
- Wittchen HU, Jacobi F (2005) Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15, 357–376
- Wittchen HU, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B (1999) Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2, 216–222



## 2 Exkurs: Zwischen Konkurrenz, Karriere und Kollaps

Andreas Hillert

### 2.1 Männer ticken anders ...

Der Auftrag, das vorliegende Kapitel zu schreiben, war eine Herausforderung, die nur wahre Männer bewältigen können: Risikoverhalten nach dem Motto: „Du hast keine Chance, nutze sie!“ Dass Männer anders ticken – als Frauen, an wen oder was sollte man sonst in diesem komparativen Kontext denken –, dass Männer also Konkurrenz-, Dominanz- und damit karriereorientierter sind, härter, konsequenter, risikobereiter, sich weniger sorgen und eher handeln ... (z.B. Bischof-Köhler 2010, 2011; Schulz et al. 2002) und es mit diesen Charakteristika schwer haben, all dies pfeifen die Spatzen ebenso von den Dächern dieser Welt, wie Barden die schwachen Seiten des starken Geschlechtes besingen. Männer sind so verletzlich und kriegen schließlich einen Herzinfarkt. Bei Männern werden Entzündungsprozesse stärker durch Stress stimuliert, Fibrinogen und C-reaktives Protein steigen (Toker et al. 2005). Männer trinken mehr und greifen schneller zu aufputschenden und konzentrationsfördernden Drogen (DAK-Gesundheitsreport 2009). Zudem hat Stress bei Männern Einfluss auf die Partnerinnenwahl, mit Händen im eiskalten Wasser fühlen sie sich eher nackten Frauen (auf Fotos) zugetan, die ihnen weniger ähnlich sind.

Ein solches filigran-melancholisches Gesamtbild einige Seiten lang anhand ausgewählter Daten, von niedersten Tieren bis zum Managerverhalten, zu bestätigen, wäre in hohem Maße erwartungskonform und entsprechend, zumal für Männer, wenig reizvoll. Einige Leser könnten dann auf Meta-Ebene ihre Wunden lecken, mit ihrem mickrigen Y-Chromosom Frieden schließen und müde konstatieren, dass die Wissenschaft in den letzten Jahrhunderten nicht viel weiter gekommen ist, als es Dichter und Denker schon immer waren. Richtig unangenehm würde es nur, wenn emanzipierte Frauen diese Seiten lesen würden. Implizit beinhalten die skizzierten Aussagen ja nichts anderes, als dass Frauen „von Natur aus“ eben anders anders sind. Selbst wenn man es noch so vorsichtig umschreibt, bliebe unter dem Strich übrig, dass Frauen weniger aggressiv und auf direktem Wege durchsetzungsfähig sind, dass sie sich

eher im sozialen Netz verankern (und verstricken), letztlich viel besser zur familienfürsorglichen Brutpflege und weniger für das harte Berufsleben geeignet sind. Selbst Autorinnen, deren wissenschaftliche Untersuchungen eben solche Ergebnisse hatten, zeigten sich in der Diskussion ihre Resultate eifrig bemüht, diese schnell und heftig zu relativieren und sie damit soweit vom Tisch zu fegen, dass sie in keinem Fall irgendwie ethisch, sozialpolitisch oder sonstwie (miss-)verstanden werden könnten sollten und dürfen (Taylor et al. 2000). Wir alle sind fundamental von Emanzipation durchdrungen – und das ist gut so! Niemand soll diskriminiert werden, was allerdings Auswirkungen auf unsere Fähigkeit zu differenzieren haben könnte.

Um ideologischen Konflikten dieser Art zu entgehen, ließe sich andererseits konstatieren und ebenso substanzvoll mit Daten belegen, dass Männer und Frauen sich letztlich kaum unterscheiden, vom äußeren Erscheinungsbild und einigen männlichen Verhaltensmarotten abgesehen. Männer sind nichts Besonderes! Was dann aber die Berechtigung des vorliegenden, speziellen Buches zur Männergesundheit aus den Angeln heben würde. Man(n) bräuchte mit dem Schreiben gar nicht erst anzufangen. Das Dilemma ist offenkundig und fundamental: Biologische bis soziokulturelle, hormonelle wie politische Aspekte sind hinsichtlich der Frage nach dem üblichen Ticken und Verhalten der Männer (und Frauen) derart verwoben, dass objektive Bezugspunkte, um das Phänomen erfassen und werten zu können, de facto unvorstellbar sind. Und erst Recht keine Leser, die dem Thema neutral und unvoreingenommen gegenüberstehen. Es gibt nicht eine soziokulturelle Prägung männlicher und weiblicher Muster, die wir wie eine Fliege unterm Mikroskop sezieren könnten. Wir sind integraler Bestandteil unserer Muster: Wir sind nicht nur die Sezierenden, wir sind auch die Fliege! Aber wahre Männer resignieren nicht. Kapitulation ist für sie ein Fremdwort! Also, eine Chance haben wir nicht, aber schauen wir mal.

## **2.2 Beruflicher und sozialer Stress im 21. Jahrhundert: Männer und Frauen in einem Boot**

Stress gab es immer. Stress, zumal in Form der oft thematisierten Reaktion auf einen sich anschleichenden Säbelzähntiger, ist langfristig ebenso überlebenswichtig, wie die Luft zum Atmen. Dass ungeachtet dessen gerade unsere nachindustrielle, postmoderne, sich als Informationszeitalter etikettierende Epoche Anspruch darauf erhebt, mehr als alle anderen durch das noch nicht allzulange so benannte Stress-Paradigma dominiert zu sein, ist argumentativ gut begründbar: Die fortschreitende technologische Entwicklung hat zu praktisch alle Lebensbereiche betreffenden Veränderungen geführt, gleichermaßen traditionelle Berufe und Sozialstrukturen ausgehebelt und durch Globalisierung neue Perspektiven eröffnet (Weber u. Hörmann 2007). Bei zunehmendem Tempo, Entgrenztheit und Unsicherheit fühlen sich allerdings immer weniger Menschen (zumal in den westlichen Industrienationen, die im globalen Ab- und Ausgleich relativ nicht gewinnen können) diesen Entwicklungen gewachsen, verunsichert, überfordert, also gestresst und ausgebrannt (Hilbert u. Marwitz 2006). In einer groß angelegten Umfrage der EU gingen – aus gesundheitlichen Gründen – nur 65% der Frauen und 73% der Männer, die das 45. Lebensjahr erreicht und überschritten hatten, davon aus, ihre aktuelle berufliche Tätigkeit bis zum Alter von 60 Jahren ausüben zu können (Radoschewski 2009); nach den derzeit aus rententechnischen Gründen nötigen 65 bzw. 68 Jahren wurde nicht gefragt.

Ob das Maß der derzeitigen Veränderungen tatsächlich das vorhergegangener Umbruchszeiten übersteigt, von diversen Völkerwanderungen, der französischen Revolution bis zu den Weltkriegen, ist – da die davon unmittelbar Betroffenen nicht mehr leben – nicht wirklich bzw. vorzugsweise selbstgerecht diskutierbar. Ein wichtiger Unterschied zu vorangegangenen Umbruchszeiten liegt vielleicht darin, dass die Ausgangssituation diesmal eine vergleichsweise komfortable war. Nach diversen Wirtschaftswundern ging es den Allermeisten zumindest gut, die sozialen Absicherungen waren – bereits retrospektiv betrachtet – auf historischem Gipfel. Die Hoffnung auf immer weiteres exponentielles Wachstum war bereits vor der Bankenkrise naiv, heute hätte sie wahnhaftige Qualitäten. Die realiter für viele damit verbundenen Grenzen, Kränkungen und Verluste sind möglicherweise schwerer verdaulich als es Frustrationen auf basalem Niveau gewesen wären.

Diese Entwicklungen haben natürlich für Menschen beiderlei Geschlechts fundamentale Implikationen. Konkurrenz und Karriere sind potenziell nach oben hin offen, Abstürze sind jederzeit möglich. Die Wahrscheinlichkeit eines Lebens auf langfristig stabiler, gesicherter und sozial etablierter Basis ist geringer geworden. Seinerzeit gab es zwischen Erfolg und Misserfolg eine breite Schicht von „Normalitäten“, die nun deutlich schmaler geworden ist. Die ehemals als aversiv erlebte, zu Rebellionen animierende Gewöhnlichkeit erscheint derzeit in romantischer Verklärung geradezu als Hort der Geborgenheit. Daten, mit denen sich die Realität und zumindest subjektive Relevanz dieses Stress-trächtigen Bildes für große Teile der Bevölkerung aufzeigen ließe, gibt es viele. Körperliche Schwerstarbeit müssen nur noch wenige leisten. Dafür wird die Erwerbsarbeit insgesamt zunehmend von quantitativen, qualitativen und vor allem psychosozialen Belastungen, sprich Stress, Zeitdruck, Multitasking, Entscheidungsdruck dominiert.

In diesem biopsychosozialen Kontext (Hillert et al. 2009) besonders prägnant ist der deutliche Anstieg von durch psychische und psychosomatische Störungen begründeten AU-Tagen (zwischen 1997–2004 waren es über 70%). Bei insgesamt rückläufigen bzw. stagnierenden Krankheitstagen stiegen seit 2000 die durch Angststörungen (um 27%) und Depressionen (um 42%) begründeten Ausfalltage deutlich. Da sich die Menschheit in wenigen Jahren nicht relevant genetisch verändert haben kann, sind diese Zahlen letztlich nur im Kontext der skizzierten Entwicklungen interpretierbar ... (vgl. Linden u. Weidner 2005; DAK-Gesundheitsreport 2009; Bundespsychotherapeutenkammer 2010).

### 2.3 Frauen haben es schwerer ...

Die vorliegende Literatur zum Thema „Arbeit und Geschlecht“ ist in ihren Implikationen eindeutig: Die Benachteiligung von Frauen, praktisch in allen Erwerbsarbeit betreffenden Aspekten, scheint offenkundig (z.B. Habermann-Horstmeier 2007). Im Gegensatz zu traditionell als berufstätig verorteten Männern kommen Frauen, soweit sie sich nicht mit einem Leben als Hausfrau und Mutter bescheiden, um den Doppel- bzw. Mehrfachbelastung bedeutenden Spagat zwischen Familie, Haushalt und Beruf nicht herum. Der damit verbundene Druck wurde, neben einer bei Frauen generell erhöhten Sensibilität und Bereitschaft, unangenehme Aspekte zu reflektieren, als eine mitentscheidende Ursache für die deutlich häufiger von Frauen erlebten somatischen/psychosomatischen und psychischen Beschwerden interpretiert.