

Matthias Stiehler

Das Kreuz mit der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung

(erschieden in: Österreichisches Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (Hrsg.): Psychosoziale und ethische Aspekte der Männergesundheit. Wien: Eigenverlag 2004, 15 – 22)

Einleitung

Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE) ist in Deutschland ein Instrument der Beschreibung und Analyse gesundheitsbezogener Daten und umfasst alle Bereiche des Gesundheitswesens (Robert Koch-Institut 2003b, 3). Sie baut auf dem Gesundheitsbericht von 1998 auf und führt diesen kontinuierlich fort. Um die ursprüngliche Buchform zu flexibilisieren, findet die Fortschreibung in Themenheften, in Schwerpunktberichten und im Informationssystem, das über das Internet erreichbar ist (www.gbe-bund.de), statt. Erklärtes Ziel ist es, durch breit gefächerte und umfassende Darstellung politische Entscheidungen fachlich vorzubereiten und zugleich eine Erfolgskontrolle durchgeführter Maßnahmen zu bieten.

Die Verstetigung und Institutionalisierung der Gesundheitsberichterstattung, die fachlich durch das Robert Koch-Institut geleitet und durch das Statistische Bundesamt unterstützt wird, unterstreicht den hohen Stellenwert dieser Einrichtung. Hier geht es nicht um Daten, die mehr versteckt als veröffentlicht, mehr Fachspezialisten als der breiten Öffentlichkeit zugänglich sein sollen. Mit der Gesundheitsberichterstattung soll die Gesellschaft im demokratischen Sinn informiert werden und sollen wesentliche Erkenntnisse und Entwicklungen eines zentralen gesellschaftlichen Themas für wissenschaftliche und politische Fachkreise, aber auch für die Bevölkerung zur Verfügung gestellt werden. Diese drei Ebenen: Politik, Wissenschaft und öffentliche Meinungsbildung, sind miteinander verschränkt, doch sie sind durch die Gesundheitsberichterstattung des Bundes explizit und gleichermaßen angesprochen.

Dieser Anspruch hat Konsequenzen in zweierlei Richtung. Einerseits wird durch die erfassten und veröffentlichten Daten der gesellschaftliche Gesundheitsdiskurs beeinflusst. Es können Themen in die Gesellschaft getragen werden, die es sonst schwer gehabt hätten. Die grundsätzliche Aufmerksamkeit, die Gesundheitsthemen auch medial genießen, treffen auf valide Daten und können so besser skandalisiert werden. Der Einfluss der Gesundheitsberichterstattung ist damit vermutlich größer als allgemein angenommen. Andererseits trifft sie selbst auf einen gesellschaftlichen Mainstream und wird ihrerseits von diesem beeinflusst. Die Wechselwirkung von Gesundheitsberichterstattung und gesellschaftlichen Gesundheitsdiskursen beinhaltet damit ein großes Potential – sowohl in der Aufdeckung von gesundheitlichen Defiziten als auch in deren Leugnung.

Diese Feststellung trifft in besonderer Weise auf das Geschlechterverhältnis zu. Dieses Thema trifft ein weiterer gesellschaftlicher Diskurs auf die Gesundheitsproblematik. Beide zentralen Gesellschaftsthemen ergänzen und durchdringen sich. Die Gesundheitsberichterstattung wird hiervon nicht nur beeinflusst, sondern nimmt dabei eine wichtige Position ein.

Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung

Mit Entstehen der modernen Frauenbewegung in den siebziger Jahren wurde auch die Frauengesundheitsdiskussion eröffnet. Ausgangspunkt war, dass sich Frauen in der Medizin nicht ausreichend berücksichtigt fanden. Zum einen wurde die medizinische Forschung männlich dominiert. Zum anderen war „der Patient“ als Objekt der Forschung an männlichen Gegebenheiten ausgerichtet. So wurden schon immer Zusammensetzung und Dosierung von Medikamenten an den Wirkungen im Durchschnittsmann festgelegt. Spezifische anatomische und psychische Besonderheiten von Frauen fanden kaum Berücksichtigung (Maschewsky-Schneider et al. 1998, 358).

Um eine spezifisch weibliche Sicht auf Gesundheit ging es erstmals in den 1970er Jahren in den USA erschienenen beiden Bänden „Our Bodies, Ourselves“ (deutsch: „Unser Körper, unser Leben“ 1980 – The Boston Women's Health Book Collective 1980). In der Folge bildete sich eine Frauengesundheitsbewegung, die sowohl über wissenschaftliche Forschung als auch als Selbsthilfebewegung wirkte. Entsprechend entwickelte sich ein gesellschaftlicher Diskurs, der nicht nur Defizite in der medizinischen Sichtweise auf Frauen ausglich, sondern darüber hinaus eine Kraft entwickelte, die beispielhaft Themen aufgriff und umsetzte. Hierzu zählen die Selbsthilfebewegung, aber auch die Skandalisierung von Ungerechtigkeiten und die Parteilichkeit gegenüber Benachteiligten. Diese Themen sind nicht auf den Gesundheitsbereich begrenzt, spiegeln sich hier aber deutlich wieder. Der existentielle Gehalt, der der Gesundheitsproblematik eigen ist – immerhin geht es um das Leben – spitzt Diskussionen zu, zumal Zahlen aus dem Gesundheitsbereich von besonderer Validität sind.

Die Frauengesundheitsbewegung bzw. die Frauengesundheitsforschung übte über die öffentliche und politische Meinungsbildung auch einen wichtigen Einfluss auf die Gesundheitsberichterstattung aus. Maßgeblich angestoßen durch engagierte Gruppen innerhalb der Weltgesundheitsorganisation (WHO) rief Anfang der neunziger Jahre das WHO Regionalbüro für Europa die Initiative „Investing in Women's Health“ ins Leben. Neben der Identifizierung vordringlicher Problemlagen bei der Gesundheit von Frauen, sollten die Mitgliedsstaaten mittelfristig Frauengesundheitsberichte erstellen (Lange, Lampert 2003, 20). Erste Ergebnisse wurden 1995 in dem WHO-Bericht „Highlights on Women's Health in Europe“ (WHO 1995) vorgestellt. In Deutschland wurde 1996 die Erarbeitung eines „Berichtes zur gesundheitslichen Situation von Frauen in Deutschland“ durch die Bundesregierung in Auftrag gegeben. Dem waren sowohl wissenschaftliche Studien (bspw. Helfferich et al. 1995) als auch politische Initiativen (bspw. die Große Anfrage der SPD im Deutschen Bundestag 1996, Antwort der Bundesregierung 1997) vorausgegangen. 2001 wurde dieser umfangreiche Bericht von über siebenhundert Seiten publiziert (BMFSFJ 2001).

„Mit dem vorliegenden Bericht wird für die Bundesrepublik Deutschland ein wichtiger Schritt zur Entwicklung einer Berichterstattung zur Gesundheit von Frauen in Deutschland getan.“ (a.a.O., 7) Doch diese wird nicht als Selbstzweck gesehen. Vielmehr geht es darum, bestimmte frauenspezifische Themen in die öffentliche Diskussion zu bringen (a.a.O., 9) und sogar eine Modifizierung des herkömmlichen Gesundheitsbegriffs hin zu einem „lebensweltbezogenen Verständnis von Gesundheit und Krankheit“ (a.a.O., 8) umzusetzen. Wesentliches Ziel war also eine gesellschaftliche Wirksamkeit. Und die hat der vorliegende Frauengesundheitsbericht zweifelsohne erreicht.

Beispielhaft ist der vorliegende Frauengesundheitsbericht nicht durch die darin enthaltenen statistischen Erhebungen. Diese sind nicht nur mehrere Jahre alt und bedürften einer ständigen Aktualisierung. Beispielhaft und öffentlichkeitswirksam ist der Frauengesundheitsbericht durch die Lebensweltorientierung und die Aufdeckung von Hintergründen. Spezifische gesellschaftliche Problemlagen von Frauen wurden identifiziert und ihre Wirkung auf die Gesundheit beleuchtet. Damit geht die Veröffentlichung über einen einfachen Gesundheitsbericht hinaus und wird zu einem Bericht über die gesellschaftlichen

Ursachen von Gesundheit und Krankheit.

Wenn hier etwas zu kritisieren ist, dann ist es die Tatsache, dass es in Deutschland bisher keinen vergleichbaren Männergesundheitsbericht gibt. Darin zeigt sich ein Defizit, das offenbart, wie sehr die Gesundheitsberichterstattung vom gesellschaftlichen Mainstream durchdrungen ist. Dieser gegenwärtige Mainstream geht von zwei Behauptungen aus: Erstens sind Männer die Akteure im Gesundheitswesen und in der medizinischen Forschung. Sie richten dabei ihr Patientenbild am Durchschnittsman aus. Männer sind daher schon per se ausreichend berücksichtigt. Und zweitens sind die gesundheitlichen Probleme von Männern vor allem auf deren schlechtes Gesundheitsverhalten zurückzuführen. Sie sind daher nicht wie Frauen als Opfer gesellschaftlicher Verhältnisse zu identifizieren, es sei denn als Opfer der Verhältnisse, die sie selbst zu verantworten haben.

Wie sehr es sich hier um die herrschende politische und öffentliche Meinung handelt, zeigt nicht nur die selbstverständliche Ablehnung eines Männergesundheitsberichtes auf Bundes- und Länderebene. Es zeigt sich auch in verschiedentlich auftretenden Stimmungen auf Tagungen und anderen öffentlichen Veranstaltungen, bei denen die Probleme von Männern im Gesundheitsbereich thematisiert werden. Die von dieser Thematik überraschten Männern reagierten häufig mit „Abducken“, Frauen oft mit Hohn („Ach, die Ärmsten.“).

Offizielle Begründung der Ablehnung eines bundesdeutschen Männergesundheitsberichtes ist die Aussage, dass die Aufgabe des Gender Mainstreaming bereits durch die geschlechterdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung umgesetzt ist. Der Frauengesundheitsbericht wird in diesem Zusammenhang auch nicht als ein Voranschreiten der Frauengesundheitsforschung angesehen, sondern als Aufarbeitung eines bestehenden Defizits. „Der Frauengesundheitsbericht war damals als Impuls dafür gedacht, bei der Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene nicht nur, wie befürchtet wurde, die Männergesundheit abzubilden, sondern den besonderen Aspekten der Frauengesundheit mehr Aufmerksamkeit zu schenken.“ (aus dem Brief des Bundesgesundheitsministeriums für Gesundheit an den Initiativkreis für einen bundesdeutschen Männergesundheitsbericht vom 4. Juli 2002)

In einem anderen Brief des Bundesministeriums für Gesundheit an den Initiativkreis für einen bundesdeutschen Männergesundheitsbericht wurde auf die bereits umgesetzte Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung hingewiesen: „Bei der Bearbeitung der Themen verfolgt die GBE grundsätzlich den Gender Mainstreaming-Ansatz und wird darauf in Zukunft verstärkt achten. Einzelne Themen, die einen besonderen Bezug zur gesundheitlichen Situation von Frauen und/oder Männern haben, werden in gesonderten Themenheften aufbereitet, wie z.B. im geplanten Heft 'Gesundheit von Alleinerziehenden'.“ (vom 31. Mai 2002 – der Schriftwechsel mit der Bundesregierung, den Landesregierungen und Parteien ist unter www.maennergesundheits.de/Archiv.htm zu finden)

Diese Haltung der Bundesregierung ist dann nachvollziehbar, wenn der Grundeinschätzung zugestimmt werden kann, dass die Sichtweise auf Gesundheit männerlastig war und lediglich bei den Frauen grundlegende Defizite bestanden, die nun weitestgehend aufgeholt wurden. Jetzt könnte bei beiderseitigem Gleichstand weiteren Entwicklungen nachgegangen werden. Dass dem nicht so ist, zeigt gerade das im Brief angesprochene und mittlerweile erschienene Themenheft „Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter“ (Robert Koch-Institut 2003a).

Defizite bei der geschlechterdifferenzierten Berichterstattung

Diese Abhandlung befasst sich bis auf wenige Ausnahmen ausschließlich mit alleinerziehenden Müttern. Begründet wird dies mit den zu geringen Fallzahlen, auf die sich die wenigen vorliegenden Untersuchungen zu alleinerziehenden Vätern stützen. „Den Unterschieden zwischen alleinerziehenden Vätern und Müttern differenziert nachzugehen, scheitert an den kleinen Fallzahlen alleinerziehender Väter auch in großen Erhebungen. Um die Gruppe, deren gesundheitliche Belastungen und Ressourcen betrachtet werden, homogener zu fassen, konzentriert sich der Bericht auf alleinerziehende Mütter.“ (a.a.O., 6) Die daran anschließende Untersuchung spezifischer Problemlagen Alleinerziehender ist eine Betrachtung frauenspezifischer Probleme. Dabei kann und soll nicht bestritten werden, dass diese Darstellung wichtig ist, jedoch wird die Homogenität der Betrachtung damit erkauft, dass eine wichtige Gruppe ausgeblendet wird. Eine Vorgehensweise, gegen die die Frauengesundheitsforschung – unter anderen Vorzeichen – entschieden angetreten war.

Spezifische Problemlagen alleinerziehender Mütter sind die hohe Arbeitslosigkeit, die hohe Teilzeitarbeitsquote und die entsprechend geringe finanzielle Absicherung (a.a.O., 18f.). Aus dieser belastenden Lebenslage ergeben sich gesundheitliche Probleme, etwa eine erhöhte psychische Belastung (a.a.O., 13) oder eine erhöhte Raucherinnenquote – immer gemessen an der Vergleichsgruppe der verheirateten Mütter (a.a.O., 16).

Alleinerziehende Väter haben diese Probleme nicht in gleicher Weise. Sowohl die Erwerbs- und Vollbeschäftigtenquote ist höher als auch die finanzielle Absicherung besser. Lässt sich daraus schlussfolgern, dass alleinerziehende Väter keine gesundheitlichen Probleme hätten, die sich aus ihrer spezifischen Lebenslage als Alleinerziehende ergeben? Darauf könnte hindeuten, dass sich alleinerziehende Väter noch weniger Sorgen um ihre Gesundheit machen als verheiratete (a.a.O., 20). Nun ist aber gerade diese Aussage für einen Gesundheitswissenschaftler als ein Alarmsignal zu verstehen. Denn obwohl die Mortalitäts- und Morbiditätsraten von Männern deutlich über der von Frauen liegen, machen sie sich insgesamt weniger Gedanken um ihre Gesundheit (Klotz 1998, 93). Der Vergleich zwischen alleinerziehenden und verheirateten Vätern spitzt dieses Paradox noch zu. Denn obgleich die Ehe als signifikanter protektiver Faktor bei Männern erwiesen ist (Lang, Arnold, Kupfer 1994), leben alleinerziehende noch sorgloser bezüglich ihrer gesundheitlichen Verfassung.

Diese Ausführungen machen deutlich, dass eine Berichterstattung, die die gesundheitliche Lage alleinerziehender Mütter und Väter zum Thema macht, im Rahmen der Geschlechterdifferenzierung die spezifischen Probleme auch der Väter darstellen müsste. Es ist jedoch davon auszugehen, dass diese Problemlagen noch gar nicht richtig identifiziert wurden bzw. dass der wissenschaftliche und politische Mainstream diese Problemlagen nicht zur Kenntnis nehmen möchte. So gibt es mittlerweile aufschlussreiche Untersuchungen, die vom genannten Themenheft der Gesundheitsberichterstattung im Literaturverzeichnis sogar aufgeführt wurden (bspw. Stiehler, S. 2000). Jedoch fanden die dortigen Ergebnisse im Themenheft keine Beachtung.

Zentrales Thema für die Gesundheit alleinerziehender Väter ist die Übernahme der alleinerziehenden Vaterschaft als Bewältigung des kritischen Lebensereignisses Trennung/Scheidung. Die Untersuchung von S. Stiehler zeigt nun aber, dass damit traditionelle männliche Lebensbewältigungsmuster, wie Außenorientierung und Verdrängung von unangenehmen Gefühlen, fortgesetzt werden (a.a.O., 132ff.). Diese Muster sind gesundheitswissenschaftlich längst als gesundheitsschädigend identifiziert (Stiehler 2001a). Wenn wir zugleich davon ausgehen, dass es sich dabei eben nicht um individuelle Variablen, sondern um gesellschaftlich bedingte Muster handelt (vgl. Böhnisch, Winter 1993), dann offenbaren sich eindeutige Defizite in der geschlechterdifferenzierten Gesundheitsberichterstattung, wenn dies nicht thematisiert wird. Die Schiefelage in der Sichtweise auf Gesundheit problematisierte Gerhardt bereits 1991: „Obwohl für Männer

durchweg eine geringere Lebenserwartung und höhere Mortalität für zahlreiche Diagnosen nachgewiesen ist, wird in der Literatur keine Benachteiligung der Männer konstatiert, und keine Besserstellung der Frauen. Im Gegenteil argumentieren Analysen über frauenspezifische krankheitsfördernde Belastungen, dass Gesundheitsrisiken nachhaltig als Aspekt der Ungleichheit – und zwar zu Ungunsten der Frauen – zu erkennen seien.“ (Gerhardt 1991, 205) Doch wirklich aufgenommen wurden solche kritischen Anfragen nicht. Der Aufforderung von Gerhardt, das Gesundheitsthema umfassender zu betrachten und festgefahrene Denkschemen zu überwinden, wurde zumindest am Thema der Geschlechterdifferenzierung und zumindest bis heute nicht entsprochen.

So berechtigt also die Sorge war, dass in einer Gesundheitsberichterstattung spezifische Problemlagen von Frauen nicht beachtet werden, so gilt doch das gleiche für die Spezifik der Männer. So sehr die männliche Dominanz in der Medizin festzustellen war und ist, so wenig waren und sind die Patienten *als Männer* im Blick. Die Frage, die sich demnach stellt, ist die nach der spezifisch männlichen Not, die sich in den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken äußert (Stiehler 2001b).

Gesundheitsberichterstattung und Männergesundheit

Wie sehr die Medizin von herkömmlich männlicher Sichtweise durchdrungen ist, aber wie sehr sich diese Sichtweise dann gegen die Männer selbst richtet, zeigt das Feld der Krankheitsprävention. Statistiken weisen aus, dass die Gesundheitsprobleme von Männern oft auf problematisches Gesundheitsverhalten zurückzuführen sind. So zeigt beispielsweise das „Stadt-Gesundheitsprofil 2000“, das für Dresden vorgelegt wurde (Landeshauptstadt Dresden 2000), einige deutliche Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Die Mortalitätsrate von Männern unter 65 Jahren ist gegenüber der gleichen Gruppe Frauen doppelt so hoch. Bei den Herz-Kreislauf-Krankheiten liegt die Mortalitätsrate der unter 65-jährigen von Frauen um ca. 60% niedriger, auch die Herzinfarktquote der 35- bis 64-jährigen ist bei den Männern Dresden gegenüber den Frauen mehr als dreimal so hoch. Ebenfalls bei dem Dreifachen liegt die Mortalitätsrate von Männern bei alkoholbedingten Krankheiten. Außerdem rauchen doppelt so viele Männer wie Frauen und es ist eine fünfmal höhere Suizidrate der unter 65-jährigen Männer gegenüber Frauen festzustellen.

Bereits diese unvollständige Liste zeigt, dass die Unterschiede zu Ungunsten der Männer dort besonders relevant sind, wo die Risiken aus Verhaltensweisen resultieren. Zu nennen sind hier Nikotin- und Alkoholabusus, permanenter Leistungsanspruch, risikovolles Verhalten im Verkehr u.a.m. Die Offensichtlichkeit des Verhaltensaspektes verführt die Präventionsbemühungen auch heute noch – siebzehn Jahre nach Verabschiedung der Ottawa-Charta der WHO – zu aufklärungsgestützten Appellen an das Verhalten der Individuen. Auch wenn es sich individuell differenziert darstellt, wenden sich diese herkömmlichen Präventionsstrategien unter dem Blickwinkel der öffentlichen Gesundheitsfürsorge vor allem an Männer als besondere Risikoträger.

Es scheint kein Zufall zu sein, dass diese Herangehensweise den herkömmlich männlichen Leistungsanspruch vermittelt, ohne nach den Bedingungen zu fragen, unter denen diese gesundheitsrelevanten Veränderungsleistungen überhaupt erbracht werden können. Wie im beruflichen Feld können auch Appelle, das schädigende Verhalten zu ändern, zu einem permanenten Leistungsdruck führen. Und ebenso wie ein Herzinfarkt das Scheitern der internalisierten Ansprüche im zumeist beruflichen Feld bedeutet, müssen Männer (und selbstverständlich auch Frauen) immer wieder erleben, dass sie dem Leistungsdruck des gesundheitsgerechten Verhaltens nicht gewachsen sind.

Darüber hinaus sind die gesundheitlichen Erfolge z.B. von Nichtraucherkampagnen fraglich. Zwar kann zunächst angenommen werden, dass sich die Gesundheitsrisiken eines Mannes, der nicht mehr raucht, verringern. Doch gehen wir davon aus, dass der „Geist“, der in einer Gesellschaft herrscht, gesundheitsfördernd oder gesundheitsriskant ist, dann sind bevölkerungspolitisch die oberflächlich auf Verhalten abzielenden Präventionsbemühungen eher gesundheitsschädlich, weil sie den alltäglichen Leistungsdruck eher untermauern. Darüber hinaus muss selbst für das Individuum angenommen werden, dass einfaches Abstellen eines Symptoms letztlich nur eine Verlagerung gesundheitlicher Risiken bringt. Somit ist gerade unter dem Blickwinkel der Männergesundheit eine veränderte Präventionspraxis notwendig (vgl. Stiehler 2001a).

Das Beispiel der verbreiteten Präventionspraxis zeigt, dass es für die Gesundheitsproblematik der Männer wichtig ist, herkömmliche Sichtweisen zu überwinden und unter die Oberfläche der herkömmlichen Sichtweise auf die Geschlechter zu gelangen. Hier ist eine wichtige Aufgabe für die Gesundheitsberichterstattung zu sehen. Denn sie ist in der Lage, Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung einer breiten Öffentlichkeit zuzuführen. Wenn also in Medizin und Sozialwissenschaften die Erkenntnisse zur Männergesundheit zunehmen, dann wären spezifische Männergesundheitsberichte prädestiniert, diese Erkenntnisse zusammenzufassen und den gesellschaftlichen Gesundheitsdiskurs im Sinne einer fundierten und ausgewogenen Geschlechterdifferenzierung zu beeinflussen. Dies ist um so notwendiger, da das Thema Männergesundheit gegenwärtig in besonderer Weise von Pharmafirmen besetzt wird (z.B.: www.der-gesunde-mann.de).

Leider gelingt es auch dem Wiener Männergesundheitsbericht von 1999 (Schmeiser-Rieder, Kunze 1999) nicht, die spezifischen Ursachen der männlichen Gesundheitsprobleme zu thematisieren. Dieser Bericht ist der bisher einzige deutschsprachige Männergesundheitsbericht und verdient schon deshalb eine positive Würdigung. In den Themen vermag er jedoch nicht, tiefere Zusammenhänge zwischen gesundheitlichen Problemen von Männern und deren gesellschaftlicher Lage (Rollenzuweisungen, Sozialisation) darzustellen. Die Identifizierung sozioökonomischer Faktoren als Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (a.a.O., 61) ist zwar wichtig, sie führt jedoch nicht zu einem Erkenntniszuwachs im Geschlechtervergleich. Es handelt sich hier vielmehr um einen weiteren Themenkomplex, der die Geschlechtsspezifität überlagert (Stiehler 2003, 122f.).

Zusammenfassend lässt sich resümieren: Der Ansatz der Geschlechterdifferenzierung in der Gesundheitsberichterstattung ist wichtig und notwendig. Daher ist die Entscheidung der Bundesregierung zu begrüßen, diesen Ansatz durch eine geschlechtersensible Aufbereitung der Daten umzusetzen. Das gegenwärtige Problem besteht jedoch in der Meinung maßgeblicher politischer Entscheidungsträger, die spezifischen Problemlagen von Männern seien identifiziert und bräuchten nur noch im Konkreten umgesetzt zu werden. Statt dessen ist davon auszugehen, dass hier grundlegende Erkenntnisdefizite bestehen. Die derzeitige Sichtweise auf die Probleme der Männergesundheit reicht nicht aus, um eine umfassende und ausgewogene geschlechterdifferenzierte Berichterstattung umzusetzen.

Es scheint so, als spiegele sich die gesundheitswissenschaftliche Feststellung, Männer kümmern sich zu wenig um ihre Gesundheit, in der bundesdeutschen Gesundheitsberichterstattung wider. Auch hier werden die diesbezüglichen Realitäten zu wenig wahrgenommen. Für diese Analogie spricht, dass die Initiative für einen bundesdeutschen Männergesundheitsbericht kaum Unterstützung bei männlichen Politikern gefunden hat. Allerdings war die Ablehnung bei ihren weiblichen Kolleginnen – bis auf wenige Ausnahmen – ebenso eindeutig. Hier besteht die Gefahr einer Konkurrenz zwischen den Geschlechtern. Dieser sollte entschieden und gemeinsam begegnet werden. Ein Männergesundheitsbericht ist daher auf keinen Fall so zu verstehen, dass Männer damit ihr

Feld abgrenzen und einen Geschlechterkampf um die knappen Ressourcen beginnen. Eine geschlechterdifferenzierte Gesundheitsberichterstattung muss gerade auch den partnerschaftlichen Aspekt hervorheben, das gemeinsame Eintreten für gesundheitsfördernde Lebenslagen. Die dafür notwendige Ausgewogenheit ist jedoch derzeit noch nicht hergestellt.

Dr. Matthias Stiehler

*Dresdener Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e.V.
Augsburger Straße 62
D-01309 Dresden
matthias.stiehler@dieg.org*

Literatur:

Böhnisch, L., Winter, R. (1993): Männliche Sozialisation. Bewältigungsprobleme männlicher Geschlechtsidentität im Lebenslauf. Weinheim: Juventa

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2001): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Stuttgart: Kohlhammer

Deutscher Bundestag (1997): Antwort der Bundesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der SPD „Frauenspezifische Gesundheitsversorgung“, Drucksache 13/6893 vom 04.02.1997

Gerhardt, U. (1991): Soziologische Erklärungen gesundheitlicher Ungleichheit. Probleme der theoretischen Rekonstruktion empirischer Befunde. In: Gesellschaft und Gesundheit. Begründung der Medizinsoziologie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Helfferich, C., Schehr, K., Müller, G. (1995): Länderbericht für die WHO – Regional Office for Europe – Bundesrepublik Deutschland (Abschlussbericht). Freiburg

Klotz, T. (1998): Der frühe Tod des starken Geschlechts. Unterschiede im Gesundheit- und Krankheitszustand von Männern und Frauen. Göttingen: Cuvilier

Landeshauptstadt Dresden (Hrsg.) (2000): WHO-Projekt „Gesunde Städte“. Stadt-Gesundheitsprofil 2000. Dresden: Eigenverlag

Lang, E., Arnold, K., Kupfer, P. (1994): Frauen werden älter, Zeitschrift für Gerontologie, Jg. 27, 10 – 15

Lange, Lampert 2003 Blickpunkt der Mann

Maschewsky-Schneider, U., Babitsch, B., Ducki, A. (1998): Geschlecht und Gesundheit. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa

Robert Koch-Institut (Hrsg.)(2003a): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14. Berlin: Robert Koch-Institut

Robert Koch-Institut (Hrsg.)(2003b): Übergewicht und Adipositas. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 16. Berlin: Robert Koch-Institut

Schmeiser-Rieder, A., Kunze, M. (1999): Wiener Männergesundheitsbericht 1999. Wien: Magistratsabteilung für Angelegenheiten der Landessanitätsdirektion, Dezernat II, Gesundheitsplanung

Stiehler, M. (2001a): Gekränkte Männer. Grundlegendes zu Männerkrankheiten und Gesundheitsförderung. In: Koordinierungsstelle Gender Studies (Hrsg.): Gender in Wissenschaft und Alltag. Dresden: Christoph Hille

Stiehler, M. (2001b): Geschlechtsspezifische Gesundheitsziele: Die Not der Männer. ProSozial. Schriftenreihe für Hochschule und soziale Praxis, 2/2001, 45 – 48

Stiehler, M. (2003): Männliche Wertvorstellungen: Auswirkungen auf die schicht- und geschlechtsspezifische Gesundheitsproblematik. In: Sozialalmanach 2003. Gesundheit – eine soziale Frage. Luzern: Caritas-Verlag 2003, 119 – 135

Stiehler, S. (2000): Alleinerziehende Väter. Sozialisation und Lebensführung. Weinheim: Juventa

The Boston Women's Health Book Collective (1980): Unser Körper, unser Leben. Ein Handbuch von Frauen für Frauen. Reinbek: Rowohlt