

**Geschlechtsspezifische
Gesundheitspolitik -
sinnvoll oder
überflüssig?**

Stiehler M

Blickpunkt der Mann 2007; 5 (2)

4-5

Homepage:

www.kup.at/dermann

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

**Krause & Pachernegg GmbH
Verlag für Medizin und Wirtschaft
A-3003 Gablitz**

Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf
Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik – sinnvoll oder überflüssig?

M. Stiehler

Geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik ist für Männer nicht nur gut, da sie hier derzeit eindeutig benachteiligt sind. Die Ursachen sind in Ideologien über das Geschlechterverhältnis zu finden, die in Politik und gesellschaftlichem Mainstream verbreitet sind. Ziel einer geschlechterdifferenzierten Gesundheitspolitik sollten Gleichberechtigung und Partnerschaft sein.

*Gender-specific politics of health are not just good for men because, at present, they clearly discriminate men. Reasons can be found in ideologies of the relation of gender spreading in politics and social mainstream. The goal of gender-specific politics of health should be equality and partnership. **Blickpunkt DER MANN 2007; 5 (2): 4–5.***

Vier Thesen sollen das schwierige Verhältnis der Gesundheitspolitik zu einer geschlechterdifferenzierten Sicht verdeutlichen:

These 1: Geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik ist in Deutschland etabliert. Sie führt zu einer Benachteiligung von Männern.

Um nur ein Beispiel zu nennen, das typisch für den Umgang der Gesundheitspolitik mit der Geschlechtsspezifität ist: Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als eine dem Bundesgesundheitsministerium nachgeordnete Institution mit einem vergleichsweise großen Budget für Öffentlichkeitsarbeit und einem ebenso großen Anspruch auf innovative Prävention und Gesundheitsförderung gestaltet einen spezifischen Internetauftritt für Frauengesundheit. Eine vergleichbare Website für Männergesundheit fehlt. Als Begründung nannte die Leiterin dieser Behörde, Frau Dr. Elisabeth Pott, mangelnde finanzielle Ressourcen, die Schwerpunktsetzungen erfordern. Eine Antwort, die häufig zu hören ist. Damit wird jedoch nicht begründet, warum die begrenzten Ressourcen Männerprojekte so kontinuierlich nicht fördern.

Dieses und viele andere Beispiele zeigen, daß es in Deutschland zwar eine geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik gibt, diese aber fast ausschließlich auf Frauengesundheit fokussiert. Der entscheidende Hintergrund der offensichtlichen Benachteiligung von Männern durch die Gesundheitspolitik ist in der Grundüberzeugung vieler Politiker, Beamter oder auch Wissenschaftler zu finden, daß Männer die Macher in der Gesellschaft sind, diejenigen, die ohnehin die Macht haben und somit letztlich selbst schuld an ihrem Elend sind. Männer seien an sich schon durch die gesellschaftlichen Strukturen bevorteilt, sodaß sie keine spezifische Beachtung verdienen – außer als Verursacher gesellschaftlicher Problemlagen.

Dabei werden die allgemeinen Gesundheitsdaten durch die Politik nicht wirklich zur Kenntnis genom-

men. Das soziologische Axiom, nach dem die gesundheitliche Situation einer gesellschaftlichen Gruppe deren sozialer Stellung entspricht, wird schlichtweg negiert. Nähme man es ernst, müßte angesichts der allen zugänglichen Daten des Statistischen Bundesamtes [1], die eine Schlechterstellung von Männern bei zahlreichen Krankheiten dokumentieren, sofort eine Benachteiligungsdebatte beginnen, in deren Zentrum Männer stehen.

These 2: Bezogen auf Männer gibt es keine geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik, gleichwohl sie wichtig wäre.

Erst in den letzten Jahren wurden, wenn auch nach wie vor zögerlich, einige mänderspezifische Defizite in Diagnostik und Therapie aufgedeckt. Das führt jedoch nicht dazu, daß sich in der Politik eine Lobby für deren Beseitigung entwickelt. Der vom Bundesgesundheitsministerium zu verantwortende Gesundheitsbericht für Deutschland von 2006, um ein weiteres Beispiel zu nennen, geht jedenfalls dem offensichtlichen Widerspruch von Depressions- und Suizidstatistiken nicht nach. Während bei den Depressionen das Verhältnis von Frauen und Männern etwa 2:1 beträgt, ist es bei Suiziden umgekehrt. Hier beträgt das Verhältnis 3:1 zuungunsten der Männer [2].

Dieser Bericht zeigt somit die derzeitige Koalition von Wissenschaftlern und Politikern auf: Überkommene und ideologisch geformte Meinungen werden vorzugsweise dadurch verfestigt, daß unangenehme Wahrheiten ausgeblendet werden. Das erstaunlichste Beispiel hierzu liefert ein australisches Wissenschaftlerteam um den bekannten Männerforscher Robert Connell. In einem Aufsatz zur Männergesundheit [3] wird ein hohes Maß intellektueller Spitzfindigkeit aufgeboten, um darzulegen, daß es überhaupt keine Notwendigkeit gibt, mänderspezifische Gesundheitsforschung zu betreiben. Auch hier findet sich wieder das bekannte Begründungsmuster von der nicht vorhandenen gesellschaftlichen Benachteiligung von Männern. Daher könne es auch keine wirklichen Männergesundheitsprobleme geben. Wenn so etwas schon eigentlich ernstzunehmende Forscher behaupten, verwundert es nicht, daß die ohnehin ideologiebelastenere Politik keinen Anlaß sieht, eine geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik für Männer zu gestalten.

Aus dem Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e. V.

Korrespondenzadresse: Dr. phil. Matthias Stiehler, Dresdner Institut für Erwachsenenbildung und Gesundheitswissenschaft e. V., D-01309 Dresden, Augustenburger Straße 62, E-Mail: matthias.stiehler@dieg.org

Trotzdem – oder gerade deswegen – scheint es in jedem Fall notwendig, spezifische Problemlagen von Männern zu erkennen und deren Beseitigung anzugehen.

These 3: Eine geschlechtsdifferenzierte Gesundheitspolitik ist für Frauen wie Männer gleichermaßen sinnvoll, um spezifische Problemlagen erkennen und darauf reagieren zu können.

Zu den wesentlichen Themen einer geschlechterdifferenzierten Medizin und Gesundheitswissenschaft gehören nicht nur die biologischen Unterschiede der primären und sekundären Geschlechtsmerkmale: Eine Frau kann mangels Prostata keinen Prostatakrebs bekommen. Ebenso wichtig sind auch die Erkrankungen, die grundsätzlich beide Geschlechter erfassen können, sich aber in Häufigkeit und Symptomatik zwischen Frauen und Männern deutlich unterscheiden. Die Frauengesundheitsforschung weist hier vor allem auf die differenzierte Symptomatik bei Herzinfarkt hin, die dazu führt, daß dieser bei Frauen oft zu spät erkannt wird [4]. Die auf der anderen Seite am häufigsten genannte Krankheit ist die Depression, die offensichtlich bei Männern viel zu selten und viel zu spät diagnostiziert wird [5]. Sicher sind hier noch mehr Krankheiten oder auch Symptome aufzuzählen.

Auffällig ist, daß bestimmte Krankheiten nicht wahrgenommen werden, weil sie den gesellschaftlichen Vorstellungen vom jeweiligen Geschlecht nicht entsprechen. Wenn Männer als stark und damit ihre Gefühle grundsätzlich beherrschend angesehen werden, werden die eher verdeckten Symptome seelischer Erkrankungen öfter nicht als solche wahrgenommen – weder vom Arzt noch vom Mann selbst. Ein Mann ist erst dann krank, wenn er etwas Handfestes vorzuweisen hat, so die Vorstellung. Es ist daher davon auszugehen, daß Männer – in Parallelität zu der oftmals anzutreffenden „Psychologisierung“ von Frauenerkrankungen [4] – somatisiert werden. Die Männerseele ist zu wenig im Blick.

These 4: Eine geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik soll bei aller Verschiedenheit von Frauen und Männern ein partnerschaftliches Miteinander fördern.

Diese These stellt eine Relativierung einer geschlechtsspezifischen Gesundheitspolitik dar. Relativierung insofern, als daß bei aller Würdigung der Unterschiede zwischen Frauen und Männern die Notwendigkeit des Miteinanders oft zu kurz kommt. Sowohl in der Politik als auch in der Geschlechterdiskussion überhaupt gibt es mehr Gegen- als Miteinander, mehr Kampf als Versöhnung. Die oftmals betonte Gegensätzlichkeit von Frauen und Männern – sei es in sozialwissenschaftlicher oder soziobiologischer Forschung, in Politikerreden oder auch in Kabarettvorstellungen – führt letztlich in eine Perpetuierung des Gegeneinanders. Gerade die Benachteiligungsdebatte des Feminismus hält, da

sie von einem fast ontologisch verfestigten Schema ausgeht, die Benachteiligungsstrukturen auf beiden Seiten eher fest. In der Psychotherapie und gerade auch in Paartherapien wurde längst erkannt, daß eine Veränderung eigener Not nur geschehen kann, wenn die Beteiligten auch die eigenen Anteile an der Situation analysieren und in einen Veränderungsprozeß eintreten.

In diesem Punkt scheint die Männergesundheitsdiskussion fortgeschrittener zu sein. Es werden zuallererst immer die eigenen Anteile an der problematischen Gesundheitssituation der Männer diskutiert. Erst allmählich öffnet sich der Blick auch gesellschaftlichen Dimensionen und damit Bereichen, in denen Männer in unserer Gesellschaft benachteiligt sind und die damit ein gesundheitliches Gefahrenpotential enthalten. Beispiele hierfür sind die Themen Scheidung, Vaterschaft, aber auch die ungleichen Gefährdungslagen im Beruf oder Entwertungen von Männlichkeitsbildern in öffentlichen Diskursen.

Letztlich werden Frauen und Männer im Miteinander nur vorankommen, wenn gemeinsame Interessen entdeckt werden. So sind die Unterschiede sowohl im Biologischen als auch im Sozialen einander bedingende, sich korrelativ verhaltende Merkmale des gemeinsamen Lebens. Es läßt sich sicher manches an gegenwärtigen Ungerechtigkeiten ändern und das soll auch so sein. Aber es sollte nicht dazu führen, daß es einen Verteilungskampf gibt, bei dem die eine Seite sofort krisenhaft aufschreit, wenn auch die andere Seite Beachtung findet. Das zwangsläufige Miteinander gesellschaftlicher Gruppen, also auch der Frauen und der Männer, führt dazu, daß entweder alle gewinnen oder alle verlieren.

In diesem Sinne ist die Gesundheitspolitik in Deutschland noch der Steinzeit ideologischer Verblendung verhaftet. Es geht selbstverständlich um eine geschlechterdifferenzierende Gesundheitspolitik, die der Verschiedenheiten gerecht zu werden vermag. Aber es kann nicht darum gehen, eine vermeintliche Gerechtigkeit durch wiederum ungerechtes Handeln erreichen zu wollen, wie es die Gesundheitspolitiker umzusetzen versuchen. In diesem Sinne läßt sich die Frage, ob eine geschlechtsspezifische Gesundheitspolitik sinnvoll oder überflüssig ist, nicht so eindeutig beantworten, wie es am Anfang vielleicht scheinen mochte.

Literatur:

1. Statistisches Bundesamt. Todesursachen in Deutschland 2003. Fachserie 12, Reihe 4. Gesundheitswesen. <http://www.destatis.de>.
2. Robert-Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Eigenverlag, Berlin, 2006; 29–30.
3. Schofield T, Connell R, Walker L, Wood J, Butland D. Das Konzept des Geschlechterverhältnisses in Forschung, Politik und Praxis. In: Hurrelmann K, Kolip P (Hrsg). Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich. Verlag Hans Huber, Bern, 2002; 67–83.
4. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2001.
5. Wolfersdorf M, Schulte-Welfers H, Straub R, Klotz T. Männer-Depression: Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. Blickpunkt der Mann 2006; 4: 6–9.

blickpunkt

der mann

Wissenschaftliches Journal für Männergesundheit

Hiermit bestelle ich

ein Jahresabonnement
(mindestens 4 Ausgaben) zum
Preis von € 36,- (Stand 1.1.2007)
(im Ausland zzgl. Versandkosten)

Name

Anschrift

Datum, Unterschrift

Einsenden oder per Fax an:

Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft,
Postfach 21, A-3003 Gablitz, **FAX: +43 (0) 2231 / 612 58-10**

Bücher & CDs
Homepage: www.kup.at/buch_cd.htm

Unsere Sponsoren:

BA  **CA** Real Invest

Real Invest Austria.
Der erste österreichische Immobilienfonds.

☎ 01/331 71-9000
oder www.realinvest.at.